

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 II

JUILLET 1993

TABLE DES MATIÈRES

TOME I

Remerciements	i
Résumé	ii
Table des matières	v
Glossaire des abréviations	x
Table des figures	xi
Introduction	1
Partie I: Cadre d'analyse	8
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
Partie II: Mise en place de services sanitaires collectifs publics et privés de 1887 à 1918	51
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

Partie III: L'État et le processus de médicalisation de 1918 à 1939	236
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: Renouveau 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
Conclusion générale	434
Sources et bibliographie	463
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
Annexe. Les statistiques de mortalité	502
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

Partie III

**L'ÉTAT ET
LE PROCESSUS DE MÉDICALISATION
DE 1918 À 1939**

Introduction

Après les hésitations et les réticences face aux réformes de la période antérieure, une série de transformations rapides vont se succéder durant les années 1920 au Québec dans le domaine de la santé publique. L'État québécois diversifie et intensifie alors ses interventions tout en effectuant un réaligement de ses politiques socio-sanitaires: les priorités ont changé, étant passées de l'environnement à des populations ou groupes-cibles, de l'hygiène du milieu au traitement médical, suivant en cela une évolution internationale. Pareil changement de perspective paraît de nature à accélérer le processus de médicalisation de la société, auquel l'État québécois contribuerait donc activement: des campagnes d'éducation populaire et de dépistage de différentes maladies sont orchestrées, une aide au traitement des indigents est établie, de même qu'un support à l'institutionnalisation des soins curatifs par le financement partiel de l'extension et de la modernisation du réseau hospitalier. L'on peut s'interroger cependant à savoir si la crise des années trente a ralenti pour quelque temps le processus de médicalisation, la fourniture de moyens de subsistance aux démunis devenant temporairement prioritaire.

Les principales transformations de l'hygiène publique à Trois-Rivières et à Shawinigan durant l'entre-deux-guerres, celles du réseau hospitalier et de l'assistance sociale seront étudiées. L'action et les motivations des groupes et des organismes qui collaborèrent à ce renouveau socio-sanitaire seront soumises à un examen serré. Le contexte de crise des années 1930 servira de révélateur à la fois aux tensions entre les divers intervenants dans le domaine de la santé, et aux effets des réformes sur l'état sanitaire de la

population. L'état de santé des Trifluviens et des Shawiniganais s'est-il alors détérioré en raison de la dégradation des conditions de vie, comme l'on pourrait s'y attendre? Ou, au contraire, un certain affranchissement des indices sanitaires vis-à-vis de la conjoncture économique témoignerait-il d'une réelle influence des réformes?

Chapitre 6

Centralisation et normalisation en matière d'hygiène publique

L'évolution de l'hygiène publique durant l'entre-deux-guerres à Trois-Rivières et à Shawinigan est marquée par deux grandes tendances que nous entendons faire ressortir: une centralisation croissante de la gestion sanitaire par l'appareil d'Etat provincial, et une normalisation graduelle des services. Ces tendances allaient s'affirmer à travers une réorientation des priorités du gouvernement, le lancement de vastes programmes de médecine préventive et d'éducation populaire, un renforcement de l'hygiène du milieu et, surtout, l'établissement d'unités sanitaires.

6.1 Réorientation des priorités provinciales

De sa création jusqu'à la Première Guerre mondiale, l'organisme provincial d'hygiène n'était que fort imparfaitement et difficilement parvenu à faire appliquer son programme hygiéniste par les municipalités. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que ses dirigeants cherchent, par d'autres formules de gestion et l'organisation de nouveaux programmes sanitaires, à s'assurer un meilleur contrôle sur la mise en oeuvre de ses projets. Voyons comment cette volonté mena à un décuplement des ressources financières et humaines affectées principalement à l'usage de programmes de médecine préventive, et comment le déploiement à l'échelle québécoise d'un discours hygiéniste imbriquant nation et hygiène permit d'effectuer ces changements sans que ne se manifeste d'opposition majeure.

6.1.1 *Promotion de programmes indépendants des municipalités par un organisme central remanié*

La direction de l'organisme d'hygiène provincial fut modifiée à deux reprises durant l'entre-deux-guerres, de même que sa dénomination, alors que les nouveaux leaders politiques québécois se montraient plus préoccupés par les questions sanitaires que leurs prédécesseurs. Le gouvernement fédéral avait donné le ton en 1919 par l'organisation d'un département de la santé qui serait appelé au cours des années suivantes à collaborer avec les provinces pour certains programmes socio-sanitaires. Au Québec, pendant les deux premiers mandats du gouvernement libéral de L.-A. Taschereau, plusieurs changements furent apportés à l'administration de l'hygiène publique, dont la création en 1922 du Service provincial d'hygiène (SPH) au sein du Secrétariat de la province. Son directeur se vit attribuer les responsabilités et pouvoirs antérieurement dévolus au CHPQ, lequel conserva un rôle uniquement consultatif¹. Pareille attribution allait dans le sens d'idées ayant cours depuis déjà plusieurs années aux États-Unis, à l'effet que le travail était mené plus efficacement par un seul officier responsable qualifié que par un comité². Le docteur Alphonse Lessard dirigea le SPH sous la supervision du secrétaire provincial Athanase David —partisan enthousiaste des nouvelles politiques socio-sanitaires— jusqu'en 1936 lorsque l'organisme d'hygiène devint un département autonome avec son propre ministre. Ce département de la santé

¹ Toute mention de cet organisme disparut de la Loi d'hygiène par un amendement sanctionné le 28-4-1939. Voir SDQ, 3 George VI, chap. 81, *Loi modifiant la Loi de l'hygiène publique de Québec*, sanctionnée le 28-4-1939. Aussi, SDQ, 12 Geo. V, chap. 29, *Loi créant le Service provincial d'hygiène et amendant en conséquence les Statuts refondus, 1909*, sanctionnée le 21-3-1922.

² Voir à ce sujet l'intéressante enquête de l'hygiéniste américain C. V. Chapin: *A Report on State Public Health Work Based on a Survey of State Boards of Health*, Chicago, American Medical Association, 1916, 61 s.

(DS), rejeton du premier gouvernement formé par Maurice Duplessis, cumula les services d'hygiène et de l'Assistance publique.

Dès l'année de la création du SPH, son ascendant sur les municipalités fut renforcé par quelques amendements à la Loi d'hygiène. Ainsi, l'expression «s'il y a urgence» fut retranchée de l'article de la loi autorisant le directeur à faire exécuter aux frais d'une municipalité toute ordonnance à laquelle elle n'aurait pas obéi après 48 heures³. De plus, le lieutenant-gouverneur en conseil fut autorisé en 1928 à nommer un médecin officier de santé pour toute municipalité d'au moins 5 000 âmes qui en serait dépourvue (après un délai de 3 mois). La législature consolida alors l'autonomie des médecins officiers de santé vis-à-vis des Conseils de ville des municipalités de cette taille en précisant qu'ils ne pouvaient être démis de leurs fonctions ou les conditions de leur engagement modifiées qu'avec un vote des 2/3 du Conseil municipal et une ratification du lieutenant-gouverneur⁴. Cette clause (abandonnée en 1937) fut contestée, notamment par l'éditorialiste du *Devoir* Omer Héroux, qui s'interrogea sur les raisons de «cette mise au rencart de l'autorité locale»⁵, y voyant les signes d'une éventuelle «centralisation absolue des services d'hygiène».

³ SDQ, 13 Geo. V, chap. 60, *Loi amendant la loi de l'hygiène publique de Québec* sanctionnée le 29-12-1922.

⁴ L'inspecteur général s'exprima ainsi l'année précédant l'adoption de cet amendement: «Les médecins directeurs des Services de Santé municipaux n'ont pas généralement l'indépendance nécessaire pour remplir leurs fonctions; c'est ainsi que l'action des directeurs de Santé municipaux est trop souvent entravée par l'ingérence extérieure, il arrive même qu'ils sont congédiés par l'autorité municipale, s'ils exercent rigoureusement les devoirs de leur charge.

Il est donc urgent d'amender la Loi d'hygiène Publique et la Loi des Cités et Villes pour que les directeurs de Santé soient d'abord choisis avec l'approbation du Service Provincial d'hygiène, afin d'assurer leur compétence et ensuite que leur nomination soit irrévocable, excepté pour cause, afin d'assurer leur complète indépendance.» RACH, 1926-1927, p. 22-24; SDQ, 18 Geo. V, chap. 68, *Loi modifiant la Loi de l'hygiène publique de Québec* sanctionnée le 22-3-1928; SDQ, 1 George VI, chap. 61, *Loi modifiant la loi 22 George V, chap. 53* sanctionnée le 27-5-1937.

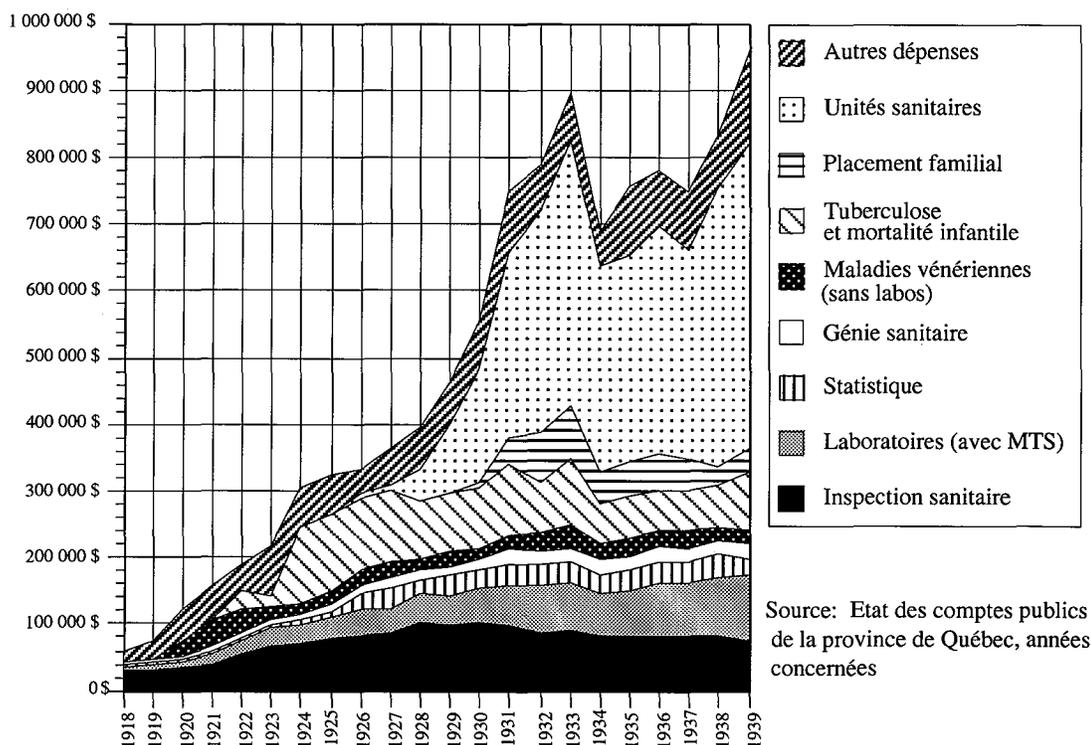
⁵ «Pourquoi passe-t-on par-dessus la tête des municipalités?», *Le Devoir*, 12-3-1928, p. 1.

Mais la volonté des dirigeants de l'organisme provincial de centraliser la gestion de la santé publique s'exprima surtout dans la mise en oeuvre de programmes de médecine préventive qui avaient en commun leur indépendance face aux autorités municipales. En effet, si, dans un premier temps, la gestion des mesures de prévention primaire antérieurement privilégiées par le CHPQ demeura du ressort des municipalités, celle de ces nouveaux programmes fut confiée à d'autres intervenants. Les dispensaires antivénéériens financés par les gouvernements fédéral et provincial à partir de 1920 furent installés généralement dans les hôpitaux, comme ce fut le cas à Trois-Rivières et à Shawinigan. Les dispensaires antituberculeux et les cliniques de puériculture mis sur pied dans le cadre du programme de lutte contre la mortalité infantile et la tuberculose inauguré en 1923 —dont Trois-Rivières fut l'une des premières villes à bénéficier— étaient gérés par des corporations locales privées, formées de philanthropes, sous une supervision discrète de l'organisme central. Pour l'organisme provincial d'hygiène, qui avait connu nombre de difficultés à faire appliquer les lois sanitaires par les municipalités, le recours à des organismes privés représentait à notre avis une voie détournée permettant d'assurer une prise en charge grandissante par le gouvernement provincial.

6.1.2 Des moyens d'intervention décuplés

La prise en charge croissante de la gestion locale de l'hygiène publique par le SPH et l'ouverture des nouveaux programmes de médecine préventive nécessitaient l'allocation de ressources financières et humaines sans commune mesure avec celles antérieurement concédées au CHPQ.

FIGURE 6-1
DÉPENSES DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC EN DOLLARS COURANTS
POUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE DE 1918 À 1939



Note: les dépenses affectées aux laboratoires antivénéériens ont été jointes aux dépenses des autres laboratoires et défalquées de celles attribuées au programme de lutte contre les maladies vénériennes, ce qui était nécessaire, étant donné qu'elles étaient déjà amalgamées pour certaines années dans les comptes publics. Par ailleurs, pour obtenir une idée plus juste des dépenses affectées à chaque service avant 1922, il a fallu y ajouter les salaires de leurs employés, comptabilisés dans une autre section. Nous avons également, en 1926, 1927 et 1928, transféré à la catégorie "unités sanitaires" des dépenses effectuées pour celles-ci à même les fonds attribués à la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile. Enfin, une dépense de 96 750,76 \$ en 1923 pour l'achat de radium destiné à l'Institut du radium et inscrite dans la section des comptes publics relative à l'hygiène a été retranchée.

La hausse des dépenses affectées à l'hygiène publique par le gouvernement provincial entre 1918 et 1933 fut vertigineuse (figure 6-1). De 6,6 en 1921, le nombre de cents

par tête consacrés aux divers services d'hygiène s'éleva à 26,1 en 1931, cependant que le nombre de salariés de l'organisme central passait d'environ 30 à plus de 230⁶. Cette hausse profita peu aux services déjà en place. En effet, les anciennes divisions du SPH virent leurs dépenses augmenter lentement. Certes, les sommes affectées à la division de l'inspection furent haussées dans un premier temps en raison d'une subdivision plus fine du territoire provincial en districts sanitaires. Mais elles plafonnèrent ensuite vers 1930, l'inspection sur les territoires de plus en plus étendus desservis par des unités sanitaires étant passée aux mains de celles-ci. La division des laboratoires vit ses dépenses croître assez régulièrement tout au long de la période, particulièrement en raison de la multiplication des demandes de diagnostics bactériologiques de maladies vénériennes et de la tuberculose, ainsi que des analyses d'échantillons d'eau et de lait. Quant à la division de la statistique, ses dépenses demeurèrent relativement stables après qu'elles aient été portées à un niveau supérieur au moment d'une réorganisation interne vers 1925. La division du génie sanitaire, enfin, demeura de modestes dimensions malgré l'ajout de quelques employés et la surveillance des usines de pasteurisation de la province à partir de 1930.

Ce furent, en fait, la prise en charge par le gouvernement provincial d'activités de médecine préventive d'abord, puis celle de l'ensemble de l'hygiène publique sur des territoires toujours plus étendus, qui firent grimper les budgets en flèche. Au tout début des années 1920, l'ouverture de centres de dépistage et de traitement des

⁶ Nous n'avons pas inclus dans les salaires versés en 1920-1921 les honoraires distribués pour la mesure extraordinaire que constituait la quarantaine imposée à la frontière de l'Ontario où sévissait une épidémie de variole. Par ailleurs, les nombres de salariés utilisés ici sont des approximations, tirées de décomptes effectués dans les états annuels des comptes publics de la province publiés dans les *Documents de la Session*.

maladies vénériennes sous la supervision d'une nouvelle division au sein du CHPQ suscita un gonflement subit des dépenses. Puis 100 000 \$ par année furent accordés à partir de 1924 pour la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile, permettant d'inaugurer des dispensaires dans les centres régionaux de la province. La lutte contre la tuberculose attira d'autres subsides à partir de 1929 avec la création d'une division du placement familial au sein du SPH. Quant aux divisions de l'épidémiologie (1931), de la nutrition et de l'hygiène industrielle (1936), leur mise sur pied ne nécessita que de très légers surcroûts d'argent.

Enfin, le phénomène qui ressort avec le plus d'évidence à l'examen de la ventilation des dépenses du SPH est la large part prise par la division des unités sanitaires, et ce en quelques années seulement au tout début de la décennie 1930. Les dirigeants de l'organisme central privilégiaient désormais ce mode de gestion excluant les municipalités. La brusque baisse en 1934 des dépenses de cette division, comme de celles des autres divisions, n'y change rien: elle était due à une politique de restrictions budgétaires en temps de crise. Après quelques années de stagnation, la marche ascendante des dépenses d'hygiène publique allait d'ailleurs reprendre à l'approche des années 1940.

6.1.3 *Hygiénisme et nationalisme*

Le vigoureux coup de barre donné à la politique d'hygiène publique provinciale après la Première Guerre mondiale était lié à une vision plus dynamique du rôle de l'État en cette matière. Les dirigeants du gouvernement libéral justifiaient la diversification des interventions de l'État par un discours associant l'hygiène et l'avenir de la nation, les

succès de l'une étant présentés comme condition de la grandeur de l'autre. Ce discours, s'il n'était certes pas nouveau, s'affirma avec éclat durant les années 1920 et fournit à des groupes aux opinions par ailleurs divergentes un terrain d'entente minimal sur lequel bâtir une série de collaborations. Nous montrerons en effet que le couple hygiène-nation était commun aux deux grands courants idéologiques présents sur la scène québécoise, s'articulant dans un cas à une prise en charge par l'État, dans l'autre par l'initiative privée. Évoqué pour justifier chacune des nouvelles interventions sanitaires d'envergure à Trois-Rivières et à Shawinigan, il mérite que l'on s'y attarde.

La notion centrale, utilisée de part et d'autre, était celle de capital humain. Un capital qu'à l'image du capital financier l'on se devait de faire fructifier, puisqu'il était source des richesses de la nation, de son bien-être et de sa force. C'est ce point de vue que défendirent non seulement des hygiénistes comme C.-N. Valin, professeur à l'université de Montréal, ou des politiciens comme Athanase David, secrétaire provincial sous les gouvernements Taschereau, mais également à leur manière certains des intellectuels groupés autour de Lionel Groulx. Dès 1918 dans une conférence publiée sous le titre *La veillée des berceaux*, l'économiste Edouard Montpetit avait dénoncé la mortalité québécoise par trop élevée et ce qu'elle avait de pernicieux pour la force, politique entre autres, des Canadiens français en terre d'Amérique⁷. La revue *L'Action française* dirigée par l'abbé Lionel Groulx publia quant à elle en 1926 une série d'articles sous le thème «La défense de notre capital humain», inaugurée par E.

⁷ Edouard Montpetit, *La veillée des berceaux*, Montréal, Bibliothèque de l'Action française, 1919, réédité en 1938 dans le premier tome de *La conquête économique* du même auteur, Montréal, Bernard Valiquette.

Montpetit. L. Groulx lui-même donna son aval à cette orientation de la pensée nationaliste traditionaliste:

A l'*Action française*, nous avons commencé par attirer les yeux de nos compatriotes sur notre premier capital, le capital humain. Une conférence retentissante du Père Louis Lalande a ramené notre attention sur le grave problème de notre natalité. D'elle-même la «Revanche des berceaux» devait faire songer à la «Veillée des berceaux». Cette «Veillée», l'on nous a dit éloquemment ce qu'elle exige.⁸

Il importe de souligner que la pensée d'auteurs comme E. Montpetit et L. Groulx était connue tout au moins d'une partie des membres du clergé catholique oeuvrant au niveau des paroisses, c'est-à-dire directement en contact avec la population et en mesure d'orienter l'opinion. Ainsi, le bulletin paroissial publié conjointement par les paroisses de Shawinigan se lança-t-il en 1926 dans un vibrant plaidoyer en faveur de l'ouverture de cliniques de puériculture en se référant à «La veillée des berceaux»⁹.

La productivité d'une population, sa force croyait-on, étaient fonction non seulement du nombre, mais également de son état de santé. Pareille façon de voir n'était assurément pas nouvelle ou propre au Québec. Elle avait probablement gagné en popularité en raison des coupes sombres opérées par la guerre dans les groupes d'âges actifs sur le marché du travail, et d'une prise de conscience des gouvernants devant l'étonnante proportion de recrues refusées au service militaire en raison de leur piètre

⁸ Lionel Groulx, «Pour l'Action française», conférence prononcée le 10-4-1918, transcrite dans *Dix ans d'Action française*, Bibliothèque de l'Action française, 1926, p. 59.

⁹ *Bulletin paroissial de Shawinigan*, II, 2, février 1926, 12-14.

état de santé —d’après l’hygiéniste J.-A. Baudouin, près du tiers au Canada—¹⁰. A cela s’ajoutait une inquiétude grandissante face à la baisse généralisée des taux de natalité dans les pays industrialisés. Certes, le Québec conservait, et l’on n’en était pas peu fiers, une natalité plus vigoureuse, mais en dépit d’un certain décalage, elle aussi paraissait devoir fléchir.

Comment contrer ce qui était perçu comme une réduction des forces vives de la nation consécutive à une baisse de la natalité, aggravée dans le cas québécois par une émigration que ne compensait pas l’immigration? Pour les traditionalistes, la meilleure solution résidait dans le retour à la terre et la colonisation: la baisse de natalité ne menaçait-elle pas surtout dans les centres urbains, où la mortalité était d’ailleurs généralement supérieure? La statistique démographique apportait ici des arguments à ceux qui voyaient dans le respect des valeurs ancestrales, moins menacées en milieu rural, le salut de la «race» canadienne-française. Le compilateur de la statistique J.-W. Bonnier (remplacé en 1925 lors de la restructuration de son service) représentait ce point de vue au sein du SPH¹¹. Par contre, la direction du SPH et le gouvernement Taschereau étaient de tièdes partisans de la colonisation et proposaient d’autres solutions qu’ils disaient calquées sur les nations les plus avancées dans la voie de l’hygiène. Selon eux, devant une natalité vacillante, il importait plus qu’il n’avait importé auparavant de préserver la vie de ceux qui naissaient:

Notre natalité est encore forte, oui, mais il nous faut déchanter.
Comme dans tous les pays du monde, celle-ci décroît, et

¹⁰ *Bulletin sanitaire*, janv.-fév. 1924, p. 10.

¹¹ Voir par exemple RACH 1924-1925, p. 194.

d'année en année son taux suit une courbe descendante, légère peut-être, mais constante. (...) le temps s'en vient où nous devons plutôt compter pour continuer nos progrès remarquables au point de vue de l'augmentation naturelle de la population, sur la sauvegarde des enfants qui nous naissent et la conservation de leur vie, que sur ces abondantes naissances qui autrefois faisaient notre gloire.¹²

Bien que le peuplement des campagnes fût considéré par les intellectuels traditionalistes comme la réponse idéale au problème de la croissance de la population canadienne-française, plusieurs d'entre eux faisaient tout de même preuve de pragmatisme. Reconnaissant que c'était illusion que d'imaginer inverser les flux migratoires campagnes-villes —la révélation du recensement fédéral de 1921 à l'effet que les populations rurale et urbaine du Québec étaient devenues égales causa d'ailleurs une vive inquiétude—, ils rangèrent eux aussi l'hygiène parmi les moyens de promouvoir la force et la vitalité de la «race» canadienne-française. Aussi la lutte contre la mortalité devint-elle un devoir national, comme l'exprima avec emphase le père Archambault, l'un des leaders de l'École Sociale Populaire, dans son discours d'ouverture des *Semaines sociales du Canada* en 1923:

Mais sur le terrain national où nous nous plaçons maintenant, quand il s'agit d'une minorité comme la nôtre, en butte aux attaques constantes d'un adversaire pour qui trop souvent la force prime le droit; quand, dans notre régime démocratique, chaque mesure, juste ou injuste, dépend des votes émis au Parlement et que ceux-ci se multiplient suivant la quantité des électeurs; quand enfin, des flots d'immigrants, étrangers et presque toujours hostiles à nos aspirations, se répandent sur tous les points de notre vaste territoire et menacent de nous submerger, non, nous n'avons pas le droit de laisser périr par

¹² RACH 1925-1926, p. 4, introduction du directeur du SPH A. Lessard.

notre négligence un seul des nôtres, nous n'avons pas le droit d'appauvrir, ne fût-ce que d'une goutte, le sang de la race.¹³

Au-delà de l'association hygiène-nation¹⁴ présente dans les deux grands courants idéologiques québécois, apparaissent les principales discordances. Pour le gouvernement libéral de A. Taschereau, il revenait à l'État d'assurer le plein développement du capital humain, notamment par les mesures de santé publique. Celui qui devint pour seize ans secrétaire provincial en 1920 et qui à ce titre supervisa le SPH, Athanase David, partageait cette opinion:

En effet, il n'est pas d'élément qui contribue davantage à assurer la puissance et la force d'une nation qu'une santé publique robuste. Elle permet au travailleur de fournir un maximum d'effort pour obtenir un maximum de rendement. C'est donc, avec raison, conclure que le premier devoir de l'État est d'instruire le peuple des besoins qui exigent l'application de certaines lois de prévention (...) ¹⁵

Dans cette perspective, les efforts visant à faire fructifier le capital humain se situaient dans le prolongement du rôle attribué à l'État par le courant réformiste libéral, et consistant à favoriser sans s'y immiscer la mise en oeuvre du capital financier.

Certains intellectuels parmi les nationalistes traditionalistes, des politiciens conservateurs aussi, considéraient au contraire que la lutte contre la mortalité devait être

¹³ *Semaines sociales du Canada, IVe session, La famille, compte rendu des cours et conférences*, Ecole sociale populaire, 1924, p. 16.

¹⁴ La nation est cependant réduite principalement à sa composante canadienne-française dans le cas des nationalistes traditionalistes.

¹⁵ A. David, *En marge de la politique (recueil de discours)*, Éd. Albert Lévesque, 1934, p. 61. Bien que ce ne soit pas précisé, nous estimons que le discours dont est tirée la citation date du tout début des années 1920, et qu'il fut prononcé dans le cadre de la campagne antivénérienne.

menée par des organismes privés auxquels l'État fournirait les subsides sans demander de comptes. Cette position extrême, dont l'intransigeant directeur du *Devoir* Henri Bourassa se fit le héraut, ne réunissait cependant pas tous les suffrages chez les nationalistes traditionalistes. L'influence de ce courant avait d'ailleurs décliné au profit des intellectuels de *L'Action française*. Or, certains de ceux-ci, tout en maintenant une très nette préférence pour les oeuvres privées, se montraient plus ouverts face à l'intervention de l'État dans certains domaines, dont la santé. Il est intéressant à ce propos de constater que l'*Ecole sociale populaire*, l'*Association catholique de la jeunesse canadienne-française* et l'*Action française*, trois organes majeurs de l'idéologie nationaliste traditionaliste, ont diffusé plusieurs textes de J.-A. Baudouin, médecin hygiéniste employé du SPH (puis directeur de l'Ecole d'hygiène sociale à l'université de Montréal) dans lesquels il louait hautement l'activité de cet organisme. Ainsi, dans un même texte, pouvait-il se réclamer de Lionel Groulx tout en mettant de l'avant que la protection de la santé publique constitue «une fonction essentielle de tout gouvernement»¹⁶.

N'ayant comme principale opposition à ses nouveaux programmes qu'une fraction des nationalistes traditionalistes à l'influence déclinante, le gouvernement connut un certain succès dans ses appels à une collaboration de l'ensemble des élites. Dans une

¹⁶ J.-A. Baudouin, «L'hygiène à la campagne», dans *Le problème économique considéré surtout du point de vue agricole*, compte rendu des cours et conférences de 1928, Semaines sociales du Canada, A.C.J.C., p. 155 et 163; voir aussi «L'hygiène dans la cité», dans *La Cité*, compte rendu des cours et conférences de 1929, Semaines sociales du Canada, Ecole sociale populaire, p. 102s; «La famille et l'habitation», dans *La famille*, compte rendu des cours et conférences de 1923, Semaines sociales du Canada, A.C.J.C., p. 102s; «L'ennemi dans la place. La mortalité infantile», *L'action française*, 1924, premier semestre, p. 4s; «La défense de notre capital humain. Ses ennemis», *L'action française*, mars 1926, p. 131s; deux brochures aussi publiées par l'*Ecole sociale populaire*.

allocution prononcée à Trois-Rivières en 1923, que nous nous permettons de citer longuement parce qu'elle constitue un exemple éloquent de l'une des deux conceptions discutées ici, le directeur du SPH s'exprimait ainsi:

J'ai parlé du capital Argent qui s'exploite chez vous; je voudrais vous parler un peu du capital Santé, capital qui, (...) plus que l'autre, demande à être protégé, à être exploité avec prudence, à être traité de telle sorte que son rendement soit le plus fructueux, le plus profitable à votre population. Je viens à la suite de bien d'autres vous dire qu'un des premiers devoirs des hommes qui constituent l'élite, est la protection, la sauvegarde de la santé et des conditions de vie de leurs administrés (...). (...) les deux grands fléaux qui exercent leurs ravages chez nous et que tous les hommes de bonne volonté doivent s'appêter à combattre, c'est la tuberculose et c'est la mortalité infantile. En 1921, plus de 13 000 vies ont été retranchées dans la province de Québec de notre actif national de ces deux sources. C'est un robinet grand ouvert par où s'écoule notre richesse, et depuis 20 ans, depuis 30 ans, depuis 50 ans, il coule, et nous ne faisons que de nous apercevoir de l'étendue du désastre. A quoi sert cette fécondité de la race dont nous nous vantons à tout propos, si dans nos villes et nos campagnes, dans nos villes industrielles surtout, tant de jeunes hommes et tant de jeunes femmes sont fauchés dans leur fleur, et si les cimetières sont si près des berceaux. (...) c'est le gaspillage d'un capital que la Providence nous a départis et dont les chefs de la nation, quels qu'ils soient, devront rendre compte.¹⁷

Pareil discours mobilisateur était susceptible de rallier les énergies les plus diverses. Les hommes d'affaires et chefs d'entreprises y trouvaient leur compte, s'ils considéraient que le capital financier ne donnait son plein rendement qu'à travers la mise en oeuvre d'un capital humain fortifié. Les accents patriotiques pouvaient trouver résonance auprès des groupes d'intellectuels, de politiciens et de membres du clergé

¹⁷ A. Lessard, conférence du 8-10-1922 transcrite dans *Le Nouvelliste*, 9-10-1922, p. 1.

propageant les idées nationalistes, soucieux de la vitalité de la «race» canadienne-française. Les chefs de file hygiénistes et les politiciens libéraux au pouvoir ne manquèrent d'ailleurs pas de mettre en relief la place cruciale que pouvait occuper le clergé dans la lutte entreprise pour la nation, en raison de son autorité morale auprès de la population, et de solliciter son aide comme le fit le secrétaire de la province à Trois-Rivières en 1923:

Lorsque Dieu donne la vie, il veut qu'au moins ceux à qui il la donne la respectent, quand il nous envoie des enfants, il veut que nous les gardions; il faut que nous les gardions, Messieurs les membres du Clergé, il faut enrayer ces fléaux, si nous ne voulons pas en nous penchant sur les berceaux nous pencher sur des tombeaux. (...) dans la lutte que nous faisons, il n'y a pas d'éléments plus puissants pour faire l'éducation du peuple que le curé de la paroisse; il n'y a pas d'élément susceptible d'attirer plus l'attention de la masse, que le prêtre; (...) Eh bien! servez la cause de votre pays (...).¹⁸

Appuyés par un discours hygiéniste intégrant des préoccupations présentes chez des groupes aux opinions par ailleurs divergentes, les programmes de médecine préventive lancés au début des années 1920 par le gouvernement provincial furent déployés sans que ne se manifeste d'opposition politique forte, malgré les protestations d'un Henri Bourassa et, à certains moments, du chef de l'opposition conservatrice Paul Sauvé. Aussi, dans leur application, ils bénéficièrent de collaborations multipartites, ce que fera ressortir l'étude des cas trifluvien et shawiniganais. A ce point de vue, le secrétaire provincial avait atteint son objectif, lui qui en 1923 disait aux Trifluviens: «Mesdames

¹⁸ Allocution de A. David, secrétaire de la province, prononcée à Trois-Rivières et transcrite dans *Le Nouvelliste*, 1-5-1923, p. 4.

et Messieurs, c'est une croisade, et quand il s'agit d'une croisade tous doivent suivre le but à atteindre»¹⁹.

6.2 Renforcement de mesures environnementales dans les municipalités

Bien que la médecine préventive occupât désormais le devant de la scène, l'hygiène du milieu fut renforcée à Trois-Rivières et à Shawinigan à la faveur du mouvement pro-hygiéniste de l'après-guerre. Les Bureaux de santé municipaux devinrent plus actifs, non sans que cela entraîne parfois de vifs débats dans la population et parmi les dirigeants politiques. L'ampleur des transformations de l'hygiène du milieu et les réactions qu'elles susciterent seront appréhendées par un examen des modifications apportées à la direction de la gestion sanitaire et à la surveillance de la qualité du lait, de la salubrité des logements et de l'hygiène industrielle.

6.2.1 Une gestion déléguée à du personnel plus qualifié

Au début des années 1920, des changements furent apportés à la direction des services sanitaires des deux municipalités étudiées: l'adoption de la gérance municipale à Shawinigan et l'engagement à plein temps d'un médecin officier de santé à Trois-Rivières. Ces changements sont à considérer dans une double perspective: celle d'une professionnalisation de la gestion des affaires municipales et sanitaires, et celle, qui lui

¹⁹ *Ibid.*

était liée, d'une perte progressive de contrôle des Conseils de ville sur les services de santé.

L'organisation du Bureau de santé demeura sommaire à Shawinigan durant les années 1920, malgré quelques modifications. Rappelons que celui-ci était pratiquement demeuré inopérant auparavant, et que le médecin officier de santé ne recevait aucun salaire fixe. Or, un salaire de 600 \$ allait enfin lui être versé à la suite d'une requête des médecins de la ville faite au Conseil municipal en 1921. Il semble que l'initiative venait en fait du CHPQ, puisque l'envoi de cette requête avait été décidée lors d'une réunion organisée par l'inspecteur régional Thomas Savary²⁰. Une somme aussi modeste n'était attribuée que pour un travail à temps partiel, consistant pour l'essentiel à appliquer les règlements concernant les maladies contagieuses. L'inspecteur des aliments, un vétérinaire, seul autre employé du Bureau de santé, travaillait lui aussi à temps partiel. Le Bureau relevait encore du département de police et de santé, dont les constables pouvaient être mis à sa disposition pour l'isolement de malades ou la désinfection de logis notamment²¹. Enfin, une infirmière-visiteuse fut engagée en 1930²², après que l'inspecteur régional du SPH eût représenté aux membres du Conseil de ville les avantages qu'en retirerait la population. Aucune autre modification ne fut apportée à la composition du Bureau de santé avant l'établissement de l'unité sanitaire en 1932.

²⁰ PVCVSH, 16-2-1921 et 2-3-1921; *La Revue de Shawinigan Falls*, 28-2-1921, p. 8.

²¹ Sur les tâches respectives des employés de la corporation, les RAGSH donnent quelques précisions.

²² PVCVSH, 18-12-1929 et 15-1-1930.

Bien que le personnel du Bureau de santé soit demeuré peu nombreux, l'hygiène publique connut un certain développement durant les années 1920 à Shawinigan. Nous pensons que ceci était lié à l'adoption en 1921 de la gérance comme mode d'administration municipale. Le Conseil de ville abandonnait alors tout contrôle direct sur la gestion des affaires courantes, et les activités des services municipaux comme le Bureau de santé passaient sous l'autorité du gérant municipal. Il revenait à celui-ci de prendre les moyens pour que soient exécutées les directives des élus, notamment celles définies par règlements. Or, l'arrivée de la gérance fut suivie d'un renouvellement de la réglementation qui gagna nettement en précision: tout laisse à penser que la rédaction des règlements, notamment concernant l'hygiène publique, avait changé de mains. Les employés chargés de leur application disposaient désormais de textes légaux incomparablement plus détaillés et comportant nombre de normes aisément vérifiables. De plus, ils travaillaient sous la direction d'un gérant que ne laissaient probablement pas indifférent les questions d'hygiène. C'est du moins ce que suggère le ton cordial, la familiarité des lettres que lui adressait le chef de la division du génie sanitaire du CHPQ²³.

Le fait que le Conseil de ville de Shawinigan ait cédé le contrôle direct des services sanitaires à un officier exécutif dès le début des années 1920 facilita probablement la décision en 1930 de demander au SPH la création d'une unité sanitaire, indépendante de la municipalité. Cette demande avait d'ailleurs l'appui du gérant. A Trois-Rivières par contre, le Conseil de ville s'opposa longuement à ce que la gestion de ces services

²³ ANQQCCH, lettre du 20-9-1921 de T.-J. Lafrenière à H. Valiquette par exemple.

devienne plus autonome. De prime abord pourtant, les transformations de la gestion sanitaire à Trois-Rivières paraissent marquées. Le Bureau de santé y connut en effet une animation inédite durant les années 1922 à 1927, période correspondant à l'embauche à temps plein du docteur O.-E. Desjardins comme médecin officier de santé²⁴. Encore une fois, cette nomination suivait de près une élection municipale, le conservateur L.-P. Normand ayant accédé à nouveau à la mairie en 1921 après que l'administration libérale précédente ait été blâmée lors d'une enquête publique. Or, rappelons-le, celui-ci avait promu dès 1911 l'engagement de spécialistes comme chefs des services municipaux et défendu le principe de leur autonomie face aux élus municipaux.

Les initiatives du médecin de santé se succédèrent à un rythme accéléré: organisation d'une semaine de la santé en 1922, déménagement du Bureau de santé à l'hôtel de ville, refontes de règlements comportant des clauses bien plus précises et sévères, application rigoureuse des règlements, participation à la mise sur pied de dispensaires et d'un «Centre de démonstration de la tuberculose» en 1923 et collaboration étroite avec le SPH à ce sujet, assistance à des congrès, communications, rédaction de rapports annuels substantiels, démarches en vue de la construction d'un hôpital sanatorium, conférences publiques, réquisitions incessantes au Conseil de ville pour l'obtention de personnel supplémentaire, d'un laboratoire, d'un hôpital civique, d'une automobile aux fins d'inspection, de vaccins antidiphthériques, d'une augmentation de salaire, etc.

²⁴ PVCVTR, 13-3-1922, nomination de O.-E. Desjardins.

Grâce à ses efforts, le Bureau de santé obtint même quelques inspecteurs supplémentaires.

Le médecin de santé en fit-il trop? Toujours est-il qu'il fut démis de ses fonctions en 1927. Il fut remplacé par un médecin moins convaincu des bienfaits des mesures d'hygiène publique alors privilégiées par les hygiénistes, et le Bureau de santé perdit tout dynamisme. Les requêtes ininterrompues de O.-E. Desjardins, des mesures ayant soulevé du mécontentement, son attitude intransigeante peut-être aussi, lui avaient valu de nombreux ennemis. Il semble d'ailleurs, si l'on en croit O.-E. Desjardins, que la fonction même de médecin de santé, scrupuleusement remplie, nuisait aux rapports avec les autres citoyens:

(...) je n'ai pas tardé à constater, comme la chose arrive pour les autres médecins qui occupent les mêmes fonctions en d'autres villes, que pour se dévouer entièrement à la cause de l'Hygiène publique il fallait presque tout le temps faire face aux préjugés contre l'Hygiène. En sorte que le dévouement et le travail au service de la cité font qu'au lieu de se faire connaître favorablement de la masse du public, on crée à notre égard une mentalité tout à fait défavorable et il n'y a guère de chances de se faire de clientèle.²⁵

Désireux de se départir d'un employé jugé par beaucoup exagérément zélé et encombrant, le Conseil de ville, alors dirigé par le maire Arthur Bettez (libéral indépendant), vota en 1927 une diminution du salaire d'O.-E. Desjardins à 50 \$, pour

²⁵ CPTR juillet 1923, lettre du 18-6-1923 de O.-E. Desjardins au Conseil de ville. La constitution d'une clientèle privée lui aurait permis d'améliorer ses revenus, le salaire accordé par la municipalité étant assez bas. Le SPH vit cependant à augmenter ses revenus en lui attribuant un salaire pour ses tâches aux dispensaires et au Centre de démonstration de la tuberculose, ce dont il sera question plus loin. Nombre d'informations concernant la période où O.-E. Desjardins fut médecin de santé proviennent des rapports annuels du Bureau de santé.

ensuite éliminer son poste et le destituer²⁶. L'événement attira l'attention sur le problème, depuis longtemps déjà dénoncé par le SPH, du manque d'autonomie des directeurs des services sanitaires dans l'exercice de leur tâche. Ce fut précisément l'année suivante que le gouvernement provincial vota la loi interdisant dans les villes d'au moins 5 000 habitants de démettre de ses fonctions un médecin de santé ou de changer les conditions de son engagement sans l'accord du lieutenant-gouverneur. Or, dans les explications livrées à l'assemblée législative par le secrétaire provincial, le cas trifluvien fut évoqué à mots couverts²⁷. Et le député conservateur de Trois-Rivières Maurice Duplessis, qui avait quelques années plus tôt eu maille à partir avec O.-E. Desjardins, s'opposa en chambre à ce que l'on bâtit «la santé publique sur la mort de l'autorité municipale», arguant qu'il fallait que ceux qui payaient les taxes «aient le droit de choisir ceux auxquels ils verseront un salaire»²⁸. Notons que la clause controversée de la loi allait être abrogée l'année suivant l'arrivée au pouvoir du gouvernement de Maurice Duplessis.

Que le renvoi d'O.-E. Desjardins ait pu influencer sur la législation provinciale surprend. Mais il faut considérer que les autorités provinciales et fédérales avaient choisi Trois-Rivières comme lieu d'une démonstration à la nation canadienne de ce qu'il fallait faire pour lutter contre la tuberculose, et avaient consacré des sommes substantielles à cette entreprise dont l'officier de santé municipal constituait un pivot essentiel. Or, le

²⁶ PVCVTR, 1-8-1927, avis de motion concernant la destitution du médecin de santé; PCTR 15-8-1927, requête du 8-8 de L.-P. Normand et autres médecins; PVCVTR 15-8-1927; PVCVTR 6-9-1927 et 26-9-1927; CPTR 10-2-1930, divers documents.

²⁷ *Le Canada*, 22-3-1928, p. 5, compte rendu des débats de l'Assemblée législative, partie concernant l'hygiène publique.

²⁸ *Ibid.*

remplacement d'O.-E. Desjardins par un médecin beaucoup moins dynamique rendit presque inévitable le relatif échec de l'expérience, et par conséquent improductifs les efforts déployés. Nous reviendrons sur ce point. Signalons pour l'instant que les protestations furent vives après le renvoi de O.-E. Desjardins. L'association des médecins du district envoya une requête signée par la quasi-totalité des médecins de la place et demandant qu'il ne soit pas mis à l'écart. Desjardins contesta la légalité de son renvoi, se déclara médecin de santé en titre et maintint ouvert un bureau à cette fin, intenta une poursuite pour obtenir son salaire, la gagna et obtint finalement en 1930 un compromis avec la municipalité alors que la cause était portée en appel. Entre temps, il était devenu dès l'année de son renvoi inspecteur régional du SPH pour le district d'Arthabaska, puis en 1928 pour celui de Trois-Rivières²⁹.

Le Conseil de ville avait, pour quelque temps, raffermi son emprise sur la dispensation des services sanitaires. A la période de chambardements durant laquelle O.-E. Desjardins avait dirigé le Bureau de santé succéda une accalmie de dix ans. Le SPH intervint sans succès à plus d'une reprise pour obtenir du Conseil de ville l'engagement d'un médecin doté d'un diplôme d'hygiène publique, en vue d'obtenir «un système d'hygiène municipal compétent et efficace»³⁰. Des conseillers municipaux soumièrent la même proposition en 1930, mais furent défaits par le vote du maire³¹. Le Bureau de santé se cantonna essentiellement dans son ancien rôle de surveillance des règlements, et négligea les tâches de promotion de la santé et d'éducation publique que O.-E.

²⁹ CPTR, 10-2-1930, plusieurs documents concernant cette affaire.

³⁰ CPTR 30-5-1932, lettre du 22-3-1922 du directeur du SPH; CPTR 5-5-1930, lettre du 1-5-1930 du même; PVCVTR 12-5-1930.

³¹ PVCVTR, 25-8-1930.

Desjardins avait remplies avec énergie. Les statistiques donnèrent raison à ceux qui désiraient remettre à la tête du Bureau un spécialiste: les taux de mortalité générale et infantile furent propulsés durant les années 1930 loin au-delà de ceux des autres villes québécoises, si bien que Trois-Rivières se retrouva bientôt seule dans sa catégorie. La piètre situation sanitaire trifluvienne donna toute légitimité au SPH pour forcer la main du Conseil de ville: il entreprit une série de démarches dont l'aboutissement fut la prise en charge directe par le gouvernement provincial de la gestion de l'hygiène publique à Trois-Rivières, et ce par la création de la première unité sanitaire uniquement urbaine de la province. Comme à Shawinigan, où existait une unité sanitaire depuis 1932, les services seraient désormais assurés par du personnel spécialisé et indépendant des municipalités.

6.2.2 *Offensive pour la qualité du lait*

La tâche des Bureaux de santé municipaux avant la création des unités sanitaires concernait surtout l'hygiène du milieu. Si, en ce domaine, la décennie 1910 avait été celle de la purification de l'eau, les deux suivantes furent celles de la purification du lait. Cet aliment se trouvait incriminé pour son rôle dans la mortalité infantile et dans la transmission de la tuberculose, deux grands adversaires du SPH. On en vint dans les deux municipalités à exiger des producteurs qu'ils réorganisent leur travail de sorte que la qualité bactériologique du produit soit assurée, et le SPH imposa des normes d'hygiène très strictes aux établissements de pasteurisation durant les années 1930. Quelles furent les réactions des producteurs et des consommateurs? Certaines des nouvelles exigences n'étaient-elles pas de nature à créer du mécontentement? N'était-il pas à craindre pour les réformateurs que ce mécontentement soit exploité par des

politiciens à des fins électorales? Bien que la réglementation des viandes ait aussi donné lieu à des résistances, nous limiterons ici nos investigations à la question du lait, qui, du reste, occupa une place de premier plan dans les interventions sanitaires des pouvoirs publics durant cette période.

L'imposition aux producteurs de lait de normes d'hygiène rigoureuses par le médecin de santé trifluvien O.-E. Desjardins durant les années 1920 fut la source de bien des conflits. La première année de son mandat en 1922, O.-E. Desjardins dénonça l'insuffisance de la réglementation locale. Il démontra, à l'aide de données démographiques et d'analyses bactériologiques effectuées aux laboratoires du SPH, une corrélation très nette entre les pics estivaux, d'une part, de la mortalité infantile par maladies diarrhéiques, et, d'autre part, de la teneur moyenne en bactéries du lait consommé à Trois-Rivières³². Il soumit au Conseil de ville un projet de règlement calqué sur ceux de Lachine et de Grand Mère, qui, bénéficiant de l'appui du maire conservateur L.-P. Normand, fut adopté malgré l'opposition de l'échevin G.-H. Robichon, futur maire libéral de Trois-Rivières en 1931. Les déclarations de celui-ci à la presse montrent ce que pouvait avoir d'inconfortable la position d'un médecin de santé exigeant comme O.-E. Desjardins:

En nous quittant M. Robichon dit en riant qu'il a toujours cru que le médecin de santé devait être «suffisamment» intelligent pour savoir ce que veut dire une étable «suffisamment grande»

³² Rapports ou requêtes de O.-E. Desjardins concernant le lait: PCTR avril 1923, documents des 1-12-1922, 7-12-1922, 22-12-1922, 12-1-1923, 7-3-1923, 16-3-1923, 4-4-1923, 6-4-1923; PCTR juillet 1923, rapport du 22-6-1923; PCTR juin 1925, rapport du 15-6-1925; CPTR août 1925, rapport du 17-8-1925; CPTR 11-1-1926, rapport du 11-1-1926; mentions dans les PVCVTR: 18-12-1922, 12-2-1923. Voir aussi les règlements chap. 433, 441, 444 et 35 adoptés les 9-4-1923, 3-7-1923, 17-12-1923 et 15-6-1925.

et «suffisamment éclairée», et que s'il ne l'était pas, il y en aurait «suffisamment» pour proposer son remplacement.³³

Le règlement prévoyait l'obligation pour tout vendeur de lait de se munir d'un certificat décerné par le médecin de santé et révocable par celui-ci. En outre, toute personne impliquée dans le commerce du lait ainsi que les membres de sa famille devaient se faire vacciner contre la variole, et toute vache dont le lait était vendu cru dans la ville devait être soumise annuellement à l'épreuve à la tuberculine. Le règlement définissait également les précautions à prendre durant la traite, l'entreposage, le transport et la vente du lait, et fixait des normes relatives aux conditions hygiéniques des laiteries et des étables, le tout formant un ensemble assez contraignant par rapport au laisser-aller antérieur. Enfin, le médecin de santé ou ses officiers recevaient les pouvoirs nécessaires pour surveiller le respect du règlement dans et hors de la ville. Après bien des démarches, O.-E. Desjardins obtint même l'engagement d'un inspecteur consacrant tout son temps à la surveillance du lait. Malgré l'appui de l'association des médecins de Trois-Rivières, il ne parvint toutefois pas à faire voter l'établissement d'un laboratoire municipal pour l'analyse des échantillons de lait.

Le respect intégral du règlement nécessitait de la part des cultivateurs une réorganisation de leur travail, des dépenses supplémentaires et dans bien des cas l'introduction d'un intermédiaire entre eux et les consommateurs. Il fut vivement contesté. Une organisation ouvrière, le Conseil central des syndicats catholiques et nationaux de la ville, demanda même que les producteurs vivant à l'extérieur de la ville et de la paroisse

³³ *Le Nouvelliste*, 12-4-1923, p. 1.

de Trois-Rivières (banlieue), forcés de vendre aux usines de pasteurisation leur production destinée à Trois-Rivières, puissent écouler leur lait cru comme par le passé. Ce à quoi s'opposait le médecin de santé, affirmant qu'il n'était pas en mesure de surveiller la qualité du lait des producteurs éloignés. Mais les principales revendications, qui rallièrent le plus grand nombre d'opposants, concernèrent deux clauses particulières: l'obligation de refroidir à au moins 45 degrés Fahrenheit le lait après la traite, et l'éclairage des étables par des fenêtres à la surface vitrée d'au moins deux pieds carrés par vache. Les protestations provinrent des cultivateurs surtout, qui se disaient incapables de respecter les termes du règlement sans d'encombrantes opérations et des dépenses exagérées, mais aussi d'une partie des citoyens craignant une hausse des prix et la disparition du lait cru. Elles prirent plusieurs formes: pétition comportant plus de 2 000 signatures demandant d'abroger les clauses controversées, requête et délégation au Conseil de ville des producteurs de lait de la banlieue et de Sainte-Marguerite, lettre adressée au *Bien Public* et requête au Conseil par l'Association catholique des cultivateurs et des laitiers des Trois-Rivières³⁴.

La mobilisation en faveur du maintien intégral du règlement s'avéra tout aussi impressionnante: l'association des médecins de la ville et le comité de l'oeuvre des dispensaires (dont O.-E. Desjardins était secrétaire), le directeur du SPH, The Canadian Public Health Association, la Chambre de commerce de Trois-Rivières, le club Rotary, l'ex-maire conservateur L.-P. Normand, plusieurs journaux comme le

³⁴ CPTR 5-5-1924, requête pour la destitution de O.-E. Desjardins; CPTR 4-5-1925, plusieurs documents; PVCVTR 18-5-1925; *Le Nouvelliste*, 20-12-1924, p. 7; 8-4-1925, p. 5; 15-4-1925, p. 5; 29-4-1925, p. 5; *Le Bien Public*, 28-4-1925, p. 1; 26-5-1925, p. 1; 28-5-1925, p. 1; *Saint Maurice Valley Chronicle*, 17-4-1925, p. ; 24-4-1925, p. 9; 1-5-1925, p. 9; *L'Echo du St-Maurice*, 16-4-25, p. 1.

Saint Maurice Valley Chronicle, organe de la communauté anglophone en Mauricie et vibrant défenseur des initiatives d'O.-E. Desjardins, *Le Bien Public*, organe de l'évêché, *Le Nouvelliste* et *L'Echo du Saint-Maurice*, tous deux d'obédience libérale, les propriétaires des usines de pasteurisation et crèmeries qui voyaient leur volume d'opération augmenter à la faveur du règlement. Malgré les nombreux et puissants appuis, ce dernier fut amendé, de sorte que le médecin de santé dut se contenter d'appliquer le règlement provincial fixant le refroidissement minimal du lait après la traite à 60 degrés.

L'adoption d'un amendement auquel s'opposaient d'influents conservateurs et libéraux étonnerait, n'était de la montée, au sein ou en marge de ces deux grandes formations politiques, de politiciens populistes remettant en cause certains choix des principaux dirigeants des partis. Le maire Arthur Bettez, dont le vote prépondérant fit pencher la balance en faveur de l'amendement, se présentait ainsi comme un libéral indépendant proche des ouvriers. Il avait d'ailleurs défait le candidat à la mairie soutenu par Jacques Bureau, grand patron des libéraux mauriciens. Mais le plus habile protagoniste auquel eut à faire face O.-E. Desjardins fut sans conteste Maurice Duplessis, futur premier ministre de la province sous la bannière de l'Union Nationale en 1936, pour l'heure avocat d'allégeance conservatrice représentant les cultivateurs de la banlieue. A une assemblée extraordinaire du Conseil de ville à laquelle assistaient de nombreux cultivateurs, il livra une joute oratoire féroce au médecin de santé. Il alléguait notamment que la hausse des coûts de production pourrait entraîner un manque de lait pour la population, et que du reste, les laitiers de la banlieue avaient toujours fourni du lait convenable, ce dont témoignaient le bon état de santé de la population trifluvienne et le sien. Le politicien se réclama de ce haut fait lorsque, deux ans plus tard, il se présenta

pour la seconde fois comme candidat conservateur à une élection provinciale. Il claironna à travers le comté qu'il avait en moment opportun pris la défense des cultivateurs, et accusa son adversaire libéral L.-P. Mercier, député sortant, de les avoir trahi en négligeant, notamment, de défendre leurs intérêts sur la question du refroidissement du lait à Trois-Rivières. Il faut croire que cette argumentation avait un certain succès, puisque L.-P. Mercier crut bon d'assurer ses électeurs qu'il avait rencontré plusieurs échevins de ses amis pour qu'ils fassent amender le règlement³⁵. Il n'en fut pas moins battu.

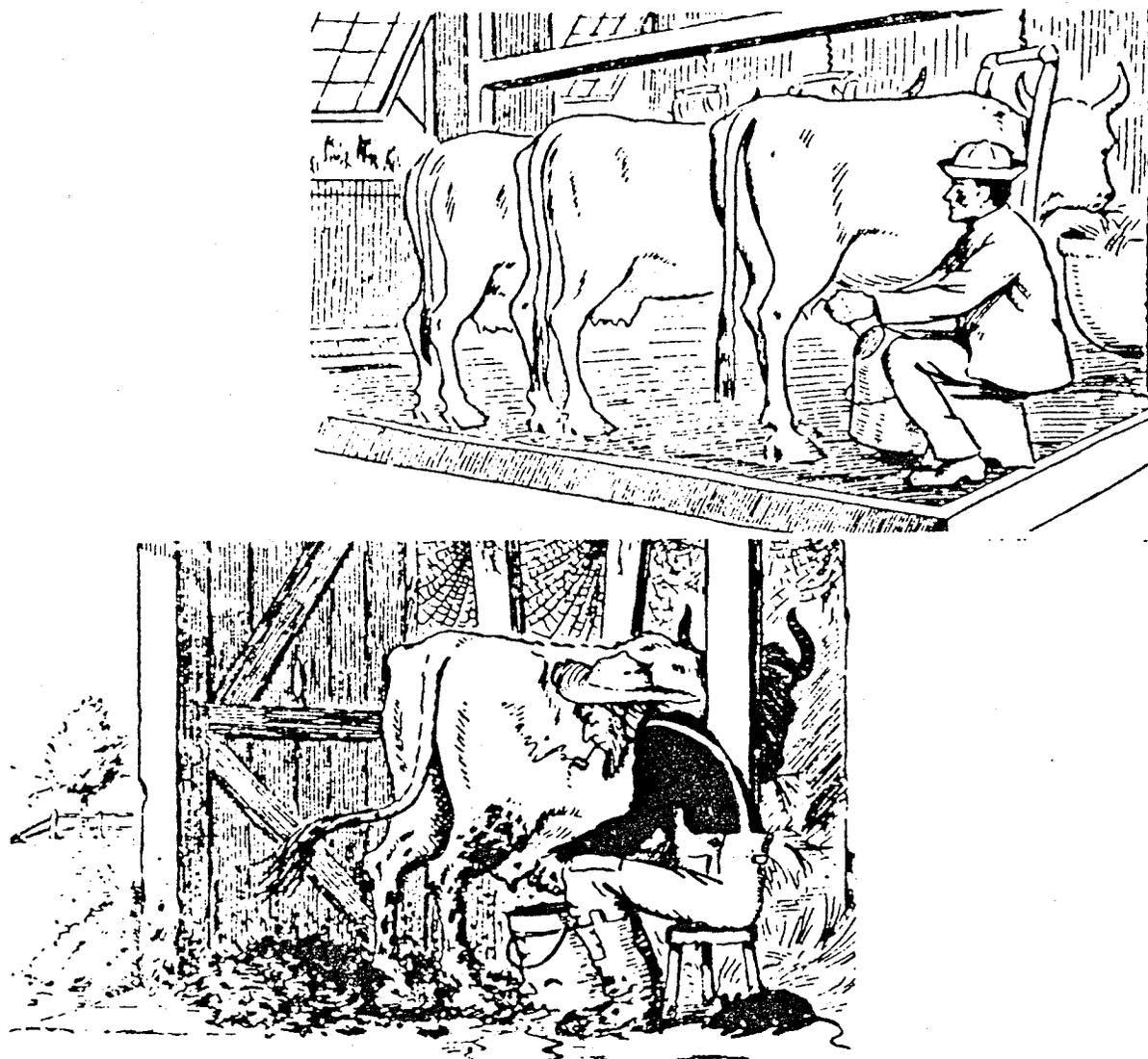
À Shawinigan, l'imposition de normes d'hygiène laitière se fit plus graduellement et suscita moins de conflits, quoique certaines tensions y soient également perceptibles. Comme pour la qualité de l'eau au début des années 1910, les grandes entreprises se firent les alliées du SPH en intervenant à plusieurs reprises en faveur d'un approvisionnement en lait de bonne qualité, allant, encore une fois, jusqu'à se substituer à la municipalité dans l'accomplissement de ses obligations. Le *Shawinigan Welfare Committee*, formé des dirigeants locaux des grandes entreprises, aida à l'installation de machinerie à l'usine de pasteurisation après la guerre (lavage des bouteilles et embouteillage)³⁶. Le *Comité de prévention* (et son comité du lait pur) dont il avait piloté la formation, de même que *La revue de Shawinigan Falls*, organe des compagnies distribué gratuitement à leurs employés, insistèrent auprès du Conseil de ville pour qu'un nouveau règlement du lait soit adopté, ce qui fut fait quelques mois

³⁵ *Le Nouvelliste*, 4-5-1927, p. 5 et 7-5-1927, p. 23.

³⁶ *Saint Maurice Valley Chronicle*, 16-4-1920, p. 1 et 8; *La Revue de Shawinigan Falls*, 28-2-1921, p. 29 et 30; 30-3-1921, p. 30.

Figure 6-2

Le bon et le mauvais producteur de lait
Image tirée de la revue de Shawinigan Falls, 30-9-1921, p. 2



après la nomination du gérant en 1921³⁷. Le journal des compagnies expliqua la portée du règlement, y consacrant plusieurs pages illustrées d'images empruntées au CHPQ. L'une d'elles (figure 6-2) différencie de façon outrancière le bon du mauvais producteur. Elle nous permet d'ouvrir une fenêtre sur ces projets de transformations dans la production laitière qui, venant de la ville, assaillaient le monde rural³⁸. Comportant en gros les mêmes obligations que celui de Trois-Rivières, le règlement shawiniganais était cependant plus détaillé, particulièrement en ce qui a trait aux précautions d'hygiène durant la production. Le degré de refroidissement après la traite était fixé à 50 degrés, et la tuberculisation devait être faite aux frais des cultivateurs plutôt que de la municipalité.

L'application du règlement fut moins vigoureusement imposée qu'à trois-Rivières et bénéficia d'une campagne de propagande menée par les compagnies. Elle rencontra par conséquent moins de résistance³⁹. Mais la direction des grandes entreprises avait en tête des changements plus radicaux. Si l'on excepte les analyses du lait de l'usine de pasteurisation effectuées par SWP à partir de 1922 tout au moins (pendant une dizaine d'années semble-t-il)⁴⁰, le lait shawiniganais échappa aux tests bactériologiques jusqu'en 1924, année où la *Shawinigan Welfare Association* fit examiner des échantillons de lait cru. Concluant que ce lait avait été généralement impropre à la

³⁷ *La revue de Shawinigan Falls*, 20-2-1921, p. 30; 31-5-1921, p. 28 et 22; 30-9-1921, p. 1s; PVCVTR, 10-8-1921, règlement 212 concernant le lait.

³⁸ *La revue de Shawinigan Falls*, 30-9-1921, p. 2.

³⁹ Il est vrai que le Conseil de ville ne se rendit pas à une requête des laitiers de Shawinigan (dont le propriétaire de l'usine de pasteurisation) qui aurait pu causer du mécontentement chez les cultivateurs, faite entre autres au nom de l'hygiène, à l'effet que le tarif des licences soit diminué pour eux et augmenté pour les laitiers extérieurs. PVCVSH 18-3-1925; *L'Echo du Saint-Maurice*, 2-4-1925, p. 6.

⁴⁰ *La revue de Shawinigan Falls*, 31-3-1922, p. 20; 15-5-1922, p. 24; ANQQRICH, rapport du 17-3-1931 de E. Langevin du SPH.

consommation durant l'été, elle demanda, dans un rapport adressé au gérant municipal, que tout le lait distribué soit au préalable pasteurisé. Cette proposition fut soutenue par le journal des compagnies, et serait reprise également dix ans plus tard par les compagnies avec l'appui du directeur de l'unité sanitaire, toujours en vain. La compagnie Belgo avait déjà tenté d'influencer ses employés en ce sens en leur distribuant une brochure fournie par la compagnie *Metropolitan Life Insurance* intitulée «Tout ce qui concerne le lait» qui préconisait l'usage de lait uniquement pasteurisé, et en recommandant de faire pression sur les membres du Conseil de ville. En 1924, après une autre requête de la *Shawinigan Welfare Association*, le gérant municipal prit arrangement avec le SPH pour que l'inspecteur du lait expédie régulièrement à ses laboratoires des échantillons provenant des laitiers⁴¹. L'application du règlement demeura cependant «tolérante», selon l'expression du premier inspecteur employé par l'unité sanitaire établie en 1932 à Shawinigan, ce qui valut à celui-ci quelques difficultés avec certains producteurs lorsqu'il entreprit de faire respecter l'hygiène laitière⁴². L'avènement de l'unité sanitaire fut en effet suivi d'une grande offensive d'éducation hygiénique des fournisseurs et de contrôle du respect des normes provinciales et municipales, ce qui entraîna des réactions défavorables chez certains cultivateurs⁴³.

⁴¹ RSF, 15-10-1924, p. 6, compte rendu des délibérations du Conseil de ville du 3-10-1924; 15-10-1924, p. 1; PVCVSH, 3-10-1924 et 15-8-1934; ANQQCUS, lettre du 26-6-1934 du médecin hygiéniste de l'unité sanitaire du comté de Saint-Maurice au directeur adjoint du SPH.

⁴² ANQQCUS, document joint à une lettre du 3-12-1936 de l'inspecteur J.-A. Foucher au ministre J.-H.-A. Paquette.

⁴³ ANQQCUS, lettre du 31-3-1933 du directeur de l'unité sanitaire à celui du SPH; PVCVSH, règlement 354 adopté le 17-5-1933. Une refonte du règlement du lait obligea les producteurs à placer leurs troupeaux sous la surveillance de la division de l'hygiène des animaux du ministère fédéral de l'Agriculture, dont le programme de tuberculisation comportait l'abattage des animaux tuberculeux, ce qui n'était pas le cas auparavant à Shawinigan.

Le mécontentement des cultivateurs observé à Shawinigan et surtout à Trois-Rivières procède de la même logique que celui manifesté durant les années 1910 pour les viandes, c'est-à-dire de réactions tout à fait compréhensibles envers des changements souvent défavorables pour les petits producteurs. Les cultivateurs se voyaient soudainement imposer des transformations de leur activité ainsi que des dépenses supplémentaires, et dans bien des cas un intermédiaire, en l'occurrence les usines de pasteurisation. Tout cela participait d'une redéfinition des rapports ville-campagne par l'injection d'une part croissante de la production vivrière dans des circuits d'échanges où intervenaient des entreprises de transformation et de distribution sises, dans un premier temps, en milieu urbain. Les normes d'hygiène laitière provenaient de la ville, étaient imposées aux cultivateurs par la ville, et, outre le gain en sécurité pour les consommateurs de la ville, bénéficiaient à des entrepreneurs urbains. Il ne faut donc pas s'étonner si, brusquement contraints de respecter des règles apparemment si désavantageuses, et ce après une exposition par trop sommaire au discours hygiéniste les motivant, nombre de cultivateurs émirent des protestations. Pas plus qu'il ne faut se surprendre que des membres de la génération montante de politiciens aient su exploiter le mécontentement des cultivateurs et les craintes des ouvriers, quitte à prendre position contre les zéloteurs de l'hygiène publique et leurs alliés devenus nombreux parmi les groupes dirigeants (direction des grandes entreprises à Shawinigan, certains politiciens conservateurs et libéraux à Trois-Rivières, divers organismes...). La volonté grandissante de soustraire aux Conseils de ville le contrôle des services sanitaires ne s'expliquerait-elle pas en partie par une certaine incertitude face à l'apparition de ces politiciens prenant appui sur le vote des ouvriers et des paysans?

Quoi qu'il en soit des rapports de force entre les tenants de l'hygiène laitière et leurs adversaires, l'application des règlements du lait, rigoureuse à Trois-Rivières de 1923 à 1927 (casier sanitaire des établissements producteurs, multiplication de tests ...) mais permissive à Shawinigan jusqu'en 1932, a sans doute diminué la proportion de lait malsain consommé. Y contribuèrent également une campagne d'éducation populaire (dont il sera question plus loin) ainsi que des mesures incitatives à Trois-Rivières: attribution, par le Conseil de ville, de diplômes aux cultivateurs ayant fourni du lait répondant aux normes fixées; primes offertes à ceux-ci par une des usines de pasteurisation trifluviennes; coupe remise en 1927 par la compagnie d'assurances-vie Sun Life pour le cultivateur réussissant le mieux le refroidissement⁴⁴, divulgation dans les journaux des noms des meilleurs laitiers. La tuberculisation, effectuée aux frais de la municipalité, permit de constater que 11% du cheptel alimentant la ville en lait était porteur de la tuberculose⁴⁵. Le lait de ces vaches fut proscrit, sauf pasteurisation. L'amélioration de la qualité du lait cru, sensible dans la diminution des taux moyens de bactéries présentes dans les échantillons des fournisseurs, fut présentée par le médecin de santé comme l'une des deux responsables de la baisse concomitante des décès par diarrhées infantiles.

Une hausse durant les années 1920 de la consommation de lait pasteurisé, chaudement recommandé par les hygiénistes, est également en partie responsable de l'amélioration de la qualité hygiénique du lait bu. Elle survint en dépit des allégations voulant que le

⁴⁴ CPTR 4-4-1927, rapport du médecin de santé du 24-3-1927; PVCVTR, 4-4-1927; *Le Nouvelliste*, 22-3-1927, p. 7.

⁴⁵ PVCVTR 3-12-1923; PCTR 5-12-1924, rapport du médecin de santé du 5-12-1924; CPTR 31-12-1924.

lait pasteurisé était trop cher pour une forte proportion de la population. D'après le médecin de santé de Trois-Rivières, ce lait y représentait 72 % du lait vendu en 1925 (ce qui nous paraît toutefois exagéré⁴⁶). L'expansion d'entreprises de pasteurisation comme la Crèmerie des Trois-Rivières qui alimentait non seulement le marché urbain mais aussi celui des comtés proches, ou de la Laiterie de Shawinigan, témoigne également de la rapidité avec laquelle une partie de la population se rendit aux arguments des hygiénistes et remplaça le lait cru par le lait pasteurisé. À l'inverse, l'on peut se demander si la crise fut favorable à une reprise de la vente du lait cru, moins cher: le directeur du SPH dut admettre en 1933 que le lait pasteurisé à Trois-Rivières subissait une très grande compétition du lait cru, ce qu'il liait aux mauvaises «conditions économiques des ouvriers»⁴⁷.

L'achat d'un lait ayant transité par les usines de pasteurisation ne garantissait pas qu'il soit sain: encore fallait-il que la pasteurisation ait été effectuée correctement (température atteinte, durée) et que le lait purifié n'ait pas été réinfecté lors de l'embouteillage. Or, d'après les tests du médecin de santé trifluvien, bien que la pasteurisation se soit considérablement améliorée entre 1923 et 1927, notamment après que le règlement ait rendu obligatoire l'usage de thermomètres auto-enregistreurs dont on pouvait vérifier les écritures, elle ne donnait pas encore le rendement attendu. Afin d'apporter des correctifs à cette situation ainsi qu'à d'autres problèmes, O.-E. Desjardins refondit le règlement du lait, et en profita pour revenir à la charge en

⁴⁶ À Québec, on estimait cette proportion à 50 % en 1929, 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. 171.

⁴⁷ ANQQRICH, lettre du 6-3-1933 du directeur du SPH.

suggérant de fixer une température de refroidissement. Quelques mois après, il fut démis de ses fonctions, et son successeur se garda de prendre de nouvelles initiatives en la matière malgré les représentations du SPH, convaincu de la «déplorable qualité»⁴⁸ d'une partie du lait distribué à Trois-Rivières avant l'établissement de l'unité sanitaire en 1938.

Les usines de pasteurisation allaient tout de même se trouver soumises à une surveillance hygiénique relativement serrée durant la crise. Auparavant, le SPH avait laissé aux autorités municipales des deux villes la surveillance des approvisionnements en lait, et notamment de ces usines. Les hygiénistes, recommandant vivement à la population de consommer du lait pasteurisé, tenaient à ce qu'il soit sain. Mais le lait délivré par les usines de pasteurisation n'avait pas toujours la qualité requise par les hygiénistes —O.-E. Desjardins l'avait maintes fois constaté à Trois-Rivières—, ce qu'ils déploraient hautement et qui pouvait nuire à la généralisation de la consommation de lait pasteurisé. Or, une épidémie meurtrière de typhoïde se déclara à Montréal en 1927⁴⁹, dont deux usines de pasteurisation furent identifiées comme les foyers de contamination. Dans l'une, un employé porteur du bacille typhique participait à l'embouteillage. La municipalité ayant négligé d'obéir à l'injonction du SPH à l'effet de fermer les deux établissements, celui-ci prit le contrôle de la lutte et ferma ou mit sous tutelle les entreprises concernées. L'événement fit beaucoup de bruit et permit au SPH de faire accepter par la législature en 1928 une loi lui octroyant le pouvoir de

⁴⁸ CPTR 30-5-1932, lettre du 22-3-1932 du directeur du SPH, et rapports d'enquête sur le lait à trois-Rivières des 20-10-1931 et 18-2-1932 de l'ingénieur sanitaire E. Langevin.

⁴⁹ Voir à ce sujet les nombreux articles dans les journaux montréalais, particulièrement au mois de mai 1927. RACH, 1926-1927, p. 164-166.

surveiller les usines de pasteurisation avec la même rigueur qu'il le faisait pour les approvisionnements en eau. La loi fut appliquée par le service de génie sanitaire à partir de fin 1930 semble-t-il. Les rapports d'inspection à Trois-Rivières et à Shawinigan montrent que désormais l'appareillage et l'organisation du travail étaient soumis à une série de normes précises que devaient respecter les propriétaires, sous peine de voir le directeur du SPH fermer leur établissement aussi longtemps qu'il le jugerait nécessaire⁵⁰. Durant les années 1930, le SPH prit donc directement en charge la surveillance des usines de pasteurisation. Là où furent établies des unités sanitaires, il fit de même pour le lait mis en vente.

6.2.3 *Éphémère surveillance de la salubrité des logements*

Depuis longtemps dénoncée par les hygiénistes, l'insalubrité des logements en milieu urbain devint après la guerre, avec la qualité du lait, l'un des problèmes d'hygiène du milieu les plus fréquemment évoqués. D'après le gouvernement libéral, qui lançait une campagne antituberculeuse, elle était l'un des principaux facteurs de risque de cette maladie et devait par conséquent être combattue. Pour les nationalistes traditionalistes, elle était liée à la fois à la mortalité excessive et aux modes de vie dénoncés comme débilissants pour la «race» canadienne-française. Henri Bourassa par exemple, dans un de ses éditoriaux au *Devoir*, présenta l'habitation insalubre comme la seconde cause en

⁵⁰ SDQ, 18 Geo. V, chap. 68, *Loi modifiant la Loi de l'hygiène publique de Québec* sanctionnée le 22-3-1928. ANQQRICH, rapports d'inspection de E. Langevin, ingénieur sanitaire, des 3-3-1931 et 12-10-1934 à Shawinigan, et à Trois-Rivières des 17-12-1930, 22-12-1930, 18-12-1930, 22-12-1930, 4-3-1931, 14-5-1932, 6-3-1933, 4-10-1933, 5-10-1933, 11-10-1933, 12-10-1934, 15-10-1934; lettres de la direction du SPH des 20-3-1931 à Shawinigan, et à Trois-Rivières des 9-1-1931, 9-3-1931, 2-6-1932 (ordonnance), 12-7-1932, 9-3-1933, 19-10-1933 (ordonnances), 3-11-1933. Nous ne donnons pas ici les références pour les années suivantes, durant lesquelles les inspections se poursuivirent au même rythme.

importance de la tuberculose et de la mortalité infantile (après l'agglomération urbaine), fustigea la «criminelle indifférence» des municipalités à cet égard, et alla même jusqu'à suggérer que le gouvernement tente «soit par encouragement ou même par coercition, d'amener les Conseils municipaux à sortir de leur torpeur, à faire quelque chose d'utile pour le salut de la race»⁵¹. Dans un tel contexte, il n'y a rien d'étonnant à ce que le contrôle des normes d'hygiène de la construction dans les deux municipalités se soit quelque peu resserré durant les années 1920. L'on verra par contre que pendant la crise, des tensions aiguës apparurent dans le marché du logement, si bien que ce contrôle fut délaissé.

La volonté du CHPQ, après la guerre, d'obtenir une meilleure surveillance de la salubrité des logements, se manifesta en 1920 à Trois-Rivières et à Shawinigan par des rapports de l'inspecteur régional dénonçant le peu de cas fait des règlements provinciaux. Il constata à Shawinigan l'existence de chambres sans aucune fenêtre et de nombreux immeubles à logements de trois ou quatre étages, dont les chambres ne disposaient pour l'éclairage et l'aération que d'un «puits de lumière»⁵². Des infractions semblables furent identifiées à Trois-Rivières. Une ordonnance fut émise enjoignant la municipalité de Shawinigan de faire respecter les règlements provinciaux de construction⁵³. La municipalité de Trois-Rivières fut quant à elle invitée à faire rapport

⁵¹ *Le Devoir*, 21-2-1924, p. 1.

⁵² Les hygiénistes de l'époque accordaient une attention particulière à l'aération et à l'ensoleillement des logements. Le lien direct qu'ils établissaient entre la tuberculose et des logements mal aérés et ventilés était toutefois erroné.

⁵³ ANQQRICH, 9-11-1920, lettre du secrétaire du CHPQ à la corporation municipale de Shawinigan et rapport d'inspection des 27-28 octobre 1920; PVCVSH, 17-11-1920; ANQQRICH, 10-11-1920, rapport d'inspection à Trois-Rivières; ANQQRICH, lettre du 29-11-1920 du secrétaire du CHPQ à la corporation municipale de Trois-Rivières et rapport d'inspection du 10-11-1920.

des mesures prises. L'organisme provincial d'hygiène, intensifiant ses interventions relatives à l'hygiène de la construction, lui enjoignit en 1922 d'intervenir pour faire utiliser le système de ventilation dans une école, puis, en 1926, pour faire assainir sans délai 17 habitations d'un quartier pauvre⁵⁴. De plus, il procéda en 1924 à une refonte des règlements provinciaux concernant l'hygiène de la construction.

Les deux municipalités entreprirent de respecter les procédures fixées par les règlements provinciaux. Ainsi, le Conseil de ville trifluvien intima à l'évaluateur, quelques mois après la première injonction, d'aviser le médecin de santé de tout permis de construction qu'il accorderait⁵⁵. Puis, l'année suivant le début de la gérance à Shawinigan, le règlement local de la construction fut entièrement refondu et des clauses relatives à l'hygiène ajoutées, visant notamment à proscrire les puits de lumière⁵⁶. La surveillance, limitée en pratique aux immeubles en construction, fut confiée à l'ingénieur de la municipalité et au surintendant des travaux publics plutôt qu'au médecin de santé. Il paraît toutefois difficile de préciser dans quelle mesure on se montra rigoureux envers les propriétaires fautifs.

A Trois-Rivières, où le SPH débuta en 1923 une lutte antituberculeuse que l'on se proposait de citer en exemple, le médecin de santé O.-E. Desjardins décida de mettre au pas la construction domiciliaire, ce que le pressa d'ailleurs de faire le directeur du SPH

⁵⁴ ANQQCCH, 20-1-1922, lettre du directeur du CHPQ à la corporation municipale de Trois-Rivières; CPTR janvier 1927, lettre du 11-12-1926 du directeur du SPH et rapport de l'inspecteur régional du 9-12-1926.

⁵⁵ PVCVTR, 21-2-1921.

⁵⁶ PVCVSH, 19-4-1922, règlement 225 concernant la construction.

qui présidait le comité dirigeant cette lutte⁵⁷. A chaque personne venue quérir un permis, il expliqua les parties du règlement de la construction relatives à l'hygiène. Il fit exercer un suivi par l'inspecteur des bâtisses, mettre à jour le casier sanitaire des logements, et au besoin entama des procédures judiciaires contre les propriétaires récalcitrants⁵⁸. Comme à Shawinigan, une refonte du règlement de la construction fut adoptée en 1923 sous l'administration du maire conservateur L.-P. Normand, fixant des normes précises quant à l'aération, l'abolition des «chambres noires», etc⁵⁹.

En fait, bien qu'en 1926 O.-E. Desjardins ait reçu la consigne de faire observer «sérieusement» le règlement de la construction⁶⁰, sa marge de manoeuvre demeurait assez mince. Malgré l'appui du journal *Le Bien Public*, il ne put obtenir que le Conseil de ville fixe une largeur minimale aux lots urbains afin d'éviter l'édification de logements tout en longueur dénués de fenêtres sur les côtés⁶¹. Les hygiénistes de l'époque considéraient, sans doute à tort, ce type de logements comme des «nids à tuberculose». En 1926, O.-E. Desjardins parlera à ce sujet de «quasi-insalubrité de la plupart des logements qui se bâtissent»⁶². Le cas des caves habitées à l'encontre des règlements illustre assez bien la relative impuissance des médecins de santé: environ 100 caves en 1923 à Trois-Rivières, et de 65 à 75 familles à Shawinigan en 1918

⁵⁷ Procès-verbal des délibérations de la réunion du 21-1-1924 du comité du Centre de démonstration antituberculeuse de Trois-Rivières.

⁵⁸ RAMSTR pour 1923, p. 2, dans PCTR, avril 1924; *Le Bien Public*, 26-7-1923, article «Il n'y a pas de tolérance dans la loi», p. 1.

⁵⁹ Règlement chap. 437, concernant les bâtisses ou bâtiments érigés ou à être érigés dans la cité, adopté le 23-5-1923.

⁶⁰ CPTR 16-2-1926 et 31-5-1926.

⁶¹ *Le Bien Public*, 28-2-1924, p. 1.

⁶² CPTR 15-2-1926, rapport du médecin de santé du 5-2-1926.

d'après une enquête d'une firme américaine⁶³. Expulser les locataires ne leur aurait pas fourni de logement adéquat, et ce d'autant moins que le médecin de santé dans un cas, la firme privée dans l'autre, déplorèrent l'insuffisance du nombre d'habitations, ce qu'évoquera encore en 1926 le maire de Trois-Rivières en présence de l'inspecteur régional du SPH⁶⁴.

Après le déblocage des années 1920 en matière de surveillance des normes d'hygiène de la construction, la crise des années 1930 allait engendrer des tensions telles dans le secteur de l'habitation, qu'il ne fut plus question d'exécuter les règlements⁶⁵. En effet, les propriétaires, eux aussi touchés par la crise dans la mesure où une proportion élevée de leurs locataires s'avéraient incapables de payer les loyers, mirent tout en oeuvre pour obtenir des dédommagements des gouvernements. La situation paraissait par conséquent peu propice à l'application par les autorités sanitaires de règlements contrariant les propriétaires. Au mois de septembre 1932, les municipalités de Trois-Rivières et de Shawinigan demandèrent aux gouvernements fédéral et provincial de joindre aux secours directs⁶⁶ le paiement des loyers, tel que le permettait la loi fédérale, ce à quoi s'opposa le gouvernement provincial dans un premier temps. Des ligues de propriétaires se formèrent dans les deux villes et demandèrent que les municipalités dédommagent les propriétaires pour les loyers non payés. Les propriétaires ayant

⁶³ RAMSTR pour 1923, p. 11; AHQM, Indépendance Bureau, *Shawinigan Falls housing survey for Shawinigan Falls (Quebec) housing committee. Preliminary report*, p. 2.

⁶⁴ CPTR janvier 1927, rapport du 9-12-1926 de l'inspecteur régional du SPH.

⁶⁵ Les informations livrées dans ce paragraphe proviennent de nombreux documents trouvés dans les archives municipales de Trois-Rivières, et des PVCVSH.

⁶⁶ Il s'agissait d'un programme conjoint d'aide aux chômeurs nécessiteux, où les gouvernements fédéral, provincial et municipal partageaient les dépenses.

accentué les pressions en 1933 lorsque plusieurs donnèrent avis à des locataires d'avoir à évacuer leur logement au premier mai —ce qui les jetait à la rue— les municipalités réitérèrent leur requête auprès du gouvernement provincial. Ce dernier accepta finalement en 1933 que le loyer soit inclus dans les secours directs et payé aux propriétaires.

Parant au plus pressé, talonnées presque en permanence par les propriétaires, les municipalités délaissèrent la surveillance de l'hygiène de la construction. Les appels à une plus grande rigueur furent rares. Par contre, lorsque la crise s'atténa, ils se multiplièrent, en particulier à Trois-Rivières où la crise avait été favorable à la «construction de taudis»: requête de résidents d'un quartier défavorisé et de leur curé en 1937, à l'effet d'inclure dans les travaux publics la démolition de taudis et la reconstruction de logements salubres; demande faite en ce sens en 1936 par la municipalité au gouvernement provincial; formation, en 1937, d'une ligue des locataires exigeant notamment le respect des règlements d'hygiène concernant l'habitation; requête de la société Saint-Vincent de Paul pour l'élimination de taudis en voie de construction en 1937; programme d'embellissement de la jeune Chambre de commerce demandant en 1937 de «faire disparaître le village de tôle en train de pousser» aux abords d'un secteur industriel; campagne de presse menée en 1938 par *Le Nouvelliste* et réclamant une action prompte des pouvoirs publics; déclarations subséquentes du maire...⁶⁷.

⁶⁷ CPTR 21-5-1937, *Programme de la semaine d'embellissement*, p. 2. Aussi, concernant le logement durant les années 1930: PVCVSH 7-9-1932, 21-9-1932, 23-9-1932, 5-10-1932, 2-11-1932, 16-11-1932, 4-1-1933, 19-4-1933, 17-5-1933, 7-12-1934, 17-4-1935; PVCVTR 6-9-1932, 19-9-1932, 23-9-1932, 16-1-1933, 13-2-1933, 8-3-1933, 20-3-1933, 28-8-1933, 2-1-1934, 18-3-1935, 13-5-1935, 18-5-1936, 10-6-1935; CPTR 30-5-1932, pétition du 18-4-1932; CPTR 19-2-1937, lettre du 8-2-1937 de J.-A. Lemire, curé;

Les directeurs des unités sanitaires trifluvienne et shawiniganaise virent dans la conjoncture de fin de crise l'occasion d'une reprise de la surveillance de l'hygiène de la construction. Celui de Trois-Rivières se fit confirmer par le Conseil de ville en 1938 ce qu'avait constaté un haut fonctionnaire du SPH en 1936, à savoir que l'approbation des plans et devis des constructions avait été négligée par le Bureau de santé⁶⁸. Il annonça que l'unité était maintenant suffisamment organisée pour s'occuper de cette surveillance. La même année, le directeur de l'unité sanitaire de Shawinigan signala au Conseil de ville son intention de veiller désormais au respect des règlements provinciaux relatifs aux habitations. La crise se résorbant, les autorités sanitaires reprenaient la surveillance, qui s'accrut nettement les années suivantes et suscita des frictions entre les unités sanitaires et les deux municipalités.

6.2.4 *Immunité de la grande entreprise*

Alors que l'habitation et le commerce des vivres étaient désormais soumis à une certaine surveillance, l'hygiène industrielle demeura le parent pauvre de l'hygiène publique à Trois-Rivières et à Shawinigan. Plusieurs facteurs seront évoqués pour expliquer cette situation: l'inspection des établissements manufacturiers relevait du ministère du Travail; les grandes entreprises étaient dans certains cas alliées de belle date du CHPQ, ce qui se justifiait d'autant mieux que nombre d'entre elles veillaient de diverses façons à la santé de leurs employés; les dirigeants politiques pouvaient hésiter

PCTR mai 1935, règlement concernant la distribution des secours directs à Trois-Rivières; PCTR 15-2-1937; CPTR 14-5-1937, lettre du 29-3-1937 de la Société Saint-Vincent de Paul; *Le Nouvelliste*, 21-2-1938, p. 3 et plusieurs articles durant les semaines suivantes concernant les taudis.

⁶⁸ A. R. Foley, *Etude sur la situation sanitaire de la cité des Trois-Rivières*, SPH, mai 1936, p. 42; CPTR 11-3-1938, échange de correspondance entre le directeur de l'unité sanitaire et le greffier.

à s'aliéner les grands pourvoyeurs d'emplois, comme l'illustrera la fin de non-recevoir des autorités sanitaires face aux plaintes relatives à la pollution de l'air causée par les industries papetières à Trois-Rivières; enfin, l'établissement d'une surveillance des entreprises privées était peu conforme à la pensée libérale.

L'organisation de l'hygiène industrielle publique au Québec était pour le moins déficiente durant l'entre-deux-guerres. Jusqu'à 1936, l'inspection des établissements demeura confiée à des personnes sans formation spécialisée en hygiène, indépendantes de l'organisme provincial d'hygiène: les inspecteurs du ministère du Travail et de ses ancêtres (au nombre de 16 en 1932)⁶⁹. Ils devaient voir à l'application des lois du travail concernant entre autres l'âge des employés et le degré de scolarisation des plus jeunes, le nombre d'heures de travail et la sécurité dans les établissements, et de la Loi d'hygiène en ce qui concerne la salubrité (ventilation, espace cubique, lieux d'aisance, propreté en particulier)⁷⁰. La Loi d'hygiène publique avait bien autorisé en 1894 le Conseil d'hygiène à établir des règlements concernant l'hygiène industrielle⁷¹, et spécifié que des médecins-hygiénistes pourraient être nommés comme inspecteurs des manufactures par le lieutenant-gouverneur, qui seraient placés sous l'autorité du Conseil. Mais les médecins nommés ne restèrent en poste que pour de très courtes périodes en raison des salaires dérisoires qu'on leur accordait, si bien qu'en général, aucun médecin ne faisait partie du corps d'inspecteurs. Et si les inspecteurs régionaux

⁶⁹ A ce sujet, voir notamment «Conditions d'insalubrité des établissements industriels», Louis Guyon, directeur de l'inspection des établissements industriels, *Bulletin sanitaire*, 1916, 16, nos 2 à 12, 86-92.

⁷⁰ Sur cette législation, voir Alain Pontaut, *Santé et sécurité. Un bilan du régime québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*, Montréal, Boréal Express, 1985; aussi Michel Pelletier et Yves Vaillancourt, *Les politiques sociales et les travailleurs. Les années 1900 à 1929*, Montréal, s.é., 1974.

⁷¹ SDQ, 57 Vict., chap. 31, *Loi amendant la loi concernant le Conseil d'hygiène de la province de Québec*, sanctionnée le 8-1-1894.

du Conseil et les municipalités devaient voir au respect des règlements concernant l'hygiène industrielle comme à celui des autres règlements établis en vertu de la Loi d'hygiène publique, leur activité en ce sens demeura tout au plus sporadique à Trois-Rivières et à Shawinigan. Les inspections effectués par des officiers des deux Bureaux de santé dans des entreprises industrielles étaient rarissimes: non seulement n'en trouve-t-on pas trace dans les deux villes étudiées (sinon quelques inspections concernant l'eau potable durant les années 1910), mais encore, dans le cas trifluvien, apprend-t-on du directeur de la division de l'épidémiologie du SPH, en 1936, que «dans le passé, la protection des ouvriers contre les maladies professionnelles et les hasards de l'industrie a été complètement abandonnée à l'initiative des compagnies»⁷².

Il paraît difficile d'évaluer dans quelle mesure le travail des inspecteurs du ministère des Travaux publics et du Travail a contribué à assainir le milieu de travail dans les entreprises industrielles, de même que de préciser l'évolution de pareil assainissement. A en juger d'après les rapports annuels du ministère et divers commentaires⁷³, une amélioration sensible des conditions hygiéniques et de sécurité eut lieu entre la fin du XIXe siècle et la Première Guerre mondiale, quoique la situation demeurât toujours préoccupante particulièrement en ce qui a trait aux maladies industrielles, ignorées des

⁷² A. R. Foley, *Etude sur la situation sanitaire de la cité des Trois-Rivières*, SPH, mai 1936, p. 36.

⁷³ Comme celui-ci: «En regardant en arrière, cependant, il est permis d'être optimiste. Nous sommes loin des conditions d'insalubrité déplorables constatées en 1888, alors que l'on s'éclairait à la chandelle dans les fonderies et dans les chaudronneries, où les cabinets avec sièges étaient l'exception très rare, où la ventilation mécanique était tout à fait nulle, où il y avait des usines où vous auriez vainement cherché un linge propre pour faire un premier pansement.» Communication à la sixième convention des services sanitaires de la province: «Conditions d'insalubrité des établissements industriels», Louis Guyon, directeur de l'inspection des établissements industriels, *Bulletin sanitaire*, 1916, 16, nos. 2 à 12, p. 91.

services d'inspection des établissements avant la création d'une division de l'hygiène industrielle au sein du DS en 1936⁷⁴.

L'inertie des autorités sanitaires devant les grandes entreprises s'explique de plus d'une façon. Ainsi, à Shawinigan, les grandes entreprises avaient durant les deux premières décennies du siècle pactisé avec les hygiénistes, et elles continuèrent durant les années 1920 à se placer fréquemment en première ligne des luttes hygiéniques. Les efforts consentis par de grandes entreprises afin d'améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité au travail, ou d'inculquer à leurs employés et même aux familles de ceux-ci des habitudes d'hygiène plus rigoureuses, paraissaient méritoires. Ces efforts furent particulièrement fréquents et visibles à Shawinigan. Pour l'organisme provincial, l'on peut supputer qu'il était tentant de fermer les yeux sur des irrégularités point trop flagrantes, plutôt que de compromettre une alliance qui avait fait ses preuves et promettait d'être encore utile.

Les grandes entreprises shawiniganaises prirent des initiatives concertées d'éducation populaire en matière d'hygiène. Une association formée de représentants des grandes entreprises à Shawinigan (en l'occurrence SWP, Belgo Pulp and Paper, Electro Products, Canada Carbide, Northern Aluminum, Shawinigan Cotton et Canadian Aloxite en 1920), le Shawinigan Welfare Committee, fut en 1920 à l'origine de la Ligue de Prévention, organisme où siégeait un représentant de presque chaque grande

⁷⁴ Les enquêtes effectuées par la division montrent que le travail dans certains secteurs d'activité comportait des risques sanitaires très élevés. La recherche au Québec demeure toutefois fort parcellaire sur ce sujet important.

entreprise shawiniganaise et dont l'activité promotionnelle concernant la santé allait s'avérer considérable les années suivantes⁷⁵. De plus, les grandes entreprises forgèrent un outil de propagande visant notamment à favoriser la bonne entente entre patrons et ouvriers et contenant de fréquents conseils relatifs à l'hygiène: *La Revue de Shawinigan Falls*, journal distribué gratuitement à leurs employés. La récurrence de thèmes sanitaires de prédilection dans ce journal montre bien que les compagnies visaient une transformation des comportements de l'ouvrier et de sa famille. Le journal contenait ainsi de fréquents articles d'hygiène adressés aux mères. A chaque printemps, un article rappelait les méfaits de la mouche quant à la transmission des maladies contagieuses et les moyens d'y faire face. Belgo Pulp and Paper donna même à ses ouvriers, avec un numéro de *La Revue de Shawinigan Falls*, un tue-mouche⁷⁶. Cette compagnie distribuait régulièrement au début des années 1920 des brochures fournies par la compagnie Metropolitan Life Insurance auprès de laquelle elle avait contracté une assurance collective pour ses ouvriers⁷⁷. Comme l'illustre la page couverture (figure 6-3) de l'une des brochures de la compagnie d'assurances publiée en 1929 pour la population francophone du Canada et concernant la prévention des accidents, cette documentation était soigneusement conçue de façon à frapper l'imagination du lecteur. Enfin, signalons que certaines compagnies adoptèrent un programme d'éducation à domicile par des infirmières, comportant des instructions aux

⁷⁵ Voir entre autres le *Saint Maurice Valley Chronicle*, 16-4-1920, p. 8; *La Revue de Shawinigan Falls* rend compte des réunions de la *Ligue de prévention*; PVCVSH, 21-7-1920.

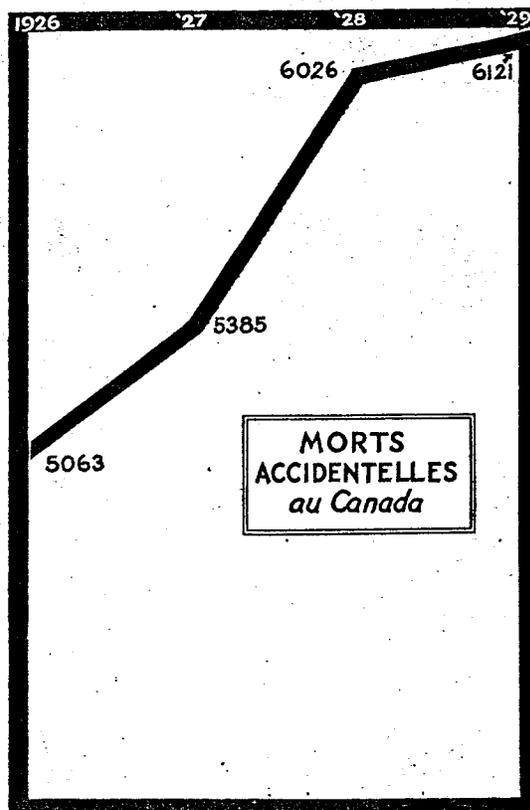
⁷⁶ *La Revue de Shawinigan Falls*, 30-6-1921, p. 20.

⁷⁷ *La Revue de Shawinigan Falls*, 28-2-1921, p. 10.

Figure 6-3

Page couverture de la brochure *Ce flot d'accidents ira-t-il jusqu'à vous?*
 publiée par Metropolitan Life Insurance Company,
 Bureau chef canadien, Ottawa, vers 1930

CE FLOT D'ACCIDENTS IRA-T-IL JUSQU'À *Vous?*



METROPOLITAN LIFE
 INSURANCE COMPANY

BUREAU CHEF CANADIEN
 Ottawa, Canada

mères quant aux soins des nourrissons, ce qui fut fait par Northern Aluminum en 1920⁷⁸.

La *Ligue de prévention* et le journal accordèrent une attention toute spéciale à la sécurité au travail, dans la rue, à la maison, aux loisirs. La prévention des accidents de travail apparaît ici comme une préoccupation fondamentale des dirigeants des grandes entreprises locales. Une coupe fut offerte à partir de 1921 par Belgo Pulp and Paper à la compagnie affichant la moindre fréquence d'accidents dans son usine, et le moindre nombre d'heures de travail perdues. Ce concours s'inscrivait dans un mouvement international, si l'on considère que l'arbitre était le National Safety Council of Chicago. On entendait de la sorte encourager la formation d'un esprit de corps dans les usines, et accroître l'attention portée par l'ouvrier à la sécurité⁷⁹. Non seulement cela présentait-il l'avantage d'augmenter la productivité de l'entreprise, mais encore, pouvait abaisser les sommes versées par les compagnies en vertu de la Loi des accidents du travail du Québec. Il est à noter d'ailleurs que l'insistance mise sur la responsabilité de l'ouvrier imprudent ou inattentif quant aux pertes causées à son employeur, laissait dans l'ombre celle de la compagnie même vis-à-vis de la sécurité de ses employés. Or, la Loi des accidents du travail reposait sur un principe tout à fait opposé, établissant la responsabilité de l'employeur en cas d'accident⁸⁰.

⁷⁸ *Saint Maurice Valley Chronicle*, 16-4-1920, p. 8.

⁷⁹ Ce concours existait encore en 1925 tout au moins. Concernant la prévention des accidents, remarquons en 1926 le projet de séances d'information dans les écoles avec films. Voir *La Revue de Shawinigan Falls*, 28-2-1921, p. 24; 31-3-1921, p. 28; 30-5-1925, p. 6; 15-3-1926, p.6.

⁸⁰ Sur la Loi des accidents du travail, voir Yves Vaillancourt, *op. cit.*; Alain Pontaut, *op. cit.*

D'autres initiatives furent prises par les compagnies ayant pour effet de protéger la santé de leurs travailleurs ou de leurs proches. Certaines avaient organisé des fonds de secours qui, moyennant une contribution mensuelle, donnaient droit à une aide en cas de maladie ou d'accident (Aluminum Company of Canada Limited avait un programme de ce type en 1932). D'autres pouvaient contracter une assurance-vie collective pour leurs employés (Belgo Pulp and Paper auprès de Metropolitan Insurance Co) prévoyant des primes également pour les cas d'incapacité totale et permanente. Des chambres de pansements furent aménagées (Aluminum Company of Canada Limited par exemple), ou des services médicaux comportant une infirmière ou (et) un médecin (Belgo Pulp and Paper, Canadian Electro Products)⁸¹. De plus, les compagnies avaient mis sur pied le seul hôpital de la ville avant le début des années 1930.

Envers d'aussi zélés propagandistes, les plus actifs en fait à Shawinigan avant l'établissement de l'unité sanitaire en 1932, il paraissait déplacé de se montrer quelque peu exigeant en matière d'hygiène. Une inspection exceptionnelle faite aux usines de Aluminum Company of Canada cette même année par le SPH montre avec quelle circonspection on traitait des problèmes d'hygiène industrielle lorsque de grandes entreprises étaient concernées. Des ouvriers avaient intenté une poursuite à la compagnie pour dommages à leur santé causés par l'émission de gaz dans ses usines. Un médecin de Grand-Mère avait de plus demandé une inspection des lieux par un inspecteur du ministère du Travail et un médecin. Le directeur du SPH donna avec force précautions instruction à l'inspecteur régional de Montréal L.-A. Chabot, son

⁸¹ *La Revue de Shawinigan Falls*, 15-7-1921, p. 3 à 7; 28-2-1921, p. 15; 15-6-1921, p. 10; 15-5-1922, p. 16; 31-3-1921, p. 21; 31-5-1921, p. 11-12

homme de confiance pour ces opérations éminemment délicates, de visiter l'usine avec l'inspecteur en chef des établissements industriels:

Il est fort possible, comme la chose arrive trop souvent, qu'on veuille faire servir le Service provincial d'hygiène à des fins personnelles et pour aider au succès de procès. D'un autre côté, il ne faudrait pas, s'il y a réellement danger quelque part, que la chose nous laissât indifférents. (...) Par conséquent, je vous prierais de bien marquer aux autorités concernées que votre inspection a pour but principal de constater comment la compagnie s'y prend pour protéger la santé de ceux qu'elle emploie. Il n'en reste pas moins tout de même que s'il y a des choses répréhensibles, vous devrez aider ces autorités de vos conseils et les consigner dans votre rapport.⁸²

Selon les instructions reçues, l'inspecteur confirma dans son rapport, après avoir détaillé et vanté les efforts de la compagnie pour protéger la santé de ses employés, l'existence d'une «menace à la santé des travailleurs par les gaz, la fumée et les poussières» dans la salle d'électrolyse. Il semble donc que pour les rares inspections de grands établissements industriels auxquelles participait le SPH en collaboration avec le ministère du Travail, une grande prudence était de mise, sans que l'on faillisse toutefois à la responsabilité de signaler les conditions anti-hygiéniques observées.

Une controverse qui eut lieu à Trois-Rivières quant à la pollution de l'air par les papetières montre que si l'organisme central d'hygiène ou les services de santé municipaux hésitaient à s'attaquer à de grandes entreprises, d'autres intervenants étaient par contre disposés à s'y mesurer. Un premier mouvement en faveur d'un contrôle de

⁸² ANQQRICH, lettre du 17-6-1932 du directeur du SPH à L.-A. Chabot. Voir aussi rapport du 6-7-1932 de L.-A. Chabot.

cette pollution s'était dessinée en 1912, mais avait rapidement avorté. Après certaines plaintes, le médecin de santé mis en poste par l'administration du conservateur L.-P. Normand s'était alors informé au CHPQ des effets des émanations de la papetière Wayagamack Pulp and Paper sur la santé des Trifluviens⁸³. Il en avait reçu réponse que les odeurs, certes désagréables, n'étaient pas nocives pour la santé, ce qui vaudrait au CHPQ d'être accusé dix ans plus tard par *Le Bien Public* d'avoir abandonné les Trifluviens «aux mains des empestes publics»⁸⁴. À l'instar du CHPQ, le chef de l'administration municipale voyait d'un mauvais œil la perspective d'une confrontation avec la papetière. Il appuya l'opinion du CHPQ de son autorité de maire, de médecin éminent et de patron des conservateurs locaux, et émit à une réunion de l'association médicale du district «qu'il serait malséant de chercher à discréditer et à ruiner la plus grosse industrie de la ville»⁸⁵. On en resta là.

La question de la pollution de l'air ressurgit au début des années 1920 avec l'établissement projeté d'une papeterie, et le journal *Le Bien Public* (*L'Éveil* aussi, proche de l'A.C.J.C., en 1918-1919) fit campagne en invitant le Conseil de ville à prendre des mesures contre la pollution de l'air. La société médicale des Trois-Rivières appuya la démarche du journal en demandant au Conseil de ville qu'il saisisse le SPH de la nuisance occasionnée par les papeteries. S'ajouta un appui qui en disait long sur les enjeux de la requête: l'évêque lui-même demanda au Conseil de ville, comme cadeau

⁸³ ANQQCCH, 2-10-1912, lettre de l'inspecteur du CHPQ au médecin de santé; lettre du 6-11-1912 du directeur du CHPQ à G. Bourgeois; lettre du 28-11-1912 du directeur du CHPQ au médecin de santé; ANQQRICH, rapport du 20-10-1912 du chimiste du CHPQ H. McCrady.

⁸⁴ *Le Bien Public*, éditorial de J. Barnard du 23-11-1922; aussi éditoriaux des 1-6-1922, 7-9-1922, 14-9-1922, 15-2-1923, 20-2-1923, 15-3-1923, 24-5-1923.

⁸⁵ ASTR, procès-verbal de la réunion du 20-2-1913 de l'association médicale du district.

pour l'année 1923, de l'eau pure et de l'air pur. Peu de temps après, *Le Bien Public* se montra plus explicite, et lia le problème à une question controversée qui préoccupait grandement le clergé à l'époque, le travail du dimanche dans les grandes compagnies papetières:

Notre province est envahie par deux pestes dont les ravages vont sans cesse grandissants. Toutes les deux nous viennent en droite ligne des États-Unis, et procèdent de la même industrie. Ces deux pestes (...) sont l'odeur nauséabonde des pulperies et le travail du dimanche.⁸⁶

L'insistance du *Bien Public* sur la question de l'air pur était-elle en partie fonction d'une lutte à finir engagée entre le clergé québécois et les compagnies papetières concernant le travail du dimanche?

La pensée nationaliste traditionaliste considérait l'environnement urbain/industriel comme une cause majeure du «dépérissement» de la «race» canadienne-française, ce qui aide à expliquer des prises de position fermes envers les papetières qui bafouaient une tradition jugée essentielle. L'attitude combative de la presse cléricale locale à l'égard de la pollution de l'air et du travail du dimanche s'inscrivait en fait dans le cadre d'un discours nationaliste opposé à la prise en mains de l'économie québécoise par des intérêts américains, et ce alors que le gouvernement provincial encourageait vivement au contraire les investissements étrangers. Globalement, l'attitude du gouvernement en matière d'hygiène industrielle témoigne d'un manque de volonté politique de soumettre les entreprises à un véritable contrôle. Les hésitations des autorités sanitaires sont à

⁸⁶ *Le Bien Public*, éditorial de J. Barnard du 20-2-1923.

situer dans le cadre de la pensée libérale progressiste, attribuant certes à l'État le rôle de favoriser, entre autres par des mesures de santé publique, la mise en oeuvre du capital, mais sans interférer avec cette dernière. Intervenir pour protéger et promouvoir la santé de la population s'accordait bien avec cette pensée, mais moins aisément si l'intervention impliquait une surveillance des entreprises. La crise économique allait cependant créer un contexte tout différent, favorable à des prises de position plus critiques envers les entreprises industrielles.

La détérioration des conditions de vie durant la crise, le chômage, incitèrent le gouvernement à créer dès 1930 une commission d'étude avec le mandat d'examiner les questions relevant de l'Assistance publique, des assurances sociales et de l'hygiène industrielle. Dirigée par Edouard Montpetit, la Commission des assurances sociales de Québec comptait six autres commissaires dont un évêque catholique et le directeur du SPH et du SAP. Elle recommanda en 1932 la création d'une division de l'hygiène industrielle au sein du SPH et l'engagement d'un personnel spécialisé devant collaborer avec le service de l'inspection des établissements industriels⁸⁷. Ce qui fut fait en 1936 par le DS, sous la première administration du gouvernement de l'Union Nationale dirigé par Maurice Duplessis. Pareille décision est à inscrire dans le cadre des grands débats politiques de l'époque au Québec: pactisant avec les nationalistes et le clergé, Maurice Duplessis avait promis un contrôle plus serré de l'activité des entreprises industrielles étrangères, particulièrement des «trusts», promesse toutefois en bonne partie abandonnée par la suite. En fait, la nouvelle division du SPH était dotée de

⁸⁷ Commission des assurances sociales de Québec, quatrième rapport, mars 1932, p. 112s.

pouvoirs assez limités: elle fut présentée lors de sa création comme un «aviseur technique» de la Commission des accidents du travail et des ministères du Travail et des Mines, qui conservaient «l'inspection routinière des établissements industriels»⁸⁸. Les premières années furent essentiellement consacrées à l'organisation des services et à une enquête, si bien que la division n'exerça pas une influence immédiate sur la situation de l'hygiène en milieu industriel. Notons cependant que l'hygiène industrielle attirait de plus en plus l'attention: en 1938, le gouvernement fédéral mettait également sur pied une division spécialisée.

L'activité gouvernementale en hygiène industrielle au Québec demeura somme toute timide avant la Seconde Guerre mondiale. Certains hygiénistes s'appliquèrent tout de même à promouvoir l'hygiène industrielle, notamment en exploitant les inquiétudes des nationalistes traditionalistes. Un passage d'une conférence de J.-A. Baudouin en 1929 aux Semaines Sociales du Canada illustrera ce propos:

Or l'hygiène appliquée à l'industrie est en mesure d'en augmenter le rendement en favorisant le principal facteur de la production: la santé de l'ouvrier. L'hygiène sert donc à la fois et les intérêts de l'employé dont elle maintient le salaire par la diminution des maladies, et ceux de l'employeur dont elle augmente les dividendes. Elle constitue ainsi un excellent moyen de favoriser la solution du problème social.⁸⁹

Que l'hygiène dans l'industrie puisse hâter la solution du «problème social» dont se préoccupaient tant les nationalistes traditionalistes, c'est-à-dire du problème des

⁸⁸ RAMS, 1935 à 1940, p. 160-161.

⁸⁹ J.-A. Baudouin, «L'hygiène dans la cité», dans *La Cité*, compte rendu des cours et conférences de 1929, Semaines sociales du Canada, Ecole sociale populaire, 105-106.

Figure 6-4

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

SANTÉ DES TRAVAILLEURS

Une Usine doit avoir:

Des appareils d'Aspiration
et d'évacuation des Poussières.

Un Système de Ventilation.

Protection contre les Accidents de machines.

Des échelles de Sauvetage et des Sorties
de Secours en cas de Sinistre.

De l'Eau Courante, des lavabos,
des douches.

Des Water-closets hygiéniques
à chasse d'eau.

Beaucoup d'Air et de Lumière .

De l'Espace, pas de surpeuplement
des ateliers.

Une Infirmerie et une Infirmière .

Un Vestiaire, une salle de Repos.

24

SANTÉ DES TRAVAILLEURS

Si les conditions sanitaires du travail sont bonnes
Tout le monde en profite

L'Ouvrier Parcequ'étant bien portant il est
satisfait et heureux.

Le Patron Parceque l'ouvrier bien portant est
plus capable et travailleur.

La Société Parceque ouvriers et patrons
 prospères et heureux font de bons citoyens.

Le Pays Parceque la co-opération d'un bon
patron et d'un ouvrier heureux fait la force et
la Richesse du Pays



25

relations entre le capital et le travail tel qu'ils le percevaient avec notamment la responsabilité du patron d'assurer à l'employé des conditions de travail saines et des revenus honnêtes, représentait un intérêt certain pour eux. Ici encore, le leader hygiéniste J.-A. Baudouin rejoignait les préoccupations des uns et des autres, parlant aux capitalistes de rendement et de dividendes, et aux traditionalistes de résoudre le «problème social». Il traitait en somme de l'hygiène comme ciment social, suivant en cela le discours propagé sur la scène internationale notamment par la Fondation Rockefeller. La figure 6-4, tirée d'une brochure publiée par le SPH avec l'autorisation de la Fondation et distribuée dans la province, illustre bien ce message.

6.3 Essor de la médecine préventive et de l'éducation populaire

Durant l'entre-deux-guerres, ce furent des programmes de prévention secondaire (visant à réduire la prévalence des maladies contagieuses, c'est-à-dire le nombre de cas existants) et d'éducation populaire qui passèrent à l'avant-plan. Ces programmes reposaient sur un personnel spécialisé de médecins et d'infirmières et comportaient d'importants volets de dépistage et de traitement des malades: les années 1920 et 1930 virent l'expansion de la médecine préventive à Trois-Rivières et à Shawinigan. Nous montrerons que les nouveaux programmes du gouvernement provincial furent mieux acceptés que leurs prédécesseurs, même s'ils visaient une transformation des habitudes des gens, un renouvellement de leurs comportements non seulement face à la maladie par le recours immédiat au médecin, mais aussi concernant leurs modes de vie en général (logement, vêtement, propreté, alimentation).

6.3.1 La «*New Public Health*»

Le courant de pensée réformateur que constituait la *New Public Health* aux États-Unis, tel qu'il fut désigné à l'époque, inspira les programmes d'hygiène publique mis en place à Trois-Rivières et à Shawinigan durant l'entre-deux-guerres. Il importe donc d'en brosser les grandes lignes. Essentiellement, la *New Public Health* mettait l'accent sur l'éducation populaire et la prévention secondaire, et ce à travers des programmes reposant sur le travail d'infirmières et de médecins.

D'après C.V. Chapin, l'un des leaders hygiénistes américains, la meilleure prévention contre les maladies contagieuses, et bientôt contre la plupart des états morbides, était avant tout affaire d'hygiène personnelle, de mode de vie. L'individu, en mesure d'éviter la maladie grâce à de saines habitudes, devenait le principal responsable de son état de santé:

(...) it is more in accord with present day knowledge and modern conditions to say that if a man has typhoid fever it is his own just punishment for sanitary sins.⁹⁰

Il convenait d'en instruire la population. D'après différents auteurs ayant étudié l'évolution de la santé publique aux États-Unis⁹¹, le passage de l'environnement à l'individu comme cible de la santé publique s'accompagnait d'un abandon des volontés

⁹⁰ C. V. Chapin, *How to Avoid Infection*, Cambridge, Harvard University Press, 1917, p. 9.

⁹¹ Par exemple B. G. Rosenkrantz, *Public Health and the State, Changing Views in Massachusetts, 1842-1936*, Cambridge, Harvard University Press, 1972; 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.

de réformes sociales présentes auparavant dans la pensée des hygiénistes. Ce ne fut pas le cas au Québec: à quelques exceptions isolées peut-être, les hygiénistes québécois de la période antérieure n'avaient de toute façon pas fait montre de telles velléités. De plus, la perspective adoptée par Paul Starr, à l'effet que le rétrécissement des objectifs de la santé publique qu'aurait préconisé la *New Public Health* la rendait plus acceptable politiquement, peut être critiquée. S'occuper de l'individu plutôt que de son milieu de vie paraissait certes moins subversif. Mais ceci n'était pas moins coûteux, et par conséquent plus attirant, comme l'a écrit Paul Starr. L'engagement de médecins et d'infirmières spécialisés représentait une dépense assez élevée. Surtout, dans l'esprit même des avocats de la *New Public Health* —et ce fut ce qui arriva—, il ne s'agissait pas de négliger les mesures environnementales antérieurement prônées, mais tout au contraire d'ajouter aux dépenses encourues celles de programmes privilégiant l'éducation, le dépistage et le traitement:

It is still the duty of our officials to furnish a pure water, to construct sewers, to regulate housing conditions, to supervise the quality of milk and other foods, and to isolate contagious diseases in the home, or in the hospital. Indeed, the health work of the city is increasing and proceeding along new lines. It has to a large extent shifted from the environment to the individual, though the former is by no means to be neglected. Personal instruction, medical service and help to right ways of living receive most attention. Hence we have the visiting nurse, prenatal work, infant welfare stations, clinics for sick babies, tuberculosis dispensaries, the fight against nostrums, school inspection and the like.⁹²

⁹² C. V. Chapin, *How to Avoid Infection*, Cambridge, Harvard University Press, 1917, p. 10.

Il importe donc de souligner que si la santé publique se tournait maintenant vers l'individu —mais cette perspective peut également être critiquée, les nouveaux programmes étant en fait tournés vers des populations-cibles à bas revenus considérées à risque élevé— avec des moyens médicaux et éducatifs, les principales mesures promues depuis la fin du XIX^e siècle demeuraient bel et bien à l'agenda: il ne s'agissait pas d'un rétrécissement des objectifs de la santé publique, mais bien d'un élargissement. Nous avons d'ailleurs vu que dans les cas trifluvien et shawiniganais, l'adoption de nouveaux programmes n'empêcha pas un renforcement des mesures d'hygiène du milieu.

Pour atteindre un public dont l'éducation était devenue le «leitmotiv» des hygiénistes, différents moyens furent choisis. L'ouverture de cliniques adaptées à des problèmes précis (mortalité infantile et maternelle, tuberculose, maladies vénériennes ...) devint le principal mode d'intervention. Elles effectuaient à la fois une couverture passive de la population en dispensant soins et conseils à ceux venus s'inscrire comme le recommandait une publicité présente dans divers média, et une couverture active en propageant la parole hygiénique directement dans les foyers. Cette dernière tâche fut confiée aux infirmières visiteuses, principales actrices des programmes d'éducation populaire, comme l'exprima en 1923 C. E. A. Winslow, l'un des promoteurs les plus en vue de la *New Public Health*:

With the growth of this conception of education as the dominant motive in the public health campaign, there came the need for new machinery through which such education could be accomplished. (...) It was essential to utilize more direct and

more individual agency to carry the gospel of health to the individual in the form adapted to that particular individual's needs; and in the person of the public health nurse has been found the ideal agent for carrying the message (...)⁹³

La deuxième principale caractéristique de la *New Public Health*, avec l'éducation, était le développement de la prévention secondaire et le renouvellement conséquent du rôle de la médecine en hygiène publique. Les cliniques visaient non seulement la livraison de judicieux conseils, mais également le repérage de malades et leur traitement. Ce dépistage devait être complété par l'examen médical des enfants des écoles. Les campagnes de dépistage et le traitement se superposant à la prévention primaire, la cible première devenant les groupes à risque plutôt que leur milieu de vie, le médecin qui travaillait dans ce secteur était appelé à intervenir avec des moyens plus proprement médicaux. Après la direction de services publics visant surtout l'assainissement de l'environnement, il renouait avec la relation patient-médecin.

La nouvelle tâche du médecin oeuvrant dans le secteur de l'hygiène publique souleva des critiques dans les rangs de la profession. Plusieurs craignaient la perte d'indépendance du médecin engagé par de grandes organisations étatiques ou privées, et la compétition de celles-ci, disposant de moyens supérieurs de recrutement de la clientèle. Mais nous croyons que ces critiques portaient à faux durant les années 1920, dans la mesure où les programmes typiques de la *New Public Health* mettaient

⁹³ C. E. A. Winslow, *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*, New Haven, Yale University Press, 1923, 55-56. Du même auteur, témoignant de l'importance accrue accordée à l'éducation populaire, voir: *The Laws of Health and How to Teach Them*, Charles E. Merrill, New York, Atlanta, Chicago, 1925.

précisément ces moyens de recrutement au service de la médecine. Les cliniques et dispensaires visaient prioritairement une clientèle de travailleurs ou d'indigents qui, pour diverses raisons, recouraient peu aux services du médecin, sinon lorsque la maladie avait atteint un stade avancé. Or, nous estimons qu'une partie non négligeable des retombées des campagnes de dépistage étaient recueillies par les praticiens privés.

L'accent mis sur la médecine préventive replaçait donc au début des années 1920 le médecin praticien au centre des programmes d'hygiène publique, reléguant au second plan sans les éliminer toutefois les ingénieurs, inspecteurs de bâtiments et autres. Au Québec, cette implication croissante teintait d'un sens nouveau le premier terme du dipôle hygiène-nation discuté précédemment: le sort de la nation passait par l'hygiène, de plus en plus définie par ses aspects strictement médicaux. Et les moyens mis en oeuvre par l'État pour rejoindre un public vaste accentuaient la fréquence des contacts entre le médecin et la population. L'hygiène publique comme stratégie de renforcement de la profession médicale au sein de la société prend vraiment toute sa force au Québec après la Première Guerre mondiale.

6.3.2 *L'inspection médicale des écoliers*

L'inspection des enfants des écoles, l'un des principaux moyens de dépistage préconisés par les tenants de la *New Public Health*, n'était pas une idée nouvelle au Québec. À en croire les hygiénistes, elle revêtait même un intérêt national: la bonification des forces de la nation passait non seulement par la quantité des vivants,

mais aussi par leur état de santé. L'inspection médicale devait préparer l'enfant à rendre à la société «le plus fort coefficient possible de services»⁹⁴, notamment en le maintenant dans une condition de santé préservant ses capacités d'apprentissage. Cette opinion gagna en force durant la Première Guerre mondiale alors que dans différents pays, une forte proportion des volontaires et des conscrits ne franchissaient pas l'étape de l'inspection médicale. Il paraissait impérieux de «conserver le plus grand nombre d'unités possibles et de les outiller de façon à obtenir de chacune d'elles son rendement maximum»⁹⁵. Le mouvement en faveur de l'inspection médicale des écoliers québécois, qui avait pris de l'ampleur au début des années 1910 chez les hygiénistes, émergea donc de la guerre renforcé, et ce malgré les craintes du Conseil de l'instruction publique et d'une partie du corps médical.

Trois-Rivières fut l'une des premières municipalités au Québec à adopter ce mode de dépistage, après Montréal en 1906 et Lachine en 1910. Dès 1911, durant le passage à la mairie du médecin L.-P. Normand, la tâche du médecin de santé comporta cette inspection qu'avait recommandée l'association médicale du district des Trois-Rivières en 1909 et que les Bureaux d'hygiène municipaux étaient autorisés à faire par la Loi d'hygiène⁹⁶. Soulignons que d'étroites limites encadraient l'inspection, la rendant acceptable aux médecins praticiens qui auraient pu craindre la concurrence d'un médecin engagé par les pouvoirs publics pour examiner les enfants d'âge scolaire, soit

⁹⁴ J.-A. Baudouin, «Législation étrangère relative à l'inspection médicale des écoles», *Bulletin sanitaire*, juillet-décembre 1913, p. 70.

⁹⁵ J.-A. Baudouin, «Avantages de l'inspection médicale des écoles», *Bulletin sanitaire*, fév.-déc. 1916, p. 134.

⁹⁶ ASTR, procès-verbal de la réunion du 24-3-1909 de l'Association médicale du district des Trois-Rivières; PVCVTR, 28-11-1911; RACH, 1910-1911, p. 42s; J.-A. Baudouin, «Législation étrangère relative à l'inspection médicale des écoles», *Bulletin sanitaire*, juillet-décembre 1913, p. 70s.

environ le quart de la population: l'inspecteur n'était aucunement autorisé à traiter les enfants. Le diagnostic établi, il devait signaler aux parents les états morbides observés et leur recommander de consulter un médecin. De la sorte, étaient balayées non seulement les objections de parents voyant leur autorité sur leurs enfants ignorée, mais également minimisées celles qu'auraient pu avoir des membres de la profession médicale. Or, pareilles objections, d'après Arthur Simard en 1913 (président du Collège des médecins et chirurgiens l'année suivante), freinaient l'établissement de l'inspection médicale dans les écoles:

Dans la province de Québec il n'y a jamais eu d'inspection médicale scolaire. Malheureusement, (...) les connaissances d'hygiène ne sont pas très répandues, et comme nous sommes ici en famille, —je ne tiendrais pas à ce que les journaux insistent trop là-dessus,— je suis obligé de dire que ce qui a retardé cette question et qui en retardera un grand nombre, ce n'est pas tant le public, —le public est toujours prêt à se laisser convaincre et tous ceux qui font de l'inspection dans les municipalités savent que le public est ouvert aux nouveautés,— malheureusement, trop souvent c'est le médecin qui est le plus grand adversaire de l'hygiène (...)⁹⁷

Les hygiénistes durent tenir compte également du Conseil de l'instruction publique qui était dominé par le clergé et avait juridiction sur la majeure partie du système d'éducation québécois. Des négociations eurent lieu, qui aboutirent en 1915 à un amendement à la Loi de l'instruction publique autorisant les commissions scolaires à pourvoir à l'inspection médicale sous la direction du Conseil de l'instruction publique: comme pour l'inspection des établissements industriels, le CHPQ avait dû se contenter

⁹⁷ Discussion suivant le «Rapport du comité sur l'inspection médicale des écoles» à la convention annuelle des services sanitaires de la province de Québec, *Bulletin sanitaire*, juillet-déc. 1913, p. 104.

de passer la main à un autre organisme, dans les cas où les autorités municipales ne décidaient pas d'établir l'inspection des enfants des écoles⁹⁸.

Créée tôt à Trois-Rivières, l'inspection médicale des écoliers paraît avoir été négligée de 1914 à 1919, année où une infirmière fut engagée. Celle-ci s'occupa de la vaccination antivariolique des écoliers devenue obligatoire et des vérifications à domicile de l'état de santé des enfants absents, cependant que le médecin de santé visitait également les écoles. Mais les rapports de ce dernier montrent bien que l'inspection était sommaire. Essentiellement, elle aboutissait à deux ou trois dizaines de renvois pour maladies contagieuses par an, et aucune mention n'était faite d'autres problèmes sanitaires⁹⁹.

L'après-guerre allait voir une amplification soudaine de l'effort médical porté sur les enfants des écoles trifluviens. Pour quelques années, à partir de 1923, le médecin de santé O.-E. Desjardins systématisa l'inspection médicale. Cherchant à l'établir sur des bases plus rigoureuses qu'auparavant, il substitua à l'absence de suivi l'usage de fiches individuelles pour constituer un casier sanitaire des élèves, et recourut à des spécialistes¹⁰⁰. Le coup d'envoi avait en quelque sorte été donné en 1922, année de son engagement par la municipalité, durant la semaine de santé (éducation populaire par voie de conférences publiques, films, exhibits, etc) qu'il avait organisée. Les dentistes de la ville inspectèrent alors gratuitement les enfants des écoles¹⁰¹. En 1923, un optométriste licencié fit de même. Puis, l'année suivante, un inspecteur dentaire fut

⁹⁸ «Inspection médicale des écoles», *Bulletin sanitaire*, avril-déc. 1915, p. 27-28.

⁹⁹ Voir RAMSTR.

¹⁰⁰ PVCVTR, 21-12-1923.

¹⁰¹ ANQTR, rapport du 24-10-1922 d'O.-E. Desjardins au Conseil de ville concernant la semaine de santé.

engagé. L'inspection s'étendait à tous les états morbides détectables par le médecin inspecteur, et non plus seulement aux maladies contagieuses, comme le suggère un de ses rapports:

(...) je procède à l'examen proprement dit de l'élève, en ce qui regarde d'abord sa nutrition, son état de propreté, s'il y a des déficiences de la vision, de l'audition, s'il y a maladies des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, du système ganglionnaire, du système osseux, s'il y a maladies de la peau et du cuir chevelu, la pédiculose et les infirmités physiques (...)¹⁰²

L'inspection médicale permettait également de vérifier si les enfants étaient vaccinés contre la variole comme le prescrivait la loi. Enfin, en 1926, dans le cadre d'un programme de lutte contre la tuberculose dont il sera question plus loin, trois médecins inspectèrent les enfants des écoles.

Le moment de l'implantation de l'inspection des écoliers varia grandement d'un lieu à l'autre. Contrairement aux enfants trifluviens, les écoliers shawiniganais en bénéficièrent tardivement. En dépit de quelques appels provenant notamment du journal des compagnies à Shawinigan, aucun médecin ne reçut pareille tâche avant 1932, année de l'établissement de l'unité sanitaire¹⁰³. L'infirmière «visiteuse» engagée en 1930 par la municipalité recevait toutefois les deux tiers de son salaire des commissions scolaires catholique et protestante¹⁰⁴. Vraisemblablement, elle devait visiter les enfants absents de l'école et repérer de la sorte nombre de cas de maladies

¹⁰² Rapport de l'inspecteur des enfants d'écoles, dans RAMSTR pour 1924, p. 17.

¹⁰³ *La Revue de Shawinigan Falls*, 10-4-1928, p. 1; 25-10-1928, p. 1; 25-11-1928, p. 1.

¹⁰⁴ PVCVSH, 18-12-1929 et 15-1-1930.

contagieuses non déclarés aux autorités sanitaires, comme cela se pratiquait ailleurs, à Trois-Rivières entre autres. Ce mode de dépistage était d'ailleurs recommandé depuis longtemps par l'organisme provincial d'hygiène: en 1897 par exemple, le médecin de santé trifluvien s'était vu suggérer cette façon de suppléer à la non-déclaration des maladies contagieuses¹⁰⁵. Mais il ne s'agissait pas à proprement parler de l'inspection médicale des écoliers.

Là où elle fut adoptée, l'inspection médicale contribua, à notre avis, à intensifier le recours par la population aux experts de la santé que constituaient les médecins. Pour chaque trouble détecté, un avis était en effet envoyé aux parents leur recommandant de contacter aussitôt un médecin. L'hygiène publique mettait ainsi au service de la médecine privée un outil de repérage de masse des états morbides, et faisait surgir nombreux les patients potentiels. S'adressant aux enfants d'âge scolaire, elle contribuait de plus à leur inculquer l'habitude de consulter le médecin.

6.3.3 *Les maladies vénériennes: collaboration des hygiénistes et du clergé*

Le premier programme d'envergure réunissant la plupart des principales caractéristiques de la *New Public Health* mis en branle au Québec visait la réduction de la prévalence des maladies vénériennes, plus particulièrement de la syphilis et de la blennorragie. Nous verrons que ce programme était novateur à plus d'un titre. Il s'agissait en quelque sorte d'un banc d'essai d'une formule permettant au

¹⁰⁵ ANQQCCH, lettre du 11-5-1897 du directeur du CHPQ à J.-H. Leduc.

gouvernement fédéral d'intervenir dans le champ de juridiction surtout provinciale que constituait la santé, par des subventions conditionnelles. Il fut également le lieu d'une franche collaboration du SPH et du clergé, qui surent marier leurs objectifs respectifs par une jonction facile entre des préoccupations sanitaires et morales, comme l'illustre l'implantation des cliniques trifluvienne et shawiniganaise.

Le programme antivénérien québécois s'inscrivait dans un vaste mouvement international consécutif à la guerre¹⁰⁶. L'examen médical des recrues avait révélé une morbidité par maladies vénériennes élevée parmi les populations civiles. L'on craignait de plus le retour des soldats, chez qui ces infections étaient réputées fréquentes. Dès 1918, un comité mis sur pied par le CHPQ recommanda de débiter la lutte sans tarder et proposa un plan d'organisation où dominaient l'éducation populaire, le dépistage des cas et le traitement gratuit des nécessiteux, plan qui avait reçu l'aval des autorités religieuses catholiques et protestantes et comportait des mesures très sévères (obligation pour tout vénérien de se faire soigner par un médecin jusqu'à guérison, et pour tout homme désirant se marier de produire un certificat médical attestant qu'il ne pouvait communiquer une maladie vénérienne). Le projet n'eut cependant pas de suite dans l'immédiat, si ce n'est un amendement à la Loi d'hygiène en 1919 prescrivant notamment l'examen médical de toute personne appréhendée pour délit sexuel, et la transmission au juge de tout diagnostic positif avant la fin du procès¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Voir à ce sujet, de Claude Quétel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Seghers, Paris, 1986.

¹⁰⁷ RACH 1917-1918, *Rapport du Comité préposé à l'étude des moyens de lutte antivénérienne*, p. 24s. SDQ, 9 Geo. V, chap. 51, *Loi amendant la loi d'hygiène publique de Québec*, sanctionnée le 17-3-1919.

Lorsque le gouvernement fédéral lança un programme de subventions aux provinces pour la lutte antivénérienne en 1919, la plupart d'entre elles emboîtèrent aussitôt le pas, dont le Québec en 1920. Si l'obtention des subventions fédérales nécessitait le respect de certaines conditions (mise de fonds équivalente de la province, établissement de cliniques dirigées par des spécialistes et offrant les traitements gratuitement, ouverture de laboratoires de diagnostic, disponibilité de lits d'hôpital notamment), la mise en oeuvre était par contre laissée aux provinces. La part offerte par le fédéral au Québec se montait à 47 388 \$ la première année. Aucun programme sanitaire du gouvernement provincial n'avait jamais eu une telle ampleur. Une division des maladies vénériennes fut créée sous la direction du médecin A.-H. Desloges. Elle mit en place des dispensaires dans les principaux centres de la province, dont Trois-Rivières, puis dans de nombreuses villes de dimensions plus modestes comme Shawinigan¹⁰⁸.

La campagne bénéficia d'un atout inestimable: la participation du clergé. Pour les nationalistes traditionalistes, les maladies vénériennes étaient à n'en point douter des ennemies sanitaires de choix, symbolisant un soi-disant dépérissement ou dégénérescence de la «race» canadienne-française. De plus, ces maladies étaient plus fréquentes dans les villes, ce qui s'accordait bien avec une dégradation morale, à les en croire caractéristique des populations urbaines. L'occasion était belle de joindre à la réforme sanitaire une réforme morale en promouvant l'abstinence sexuelle hors du mariage et l'élimination de la prostitution, considérée alors comme la principale voie de

¹⁰⁸ Nombre d'informations de la section sur les maladies vénériennes proviennent des rapports annuels du directeur de la division transcrits dans les RACH. Pour plus d'information sur la question des maladies vénériennes au Canada et au Québec, voir Jay Cassel, *The Secret Plague. Venereal Disease in Canada, 1838-1939*, University of Toronto Press, 1987. Également, SDQ, 10 Geo. V, chap. 56, *Loi modifiant les Statuts refondus, 1909, relativement aux maladies vénériennes*, sanctionnée le 14-2-1920.

propagation des maux vénériens. Enfin, d'un point de vue nataliste, la nature même de ces maladies en faisait un des adversaires de la nation les plus sournois: stérilisation due à l'atteinte blennorragique, transmission intra-utérine de la syphilis, fausses couches, morti-naissances et décès en bas âge par exemple, autant d'événements malheureux qui réduisaient le nombre et la qualité de la descendance. Partageant ces opinions, le directeur de la division des maladies vénériennes évoqua un «abâtardissement» et une «dégénération de la race»¹⁰⁹ auxquels les pouvoirs publics se devaient de faire face pour le bien de la nation:

En hommes pratiques [nos gouvernants], sachant la santé publique à la base de la fortune nationale, (...) ont tôt compris que les maladies vénériennes sont la brèche dans l'édifice qu'ils ont mission de construire, par laquelle se perdent une partie du capital humain et la plus claire partie de nos richesses.¹¹⁰

La participation du clergé prit essentiellement deux formes à Trois-Rivières et à Shawinigan: aide à l'éducation du public et contribution par ses infrastructures hospitalières au dépistage et au traitement. Dans le premier cas, le curé donnait sa caution morale en invitant ses paroissiens à assister à des séances d'information qu'il présidait et où il prenait d'abord la parole en s'attaquant aux aspects moraux du problème, pour ensuite laisser les envoyés du SPH en expliquer les aspects médicaux à l'aide de projections cinématographiques et d'illustrations. Ainsi, l'une des deux conférences organisées à Shawinigan en 1921, présentée par l'assistant directeur de la

¹⁰⁹ *Aperçu sur la «question vénérienne»*, brochure rendant compte d'une communication de A.-H. Desloges au VIème congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du nord, publiée par le CHPQ, p. 7.

¹¹⁰ *Ibid*, p. 8.

division des maladies vénériennes, fut présidée par le curé de l'une des paroisses de la ville. A Trois-Rivières, le curé de la cathédrale présida aussi une conférence à laquelle *Le Bien Public* pressa la population d'assister¹¹¹. Les grandes entreprises shawiniganaises appuyèrent également la campagne, car l'instigatrice des séances dans cette ville avait été la Ligue de prévention, soutenue par le journal des compagnies. Ajoutons que l'action des conférences était prolongée par la distribution de brochures à la sortie et l'installation d'affiches en divers endroits.

La collaboration du clergé, seul corps constitué qui disposait d'un réseau d'établissements hospitaliers abritant un personnel qualifié (médecins et infirmières) et desservant une portion majeure du territoire provincial, fut requise pour l'ouverture de nombreux dispensaires. A moins de consentir des dépenses bien plus considérables d'établissement et de fonctionnement des dispensaires ou d'en limiter le nombre, le gouvernement devait louer des locaux dans ces établissements. De plus, l'accord du clergé était indispensable pour respecter l'exigence du gouvernement fédéral concernant la disponibilité de lits d'hôpitaux. Or, d'après Jay Cassell qui a étudié cette campagne à l'échelle du Canada, le Québec créa plus de ces dispensaires que les autres provinces¹¹². Peut-être cela doit-il être attribué à l'entente passée entre les autorités cléricales et la division des maladies vénériennes?

¹¹¹ *La Revue de Shawinigan Falls*, 28-2-1921, p. 1s et p. 23; *Le Bien Public*, 26-4-1921, p. 1; 3-5-1921, p. 1.

¹¹² Jay Cassell, *op. cit.*, p. 180.

Shawinigan obtint son dispensaire au début des années 1930 peu après l'ouverture d'un hôpital dirigé par des religieuses. Pour celui ouvert à Trois-Rivières en 1921, le gouvernement louait un local de l'Hôpital Saint-Joseph et fournissait tout le matériel et les médicaments. Il ne payait par contre aucun salaire au personnel, sinon une faible rémunération les premières années au médecin directeur du service. Il est vrai que ce médecin fut nommé par la division des maladies vénériennes, ce qui, malgré la ratification par les autorités de l'hôpital et le comité des médecins, constituait un précédent, et ce d'autant plus que ce médecin ne faisait pas déjà partie des médecins desservants. Les règles d'admission des médecins dans l'hôpital furent transgressées à cette occasion¹¹³. Une autre première en ce qui a trait aux rapports de l'État avec les institutions hospitalières privées fut l'engagement de ces dernières à l'effet que le «dispensaire, les archives, appareils, méthodes de traitement, etc., [devaient] être soumis à l'inspection de la Division des maladies vénériennes», selon le secrétaire provincial A. David¹¹⁴.

Outre la collaboration du clergé, la division des maladies vénériennes avait besoin de celle des médecins. L'on attendait d'eux qu'ils déclarent les cas repérés, même si la déclaration était laissée facultative pour éviter que les malades ne consultent pas leurs médecins de peur d'être identifiés comme vénériens. Or, d'après le directeur de la division, malgré que l'identité du patient ne soit pas exigée, un numéro pouvant la remplacer, les médecins s'abstinrent généralement, comme leurs confrères d'autres

¹¹³ HSJBM, 11-4-1921.

¹¹⁴ *Journaux de l'Assemblée législative de la province de Québec*, 1923-1924, p. 374, réponse à une question.

nations, de déclarer les cas repérés dans leur cabinet. Par ailleurs, la tradition voulant que les médecins dispensent gratuitement leurs soins aux nécessiteux pouvait devenir gênante dans le cadre de ce programme. En effet, il était orienté essentiellement vers les groupes à faibles revenus et risquait de multiplier le nombre de nécessiteux faisant appel au médecin, ne serait-ce qu'en raison de la gratuité des médicaments offerts par le gouvernement. Le traitement médical devenait disponible à tous, et l'on fit assez de bruit pour que personne ne puisse l'ignorer.

Certains médecins craignaient également que nombre de patients qui, en d'autres circonstances, seraient allés chez leur médecin habituel, se rendent plutôt au dispensaire. Cette crainte était-elle justifiée? Les dispensaires étaient ouverts aux indigents et à «tous ceux dont les ressources modiques ne leur permettent pas de se faire traiter par leur médecin personnel»¹¹⁵, d'après le secrétaire provincial. Combien, parmi les 176 cas de maladies vénériennes rapportés dans la chronique des soeurs de l'hôpital Saint-Joseph et traités au dispensaire en l'année 1922-1923, auraient consulté un médecin sans le programme gouvernemental¹¹⁶? D'après les partisans du programme, les torts causés à la profession devaient passer derrière l'intérêt général, comme l'exprimait A.-H. Desloges en 1925:

(...) le seul moyen d'enrayer les maladies vénériennes, mal éminemment social, c'est de rendre le traitement aussi facile d'accès que possible aux malades, quoique par là, certains intérêts particuliers puissent être lésés. Comme dans bien des cas, l'intérêt général doit primer l'intérêt particulier.¹¹⁷

¹¹⁵ *ibid.* p. 373.

¹¹⁶ CSP, 1922-1923, p. 99.

¹¹⁷ RASPH, 1924-1925, p. 186.

Les protestations de médecins demeurèrent cependant d'ampleur limitée, ce qui n'étonne guère considérant les avantages qu'ils tiraient de la campagne. Aucune opposition organisée ne se manifesta, que ce soit à Shawinigan ou à Trois-Rivières. Si elle accentuait le flux de vénériens nécessiteux vers les médecins et en orientait vers les dispensaires, la campagne était de nature à gonfler également le nombre de vénériens repérés qui étaient en mesure de payer les honoraires du médecin. En effet le dépistage bénéficiait d'une couverture large, et la gratuité des médicaments représentait une dépense de moins pour le malade. La division des maladies vénériennes ayant mis sur pied des laboratoires antivénériens à Montréal et à Québec, les médecins purent recourir à leurs services gratuitement afin d'établir le diagnostic. Les médecins de l'hôpital Saint-Joseph acceptèrent d'ailleurs en 1924, comme ceux de bien d'autres hôpitaux généraux dans la province, une suggestion de la division des maladies vénériennes à l'effet que chaque patient de l'hôpital subisse le test de la réaction Bordet-Wassermann, ce qui promettait de mettre au jour des cas insoupçonnés, multipliant les patients, payants ou non. La propagande gouvernementale contre les charlatans dispensateurs de traitements antivénériens n'était pas pour déplaire non plus à la profession médicale, de même que les demandes adressées aux pharmaciens à l'effet qu'ils ne vendent aucun médicament antivénérien «sauf sur ordonnance de médecin»¹¹⁸. Aussi l'appréciation du programme antivénérien venant d'un médecin pourtant traditionaliste, ardent défenseur de la médecine générale comme L.-A. Gagnier s'avéra-t-elle en 1926 positive:

¹¹⁸ Circulaire aux pharmaciens de la province, transcrite dans *La campagne antivénérienne dans la province de Québec*, Conseil supérieur d'hygiène, Montréal, s.d., p. 15.

La campagne antivénérienne a rendu d'immenses services à la profession médicale: elle a facilité nombre de traitements, les laboratoires ont procédé à des recherches fructueuses, nous avons assisté à des mises au point de tout ordre, nous avons été stimulés par des conférences et des travaux scientifiques de première valeur.

La situation n'est donc pas aussi alarmante qu'on a semblé le croire au début.¹¹⁹

La grande crise remit cependant en cause certains des avantages que présentait pour la profession médicale le programme antivénérien: l'étiollement rapide de la classe de patients payants et le grossissement de la classe des non-payants ravivèrent les griefs des médecins trifluviens et shawiniganais, désirant maintenant être payés pour les services dispensés aux indigents. Le directeur de la division attribua au désintérêt des médecins à l'égard des dispensaires la baisse majeure du nombre de cas nouveaux repérés dans la province, baisse très sensible à Trois-Rivières. Ajoutons que le retrait en 1931 du gouvernement fédéral du programme qu'il avait amorcé (sans compter la baisse graduelle de ses subventions les années précédentes), et la non-compensation par le gouvernement provincial du vide ainsi créé força la division à ralentir ses activités, jusqu'à ce que la Seconde Guerre mondiale attire à nouveau l'attention sur le problème des maladies vénériennes. Il n'en reste pas moins que le programme d'éducation populaire et de dépistage du SPH avait permis de mettre au jour quantité de cas de maladies vénériennes, et enseigné au public que seuls les médecins pouvaient guérir ou rendre non contagieux les malades, ce qui, à tout prendre, constituait une contribution non négligeable de l'État à l'essor de la profession médicale.

¹¹⁹ L.-A. Gagnier, *Droits et devoirs de la médecine et des médecins canadiens-français*, s.é., Montréal, 1926, p. 30.

6.3.4 *Tuberculose et mortalité infantile, des programmes multipartites*

Mise en route quelques années seulement après le début du programme antivénérien, la campagne sanitaire provinciale qui prit pour cible la mortalité infantile et la tuberculose allait être plus intense et soutenue¹²⁰, et réunir des intervenants encore plus variés. Différentes composantes de cette campagne seront étudiées ici: établissement à Trois-Rivières et à Shawinigan de cliniques antituberculeuses et de puériculture, création d'un Centre de démonstration de lutte antituberculeuse trifluvien devant servir d'exemple à l'ensemble du Canada, mise sur pied du placement en famille d'accueil d'enfants exposés à la tuberculose...

La lutte contre la mortalité infantile et la tuberculose était susceptible de rallier aisément libéraux progressistes et nationalistes traditionalistes. Pour les uns, la tuberculose amputait la capacité productrice de la nation puisqu'elle fauchait quantité d'individus dans la force de l'âge. Pour ceux que le nombre inquiétait, cette maladie et les décès en bas âge constituaient les principaux freins à la croissance de la population. A tous, la médecine préventive, l'hygiène sociale, montraient le mal et ses remèdes. En fait, les hygiénistes québécois n'en étaient pas à leur première tentative: en 1910 par exemple, un comité du CHPQ avait remis un rapport préconisant tout un ensemble de mesures

¹²⁰ Cette importante campagne gouvernementale n'est pas mentionnée dans la partie consacrée au Québec dans l'ouvrage de G. J. Wherrett, *The Miracle of the Empty Beds. A History of Tuberculosis in Canada*, Univ. of Toronto press, 1977. L'auteur, l'un des principaux artisans de la lutte antituberculeuse au Canada, mentionne par contre le Centre de démonstration antituberculeuse de Trois-Rivières. Généralement, dans cet intéressant ouvrage, la part du gouvernement du Québec dans la lutte contre la tuberculose nous apparaît nettement sous-estimée pour la période précédant la Seconde Guerre mondiale.

antituberculeuses. Mais les dirigeants politiques québécois n'étaient pas prêts à admettre la nécessité de déboursés majeurs à cette fin. Dans le contexte de l'après-guerre, les pays ayant participé au conflit accordèrent une valeur plus élevée à ce «capital humain» qu'ils venaient tout juste de dilapider, si bien que la décision du gouvernement Taschereau en 1923 d'affecter 100 000 \$ par an pendant cinq ans à la mise en échec de la mortalité infantile et de la tuberculose s'inscrivait dans un mouvement international. Il s'agissait essentiellement d'ouvrir des dispensaires (désignés à certains moments comme des «centres d'hygiène sociale»¹²¹), à l'exemple des États-Unis, de l'Angleterre et de la France notamment. Aux États-Unis, le gouvernement avait adopté en 1920 un programme de subventions aux Bureaux de santé des États (le *Sheppard-Towner Act*) pour les aider à promouvoir la santé des mères et des enfants en particulier par l'établissement de cliniques de puériculture¹²². La même année, en 1920 donc, il est fait mention d'un nouveau programme dans les RACH de la province, programme adopté après le dépôt de rapports concernant la sauvegarde de l'enfance et la lutte contre la tuberculose¹²³. Les hygiénistes avaient fait valoir que la province détenait le triste record de la mortalité infantile la plus élevée des provinces canadiennes, et de la deuxième plus élevée pour la mortalité par tuberculose¹²⁴.

121 RASPH, 1923-1924, p. 8.

122 Voir A. R. Lesser, «The Origin and Development of Maternal and Child Health Programs in the United States», *American Journal of Public Health*, 75, juin 1985, 590-598.

123 RACH, 1919-1920, p. 20; RACH 1920-1921, p. 6s et 24s.

124 RACH, 1922-1923, p. 8.

L'un des premiers centres régionaux à ouvrir son dispensaire fut Trois-Rivières. Dès 1922 durant la semaine de santé organisée par O.-E. Desjardins, à laquelle participèrent des conférenciers hygiénistes vantant les mérites des cliniques de puériculture et antituberculeuses, le directeur du SPH Alphonse Lessard avait annoncé son intention de faire participer la ville au programme qui se préparait. Trois-Rivières était démunie de ce type d'organisation, malgré l'initiative de monseigneur Massicotte (curé de la cathédrale) qui avait été à l'origine de l'éphémère «Pouponnière» en 1918, clinique de puériculture où des médecins donnaient de leur temps. L'évêque avait également demandé en 1922 au médecin de santé nouvellement engagé de faire revivre La Pouponnière, et ils avaient obtenu, après une visite conjointe à A. Lessard, que l'oeuvre soit reconnue d'Assistance publique. Elle fut cependant remplacée en mars 1923 par l'Oeuvre des dispensaires dirigée par la Ligue antituberculeuse et de puériculture qu'organisa O.-E. Desjardins pour gérer l'extension locale du programme provincial. L'Oeuvre des dispensaires fut également reconnue d'Assistance publique. Notons que les fonds de l'Assistance publique étaient destinés aux indigents de la province, ce qui livre un indice sur le type de clientèle visée.

Deux dispensaires d'assistance maternelle et de gouttes de lait dans une école et un foyer ainsi qu'un dispensaire antituberculeux dans un local loué à l'hôpital Saint-Joseph furent ouverts fin avril 1923 sous l'égide de l'Oeuvre des dispensaires. Cette dernière céda cependant le dispensaire antituberculeux au comité du Centre de démonstration créé en juillet 1923. A l'origine de ce Centre, dont les activités s'étendirent au Cap-de-la-Madeleine en 1925, se trouve l'Association canadienne antituberculeuse qui mit des fonds à la disposition du directeur du SPH pour superposer à la lutte déjà entreprise, en un lieu choisi par celui-ci sur le territoire

québécois, un exemple de ce qu'il fallait faire pour vaincre la tuberculose. Après quelques années, en 1927, le Centre de démonstration prit également en charge les deux dispensaires de puériculture cédés par l'Oeuvre des dispensaires qui se saborda pour former le Comité d'hygiène sociale. Ceci avait été rendu nécessaire par le désintéressement des groupes dirigeants locaux, en particulier du Conseil de ville qui, la même année, se départissait de son officier de santé O.-E. Desjardins. L'expérience exemplaire du Centre de démonstration se termina sans gloire en 1931 lorsqu'il céda à son tour ses dispensaires à la Ligue d'hygiène sociale qui, avec l'aide financière de l'Assistance publique et de la municipalité, continua de les faire fonctionner à une allure réduite. Les résultats escomptés n'avaient pas été obtenus, notamment en raison du ralentissement de l'effort sanitaire municipal. La démonstration antituberculeuse de Trois-Rivières ne put être utilisée comme exemple pour les autres villes du Canada: Trois-Rivières, avec une hausse brutale de sa mortalité infantile durant la crise, devint l'exemple de ce qu'il fallait éviter.

Avant de nous pencher sur le travail effectué par les dispensaires, examinons plus en détail la composition des organismes locaux responsables, leurs rapports avec d'autres intervenants et leur financement. Ceci permettra de constater que, dans un premier temps, et comme le directeur du SPH l'écrivit dans son rapport annuel de 1923-1924 pour l'ensemble du programme provincial, «toutes les élites (...) ont prêté (...) le concours le plus empressé». La Ligue antituberculeuse et de puériculture devant gérer l'Oeuvre des dispensaires fut formée en grande pompe en 1923 lors d'une réunion publique à l'hôtel de ville présidée par le maire L.-P. Normand. Elle réunit des membres éminents des milieux professionnels et d'affaires, de même que du Parti conservateur. Furent nommés président le juge d'allégeance conservatrice J.-A. Désy

(qui avait mené l'enquête sur l'administration municipale libérale à la suite de laquelle les conservateurs de L.-P. Normand avaient effectué un retour en force au Conseil de ville), vice-président C. R. Whitehead, patron d'une importante manufacture de textiles, et secrétaire-trésorier B. Panneton, gérant de la banque Molson, remplacé en 1924 par M. Marcotte, gérant de la banque d'Hochelaga. L'avocat P. Bigué reçut la présidence lorsque le juge Désy décéda en 1925. O.-E. Desjardins fut désigné comme directeur médical.

L'oeuvre des dispensaires bénéficia de l'aide des clergés protestant et catholique, et de la grande entreprise. Les premiers furent sollicités notamment pour amasser des fonds auprès de la population. L'évêque de Trois-Rivières donna son plein appui à la campagne. La première année, des organisations paroissiales menèrent une collecte afin d'amasser quelque argent, et surtout, d'après le comité de l'oeuvre, pour sensibiliser la population. Les curés vantèrent en chaire le travail d'hygiène en cours. La seconde année, les infirmières des dispensaires, en uniforme de travail, firent une quête dans les églises. C. R. Whitehead s'occupait quant à lui de convaincre les anglophones de participer au financement de l'oeuvre, notamment en invitant la direction des grandes entreprises installées à Trois-Rivières à souscrire. Les compagnies Wabasso Cotton (dont il était président) et Wayagamack Pulp & Paper la première année, International Paper, Canada Iron Foundries et Saint Lawrence Paper Mills la seconde année y allèrent chacune de 250 \$. Metropolitan Life Insurance proposa également de participer au financement, mais les négociations achoppèrent sur la compétence du personnel infirmier: la compagnie exigea que l'on retarde l'ouverture

des dispensaires afin qu'une formation spécialisée soit donnée aux infirmières, ce qui ne fut pas accordé¹²⁵. Enfin, les plus forts souscripteurs furent sans conteste le gouvernement provincial et la municipalité, qui fournirent respectivement 42 et 35 % du total des revenus de l'Oeuvre pour les deux premières années, laissant seulement 7 % aux compagnies et 13 % au public. Bien qu'ils opérassent sous la couverture privée d'une association formée de bénévoles, les dispensaires étaient, quant aux finances, soutenus en majeure partie par l'État. L'association appliquait, sous la supervision du SPH, un programme qu'il avait conçu et dont il était le principal pourvoyeur de fonds. La participation de la municipalité n'était que financière. Le fait que son médecin de santé soit directeur médical des dispensaires n'y changeait rien, celui-ci recevant de l'Oeuvre son salaire pour ce travail. Qui plus est, les dispensaires passèrent entièrement sous l'autorité du SPH en 1927 lorsqu'ils furent adjoints au Centre de démonstration.

Le Centre de démonstration était complètement autonome face à la municipalité. Il était financé à la fois par le SPH à raison de 12 500 \$ par année, et par une subvention annuelle offerte au directeur du SPH par l'Association canadienne antituberculeuse. Celle-ci provenait du gouvernement fédéral (5 000 \$), de la Société canadienne de la croix rouge (5 000 \$) et de la compagnie d'assurances Sun Life (2 500 \$). En 1929, le secrétaire de l'Association antituberculeuse canadienne signala au secrétaire provincial que près de 125 000 \$ avaient été fournis par son association pour

¹²⁵ Une infirmière diplômée en hygiène sociale fut cependant engagée en 1927 lorsque le Centre de démonstration prit le contrôle des dispensaires de puériculture.

l'ensemble de la démonstration qui se termina en 1931¹²⁶. La municipalité fut tout de même requise en 1929 de souscrire après que les dispensaires de puériculture soient passés aux mains du centre¹²⁷.

Le comité de direction fut formé essentiellement d'intervenants extérieurs à Trois-Rivières: A. Lessard comme président; O. Leclerc, surintendant de l'hôpital Laval de Québec pour tuberculeux, comme directeur scientifique (remplacé à sa mort en 1925 par le docteur G. Grégoire, son assistant); B. L. Wyatt, médecin directeur du service de santé de Laurentide Pulp de Grand-Mère, membre de la Fondation Rockefeller, ancien directeur adjoint de la Commission Rockefeller en France, et qui continua de conseiller le Centre après son départ pour New York; Margaret Johnson, elle aussi au service de Laurentide Pulp et membre de la fondation Rockefeller, directrice-infirmière d'un arrondissement à Paris durant la guerre; O.-E. Desjardins; le juge J.-A. Désy qui devint pour quelque temps vice-président de l'Association canadienne antituberculeuse et à qui l'on versa des «jetons de présence» à partir de mars 1924 (remplacé par P. Bigué à sa mort en 1925); s'ajouteront plus tard les médecins H. Beaudoin et G. Racicot notamment. B. L. Wyatt et M. Johnson représentaient l'Association canadienne antituberculeuse. Malgré la présence de Trifluviens au comité, l'administration de l'expérience était bel et bien prise en charge directement par les organismes subventionnaires de Québec et d'Ottawa.

¹²⁶ ANQQCCH, lettre de R. E. Wodehouse du 4-2-1929.

¹²⁷ CPTR février 1929, échange de lettres entre le contrôleur de la cité et A. Lessard.

Les cliniques de puériculture et le dispensaire antituberculeux visaient l'éducation de la population, le dépistage et le traitement médical. Le travail des cliniques de puériculture se divisait en deux grands volets. L'un, dit d'assistance maternelle, avait trait au suivi des femmes enceintes, auxquelles étaient prodigués des conseils propres à favoriser la menée à terme de la grossesse, et ce dans les meilleures conditions pour la santé de l'enfant. L'autre volet, dit de goutte-de-lait, visait la réduction de la mortalité par maladies diarrhéiques. Il s'agissait essentiellement d'encourager les mères à allaiter et de fournir du lait pur aux nourrissons sevrés. Le médecin rencontrait au dispensaire les femmes et nourrissons inscrits, et l'infirmière visiteuse les voyait à la maison.

Une campagne de propagande fut orchestrée pour inciter les mères à se rapporter aux dispensaires: séances de cinéma, conférences, brochures et affiches (des imprimés par centaines de milliers pour la province¹²⁸), calendriers d'hygiène, articles enthousiastes des journaux de toutes allégeances politiques, rien ne fut négligé. Malgré cela, le nombre d'inscriptions ne correspondit pas aux attentes. Le médecin de santé constata qu'en 1924, un enfant sur quatre né à Trois-Rivières avait été en contact avec les cliniques de puériculture, ce qu'il jugeait nettement insuffisant. Il s'agit cependant là, à notre avis, d'une assez bonne réponse de la population. Pour augmenter la participation, des assemblées publiques furent organisées dans chaque paroisse, annoncées et présidées par le curé et réservées aux femmes. De plus, à partir de 1927 ou 1928, on fournit aux curés de la ville des cartes d'invitation à fréquenter les cliniques de nourrissons, cartes qu'ils devaient distribuer à chaque baptême. Enfin,

¹²⁸ RASPH 1923-1924, p. 8.

pour stimuler le zèle des mères, C. R. Whitehead, président de Wabasso Cotton, offrit des prix aux bébés qui suivraient le plus régulièrement les cliniques.

La femme, plus précisément la mère et la femme enceinte, étaient la cible de toute cette propagande. L'on visait avant tout l'éducation des mères des milieux populaires, dont on considérait l'ignorance en matière d'hygiène du nourrisson comme la principale responsable de l'hécatombe annuelle d'enfants affligeant le Québec. Le comité chargé de faire rapport sur les moyens de contrer la mortalité infantile dans la province n'avait pas manqué de souligner ce point: «la cause de la mortalité infantile qui résume et comprend toutes les autres, consiste dans l'ignorance des mères de famille (...)»¹²⁹. Certains allèrent plus loin, rendant non plus seulement la supposée ignorance de la mère responsable de la mortalité infantile, mais bien la mère elle-même. Ainsi, le docteur Joseph Gauvreau, promoteur des gouttes de lait à Montréal, n'hésita pas à affirmer dans une brochure de l'Ecole sociale populaire dont le médecin de santé trifluvien fit acheter 1 000 exemplaires pour distribution par les infirmières visiteuses, ce qui suit:

La plupart des nourrissons qui meurent chez nous, meurent parce qu'ils n'ont pas de mère. (...) Un enfant est physiquement orphelin (...) s'il est sevré. (...) la mortalité infantile est l'effet direct de la grève de l'allaitement maternel.¹³⁰

¹²⁹ RACH 1920-1921, p. 40.

¹³⁰ Dr Joseph Gauvreau, *La mortalité infantile*, Ecole sociale populaire, s.d., transcription d'une conférence prononcée aux Semaines sociales du Canada en 1923, p. 1-2; CPTR, déc. 1923.

Avec la responsabilité de la mortalité infantile selon certains, les femmes se virent attribuer ni plus ni moins que le devoir de sauver la nation en péril en respectant les enseignements hygiéniques désormais portés jusqu'en leur foyer. Ce qu'illustre cet extrait d'un article du *Bulletin paroissial de Shawinigan* en 1926:

Encore une fois, ne l'oublions pas, le salut de notre race tient dans un berceau d'enfant. Dans le passé le berceau a été plus fort que l'assimilation. Il a surnagé. Mais aujourd'hui, la terrible mortalité infantile menace de tout perdre.

Un seul moyen nous reste, protéger le berceau par l'établissement de dispensaires qui instruiront les mères de leurs devoirs. Et le jour où nous aurons des mères complètes, (...) nous aurons des grandes familles comme autrefois, rangées autour de la table entre le père et la mère, et non pas comme aujourd'hui où une partie habite le foyer et l'autre le cimetière.¹³¹

Les femmes qui négligeaient ces «devoirs» en n'inscrivant pas aux consultations elles-mêmes ou leurs nourrissons, celles qui faisaient ingurgiter à leurs bébés agités les sirops calmants annoncés dans la presse, ou bien celles qui utilisaient les médicaments abortifs dont on faisait réclame dans certains journaux d'après l'organisme central d'hygiène¹³², étaient sujettes à bien des critiques. Par nombre d'aspects, la lutte contre la mortalité infantile représentait une prise nouvelle de la médecine sur certaines phases de la vie féminine: elle multipliait les conseils hygiéniques aux femmes et cherchait à généraliser le recours au médecin ou à l'infirmière lors de la grossesse et des premières années de vie de l'enfant, et ce de façon préventive sans qu'il soit besoin d'un quelconque malaise. Pareil changement était généralement conçu comme indispensable

¹³¹ *Bulletin paroissial de Shawinigan*, II, 2, février 1926, p. 14.

¹³² RACH 1920-1921, p. 32.

aux intérêts supérieurs de la nation ou de la race, aussi reçut-il durant les années 1920 le concours des autorités politiques de tendances diverses, de même que du clergé.

A l'instar des cliniques de puériculture, les dispensaires antituberculeux contribuaient à accroître la fréquence du recours au médecin par la population, comme l'expérience du Centre de démonstration antituberculeuse l'illustrera. Les promoteurs du Centre entendaient reproduire en sol canadien une expérience menée par la compagnie d'assurances Metropolitan Life à Framingham aux États-Unis. Selon leur expression, le Canada tout entier avait les yeux tournés vers l'expérience trifluvienne¹³³. Les Trifluviens d'allégeance libérale (fraction dissidente) qui dominèrent le Conseil de ville après le départ de L.-P. Normand en 1923 alors que l'établissement du Centre était déjà rendu public, découvrirent cependant rapidement ce que servir d'exemple avait de contraignant. En effet, le succès du Centre était étroitement lié à un effort municipal parallèle en matière d'hygiène (assainissement du lait, des logements, etc), et le médecin de santé O.-E. Desjardins tirait du Centre une légitimité et une autorité renforçant ses incessants plaidoyers en faveur de réformes.

L'organisation du travail fut soumise à des méthodes rigoureuses: tenue pour chaque tuberculeux de fiches médicale et sociale devant être soumises aux médecins lors des consultations, tenue de fiches pour toutes les personnes examinées, rapports mensuels des infirmières, radioscopies, radiographies, tests bactériologiques (examens de

¹³³ Plusieurs communications relatives au Centre de démonstration furent présentées par le directeur du SPH ou O.-E. Desjardins dans des congrès, dont une à Washington à une rencontre de l'Union internationale contre la tuberculose en 1926. Voir *Le Nouvelliste*, 4-10-1926.

crachats), installation d'un laboratoire à cette fin, confection de statistiques des activités et des diagnostics, engagement pour quelque temps du docteur H. Goodspeed de l'université de Pennsylvanie à ce sujet. Le local du dispensaire de l'hôpital Saint-Joseph étant jugé insuffisant, un autre fut loué au centre ville et spécialement aménagé. Afin de s'assurer les services d'un personnel compétent, les médecins travaillant au dispensaire de même que des infirmières reçurent une formation spéciale à l'hôpital Laval de Québec. Margaret Johnson fut chargée de voir à ce que le travail des infirmières se fasse avec méthode, et attribua notamment à chacune un territoire et des cartes de visite. L'autorité de l'infirmière en chef devait être grande en matière d'hygiène sociale, si l'on considère qu'elle reçut en 1928 la mission de réorganiser les dispensaires de gouttes de lait récemment pris en charge par le Centre, et qu'à cette occasion elle fut chargée de diriger dans son travail un docteur engagé à plein temps. Elle supervisait alors également une équipe de quatre à six infirmières.

Le premier mandat confié au Centre de démonstration consistait en une ambitieuse enquête sociale sur la tuberculose. Il s'agissait de faire passer à la plus forte proportion possible de la population des examens visant à détecter la tuberculose. Un suivi des cas positifs et douteux était ensuite effectué, et certains étaient hospitalisés à Québec. La campagne de dépistage progressa rapidement. En 1927, 9 739 Trifluviens, soit près du tiers de la population, avaient été examinés depuis l'ouverture du dispensaire, dont 6 394 enfants. Divers moyens furent utilisés pour attirer la population: exposition antituberculeuse à l'hôtel de ville, conférences et séances de cinéma, recommandations en chaire, promotion dans les journaux, etc. Deux groupes particuliers étaient visés: les enfants des écoles et les travailleurs industriels. Le Centre obtint des compagnies locales qu'elles collaborent, par exemple en glissant dans les

Figure 6-5

Publicité du Service provincial d'hygiène tirée de
l'Écho du Saint-Maurice, 12-2-1925, p. 5

Commandements de la Santé

Je m'engage à

1. Respirer de l'air pur—en travaillant et au jeu.
2. Vivre le plus possible au grand air.
3. Dormir avec les fenêtres ouvertes.
4. Respirer par le nez et non par le bémbo.
5. Prendre un bain au moins une fois par semaine.
6. Prendre l'habitude de respirer le plus profondément possible.
7. Ne porter que des vêtements propres et en bon état.
8. Être le propre dans le milieu où se vit—au travail, dans ses loisirs, à la maison.
9. Se brosser les dents deux fois par jour, surtout le soir au coucher.
10. Ne pas cracher sur le plancher.
11. Ne jamais boire dans un verre ou gobelet ayant servi à d'autres.
12. Se laver les mains avant chaque repas et après chaque visite aux cabinets.
13. Ne jamais manger d'aliments suspects.
14. Ne jamais boire d'eau de provenance douteuse (particulièrement à la campagne).

La TUBERCULOSE
Peut être évitée avec VOTRE concours

Cette lutte contre la tuberculose n'est pas une lutte contre le tuberculeux. A lui toute l'aide et tout l'encouragement possible.

CHAQUE citoyen doit coopérer à la campagne contre la Tuberculose et la Mortalité Infantile. Hommes, femmes, enfants, chacun doit faire sa part.

La tuberculose ne doit pas nous effrayer; mais il faut l'enrayer. Ce que d'autres pays ont fait, notre Province peut le faire.

Ce n'est pas une maladie héréditaire. Contagieuse? Oui! Mais cela n'est qu'une preuve de plus qu'on peut la prévenir.

La tuberculose est causée par un microbe spécial (le bacille de Koch) si petit qu'on ne peut le voir qu'à l'aide du microscope. Bien qu'elle soit surtout connue comme une affection pulmonaire, elle s'attaque aussi aux intestins, aux os, aux glandes, aux articulations, à la gorge et autres organes.

Les bacilles pullulent par millions dans la salive (crachats) des tuberculeux. S'ils crachent, éternuent ou toussent, sans prendre des précautions, c'est l'infection qu'ils sèment autour d'eux. Cracher par terre, c'est attenter à la vie d'autrui.

Ce terrible microbe, cependant, n'a aucune prise sur les constitutions saines et robustes. C'est lorsque la vitalité est affaiblie,—ce qui a toujours lieu à la suite d'habitudes de vie malsaines, de mauvaise alimentation, de manque d'hygiène,—que le bacille, toujours présent, a chance d'envahir l'organisme et de s'y développer.

La première condition pour prévenir cette maladie est donc de **SE TENIR EN BON ETAT DE SANTE.**

Dans le tableau ci-dessus sont donnés des "Commandements de la Santé". Découpez-les. Conservez-les sous vos yeux tous les jours. Suivez-les.

Soyez votre propre Officier de Santé et celui des vôtres. Lisez ces préceptes en famille, au moins une fois par semaine. Voyez à ce que chacun les apprenne et les grave dans sa mémoire; veillez à ce qu'ils soient observés.

Les mêmes principes d'hygiène qui vous préserveront de la Tuberculose diminueront aussi la Mortalité Infantile.

Soutenez donc cette lutte. Faites de la propagande active. Assurez-vous l'appui, la coopération de vos amis, de vos connaissances.

Le Service Provincial d'Hygiène a préparé une série de brochures sur les mesures préventives contre la tuberculose et la mortalité infantile. Ces brochures gratuites vous seront envoyées sur demande. Si vous voulez les distribuer en quantité, adressez-vous au Directeur du Service Provincial d'Hygiène, Édifices au Parlement, Québec.



enveloppes de salaires de la propagande invitant les ouvriers à aller au dispensaire, ou en permettant au médecin de santé de rencontrer les ouvriers en assemblée, comme ce fut le cas chez Wabasso Cotton. En 1926, les enfants des écoles furent examinés par des médecins, et ceux pour lesquels un doute existait furent invités à se présenter au dispensaire. Les infirmières visiteuses durent se livrer à un travail intense pour obtenir qu'une partie de ces enfants se rendent à l'invitation, probablement en raison des craintes des parents devant les conséquences d'un diagnostic positif: réactions des voisins et des proches, isolement notamment. Pour obtenir ce résultat, on s'employa à convaincre la population que la tuberculose, surtout si elle était repérée tôt, pouvait être guérie, et qu'une protection efficace des proches reposait sur les connaissances du médecin quant aux phases contagieuses de la maladie. La volonté de rassurer la population est perceptible dans une publicité trouvée dans un journal de Shawinigan, reproduite à la figure 6-5¹³⁴. Aux côtés d'une infirmière aux bras accueillants, une phrase qui en dit long: «Cette lutte contre la tuberculose n'est pas une lutte contre le tuberculeux»...

L'apparition des dispensaires de puériculture et antituberculeux, comme des dispensaires de maladies vénériennes, pouvait faire craindre aux médecins la concurrence d'organismes en grande partie financés par l'État. En fait, ici encore, nous estimons que la profession médicale bénéficia de la formidable machine de dépistage mise en place par ces centres. Les infirmières visiteuses qui pénétraient dans les foyers et constataient la présence de malaises ou de maladies diverses recommandaient de

¹³⁴ *Echo du Saint-Maurice*, 19-3-1925, p. 2.

Figure 6-6
Publicité du Service provincial d'hygiène tirée de
l'Écho du Saint-Maurice, 19-3-1925, p. 2

TUBERCULOSE



Pour vaincre la Tuberculose et la Mortalité Infantile

Il faut dans notre province plus de centres d'hygiène ou dispensaires

LA CAMPAGNE d'éducation et de prévention entreprise par le Service provincial d'hygiène tient en éveil l'attention de la population sur les ravages parmi nous de la tuberculose et de la mortalité infantile. Mais l'arme la plus puissante que nous puissions employer dans notre combat contre ces deux fléaux décevants, c'est la création de nouveaux dispensaires de tuberculose et antituberculeux.

Depuis trente ans, en Angleterre et aux États-Unis, c'est l'organisation de dispensaires, bien outillés et bien dirigés, qui a fait tomber de moitié la mortalité infantile et par tuberculose. Partout où dans Québec de semblables dispensaires ont été organisés, nous avons constaté une diminution notable du taux de la mortalité chez les jeunes enfants et une conception plus étendue des notions de l'hygiène.

Aux Trois-Rivières, par exemple, où le Centre d'hygiène sociale (comportant un dispensaire antituberculeux et deux gouttes de lait) a été montré particulièrement agissant, les résultats ont été des plus frappants. La mortalité infantile dans cette ville a été réduite, en 1924, à 149,2 par 1000 naissances contre une moyenne de 196 pour les cinq années précédentes. La mortalité chez les enfants inscrits aux gouttes de lait a été de 3%, tandis qu'elle était de 30% chez les enfants non-inscrits!

A Thetford Mines les résultats ont été plus que satisfaisants. Là, la mortalité infantile a décliné de 300 par 1.000 naissances en 1920, à 96 en 1923.

Des méthodes identiques produiront, où que ce soit dans cette province, des résultats identiques. Nous pouvons et nous devons continuer.

DÉJÀ, en moins de deux ans, le Service provincial d'hygiène a participé activement à l'établissement de 14 dispensaires dans ces endroits stratégiques. Les Centres d'hygiène sociale ci-après sont en pleine exploitation et en plein succès:

MONTRÉAL (4), CHICOUTIMI, RIVIÈRE-DU-LOUP, THETFORD MINES, JOLIETTE, TROIS-RIVIÈRES, SHERBROOKE, ST-JÉRÔME, QUÉBEC, VALLEYFIELD, ARTHABASKAVILLE.

Conscients des services qu'ils rendent au point de vue d'hygiène sociale, les conseils municipaux des endroits ci-après ont invité le directeur du Service provincial d'hygiène à organiser dans des dispensaires antituberculeux ou des centres d'hygiène sociale:

HULL, LACHINE, VERDUN, ST-HYACINTHE, DRUMMONDVILLE, BEAUCEVILLE.

LA SEMENCE de notre santé et de notre bien-être futur tombe présentement dans le sol de la province. À mesure que les centres d'hygiène se multiplieront pour atteindre toutes les régions où se fait sentir le besoin de ces "postes de sauvetage"—et leur nombre est considérable—la victoire couronnera la campagne contre la tuberculose et la mortalité infantile.

Le Service provincial d'hygiène s'est d'avance engagé à prêter son concours le plus entier à la création de centres d'hygiène. Il se tient à rien taire à les seconder de son temps, de son expérience et de ses ressources matérielles dans les limites de son budget affecté à telle fin.

Mais il faut se rendre compte que cette campagne ne peut être une entreprise exclusivement gouvernementale. Tous les corps publics, les autorités municipales les plus consciencieusement intéressées, de même que toutes les classes de la population, doivent s'unir pour atteindre aux meilleurs résultats.

Au cours de la situation et pleinement conscients des meilleures méthodes à suivre, usez de votre influence personnelle pour hâter l'établissement de centres d'hygiène sociale, ces "postes de sauvetage" véritables, dans la localité que vous habitez.



consulter un médecin. La littérature distribuée, les encarts publicitaires dans les journaux, contenaient presque toujours des conseils de ce genre (extraits d'une brochure publiée en 1923 par le SPH): «La maman devrait consulter un médecin compétent plusieurs fois avant la venue de bébé», ou «Faites lui examiner les dents par un bon dentiste un fois par an», ou encore, «Pour éviter la tuberculose: (...) Consultez votre médecin», ou enfin «S'il vous est impossible d'allaiter votre enfant, ne lui donnez que l'alimentation indiquée par votre médecin»¹³⁵. L'imagerie publicitaire mettait en valeur le rôle des médecins (figure 6-6). Il était fréquemment répété que les dispensaires se limitaient à la prévention et qu'ils n'offraient pas de traitements, sauf dans des circonstances ne nuisant pas aux médecins. Mais la population se présentait bien souvent au dispensaire après que la maladie ait frappé. En ce qui a trait à la tuberculose, tous les cas positifs étaient inscrits au dispensaire et référés à leur médecin qui devait les traiter, à moins que ne soit produit un certificat de recommandation comme indigent rédigé par un médecin. Afin d'obtenir la collaboration des médecins, on organisa des conférences, des cours où étaient présentés le travail du Centre et les dernières méthodes dans la lutte antituberculeuse¹³⁶. En vue d'intensifier la campagne de dépistage, on leur demanda de participer à l'examen de la population et de noter leurs observations sur des fiches spécialement fournies. Ils furent également invités à

¹³⁵ *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.

¹³⁶ Concernant l'information livrée aux médecins, soulignons que le SPH publia deux livres présentant deux séries de cours qu'il avait organisés en collaboration avec l'Université de Montréal et l'Université Laval, portant l'un sur les maladies vénériennes dans le cadre du programme fédéral-provincial de lutte antivénérienne, l'autre sur la tuberculose et la mortalité infantile, dans le cadre du nouveau programme. D'éminents spécialistes français furent invités à ces cours auxquels assistèrent de nombreux médecins praticiens et les médecins en formation. Voir: *Résumé du cours de perfectionnement en dermatovénérologie et urologie*, Montréal, SPH, division des maladies vénériennes, 1923; *La tuberculose et la mortalité infantile. Leçons données à l'Université Laval et à l'Université de Montréal par le professeur Emile Sergent membre de l'Académie de médecine de Paris avec la collaboration du Dr Francis Bordet, et par le Dr Louis Ribadeau-Dumas*, Québec, SPH, 1924.

emmener leurs patients au dispensaire pour compléter le diagnostic à l'aide des équipements coûteux qui y étaient disponibles. Enfin, les renseignements réunis au Centre sur chaque patient furent mis à la disposition du médecin traitant.

Il n'en reste pas moins que les dispensaires et cliniques ambulantes antituberculeux n'avaient pas toujours bonne presse chez les médecins, ce qui transparaît clairement dans une lettre de 1933 du directeur de l'unité sanitaire établie à Shawinigan, concernant notamment des médecins déçus que le diagnostic ne puisse être confirmé par l'appareil à rayons X tombé en panne: «Ce sont autant de gens qu'il ne faut pas disposer en mal: leur coopération et leur bienveillance nous sont déjà si misérablement acquises»¹³⁷. Le journal des compagnies à Shawinigan avait aussi signalé les objections de médecins à l'effet que des cliniques de puériculture nuiraient à la profession¹³⁸. Le bulletin paroissial des paroisses de Shawinigan releva également ce problème:

Certains médecins voient d'un mauvais oeil ces organisations. On leur vole, pense-t-il (sic) leur clientèle. Comme ils se trompent! Plus on enseigne l'hygiène, plus les cabinets des médecins sont achalandés.

D'ailleurs, le devoir social, auquel ils ne sont pas soustraits, commande aux médecins de prêcher l'organisation et la fréquentation du dispensaire.¹³⁹

¹³⁷ ANQQCUS, lettre du 4-12-1933 de A. Bossinotte à A. Lessard.

¹³⁸ *La Revue de Shawinigan Falls*, 15-10-1925, p. 1.

¹³⁹ *Bulletin paroissial de Shawinigan*, II, 2, février 1926, p. 14.

Au sujet des dispensaires antituberculeux, un médecin québécois affirmait dans un livre publié en 1926 que «nos praticiens se plaignent avec raison des abus auxquels donne lieu l'admission dans ces dispensaires»¹⁴⁰. C'était bien là la principale crainte: que des malades pouvant payer un médecin prennent le chemin des dispensaires et que l'admission y soit par trop aisée. Cette crainte était la plus vive pour les dispensaires antituberculeux dotés d'équipements dont ne disposait pas le médecin en pratique privée. Dans l'ensemble toutefois, il ne semble pas que les protestations aient été très vives à Trois-Rivières et à Shawinigan, à tout le moins pas assez pour provoquer des remous importants.

Outre l'enquête sociale, l'éducation et le dispensaire, le Comité du Centre promut trois autres moyens de faire échec à la tuberculose: l'ouverture d'un hôpital permettant d'isoler les malades contagieux, dont il sera question dans la partie du texte concernant les services hospitaliers, l'établissement d'une colonie de vacances et l'oeuvre du placement familial. La colonie de vacances créée en 1925 visait une clientèle d'enfants non tuberculeux «débiles» ou en contact avec des tuberculeux. Subventionnée par le gouvernement provincial et par la municipalité à partir de 1933, elle reçut également le concours de nombreux intervenants locaux. Ainsi, la communauté des Filles de Jésus accepta la surveillance des enfants. Le club Rotary offrit durant l'été l'usage de jour d'un terrain qu'il louait aux abords de la ville le long du fleuve (la colonie sera déplacée en 1929 au Lac à la Tortue et abritera les enfants nuit et jour). Des tentes furent fournies par l'armée et des jeux par International Paper et des marchands. Three Rivers

¹⁴⁰ L.-A. Gagnier, *Droits et devoirs de la médecine et des médecins canadiens-français*, Montréal, 1926, s.e., p. 35.

Traction transporta les enfants gratuitement dans ses tramways. Plus tard les Chevaliers de Colomb, et à partir de 1927 le club Elks, contribuèrent financièrement. Le directeur médical était H. Beaudoin, médecin engagé à plein temps par le Centre de démonstration pour son dispensaire. La colonie accueillit environ 100 enfants la première année, qui dînèrent gratuitement et firent des exercices en plein air sous la direction d'un professeur de gymnastique. L'on espérait accroître la résistance à la contagion tuberculeuse d'enfants choisis pour leur débilité plus ou moins prononcée, et ce en fortifiant leur organisme. Aussi attachait-on une importance particulière à leur croissance: le poids et la grandeur des enfants au début et à la fin de l'été furent notés à chaque année, et les augmentations moyennes (2,5 livres la première année) communiquées aux journaux.

A la toute fin de la démonstration à Trois-Rivières, l'oeuvre du placement familial y fut établie¹⁴¹. Ce programme financé et géré par le gouvernement provincial, créé en 1929 et inspiré de l'oeuvre Grancher de France, visait à relocaliser en famille d'accueil rurale des enfants de cinq à douze ans non tuberculeux exposés à la contagion dans leur famille¹⁴². Ici encore, la collaboration du clergé fut sollicitée et obtenue. Comme le programme transplantait en milieu rural des enfants de milieux défavorisés dans les villes, il rencontrait les vues des nationalistes traditionalistes qui le plus souvent idéalisait la campagne au détriment des villes. Il est remarquable de constater qu'en

¹⁴¹ Procès-verbal de la réunion du 18-2-1930 du comité du Centre de démonstration.

¹⁴² Concernant l'Oeuvre de placement familial, voir SDQ, 20 Geo. V, chap. 83, *Loi concernant la préservation de l'enfance contre la tuberculose*, sanctionnée le 4-4-1930; SDQ, 21 Geo. V, chap. 80, *Loi modifiant la Loi concernant la préservation de l'enfance contre la tuberculose* (chap. 186B de SR 1925), sanctionnée le 11-3-1931. Aussi, Emile Nadeau, «L'oeuvre Grancher dans le Québec», *Bulletin sanitaire*, sept.-oct. 1930, p. 134; RASPH, 1918-1929, p. 8s; 1932-1933, p. 6s.

France, d'où provenait ce type de programme, existait comme au Québec un courant ruraliste assez fort. Le directeur du SPH lui-même fit miroiter aux yeux des dirigeants et intellectuels québécois la perspective d'une aide de l'hygiène au repeuplement rural:

Le but de l'Oeuvre est de faire élever ces pupilles à la manière des enfants de la campagne, de les faire vivre dans un milieu exclusivement rural, (...) d'en faire de petits paysans qui, détachés dès le jeune âge de l'ambiance des villes, acquerront un goût marqué pour la vie rurale. Ainsi, le placement familial ne les sauve pas seulement d'une maladie qui les menace grandement, mais attache à la terre un certain nombre d'enfants.¹⁴³

Il convient d'ajouter qu'effectivement, des enfants dont la famille était dispersée au moment du retour au foyer (souvent en raison du décès de la mère tuberculeuse et du placement à divers endroits des autres enfants par le père), au nombre d'une quarantaine déjà en 1933 au Québec, demeurèrent dans leurs familles nourricières. Le programme fonctionnait comme suit. Les curés des paroisses rurales choisissaient des familles offrant, de leur point de vue, les meilleures garanties morales et matérielles. Ces familles, sans enfants ou avec des enfants parvenus à l'âge adulte, recevaient une allocation du gouvernement. L'infirmière chargée de l'application du programme visitait la maison dans un premier temps pour s'assurer qu'elle était convenable, puis les pupilles régulièrement. Un médecin de l'endroit et le curé devaient aussi exercer une surveillance et des compensations leur étaient versées (520 \$ en 1932-1933 pour le district des Trois-Rivières). Quant aux parents des enfants, leur consentement était requis. A Trois-Rivières, une infirmière fut nommée pour s'occuper du placement des

¹⁴³ RASPH, 1932-1933, p. 8-10.

enfants référés par les dispensaires. En 1932, elle notait que 90 enfants de la ville avaient été placés depuis le début du programme¹⁴⁴.

Alors que Trois-Rivières bénéficiait ainsi des largesses du gouvernement en raison de son statut de centre régional, Shawinigan n'eut ni clinique de puériculture, ni dispensaire de tuberculose avant l'établissement de l'unité sanitaire en 1932. Non pas que les projets aient manqué. En 1918, le directeur médical de l'hôpital général de Shawinigan Falls, créé par les grandes entreprises, eut un échange de correspondance concernant le travail d'infirmières spécialisées en santé publique¹⁴⁵. Des gardes-malades offrirent en 1919 leurs services pour aider les mères sans ressources¹⁴⁶. Puis une compagnie d'assurances, Metropolitan Life, fit des propositions visant à faire ouvrir une clinique de puériculture et d'assistance maternelle. En 1921, le maire reçut une visite de la surintendante des infirmières de cette compagnie qui se disait prête à soutenir une clinique où ses infirmières donneraient des conseils aux mères. La compagnie Belgo Pulp and Paper offrait l'usage d'un local. Le Conseil de ville décida de faire l'essai de cette formule durant quelques mois, mais l'idée ne fut pas mise à exécution¹⁴⁷. L'année suivante, la compagnie d'assurances soumit un projet d'établissement d'une clinique maternelle et de puériculture ainsi que d'un service de gardes-malades, lors d'une rencontre organisée dans l'hôtel de SWP, le Cascade Inn. Etaient présents deux représentants de la compagnie, le curé d'une paroisse et les pasteurs protestants, le maire, les médecins de la ville ainsi que les gérants des grandes

¹⁴⁴ CPTR 21-11-1932, lettre d'Isabelle Genest au Conseil de ville.

¹⁴⁵ ANQQCCH, lettre du 21-2-1918 du directeur du CHPQ à D. L. MacDonald.

¹⁴⁶ *L'Echo du Saint-Maurice*, 20-11-1919, p. 1.

¹⁴⁷ *La Revue de Shawinigan Falls*, 15-10-1925, p. 1.

entreprises locales, ces derniers appuyant fortement le projet qui n'eut pas plus de suites que le précédent¹⁴⁸. Le journal des compagnies revint à la charge en 1925, 1927 et 1928, sans succès¹⁴⁹. Du haut de la chaire, le curé de la paroisse Saint-Pierre déclara qu'il était temps que les autorités prennent des mesures afin d'enrayer la mortalité infantile¹⁵⁰. Le *Bulletin paroissial de Shawinigan* publia un article réclamant la création de cliniques¹⁵¹. En 1929, une infirmière hygiéniste offrit ses services pour donner une fois par mois des conférences aux mères de famille concernant les précautions à prendre avant la venue des nouveaux-nés¹⁵².

Des cliniques ne furent enfin tenues qu'à partir de 1932, année où l'unité sanitaire débuta ses activités¹⁵³. C'est d'ailleurs à la suite d'une requête pour l'établissement d'une clinique infantile provenant de l'Ordre impérial des filles de l'empire, chapitre de Shawinigan, dont la régente était la femme du médecin dirigeant l'hôpital des compagnies, que le Conseil de ville sollicita auprès du SPH l'organisation d'une unité sanitaire¹⁵⁴. Pour 1933, le médecin hygiéniste nota que 296 bébés sur les 567 nés à Shawinigan durant l'année avaient suivi régulièrement les cliniques, dont quatre seulement étaient morts, sur les 65 décès avant un an constatés durant l'année. Plus de la moitié des nourrissons nés durant cette année avaient donc assisté régulièrement aux

¹⁴⁸ *L'Echo du Saint-Maurice*, 16-11-1922, p. 1.

¹⁴⁹ *La Revue de Shawinigan Falls*, 15-10-1925, p. 1; 15-10-1927, p. 1; 10-4-1928, p. 1; 25-11-1928, p. 1.

¹⁵⁰ *La Revue de Shawinigan Falls*, 15-10-1927, p. 1.

¹⁵¹ *Bulletin paroissial de Shawinigan*, II, 2, février 1926, 12-14.

¹⁵² PVCVSH, 6-11-1929.

¹⁵³ Les cliniques étaient tenues à deux endroits, au centre ville dans le local de l'unité sanitaire, les autres dans le quartier ouvrier de Saint-Marc, à l'hôpital Sainte-Thérèse à partir de 1933. Voir notamment ANQQCUS, lettre du 9-1-1933 de A. Bossinotte au directeur adjoint du SPH et réponse du 12-1-1933.

¹⁵⁴ PVCVSH, 15-1-1930; *La Revue de Shawinigan Falls*, 25-1-1930, p. 6.

96 cliniques données, ce qui témoigne d'une réelle popularité de celles-ci. Pareille popularité se maintint les années suivantes, puisque pour 1935, le médecin hygiéniste nota que 96 cliniques avaient été suivies par 260 bébés dans leur première année d'âge, dont deux seulement étaient décédés¹⁵⁵.

Ce fut également le Conseil de ville qui insista en 1932 auprès du SPH pour qu'un dispensaire antituberculeux soit installé à Shawinigan dans l'hôpital Sainte-Thérèse, lequel avait ouvert ses portes depuis peu¹⁵⁶. A l'encontre des attentes des dirigeants municipaux, le SPH décida de mettre sur pied une clinique antituberculeuse ambulante dirigée par un médecin spécialiste, ce qui était du reste le mode d'organisation adopté pour les comtés dotés d'unités sanitaires. Ce type de clinique, équipée d'un appareil de radiographies, s'occupait exclusivement de dépistage et sillonnait le territoire de l'unité sanitaire de comté. Les tuberculeux étaient référés à leurs médecins et aux dispensaires régionaux, en l'occurrence celui de Trois-Rivières. Or, les dirigeants de la municipalité shawiniganaise tenaient à l'obtention d'une clinique fixe à Shawinigan même, espérant sans doute qu'elle contribuerait à renforcer le rôle de second centre régional de leur ville. Disant avoir accepté l'établissement d'une unité sanitaire à la condition qu'une telle clinique soit installée, le maire et le gérant de Shawinigan exposèrent leurs griefs au médecin hygiéniste de l'unité sanitaire. Celui-ci préférait cependant les cliniques ambulantes, parce que, indiqua-t-il au directeur du SPH, «cette activité vient

¹⁵⁵ A. Bossinotte, «Mort de 65 bébés!», *Bulletin sanitaire*, mars-avril 1934, p. 27; ANQQCUS, lettre du 11-1-1936 de A. Bossinotte à A. Lessard.

¹⁵⁶ PVCVSH, 16-3-1932, 15-7-1932, 3-8-1932; ANQQCUS, lettre du 22-7-1932 de A. Bossinotte, médecin hygiéniste de l'unité sanitaire à A. Lessard; lettres des 25-7-1932 et 3-10-1932 du directeur adjoint du SPH à A. Bossinotte; lettre classée «personnelle» du même au même du 7-11-1932.

directement de nous, et la population nous le crédite»¹⁵⁷. Relevons que cette remarque, au début des années 1930, indique une certaine popularité des cliniques dans la population. Finalement, il fut décidé qu'une clinique par mois serait tenue à Shawinigan même, et la première fut l'objet d'une attention spéciale afin de convaincre la population et les autorités du bien-fondé de la décision. L'escarmouche entre les dirigeants municipaux et le SPH montre bien à quel point la disponibilité de services de cliniques ou de dispensaires antituberculeux avait acquis de l'importance dans l'esprit de beaucoup de citoyens.

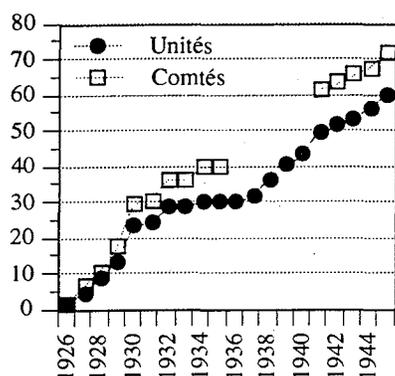
6.4 Les unités sanitaires

Les programmes de médecine préventive mis en oeuvre par le gouvernement provincial avaient cette particularité de concentrer les services dans les centres régionaux, les dispensaires ainsi établis devant desservir les autres municipalités de la région. Bien qu'une partie de la clientèle des dispensaires antivénérien et antituberculeux d'une ville comme Trois-Rivières provenait effectivement d'autres lieux, la population des centres était nettement avantagée, surtout si l'on considère que les cliniques de puériculture ne desservaient que la localité. Ce déséquilibre s'ajoutait à celui, déjà patent, des services sanitaires municipaux, généralement mieux organisés là où les municipalités, en raison de leur taille supérieure, disposaient de plus de ressources. Un nouveau programme provincial débuta en 1926 qui allait aider à corriger cet état de fait par l'établissement

¹⁵⁷ ANQQCUS, 29-7-1932, lettre de A. Bossinotte à A. Lessard.

d'organisations prenant en charge la protection de la santé des populations sur une base régionale, les unités sanitaires¹⁵⁸.

FIGURE 6-7
NOMBRE D'UNITÉS SANITAIRES
ET DE COMTÉS DESSERVIS AU
QUÉBEC DE 1926 À 1945



Sources: RASPH et RADS,
 années concernées

L'organisation des premières unités sanitaires de comté au Québec fut le fruit d'une proposition du Bureau international de santé de la Fondation Rockefeller aux dirigeants du SPH, offrant une aide financière pour les années de démarrage d'un tel programme¹⁵⁹. Le Québec ne recevait pas là un traitement de faveur: la Fondation coopérait de la sorte avec de nombreux pays. Elle contribua de ses deniers à l'établissement de la première série d'unités, sa contribution pour chacune diminuant d'année en année jusqu'à laisser le gouvernement provincial et les municipalités des comtés concernés acquitter l'ensemble de la facture environ à parts égales. En raison de la multiplication rapide des unités sanitaires avant les années 1930 au Québec, l'aide de la Fondation fut assez élevée, s'établissant à plus de 34 000 \$ en 1929 d'après le directeur du SPH. Une première vague d'établissements d'unités de

¹⁵⁸ Dès 1921 dans son rapport annuel, le directeur du SPH avait suggéré d'établir des Bureaux d'hygiène de comté. RACH, 1920-1921, p. 74.

¹⁵⁹ Concernant l'organisation des unités sanitaires, voir: RASPH, 1924-1925, p. 10-12; 1925-1926, p. 14s; 1926-1927, p. 6s; 1927-1928, p. 12s; 1931-1932, p. 6; rapports annuels de la division à partir de 1928-1929. Aussi, les textes de loi suivants: SDQ, 16 Geo. V, chap. 54, *Loi modifiant la Loi de l'hygiène publique de Québec* sanctionnée le 11-3-1926; SDQ, 18 Geo. V, chap. 69, *Loi relative à la création et au maintien d'unités sanitaires provinciales*, insérant chapitre 186A, sanctionnée le 22-3-1928; SDQ, 19 Geo. V, chap. 60, *Loi modifiant la Loi des unités sanitaires* sanctionnée le 4-4-1929; SDQ, 20 Geo. V, chap. 82, *Loi modifiant la Loi des unités sanitaires* sanctionnée le 4-4-1930; SDQ, 21 Geo. V, chap. 79, *Loi modifiant la Loi des unités sanitaires*; sanctionnée le 11-3-1931; SDQ, 23 Geo. V, chap. 74, *Loi concernant les unités sanitaires*, remplace chap. 186A, dite Loi des unités sanitaires, sanctionnée le 13-4-1933.

1926 à 1932, à la fin de laquelle l'unité du comté de Saint-Maurice localisée à Shawinigan débuta ses activités, fut suivie d'un creux durant la crise, les municipalités hésitant alors à accroître leurs dépenses (voir figure 6-7). Une seconde vague s'amorça l'année même où l'unité trifluvienne fut créée en 1938, alors que s'estompait la crise, si bien qu'à la fin de 1941, près de la moitié de la population de la province était desservie par des unités sanitaires couvrant 61 comtés.

L'établissement d'une unité sanitaire de comté à Shawinigan résulte pour une bonne partie d'une volonté clairement exprimée de l'administration municipale locale. Dès l'adoption par la Législature d'amendements à la Loi d'hygiène autorisant la création d'unités en 1928, le journal des compagnies avait exhorté le Conseil de ville à opter pour ce mode de gestion sanitaire, la ville étant dépourvue de toute organisation publique d'hygiène prenant en charge le dépistage et l'éducation populaire. Le programme des unités sanitaires ouvrait de nouvelles perspectives pour une ville qui, contrairement à Trois-Rivières, n'avait pas eu accès à certains programmes provinciaux. Aussi, lorsque le chapitre local des Filles de l'Empire (composé d'anglophones) chercha en 1930 à obtenir du Conseil municipal la mise sur pied de cliniques de puériculture, celui-ci demanda au SPH la formation d'une unité sanitaire de comté. Mais, selon la loi, la demande devait provenir de l'assemblée des municipalités de comté et des tractations eurent lieu au cours desquelles le directeur du SPH fit intervenir le député libéral du comté afin d'obtenir, péniblement faut-il préciser, leur accord. Finalement, Shawinigan s'étant engagée à payer non seulement sa part, mais aussi celle des autres municipalités pour la première année, une résolution du Conseil municipal du Comté de Saint-Maurice fut expédiée en bonne et due forme au SPH, et l'unité sanitaire fut organisée en 1932. Mais une modification à la Loi d'hygiène

l'année suivante entraîna un long différend entre le SPH et Shawinigan. Celle-ci s'était engagée à payer pour la première année 1 800 \$ plus 600 \$ pour les autres municipalités. Or, voilà que la facture se montait à 5 540 \$ pour la seule ville de Shawinigan (à raison de 20 cents du mille dollars d'évaluation, alors que les autres municipalités devaient déboursier 15 cents): la formule selon laquelle les municipalités ne payaient qu'une faible part des dépenses la première année et voyaient leur contribution augmenter les trois années suivantes avait été abolie rétroactivement à juin 1932 par la Loi des unités sanitaires sanctionnée en 1933. Par ailleurs, cette loi fixait un nouvelle façon de calculer la contribution des municipalités, non plus en raison de la moitié du coût de l'unité sanitaire, mais en fonction de la valeur de l'évaluation imposable de la municipalité. La même loi rendait permanentes les unités établies, ce qui était motivé par la crainte qu'elles soient éliminées en raison des difficultés financières que traversaient les municipalités durant la crise¹⁶⁰.

Bien que les unités sanitaires aient été au départ conçues pour des populations rurales ou dites semi-urbaines, on en vint à transplanter ce modèle d'organisation dans des villes de taille plus imposante comme Trois-Rivières. Une hausse désastreuse de la mortalité trifluvienne durant la première moitié des années 1930 (la ville devint la plus dangereuse du Québec pour les enfants de moins d'un an) fournit au SPH la légitimité pour suggérer de façon pressante aux autorités locales qu'elles lui demandent l'ouverture d'une enquête concernant la santé publique à Trois-Rivières, aux frais du

¹⁶⁰ Les informations de ce paragraphe proviennent de nombreux documents, dont: *La Revue de Shawinigan Falls*, 10-4-1928, p. 1; 25-11-1928, p. 1; 25-1-1930, p. 1; PVCVSH, 15-1-1930, 16-3-1932, 13-4-1932, 2-3-1933; ANQOCUS, échanges de correspondance impliquant A. Lessard, le secrétaire-trésorier de la municipalité, le député J.-A. Frigon, le médecin-hygiéniste de l'unité sanitaire et le Conseil de comté.

SPH. La municipalité dut s'engager à respecter les principales recommandations du rapport. Commencée en 1935, l'enquête menée par A. R. Foley, chef de la division de l'épidémiologie, aboutit en 1936 à un rapport condamnant l'administration locale de la santé publique et suggérant des transformations radicales¹⁶¹. Se disant incapable financièrement de respecter les principales recommandations (nous sommes en pleine crise et les municipalités paient en partie les programmes de travaux publics et de secours directs aux chômeurs), le Conseil de ville demanda au SPH l'établissement d'une unité sanitaire uniquement urbaine, la première de ce genre au Québec. La municipalité, tout en obtenant de la sorte des services sanitaires supérieurs, allait voir ses dépenses diminuer les années suivantes en raison de la participation du gouvernement provincial au financement. Alors qu'en 1937 ses dépenses pour le Bureau de santé s'étaient chiffrées à près de 14 000 \$, elles s'abaissèrent à environ 10 000 \$ en 1939, passant de 0,35 \$ par Trifluvien à 0,25 \$. Au total cependant, l'unité sanitaire trifluvienne coûta 19 261 \$ en 1938-1939, ce qui représentait environ 0,47 \$ par habitant¹⁶², donc une augmentation des dépenses publiques affectées à la santé à Trois-Rivières. La perspective de dépenser moins pour obtenir plus de services peut avoir joué dans la décision du Conseil de ville. Mais en contrepartie, il acceptait que la gestion de la santé publique passe entre les mains du gouvernement provincial. Signalons enfin qu'en plus des services sanitaires jusqu'alors sous la responsabilité de

¹⁶¹ A. R. Foley, *Etude sur la situation sanitaire de la cité des Trois-Rivières*, SPH, division de l'épidémiologie, mai 1936. Aussi, concernant l'établissement de l'unité sanitaire: annexées au rapport, lettres des 21-2-1935 et 29-5-1935 du directeur du SPH au Conseil de ville ainsi que lettre de A. R. Foley du 5-6-1935 au Conseil de ville; PVCVTR, 10-6-1935, 29-1-1937, 20-12-1937; CPTR 8-3-35 et 18-3-1935; PCTR juin 1935, lettre du 14-3-1935 de A. Lessard au greffier de la cité; lettres des 11-3-1935, 9-4-1935, 28-5-1935 et 11-6-1935 du greffier de la ville au directeur du SPH.

¹⁶² Ces données proviennent des comptes publics de la province pour l'année financière 1938-1939. Le montant comprend la part de la municipalité, inscrite aux revenus et dépenses de la province.

la municipalité, l'unité sanitaire reçut la direction des dispensaires antituberculeux et de puériculture, cédés sans difficulté par la Ligue d'hygiène sociale qui conserva cependant la direction de la colonie de vacances.

Aux yeux des hygiénistes du SPH, quels avantages présentaient les unités sanitaires? Ce mode d'organisation convenait particulièrement bien à des territoires aux populations dispersées dans de petites agglomérations rurales aux ressources insuffisantes pour organiser leurs propres Bureaux de santé, comme c'était le cas dans le comté de Saint-Maurice où fut établie l'unité shawiniganaise. Celle-ci regroupait, sur la base du comté, les participations financières au pro-rata des évaluations municipales, ce qui permettait d'assurer la disponibilité de services sanitaires publics dirigés par des spécialistes, à des populations qui en étaient jusqu'alors dépourvues. Les unités sanitaires ne touchaient cependant pas que le milieu rural: elles s'établissaient généralement dans des petits centres urbains, comme Shawinigan, d'où elles desservaient les municipalités avoisinantes.

Nul doute qu'à la lumière de l'expérience passée, les hygiénistes voyaient également avec plaisir l'autonomisation totale des services sanitaires publics face aux municipalités. La standardisation des services, rendue possible par la centralisation conséquente des décisions au sein du SPH, répondait également à leur objectif d'une organisation scientifique de la lutte pour la santé des populations. Chaque unité comptait, à peu de variations près, le même personnel spécialisé, qui devait effectuer les mêmes tâches et en faire rapport sur les mêmes formulaires, selon un modèle parachuté avec l'argent de la Fondation Rockefeller et ayant fait ses preuves en Angleterre et aux États-Unis. Remarquons que le Québec faisait oeuvre pionnière au

Canada en 1926, étant la première province à adopter les unités sanitaires. A Trois-Rivières et à Shawinigan comme ailleurs, la direction de l'unité était confiée à un médecin hygiéniste assisté d'un inspecteur sanitaire (ingénieur sanitaire à Trois-Rivières, personne à qui on donna une formation spéciale à Shawinigan), de deux (ou plus) infirmières visiteuses et d'une secrétaire chargée de voir aux dossiers et fichiers divers. Le coût annuel d'opération de chaque unité sanitaire s'établit en général durant les années 1930 entre 10 000 et 20 000 \$.

Les rapports annuels des unités sanitaires trifluvienne et shawiniganaise, de même que ceux du SPH, montrent très bien où portaient leurs efforts. La médecine préventive passait au premier plan devant l'hygiène du milieu. Ainsi, l'ensemble des tâches concernant l'inspection sanitaire fut confiée à un seul inspecteur. Il peut être bon de signaler à cet égard que les unités sanitaires accordaient moins d'importance qu'auparavant à l'inspection, particulièrement concernant les viandes. Ce changement d'orientation était sensible dans le rapport d'enquête sur le service sanitaire de Trois-Rivières déposé en 1936, dont l'auteur avait souligné l'existence d'un contingent d'inspecteurs beaucoup trop large. Le relatif désintéressement des unités sanitaires face à l'inspection des viandes pouvait parfois, ce fut le cas à Shawinigan, occasionner des frictions avec les édiles municipaux qui, avec le temps, avaient appris des hygiénistes l'importance d'une telle surveillance. A l'inverse, dans certains domaines, comme l'hygiène de la construction, les unités sanitaires de Trois-Rivières et de Shawinigan se montrèrent bien plus exigeantes que ne le souhaitaient les Conseils de ville¹⁶³.

¹⁶³ Concernant les activités des deux unités sanitaires, voir les dossiers de correspondance des ANQQCUS.

La priorité était donc devenue la médecine préventive, à laquelle le médecin hygiéniste et les infirmières visiteuses consacraient le plus clair de leur temps. A Trois-Rivières en 1938, pas moins de 260 consultations de nourrissons furent tenues dans les différentes paroisses de la ville avec une assistance moyenne de 48 personnes¹⁶⁴. Des bébés inscrits aux cliniques, seuls deux décédèrent dans l'année. L'examen médical des enfants des écoles reprit avec plus d'intensité que les années antérieures, et une clinique dentaire fut installée en 1939 pour les enfants d'âges préscolaire et scolaire de parents indigents. On généralisa la vaccination des enfants. Ainsi, pour l'année 1938, le directeur de l'unité de Trois-Rivières déclara que 796 enfants avaient été vaccinés contre la variole et 1 147 contre la diphtérie. Signalons à ce sujet que le SPH avait entrepris, comme mesure incitative visant à convaincre les municipalités de demander la création d'unités sanitaires, la fourniture gratuite des vaccins contre ces deux maladies et la typhoïde «aux populations qui [avaient] décidé de faire volontairement les sacrifices pécuniaires nécessaires pour obtenir l'organisation d'un service d'hygiène complet»¹⁶⁵, c'est-à-dire d'une unité sanitaire. Quant au dispensaire antituberculeux, bien que relevant de l'unité sanitaire, il continua ses activités sous la direction de Hervé Beaudoin, médecin en chef de l'hôpital sanatorium ouvert en 1931 à Trois-Rivières¹⁶⁶. Enfin, la propagande éducationnelle fut poursuivie avec énergie, par l'insertion d'encarts dans les journaux, la tenue de conférences publiques, la distribution d'imprimés, le travail essentiel des infirmières visiteuses —pas moins de 13 636

¹⁶⁴ CPTR 16 janvier 1939, rapport d'activité de l'unité sanitaire pour 1938.

¹⁶⁵ RASPH, 1928-1929, p. 190-192.

¹⁶⁶ Le dispensaire antituberculeux, créé dans le cadre d'un programme provincial réservé aux centres régionaux, n'était pas l'un des éléments constitutifs des unités sanitaires de comté, où on avait plutôt organisé des cliniques ambulantes de dépistage

visites à domicile en 1938—, etc. On s'activa également à Shawinigan, ce qui permit d'atteindre des résultats jugés appréciables durant les premières années de fonctionnement. En 1938, l'unité se classa même deuxième au Canada dans un concours organisé par la Canadian Public Health Association¹⁶⁷.

Dans l'ensemble, les unités sanitaires, privilégiant la médecine préventive dans la lignée des programmes provinciaux lancés dans la première moitié des années 1920, constituaient aussi d'actifs agents publics de dépistage de différentes maladies, et par conséquent de répartition des malades non indigents entre les médecins. Décrites quarante ans plus tard comme des organismes relativement inertes, désuets, elles avaient été au contraire dans les années qui suivirent leur établissement, très dynamiques. Un regard sur les statistiques d'activité publiées annuellement le démontre amplement. Les hygiénistes de l'époque s'accordèrent pour leur attribuer une large part de la responsabilité de la baisse des taux de mortalité dans la province de Québec.

* * * * *

Dans le domaine de l'hygiène publique, la centralisation de l'administration sanitaire, la normalisation des services et la réorientation des priorités en faveur des programmes de médecine préventive et d'éducation populaire constituent les lignes de force des transformations survenues au Québec durant l'entre-deux-guerres. En privilégiant des

¹⁶⁷ PVCVSH, 4-5-1938.

interventions axées sur des groupes-cibles plutôt que sur l'environnement, l'État québécois contribuait au processus de médicalisation de la société: les campagnes de dépistage, les cliniques antivénériennes, antituberculeuses et de puériculture, le travail des infirmières visiteuses, la distribution d'imprimés portant le message hygiéniste, tout cela aidait à multiplier les contacts de différentes couches de la population avec les professionnels de la santé, avec leurs idées, leurs recommandations. Cette tendance sur le long terme allait devenir manifeste avec le développement rapide de la médecine curative en institution après la Seconde Guerre mondiale, développement déjà bien amorcé durant l'entre-deux-guerres à la faveur notamment d'autres interventions de l'État, ce dont il sera maintenant question.

Chapitre 7

Renouvellement des politiques d'assistance et institutionnalisation des soins médicaux

Dans le secteur hospitalier comme dans celui de l'hygiène publique, des transformations majeures eurent lieu durant l'entre-deux-guerres à Trois-Rivières et à Shawinigan. Elles étaient liées pour une bonne part à une réorientation des politiques sociales du gouvernement provincial confiant un rôle plus actif à l'État, réorientation qui concerna d'abord l'aide sociale en institution, puis l'aide hors institution, qui seront étudiées séparément. Nous proposerons une réinterprétation de la Loi de l'Assistance publique qui allait régir à partir de 1921 le financement partiel par l'État des soins dispensés en institution aux indigents, et jouer un rôle à ce jour méconnu dans la modernisation et l'extension du réseau hospitalier québécois. Puis seront examinées les mesures d'assistance sociale de grande envergure qui furent instaurées par les gouvernements fédéral, provincial et municipaux afin de contrecarrer la dégradation des conditions de vie durant la crise économique des années 1930. Enfin, l'analyse d'une révolte des médecins trifluviens et shawiniganais, devenus plus revendicateurs envers les pouvoirs publics et les autorités des hôpitaux durant la crise, permettra de mieux situer les prises de position de ce groupe face aux nouvelles initiatives gouvernementales dans le domaine sanitaire.

7.1 L'Assistance publique et la modernisation des services hospitaliers

La Loi de l'Assistance publique adoptée en 1921 visait essentiellement, a-t-on souvent dit, à venir en aide aux institutions en place¹⁶⁸. Dans cette perspective, elle assurait le maintien du système traditionnel privé d'assistance dominé par le clergé catholique. Il est vrai que des sommes considérables allaient être injectées dans le réseau privé en vertu de cette loi. Mais si elle contribuait à la stabilité financière des établissements existants, elle introduisait aussi des changements qui allaient bien au delà des simples questions de financement. Il faut, à notre avis, éviter de sous-estimer l'importance des modifications apportées au système traditionnel d'assistance par l'application de cette loi. L'étude des hôpitaux trifluviens et shawiniganais montrera qu'elles furent substantielles: d'une part, l'État prenait pied dans un champ d'activité jusqu'alors presque entièrement laissé à l'initiative privée, imposait des procédures uniformes pour l'ensemble de la province et se dotait de quelques moyens de pression et de contrôle auprès des établissements, ce qui provoqua d'ailleurs une controverse; d'autre part, ce fut à travers la Loi de l'Assistance publique que le gouvernement provincial soutint la modernisation des services médico-hospitaliers en appuyant le processus d'institutionnalisation de la médecine curative, en stimulant une hausse de la fréquentation des hôpitaux et en finançant la construction d'établissements répondant aux normes les plus récentes en matière d'équipements et d'organisation des soins.

¹⁶⁸ Serge Mongeau, par exemple, écrit: «... la Loi de l'Assistance Publique, fort improprement nommée car cette loi ne visait aucunement à fournir une assistance directe aux indigents, mais à assister les institutions privées pour leur donner les moyens de continuer à aider gratuitement les indigents.» Dans *Evolution de l'assistance au Québec*, Montréal, Éd. du Jour, 1967, p. 45.

7.1.1 Controverse quant au rôle de l'État

L'intervention de l'État après la guerre dans le domaine de l'Assistance publique suscita des protestations véhémentes dans la presse dite catholique (ou «bonne» presse), de l'inquiétude dans le haut-clergé et, semble-t-il, un certain soulagement dans nombre de communautés religieuses propriétaires d'établissements hospitaliers. Si personne ne s'offusqua du transfert à l'État d'une portion majeure du financement de l'Assistance aux indigents en institution, plusieurs s'opposèrent à ce que pareil transfert s'accompagne de l'établissement de contrôles quant à l'usage des sommes versées. Examinons brièvement cette loi, déjà maintes fois commentée¹⁶⁹, et les principales objections de ses opposants, avant d'en scruter l'application dans les cas trifluvien et shawiniganais.

Au sortir de la guerre, les ressources financières des établissements dispensant gratuitement des soins aux indigents étaient réputées insuffisantes pour répondre à une demande qui croissait rapidement en milieu urbain, notamment en raison d'une

169 Différents auteurs ont traité de la Loi de l'Assistance publique. Voir à ce sujet: Henri Bourassa, *Une mauvaise loi. L'assistance publique*, Montréal, Imprimerie du Devoir, 1921; Deuxième rapport de la Commission des assurances sociales de Québec, janvier 1932; Arthur Saint-Pierre, *L'oeuvre des congrégations religieuses de charité: dans la province de Québec*, Montréal, Éd. de la Bibliothèque canadienne, 1932; Esdras Minville, *Le régime social dans la province de Québec*, étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, 1939; H. M. Cassidy, *Public Health and Welfare Reorganization. The Postwar Problem in the Canadian Provinces*, Toronto, The Ryerson Press, 1945; G. Poulin, *L'assistance sociale dans la province de Québec, 1608-1951*, Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, 1955; *Rapport du comité d'étude sur l'assistance publique*, gouvernement du Québec, 1963; 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; Antonin Dupont, *Les relations entre l'Eglise et l'Etat sous Louis-Alexandre Taschereau, 1920-1936*, Montréal, Guérin, 1972; Michel Pelletier et Yves Vaillancourt, *Les politiques sociales et les travailleurs*, cahier 1 *Les années 1900 à 1929*, Montréal, s.é., 1974; Hervé Ancil et Marc-A. Bluteau, «La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986», *Santé Société*, numéro spécial, 1986.

récession. Dès 1919, six hôpitaux de Montréal établirent une politique d'admission des indigents selon laquelle les municipalités où ceux-ci résidaient devaient garantir le paiement des frais encourus, comme l'expliqua une circulaire adressée aux municipalités, dont celle de Trois-Rivières:

Puisque les hôpitaux sont nécessaires, assurons leur existence en les établissant sur une base d'affaire. Que celui qui peut payer son hospitalisation le fasse généreusement et que ceux qui sont trop pauvres pour couvrir leurs frais, restent à la charge des municipalités qu'ils habitent.

Depuis quelque dix ans, ce système a force de loi dans Ontario (sic), le Manitoba, la Colombie Anglaise, l'État de New-York et a donné d'excellents résultats. Pourquoi ne suivrions-nous pas ce bon exemple au Québec? (...)

Après le 1er mai prochain, aucun malade indigent venu d'une municipalité étrangère ne sera reçu dans un des hôpitaux sous-signés à moins que la municipalité s'engage d'avance à payer \$2.00 par jour d'hospitalisation.¹⁷⁰

Le gouvernement provincial vota l'année suivante une loi qui, précisément, accordait aux établissements le droit de refuser l'aide aux indigents pour lesquels les municipalités ne payaient pas le coût de l'hospitalisation. Cette loi fut vivement critiquée et remplacée en 1921 par la Loi de l'Assistance publique, qui, maintes fois amendée¹⁷¹, demeurera en vigueur pendant quelques décennies.

La nouvelle loi établissait le principe du financement partiel par l'État des soins dispensés aux indigents dans diverses institutions. Le gouvernement provincial, les

¹⁷⁰ CPTR 15-9-1919, circulaire du 1-5-1919 *Aux municipalités de la province de Québec*, signée par les autorités de l'Hôpital Notre-Dame, du Montreal General Hospital, du Royal Victoria Hospital, de l'Hôpital Sainte-Justine, du Western Hospital et de l'Hôtel-Dieu.

¹⁷¹ Une liste de ces amendements jusqu'en 1939 est donnée en annexe.

municipalités et les institutions devaient payer ces soins à parts égales, lesquelles parts étaient définies selon une classification des établissements. Les deux tiers du financement provenaient donc de l'État (gouvernement et municipalité), et étaient puisés à même un fonds d'Assistance publique approvisionné par trois types de revenus: les droits perçus pour les licences des lieux d'amusement et droits divers concernant les champs de courses, la «taxe d'hôpital» sur les repas consommés au restaurant ou à l'hôtel établie en 1926, et des versements d'un million de dollars/année de la Commission des liqueurs de la province à partir de 1929. Il revenait au service de l'Assistance publique (SAP) mis sous l'autorité du secrétaire de la province et dirigé dans un premier temps par A. Lessard (également directeur du SPH, on s'en souviendra), de distribuer l'argent aux institutions.

L'aide de l'État était assortie de quelques contraintes pour les institutions, et surtout de l'attribution de pouvoirs nouveaux à un organisme provincial, ce qui suscita une levée de boucliers chez les opposants les plus farouches de «l'étatisme», recrutant dans la «bonne presse» catholique. *L'action catholique* à Québec, *Le Devoir* à Montréal sous la plume de Henri Bourassa, *Le Bien public* à Trois-Rivières s'insurgèrent contre pareille intrusion de l'État dans le domaine de l'aide sociale. A leurs yeux, l'initiative privée, et plus particulièrement le clergé dans la province, pouvaient et devaient certes être soutenus par l'État dans leurs oeuvres charitables. Ils devaient cependant conserver leur entière indépendance, n'avoir à répondre de rien devant les gouvernements. Et de brandir le spectre du socialisme, de traiter de «bolcheviste qui s'ignore»¹⁷² le directeur

¹⁷² *Le Devoir*, 13-3-1924, p. 1, éditorial de Henri Bourassa.

du SAP, d'accuser le gouvernement de soutenir le démembrement de la cellule sociale de base, la famille, en encourageant le placement en institution, etc.

Arguant que des sommes d'une telle envergure ne pouvaient être dépensées sans qu'il puisse en rendre compte, le gouvernement de L.-A. Taschereau s'efforça d'obtenir l'accord des évêques. Ceux-ci pouvaient en effet interdire aux établissements de leurs territoires diocésains respectifs d'adhérer à l'Assistance publique. Or, les évêques avaient signé une lettre confidentielle demandant au gouvernement de modifier la loi, et certains refusèrent dans un premier temps qu'elle s'applique dans leur diocèse. Après quelques tractations, le gouvernement parvint cependant, moyennant un amendement mineur à la Loi de l'Assistance publique en 1925, à avoir l'assentiment de tous.

Nombre d'institutions ou d'organismes n'avaient pas eu pareilles réticences, là où ils étaient autorisés à adhérer au programme provincial, ce qu'avaient déjà fait 119 d'entre eux en octobre 1923, principalement de Montréal et de Québec, mais aussi de centres régionaux comme Sherbrooke, Trois-Rivières et Chicoutimi. Il paraît plausible que les évêques eurent à tenir compte d'un mouvement d'opinion favorable dans plusieurs communautés tenancières d'établissements hospitaliers, souhaitant hausser leurs ressources financières. Il est vrai que les contraintes imposées parassaient somme toute peu embarrassantes eu égard aux montants concernés. Un examen de l'application de la Loi de l'Assistance publique dans les établissements hospitaliers de Trois-Rivières et de Shawinigan mettra tout de même en lumière quelques moyens de pression dont disposait le SAP dans ses rapports avec les institutions.

7.1.2 *Extension du réseau hospitalier et normalisation des services*

Aux deux grands motifs du gouvernement Taschereau généralement évoqués pour expliquer l'adoption de la Loi de l'Assistance publique, à savoir l'aide aux institutions et aux indigents, nous en ajouterons un troisième: stimuler la croissance et la modernisation du réseau hospitalier du Québec, dont les institutions privées n'étaient pas en mesure d'assumer les coûts. C'est ainsi qu'un hôpital régional pour tuberculeux à Trois-Rivières et un hôpital général à Shawinigan furent construits grâce à la contribution financière de l'État québécois. Quant à l'hôpital trifluvien des soeurs de la Providence, dont la direction entretenait des rapports parfois tendus avec le SAP, il faut attendre la fin des années 1930 avant qu'une subvention ne lui soit accordée aux fins de construction. Nous montrerons que ces subventions, accordées sur une base discrétionnaire, pouvaient devenir un argument de poids dans les négociations du SAP avec la direction des hôpitaux, et ce d'autant plus qu'elles allaient faciliter, avec les sommes distribuées pour les soins aux indigents, un ajustement des établissements aux nouvelles normes nord-américaines en matière de services médico-hospitaliers.

La construction d'hôpitaux

Les subventions accordées par le gouvernement Taschereau pour la construction ou l'agrandissement d'hôpitaux trifluviens et shawiniganais doivent être situées dans la perspective d'une politique globale d'étoffement et de modernisation du réseau d'institutions d'assistance du Québec. A ce propos, relevons ces quelques lignes du directeur de l'Assistance publique, décrivant dans son premier rapport annuel les insuffisances du système hospitalier auxquelles la loi apportait un remède:

De plus, les autorités des grands hôpitaux généraux, reconnaissant la nécessité d'un développement conforme aux données scientifiques modernes et conscientes du devoir d'appliquer à leurs hospitalisés les soins réclamés par les découvertes médicales les plus récentes, se voyaient gênées dans leur croissance et leur progrès par défaut de l'aide nécessaire. Dépassées ou menacées de l'être par les grands hôpitaux des autres provinces et des autres pays, institutions recevant de leurs gouvernements des secours abondants, elles déploraient, sans pouvoir y remédier, l'état d'infériorité où elles allaient se trouver.¹⁷³

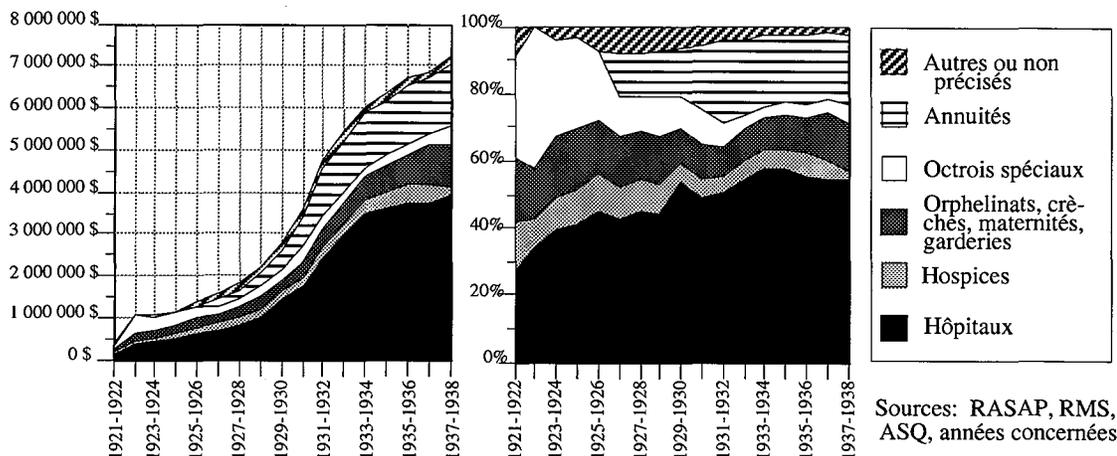
De fait, une portion importante du fonds de l'Assistance publique fut affectée à des subventions aux fins de construction, dont bénéficièrent non seulement des hôpitaux —ils en accaparèrent une part importante—, mais aussi des hospices, des crèches, des orphelinats, dans un premier temps sous la forme d'octrois spéciaux, puis d'annuités¹⁷⁴. La répartition des montants distribués pour l'Assistance publique (figure 7-1) montre qu'après les frais de séjour des indigents dans les hôpitaux, ces annuités représentaient la deuxième plus importante dépense du SAP (devenu une division au sein du ministère de la Santé en 1936). Plus d'un million de dollars à partir de 1932, pour des emprunts garantis par le gouvernement totalisant plus de 17 millions, étaient ainsi affectés annuellement à la construction d'établissements ou à des agrandissements. La volonté d'user du fonds de l'Assistance publique pour promouvoir la modernisation du réseau hospitalier transparaît dans la principale subvention accordée, soit 1 500 000 \$ pour un hôpital universitaire¹⁷⁵.

¹⁷³ Premier RASAP, 1923, p. 6-8.

¹⁷⁴ Il s'agit de paiements effectués à chaque année pour couvrir les intérêts et l'amortissement d'emprunts. Ce mode de subvention fut établi en 1924 par un amendement à la Loi de l'Assistance publique.

¹⁷⁵ RASAP 1933-1934, tableau des emprunts garantis.

FIGURE 7-1
RÉPARTITION DES MONTANTS DISTRIBUÉS PAR LE GOUVERNEMENT PROVINCIAL
POUR L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE 1922 À 1938, EN DOLLARS COURANTS ET EN %



La disponibilité de sommes substantielles pour la construction ou l'agrandissement d'établissements constituait un levier dont pouvait user le SAP dans ses rapports avec les propriétaires d'institutions hébergeant des indigents. L'attribution de telles sommes n'était certes pas automatique, la direction des établissements devant se plier à certaines exigences, notamment adhérer au régime de l'Assistance publique et obtenir l'aval des plus hautes instances politiques. Le cas de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, qui tarda à bénéficier de ces subventions en dépit de tentatives renouvelées de l'évêque trifluvien et des religieuses propriétaires de l'établissement, illustrera bien ces propos.

Le projet d'un grand hôpital moderne remplaçant le vieil édifice des Soeurs de la Providence à Trois-Rivières, rêve caressé par l'évêque de Trois-Rivières depuis plusieurs années déjà, fut sur le point de se réaliser vers 1923 lorsque le directeur du SAP se montra favorable à une contribution financière majeure du fonds de

l'Assistance publique. Avant d'accorder un octroi, il fit toutefois comprendre, par une lettre confidentielle adressée à monseigneur Massicotte, assistant de l'évêque, qu'il serait mieux disposé à agir en ce sens si l'institution adhérait au régime de l'Assistance publique:

Maintenant, pour que l'affaire marche plus facilement, et en ceci c'est un conseil amical que je me permets de vous donner, vous feriez bien d'engager les autorités de l'Hôpital St-Joseph des Trois-Rivières à m'écrire une lettre demandant tout simplement que leur institution soit reconnue de l'Assistance publique par le Gouvernement. Dans mon opinion, ce serait un grand pas de fait dans la marche de l'affaire.¹⁷⁶

Les directives du directeur du SAP émanaient du plus haut niveau politique, du premier ministre lui-même qui l'avait prié de visiter monseigneur Massicotte à ce sujet mais de ne prendre aucun engagement: «D'ailleurs, je comprends que l'hôpital en question n'est pas encore soumis à l'Assistance publique»¹⁷⁷. Si telle était la condition pour obtenir son hôpital, l'évêque voulait bien y souscrire. Aussi son assistant répondit-il au directeur de l'Assistance publique en le parodiant: «Votre dernière lettre nous a fait faire un grand pas vers l'Assistance Publique»¹⁷⁸. Il peut être bon de mentionner que l'évêque s'était auparavant opposé à cette loi, et que *Le Bien Public*, organe reconnu de l'évêché, en avait dressé un tableau bien sombre¹⁷⁹. La demande requise fut envoyée et l'hôpital Saint-Joseph reconnu d'Assistance publique en 1923¹⁸⁰. Mais les

¹⁷⁶ ANQQCHSJ, lettre du 26-7-1923 de A. Lessard à monseigneur Massicotte.

¹⁷⁷ ANQQCHSJ, lettre du 23-6-1923 de L.-A. Taschereau à A. Lessard.

¹⁷⁸ ANQQCHSJ, lettre du 1-8-1923 de monseigneur Massicotte à A. Lessard.

¹⁷⁹ *Le Nouvelliste*, 31-3-1921 p. 1 et 21-4-1921, p. 1.

¹⁸⁰ ANQQCHSJ, lettre du 23-8-1923 de la supérieure de l'établissement à A. Lessard. L'arrêté ministériel date du 13-9-1923.

négociations achoppèrent, les religieuses ayant décidé de transformer le projet de construction d'un hôpital séparé de l'hospice, soumis par l'évêque, en agrandissement. Monseigneur Massicotte suggéra bien au directeur du SAP que l'octroi soit versé entre les mains de l'évêque plutôt que de la communauté, de sorte qu'il soit «plus libre de faire exécuter ce projet à son gré»¹⁸¹, mais finalement celui-ci avorta. Les religieuses, dont les finances étaient en bonne condition d'après les Chroniques de la communauté, payèrent seules un agrandissement plus modeste. Leur situation financière favorable leur permettait ainsi de résister à la fois aux pressions de l'évêque et à celles de l'organisme provincial. La perspective d'obtenir une subvention avait tout de même contribué à leur adhésion au régime de l'Assistance publique.

Le projet d'un hôpital moderne séparé de l'hospice, l'une des revendications des médecins de l'établissement réitérée annuellement depuis 1919, ne fut pas abandonné. Les soeurs firent en 1925 une autre demande de subvention au SAP¹⁸². Mais une tentative de l'évêque de détourner au profit de l'Hôpital Saint-Joseph un octroi promis à un hôpital appartenant à une société laïque allait aboutir à une impasse dans les négociations. La première manifestation publique de cette intention fut glissée en 1926 dans le journal *Le Bien Public*. On y fit ressortir la nécessité pour un centre régional de la taille de Trois-Rivières de se doter d'un grand hôpital général moderne, donc d'agrandir l'hôpital Saint-Joseph, tout en signalant qu'il pourrait également accueillir

¹⁸¹ ANQQCHSJ, lettre «personnelle» du 3-9-1923 de monseigneur Massicotte.

¹⁸² ANQQCHSJ, rapport du 21-12-1925 de l'inspecteur de l'Assistance publique Azarie Lessard à A. Lessard, directeur.

des tuberculeux¹⁸³. Or, il était de notoriété publique que le SAP avait déjà approuvé un octroi destiné à la construction d'un hôpital sanatorium distinct. L'évêque vit là l'occasion de réaliser son projet d'un hôpital général séparé de l'hospice: il retira son accord initial à l'établissement du sanatorium pour appuyer l'intégration des deux projets dans l'hôpital Saint-Joseph. Mais le SAP refusa d'entériner cette réaffectation de la subvention, si bien que les deux projets demeurèrent en suspens. L'évêque dut finalement céder en 1929. En somme, la direction du SAP distribuait des fonds publics à des institutions privées, certes, mais selon ses propres critères.

Aucun accord n'avait donc été conclu durant les années 1920 pour l'attribution d'une subvention à l'Hôpital Saint-Joseph. Or, durant la crise, il allait s'avérer beaucoup plus ardu d'obtenir du gouvernement de l'argent aux fins de construction ou d'agrandissement. En 1931, l'évêque signa avec le maire et plusieurs Trifluviens parmi les plus influents une requête qui fut adressée au secrétaire provincial afin que le gouvernement apporte son aide pour un agrandissement de l'hôpital Saint-Joseph¹⁸⁴. Le directeur du SAP écrivit à la soeur supérieure qu'il avait reçu l'ordre d'ajourner la considération de toute demande en raison de la crise et de la diminution consécutive des revenus du SAP¹⁸⁵. De fait, après une croissance fulgurante, le montant des emprunts garantis par le fonds de l'Assistance publique dans la province progressa lentement les années suivantes (figure 7-2).

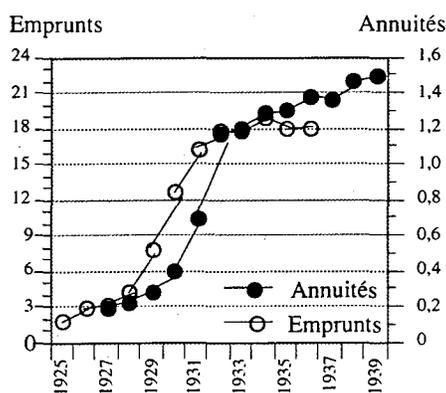
¹⁸³ *Le Bien Public*, 14-12-1926, p. 1. ANQQCHC, lettre du 15-12-1926 de O.-E. Desjardins à A. Lessard; ANQQCHC, lettre du 9-2-1929 de monseigneur Comtois à Philippe Bigué.

¹⁸⁴ ANQQCHSJ, requête du 18-3-1931 adressée à Athanase David.

¹⁸⁵ ANQQCHSJ, lettre de A. Lessard à la supérieure de l'hôpital Saint-Joseph.

L'attribution des subventions pour construction nécessitait, sous le gouvernement Taschereau comme sous son successeur, l'accord des plus hautes instances politiques. L'intrusion du politique dans l'attribution de ces subventions allait être soulignée dans une étude publiée en 1945:

FIGURE 7-2
MONTANTS EN MILLIONS DE \$
COURANTS DES ANNUITÉS VERSÉES
ET DES EMPRUNTS GARANTIS PAR
LE SERVICE DE L'ASSISTANCE
PUBLIQUE, 1925-1939



Source: RASAP, années concernées

The subsidy system does not make specific provision for the meeting of capital charges, particularly to cover the construction of new facilities. The private organizations have been unable to finance new buildings and equipment in many instances and have appealed to the provincial government for help. This has been given frequently in the form of loans, advances, or special capital grants. But since there is no formal policy on the subject, set down clearly in law and regulations, there has been a tendency for provincial ministers to settle individual claims separately with political considerations very much in mind.¹⁸⁶

Les religieuses de l'Hôpital Saint-Joseph ne paraissent pas avoir été en mesure de faire jouer en leur faveur des influences puissantes auprès du gouvernement de L.-A. Taschereau. Mais la situation allait changer avec l'accession du député local Maurice Duplessis au poste de premier ministre en 1936. Les religieuses virent là une conjoncture favorable à une demande de

¹⁸⁶ H. M. Cassidy, *Public Health and Welfare Reorganization. The Postwar Problem in the Canadian Provinces*, Toronto, The Ryerson Press, p. 382.

fonds devenue d'autant plus pressante que les médecins accentuaient leurs pressions pour obtenir un nouvel hôpital. Elles l'adressèrent au ministre du Département de la Santé récemment créé, le priant, mais sans succès, d'approuver une subvention devant couvrir la moitié des coûts d'une construction d'environ 500 000 \$¹⁸⁷. La demande fut réitérée avec prière au premier ministre d'intercéder, ce qui fut fait, et le ministère accorda 100 000 \$, puis 50 000 \$ de plus après d'autres démarches auprès du premier ministre. Il prenait ainsi en charge 25 % du financement de la construction, qui fut terminée en 1940.

D'autres octrois, accordés ceux-là à des organismes non religieux durant les années 1920 pour la construction de deux grands hôpitaux, l'un à Trois-Rivières, l'autre à Shawinigan, montrent bien l'intention du gouvernement d'aider à la croissance du réseau hospitalier régional. A Trois-Rivières, il s'agissait d'édifier un hôpital sanatorium régional, en conformité avec l'objectif du SAP de multiplier le nombre de lits pour tuberculeux dans la province. Le SAP prenait ainsi en charge le développement de ce qui était considéré comme un complément indispensable à la campagne de lutte antituberculeuse entreprise par le SPH. A. Lessard, directeur des deux organismes, avait inscrit dans les projets du Centre de démonstration de lutte antituberculeuse de Trois-Rivières dont il était président, la construction d'un tel

¹⁸⁷ ANQQCHSJ, lettres des 9-3-1937, 3-4-1937, 2-12-1937, 16-5-1938, 9-7-1938, 22-7-1938 et 11-2-1939 de la supérieure générale de la maison mère des soeurs de la Providence à J.-H.-A. Paquette; lettre du 28-8-1937 de Emile Nadeau à R. Veilleux; lettres des 3-3-1938 et 25-4-1938 du sous-ministre de la santé à la supérieure générale; lettres de la supérieure générale des 21-4-1938 et 11-2-1939 à Maurice Duplessis; lettre du 7-3-1939 de l'assistante générale de la communauté à J.-H.-A. Paquette et des 7-3-1939 et 3-4-1939 au sous-ministre; lettre du 11-5-1939 de la supérieure de l'hôpital Saint-Joseph au sous-ministre; CSP, 1938-1939, p. 341s.

hôpital. Dès 1925, un organisme privé¹⁸⁸ (CHC) fut formé, l'aval de l'évêque obtenu et une entente conclue avec les soeurs Filles de Jésus pour la gestion de l'hôpital¹⁸⁹. Puis, comme mentionné précédemment, l'évêque retira son accord avec l'espoir de voir les fonds promis réorientés vers l'hôpital Saint-Joseph. Allié de l'évêque, *Le Bien Public* s'engagea dans une controverse avec le médecin de santé: un hôpital général pouvait-il, selon les données modernes de la médecine, abriter un département pour les tuberculeux? L'on dut négocier: aucune communauté de soeurs n'aurait pu administrer l'hôpital sans l'accord épiscopal. Devant les représentations de personnalités de premier plan, dont le secrétaire de la *Canadian Tuberculosis Association*, devant l'inflexibilité du SAP surtout, l'évêque revint sur sa décision en 1929. Son obstruction avait tout de même retardé la construction du sanatorium de près de cinq ans. S'il était parvenu à ses fins, des subsides élevés auraient été transférés des coffres de l'État à un établissement faisant partie du réseau hospitalier appartenant au clergé, plutôt qu'à une société laïque.

Une large coalition de citoyens de toutes tendances politiques participèrent à l'élaboration du projet, ce qui témoigne d'un certain consensus parmi les élites locales (à l'exception de l'évêque, il est vrai). Parmi les membres de la CHC durant ces années précédant la construction, mentionnons son président P. Bigué, son secrétaire O.-E. Desjardins, son trésorier le gérant de banque M. Marcotte et l'infirmière Margaret Johnson, tous quatre membres du comité du Centre de démonstration, l'industriel R.

¹⁸⁸ L'Hôpital Cooke Limitée qui deviendra la Corporation de l'hôpital Cooke en 1929.

¹⁸⁹ Les informations concernant la genèse de l'hôpital Cooke proviennent essentiellement de la correspondance du SAP avec la CHC et divers individus conservée dans les ANQQCHC, des procès-verbaux des délibérations de la CHC et d'articles de journaux.

F. Grant comme vice-président, le chanoine F. Boulay représentant l'évêque au début. Les éminents politiciens L.-P. Normand, conservateur, L.-P. Mercier et Jacques Bureau, libéraux, donnèrent également leur appui.

Pareil déploiement de forces était nécessaire, dans la mesure où le SAP, avec la garantie initiale d'un octroi de 50 000 \$ facilement obtenue du premier ministre, exigeait que la région fournisse une portion du financement. Des compagnies acceptèrent de souscrire, mais ce furent les municipalités urbaines qui durent effectuer les principaux déboursés. Si Trois-Rivières accorda des sommes élevées, des difficultés surgirent dans les autres municipalités sollicitées concernant la localisation de l'hôpital. Grand-Mère, qui aurait préféré accueillir l'établissement, ne contribua pas. Des négociations avec Cap-de-la-Madeleine où devait être situé l'hôpital tournèrent mal et un autre site fut choisi à Trois-Rivières, où la municipalité accepta de déboursier un supplément cependant que le Cap annulait sa subvention. A Shawinigan par contre, les électeurs-propriétaires approuvèrent l'octroi bien que le député libéral se soit, assez curieusement, prononcé contre. Le nombre de lits prévus étant passé de 50 à 150, le SAP augmenta sa participation. Finalement, les contributions financières d'autres intervenants que la CHC s'établirent comme suit: sur 432 710 \$, 74 % furent garantis par le SAP, 20,8 % provinrent des municipalités de Trois-Rivières et de Shawinigan, 2,3 % des dispensaires et 2,9 % des compagnies. A ceci doit être ajoutée une émission d'obligations de 150 000 \$ de la CHC. Comme il allait s'avérer que les revenus de l'hôpital seraient par la suite presque exclusivement puisés dans le fonds du SAP, les dépenses liées à cette émission peuvent être considérées comme payées par l'État, ce qui est également vrai du montant donné par les dispensaires dont les revenus étaient en majeure partie constitués de subventions du SAP et de la municipalité

trifluvienne. Somme toute, les organismes publics assumèrent presque à eux seuls le financement de la construction de l'hôpital.

L'hôpital sanatorium se distinguait de l'hôpital général des religieuses non seulement par le financement de sa construction, mais également par son organisation administrative. Il était en effet propriété d'une société privée laïque qui tenait les cordons de la bourse. Il était cependant lui aussi géré par une communauté religieuse¹⁹⁰. En effet, Hervé Beaudoin, le médecin en charge du service médical, n'avait d'autorité que dans ce domaine. Il importe de souligner que ceci allait à l'encontre des vœux exprimés par le directeur du SAP:

Dans mon opinion, pour que les choses marchent bien, le Service médical doit avoir non seulement le contrôle du traitement des malades, mais doit être l'officier responsable au Comité pour tout ce qui regarde l'administration. Il doit évidemment travailler en coopération avec les religieuses mais, dans mon opinion, c'est lui qui doit être le chef.¹⁹¹

Ces quelques mots révélateurs, le choix de confier à une société laïque la propriété de l'hôpital et la supervision de son administration, le refus de céder à l'obstruction de l'évêque témoignent d'une volonté de favoriser par les octrois gouvernementaux une certaine sécularisation de la propriété et même de la direction des établissements hospitaliers, et ce durant la première phase d'application de la Loi de l'Assistance publique correspondant au long règne du gouvernement Taschereau. Par conséquent,

¹⁹⁰ AHC, *Convention entre La Corporation de l'Hôpital Cooke et La Congrégation des Filles de Jésus*, 19-12-1929.

¹⁹¹ ANQQCHC, lettre du 26-11-1929 de A. Lessard à P. Bigué, président de la CHC.

dans l'esprit de ceux qui appliquèrent la loi dans un premier temps, son objectif n'était pas le maintien du système traditionnel d'assistance dominé par le clergé.

L'autre grand hôpital en Mauricie à la construction duquel le fonds de l'Assistance publique apporta une contribution financière majeure appartenait aussi à un organisme laïque. Il fut établi à Shawinigan au début des années 1930. Le projet datait d'au moins 10 ans. En effet, le candidat gagnant à la mairie en 1920, le médecin d'allégeance conservatrice J.-A. Dufresne, avait promis à ses futurs administrés l'édification d'un hôpital. Aux élections suivantes en 1922, il déclara en avoir été empêché par la récession¹⁹². L'année d'après, le journal *L'Echo du Saint-Maurice* réclama un hôpital sous la direction de religieuses, en arguant que «dans une ville essentiellement canadienne française et catholique (...) notre population a besoin d'un hôpital qui réponde à ses besoins», ce qui n'était pas, selon lui, le cas de l'hôpital des compagnies¹⁹³. Le journal se faisait ainsi l'écho de ceux qui voyaient dans les hôpitaux appartenant aux anglophones et gérés par des protestants, des lieux où s'exerçait «une influence désastreuse et dissolvante chez les canadiens-français (...) au double point de vue religieux et national»¹⁹⁴. C'est du moins en ces termes que s'exprima en 1928 un professeur de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, alarmé par la forte fréquentation francophone des hôpitaux anglophones de la métropole.

¹⁹² *L'Echo du Saint-Maurice*, 29-6-1922, p. 1, interview du maire J.-A. Dufresne.

¹⁹³ *L'Echo du Saint-Maurice*, 1-3-1923, p. 1.

¹⁹⁴ J.-E. Dubé, *La situation hospitalière à Montréal*, s.é., 1928, p. 10.

Le projet d'un hôpital administré par des religieuses à Shawinigan prit vraiment corps en 1925 lorsque le député du comté, le maire J.-A. Dufresne, le gérant de la ville, les curés des paroisses et certains gérants d'industrie s'entendirent sur une première série de démarches. On prit contact avec le directeur du SAP, et des visites furent faites au secrétaire provincial et au premier ministre en vue d'obtenir un octroi¹⁹⁵. Le SAP accepta de déboursier jusqu'à 125 000 \$ en se réservant le droit d'examiner les plans et devis et d'y effectuer des retranchements visant à réduire le coût global¹⁹⁶. Il paraît difficile de préciser les raisons pour lesquelles la municipalité attendit 1929 avant de pousser le projet plus avant, mais il semble que cela soit lié à une intervention des gérants locaux des grandes compagnies industrielles. En effet, la Shawinigan Welfare Association adressa au secrétaire-trésorier de la municipalité une lettre arguant que les coûts d'opération de l'hôpital seraient supérieurs à ceux annoncés par les religieuses et entraîneraient une hausse importante du taux de taxation municipale. Ces conclusions étaient basées sur les chiffres obtenus du Shawinigan Falls General Hospital appartenant aux grandes entreprises. Le gérant municipal demanda aux religieuses de lui envoyer des informations sur les coûts d'opération des autres hôpitaux qu'elles dirigeaient, ce qui semble avoir été fait¹⁹⁷. Mais les négociations ne reprurent qu'en 1929. Dans quelle mesure les autorités du Shawinigan Falls General Hospital étaient-elles réticentes face à l'érection d'un grand hôpital concurrent? Il apparaît du moins

¹⁹⁵ Plusieurs des informations concernant la genèse de l'hôpital proviennent de la correspondance conservée dans ANQQCHST. Aussi, PVCVSH 3-3-1926; 19-5-1926; 3-7-1929; 21-8-1929; 4-9-1929; 5-2-1930; 26-3-1930; 2-4-1930; 16-4-1930; 7-5-1930; 21-5-1930; 26-5-1930; 4-2-1931.

¹⁹⁶ Notons que les plans et devis de l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières construit à la fin des années trente furent également passés au peigne fin par un inspecteur-architecte qui y trouva fort peu à redire, en raison, affirma-t-il, de la participation d'une soeur très experte à la confection de ces plans.

¹⁹⁷ ASGCO, lettre du 18-5-1926 de la SWA au secrétaire-trésorier de la municipalité, et du 21-5-1926 du gérant municipal à la supérieure générale, folio 1925.

qu'elles n'étaient pas d'humeur à abandonner la dispensation de services médico-hospitaliers, si l'on considère qu'en 1930 elles firent agrandir leur hôpital.

Quoi qu'il en soit, la municipalité conclut une entente en 1929 avec les Soeurs Grises de la Croix d'Ottawa qui acceptèrent de prendre en charge la direction et l'administration de l'hôpital, propriété de la municipalité. Les soeurs ayant réclamé certains changements, notamment l'ajout de 25 lits aux 75 prévus (probablement en vue de répondre aux conditions d'accès aux tarifs de soins les plus élevés accordés par le SAP), un deuxième octroi fut sollicité et obtenu. Comme dans tous les autres cas examinés jusqu'ici, l'autorisation émanait directement du premier ministre. La part du secteur public dans le financement fut déterminante: le SAP paya la moitié des 450 000 \$ nécessaires, la municipalité 39 % et la communauté de soeurs 11 %. Les soeurs avaient cependant obtenu de la municipalité des concessions majeures: elles administraient l'hôpital comme s'il leur appartenait, elles empochaient les bénéfices éventuels —mais payaient les déficits— et, surtout, obtenaient que le jour où elles feraient un agrandissement d'au moins 25 lits, elles deviendraient propriétaires. Et elles le devinrent effectivement en 1949, après qu'elles aient reçu des gouvernements provincial et fédéral des subventions élevées permettant de porter à 175 le nombre de lits. Remarquons que cette attribution de subventions ayant pour effet de transférer la propriété de l'hôpital aux religieuses laisse croire qu'après la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement de la province dirigé par Maurice Duplessis appliqua la Loi de l'Assistance publique avec des objectifs bien différents de ceux du gouvernement Taschereau.

L'aide apportée à l'extension et à la modernisation du réseau hospitalier par le SAP visait avant tout de grandes unités hospitalières, dans lesquelles étaient concentrés les soins aux indigents. Les petits hôpitaux laïques comme le Shawinigan Falls General Hospital (devenu le Joyce Memorial Hospital en 1931 à la suite d'un don) et l'Hôpital Normand & Cross ne reçurent qu'une minime portion des sommes distribuées par le gouvernement provincial et les municipalités aux hôpitaux locaux. Il est vrai qu'il leur eût été bien difficile de rencontrer les exigences du SAP: la plus basse classe d'hôpitaux généraux (A-3 dans la classification établie par le SAP) ayant accès aux deniers de l'Assistance requérait un minimum de 15 lits disponibles aux indigents. Or, les deux petits hôpitaux trifluvien et shawiniganais comptaient respectivement 50 et 42 lits en 1931¹⁹⁸, qu'ils devaient réserver essentiellement à une clientèle payante s'ils désiraient couvrir leurs frais. Ceci était d'autant plus vrai que les tarifs de l'Assistance publique dans la classe A-3 s'avéraient beaucoup moins avantageux que dans les classes supérieures. Plutôt que d'adhérer à un programme qui avait bien peu à leur offrir, les deux petits hôpitaux cherchèrent à obtenir des octrois des municipalités pour aider à couvrir les dépenses de l'hospitalisation qu'ils fournissaient parfois à des indigents. Le Shawinigan Falls General Hospital pour la première fois en 1924 et l'Hôpital Normand & Cross en 1936, obtinrent de tels octrois, s'établissant respectivement à 1 000 \$ et à 500 \$¹⁹⁹. Il semble cependant que ces octrois furent supprimés en 1932 à Shawinigan (après l'ouverture de l'hôpital Sainte-Thérèse donc) où ils étaient passés à 2 000 \$ en 1929, et vers 1940 à Trois-Rivières. Le Joyce

¹⁹⁸ *Directory of Hospitals in Canada, 1931*, p. 7-8. En 1941, le Joyce Memorial Hospital avait 44 lits d'après Léo Gervais, *Étude sur la situation financière des institutions reconnues d'assistance publique*, 1942.

¹⁹⁹ PVCVSH 19-3-1924, 16-4-1924, 18-2-1925, 5-8-1925, 7-1-1926, 19-1-1927, 1-6-1927, 18-9-1929, 19-11-1930, etc; PVCVTR 5-10-1936, 20-12-1937, 23-1-1939.

Memorial Hospital obtint tout de même à partir de 1935 un octroi annuel de 1 000 \$ du fonds de l'Assistance publique, puis de 1 500 \$ en 1939, mais aucune somme pour l'hospitalisation selon la tarification statutaire. Les deux petits hôpitaux n'en furent pas moins agrandis durant l'entre-deux-guerres. Accueillant vraisemblablement une clientèle surtout payante, ils étaient plus en mesure d'effectuer, sans l'aide des gouvernements, les dépenses liées à l'extension et à la modernisation des hôpitaux.

Standardisation des services médico-hospitaliers

L'application de la Loi de l'Assistance publique permit donc d'injecter des montants d'argent très élevés dans le réseau d'institutions d'assistance, soit pour payer en partie les soins dispensés, soit pour augmenter la capacité d'accueil. Ce transfert de fonds augmenta substantiellement les ressources financières de nombreux établissements, particulièrement celles des grands hôpitaux. Or, ces derniers devaient précisément faire face à une croissance prononcée de leurs dépenses, alimentée notamment par l'établissement de nouvelles normes en matière d'organisation des services médico-hospitaliers: différenciation croissante des services et division de l'espace hospitalier en aires spécialisées, besoin de laboratoires, d'équipements de plus en plus variés, complexes et coûteux, de personnel qualifié, etc. Les fonds de l'Assistance publique venaient fort à point les aider à s'ajuster aux transformations affectant le domaine médico-hospitalier, entre autres en leur permettant de rencontrer les exigences de l'*American College of Surgeons*, maître d'oeuvre de la «standardisation» des hôpitaux nord-américains.

L'*American College of Surgeons*, association créée en 1913 et formée de chirurgiens des États-Unis et du Canada, mit en place à partir de 1918 un programme d'accréditation des hôpitaux répondant à certains critères d'organisation, le «Hospital Standardization»²⁰⁰. Les principales exigences du «minimum standard» peuvent se résumer ainsi: les médecins et chirurgiens d'un hôpital devaient être organisés en un bureau médical, être docteurs en médecine d'écoles médicales approuvées, compétents dans leurs domaines respectifs et respectueux de l'éthique professionnelle; le bureau médical devait adopter des règlements régissant le travail professionnel de l'hôpital, comportant l'obligation pour les médecins de se réunir une fois par mois au moins et d'analyser à intervalles réguliers leur expérience clinique, et ce à l'aide des dossiers médicaux des patients; ces dossiers devaient être remplis pour chaque patient et être complets (le contenu minimal des dossiers était précisé); la présence d'un laboratoire en mesure d'effectuer différents types d'analyses, ainsi que d'un département de radiologie et de fluoroscopie était indispensable; des analyses devaient être effectuées sur tous les tissus prélevés, etc. Ajoutons que l'état des bâtiments, les équipements, l'organisation des différents services étaient pris en compte dans l'évaluation faite par les représentants de l'*American College of Surgeons*.

Tous les hôpitaux des deux villes cherchèrent à obtenir leur accréditation. Il semble que les représentants de l'*American College of Surgeons* visitèrent l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières pour la première fois en 1926, lorsque l'hôpital fut reconnu

²⁰⁰ Voir à ce sujet: American College of Surgeons, *Manual of Hospital Standardization. History Development and Progress of Hospital Standardization. Detailed Explanation of the Minimum Requirements*, Chicago, 1946.

«standard»²⁰¹. Certains membres du bureau médical travaillaient depuis quelques années à ce que l'hôpital remplisse les conditions nécessaires, particulièrement son président O. Tourigny²⁰². En 1930 toutefois, les inspecteurs relevèrent de nombreuses irrégularités (dossiers de patients incomplets, absence de réunions du comité médical pour discussions cliniques dans un but scientifique, défaut d'examen systématique des tissus humains enlevés), mais l'hôpital conserva son accréditation, ainsi qu'en 1933²⁰³. A la suite d'une inspection en 1934 et du constat que les dossiers et l'analyse des tissus demeuraient incomplets, l'hôpital finit toutefois par perdre l'approbation de l'*American College of Surgeons*.²⁰⁴ Il ne la retrouverait qu'au début des années 1940 à la suite de la construction du nouvel hôpital, "moderne" comme on le clama à l'époque, à laquelle le SAP participa financièrement²⁰⁵. Entre temps, l'hôpital Cooke avait reçu une approbation provisoire de l'*American College of surgeons* en 1934, transformée en accréditation en 1936. Cette dernière année, l'Hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan reçut également la cote «fully approved». L'on sait de plus que les hôpitaux Joyce Memorial de Shawinigan et Normand & Cross de Trois-Rivières bénéficiaient de la même cote en 1939²⁰⁶.

²⁰¹ CSP 1925-1926, p. 227; 1926-1927, p. 259.

²⁰² Celui-ci se plaignit en 1924 à ses collègues du bureau médical d'avoir fait tout ce qu'il pouvait pour que l'hôpital devienne standard, avec bien peu de support de leur part. HSJBM, octobre 1924.

²⁰³ HSJBM, 7-10-1930; 7-11-1933.

²⁰⁴ HSJBM, 9-10-1934; 7-3-1939.

²⁰⁵ D'après Norman Perron, l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi obtint pour la première fois son accréditation en 1943, l'année suivant un important agrandissement également subventionné. Voir *Un siècle de vie hospitalière au Québec. Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*, Presses de l'Université du Québec et Les Augustines de la Miséricorde de Jésus, 1984, 156-157.

²⁰⁶ *A Directory of Hospitals in Canada, 1939*, Ottawa, Dominion Bureau of Statistics, 1941.

L'accréditation par l'*American College of Surgeons* était vivement recherchée. Elle garantissait que l'établissement délivrait ses soins en respectant une série de normes régissant l'organisation scientifique du travail médico-hospitalier. Au près du public, les autorités des hôpitaux pouvaient se réclamer de cette approbation d'une autorité scientifique. Ainsi, en période de crise quant aux admissions dans l'établissement, le bureau médical de l'Hôpital Sainte-Thérèse fit valoir dans la presse que celui-ci occupait «une place d'honneur dans le rapport de l'American Hospital Association»²⁰⁷. Nous estimons que l'achat des équipements nécessaires pour respecter ces exigences minimales, le maintien des installations dans un état satisfaisant, furent facilités par l'apport financier aux institutions que rendait possible la Loi de l'Assistance publique.

7.1.3 *Les contraintes imposées aux établissements*

La Loi de l'Assistance publique adoptée par le gouvernement Taschereau contribua donc à la croissance et à la modernisation du réseau hospitalier durant les années 1920. Mais pour les institutions, il y avait un revers à l'aide financière apportée par l'État, que ce soit sous une forme statutaire (paiement des soins) ou discrétionnaire (subventions pour construction). Dépendance envers les décideurs politiques et un organisme public, obligation de respecter certaines procédures, pouvoirs du SAP de surveiller l'application de la loi, tout ceci alarma une partie de la petite bourgeoisie. Le SAP se montra cependant fort peu inquisiteur dans un premier temps, attitude qui allait changer

²⁰⁷ Coupure de journal non identifié, en date du 5-2-1938, p. 4, qui peut être consultée aux ASGCO.

durant la crise. Examinons l'évolution de ses pouvoirs face aux institutions, et l'usage qu'il en fit.

Pouvoirs du SAP et moyens de pression à sa disposition

Le SAP recevait du législateur certains pouvoirs envers les institutions. Il était autorisé à faire enquête sur les établissements avant de recommander leur admission comme institutions d'Assistance publique, et leur attribuait une classification déterminant les montants qui leur seraient versés par hospitalisé/jour. Les institutions désirant bénéficier du programme ou continuer à en bénéficier lors des demandes de renouvellement devaient, «sur demande, fournir au service de l'Assistance publique tous les renseignements que ce dernier cro[y]ait utile de connaître»²⁰⁸. Elles devaient également laisser aux représentants du SAP libre accès aux locaux affectés aux indigents, de même que faire rapport mensuellement, trimestriellement et annuellement sur la circulation des indigents dans l'établissement. Un registre d'entrées et de sorties de ceux-ci devait être tenu, que pouvaient consulter les représentants du SAP. L'admission même d'un indigent au programme d'Assistance publique était réglementée. Ainsi, les institutions devaient en aviser le SAP et expédier des formulaires divers, à la suite de quoi le SAP décidait si l'admission était maintenue. En sus de ces concessions à un organisme provincial, les institutions cédaient aux municipalités la responsabilité de statuer sur l'état d'indigence des requérants,

²⁰⁸ SDQ, 11 Geo. V, chap. 79, *Loi de l'assistance publique de Québec* sanctionnée le 19-3-1921.

moyennant le respect de certains critères et formalités définis par la loi (formulaire, recommandation d'un médecin établissant l'état de santé pour les malades...) ²⁰⁹.

Dans un premier temps, les contrôles effectués par le SAP furent très discrets, bien que la loi lui permît de se montrer autrement exigeant. Il semble en fait que l'on se soit limité aux inspections précédant l'admission comme institution d'Assistance publique, et, par la suite, à de rares visites ²¹⁰: le SAP, dont les pouvoirs étaient vivement contestés dans la «bonne» presse catholique, soignait ses relations avec les institutions. La grande crise allait cependant entraîner un resserrement des mesures de surveillance adoptées par le SAP, visant à réduire ses dépenses. Les bilans annuels des opérations du fonds de l'Assistance révélaient en effet une augmentation rapide des déficits due à la multiplication des cas d'indigence parmi les hospitalisés et à une baisse des revenus du SAP. Différents moyens furent trouvés pour ralentir cette augmentation; ils avaient en commun de freiner la croissance des transferts d'argent de l'État aux institutions.

La première restriction des dépenses a déjà été mentionnée: le SAP cessa vers 1931 d'investir dans l'extension du réseau d'institutions d'Assistance publique, en refusant d'accorder de nouvelles garanties d'emprunt aux fins de construction ou d'agrandissement. Aussi l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières dut-il attendre la fin des années 1930 avant d'obtenir une telle garantie. Le tarissement de cette source de

²⁰⁹ Les municipalités devaient aussi ouvrir dans leur budget un fonds d'assistance municipale, dont le SAP pouvait vérifier l'administration.

²¹⁰ Les documents suivants témoignent de ces visites à l'Hôpital Saint-Joseph durant les années 1920: ANQQCHSJ, lettre du 21-12-1925 d'un inspecteur de l'Assistance publique au directeur du SAP; lettre du 17-5-1926 de ce dernier à l'inspecteur et rapport d'inspection du 21-5-1926.

financement enlevait au SAP et aux hommes politiques l'un des moyens de pression dont ils disposaient envers les institutions. En effet, comme les subventions étaient accordées sur une base discrétionnaire, des conditions pouvaient être fixées pour leur attribution et leur usage, par exemple l'exigence du SAP que les plans et devis des constructions projetées soient soumis à son approbation. Mais les besoins financiers des établissements hospitaliers grandirent durant la crise en raison de la diminution du nombre de patients payants, ce qui les rendit plus dépendants envers les fonds de l'Assistance publique, et créait un contexte propice à une mise en vigueur plus sévère de la loi.

Les dépenses du SAP continuèrent de croître à un rythme jugé exagéré, si bien que l'on adopta des mesures visant à contrôler l'application de la loi par les institutions. Un rapport bi-mensuel fut exigé à partir de 1935, permettant un suivi plus serré. Surtout, un inspecteur fut spécialement engagé à temps plein à partir de 1935 avec «mission de visiter les institutions dans le but spécial d'ordonner d'une manière plus adéquate la mise en pratique de la loi»²¹¹. Les rapports de ses visites à l'Hôpital Saint-Joseph, la correspondance qu'il échangeait avec le directeur du SAP montrent assez bien que le ton avait changé. Voici par exemple les instructions de ce dernier quant à la façon de traiter avec la direction de l'établissement concernant une malade pour laquelle l'hôpital réclamait des tarifs trop élevés²¹²:

²¹¹ RASAP 1934-1935, dans rapport annuel du secrétaire et registraire, p. 162.

²¹² Les tarifs pour l'hospitalisation dans les hôpitaux généraux étaient plus élevés que pour les différents établissements de soins prolongés.

Je désire que tu ne les manques pas et que tu exiges incessamment quand tu iras, de faire passer cette malade dans une classe inférieure si elles ne réussissent pas à la transférer dans un hospice ou chez des incurables.

Combien doit-il y en avoir de ces cas où nous nous faisons exploiter?²¹³

Une autre façon de limiter les dépenses consista à reclasser certains hôpitaux de sorte qu'ils bénéficient de tarifs moins élevés. Un hôpital général de la classe A-1, la plus avantageuse, devait réserver au moins 40 lits aux indigents et posséder, de l'avis du SAP, un équipement et un outillage de premier ordre. Pour cette classe, le coût de séjour et d'entretien de l'indigent était fixé à 2.01 \$/jour, tarif qui passa à 3.00 \$ en 1929 avant la crise. Dans la classe A-2, il fut haussé la même année de 1,50 \$ à 2.01 \$. Pareil établissement devait mettre au moins 25 lits à la disposition des indigents et pouvait posséder des équipements moins perfectionnés. Quant aux hôpitaux et sanatoria pour tuberculeux comme l'Hôpital Cooke, les tarifs étaient les mêmes que dans la classe A-1.

Le niveau d'exigences du gouvernement pour l'obtention de la classe A-1 fut haussé durant la crise. Ceci explique que l'hôpital Sainte-Thérèse, bien que répondant aux anciens critères d'admission dans cette classe, n'ait pu y accéder lorsqu'il ouvrit ses portes en 1931. Le directeur du SAP prétextait que normalement, seuls les hôpitaux universitaires, dont les équipements étaient nécessairement plus complets et les dépenses plus élevées, obtenaient pareil classement. Il ajouta que tant que la situation

²¹³ ANQQCHSJ, lettre du 21-2-1935 du directeur du SAP à L.-A. Lessard, inspecteur.

générale ne se serait pas améliorée, il ne pourrait faire mieux. Les mêmes explications furent données à l'hôpital Saint-Joseph lorsqu'il fut rétrogradé de la classe A-1 à A-2 en 1935²¹⁴. D'autres hôpitaux subirent le même sort dans la province: à Sherbrooke, à Hull notamment. En vidant la classe A-1, le SAP coupait dans les dépenses du gouvernement provincial et des municipalités tout en alourdissant celles des institutions concernées.

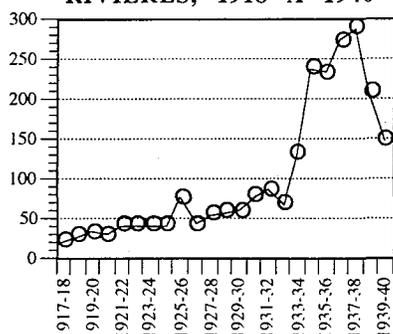
Limites du pouvoir du SAP: le cas de la crèche de l'Hôpital Saint-Joseph

Si le SAP disposait de quelques outils pour effectuer des pressions sur la direction des hôpitaux, il ne pouvait cependant exiger de transformation aux services²¹⁵. Son incapacité à obtenir que des améliorations soient apportées à la crèche de l'Hôpital Saint-Joseph, où sévissait une mortalité élevée, l'illustrera clairement. L'on verra que les religieuses défendirent résolument le principe de leur indépendance quant à la gestion de la crèche, non seulement face aux organismes publics, mais également face aux médecins desservants. Elles allaient cependant lâcher du lest à la fin des années 1930.

²¹⁴ ANQQCHSJ, lettres des 29-5-1935 et 31-7-1935 de l'inspecteur du SAP au directeur.

²¹⁵ Cette lacune fut soulignée par H. M. Cassidy en 1945: «The Bureau of Public Charities exercises only slight supervision over the subsidized agencies. It is empowered to obtain from them certain reports and it has in law some power of control by virtue of its authority to approve institutions for grants and to set the daily allowances upon which the grants are based. But it is not specifically authorized to prescribe standards of operation as a condition of aid.» Voir H. M. Cassidy, *Public Health and Welfare Reorganization. The Postwar Problem in the Canadian Provinces*, Toronto, The Ryerson Press, 366-367.

FIGURE 7-3
ENFANTS TROUVÉS ADMIS
À LA CRÈCHE DE TROIS-
RIVIÈRES, 1918 À 1940



Source: CSP, années concernées. Période couverte à chaque année: de juillet à juin de l'année inscrite.

Durant les années 1920, le directeur de l'Assistance publique tenta, tout au moins par des moyens détournés, d'obtenir des changements à l'organisation des soins donnés à la crèche. Le problème fut discuté au sein du comité du Centre de Démonstration qu'il présidait et dont était membre le médecin de santé de la municipalité, O.-E. Desjardins. Quelques mois plus tard en 1925, ce dernier attira l'attention du comité médical de l'hôpital sur la mortalité à la crèche et lui demanda de rechercher les mesures propres à améliorer la situation. Il réitéra sa démarche l'année suivante, et le comité médical s'informa auprès des autorités de l'hôpital à savoir si la crèche était sous sa juridiction, sans plus de résultat. Chacun des rapports annuels d'O.-E. Desjardins réserva une place spéciale au pitoyable bilan de la mortalité à la crèche. En 1930, le comité médical de l'hôpital suggéra qu'un pédiatre exerce sa spécialité à la crèche, mais se vit répondre qu'il s'agissait là d'une oeuvre de l'hospice, indépendante du comité médical²¹⁶. L'on sait toutefois qu'un médecin fut affecté à la crèche au moins à partir de 1932.

L'affluence de nourrissons durant la crise (figure 7-3) due en partie à l'hébergement d'enfants provenant de la région de Québec, mais surtout à la multiplication des

²¹⁶ HSJBM 1925, p. 128; 1926, p. 135; 1930, p. 275; 1932, p. 301; ANQTR, procès-verbal de la réunion du comité du Centre de démonstration du 27-2-1925.

abandons d'enfants aux portes de l'institution, allait aggraver le problème de la mortalité, et ce bien que des locaux supplémentaires aient été aménagés. A. R. Foley, chef de la division de l'épidémiologie du SPH, dénonça en 1935 la «formidable» mortalité chez les nourrissons de la crèche, précisant que sur 240 admis en 1934, 225 étaient décédés, soit une proportion de 93,8 %²¹⁷. Pour la même année, l'abbé C.-E. Bourgeois, en charge du placement des orphelins de la crèche, parlait plutôt de 214 décès sur 320 enfants (230 admis durant l'année et 90 présents au début de l'année), soit 2 sur 3²¹⁸.

Le SAP et les membres du clergé professaient des opinions diamétralement opposées quant aux causes de cette mortalité. Pour l'abbé Bourgeois, porte-parole de l'oeuvre à partir de 1934, elle était due au piteux état des enfants lorsqu'ils étaient recueillis. Et d'après lui, cet état était dans bien des cas l'effet de moeurs trop libres régnant dans une partie de la population. Soixante-deux des décès de 1934 n'avaient-ils pas été certifiés par le médecin comme provoqués par l'hérédo-syphilis²¹⁹? L'abbé dénonçait de plus la tenue répréhensible des maternités privées (il en dénombrait 7 à Trois-Rivières en 1934, où accouchaient nombre de filles-mères), tant du point de vue moral qu'hygiénique, responsable selon lui du mauvais état de santé de nombreux enfants recueillis par la crèche. Aussi réclama-t-il au Conseil de ville l'adoption d'un règlement concernant les maternités privées, comme à Montréal et à Québec, ce qui fut fait en

²¹⁷ ANQQCHSJ, rapport du 7-11-1935 de la division de l'épidémiologie concernant l'hôpital.

²¹⁸ Rapport du directeur de l'organisme *Le placement de l'orphelin* pour l'année 1934 dans PCTR février 1935. Les rapports annuels de l'abbé Bourgeois de 1935 à 1940, conservés dans les AMTR, ont été utilisés dans cette section.

²¹⁹ Il s'agit de syphilis non pas héréditaire, ce qui n'existe pas, mais bien de syphilis contractée durant la grossesse.

1935²²⁰. Si le règlement fut appliqué la première année (les 2 maternités autorisées accueillirent 22 mères dont les enfants furent immédiatement conduits à la crèche après leur naissance, cependant que des établissements hospitaliers de Québec et de Montréal recevaient 56 autres filles-mères de la région), il semble avoir été délaissé les années suivantes jusqu'à ce que l'unité sanitaire entre en fonction en 1938.

Au SAP et au SPH, on voyait plutôt dans la gestion interne de la crèche la cause de la mortalité qui y sévissait. Si la crèche de Trois-Rivières n'était pas la seule à présenter une mortalité élevée, de l'avis du directeur du SAP en 1930, la situation y était bien pire qu'ailleurs en raison du manque de collaboration des religieuses:

Nous n'avons pas à nous plaindre des efforts accomplis aux crèches de Montréal et de Québec; ils sont louables et méritent d'être reconnus. La crèche des Trois-Rivières n'est pas dans ce cas et je ne suis pas loin de croire que celle-ci n'est, ni plus ni moins, qu'un dépotoir où crèvent les nourrissons qui ont le malheur d'y être recueillis.²²¹

L'usage de lait cru en particulier fut évoqué par les fonctionnaires du SPH pour expliquer la mortalité à la crèche. Un rapport d'inspection sur la qualité du lait à Trois-Rivières constatait en 1931 que les hôpitaux consommaient «plus de lait cru que de lait pasteurisé»²²², provenant de fournisseurs dont les établissements laissaient dans certains cas à désirer au point de vue de l'hygiène. Dans son rapport d'enquête sur la

²²⁰ AMTR, Règlement 10-E adopté le 18-2-1935.

²²¹ ANQQCCH, boîte correspondance 1924-1950, chemise intitulée «correspondance 1924-1940», lettre du 9-10-1930 du directeur du SPH à Paul Parrot, chef de la division de la statistique démographique.

²²² ANQQRICH, rapport du 20-10-1931 de E. Langevin, assistant ingénieur sanitaire du service de génie sanitaire du SPH.

situation sanitaire à Trois-Rivières datant de 1936, A. R. Foley s'étonna que «des hôpitaux» trifluviens s'approvisionnent encore en lait cru, «de provenance plus que médiocre»²²³. Il s'abstint cependant de faire la démonstration, pourtant facile, du poids remarquable de la mortalité à la crèche dans la mortalité générale trifluvienne. Ce fait était pourtant bien connu: dès 1930, le directeur du SAP avait noté que les taux de mortalité élevés de Trois-Rivières étaient dûs à une cause unique: la crèche²²⁴. En fait, la dimension catastrophique que conférait la mortalité à la crèche à la mortalité trifluvienne servait bien l'objectif du rapport, qui était de forcer des changements à la gestion sanitaire municipale. La mauvaise image donnée à Trois-Rivières par l'enquête du SPH contribua peut-être à détériorer les relations qu'entretenaient le Conseil de ville et les religieuses de l'hôpital, ajoutant aux pressions effectuées pour obtenir des changements à la crèche.

Les autorités de l'établissement se rendirent finalement aux arguments provenant du SAP, du SPH et des médecins desservants. La création de l'unité sanitaire en 1938 et peut-être l'attribution d'une subvention à l'Hôpital Saint-Joseph par le SAP pourraient avoir été déterminantes. Dans son premier rapport annuel, le directeur de l'unité sanitaire rapportait s'être entendu avec les autorités de l'Hôpital auxquelles il avait fait des suggestions qui, croyait-il, réduiraient grandement la mortalité dans les mois à venir. Mais l'année suivante, le rapport de septembre de l'hôpital au SAP révéla que 19 décès sur une population totale de 100 à 110 enfants étaient survenus dans ce seul

²²³ A. R. Foley, *op. cit.*

²²⁴ ANQQCCH, boîte correspondance 1924-1950, chemise intitulée «correspondance 1924-1940», lettre du 9-10-1930 du directeur du SPH à Paul Parrot, chef de la division de la statistique démographique.

mois. L'officier spécial du SAP, Arthur Lessard, demanda à la supérieure d'expliquer cette situation, et d'attirer l'attention du médecin de la crèche nouvellement nommé. Celui-ci expliqua que douze des décès étaient probablement dûs à la consommation d'un lait cru de mauvaise qualité. Il recommanda par conséquent aux autorités de l'hôpital que seul du lait pasteurisé soit distribué aux enfants, proposition approuvée par l'inspecteur du SAP et qui fut cette fois bien accueillie²²⁵. De plus, une série de règlements internes furent adoptés en 1939, comportant une clause à l'effet que la crèche ferait désormais partie du service médical²²⁶. Enfin, d'après la supérieure de l'établissement, les autorités de l'unité sanitaire ne permettaient plus aux religieuses «d'entasser les bébés comme pendant les années 1934 à 1938»²²⁷. En somme, devant les pressions des médecins, de l'unité sanitaire et du SAP tout au moins, les religieuses leur avaient finalement concédé un droit de regard sur l'organisation des services dispensés à la crèche. L'on peut également se demander si l'attribution par le SAP d'une subvention aux fins de construction d'un nouvel hôpital en 1939 n'avait pas aidé à assouplir la position des religieuses, ou tout au moins à assainir leurs relations avec les organismes provinciaux. Quoiqu'il en soit, la mortalité à la crèche s'effondra littéralement les années suivantes, si bien qu'en 1941, environ 5 % seulement des 254 enfants admis y décédèrent, ce qui représentait pour cette année la mortalité la moins élevée dans les crèches de la province²²⁸.

²²⁵ ANQQCHSJ, octobre 1939. Echange de correspondance impliquant le sous-ministre de la santé, l'officier spécial de la division de l'Assistance publique, la soeur supérieure et le médecin de la crèche.

²²⁶ HSJBM 5-12-1939.

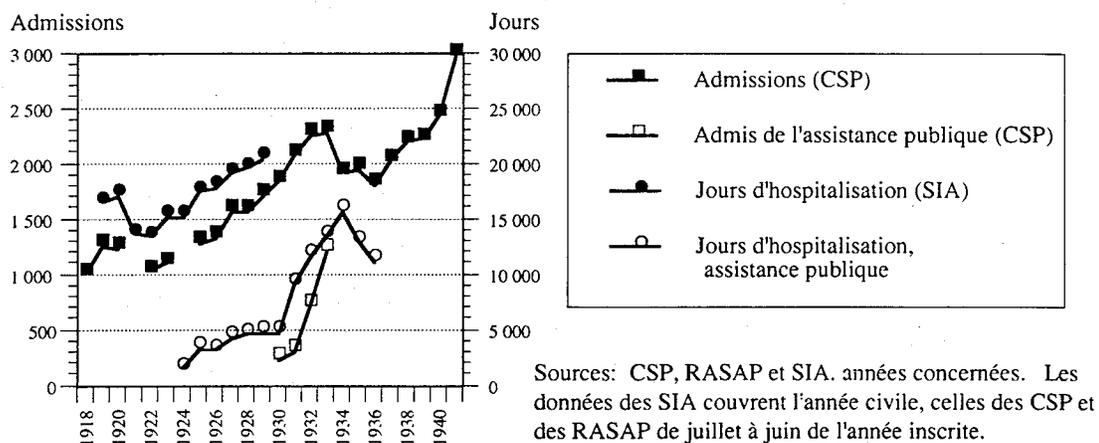
²²⁷ ANQQCHSJ, lettre du 22-4-1940 de la supérieure au sous-ministre de la santé Jean Grégoire.

²²⁸ CSP, 1942, p. 39.

7.1.4 Hausse de la fréquentation

En contribuant à multiplier le nombre de lits d'hôpitaux disponibles, en payant une partie des soins aux indigents, en gonflant les budgets des établissements, l'Assistance publique amplifiait la tendance à l'institutionnalisation des soins médicaux et stimulait une hausse de la fréquentation des hôpitaux. Il s'agit, à notre avis, avec la réorientation de l'hygiène publique durant les années 1920, d'un facteur crucial qui a appuyé le processus de médicalisation de la population. Aussi tenterons-nous d'évaluer la fréquentation des hôpitaux trifluviens et shawiniganais, notamment par les indigents.

FIGURE 7-4
ADMISSIONS ET JOURS D'HOSPITALISATION
À L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE TROIS-RIVIÈRES DE 1918 À 1941



L'adhésion de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières au programme de l'Assistance publique en 1923 paraît en partie responsable d'une augmentation rapide de la fréquentation de l'établissement durant la décennie suivante. La figure 7-4 révèle un relatif parallélisme entre les tracés à la hausse du nombre de jours d'hospitalisation

global, du nombre de jours d'hospitalisation sous le régime de l'Assistance publique, du nombre global de patients hospitalisés et du nombre de ceux qui le furent sous l'Assistance publique entre 1923 et 1933. De 1 102 qu'il était en 1923 après quelques années de plafonnement des admissions, le nombre annuel d'hospitalisés fit plus que doubler en dix ans²²⁹. Entre 1930 et 1933, la composition de la clientèle se modifia considérablement. Le quart des jours d'hospitalisation en 1928 avaient été payés par le SAP, et environ le septième des malades admis relevaient de l'Assistance publique en 1930 et 1931. Or, cette dernière proportion passa à plus de la moitié en 1933. Le fait que le pourcentage de jours d'hospitalisation payés par l'Assistance publique paraisse plus élevé que celui des malades admis sous ce régime s'explique aisément: la durée du séjour des malades de l'Assistance était souvent plus longue que pour les patients payants. Ainsi, en 1931, ils passèrent en moyenne 15 jours à l'hôpital, alors que de 1923 à 1928, la moyenne globale avait varié de 10 à 12 jours, et qu'en 1928, cette moyenne s'établissait à 11.5 jours à l'Hôpital Normand & Cross où la clientèle était payante. Une partie des patients aux revenus modestes étaient en mesure de payer une hospitalisation courte seulement, comme le montre un échange de correspondance en 1935:

Comme elle ne devait rester à l'hôpital qu'une huitaine de jours, son mari se disait capable d'acquitter ce petit compte; mais depuis (...) ce médecin a jugé de prolonger le séjour de la malade de quelques semaines à l'hôpital; maintenant Monsieur (...) se dit incapable d'acquitter ce compte.²³⁰

²²⁹ Le nombre d'hospitalisés par mille trifluviens passa d'environ 50 à 60 entre 1921 et 1931, puis à 82.5 en 1941.

²³⁰ ANQQCHSJ, lettre du 21-9-1935 de la supérieure à Arthur Lessard.

En cas d'hospitalisation prolongée, plusieurs devaient donc passer sous le régime de l'Assistance publique. Ce fut le cas de la patiente mentionnée dans la citation.

La brusque hausse de la proportion de patients non payants au début des années 1930 allait provoquer une rupture dans la progression du nombre de patients admis. Celle-ci survint en 1933-1934 lorsque les médecins de l'établissement décidèrent de réduire le flot grandissant des admissions d'indigents. Les médecins, sollicités par une demande en soins charitables qui croissait rapidement alors que diminuait la quantité de patients payants, faisaient ainsi pression sur les pouvoirs publics et les autorités de l'hôpital. Cette question sera examinée en détail un peu plus loin. Relevons seulement pour l'instant que les premières années de la crise économique ont vu une hausse rapide de la fréquentation de l'hôpital Saint-Joseph reposant sur une augmentation du nombre de patients de l'Assistance publique, ce qui introduisit dans le système des soins curatifs aux indigents des tensions telles qu'elles entraînèrent une baisse subite de la fréquentation. Celle-ci ne rejoindrait le niveau de 1933 qu'en 1939, avant d'augmenter durant la guerre à un rythme jusqu'alors sans précédent.

L'hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan, ouvert en 1931, connut également de sérieuses difficultés quant aux admissions pendant la crise. Chacun des 75 lits que comptait l'établissement demeura vide en moyenne un jour sur deux durant les années pour lesquelles nous connaissons le nombre de jours d'hospitalisation, soit 1934, 1936, 1937 et 1938. Les années de guerre allaient voir par contre le taux d'occupation de l'hôpital atteindre des niveaux records. Comment expliquer la faible fréquentation des années 1930? Il semble bien que dans un contexte où le nombre de lits disponibles dépassait la quantité de malades que les médecins réfèrent aux hôpitaux locaux, la

concurrence de l'hôpital des compagnies fut vive pour les cas payants, c'est-à-dire les plus rentables. C'est du moins ce qui ressort à la lecture des Chroniques de la communauté gérante de l'établissement. Ainsi, commentant une visite du directeur de l'hôpital concurrent en 1938, la responsable écrivit:

[Il] vient s'enquérir de nos prix et les gouverneurs de l'Hôpital l'ont chargé de venir voir si l'on pourrait s'entendre et avoir des prix uniformes. Ma Soeur Supérieure ne se gêne pas pour leur dire que ce sont eux qui ont toujours coupé les prix afin d'empêcher les gens de venir ici.²³¹

Les difficultés de l'Hôpital Sainte-Thérèse persistèrent malgré l'appui inconditionnel des membres du clergé catholique, celui d'un curé de paroisse à Shawinigan notamment, qui indiqua en 1943 s'être fait un devoir depuis dix ans d'envoyer ses «gens le plus possible à l'Hôpital Ste-Thérèse en les détournant du «Joyce»»²³². Quant au corps médical shawiniganais, ses membres rattachés à un hôpital desservaient l'un ou l'autre établissement. Le fait qu'un médecin rattaché à l'hôpital des compagnies opérât une patiente à Sainte-Thérèse en 1939 apparut d'ailleurs comme un événement exceptionnel (un médecin du Joyce Memorial avait été appelé pour une pensionnaire des religieuses Ursulines, lesquelles tinrent à ce que celle-ci aille à l'Hôpital Sainte-Thérèse)²³³. À en croire la religieuse responsable des chroniques de la communauté en 1938, les médecins de Sainte-Thérèse ne recevaient pas bon accueil au Joyce Memorial: «le docteur McDonald [directeur du Joyce Memorial] a toujours été très opposé à nos

²³¹ ASGCO, Chroniques des Soeurs grises de la croix, novembre 1938, p. 72.

²³² ASGCO, chemise 4B1, lettre du 19-2-1943 du curé C. Tremblay à la supérieure de l'établissement *et al.*

²³³ ASGCO, Chroniques, 25-3-1939, p. 78.

médecins»²³⁴. En fait, d'après l'un de ceux-ci en 1943, ils avaient «à lutter contre la malheureuse concurrence faite par les dirigeants de l'hôpital Joyce Memorial»²³⁵.

La concurrence de l'hôpital des compagnies posait d'autant plus problème qu'elle s'attaquait à une clientèle devenue rare durant la crise, la clientèle payante. Les rapports annuels de l'Hôpital Sainte-Thérèse montrent que de 1932 à 1936, la proportion de malades hospitalisés annuellement sous le régime de l'Assistance publique avoisina et même dépassa généralement 50 %, à quoi s'ajoutaient de 4 à 6 % de malades reçus gratuitement sans compensation des gouvernements. En 1938, année où la fréquentation fut particulièrement faible, la responsable des chroniques des religieuses déplora à plusieurs reprises la rareté des clients payants (à certains moments, aucun pour une vingtaine de patients de l'Assistance). L'on peut se demander si la présence en grands nombres d'indigents dans les hôpitaux reconnus d'Assistance publique n'en éloignait pas une partie de la clientèle plus fortunée. Ceci aiderait à expliquer que le bureau médical de l'Hôpital Sainte-Thérèse s'attachât à démontrer à la population en 1934 «la fausseté de l'opinion répandue en certains milieux qu'il n'y a à Ste-Thérèse que des cas d'indigents»²³⁶. La capacité d'un hôpital d'attirer les malades payants —c'est-à-dire ceux vraiment en mesure de choisir l'établissement— constituait sans doute une mesure de l'appréciation de la population quant à la qualité des services. A ce jeu, il semble que les établissements non adhérents au programme de l'Assistance publique partaient gagnants. Ajoutons que la faible fréquentation de l'Hôpital Sainte-

²³⁴ ASGCO, Chroniques, novembre 1938, p. 72.

²³⁵ ASGCO, chemise 4C1, folio 1925-, lettre confidentielle du 24-2-1943 d'un médecin à la supérieure.

²³⁶ Coupure de journal non identifié, 1935, qui peut être consultée aux ASGCO.

Thérèse est peut-être également attribuable aux réticences des médecins devant la croissance des admissions d'indigents, comme ce fut le cas à Trois-Rivières.

L'hôpital Cooke ne connut pas les difficultés des hôpitaux Sainte-Thérèse et Saint-Joseph, tout au contraire. Il est vrai qu'il constituait un cas à part et qu'il ne souffrait d'aucune concurrence. Son ouverture en 1930 ajouta 150 lits à la capacité d'accueil régionale du réseau hospitalier²³⁷. Ils étaient réservés à une clientèle particulière antérieurement non desservie²³⁸, les tuberculeux dont l'état requérait l'isolement. Contrairement aux autres établissements, les lits y étaient occupés en permanence: la moyenne annuelle de présences par jour se tint entre 160 et 167 de 1933 à 1939. La rotation de la clientèle s'y effectuait lentement. En effet, la cure antituberculeuse requérait une hospitalisation prolongée, aboutissant à la mort dans bien des cas. Dû à cet étalement de la cure sur de longues périodes (la durée moyenne du séjour varia de 132 à 158 jours entre 1933 et 1939), bien peu d'hospitalisés étaient en mesure d'en payer les coûts. Aussi, la quasi-totalité de ceux-ci entraient-ils dans l'établissement sous le régime de l'Assistance publique. L'on sait ainsi qu'au début de 1932, 98,7 % des patients présents étaient considérés indigents, et qu'en 1941, 99,8 % des jours d'hospitalisation étaient payés par l'Assistance publique. Non seulement la construction de l'Hôpital Cooke avait-elle été rendue possible par l'attribution d'octrois substantiels du SAP, mais encore le financement de ses opérations dépendait presque entièrement du fonds de l'Assistance. Il reçut ainsi, annuités et frais d'hospitalisation

²³⁷ En fait, l'hôpital allait comporter plus de 160 lits, plusieurs ayant été ajoutés les années suivant l'ouverture pour répondre à une demande trop forte.

²³⁸ Certains patients avaient tout de même été envoyés à l'Hôpital Laval à Québec à partir de 1925 environ.

confondus, entre 100 000 et 110 000 \$ par année du SAP entre 1932 et 1938²³⁹. Cette dépense du gouvernement provincial permettait d'ajouter à la desserte de soins médico-hospitaliers régionaux de 57 000 à 60 000 journées par année d'hospitalisation.

La fréquentation des deux petits hôpitaux trifluvien et shawiniganais durant l'entre-deux-guerres demeure difficile à déterminer. Des indices laissent croire toutefois qu'elle crût assez rapidement. En 1930, les grandes entreprises de Shawinigan agrandirent leur hôpital²⁴⁰. L'Hôpital Normand & Cross également fut agrandi. En 1928, il accueillit 431 patients si l'on en croit un article de journal, environ quatre fois moins que l'Hôpital Saint-Joseph²⁴¹. Il semble que les succès de l'hôpital Normand & Cross n'étaient plus liés comme auparavant à la clientèle des sociétaires d'usines, puisque l'Hôpital Saint-Joseph avait conclu à ce sujet une entente avec trois grandes entreprises²⁴². Comme les deux petits hôpitaux trifluvien et shawiniganais ne participaient pas au programme de l'Assistance publique, leur clientèle était sans doute surtout payante. C'est ce que laisse clairement entendre le bureau médical de l'Hôpital Saint-Joseph en 1930, en indiquant que les cas de charité y étaient acceptés, mais «refusés ailleurs»²⁴³. La croissance de ces établissements était par conséquent liée à une augmentation de la demande en soins médico-hospitaliers payants.

²³⁹ Les informations concernant la clientèle et les finances de l'Hôpital Cooke ont été recueillies principalement dans les PVCAHC, les RAHC et les RASAP.

²⁴⁰ SDQ, 22 Geo. V, chap. 134, Loi modifiant la charte de *The Shawinigan Falls' General Hospital*, sanctionnée le 17-12-1931; PVCVSH 2-4-1930.

²⁴¹ *Le Nouvelliste*, 6-2-1929, p. 3.

²⁴² CSP, 1924-1925, p. 197.

²⁴³ CPTR 28-4-1930, lettre du 22-4-1930 du bureau médical de l'Hôpital Saint-Joseph.

Globalement, le taux d'occupation des hôpitaux trifluviens et shawiniganais augmenta durant les années 1920 et 1930, et ce malgré les difficultés des deux grands hôpitaux généraux à remplir leurs lits. Le déséquilibre du système médico-hospitalier occasionné par la crise des années trente, l'expansion soudaine de la capacité d'accueil régionale au début des années 1930 (construction de l'Hôpital Cooke et de l'Hôpital Sainte-Thérèse et agrandissement du Joyce Memorial), aident à expliquer un certain délai avant que la fréquentation n'approche cette capacité. Les populations des deux villes prenaient-elles plus souvent qu'au début du siècle le chemin de l'hôpital? Répondre à cette question paraît difficile. Il faudrait pour cela connaître le nombre de patients hospitalisés et externes (chaque hôpital avait son ou ses dispensaires). Il faudrait de plus déterminer sur la base de quelles populations établir les taux. Un calcul sur une base régionale pose problème, dans la mesure où il existait également un hôpital de compagnie à Grand-Mère et un hôpital général à La Tuque, et sur une base locale parce qu'il faudrait connaître la répartition des patients par municipalités de la région, sans compter qu'une proportion inconnue de patients pouvaient être soignés hors de la région (l'Hôpital Cooke reçut quant à lui des patients de la région de Montréal à partir de 1933). Quoi qu'il en soit, il y avait à la fin de 1931, par habitant de la région de la Mauricie, environ trois fois plus de lits destinés aux malades dans les hôpitaux généraux de la région (incluant ceux de Grand-Mère et de La Tuque) qu'en 1911.

Le réseau hospitalier régional, tout en s'étoffant, se différençia durant l'entre-deux guerres. Les pouvoirs publics soutinrent principalement les grandes unités hospitalières abritant des indigents et contribuèrent à y canaliser la clientèle qui n'était pas en mesure de payer l'hospitalisation, avec comme corollaire la diminution de cette

clientèle dans les petits hôpitaux. Se développait donc un réseau hospitalier comportant deux grandes branches: d'une part une branche d'établissements dirigés par des religieuses et appartenant soit à des religieuses, soit à des organismes privés ou publics, desservant la majorité des indigents et soutenus dans leur croissance par le SAP principalement; d'autre part une branche laïque où dominait vraisemblablement la clientèle payante et où l'aide de l'État était quasiment nulle.

7.2 L'aide sociale hors institution durant la crise

En principe, la Loi de l'Assistance publique ne concernait que l'aide en institution, l'aide dite «hors murs» demeurant entièrement à la charge de la charité privée. Or, la crise des années 1930 allait décupler les besoins en assistance hors murs, obligeant l'État à mettre en place des programmes temporaires. Ces programmes ne visaient pas spécifiquement la santé publique. Mais ils corrigeaient l'effondrement du niveau de vie en assurant la disponibilité d'un minimum vital, et avaient par conséquent des effets sur l'état sanitaire de la population. Ils peuvent donc être considérés comme un pivot du dispositif global de la santé publique au Québec. Aussi dégagerons-nous brièvement les grandes lignes de l'aide de l'État aux familles des chômeurs durant la grande crise à Trois-Rivières et à Shawinigan. De même, nous présenterons succinctement l'activité de quelques organismes privés des deux villes ayant joué un rôle de premier plan dans l'aide aux démunis durant la crise.

7.2.1 *Des mesures plus vigoureuses de la part des gouvernements*

La crise des années 1930 brisa le bel optimisme qui avait régné au sein des groupes dirigeants durant les «années folles», paupérisa des pans entiers de la population et attisa les tensions sociales, si bien que les gouvernements fédéral, provincial et municipaux durent innover en matière d'aide sociale. Comme durant la récession de l'après-guerre (adoption de la Loi de l'Assistance publique en 1921), la conjoncture s'avérait propice à une intensification de l'intervention publique. Les deux principaux programmes, dits des travaux publics et des secours directs, furent mis en place à l'instigation du gouvernement fédéral avec la collaboration du gouvernement provincial et des municipalités.

Assez paradoxalement, la crise entraîna un rajeunissement et une extension des équipements urbains dans les deux villes. En effet, plusieurs travaux importants furent effectués dans le cadre du programme de travaux publics visant à fournir de l'emploi aux chômeurs, dont les gouvernements fédéral (initiateur de ce programme de subventions conditionnelles auquel les provinces pouvaient adhérer), provincial et municipaux assuraient chacun une partie du financement. A Shawinigan, un grand parc avec piscine fut aménagé dans le quartier ouvrier Saint-Marc (village Saint-Onge), un viaduc et un auditorium municipal construits, cependant que divers travaux touchaient le système d'aqueduc et d'égouts, un pont et les axes routiers environnants, le marché public, etc. Trois-Rivières entreprit des travaux d'aqueduc et d'égouts, de pavage, de reconstruction de quais, fit aussi construire une piscine publique et tenta d'obtenir des sommes pour l'édification d'un aqueduc puisant son eau dans un lac éloigné (sans succès, le SPH n'ayant pas soutenu le projet). Bon nombre de

Trifluviens et de Shawiniganais trouvèrent pour quelque temps un gagne-pain dans les travaux publics subventionnés par les gouvernements.

Les travaux «remédiateurs» s'avérèrent toutefois nettement insuffisants et le programme des secours directs devint rapidement dans les deux villes le principal canal d'aide aux chômeurs. Le financement provenait aussi des gouvernements fédéral, provincial et municipaux. Les secours directs furent généralement distribués à Shawinigan par la municipalité. A Trois-Rivières, ce rôle revint à la Société Saint-Vincent-de-Paul (SSVP), puis à la municipalité. Les secours directs couvraient au départ des dépenses alimentaires, vestimentaires et en combustible pour le chauffage, puis de loyer (compris dans le programme fédéral dès 1931 mais accepté par le gouvernement provincial en 1933 seulement), de gaz et d'électricité. Or, l'argent distribué, comme c'était le cas pour l'Assistance publique, ne transitait pas dans les poches des démunis: il était donné sous forme de bons échangeables contre les produits désirés. Le chômeur recevait par exemple des bons pour l'alimentation qu'il devait donner au commerçant en échange d'une valeur indiquée de produits. Ce dernier réclamait ensuite remboursement de cette valeur à la municipalité. Pareil mode de distribution fut contesté par les chômeurs qui accusaient les commerçants de leur faire payer des prix exagérés²⁴⁴.

Les travaux publics et les secours directs ont assuré qu'une portion importante de la population des deux villes dispose d'un minimum vital. Pour appréhender l'ampleur

²⁴⁴ Différents documents dans PCTR et CPTR pour les années concernées.

des besoins, mentionnons qu'en 1934 le quart de la population shawiniganaise bénéficiait des secours directs, et plus du cinquième à Trois-Rivières. A ces mesures de grande envergure s'ajouta, pour l'alimentation, un programme de jardins-ouvriers, implanté à Shawinigan en 1933 et à Trois-Rivières en 1934²⁴⁵. Les chômeurs ne possédant pas d'espace cultivable pouvaient obtenir l'usage d'un lopin de terre et des semences. Toutes ces mesures mises en place par les pouvoirs publics ne suffisaient toutefois pas à combler les besoins en aide sociale.

7.2.2 La part des organismes privés de charité

Le domaine de l'aide sociale hors institution avait été traditionnellement laissé au réseau d'organismes charitables privés. Bien que l'État s'y soit permis d'intervenir directement durant la crise, ces organismes haussèrent leur niveau d'activité, tant étaient pressants les besoins de toutes sortes. Nous ne ferons pas ici un examen systématique des différents regroupements privés à vocation charitable. Tout au plus mentionnerons-nous les principaux, ceux dont l'activité nous paraît avoir atteint une ampleur suffisante pour influencer sur le bilan sanitaire des collectivités trifluvienne et shawiniganaise. Ce sont: à Trois-Rivières, la communauté des soeurs de la Providence propriétaires de l'Hôpital Saint-Joseph de même que la Saint-Vincent-de-Paul; à Shawinigan, cette dernière association.

²⁴⁵ PVCVSH 29-4-1933, 17-4-1935 et 9-4-1936; PVCVTR 5-6-1934; 15-10-1934; 27-5-1935; 8-3-1937; 7-3-1938; 3-4-1939; différents documents dans les CPTR.

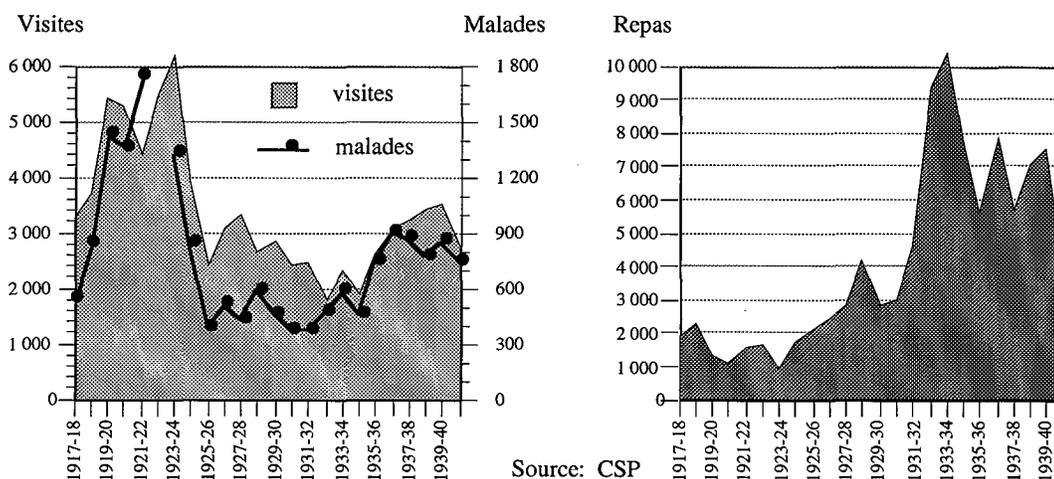
Les Soeurs de la Providence, et plus particulièrement les soeurs «visitatrices», furent dans un tout premier temps responsables de la distribution des secours aux chômeurs à Trois-Rivières, secours alimentés aussi bien par les coffres publics que par des sources privées. Les premières distributions reposèrent donc entièrement sur une structure d'aide déjà en place avant la crise: les soeurs se chargeaient de répartir les dons dans la population pauvre, notamment ceux canalisés par la société Saint-Vincent-de-Paul. Mais la distribution des secours durant la crise prit rapidement une telle ampleur que les soeurs durent se désister en 1931²⁴⁶. Les enquêtes sur la situation des requérants, l'administration du système de coupons instauré par le gouvernement provincial, la diversité des besoins exprimés, tout cela allait requérir une organisation dépassant les ressources de la communauté religieuse. Au demeurant, se seraient-elles volontiers pliées aux exigences du programme gouvernemental, et notamment au contrôle de leurs activités par des instances publiques locales et provinciales? Il est permis d'en douter, et ce d'autant plus que l'organisme ayant pris la relève, la Saint-Vincent-de-Paul, se montra lui-même quelque peu chatouilleux quant à son indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics et à sa liberté de distribuer les secours à qui lui semblait bon. Tant et si bien qu'en 1933, il décida aussi d'abandonner la distribution des secours directs, après des démêlés assez vifs avec les élus municipaux:

Les Conférences St-Vincent de Paul ne consentiront jamais à être les simples commissionnaires du Conseil de ville, à se constituer des porteurs de bons et rien de plus. Si on conteste à la Société St-Vincent de Paul ses pouvoirs discrétionnaires,

²⁴⁶ CPTR 3-11-1931, lettre du 5-10-1931 de P.-J.-O. Boucher au Conseil de ville.

dans l'administration des secours, si on refuse de lui accorder ses coudées franches, il n'y a plus alors d'entente possible.²⁴⁷

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



Après leur retrait de la distribution des secours directs, les religieuses et plus tard la SSVP maintinrent actives leurs oeuvres charitables hors institution. Le nombre des visites de malades à domicile et de malades visités s'était abaissé dans les années suivant l'adhésion de l'hôpital au programme de l'Assistance publique en 1923 (figure 7-5). Mais de 1936 à la fin de la crise, elles furent haussées temporairement, ce que nous attribuons à une décision des médecins en 1935 de freiner les admissions à l'hôpital sous le régime de l'Assistance publique. Un autre service qui atteignit des sommets inégalés fut celui de la fourniture de repas aux pauvres, culminant à 10 342

²⁴⁷ Ces quelques mots concluaient un refus de reprendre l'administration des secours directs à Trois-Rivières en 1933. CPTR 28-7-1933, lettre du 22-7-1933 de G.-R. Bouchard, haut-gradé de la SSVP, au greffier de la municipalité.

repas en 1933-1934, comme le montre la figure 7-5 (mentionnons toutefois que le ratio repas/population avait été plus élevé au début du siècle). Manifestement, les travaux publics, les secours directs et les jardins ouvriers ne suffisaient pas à nourrir la population des sans-travail.

La SSVP également continua ses activités charitables, sur l'envergure desquelles nous ne disposons toutefois pas d'information précise. Il en va de même pour la branche shawiniganaise de l'association, fondée en 1921 en période de récession. Durant les années 1920, elle obtint une aide sporadique de la municipalité, qui d'ailleurs avait antérieurement créé un petit fonds de secours pour les pauvres, auquel les curés de Shawinigan recouraient parfois²⁴⁸. Elle bénéficia également de dons de la Shawinigan Welfare Association, regroupant les gérants des grandes entreprises²⁴⁹. Le début de la crise vit la SSVP multiplier les demandes de subventions à la municipalité pour payer des dépenses en hausse²⁵⁰. La prise en charge des secours directs par la municipalité en 1931 n'interrompit pas l'activité des conférences SSVP puisqu'en 1936, elles appelèrent à l'aide le Conseil de ville, leurs fonds étant épuisés²⁵¹. Pendant au moins neuf mois en 1937-1938, elles distribuèrent des sommes considérables (\$46 413) fournies par la municipalité, vraisemblablement des secours directs.²⁵²

248 PVCVSH, 28-9-1921; 14-12-1921; 15-9-1926 notamment.

249 «Dans plusieurs occasions elle [SWA] a aidé généreusement à différentes oeuvres de charité et spécialement à notre société de St Vincent de Paul», PVCVSH 16-10-1929.

250 PVCVSH 21-11-1929, 5-2-1930, 7-5-1930, 4-6-1930, 21-1-1931.

251 PVCVSH 19-2-1936.

252 PVCVSH 6-4-1938.

Les principaux organismes privés de charité trifluviens et shawiniganais maintinrent donc un haut niveau d'activité durant la crise. A certains moments en particulier, ils furent chargés par les municipalités d'administrer le programme des secours directs, ce qui montre à quel point, dans l'esprit de nombreux dirigeants locaux, l'aide sociale devait relever du secteur privé. L'intervention de l'État ne leur paraissait qu'un incident de parcours dû à des circonstances exceptionnelles. Cependant, bien plus que pour le programme d'Assistance publique, les directives émanant des pouvoirs publics menaçaient l'autonomie des organismes charitables. Vu l'ampleur de l'aide et la diversité des organismes publics concernés (trois paliers de gouvernement), en raison de la détérioration rapide des finances publiques aussi, la nécessité de contrôles quant au mode de distribution des secours devint rapidement évidente. Il s'agissait de faire respecter tout un ensemble de critères définis par les gouvernements pour l'ensemble des municipalités recevant de l'aide. Ceci rendait épineuse la question de la collaboration des organismes privés.

7.3 Des médecins revendicateurs

Les médecins participèrent aussi à la dispensation de l'aide sociale durant la crise et, à l'instar des organismes privés de charité, eurent maille à partir avec les pouvoirs publics. La Loi de l'Assistance publique et les secours aux chômeurs effectuaient une répartition de revenus de l'État selon des modalités entraînant des retombées favorables à divers groupes. Les plus démunis certes, mais aussi les commerçants et producteurs de denrées alimentaires et d'articles vestimentaires, les propriétaires de logements, les institutions d'Assistance publique, voyaient aboutir dans leurs coffres partie des largesses de l'État. Les médecins de Trois-Rivières et de Shawinigan, eux, n'en

recevaient goutte: leurs soins aux indigents étaient gratuits. Leurs revenus s'amenuisant, ils en vinrent à réclamer une part des retombées des programmes d'aide et, comme à d'autres endroits au Canada²⁵³, firent la grève de l'aide aux indigents. Voyons comment le contexte de crise exacerba les tensions dans le domaine socio-sanitaire, au point de provoquer des conflits ouverts entre les médecins et les autorités publiques et hospitalières.

Déjà durant les années 1920, les rapports entre les religieuses et les médecins de l'hôpital Saint-Joseph s'étaient détériorés. Les médecins voulaient un nouvel hôpital, qu'ils n'obtiendraient qu'après la crise. Ils virent probablement d'un mauvais oeil l'initiative des soeurs qui, en 1923, avaient transformé en agrandissement le projet de l'évêque et perdu de ce fait l'octroi du gouvernement provincial. En 1925, la soeur chroniqueuse déplora l'attitude plus revendicatrice des médecins: «Le comité médical, jusqu'ici en bonne intelligence, ne s'entend plus et fait valoir certains griefs...Est-ce l'ambition des uns, la jalousie des autres? Quel malaise pour l'administration de l'hôpital!»²⁵⁴ Lorsqu'en 1929, le bureau médical demanda aux autorités religieuses de «fermer» l'hôpital, c'est-à-dire de refuser aux médecins non membres du bureau de traiter des malades admis à l'hôpital, il n'obtint pas gain de cause²⁵⁵. Peut-être voyait-il d'un mauvais oeil également l'ingérence des soeurs dans le domaine strictement

²⁵³ Voir article de C. David Naylor, «Canada's First Doctors' Strike: Medical Relief in Winnipeg, 1932-4», dans *The Depression in Canada. Responses to Economic Crisis*, Toronto, Copp Clark Pitman, 1988, 102-130.

²⁵⁴ CSP, 1925, p. 185.

²⁵⁵ HSJBM 1929, p. 193 et 195.

médical des ordonnances, celles-ci ayant demandé que les médecins évitent les médicaments brevetés dans le cas des indigents, vu leur coût supérieur²⁵⁶.

L'aggravation des tensions entre les religieuses et les médecins dès le début des années 1920 est probablement liée au fait qu'elles perdirent le soutien de l'influent médecin et politicien L.-P. Normand. Le rachat de l'hôpital Bourgeois par celui-ci n'avait pas mis un terme à la concurrence du petit établissement, et ce d'autant moins qu'un incident survint en 1921 entre la direction de l'hôpital Saint-Joseph et le docteur Normand. Nommé ministre dans le cabinet conservateur Meighen à Ottawa, celui-ci demanda aux religieuses de se faire remplacer comme chirurgien durant ses absences par son associé, le docteur C.E. Cross: "un protestant qu'on di[sai]t être en plus franc-maçon"²⁵⁷, il n'en était pas question. Défait presque aussitôt lors d'élections à la suite desquelles certains reprochèrent aux soeurs de ne pas avoir appuyé leur bienfaiteur (il avait entre autres au cours des années fait divers dons en matériel médical), L.-P. Normand reprit son travail, mais délaissa de plus en plus l'hôpital Saint-Joseph pour pratiquer dans l'hôpital privé. L'année suivante, la responsable des chroniques fit ce constat: le "mouvement des malades, tant chez les femmes que chez les hommes s'est quelque peu

²⁵⁶ HSJBM 2-4-1929, p. 182. Dans une perspective plus large, on peut s'interroger sur l'opinion des médecins devant les efforts déployés par le clergé en vue d'imposer un code d'éthique médicale conforme à la morale chrétienne. Le Québec a vu se succéder les publications de membres du clergé à ce sujet. Voir: du prêtre Hervé Trudel, *Notions de morale médicale. Guide pratique à l'usage de l'infirmière, de l'étudiant en médecine, du praticien, du prêtre*, 1925, Trois-Rivières; Hervé Trudel, *Éléments de morale médicale à l'usage des gardes-malades, praticiens, étudiants en médecine et théologie*, 1932; R. P. Stanislas Larochelle, docteur Téléphore Fink, *Précis de morale médicale pour infirmières, médecins et prêtres*, Québec, Montréal et Ottawa, L'Action catholique, Beauchemin, L'Université d'Ottawa, 1940; abbé J.-Z. Dufort, *Application de l'éthique professionnelle*, Cartierville, Hôpital du Sacré-Coeur, 1944; abbé Edgar Godin, *Commentaire du code de morale pour les hôpitaux*, Montréal, Wilson et Lafleur, 1957; révérend Jules Paquin, *Morale et médecine*, Montréal, Comité des hôpitaux du Québec, 1960.

²⁵⁷ CSP 1921-1922, vol. 4, p.48-49. Sur cette affaire, voir aussi p. 58.

ralenti. Que de cas payants vont à l'hôpital Normand!"²⁵⁸ De cette période date également l'abandon de la supervision des réunions du comité médical de l'hôpital Saint-Joseph par l'évêque ou le curé de la cathédrale. Or, ce fut L.-P. Normand qui en 1925 fit annuler une série de résolutions que la supérieure de l'établissement était parvenue à faire adopter par le bureau médical et qui avaient pour effet d'assurer une meilleure prise de la communauté sur l'administration de l'hôpital: reprise de la coutume de tenir une assemblée annuelle du bureau médical présidée par l'évêque, nomination du curé de la cathédrale au comité d'administration, attribution d'un pouvoir exécutif à ce comité ainsi que d'un veto de la supérieure sur toutes décisions qu'il prendrait²⁵⁹.

La croissance rapide durant la crise du nombre d'indigents recourant aux services de l'hôpital, la diminution de la clientèle payante allaient motiver une crise dans les rapports déjà parfois tendus qu'entretenaient les autorités religieuses de l'hôpital Saint-Joseph et les médecins desservants. La légitimité des médecins quant à l'exercice d'un certain pouvoir dans l'administration de l'hôpital était fonction non seulement de leurs connaissances scientifiques, mais également de la gratuité des soins qu'ils dispensaient aux indigents. Or, si les revenus de l'hôpital provenant de l'Assistance publique augmentaient avec le nombre d'indigents, la valeur des soins offerts gratuitement par les médecins en faisait autant, donnant plus de poids à leurs demandes. Les religieuses, confrontées à une diminution des revenus, avaient quant à elles tout avantage à ce que la cohorte de ceux qui auraient été antérieurement en mesure de payer

²⁵⁸ CSP 1922-1923, vol. 4, p. 99.

²⁵⁹ HSJBM 1925, p. 122, 124, 126.

leur hospitalisation passent sous le régime de l'Assistance publique. La chronique des soeurs signala d'ailleurs en 1932-1933 que leur établissement subsistait «en grande partie par les revenus de l'Assistance publique»²⁶⁰. Mais pareille situation était contraire aux intérêts des médecins: la multiplication des cas d'Assistance publique alourdissait la tâche bénévole à laquelle ils étaient tenus, alors même que leur clientèle payante diminuait. Ils étaient, en somme, perdants sur tous les tableaux. Assez rapidement, ils protestèrent contre l'admission à leur avis trop libérale des indigents dans l'institution. Ils en vinrent à exiger et à obtenir en 1933 que seuls soient admis aux dispensaires de l'hôpital les indigents relevant directement de la société Saint-Vincent-de-Paul, afin d'exclure ceux bénéficiant des secours directs pour lesquels on considérait que les pouvoirs publics devraient payer les soins médicaux. Une exception fut cependant accordée aux malades référés par les soeurs «visitatrices», bien que les médecins aient reproché à ces dernières d'avoir «le coeur trop large»²⁶¹. Cette exception fut annulée en février 1935, alors que le mécontentement avait atteint un point critique dans le groupe de médecins, qui se sentaient lésés:

Cette résolution a pour but de venir en aide à la profession médicale, et de faire cesser l'exploitation dont elle est la victime. Nous voulons faire la charité, oui, mais nous nous objectons à ce qu'on nous impose de la faire, à notre détriment.²⁶²

Dans pareil contexte, les médecins de l'hôpital se sentirent en droit de hausser le ton envers les soeurs, du moins si l'on en croit les procès-verbaux des réunions du bureau

²⁶⁰ CSP 1932-1933, p. 68.

²⁶¹ HSJBM 1933 p. 26-27; 1933 autre volume p. 350; 1932, p. 341.

²⁶² HSJBM 1935, p. 80.

médical, où il fut question en 1937 d'un avertissement servi aux «autorités religieuses de voir à se conformer aux demandes du comité médical» concernant la construction d'un nouvel hôpital, et en 1939 d'exiger «la coopération des religieuses de l'institution»²⁶³. La même année toutefois vit un assainissement des rapports entre médecins et religieuses de l'établissement, alors qu'étaient dessinés les plans d'un nouvel hôpital et que s'estompaient les effets de la crise²⁶⁴.

La révolte des médecins en 1935 débordait largement le cadre de l'hôpital Saint-Joseph: par une résolution du mois de juillet, d'ailleurs approuvée en septembre par le bureau médical de l'hôpital²⁶⁵, les membres de la société médicale du district des Trois-Rivières décidèrent de refuser de traiter, que ce soit à l'hôpital ou au cabinet privé, les malades relevant des secours directs ou de l'Assistance publique, à moins qu'ils ne jugent que ces personnes nécessitent des soins d'urgence. La résolution dénonçait les «conditions injustes»²⁶⁶ imposées par les corps publics aux médecins en vertu des lois relatives à l'Assistance publique et aux secours directs. Un article de journal paru en 1932 montre que tel était leur sentiment depuis quelques années déjà:

...avec la loi de l'Assistance Publique et le secours direct dans les circonstances actuelles, quelle est la classe de gens qui donne DIRECTEMENT le plus aux pauvres et aux indigents? L'épicier donne sa marchandise? Oui, mais contre remboursement par le secours direct. Il en est de même pour le boucher, pour le marchand et pour tous les autres fournisseurs, chacun pour ce qu'il donne est payé... et le prix du marché. Qu'est-ce que la loi de l'Assistance Publique donne aux

²⁶³ HSJBM 1937, p. 99 et 1939, p. 108.

²⁶⁴ HSJBM 1939, p. 113.

²⁶⁵ HSJBM 1935, p. 81.

²⁶⁶ CPTR 12-8-1935, résolution du 24-7-1935 de la Société médicale du district des Trois-Rivières.

médecins qui traitent les malades qui entrent dans les hôpitaux sous le couvert de cette loi? Qu'est-ce que les hôpitaux donnent aux médecins qui traitent les malades des dispensaires (...)? A ces deux questions, la réponse est la même: RIEN.²⁶⁷

Dans le même article, le président du bureau médical de l'hôpital estima à 60 ou 70 % la proportion de malades soignés par les médecins trifluviens sans recevoir le moindre sou²⁶⁸. La résolution de 1935 de la société médicale, aboutissement d'années de mécontentement donc, fut expédiée aux Conseils de ville de Trois-Rivières et de Shawinigan. Une visite des médecins au premier ministre et à son cabinet fut prévue, sur laquelle les autorités de l'hôpital Saint-Joseph refusèrent de se prononcer²⁶⁹. La municipalité de Shawinigan demanda au ministère des Travaux publics qu'il pourvoie à même les fonds des secours directs au paiement des médicaments et des soins donnés aux nécessiteux. Il lui fut répondu que l'entente intervenue entre les gouvernements fédéral et provincial ne couvrait pas de telles dépenses²⁷⁰. Quant aux médecins trifluviens, ils avisèrent le Conseil de ville qu'ils refusaient de dispenser des soins à toute personne recevant des secours directs, résolution qu'adoptèrent également les membres de l'Association des dentistes du district de Trois-Rivières²⁷¹. Après quelques tergiversations dues aux réticences du contrôleur des finances nommé par le gouvernement provincial et ayant droit de veto sur toute dépense de la municipalité²⁷²,

²⁶⁷ Le Nouvelliste, 29-10-1932, p. 3.

²⁶⁸ A Hamilton en Ontario, d'après une enquête, la part de soins non rémunérés était passée de 22,5 % à 50 %. Voir article de C. David Naylor, *loc. cit.*, p.104.

²⁶⁹ HSJBM, 1935, p. 84.

²⁷⁰ PVCVSH 21-8-1935 et 4-9-1935.

²⁷¹ PVCVTR, 28-10-1935 et 18-11-1935; PCTR 12-11-1935, lettre du 7-11-1935 de l'Association des dentistes du district des Trois-Rivières.

²⁷² Le contrôleur s'était déjà opposé en 1933 à ce que la municipalité paie les médicaments des chômeurs nécessiteux dans les cas où la société Saint-Vincent-de-Paul, qui avait effectué des déboursés à cette fin, ne le ferait pas. CPTR 5-6-1933 et 3-7-1933, différents documents.

les médecins obtinrent l'arrangement suivant pour les cas de secours directs: à partir de juin 1936, il leur serait payé 0,50 \$ par mois par famille recevant des secours directs depuis au moins 2 semaines à la fin du mois, à être distribués parmi les médecins. Ce système, comportant le paiement des médicaments par la municipalité, fonctionna avec quelques modifications (émission par le médecin de santé d'un permis de consulter un médecin notamment) jusque vers le début de 1938²⁷³. Il permit à nombre de Trifluviens d'obtenir des soins auxquels ils n'auraient pas eu accès, et ainsi d'amenuiser les effets de la crise sur l'état sanitaire de la population. En février 1937 par exemple, 901 \$ en prescriptions furent dépensés, de même que 663 \$ qui couvraient 880 consultations et 220 visites à domicile²⁷⁴. Soulignons pour terminer que si Shawinigan n'adopta pas de mode de paiement des frais médicaux aux bénéficiaires des secours directs, nombre de grandes villes au Canada le firent, Ottawa (l'Ontario avait un programme provincial de subventions conditionnelles aux municipalités) ou Montréal par exemple, ou engagèrent des médecins pour les soins aux familles de chômeurs comme à Québec²⁷⁵.

* * * * *

Le mouvement de contestation des médecins visait une participation aux retombées des divers programmes d'aide gouvernementaux dans le domaine socio-sanitaire. Leurs

²⁷³ PVCVTR 27-8-1934, 19-8-1935, 28-10-1935, 18-11-1935, 11-5-1936, 26-5-1936, 22-6-1936, 7-12-1936, 29-1-1937, 22-3-1937, 25-5-1937, 4-1-1938 et documents afférents dans PCTR et CPTR.

²⁷⁴ CPTR 19-3-1937, rapport du 15-3-1937 du trésorier de la cité au Conseil de ville.

²⁷⁵ Voir article de C. David Naylor, *loc. cit.*, p105. CPTR 27-12-1937, lettre du 23-10-1937 du secrétaire du Bureau d'hygiène de Québec au greffier de la ville de Trois-Rivières et lettres des 25-10-1937 et 27-10-1937 du département du chômage de la cité de Montréal au greffier de la cité de Trois-Rivières.

revendications étaient, certes, temporaires et dues à la crise. Mais nous estimons qu'elles résultaient de l'exacerbation de tensions qui, elles, étaient présentes auparavant, quoique relativement peu aigües: bien des médecins étaient inquiets devant les nouvelles orientations des politiques sanitaires et sociales adoptées par les gouvernements durant les années 1920. Dans le contexte particulier de la crise, les médecins exprimaient de façon soudainement unanime et vigoureuse des réticences jusqu'alors plus ou moins voilées devant les interventions de l'État, concernant notamment les modalités d'application des grands programmes de médecine préventive et de la Loi de l'Assistance publique. Des patients qui auraient été en mesure de payer leurs soins bénéficiaient-ils indûment de l'aide de l'État, se demandaient certains? Dans la conjoncture de crise, l'obligation pour les médecins de soigner gratuitement les patients sans ressources, jusqu'alors bien acceptée, devenait source de revendications.

Avant la crise, les programmes gouvernementaux avaient cependant comporté de multiples avantages pour la profession médicale: nous avons vu en particulier que la Loi de l'Assistance publique permettait d'étendre et de moderniser le réseau d'hôpitaux, lieux privilégiés d'exercice de la médecine moderne. De plus, en soutenant la croissance de la fréquentation des services médico-hospitaliers par une couche de la population qui ne pouvait payer les coûts de l'hospitalisation, cette loi contribuait à généraliser le recours au médecin et à l'hôpital. Or, après la Première Guerre mondiale, la charité privée au Québec ne pouvait vraisemblablement assurer le développement d'un réseau d'hôpitaux qui soit accessible à une proportion importante de la population tout en répondant aux nouvelles normes médicales. L'aide de l'État aux indigents et aux institutions d'Assistance publique était donc aussi une aide au développement de la médecine hospitalière moderne.

Chapitre 8

Un état sanitaire affranchi de la conjoncture économique?

L'intensification et la diversification des interventions d'hygiène publique, l'extension du réseau hospitalier, la mise sur pied de programmes d'assistance sociale d'envergure influèrent sur l'état sanitaire de la population. Quels furent vraiment leurs effets? Les réformes portèrent-elles les fruits anticipés, promis puis revendiqués par les réformateurs? Une étude de l'évolution des indices de santé disponibles aidera à répondre en partie à ces questions. Nous entendons faire ressortir que l'intervention croissante de l'État principalement et d'organismes privés a exercé une influence notable sur la santé des Trifluviens et des Shawiniganais durant l'entre-deux-guerres. C'est du moins ainsi que nous interpréterons une relative indépendance des principaux indices de santé vis-à-vis des soubresauts de la conjoncture économique. Nous croyons en effet que le retentissement de la récession de l'après-guerre, et surtout de la grande crise sur l'état de santé des populations trifluvienne et shawiniganaise, fut amorti par un système socio-sanitaire profondément remanié.

Étudier l'état sanitaire des populations des deux villes aidera également à mieux mettre en perspective certaines affirmations et interprétations des réformateurs ou de leurs opposants. Dans les chapitres précédents, l'examen des réformes et des résistances rencontrées lors de leur mise en place a permis de dévoiler des phénomènes qu'une simple analyse des discours relatifs à la santé de la population aurait laissés dans l'ombre. Sur les réformes, mais sur ces discours aussi, les statistiques sanitaires

peuvent jeter un éclairage complémentaire. Pour ce qui concerne la mortalité infantile et la tuberculose, elles corroboreront la présentation dramatique que faisaient les réformateurs des maux qu'ils entendaient combattre. Mais, comme le montrera le cas de la mortalité à la crèche de Trois-Rivières, les déformations mêmes des données statistiques peuvent devenir révélatrices des conceptions et des pratiques sanitaires.

8.1 Amélioration de l'état de santé des populations

Esquissons d'abord les grands traits des mortalités trifluvienne et shawiniganaise de la fin de la Première Guerre mondiale au début de la seconde. Ils traduisent globalement une amélioration sensible de l'état sanitaire des deux populations. Toutefois, celle-ci paraît progresser bien différemment dans les deux municipalités durant les années 1930 en raison d'une brusque poussée de la mortalité infantile à Trois-Rivières. La mortalité générale dans un premier temps, puis la mortalité infantile seront examinées.

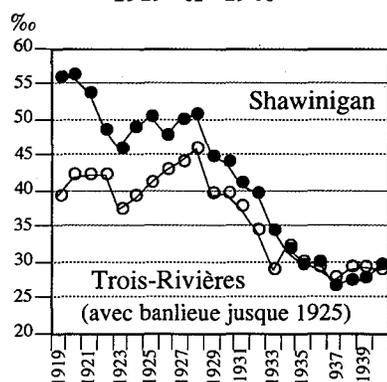
8.1.1 *L'évolution de la mortalité générale*

Avant de chercher à expliquer l'évolution de la mortalité générale dans les deux villes, quelques précisions méthodologiques s'imposent. La première concerne l'évaluation des populations à l'aide desquelles doivent être calculés les taux²⁷⁶. Nous ne connaissons la population des deux villes de façon assez précise que pour les années de recensements nationaux décennaux. Entre ces années, nous utilisons des populations

²⁷⁶ Les taux de mortalité sont calculés en mettant en rapport le nombre de décès survenus dans une population et cette population.

évaluées selon une progression annuelle uniforme. Or, un net ralentissement de la croissance démographique des deux villes a été signalé par les contemporains durant la crise, et il paraît vraisemblable que les hausses de population observées entre 1931 et 1941 soient survenues surtout durant les années 1938 et suivantes, alors que la reprise économique s'affirmait. Les chiffres de population utilisés sont par conséquent probablement un peu trop élevés au milieu de l'intervalle intercensitaire, et les taux calculés trop bas. La courbe des taux de mortalité ne s'en trouve heureusement que légèrement infléchie, et ce pour quelques années seulement. Mais ce problème vient amplifier une dérive, plus importante celle-là, due à un phénomène de dénatalité.

FIGURE 8-1
TAUX DE NATALITÉ À TROIS-RIVIÈRES ET À SHAWINIGAN DE 1919 À 1940



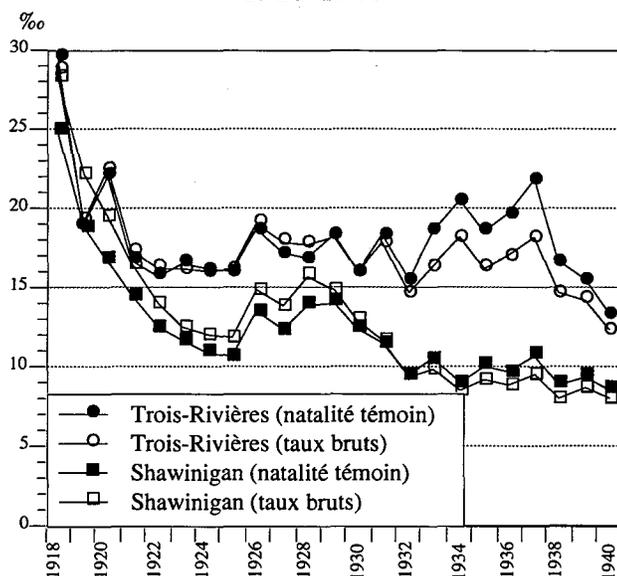
Sources: RACH 1918-1925, RBFS 1926-1940

La natalité à Trois-Rivières et à Shawinigan décroît abruptement durant la crise (figure 8-1). Cette décroissance est liée à une baisse de la nuptialité, à des conditions économiques peu propices à l'ajout d'une bouche à nourrir dans les familles, et, d'après certains contemporains, à l'usage de médicaments aux effets abortifs. Or, dans le contexte d'une mortalité infantile encore élevée, la dénatalité opère une pression à la baisse sur les taux de

mortalité générale, sans pour autant que cela traduise une amélioration de l'état sanitaire. Elle amoindrit en effet la proportion d'enfants de moins d'un an dans la population, et par conséquent la quantité de décès infantiles venus alourdir la mortalité générale. La figure 8-2 montre qu'il importe de tenir compte de la variation de la natalité des années 1930 dans le calcul des taux de mortalité, sous peine de parvenir à

des conclusions erronées sur l'évolution de l'état sanitaire. Les taux de mortalité générale y sont standardisés sur la base d'une natalité-témoin de 40 par mille habitants²⁷⁷. Idéalement, la standardisation des taux de mortalité aurait été plutôt effectuée sur la base d'une structure des âges témoin, mais nous ne disposons pas des données nécessaires, lesquelles auraient d'ailleurs permis de calculer également les taux de mortalité par groupes d'âges²⁷⁸. L'usage des taux de natalité aux fins de standardisation permet cependant de corriger le principal risque de variations dues à l'évolution de la structure des âges, à savoir celles liées au groupe des moins d'un an.

FIGURE 8-2
TAUX DE MORTALITÉ BRUTE ET STANDARDISÉE
SELON UNE NATALITÉ-TÉMOIN DE 40‰
HABITANTS, TROIS-RIVIÈRES ET SHAWINIGAN,
1918-1940



Sources: RACH 1918-1925, RBFS 1926-1940

Un dernier point doit être soulevé avant de procéder à l'analyse proprement dite de la mortalité: la rupture qui peut être observée en 1926 dans la progression des taux résulte non pas d'une détérioration de l'état sanitaire des populations ou d'une épidémie, mais bien d'un nouveau mode de cueillette des données démographiques

²⁷⁷ Le nombre de décès infantiles dont il est tenu compte dans le calcul des taux standardisés a été établi en appliquant les taux de mortalité infantile observés au nombre de naissances obtenu en appliquant le taux de natalité-témoin.

²⁷⁸ Sur les méthodes de standardisation des taux de mortalité, différents ouvrages, surtout de démographie ou d'épidémiologie, peuvent être consultés. Voir par exemple M. Jenicek et R. Cléroux, *Epidémiologie. Principes. Techniques. Applications*, Saint-Hyacinthe et Paris, Edisem et Maloine, 1982.

rehaussant le nombre de décès rapportés. Les données s'avèrent plus complètes, et les taux d'avant 1926 ne peuvent être comparés avec ceux d'après sans un ajustement structurel de valeur exacte difficile à évaluer²⁷⁹. Soulignons cependant que les mouvements dessinés par la mise en graphique des taux de mortalité sont valables avant 1926, de même qu'après, et que l'incertitude réside simplement dans le rapport exact entre ces deux grandes sections de courbes. Le passage d'un mode de cueillette à un autre n'interdit donc pas de repérer des tendances qui s'expriment aussi bien avant qu'après²⁸⁰.

La dépendance des mortalités générales trifluvienne et shawiniganaise (taux standardisés) vis-à-vis de la conjoncture économique paraît à certains moments assez faible durant l'entre-deux-guerres. Ainsi, les taux baissent rapidement durant la récession de l'après-guerre alors que les deux villes connaissent une hausse du chômage, et par conséquent une aggravation des problèmes de pauvreté. Puis, ils tendent à se stabiliser jusqu'à la fin des années 1920 (exception faite bien sûr de la rupture de 1926), d'abord à Trois-Rivières à partir de 1922-1923, puis à Shawinigan. Ceci alors même que s'affirme la reprise économique, et qu'à Trois-Rivières sont lancés avec vigueur des programmes de lutte contre les mortalités infantile et tuberculeuse. Ensuite, les taux shawiniganais s'abaissent de près de 5 points entre 1929 et 1932, alors que pourtant la crise provoque une dégradation des conditions de

²⁷⁹ L'ensemble de la courbe avant 1926 devrait probablement être soulevée de deux ou trois points sur mille. Le statisticien du SPH explique la hausse de la mortalité dans la province en 1926, de 2,3 sur mille, par le changement de mode de cueillette d'information et par l'usage d'une population moins élevée dans les calculs (voir rapport de la division de la statistique démographique pour 1926). Notons qu'un ajustement de trois points porterait au même niveau pour 1925 et 1926 les segments de courbes de mortalité à Shawinigan aussi bien qu'à Trois-Rivières.

²⁸⁰ D'autres précisions sur les données analysées ci-dessous sont livrées en annexe.

vie. Cette baisse est déjà bien engagée lorsqu'on établit l'unité sanitaire en 1932, année à partir de laquelle les taux shawiniganais demeureront à peu près au même niveau. Apparemment mieux en accord avec l'évolution de la conjoncture, la mortalité des années 1930 à Trois-Rivières s'élève durant les années de crise et s'affaïsse à partir de 1938, année de l'établissement de l'unité sanitaire.

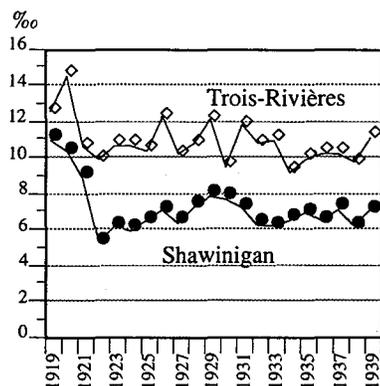
8.1.2 *La mortalité infantile: principal facteur de changement*

La progression parfois étonnante de la mortalité générale s'explique en majeure partie par celle de la mortalité infantile. En effet, prise globalement, la mortalité survenue après la première année de vie demeure assez stable de 1922 à 1939 dans les deux villes (figure 8-3)²⁸¹. À l'inverse, on reconnaît dans les principaux mouvements de la mortalité infantile (figure 8-4) ceux, amplifiés, de la mortalité générale (figure 8-2). Quels liens peut-on établir entre ces mouvements et les transformations du système socio-sanitaire, en tenant compte de la conjoncture économique?

À Shawinigan, on observe, comme pour la mortalité générale, une baisse rapide de la mortalité infantile durant la première moitié des années 1920, une stabilisation durant la seconde moitié de cette décennie, une autre phase de baisse accentuée durant les toutes premières années de la crise, puis une quasi-stabilisation. Globalement, Shawinigan passe d'environ 180 décès d'enfants de moins d'un an par mille naissances vers la fin

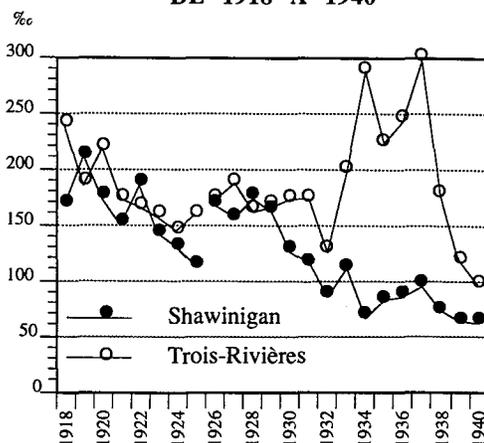
²⁸¹ L'écart entre les deux villes est attribuable en partie à des structures d'âges différentes, les vieillards étant proportionnellement moins nombreux à Shawinigan.

FIGURE 8-3
TAUX DE MORTALITÉ DES PLUS D'UN AN,
TROIS-RIVIÈRES ET SHAWINIGAN
DE 1919 À 1939



Sources: RACH 1919-1925, RBFS 1926-1939

FIGURE 8-4
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE,
TROIS-RIVIÈRES ET SHAWINIGAN
DE 1918 À 1940



Sources: RACH 1918-1925, RBFS 1926-1940

de la guerre, à moins de 70 à la fin des années 1930, ce qui constitue une amélioration remarquable. A Trois-Rivières, le mouvement est également assez semblable à celui de la mortalité générale. Une impressionnante flambée de la mortalité infantile de 1933 à 1937 porte Trois-Rivières au tout premier rang des villes québécoises les plus meurtrières pour les enfants de moins d'un an, ce qui explique que les taux de mortalité générale se soient haussés également durant cette période. Rappelons que cette situation donna lieu à une enquête du SPH, à la suite de laquelle une unité sanitaire fut instaurée.

Considérons d'abord la première moitié des années 1920. La baisse rapide de la mortalité infantile dans les deux villes durant l'après-guerre, en pleine récession pourtant, est due essentiellement à notre avis à un assainissement du milieu de vie, conséquence des mesures de prévention primaire adoptées vers la fin de la guerre ou durant l'après-guerre (notamment une surveillance plus suivie de la qualité de l'eau et

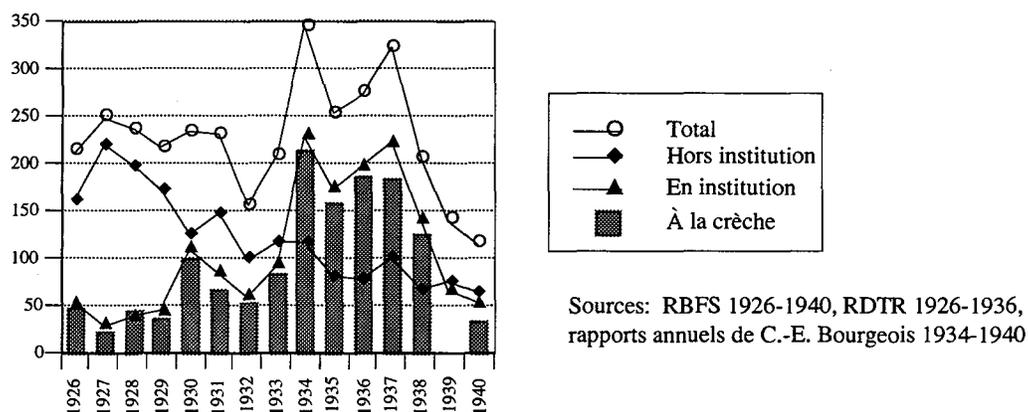
l'évacuation des déchets). Par la suite, le programme de lutte contre la mortalité infantile initié en 1923 à Trois-Rivières a certainement contribué à abaisser le nombre de décès, et ce bien que les taux tendent à se stabiliser les années suivantes. Les rapports annuels du médecin de santé montrent ainsi que la proportion des décès chez les enfants de moins d'un an inscrits aux cliniques de puériculture (de 1 sur 4 à 1 sur 3 selon les années) était de 3,7 à 10 fois moins élevée que celle des autres enfants de 1923 à 1926.

La stagnation des taux de mortalité infantile dans la seconde moitié des années 1920 s'explique, nous semble-t-il, par des facteurs différents dans les deux villes. Dans le cas shawiniganais, elle correspond à une période d'absence de nouvelles interventions en matière de santé publique. A Trois-Rivières, il faut invoquer des facteurs dont les effets paraissent s'annuler: les résultats de la lutte contre la mortalité infantile, d'ailleurs moins intense, étaient compensés par la croissance du nombre de décès survenus à la crèche. Le médecin de santé O.-E. Desjardins, démis en 1927, avait pointé du doigt ce problème dans chacun de ses rapports annuels. Pour mieux valoriser le travail de médecine préventive effectué sous sa direction, sans doute aussi pour attirer l'attention des édiles municipaux sur la mortalité à la crèche, il y comparait les taux de mortalité infantile avec et sans les décès et naissances enregistrés à la crèche. Alors que les enfants dont les naissances étaient enregistrées à la crèche ne représentaient que de 3 à 6,6 % du total des naissances trifluviennes entre 1919 et 1926²⁸², les décès d'enfants de moins d'un an y passèrent de 9,5 à 27 % des totaux

²⁸² Les naissances enregistrées à la crèche ne sont pas nécessairement des naissances survenues à Trois-Rivières: la crèche desservait un territoire assez vaste.

trifluviens en 1926 et 1927. Bon an mal an, plus d'un enfant sur deux y mourait, certaines années plus de deux sur trois (1920, 1922, 1926), ce qui infléchissait sensiblement les mortalités générale et surtout infantile à Trois-Rivières durant les années 1920. On l'a vu, les autorités sanitaires publiques demeurèrent impuissantes à convaincre la direction de l'établissement d'adopter certaines mesures de prévention.

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 1940²⁸³



Le dérapage de la mortalité infantile à Trois-Rivières durant la crise et la hausse conséquente des taux de mortalité générale résultent précisément d'une multiplication des décès à la crèche, où les taux de mortalité des années 1920 se sont maintenus, mais avec une population décuplée. Nous avons déjà évoqué cette situation. La figure 8-5

²⁸³ Les données «en institution» et «hors institution» proviennent des rapports annuels du Bureau de la statistique fédéral. Elles concernent les décès survenus non seulement à la crèche, mais également dans d'autres établissements (l'hôpital par exemple).

montre que les courbes de l'évolution du nombre de décès d'enfants de moins d'un an survenus en institutions ou à la crèche épousent étroitement celle de la mortalité infantile durant les années 1930, cependant que le nombre de décès hors institutions continue de diminuer. N'eût été de la crèche, la mortalité infantile à Trois-Rivières se serait abaissée durant la crise un peu comme à Shawinigan, ou au pire se serait stabilisée.

La baisse rapide de la mortalité infantile à Shawinigan au début des années 1930 étonne quelque peu: l'unité sanitaire est établie début 1932 seulement, l'Hôpital Sainte-Thérèse n'ouvre ses portes qu'à la fin de 1931, et la crise frappe durement. L'unité sanitaire, peut-être l'hôpital aussi, peuvent vraisemblablement être crédités en partie du fait que la mortalité infantile ne s'élève pas substantiellement après 1931, durant les pires années de la crise. Mais qu'en est-il auparavant? L'explication réside sans doute en partie dans le fait qu'il n'y a à Shawinigan aucune institution d'accueil des enfants abandonnés, les plus susceptibles de décéder. Or, ces derniers sont normalement accueillis à la crèche de Trois-Rivières, ce qui contribue à alourdir la mortalité trifluvienne tout en diminuant celle de Shawinigan. Mais le départ de ces enfants, plus nombreux durant la crise, ne peut expliquer à lui seul la décroissance de la mortalité infantile shawiniganaise. Peut-être la surveillance de l'usine de pasteurisation de Shawinigan par le SPH à partir du début de 1931 —le lait pasteurisé tend à remplacer le lait cru, rappelons-le—, a-t-il joué un rôle dans cette baisse? Un examen de l'évolution des causes de décès permettrait d'approfondir quelque peu ces questions. C'est ce que nous tenterons maintenant de faire.

8.2 Maladies et interventions sanitaires à Trois-Rivières

L'examen des indices sanitaires disponibles a montré que (exception faite de la mortalité à la crèche trifluvienne) l'état de santé global des populations des deux villes s'est amélioré durant l'entre-deux-guerres, et ce malgré la crise des années 1930. Nous en avons attribué la responsabilité en partie aux programmes sanitaires et d'aide sociale émanant principalement de l'État. Le meilleur indice de la réelle influence de ces facteurs sur l'état sanitaire réside, à notre sens, dans la relative indépendance des taux de mortalité vis-à-vis des soubresauts de la conjoncture. Mais seule une analyse fine des causes de mortalité d'une part, de la morbidité d'autre part, aiderait à dévoiler la nature et la solidité du lien qui existe entre l'état sanitaire des populations et les interventions sanitaires. Une telle analyse paraît malheureusement difficile, vu la quasi-absence de données fiables sur la prévalence des différentes maladies, ou de données par individus permettant de croiser les variables d'âges et de causes de décès. La découverte d'un registre des décès à Trois-Rivières a cependant rendu possible, pour cette ville, une étude assez détaillée des causes de décès, tout au moins pour la mortalité infantile. De plus, les programmes de dépistage lancés par le gouvernement provincial nous livrent des données sur la morbidité de quelques maladies.

8.2.1 *Les causes de décès*

L'officier de santé O.-E. Desjardins qui dirigea le Bureau de santé de la municipalité de Trois-Rivières de 1922 à 1926 entendait disposer en permanence de données détaillées sur la mortalité. Aussi confia-t-il à l'infirmière municipale la tenue d'un registre des décès. A chaque fin de mois, celle-ci rendait visite aux ministres du culte catholiques et

protestants, et transcrivait les informations contenues dans chacun des certificats de décès: date du décès, nom et prénom, âge, religion, profession (pas celles des parents malheureusement), causes de décès primaire et secondaire... L'ensemble de ces données ont été saisies dans un fichier informatisé pour la période où fut maintenue la cueillette d'informations, soit de janvier 1924 à novembre 1937. Ont été ainsi constituées 7 714 fiches de décès ou de mortinaissances²⁸⁴.

La baisse de la mortalité infantile liée aux maladies infectieuses

Il a été établi que l'évolution des taux de mortalité générale de 1918 à 1939 dans les deux villes est en majeure partie déterminée par la mortalité infantile. Or, les données du registre trifluvien sont quasi complètes pour les moins d'un an, ce qui permet d'établir des taux par types de causes de décès de 1924 à 1937, prolongeant de ce fait les séries provenant des RACH de 1898 à 1925. Premier constat: à l'exception bien sûr d'une hausse soudaine de 1933 à 1936 due à la mortalité à la crèche, c'est encore parmi les maladies infectieuses que l'amélioration, quoique timide, se fait sentir, plus particulièrement du côté des maladies entérogènes (figures 8-6 et 8-7). Les maladies aérogènes demeurent quant à elles assez stables de 1919 à 1936. En fait, n'était de l'apparition comme causes de décès des maladies vénériennes (la syphilis congénitale ici), puis de leur progression explosive, l'évolution des maladies infectieuses se serait avérée globalement favorable, y compris durant la crise.

²⁸⁴ Le traitement a nécessité une codification et une classification des causes de décès, qui sont discutées en annexe.

La croissance de la proportion des décès par syphilis congénitale paraît pour le moins suspecte: peut-on vraiment imaginer qu'en quelques années, cette maladie accède au premier rang des causes de décès d'enfants de moins d'un an, avant même le groupe des maladies diarrhéiques? Un examen plus approfondi montre que la quasi totalité de ces décès sont survenus à l'hôpital, et qu'ils sont certifiés de la main du médecin attitré de la crèche: se rappellera-t-on que les rapports annuels de l'abbé C.-E. Bourgeois concernant les activités de la crèche de l'Hôpital Saint-Joseph attribuaient aux maladies vénériennes une large part de la mortalité infantile exagérée qui y sévissait? Et que sur cette base, en accord avec les autorités de l'hôpital, il en rendait responsable non pas la gestion interne de la crèche et les soins qui y étaient administrés, mais bien les moeurs dissolues qui, à l'en croire, régnaient dans la population régionale?

FIGURE 8-6
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE
PAR MALADIES INFECTIEUSES
ET AUTRES À TROIS-RIVIÈRES,
1919 À 1936

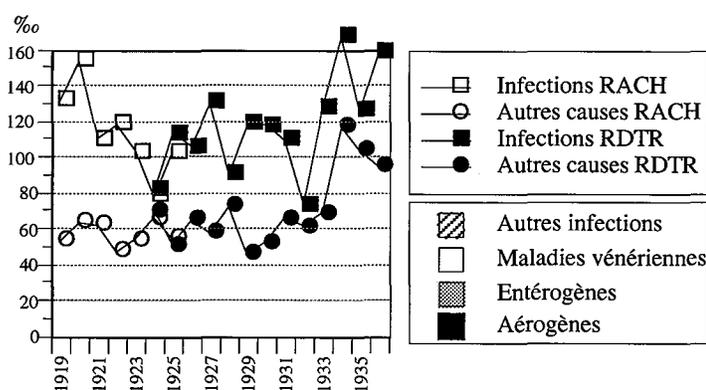
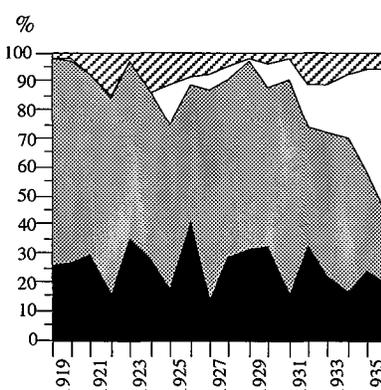


FIGURE 8-7
RÉPARTITION DES DÉCÈS INFANTILES
TRIFLUVIENS PAR CAUSES
INFECTIEUSES SELON LE TYPE
D'INFECTION, 1919 À 1936



Sources: RACH 1919-1925, RDTR 1924-1936, RBFS 1926-1936

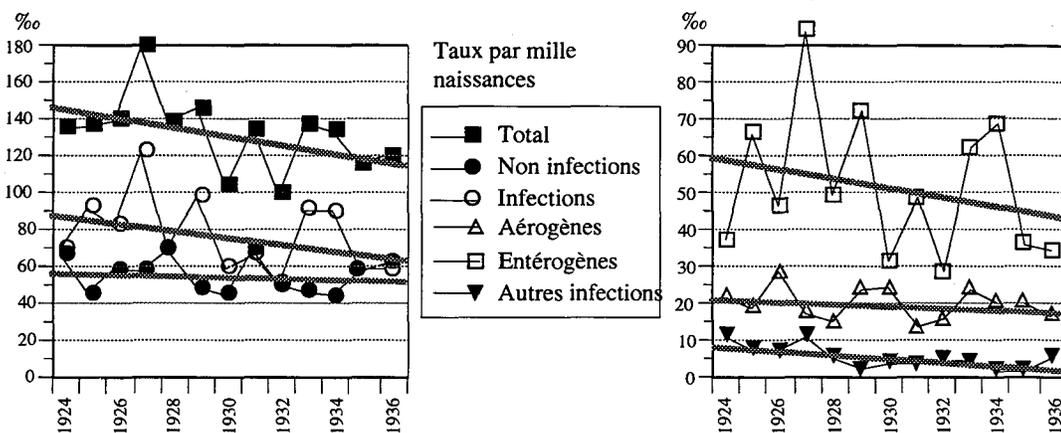
L'interprétation de C.-E. Bourgeois confortait les religieuses dans leurs prises de positions face aux pressions provenant du SAP et du SPH. Elle leur paraissait tout à

fait crédible dans la mesure où elle s'intégrait parfaitement à leur système de valeurs: dans cette optique en effet, les religieuses n'étaient pas responsables de ces décès, apparemment une punition divine à l'égard de ces enfants nés généralement de filles-mères, dans le péché, hors des liens du mariage. Bel exemple pour ceux et celles qui auraient voulu enfreindre les prescriptions de l'Eglise. Un médecin, partageant manifestement les vues des autorités de la crèche sur l'externalité des causes de décès des enfants internés, fournit les bases scientifiques de leur argumentation. Fort probablement sous-certifiées pour le reste de la population en raison précisément de l'opprobre qui leur était attaché, les maladies vénériennes allaient être sur-certifiées à la crèche: n'était-il pas normal, aux yeux de plusieurs, que les enfants nés en raison de comportements déviants soient atteints de maladies jugées honteuses? Ajoutons à cela que de nombreux décès à la crèche furent attribués à des naissances prématurées, lesquelles, d'après certains, étaient fréquemment liées à des comportements que la morale chrétienne proscrit, particulièrement à l'absorption de médicaments aux effets abortifs, avec ou sans prescription médicale²⁸⁵. Dans le cas des maladies vénériennes, les distorsions induites dans le jugement du médecin de la crèche par des facteurs moraux, l'usage qui pouvait en être fait, sont possiblement à interpréter comme un résultat inattendu et pervers de l'alliance qu'avait établie le SPH avec le clergé dans sa lutte contre les maladies vénériennes: la symbiose maladie/immoralité faussait ici la certification des décès survenus à la crèche, retardant d'autant l'adoption de mesures appropriées pour y faire diminuer la mortalité.

²⁸⁵ Un article de journal affirme ainsi que la vraie cause de la mortalité infantile trifluvienne est une vague de naissances prématurées due à la syphilis, à l'aide illégale de médecins et surtout à l'usage de «drogues dites désobstruantes». *Le Nouvelliste*, 8-6-1936, p. 3.

Il faut bien en conclure que dans le registre trifluvien, les causes de décès des enfants de la crèche sont difficilement utilisables et, par suite, celles de la ville également où les décès à la crèche en viennent à former plus de 50 % de tous les décès en bas d'un an. Il importe donc que des calculs de taux de mortalité séparés soient effectués pour les enfants de la ville décédés hors de la crèche. A l'aide de différentes sources, nous avons pu établir ces taux pour les années 1924 à 1936 (figure 8-8).

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



Sources: RDTR 1924-1936, RASPH 1924-1925, RBFS 1926-1936, CSP 1924-1936

La crise ne paraît pas avoir affecté notablement la mortalité infantile chez les enfants trifluviens hors de la crèche. Malgré de mauvaises années en 1934 et 1935, les taux de cette mortalité tendent à s'abaisser de 1929 à 1936, dû à la perte de terrain des maladies infectieuses. En effet, la mortalité par autres causes demeure stable de 1924 à 1936. Ces décès sont attribués pour une majeure part aux nombreuses naissances prématurées et aux accouchements laborieux. Parmi les maladies infectieuses, ce sont les maladies

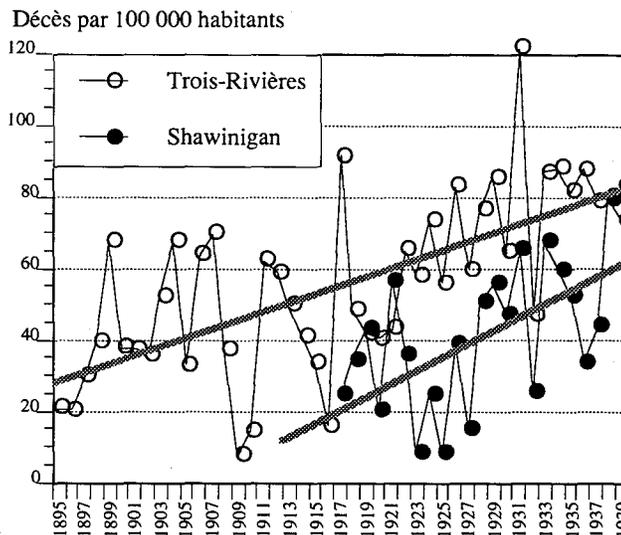
entérogènes qui subissent le recul le plus marqué. Il semble que nous puissions cerner de plus près ici celles des interventions sanitaires qui auraient le plus contribué à abaisser la mortalité. Diverses interventions des gouvernements provincial et municipal ont sans doute joué un rôle déterminant, notamment en favorisant un changement dans les comportements à l'égard de l'hygiène infantile: programme de lutte contre la mortalité infantile lancé en 1923 à Trois-Rivières (gouttes de lait, éducation hygiénique populaire), surveillance municipale du lait débutée au même moment, campagne en faveur du lait pasteurisé puis surveillance sévère des usines de pasteurisation à partir de 1931. A cela s'ajoutent les programmes d'aide sociale adoptés durant la crise et qui freinèrent la détérioration des conditions de vie, entre autres sur le plan alimentaire.

Relative stabilité des causes de décès dans les autres groupes d'âges

Pour vraiment préciser les effets des interventions socio-sanitaires sur l'état de santé des populations des deux villes, il eût été nécessaire de calculer les taux de mortalité par groupes d'âges également pour les plus d'un an. Faute de données suffisamment complètes (cela vaut pour le registre trifluvien), l'analyse reposera plutôt ici sur des proportions de causes de décès par groupes d'âges de décédés. Il en ressortira une impression globale de stabilité durant les années 1920 et 1930, aussi bien pour les causes de décès non infectieuses qu'infectieuses, bien que certains types de maladies soient à la hausse.

Il a déjà été dit que les taux de mortalité chez l'ensemble des plus d'un an à Shawinigan et à Trois-Rivières sont à peu près stationnaires de 1922 à 1939. De la même façon, les parts respectives des différents groupes de causes de décès classées non infectieuses dans la mortalité autre qu'infantile bougent peu. Certes, le groupe des tumeurs progresse depuis le début du siècle (figure 8-9), sans que l'on puisse déterminer

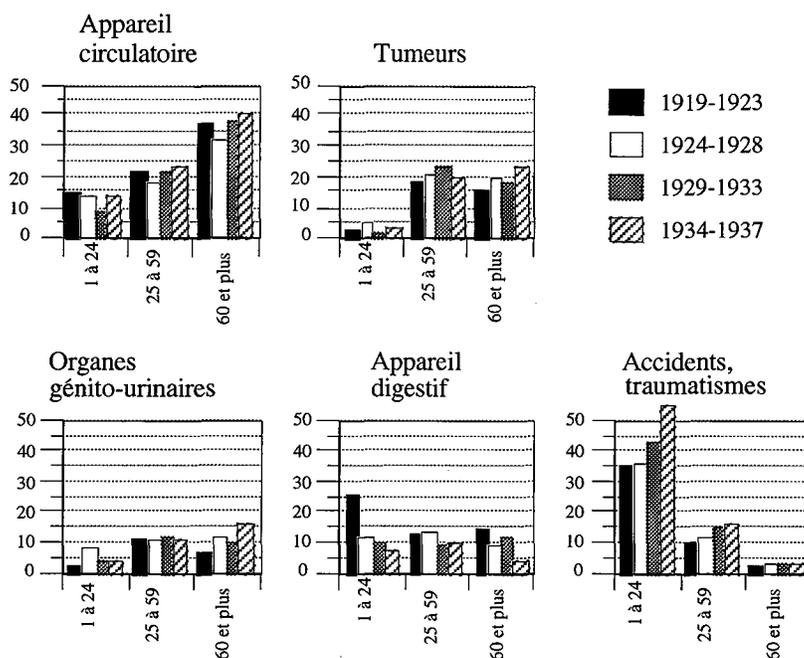
FIGURE 8-9
TAUX DE MORTALITÉ PAR TUMEURS À TROIS-RIVIÈRES ET À SHAWINIGAN DE 1895 À 1939
AVEC DROITES DE RÉGRESSION



Sources: RACH 1895-1925, ASQ 1924-1939, RBFS 1926-1939

si cela est dû à une hausse réelle de la mortalité, à des changements dans la certification faite par les médecins (les prêtres souvent jusque 1910), ou à un vieillissement de la population. Cette progression subit cependant un temps d'arrêt durant les années 1930 à Trois-Rivières. On peut observer également (figure 8-10) une hausse des décès liés à des accidents de toutes sortes, sensible surtout dans les groupes d'âges allant de 1 à 24 ans. Quant aux maladies de l'appareil circulatoire, elles occupent le tout premier rang dans les groupes d'âges les plus élevés, suivies des tumeurs. Enfin, dans tous les groupes d'âges, on observe une tendance à la baisse des maladies de l'appareil digestif.

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



Sources: RDTR 1924-1937 et RACH 1919-1923

Peut-on établir des liens entre les grands traits de la mortalité chez les plus d'un an et, d'une part, la conjoncture économique, d'autre part, les différentes mesures socio-sanitaires? Cela est difficile pour les maladies non infectieuses: les décès qu'elles entraînent résultent bien souvent de causes aux effets différés, cumulatifs, comme le style de vie (pensons aux maladies cardio-vasculaires par exemple, dominantes chez les plus âgés). Les maladies infectieuses par contre sont plus directement sensibles à la conjoncture économique et aux mesures de santé publique adoptées à l'époque. Examinons-les donc plus attentivement.

La part des maladies infectieuses aérogènes dans la mortalité chez les plus d'un an demeure stable entre 1924 et 1937 à Trois-Rivières. Ces maladies dépassent nettement les maladies entérogènes (les plus fréquentes chez les moins d'un an) comme principales causes de décès infectieuses. Ainsi, chez les 1 à 4 ans, un décès sur deux est dû à ces maladies entre 1924 et 1937. Cette proportion s'établit à 36% pour les 5 à 24 ans, 28 % pour les 25 à 59 ans et 14 % pour les 60 ans et plus. Chez les plus jeunes, il s'agit surtout de bronchites et de broncho-pneumonies, affections remplacées par la tuberculose si l'on grimpe dans l'échelle des âges. En fait, 95 % des décès attribués à la tuberculose pulmonaire surviennent à 15 ans et plus. Avec plus d'un décès sur quatre survenus chez les 15 à 49 ans, elle occupe une place à part. Nous hésitons, bien que des données plus précises soient disponibles pour cette maladie particulière, à utiliser l'évolution des taux de mortalité —à la baisse depuis le début du siècle— : la probabilité d'une certification fréquemment biaisée, volontairement imprécise, paraît ici particulièrement élevée (comme pour les maladies vénériennes d'ailleurs).

Comment expliquer la stabilisation des décès par maladies infectieuses aérogènes²⁸⁶? La crise pourtant, à n'en pas douter, crée des conditions favorables à l'extension de ces maladies: dégradation des conditions de logement —entassement, manque de combustible pour le chauffage, etc—; ration alimentaire souvent insuffisante ou non équilibrée; habillement inadéquat... Cette dégradation des conditions de vie est toutefois en partie contrée par les programmes gouvernementaux de travaux publics et

²⁸⁶ Il s'agit ici de quantités brutes, pas de taux, mais le fait que pour les plus d'un an, des taux de mortalité stables soient associés à une proportion stable de décès par maladies aérogènes plaide en ce sens.

de secours directs principalement, et dans une moindre mesure par la charité privée. A cela s'ajoutent des interventions publiques antituberculeuses touchant directement le groupe des maladies aérogènes: tous ceux qui toussent se voient recommander de consulter un médecin ou de se présenter au dispensaire, ce qui aide au dépistage et au traitement non seulement de la tuberculose, mais aussi des autres maladies infectieuses affectant les voies respiratoires. A vrai dire, bien que la mortalité par maladies infectieuses aérogènes semble demeurer stable, il y eut probablement une légère amélioration en dépit de la crise, sans quoi la présence à Trois-Rivières à partir de 1931 d'un sanatorium antituberculeux desservant la région aurait entraîné une hausse²⁸⁷.

Il serait possible, partant de la répartition de la mortalité selon l'appartenance sociale des décédés, de jauger plus finement les effets de la conjoncture économique et éventuellement des mesures socio-sanitaires: les différents groupes sociaux sont inégalement touchés par la crise, n'ont pas les mêmes ressources pour traverser les années creuses, et les programmes socio-sanitaires d'envergure visent essentiellement certains groupes. Nous ne sommes malheureusement pas en mesure de déterminer l'appartenance sociale des enfants, des adolescents et de la plupart des femmes. Or, c'est surtout chez les enfants que les différences dans les conditions de vie et les habitudes d'hygiène se répercutent sur la mortalité, et c'est à la réduction de la mortalité infantile (et de la tuberculose) que le SPH s'emploie le plus activement. Nous avons

²⁸⁷ Avant 1941, les décès sont comptabilisés selon le lieu de survenance et non le lieu de résidence.

pu toutefois établir la répartition des causes de décès par catégories socio-professionnelles de 1 090 Trifluviens adultes morts de 1924 à 1937²⁸⁸.

Les maladies infectieuses frappent inégalement dans les différentes catégories socio-professionnelles. Ainsi les cols blancs (44,4 %) et les membres du clergé (53,7 %) décèdent plus souvent de ce type de maladies que les commerçants, artisans, membres des professions libérales, cols bleus qualifiés ou non, pour lesquels cette proportion varie entre 25 et 35 %, cependant que les entrepreneurs et cadres supérieurs sont les moins touchés. La distribution des maladies aérogènes, la tuberculose surtout, explique les principaux écarts. Cette dernière maladie est d'ailleurs particulièrement représentée chez les membres du clergé, dans ce cas-ci à 90 % des religieuses. Ajoutons que les deux groupes où elle sévit le plus durement sont aussi ceux où la proportion de décès à l'âge de 60 ans et plus demeure la plus basse (clergé 28 % et cols blancs 24 %). La situation inconfortable de ces deux groupes étonne. La crise fut-elle plus dure pour les cols blancs? Bénéficièrent-ils des services socio-sanitaires autant que les autres groupes? Étaient-ils plus exposés à la contagion que les membres des autres groupes, en raison de contacts plus nombreux avec d'autres personnes? Enfin, la vie en communauté favorisait-elle la propagation de la tuberculose, ou les conditions de logement des soeurs étaient-elles inférieures?

²⁸⁸ Les décédés ont été répartis dans les catégories suivantes: clergé, cols bleus qualifiés ou semi-qualifiés, cols bleus non qualifiés, cols blancs, artisans, commerçants, professions libérales, entrepreneurs et cadres supérieurs, cadres inférieurs, autres.

Contrairement aux maladies infectieuses, aucun phénomène majeur de différenciation ne ressort de l'examen de la mortalité non infectieuse par catégories socio-professionnelles. Certes, les cols bleus qualifiés et semi-qualifiés sont plus susceptibles que les autres de décéder d'accidents divers, ce qui paraît lié aux risques du travail. Les accidents mortels sont d'ailleurs presque absents chez les membres des professions libérales et le clergé. Le groupe des entrepreneurs/personnel dirigeant supérieur se classe premier pour les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil digestif, ce qui témoigne peut-être d'habitudes de vie différentes. Quant aux tumeurs, elles ne semblent manifester aucune préférence marquée pour quelque groupe que ce soit.

Malgré certaines différences, les membres des diverses catégories socio-professionnelles succombent somme toute en gros des mêmes types de causes de décès. Nous estimons cependant que des différences profondes seraient apparues si l'analyse avait plutôt porté sur les professions des parents d'enfants morts en bas d'un an. Il eût été ainsi possible d'évaluer plus précisément la portée des interventions socio-sanitaires apparues durant l'entre-deux-guerres, et qui visaient d'abord et avant tout les groupes les moins aisés.

8.2.2 *La morbidité: dentition, syphilis et tuberculose*

La mortalité ne livre qu'une image bien partielle de l'état sanitaire de la population. En effet, la majorité des événements pathologiques survenant dans une population n'aboutissent pas au décès. Avant les années 1920, l'historien n'a quasiment aucune prise sur la morbidité: tout au plus peut-il extrapoler des taux de morbidité en se basant

sur les statistiques de mortalité et les taux de létalité²⁸⁹ (mais comment établir ces derniers de façon suffisamment fiable?) des différentes maladies pouvant entraîner la mort. Ceci va changer un peu avec le lancement de programmes publics de médecine préventive privilégiant le dépistage de certaines affections, en particulier la tuberculose, les maladies vénériennes et les maladies de la dentition. Les données que nous possédons à ce sujet concernent principalement Trois-Rivières. Elles aident à aller un peu au-delà de ce que permet la simple analyse de la mortalité.

L'inspection générale de la dentition des enfants trifluviens d'âge scolaire en 1922, 1924, 1925 et 1926 révéla que la majorité d'entre eux avaient besoin de traitements dentaires²⁹⁰. Seules 17,3 % des bouches examinées en 1924, 22,6 % et 26,5 % les deux années suivantes, furent jugées normales par l'inspecteur de la municipalité. Une moyenne de 4,6 dents cariées par enfant était ressortie d'une enquête effectuée en 1922 par les dentistes de la ville et touchant 84% de la population scolaire. Une certaine amélioration est perceptible dans les chiffres donnés par l'inspecteur dentaire, notamment en ce qui a trait à la proportion de dents à extraire ou à plomber. Questionnés, les enfants affirmèrent faire usage de la brosse à dents dans une proportion de 31% en 1922 et 1924, puis de 59 et 72 % les deux années suivantes. L'inspecteur attribua la progression favorable de ses données statistiques au travail d'inspection, au cours duquel il prodiguait nombre de conseils et qui résultait le plus

²⁸⁹ Le taux de létalité mesure le risque d'entraîner la mort pour une maladie.

²⁹⁰ Nous ne possédons aucune information sur les inspections dentaires qui auraient pu être faites à Shawinigan avant l'inauguration de l'unité sanitaire en 1932, et après. Une clinique dentaire pour les pauvres reliée à l'unité sanitaire fut installée en 1940 seulement.

souvent dans une recommandation faite aux parents d'emmener leur enfant chez un dentiste.

Les programmes de dépistage des maladies transmises sexuellement et de la tuberculose vont mener également au repérage de nombre de cas jusqu'alors inconnus qui seront référés à des médecins. Il paraît cependant généralement difficile d'en extrapoler des prévalences, ou proportions par rapport à l'ensemble de la population ou de groupes précis. Dans le cas des maladies vénériennes en particulier, nous pensons que le nombre de cas identifiés dans les statistiques du SPH constitue une nette sous-évaluation du nombre de cas réels, vu l'opprobre attaché à ces maladies. Nous ignorons de plus la proportion de cas repérés résidant à Trois-Rivières ou à Shawinigan (ces dispensaires couvraient, outre leur lieu de localisation, les villages environnants). Ces statistiques n'en livrent pas moins de précieux indices quant à la présence de maladies sur lesquelles les autres sources disponibles se montrent quasi-muettes. Ainsi sait-on que de 1924 à 1931 (sauf 1925 et 1926 pour lesquelles les données manquent), entre 150 et 207 nouveaux cas furent rapportés annuellement par le dispensaire trifluvien²⁹¹. Le nombre de nouveaux cas repérés aux dispensaires va toutefois s'effondrer durant la crise, les médecins ayant décidé de ne plus collaborer à ce programme gouvernemental. Au dispensaire de Shawinigan ouvert vers 1932, il demeura également assez bas durant la crise, variant entre 16 et 32 de 1934 à 1939.

²⁹¹ Des données sur le nombre de cas sous traitement existent également, mais sont inutilisables avant 1938, comme l'expliquera le directeur de la division des maladies vénériennes dans le *Premier rapport annuel du ministère de la Santé et du bien-être social* pour les années 1935 à 1941, p. 124.

Les efforts entrepris en vue de juguler la tuberculose ont permis d'amasser des données un peu plus suggestives, quoique encore d'interprétation ardue. L'un des objectifs déclarés du Centre de démonstration antituberculeux de Trois-Rivières était de passer au crible l'ensemble de la population pour détecter toutes les personnes atteintes. Si cet objectif ne fut pas réalisé, des milliers de Trifluviens et de personnes de la région ne s'en soumirent pas moins à l'examen. En fait, d'après la direction du Centre, un tiers de la population trifluvienne était passée au Centre après quatre années d'opération en 1927. Le nombre de nouveaux cas trifluviens diagnostiqués annuellement de 1924 à 1939 se tint généralement entre 100 et 150, pour un pourcentage global de 10,8 % des examinés. Il faut toutefois se méfier de ce pourcentage, certes révélateur d'une prévalence élevée. D'une part, les responsables du Centre cherchèrent à couvrir prioritairement les populations considérées à risque élevé, et notamment les travailleurs(euses) d'usines. D'autre part, mais ceci joue en sens contraire, la prévalence de la tuberculose est normalement bien plus élevée dans les groupes d'âges moyens que bas. Or, l'enquête fut à peu près complète pour les enfants des écoles, ce qui avait pour effet d'abaisser le pourcentage de diagnostics positifs. Une enquête effectuée en 1940 à Shawinigan sur 327 jeunes de 12 à 21 ans révéla que seuls 0,9 % étaient atteints de la tuberculose. La proportion de jeunes réagissant à la cutiréaction tuberculinique et dont l'organisme avait donc déjà eu à combattre le bacille s'établissait par contre à un sur cinq²⁹².

²⁹² Cette dernière proportion était en gros corroborée par quelques enquêtes plus ou moins similaires faites à la même époque dans des écoles ou collèges de la province.

L'essor durant l'entre-deux-guerres de programmes de dépistage de quelques maladies apporte donc un léger complément d'information sur l'état sanitaire des populations et sur certains effets des interventions de santé publique: une dentition négligée mais qui tendrait à s'améliorer grâce à l'inspection systématique des enfants des écoles; le repérage et le traitement d'une proportion indéterminée des cas de maladies vénériennes; une prévalence élevée de la tuberculose (dans les groupes d'âges moyens), que l'on cherche énergiquement à réduire. Les principaux indices sanitaires dont nous disposions n'en demeurent pas moins les taux de mortalité. Pour en expliquer les comportements en tenant compte de la conjoncture économique et de ses effets sur les conditions de vie, il a fallu évoquer différentes mesures socio-sanitaires.

Conclusion

Le système de santé publique québécois est profondément remanié durant l'entre-deux-guerres alors que l'État intensifie et diversifie ses interventions. Les grands programmes permanents lancés par les gouvernements ont en commun de contribuer à la médicalisation de la société québécoise. Ainsi, à Trois-Rivières et à Shawinigan, les campagnes d'éducation populaire propagent le discours hygiéniste dans des couches de la population qu'il avait jusqu'alors peu touchées, invitant chacun à recourir aux experts de la santé. Les campagnes de dépistage multiplient les contacts de différents groupes avec les médecins, infirmières, dentistes. De plus, à travers la loi contestée de l'Assistance publique, le gouvernement provincial assure la croissance et la modernisation du réseau de soins hospitaliers, tout en stimulant sa fréquentation.

Cet ensemble d'interventions encourageant et aidant la population à fréquenter plus assidûment les experts de la santé ne s'est pas pour autant traduite par une élévation immédiate de la proportion de médecins dans la population des deux villes. En effet, si cette proportion avait atteint 1,1 par mille habitants en 1911, elle demeura un peu en bas de ce niveau en 1931 et 1941, avant de reprendre sa progression durant l'après-guerre pour se hausser à 1,22 en 1951 et 1,57 en 1961. Mais la proportion de médecins dans la population demeure un bien pauvre indice de l'évolution de la médicalisation dans des petits centres comme les deux villes étudiées. Ainsi, à Shawinigan, ce taux culmine à 1,04 en 1925 et 1931, pour ensuite entamer une baisse qui le mènera à 0,93 en 1941, 0,85 en 1951 et 0,62 en 1961. Ceci ne témoigne pas d'une désertion des

médecins par la population, mais bien plutôt d'une désertion par les médecins des petits centres urbains comme Shawinigan.

Un autre trait dominant de l'entre-deux-guerres en matière de santé publique est la tendance à la centralisation du pouvoir décisionnel et à la normalisation des services. Pareille tendance est perceptible dans tous les programmes auxquels participent les gouvernements provincial et fédéral, qu'ils soient permanents ou temporaires durant la crise. Elle aboutit dans le cas de l'hygiène publique à l'établissement dans les deux villes d'unités sanitaires dirigées par l'organisme provincial d'hygiène, coulées dans le même moule que les autres unités de la province, lequel est d'ailleurs importé d'autres pays. Les tendances à la centralisation et à la normalisation s'affirment également au niveau de l'aide sociale, dans la mise en vigueur de la Loi de l'Assistance publique, puis, de façon plus marquée, des programmes des travaux publics et des secours directs. On assiste en effet à la définition et à la mise en vigueur de normes et de procédures applicables à l'échelle de la province soit par les municipalités, soit par les établissements ou organismes concernés. Les hôpitaux trifluviens et shawiniganais recevant l'aide de l'Assistance publique conservent cependant une marge de manoeuvre considérable, entamée par les pressions qu'exercent parfois les responsables de la distribution des fonds de l'Assistance publique.

Globalement, durant l'entre-deux-guerres, les transformations du système socio-sanitaire paraissent exercer une influence déterminante sur l'état de santé des populations des deux villes. L'évolution des indices sanitaires disponibles montre une nette amélioration de la fin de la Première Guerre mondiale au début de la seconde, sensible surtout au niveau de la mortalité infantile, bien que celle-ci croisse

soudainement durant la crise à Trois-Rivières en raison de conditions particulières à la crèche. Or, cette amélioration paraît difficilement imputable à une hausse du niveau de vie pendant la récession de l'après-guerre et surtout les années 1930: l'évolution de l'état sanitaire paraît ici acquérir une relative indépendance vis-à-vis de la conjoncture économique, ce que nous attribuons essentiellement aux diverses mesures socio-sanitaires de grande envergure implantées durant cette période.

CONCLUSION GÉNÉRALE

A un premier niveau d'analyse, ce périple à travers un demi-siècle de santé publique dans deux villes québécoises visait un élargissement des connaissances dans un champ de recherche demeuré peu exploré au Québec. Il a permis de mettre au jour un système de santé publique en mutation rapide, dont les principales transformations peuvent être regroupées en deux grandes phases. La première va du début de la dernière décennie du XIX^e siècle à 1918, la seconde couvre l'entre-deux-guerres. Résumons d'abord ces transformations pour chacun des grands secteurs d'intervention de la santé publique: l'hygiène publique, l'organisation des services-médico-hospitaliers et l'assistance sociale.

Pour ce qui est de l'hygiène publique, la première période est caractérisée par la mise en place de mesures d'hygiène du milieu. La création d'un organisme central d'hygiène en 1888 et les lois sanitaires qui allaient suivre modifièrent la répartition des pouvoirs entre les paliers de gouvernement provincial et municipal en matière de santé. L'obligation pour les municipalités de respecter et de faire respecter tout un ensemble de normes et de procédures dont la définition leur échappait, creusait une brèche d'importance dans le principe de l'autonomie municipale. Du même coup, était réduit le pouvoir de la petite-bourgeoisie locale qui avait investi les Conseils de ville, au profit de l'élite médicale québécoise dirigeant le CHPQ et de ses alliés les plus stables, à savoir la grande bourgeoisie et des groupes d'experts.

L'ajustement aux normes édictées par l'organisme central fut partiel et plus ou moins longtemps différé selon les lieux, les mesures prescrites ayant soulevé nombre de résistances. Dépourvu de ressources financières et humaines, ne parvenant dans un premier temps à obtenir que de rares appuis locaux, le CHPQ fut incapable d'assurer un suivi efficace du travail des municipalités et ne put mettre en branle le vaste mouvement hygiénique dont il avait balisé le parcours à l'aide d'une armature législative et réglementaire de plus en plus serrée. Cependant, si l'ensemble des réformes proposées furent d'abord accueillies dans l'indifférence dans les deux localités, certaines furent relayées par des intervenants locaux puissants durant les années 1910, si bien que cette décennie vit l'adoption d'importantes mesures d'hygiène du milieu, particulièrement concernant l'eau d'alimentation.

Dans les années suivant la Première Guerre mondiale, d'importantes mesures d'hygiène du milieu furent adoptées dans les deux municipalités. Mais désormais, les responsables de l'hygiène publique au Québec, sans délaisser l'hygiène du milieu, privilégièrent plutôt la médecine préventive et l'éducation populaire. Ils souscrivaient de la sorte au courant de pensée de la *New Public Health*, alors dominant aux États-Unis. L'implantation des nouveaux programmes (maladies vénériennes, tuberculose, mortalité infantile) orientés vers des groupes-cibles à bas revenus fut confiée par l'organisme provincial d'hygiène à d'autres intervenants locaux que les municipalités. Il est vrai que celles-ci ne s'étaient acquittées qu'avec bien peu d'empressement du rôle qu'on leur avait imposé durant la période précédente. La volonté des dirigeants de l'organisme provincial de mieux contrôler la mise en oeuvre de leurs projets trouva finalement son expression la plus achevée dans l'adoption des unités sanitaires comme mode de gestion de l'hygiène publique: totalement autonomes vis-à-vis des dirigeants

municipaux, appliquant partout les mêmes trains de mesures sous une direction centralisée, les unités devinrent les outils d'une normalisation accentuée de l'hygiène publique.

Alors même que, de la dernière décennie du XIX^e siècle à 1939, se mettait en place tout un système d'hygiène publique, l'hôpital moderne prenait forme à Trois-Rivières et à Shawinigan. Un établissement comme l'hôpital régional Saint-Joseph, propriété d'une communauté religieuse, délivrait initialement surtout des soins charitables non spécialisés aux plus démunis. Il se transforma graduellement en un centre de traitement médical pour des patients provenant de divers milieux sociaux, diversifia ses services et se dota d'équipements coûteux, sans toutefois délaisser son rôle d'accueil des personnes sans ressources. Quant à ses deux concurrents apparus au début des années 1910 environ et soutenus par la grande entreprise en Mauricie, ils dispensaient des services uniquement médico-hospitaliers.

Le réseau régional d'hôpitaux continua de croître et de se diversifier après la Première Guerre mondiale. Mais le respect des normes nord-américaines en matière de services médico-hospitaliers imposait des dépenses de plus en plus lourdes. Comme en témoigne leur croissance, les hôpitaux accueillant essentiellement des patients payants étaient en mesure de rencontrer ces dépenses. Mais cela paraissait moins aisé pour ceux dont les revenus dépendaient en bonne partie de la charité privée. Pour être accessible au plus grand nombre tout en s'ajustant à des normes en évolution rapide, l'hôpital, à Trois-Rivières et à Shawinigan, devait être subventionné par l'État. Ce fut l'une des fonctions de la Loi de l'Assistance publique adoptée en 1922 d'assurer l'extension et la modernisation du réseau d'hôpitaux québécois et, ce faisant, de

contribuer au développement de la médecine moderne au Québec. À ce sujet, nous avons pu mettre en lumière un phénomène resté jusqu'ici mal connu, soit la part importante des fonds de l'Assistance publique consacrée aux investissements pour la construction d'établissements hospitaliers. Cette loi marquait un tournant dans le domaine de l'aide sociale au Québec, jusqu'alors essentiellement dépendante de la charité privée (si l'on excepte le secteur de la santé mentale, non étudié ici). Le système hospitalier régional ainsi constitué était composé de deux grandes branches: dans la première, les hôpitaux appartenaient à des médecins ou à de grandes entreprises, ils accueillaient principalement des patients payants et étaient dirigés et opérés par un personnel laïc; dans la seconde, les établissements appartenaient à des communautés religieuses ou étaient sous leur direction, et hébergeaient nombreux les patients non payants. La fréquentation de ces derniers établissements, moins prestigieux, demeura largement au-dessous de la capacité d'accueil, exception faite du sanatorium antituberculeux.

Il paraît difficile d'évaluer les effets des transformations du système de santé publique sur l'état sanitaire des populations des deux villes étudiées. Dans l'ensemble, les taux de mortalité générale s'y abaissent considérablement de la fin du XIX^e siècle à 1939, grâce surtout au recul de la mortalité infantile et des maladies infectieuses. Celui, constant, des maladies infectieuses entérogènes à partir du début des années 1910 peut, dans un premier temps, être attribué en partie à la purification de l'eau d'alimentation, à un assainissement graduel du milieu de vie lié notamment à une intolérance grandissante envers la présence de déchets dans la ville, peut-être à des modifications de comportements en ce qui a trait à l'hygiène personnelle. Puis, les campagnes d'éducation populaire lancées durant les années 1920, le contrôle de la qualité du lait et

l'usage croissant de lait pasteurisé, la fourniture de lait sain aux nourrissons de familles pauvres ont sans doute aidé à maintenir la baisse de la mortalité par ces maladies. Par contre, sauf pour la variole et la diphtérie, aucune des mesures prises ne peut être créditée de la baisse des taux de mortalité par maladies infectieuses transmissibles par voie aéroportée survenue avant les années 1920: sauf lors des pires épidémies (et encore), la déclaration des cas de maladies infectieuses fut massivement ignorée et les autorités locales se montrèrent peu enclines à appliquer les mesures d'isolement et de désinfection. Enfin, le fait qu'il n'y ait pas eu de hausse de la mortalité lors de la crise des années 1930 (si l'on ne tient pas compte de la crèche de Trois-Rivières) en dépit de la détérioration des conditions de vie nous incite à penser que globalement, les transformations du système de santé publique exerçaient désormais un rôle de régulateur sur l'état sanitaire des populations. En fait, l'on ne peut que s'interroger sur l'évolution de celui-ci, n'eût été des programmes d'aide aux familles de chômeurs en cette période difficile.

Mais au delà des réformes sanitaires elles-mêmes et de leur effet sur l'état de santé des populations, ce sont les rapports de la société québécoise à la modernisation des services de santé publique que nous avons cherché à dévoiler. En soi, le constat de transformations majeures remet en question le mythe d'institutions québécoises stagnantes, dominées par un clergé et une petite-bourgeoisie réfractaires au changement. Mais c'est l'examen des prises de position des différents groupes sociaux face aux réformes proposées qui s'avère le plus révélateur à cet égard.

Certains groupes, généralement considérés comme favorables à une modernisation de la santé publique, soutiennent effectivement diverses réformes. C'est le cas de la

direction des grandes entreprises. À Shawinigan avant les années 1920, une grande entreprise se fit à plusieurs reprises l'alliée de l'organisme provincial d'hygiène, se substituant parfois même à la corporation municipale ou aux médecins (déclaration des maladies contagieuses), au risque de mécontenter ces derniers ou le Conseil de ville. Après la Première Guerre mondiale, le plus ardent propagateur des nouvelles notions en matière d'hygiène publique s'y avère encore la grande entreprise. L'intérêt manifesté ainsi pour la santé des Shawiniganais s'explique assez bien, dans la mesure où la bourgeoisie pouvait craindre les effets des épidémies sur la régularité de la production et des échanges commerciaux. De plus, ses propres démarches hygiénistes contribuaient sans doute à la mettre à l'abri des regards indiscrets quant aux risques de maladies industrielles. Peu inquiétée à ce chapitre par les hygiénistes, elle dut cependant compter avec le clergé et ses alliés qui, à certains moments, se montrèrent même plus exigeants en matière d'hygiène industrielle que le SPH. Pareille situation se présenta à Trois-Rivières lorsque la question de la pollution de l'air par les papetières fut associée à celle, éminemment litigieuse, du travail du dimanche.

Il est un autre domaine de la santé publique où la grande entreprise a joué, en Mauricie, un rôle de premier plan, bien qu'à ce jour insoupçonné au Québec: celui des services médico-hospitaliers. Sans son intervention, il paraît vraisemblable que le monopole régional du clergé catholique sur les soins hospitaliers n'aurait pas été brisé de façon durable autour de 1910. Nous pensons ici à l'ouverture du premier hôpital de Shawinigan par SWP et au soutien donné à un petit hôpital trifluvien ouvert par un médecin en froid avec le clergé. Ces deux établissements allaient livrer par la suite une concurrence constante, très vive durant la crise, aux hôpitaux tenus par les communautés de religieuses, diminuant leurs revenus.

L'intervention de la grande entreprise dans le domaine des services médico-hospitaliers bénéficia aux médecins. L'existence d'établissements concurrents consolidait leur position à l'intérieur même des établissements appartenant au clergé, auparavant seul propriétaire des infrastructures régionales. Dans l'hôpital Saint-Joseph, les religieuses ressentirent la nécessité d'accéder plus aisément aux requêtes visant la modernisation des services et des équipements. En effet, durant les années 1910, l'accaparement par les petits hôpitaux d'une partie de la clientèle payante, notamment par le contrôle du marché en pleine croissance des ouvriers d'usines dotés d'assurances collectives, détourna de l'hôpital Saint-Joseph des revenus potentiels et aviva la dépendance du clergé envers les médecins pourvoyeurs de patients. Pareille dépendance était d'autant plus patente qu'en général la moitié des lits y demeuraient inoccupés. D'où l'intérêt manifesté non seulement par les médecins, mais également par l'évêque, pour la construction d'un nouvel hôpital «moderne», séparé de l'hospice. La concurrence des établissements soutenus par la grande entreprise était donc de nature à accélérer le processus des réformes dans l'organisation des services des établissements appartenant au clergé. Somme toute, celui-ci dut compter avec d'autres intervenants influents dans la dispensation des services médico-hospitaliers: les médecins dont le prestige grandissait, et les grandes entreprises.

Les intérêts des médecins étaient également promus à travers les mesures d'hygiène publique, particulièrement par les campagnes de médecine préventive et d'éducation populaire mises de l'avant à partir des années 1920: ces campagnes visaient des populations-cibles qu'elles faisaient entrer en contact avec les professionnels de la santé (médecins, infirmières en particulier), et diffusaient largement un discours hygiéniste vantant leur travail. Des réticences s'exprimèrent tout de même chez les médecins

envers ces programmes, mais bien discrètement à Trois-Rivières et à Shawinigan: s'il existait un risque que des patients en mesure de payer les frais médicaux soient soignés gratuitement, ces programmes comportaient des avantages marqués pour la profession médicale.

Les médecins trifluviens et shawiniganais opposèrent cependant des résistances à certains points des réformes sanitaires en cours, particulièrement à celles devant limiter la contagion par voie directe. En fait, plusieurs d'entre eux sentirent leurs intérêts menacés par des mesures pourtant préconisées par une élite médicale très sensible à l'avancement de la profession. On a pu affirmer que le programme hygiéniste du début du siècle était à ranger parmi les stratégies du corps médical québécois visant à assurer son propre essor. Ceci est sans doute vrai si l'on se place du point de vue des dirigeants du CHPQ, qui avaient su associer les intérêts des médecins et ceux de la collectivité québécoise: l'hygiène publique soumettait l'intervention de l'Etat, garant du bien-être général, à une expertise scientifique médicale de pointe. Mais il est apparu que pour nombre de médecins aux activités d'envergure plus modeste, il en allait tout autrement. Certes, les médecins trifluviens apportèrent leur soutien à la purification de l'eau ou à l'évacuation des déchets hors du périmètre urbain, puis à diverses mesures visant à améliorer la qualité du lait. Mais tout cela n'affectait en rien leur travail professionnel. C'est au niveau de leur pratique quotidienne que les médecins des deux villes furent réticents devant les interventions de l'Etat, s'opposant à son immixtion dans la relation privilégiée qu'ils entendaient maintenir avec leurs clients: la certification des décès jusqu'aux années 1910, la déclaration obligatoire surtout, furent

négligées. Ils manifestaient ainsi une perception des intérêts de la profession bien distincte de celle de l'élite médicale dirigeant le CHPQ¹.

Mais les principales protestations des médecins trifluviens et shawiniganais furent dirigées contre les modalités de l'aide sociale apportée par l'État dans le cadre des lois de l'Assistance publique et des secours directs durant la crise des années 1930: voyant leurs revenus s'abaisser, ils cherchèrent à être dédommagés par les pouvoirs publics pour les soins dispensés aux indigents, allant jusqu'à faire la grève de l'aide sociale médicale. L'accueil mitigé que plusieurs d'entre eux avaient réservé à l'accroissement du rôle de l'État dans le domaine sanitaire se transforma alors en révolte.

D'autres groupes, que de prime abord l'on imaginerait réticents à la modernisation de la santé publique, vont, tout en s'opposant à certains changements, se muer en promoteurs de réformes: nous pensons ici au clergé et à la petite-bourgeoisie traditionaliste nationaliste. Le clergé, il est vrai, s'opposa aux tentatives d'autres intervenants de s'immiscer dans des sphères d'action qui lui avaient été traditionnellement réservées. Avec l'organisme provincial d'hygiène, il dut négocier des compromis sur les questions de la cueillette des statistiques démographiques et de l'hygiène dans les écoles. Dans le domaine hospitalier, il dut également céder du terrain. Ainsi au début des années 1910, en dépit de l'opposition de l'évêque du diocèse de Trois-Rivières, perdit-il son monopole régional sur les services médico-

¹ Une semblable opposition entre élite médicale et praticiens locaux a été mise en évidence en France. Voir M. L. Hildreth, *Doctors, Bureaucrats, and Public Health in France, 1888-1902*, New York, Garland Publishing, 1987.

hospitaliers. Il dut également se résigner à un nouveau partage des pouvoirs dans les hôpitaux avec les médecins. Le fonctionnement de l'Hôpital Saint-Joseph, par exemple, était basé sur un compromis, ou marché, entre la communauté et les médecins desservants: la première fournissait l'infrastructure hospitalière, les seconds s'engageaient à soigner gratuitement les patients indigents, devaient amener des patients payants et faisaient bénéficier l'établissement du prestige montant de la science médicale. Soulignons que le clergé sut composer avec le nouveau rapport de forces, et parvint généralement à maintenir de bons rapports avec les médecins francophones sans beaucoup céder de ses prérogatives. Durant les années 1910 il le fit notamment en satisfaisant plus aisément à leurs requêtes de modernisation des services et des équipements. Les revendications des médecins, devenues plus pressantes durant la décennie 1920, se muèrent cependant en révolte pendant la grande crise.

Globalement, dans ses collaborations avec les organismes provinciaux, le clergé veilla à préserver son indépendance. Ainsi accepta-t-il les subsides de l'Assistance publique pour les soins dispensés aux indigents et la construction ou l'agrandissement d'établissements hospitaliers, mais tout en protégeant son pouvoir à l'intérieur de ceux-ci. Quoique les établissements du clergé bénéficiaient ainsi de l'aide apportée par l'État, il apparaît réducteur de présenter la Loi de l'Assistance publique comme visant essentiellement au maintien du système hospitalier traditionnel dominé par le clergé. Dans les deux villes en effet, la majeure partie des sommes dépensées alimentèrent des établissements nouveaux qui, bien que gérés par des communautés religieuses, n'appartenaient pas au clergé. L'évêque des Trois-Rivières, après une épreuve de force avec le SAP, dut même abandonner sa tentative de faire attribuer à un établissement appartenant à une communauté religieuse des sommes prévues pour un sanatorium dont

une corporation laïque allait devenir propriétaire. Ajoutons que le SAP n'hésita pas à faire pression sur les autorités des hôpitaux, en usant du levier que constituaient les sommes à distribuer à même le fonds de l'Assistance publique.

Si le clergé se défendit contre les empiètements de divers intervenants sur ce qu'il considérait comme ses territoires exclusifs d'intervention, il accorda par contre son soutien à différents efforts de modernisation de l'hygiène publique. Ainsi le vit-on réclamer à Trois-Rivières la purification de l'air, et, aux côtés des politiciens conservateurs locaux, de l'eau d'alimentation. Son intérêt pour les réformes sanitaires se manifesta également par une participation occasionnelle à certaines interventions des pouvoirs publics, lui assurant de nouvelles tribunes pour propager ses idées. Dans les années 1920 particulièrement, il collabora à divers programmes d'hygiène publique, dans certains cas propices à la diffusion d'un message traditionaliste: lutte antivénéérienne à la fois d'ordres sanitaire et moral, dispensaires «gouttes de lait» où l'on encourageait les mères à se confiner dans leurs rôles traditionnels vis-à-vis des enfants tout en respectant les conceptions médicales hygiéniques de l'heure, ou distribution d'une brochure d'hygiène du nourrisson dès les années 1910 dans l'ensemble de la province à l'occasion des baptêmes. Même la mortalité élevée à la crèche trifluvienne tenue par des religieuses donna lieu à des appels moralisateurs dénonçant les mœurs dissolues qui, d'après certains, régnaient dans une partie de la population et étaient responsables à la fois de tant de naissances illégitimes et des décès subséquents. Plus globalement, le clergé professait un souci pour la conservation de la vie des enfants et des jeunes adultes (lutte antituberculeuse), notamment en vue d'étoffer les rangs des Canadiens français catholiques en Amérique. La modernisation

de l'hygiène publique apparaît ici comme un outil pour l'atteinte des grands objectifs traditionalistes nationalistes, chers également à une partie de la petite-bourgeoisie.

À Trois-Rivières, durant les années 1910, puis au début des années 1920, ce fut précisément une coalition du Parti conservateur et des clérico-nationalistes qui devint le plus actif soutien d'une modernisation de la gestion sanitaire ainsi que de l'adoption de certaines mesures préconisées par l'organisme provincial d'hygiène. Il s'agissait entre autres de confier l'administration des affaires courantes à des experts relativement autonomes vis-à-vis des élus municipaux. Notons que la montée du pouvoir des dits experts dans les administrations municipales était également favorisée, en ce qui a trait à la santé, par la définition de normes provinciales échappant à la compréhension des non-spécialistes.

En tant que promoteurs de réformes sanitaires, conservateurs et clérico-nationalistes s'associaient aux courants d'idées les plus novateurs. Ceci cadre mal avec l'image passéiste qui, partant d'analyses centrées sur le discours, a été souvent accolée à la petite-bourgeoisie québécoise. En fait, durant les années 1920, le courant de pensée traditionaliste nationaliste intégra diverses préoccupations des hygiénistes. Soulignons toutefois que l'adhésion des conservateurs trifluviens et des nationalistes aux mesures préconisées demeura partielle. Ainsi, ils firent la sourde oreille aux demandes de contrôle de la qualité des viandes vendues par les cultivateurs, de même qu'à celles concernant les maladies transmissibles par voie directe. Dans le cas des viandes, il est vrai que les traditionalistes pouvaient hésiter à s'aliéner les cultivateurs, dont ils louangeaient le mode de vie.

L'adversaire politique des conservateurs trifluviens, le Parti libéral, au sein duquel dominaient les milieux d'affaires locaux, était quant à lui prioritairement tourné vers le progrès matériel. Lors de ses passages au pouvoir, il chercha à stimuler la croissance économique de Trois-Rivières, mais s'avéra réticent à implanter des mesures d'hygiène nouvelles, ce qui lui valut des critiques véhémentes. Les Conseils de ville de Shawinigan, composés essentiellement d'hommes d'affaires, reléguèrent de la même façon les réformes sanitaires au second plan avant les années 1920. Il est à noter toutefois que la Chambre de commerce de Trois-Rivières se porta fréquemment à la défense de mesures d'hygiène, d'assainissement en particulier. Ces hommes d'affaires partageaient-ils la pensée libérale dont une étude récente a démontré l'existence au Québec au début du siècle, notamment en ce qui concerne le rôle, voulu restreint, de l'Etat? La mise en rapport du discours des journaux des milieux d'affaires avec la gestion publique des affaires sanitaires paraît ici riche de promesses.

Enfin, les réactions de groupes qui, bien que majoritaires, ne disposaient pas du pouvoir des groupes ci-dessus mentionnés, exercèrent une réelle influence sur certaines des transformations de la santé publique: travailleurs urbains et cultivateurs en particulier, qui résistèrent à l'implantation de quelques mesures d'hygiène publique. L'inégalité des différents groupes sociaux devant l'hygiène publique peut aider à expliquer ces résistances. En effet, la mise à exécution de normes devant être respectées par tous était rendue difficile par les conditions de vie du plus grand nombre: plusieurs mesures proposées par l'organisme central d'hygiène entraînaient des inconvénients beaucoup moins aisément surmontés par qui ne disposait pas d'un certain pécule. Par ailleurs, dans le cas de la prophylaxie des maladies contagieuses à transmission directe, le CHPQ instituait un corpus d'obligations en principe applicables

à tous, mais dont auraient préféré être exemptés les groupes auxquels appartenait les responsables locaux de leur mise à exécution. Comment défendre auprès de la population l'universalité de mesures auxquelles l'on entendait se soustraire?

Les principales résistances s'exprimèrent contre la réglementation touchant la production et la vente des viandes et du lait, notamment lorsqu'elle entraînait ou favorisait des modifications aux circuits d'échanges des victuailles. Les cultivateurs, fournisseurs du marché trifluvien détaillant leurs denrées à des prix inférieurs à ceux pratiqués par les marchands locaux, mais offrant des garanties également inférieures, virent les marchands de viandes trifluviens réclamer au nom de l'hygiène des transformations qui les désavantageaient. Ces marchands usaient ainsi de l'hygiène en vue de s'assurer un meilleur contrôle du marché des viandes, au détriment des cultivateurs. Pareil scénario allait se répéter durant les années 1920 en ce qui concerne le lait, une proportion croissante de celui-ci devant être acheminée vers les entreprises de pasteurisation. Les cultivateurs se trouvèrent de ce fait adversaires de réformes particulières, de même que leurs clients, recrutant massivement parmi les groupes urbains à faibles revenus et redoutant une hausse des prix alimentaires. Avant la Première Guerre mondiale, dû probablement au mécontentement populaire face à de telles mesures, on aménagea pour le lait et les viandes, aux côtés des filières d'approvisionnement traditionnelles demeurées relativement intouchées, des filières permettant à ceux qui en avaient les moyens et en voyaient l'utilité d'acheter des victuailles à risques diminués. Quant à l'inquiétude des travailleurs urbains et d'agriculteurs face aux recommandations des hygiénistes concernant le lait durant les années 1920, elle allait être exploitée à des fins électorales par des politiciens populistes, notamment par le futur premier ministre du Québec, Maurice Duplessis.

Dans l'ensemble, elle aide à expliquer les réticences des Conseils de ville quant à certaines réformes de l'administration sanitaire. Soulignons par contre que si les travailleurs urbains résistèrent à des transformations susceptibles de hausser leurs dépenses alimentaires, il semble bien qu'ils accueillirent favorablement les programmes de médecine préventive. Ces derniers, de nature non coercitive, leur facilitaient l'accès à certains services, et leur offraient la possibilité de se faire examiner par des médecins dans le cadre de programmes de dépistage.

Dans la foulée d'études menées dans d'autres pays, nous avons pu constater qu'au Québec de 1887 à 1939, les transformations socio-sanitaires se sont avérées l'expression non seulement d'une évolution des conceptions médicales, mais ont été tout autant tributaires des rapports entre les groupes sociaux, de même que de facteurs d'ordre politique ou économique. Non seulement la mise en oeuvre des projets de réformes devisés par des groupes restreints d'experts nécessitait que d'autres groupes, ou de grands décideurs tout au moins, soient convaincus du bien-fondé de ces projets ou des avantages à en retirer. Il fallait de plus qu'ils soient relayés jusque dans les localités, que des intermédiaires y exerçant quelque influence reprennent à leur compte les nouvelles idées en matière de gestion de la santé publique et convainquent leurs concitoyens de modifier leurs vues et comportements concernant la santé et les services sanitaires. Ce prolongement en milieu local des intentions de réformes nées parmi une petite élite regroupée dans les grands centres s'effectue selon toute une série de mécanismes que nous nous sommes attaché à démontrer. Que ressort-il de cet exercice?

Soulignons d'abord qu'au Québec tout au moins, les idées réformatrices apparaissent irréductibles aux grands courants idéologiques: elles les traversent, y sont intégrées ou

rejetées, utilisées, associées à d'autres thèmes, donnent lieu à des ramifications inattendues, sont parfois déformées de sorte qu'elles desservent mieux les convictions et intérêts des uns ou des autres. Tant et si bien que les traditionalistes même trouvèrent leur compte dans certaines réformes hygiénistes, allant jusqu'à les promouvoir et y participer, et les utilisant pour faire partager leurs préoccupations fondamentales: l'opposition entre, d'une part, réformes et modernisation, et, d'autre part, traditionalisme, paraît ici vide de sens. La transmission des idées de réformes par des intermédiaires locaux n'a pas suivi une trajectoire que l'on puisse associer étroitement aux grandes lignes des deux principaux courants idéologiques présents au Québec, à savoir le libéralisme et le nationalisme traditionaliste.

En fait, chacun des groupes considérés a réservé un accueil variable aux changements proposés: médecins, milieux d'affaires et commerçants locaux, Conseils de ville, fournisseurs de produits alimentaires, direction de grandes entreprises, clergé et traditionalistes, travailleurs, tous ont été, tour à tour, interpellés par l'instauration de nouvelles mesures, et y ont réagi «à la pièce» en quelque sorte. Chacun, selon la perception qu'il en avait, était donc susceptible d'appuyer des éléments de réformes précis, ou de s'y opposer. Pareille variabilité de l'accueil réservé par chaque groupe aux changements proposés eut des répercussions sur les mécanismes de relai des réformes. En effet, si les réformateurs purent compter sur certains groupes pour appuyer diverses mesures, ils durent combattre leurs réticences pour d'autres mesures et obtenir alors d'autres appuis. Il en résulte tout un jeu complexe d'alliances et de contre-alliances, suivant des configurations particulières à chaque train de réformes.

En partie dissimulées par ce chassé-croisé, se sont tout de même dégagées des tendances lourdes, présentes tout au long du demi-siècle soumis à l'étude. La plus aisément perceptible était ce processus de centralisation, très affirmé dans le secteur de l'hygiène publique où le gouvernement provincial en vint à écarter les autorités locales. Il était également présent, quoique moins manifeste, dans le secteur des services médico-hospitaliers et de l'assistance sociale, où les organisations privées gardèrent une marge de manoeuvre confortable vis-à-vis des gouvernements. L'on a vu toutefois que cette marge fut réduite par l'application de la Loi de l'Assistance publique, et que pour rajeunir, diversifier et étendre leurs services hospitaliers, les communautés religieuses durent accepter certaines contraintes. De plus, durant la crise des années trente, il y eut dans le secteur de l'assistance sociale une prise en charge par les pouvoirs publics marquée par une dépendance inédite des autorités locales envers le gouvernement de la province.

Le processus de centralisation obéissait à notre avis aux impératifs d'une normalisation des services offerts à la population. Encore là, deux profils sont perceptibles. Dans le cas de l'hygiène publique, c'est l'incapacité de l'organisme provincial d'hygiène à faire relayer efficacement ses directives, cette incapacité donc à faire mettre en vigueur par les autorités locales un ensemble de règles, de procédures devant s'appliquer à toute la province, qui explique, justifie la centralisation de la gestion sanitaire. Ainsi en 1945, une étude louera-t-elle l'uniformité des services d'hygiène publique au Québec en termes d'organisation et de pratiques au niveau local, en l'attribuant à la centralisation

effectuée par l'organisme provincial². Certes, des intermédiaires locaux parfois influents avaient apporté leur aide pour la mise en oeuvre de réformes. Mais plusieurs des normes et procédures édictées par les hygiénistes, surtout concernant les aliments et la contagion par voie directe, avaient soulevé une vive opposition dans différents milieux. Les autorités municipales, soumises à des pressions contradictoires, directement aux prises avec les protestations de groupes sentant leurs intérêts menacés, elles-même partagées sur les décisions à prendre, avaient préféré temporiser ou faire la sourde oreille, cependant que certains politiciens attisaient en l'utilisant le mécontentement populaire.

Dans les cas des services médico-hospitaliers et de l'assistance sociale, les pressions normalisatrices furent également assez fortes, croyons-nous, sans toutefois entraîner une centralisation aussi poussée (ce qui n'était que partie remise). Ceci est certainement lié en partie aux réticences des classes dirigeantes face à une mainmise éventuelle de l'État sur un secteur d'intervention qui, contrairement à l'hygiène publique, avait été traditionnellement réservé à l'initiative privée, et plus particulièrement au clergé. Il n'empêche que l'usage fait de la Loi de l'Assistance publique sous le gouvernement libéral de L.-A. Taschereau, à Trois-Rivières et à Shawinigan, laisse entrevoir une certaine volonté de laïcisation, sinon de l'administration quotidienne des services, du moins de la haute direction et de la propriété des établissements. Tout aussi déterminante nous semble-t-il que les réserves devant le rôle grandissant de l'État, est la présence chez divers intervenants locaux d'une volonté d'assurer un ajustement

² H. M. Cassidy, *Public Health and Welfare Reorganization. The Postwar Problem in the Canadian Provinces*, Toronto, The Ryerson Press, 1945, p. 368, 369 et 375.

constant aux normes nord-américaines en matière de services médico-hospitaliers: la direction des grandes entreprises entendait obtenir des soins de première ligne pour les accidentés du travail; les médecins dont le prestige était lié à celui d'une science médicale progressant rapidement voulaient disposer des équipements les plus récents; la réputation même d'un établissement était soumise à sa capacité de respecter les normes établies par une association nord-américaine de médecins, ce à quoi n'était pas insensible la direction des hôpitaux. Nul besoin donc de convaincre les autorités locales comme il fallait le faire pour l'hygiène publique, encore moins, pour le gouvernement de la province, de s'y substituer. Une simple participation financière de sa part permettrait aux établissements dispensant des services aux indigents de s'ajuster. La contribution du gouvernement, elle-même soumise au respect de certaines règles et procédures, permettrait de plus d'exercer diverses pressions sur les établissements. Cette politique laissait toutefois la porte ouverte à des écarts possiblement assez larges entre les divers établissements en ce qui a trait à l'organisation et à la qualité des services dispensés.

La volonté de normaliser la santé publique, notamment à travers une centralisation de la gestion des affaires sanitaires, trouve sa justification dans un savoir médical triomphant. Les solutions de la science étaient universelles. Les statistiques sanitaires paraissaient en montrer tant la nécessité que les effets bienfaisants: appliquées partout selon les mêmes règles, elles auraient partout les mêmes résultats. Dans cette perspective, le travail des dépositaires de ce savoir s'avérait indispensable au bien-être de la population et par conséquent à la force productive de la nation. Il convenait donc, par divers moyens, de multiplier les contacts de la population avec les professionnels de la santé, ce à quoi s'employa le gouvernement de la province durant l'entre-deux-

guerres en stimulant la fréquentation des hôpitaux et en lançant de vastes programmes de médecine préventive: l'État devenait promoteur de la médicalisation de la société québécoise. Cette trame du discours sanitaire dominant fonde une bonne partie des réformes survenues au Québec dans les secteurs de l'hygiène publique, des services médico-hospitaliers et même de l'assistance sociale, de la dernière décennie du XIX^e siècle jusqu'à 1929. Quelque peu éclipsée durant la crise, elle allait cependant réapparaître considérablement renforcée durant la Seconde Guerre mondiale, alors que le bon état de santé de la population deviendrait l'un des outils visant à soutenir l'effort de guerre. Mais cela déborde de la période pour laquelle nous avons étudié la santé publique dans deux villes du Québec, Trois-Rivières et Shawinigan.

La démarche adoptée pour cette recherche sur la santé publique au Québec, celle d'une double étude de cas, s'est avérée fructueuse à plus d'un égard. Limiter le terrain d'enquête à deux localités urbaines a permis de mettre en lumière avec netteté nombre de phénomènes qui, d'un point de vue provincial ou national, seraient demeurés dissimulés, noyés. Les prises de position des principaux leaders, les discours les plus largement diffusés s'imposent au chercheur dès le premier abord et suggèrent, s'ils ne sont mis en perspective à l'aide d'autres matériaux d'analyse, ce qui se présente comme l'emprise d'un ou de quelques grands courants d'idée homogènes. C'est ainsi que des pans majeurs de l'histoire du Québec pour la première moitié du XX^e siècle, et notamment l'histoire de son système de santé, ont pu longtemps être réduits à la domination d'un groupe aux conceptions passéistes, conservatrices, parvenu jusqu'à la Seconde Guerre mondiale ou même la décennie 1960 à contenir les velléités progressistes qui se firent jour. Mais dès lors que l'on quitte les paliers du national ou du provincial, et que l'on en descende jusqu'à camper le point de vue en milieu local,

les apparentes cohésions perçues aux échelons supérieurs se fragmentent et laissent place à une complexité autrement insoupçonnée. Cette complexité a été l'un de nos premiers constats lors de la préparation des principaux dossiers relatifs à l'hygiène publique à Trois-Rivières et à Shawinigan, aux services hospitaliers, etc. Il restait alors, partant de nombreux éléments apparemment épars au sein d'un panorama tourmenté, à repérer des régularités, dégager des tendances, distinguer des processus.

L'image ainsi recomposée du domaine sanitaire au Québec de la fin du XIX^e siècle à 1939 comporte des retouches majeures. Non la moindre est cette diversité mise en évidence à chaque étape de l'analyse, diversité qui ne cadre pas avec une historiographie qui a fait de la santé au Québec un domaine où le pouvoir aurait été monopolisé par le clergé et la petite-bourgeoisie clérico-nationaliste, et où les transformations consenties auraient été conformes à des vues essentiellement traditionalistes. C'était oublier, ou ignorer, que les réformes sanitaires représentèrent d'importants enjeux pour tous les groupes de la société, et que par conséquent elles furent soumises à des interventions originant de toutes parts. La seule liste de ceux qui exercèrent une influence sur l'adoption ou l'application de nouvelles mesures dans le secteur de l'hygiène publique témoigne de cette diversité: organismes fédéraux et provinciaux, municipalités, partis politiques et politiciens, regroupements professionnels ou sur la base d'intérêts communs, organismes philanthropiques et de loisirs, grandes entreprises, clergé, médecins, ingénieurs, producteurs agricoles et commerçants de produits alimentaires, travailleurs urbains.

Comment, dans le secteur hospitalier, a-t-on pu négliger à ce point le rôle de la grande entreprise, la formation d'un réseau de petits hôpitaux indépendants du clergé

catholique malgré son opposition, les difficultés de ce dernier à canaliser la clientèle payante vers ses propres établissements? Comment, d'une loi pourtant aussi contestée par les clérico-nationalistes que la Loi de l'Assistance publique, n'a-t-on pu voir essentiellement que l'instrument d'un maintien du système hospitalier traditionnel, alors même que son application sapait l'autorité du clergé et réduisait l'étendue de son contrôle sur la propriété des établissements, et que les fonds de l'Assistance publique alimentaient la modernisation et l'extension des infrastructures hospitalières? C'est que, dans un cas comme dans l'autre, l'on n'a perçu ou retenu que ce qui émergeait sur la scène provinciale, c'est-à-dire les débats les plus controversés, et omis les changements débattus uniquement à l'échelle régionale ou locale, ou peu débattus soit parce qu'ils étaient déjà occultés à l'époque, soit parce qu'ils étaient tout bonnement acceptés, passés dans la pratique. Pour ne se révéler que lors de l'étude de cas, ces différents phénomènes n'en sont pas moins selon toute vraisemblance présents ailleurs au Québec.

Dépasser le champ d'études séduisant du discours, des grandes idées et des vastes projets, le soumettre à l'épreuve du quotidien de la mise en oeuvre, des réformes effectives, des interventions qui affectent vraiment les populations, tel était l'un de nos objectifs que seule l'étude de cas devait permettre d'atteindre. Et de fait, il est apparu que bien souvent les enjeux ne deviennent discernables qu'à ce niveau d'analyse, dans l'implantation même des réformes, et ce à travers la nature et l'intensité des réactions qu'elles suscitent, l'usage que certains en font à des fins souvent autres que sanitaires, la plus ou moins fidèle application locale des directives émanant de paliers supérieurs de gouvernement. Que dire, par exemple, de la campagne pro-hygiéniste menée par des commerçants locaux avides d'étendre leur contrôle sur le marché de l'alimentation

aux dépens des cultivateurs, dont le mécontentement sera exploité et même attisé par d'habiles politiciens? Que dire aussi de la résistance quasi généralisée face aux mesures de contrôle de la contagion directe jusqu'à 1919, mesures que soutient par contre la direction des grandes entreprises? L'incapacité ou les difficultés à imposer ces mesures, de même que d'autres, n'expliquerait-elle pas en partie la réorientation des politiques socio-sanitaires survenue au début des années 1920 en Amérique du nord? Cette réorientation mettait l'accent, précisément, sur l'information, l'éducation populaire et des programmes de médecine préventive non coercitifs adressés aux groupes à faible revenu. L'examen des réactions à l'implantation des réformes nous permet de la sorte de réintroduire ces groupes parmi ceux qui ont contribué à façonner le système de santé, ne serait-ce que par une résistance filtrant les mesures mal acceptées, fixant des limites dont les concepteurs des réformes devaient bien tenir compte dans leurs stratégies.

En restreignant l'envergure du terrain d'enquête, nous souhaitions aussi prendre en compte diverses perspectives d'analyse et notamment suivre, outre l'évolution des services, celle de l'état sanitaire de la population en vue d'évaluer l'impact des mesures adoptées. Ceci, évidemment, était plus réalisable dans le cadre d'une enquête portant sur deux villes plutôt que sur des ensembles trop vastes pour être homogènes quant au rythme des réformes. Vu la multiplicité des facteurs agissant sur l'évolution de la mortalité, en raison aussi de contraintes liées à la précision et à l'exactitude des données disponibles, il s'est généralement avéré difficile d'en arriver à des conclusions bien tranchées. Nous avons pu montrer cependant comment les statistiques de mortalité pouvaient être intégrées aux débats locaux concernant la mise en place des services, interprétées et contre-interprétées, utilisées pour souligner les mérites des uns et des

autres. De cette partie de l'enquête ressort également un appel à la prudence dans l'usage des données de mortalité, particulièrement lorsqu'il s'agit de comparer la mortalité infantile au Québec à celle observée en d'autres endroits: les particularités de la cueillette des informations au Québec induisent à notre avis des biais importants, peut-être même susceptibles d'expliquer en bonne partie la surmortalité infantile québécoise (voir à ce sujet l'annexe). Si cette hypothèse devait s'avérer juste, c'est à tout le moins une réévaluation de l'infériorité sanitaire des Québécois francophones durant la première moitié du siècle, un constat qui se dégage à la lecture des statistiques démographiques publiées et de travaux de recherche concernant surtout Montréal³, qui devrait être effectuée. Pareille réévaluation pourrait aller de pair avec la remise en question d'une autre idée reçue mise à mal dans cette thèse, à savoir que le Québec tardait à se mettre à l'heure des grands courants d'idées internationaux en matière de santé: bien qu'une étude comparative paraisse ici nécessaire pour conclure de façon décisive, cette affirmation nous est apparue erronée.

L'étude de cas, même double, a toutefois ses limites. Certes, en général, il s'est avéré possible d'intégrer l'évolution des services locaux à un schéma plus vaste. Ainsi, dans le secteur de l'hygiène publique où les processus de centralisation et de normalisation sont très marqués, les particularités trifluviennes ou shawiniganaises apparaissent le plus souvent comme des variantes de rythme ou de modalités d'un même ensemble de changements, plutôt que comme des différences fondamentales. Certaines questions

³ Voir par exemple Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 1978; Martin Tétreault, *L'état de santé des Montréalais, 1880-1914*, Regroupement des chercheurs-chercheuses en histoire des travailleurs et travailleuses du Québec, 1991; 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.

n'en demeurent pas moins en suspens. Par exemple, le rôle plus affirmé de la grande entreprise à Shawinigan est-il caractéristique des villes de ressources (comme dans la ville voisine de Grand-Mère où l'hôpital appartenait à une grande entreprise)? Dans quelle mesure un réseau d'hôpitaux indépendants du clergé s'est-il développé hors de la Mauricie? Les tensions entre les médecins de l'Hôpital Saint-Joseph et la communauté propriétaire de l'établissement sont-elles exceptionnellement vives dans le contexte québécois? Les prises de position de politiciens conservateurs trifluviens et du clergé en faveur d'une gestion plus rigoureuse de l'hygiène publique par la municipalité constituent-elles une particularité locale? Ces questions montrent bien que du point de vue trifluvien et shawiniganais, il n'est pas possible de prendre la mesure, à l'échelle de la société québécoise, de divers phénomènes dont notre démarche a eu le mérite de révéler l'existence.

Soulignons enfin que l'étude des particularités locales peut ouvrir sur des perspectives beaucoup plus larges. Nous avons longuement examiné deux événements qui dans le contexte trifluvien revêtaient une importance majeure, mais étaient manifestement uniques au Québec: la crise de la mortalité infantile durant les années 1930 à Trois-Rivières et l'expérience du Centre de démonstration de lutte antituberculeuse. Dans un cas comme dans l'autre, les enseignements que nous avons pu en tirer dépassaient largement l'horizon trifluvien. Conçu comme un exemple pour l'ensemble du Canada, le centre de démonstration mené par le SPH et l'Association canadienne antituberculeuse témoignait en effet des conceptions les plus avancées de l'époque dans la lutte contre la tuberculose, et constituait en matière de gestion sanitaire un avant-goût de la centralisation plus poussée de l'hygiène publique caractéristique des unités sanitaires. Quant au triste bilan de la mortalité trifluvienne durant les années 1930, les

débats qu'il a entraînés font bien ressortir le rôle normalisateur qu'assumait alors l'organisme provincial d'hygiène en surveillant l'état sanitaire des populations et en contraignant les autorités des localités fautives à adopter les mesures propres à faire rentrer celles-ci dans le rang.

Comme toute recherche en histoire, celle-ci aurait bénéficié de travaux supplémentaires réduisant les zones d'ombre autour du matériau retenu pour l'analyse. Terminons donc en lançant quelques pistes d'investigations que nous avons été tenté d'emprunter. A bien des moments, il aurait paru utile de comparer la situation au Québec ou dans les villes étudiées avec celles d'autres villes, d'autres lieux. Bien qu'aucune démarche systématique en ce sens n'ait été entreprise, nous avons à divers moments constaté que ce que l'on a désigné comme des "retards" du Québec était partagé en bien d'autres endroits. À titre d'exemple, mentionnons que la seule lecture du rapport de C. A. Chapin sur les systèmes d'hygiène publique des états américains laisse songeur: combien d'états y paraissent sous-organisés par rapport au Québec⁴. Il reste également à expliquer pourquoi les taux de mortalité au Québec demeurent durant toute cette période plus élevés que ceux publiés pour les États-Unis (pour les états américains où existaient des statistiques sanitaires), ou pour la plupart des autres provinces du Canada, et tout particulièrement les taux de mortalité infantile et par tuberculose. Avant même de chercher à répondre à cette question, il conviendra cependant de mieux étayer l'affirmation qui la sous-tend: tenir compte des structures des âges respectives des

⁴ C. V. Chapin, *A Report on State Public Health Work Based on a Survey of State Boards of Health*, Chicago, American Medical Association, 1916. D'après A. R. Lesser, en 1920, seuls 30 États américains avaient un système d'enregistrement des naissances: l'on ne pouvait donc dans les autres États obtenir des statistiques de mortalité infantile. Voir «The Origin and Development of Maternal and Child Health Programs in the United States», *American Journal of Public Health*, 75, juin 1985, 590-598.

populations à l'étude, du risque plus élevé de transmission de maladies contagieuses parmi les enfants de familles nombreuses, évaluer le sous-enregistrement des naissances et des décès infantiles tant dans les pays choisis pour comparaison qu'au Québec, les fiabilités respectives et la comparabilité des données sur les causes de décès, par conséquent examiner les différents systèmes de cueillette des données, etc.

En ce qui a trait au système hospitalier, l'absence de données statistiques de base ne manque pas d'étonner. Il faudrait par exemple réunir les données permettant de suivre l'évolution du nombre d'hôpitaux, de lits d'hôpitaux et d'hospices disponibles dans les régions de la province, celle de la fréquentation de ces établissements, celle de l'affectation du personnel médical et infirmier, celle du financement des divers types d'hôpitaux; ou bien effectuer une étude sur une large échelle de l'application de la Loi de l'Assistance publique, en particulier de l'usage des fonds, visant notamment à mieux apprécier la prise en charge par le gouvernement non seulement du financement de soins, mais également du rajeunissement et de l'extension du réseau hospitalier; ou encore choisir quelques établissements aux archives particulièrement bien tenues et scruter l'évolution de la clientèle. En fait, si l'on connaît de mieux en mieux les dates des événements les plus marquants dans le domaine hospitalier, l'on cherche en vain des travaux qui présenteraient les séries pourtant les plus indispensables à l'identification des grandes tendances, à la mesure de phénomènes dont certains paraissent certes évidents alors que d'autres sans doute nous échappent, à la comparaison avec ceux des pays où de telles statistiques sont disponibles.

Il faudrait de même se pencher avec minutie sur l'hygiène publique en milieu rural et de colonisation. En cours de recherche, nous avons découvert que rapidement, le Conseil

d'hygiène de la province a cherché à transformer les habitudes d'hygiène des paysans, que le contrôle hygiénique de l'approvisionnement alimentaire des villes avait des incidences importantes sur le travail des agriculteurs et la vente de leurs produits, que toute une partie des rapports annuels de l'organisme central et des archives qu'il produisit apporte nombre d'informations sur ses interventions hors des villes. Il s'agit là d'un domaine de recherche négligé pour la première moitié du XX^e siècle, non seulement ici au Québec mais également dans la littérature d'histoire de la médecine produite hors Québec.

Enfin, l'activité d'hygiène publique des principales compagnies d'assurances mériterait que l'on s'y attarde. Tant à Trois-Rivières qu'à Shawinigan, elles ont participé à diverses campagnes, les clients de compagnies d'assurances-vie recevaient de l'information sous la forme de brochures dont certaines furent d'ailleurs aussi distribuées par au moins une grande entreprise à Shawinigan. De plus, elles paraissent avoir joué un rôle dans le processus de normalisation, particulièrement en adoptant des échelles de tarification tenant compte des risques encourus selon les lieux: par exemple, la classification par ces compagnies des systèmes d'alimentation d'eau des municipalités encourageait les Conseils de ville et les propriétaires à les améliorer de sorte qu'ils respectent les normes d'experts sur lesquelles était basée la classification. Qu'en est-il au Québec des régimes privés d'assurance-santé devant couvrir les frais d'hospitalisation ou de consultations médicales durant la première moitié du XX^e siècle, quelle proportion de la population urbaine et rurale souscrivit à ce type d'assurances, quelle influence ces compagnies intéressées au bon état de santé de leurs clients ont-elles eue sur le développement de la santé publique, les réponses à de telles

questions résident probablement dans les archives des compagnies d'assurances actives dans la province.

Tout autour du territoire de recherche exploré, subsistent donc des zones d'ombre où s'aventureront sans doute d'autres historiens qu'intéresse le renouveau de l'histoire de la médecine au Québec. En y explorant les principales transformations de la santé publique de la dernière décennie du XIXe siècle à la Seconde Guerre mondiale, en recourant aux perspectives ouvertes par nombre de recherches hors Québec, en remettant en cause aussi certaines idées reçues de notre historiographie, nous croyons avoir apporté ici une contribution à ce renouveau.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Sources

Archives municipales

Hôtel de ville de Trois-Rivières.

- Procès-verbaux des réunions du Conseil: série de registres indexés. Les documents mentionnés dans les procès-verbaux n'y sont que rarement transcrits, mais plusieurs peuvent être trouvés dans les procédés du conseil ou dans la documentation du Comité Permanent.
- Procédés du Conseil: pièces diverses dans des boîtes classées par mois: lettres du Conseil d'hygiène de la province, rapports de l'inspecteur sanitaire, du Bureau d'hygiène, du Comité de santé ou du médecin de santé de la ville, de l'ingénieur municipal, requêtes et plaintes de citoyens, etc.
- Comité permanent: pièces diverses dans des boîtes classées par mois. Il s'agit de documents qui n'ont pas été acheminés jusqu'au Conseil de ville. Une des fonctions du Comité permanent est de préparer les réunions du Conseil.
- Règlements de la municipalité.

Documentation rapatriée des Archives nationales du Québec à Trois-Rivières.

- Procès-verbaux des réunions du Comité du *Centre de Démonstration de la tuberculose*: on y trouve un petit historique des événements qui ont mené à la création du Centre, des articles de journaux, une brochure du Centre et les procès-verbaux du 07/08/1923 au 17/04/1931.
- Procès-verbaux des réunions du Comité de l'*Oeuvre des Dispensaires*: comprend des articles de journaux, une lettre, l'état des finances pour 1924 et 1925, un historique de la lutte antituberculeuse à Trois-Rivières avant 1923, et les procès-verbaux du 28/03/1923 au 08/06/1927.
- Acte d'incorporation de l'*Institut d'Hygiène Sociale des Trois-Rivières*, en date du 05/02/1936.
- Divers actes notariaux, dont une convention entre l'Institut d'Hygiène Sociale des Trois-Rivières et la Chambre de Commerce des Jeunes de Shawinigan, et une convention avec la Chambre de Commerce des Jeunes de Grand-Mère.

- Semaine de Santé de la Cité des Trois-Rivières (8 au 15 octobre 1922): album dans lequel sont rassemblés les articles de journaux traitant des activités de la semaine. Le bilan des dépenses et le programme sont annexés.
- Rapports des maladies contagieuses, 1927-1938 : un registre donnant la date, le nom du malade, son adresse, la maladie, le nom du médecin ayant fait rapport, le nom du laitier, l'école fréquentée.
- Rapports annuels du médecin du Bureau d'Hygiène local pour les années 1915, 1919, 1920 et 1921. Glissés dans le registre mentionné ci-haut. Les rapports des autres années peuvent être trouvés dans les Procédés du Conseil municipal ou du Comité Permanent.
- Bureau de Santé, Registre des décès de la Cité des Trois-Rivières, 1924-1937 : donne, mois par mois, les nom, âge, sexe, nationalité, religion, état civil, profession, date du décès, durée de la maladie, causes de la mort primaire et immédiate, nom du médecin, hôpital. Ce document consulté aux Archives nationales du Québec à Trois-Rivières n'a pu être repéré parmi la documentation rapatriée à l'hôtel de ville, où il devrait se trouver maintenant.
- Rapport du Comité spécial formé pour lutter contre l'épidémie d'influenza en 1918.

Hôtel de ville de Shawinigan (et bibliothèque municipale)

- Procès-verbaux des réunions du Conseil de ville de Shawinigan.
- Règlements municipaux.
- Rapports annuels du gérant de la cité de Shawinigan à partir de 1923.
- Documents divers rassemblés par Fabien Laroche, ancien bibliothécaire.
- Bulletin paroissial de Shawinigan*: publiées mensuellement de 1925 à 1958 par un regroupement des paroisses de Shawinigan, ces brochures donnent le relevé des baptêmes, mariages et sépultures, ainsi que les résultats des recensements annuels paroissiaux et des renseignements divers sur les activités en ville. Il est parfois question d'hygiène.

Archives gouvernementales

Archives Nationales du Québec, à Québec.

Fonds des Affaires municipales {cote du fonds: E0007}

Ce fonds contient les archives du CHPQ, de sa création en 1877 jusqu'à ce qu'il soit remplacé en 1922 par le SPH. Certaines archives de ce dernier organisme font également partie du fonds, et sont intégrées dans la documentation du CHPQ. Les numéros d'articles (c'est-à-dire de boîtes) indiqués sont nécessaires pour trouver les cotes de localisation dans les voûtes.

-Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

- Procès-verbaux des réunions du Conseil d'Hygiène, 1889-1922. Couvre en fait du 25/08/87 au 4/02/1927. Trois volumes sans index. Présentent les décisions du Conseil. [ARTICLE 102]
- Rapports d'inspections et décisions du Conseil, 1887-1922, devient Rapports d'inspections et décisions du directeur du SPH, 1922-1936, puis Rapports d'inspections et décisions du ministre. La série se termine en 1963. Un registre par année, indexé par municipalités. [ARTICLES 132 à 161]
- Correspondance envoyée: originaux et copies, 1887 à 1922. Chaque registre contient un index par municipalités. [ARTICLES 103 à 130]
- Correspondance envoyée: SPH 1922-1924 [ARTICLE 131].
- Index de la correspondance entre le Conseil et les municipalités: couvre fin 1914 à environ 1925. Concerne donc également le SPH, sous la direction duquel l'index a été fait. A peu près 180 références concernent la ville de Trois-Rivières. L'index renvoie aux deux items relevés ci-haut sous le titre Correspondance envoyée. [ARTICLE 168]
- Casier sanitaire des municipalités, 1907-1908*. Petit recueil contenant des indications d'ordre sanitaire sur les municipalités: type d'aqueduc et pourcentage de la population desservie, système d'égoût et pourcentage de la population desservie, pourcentage de "water closets" et de fosses fixes...[ARTICLE 167].
- Circulaires, 1887-1914. Un registre contenant un exemplaire des circulaires envoyées aux municipalités ou à d'autres intervenants, avec les documents annexes: règlements, programmes de congrès, questionnaires, brochures, statistiques... [ARTICLE 165].

-Fonds des Affaires Sociales. {cote générale du fonds: E0008}

Ce fonds contient les archives du ministère de la Santé créé en 1936, et renferme également de la documentation du SPH et du CPHQ. Le fonds est peu organisé, et les outils de recherche insuffisants.

-Division de la tuberculose, 1908-1968. [16 boîtes, ARTICLES 253 à 268].

La division de la Tuberculose est créée en 1938 au ministère de la Santé. Ses archives contiennent de la documentation remontant jusqu'à 1908. Aucun inventaire ou index ne permet de s'orienter dans le fonds, où l'on trouve beaucoup de correspondance, des rapports annuels des organismes relevant de la division, des documents divers.

- Correspondance des médecins, 1929-1956 [ARTICLE 257], 1937-1962 [ARTICLE 258].
- Oeuvre du Placement Familial (1 chemise). Contient un bref bilan chiffré d'activités pour Trois-Rivières. [ARTICLE 256]

-Rapports annuels des cliniques, entre 1937 et 1968. [ARTICLES 263-264-265-266-267]

-Unités Sanitaires, 1923-1976. [26 boîtes]

Contient de la correspondance échangée entre le service chargé des unités sanitaires et celles-ci, ou divers intervenants (particuliers, municipalités). Contient également des pièces diverses. La documentation de chaque unité est rassemblée dans des chemises, et rangée par ordre chronologique.

-U.S. de Trois-Rivières: 1937-1972, une boîte complète [ARTICLE 1111].

-U.S. du comté de Saint-Maurice, 1932-1971 [ARTICLES 825 et 826].

-Hôpitaux du Québec. [24 boîtes]

Cette série de boîtes contient surtout de la correspondance échangée entre les services gouvernementaux, les hôpitaux et divers individus ou organismes:

-l'Hôpital Cooke [Article 13]

-l'Hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan [Article 9]

-l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières [Article 12]

Autres fonds

-Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux, 1942, présidée par Arthur Lessard, *Etude sur la situation financière des institutions reconnues d'assistance publique* (Léo Gervais). [E-26-34, ARTICLE 171]

Archives Nationales du Canada

-Fonds de l'Association Canadienne antituberculeuse, 1901-1940.

-Dominion Council of health, minutes, de 1919 à 1939.

Palais de justice de Shawinigan

-Registres d'état civil pour Shawinigan de 1901 à 1917.

Archives des hôpitaux

Hôpital Cooke de Trois-Rivières

-Bureau de l'archiviste médicale: série complète des rapports annuels de l'hôpital.

-Bureau du directeur général du centre hospitalier

Procès-verbaux de la Corporation de l'Hôpital Cooke

-Vol. -I-: 11/09/1925 à 20/10/1929.

- Vol. -II-: 21/10/1929 à 10/02/1936. Contient un index manuscrit des trois premiers volumes.
- Vol.-III-: 02/1936 à 06/1945.

-Bibliothèque médicale

- Un travail considérable a été fait dans les journaux, afin de repérer, de reproduire et de rassembler les articles concernant, surtout, l'hôpital Cooke. Six recueils ont été ainsi constitués. Dans chacun, une liste des articles reproduits en fournit les titres, par ordre de dates.

Extraits de journaux, 1923-1983

Extraits de journaux, 1940-1986

Extraits de journaux locaux sur l'hygiène, 1922-1941.

- Historique du Centre Hospitalier Cooke, 1922-1966* : cahier anneau contenant de la correspondance (1926 à 1931) relative aux taxes municipales, aux subventions, à l'aqueduc, aux égoûts et au chemin d'accès à l'hôpital. Divers documents.

- Une série d'albums de photographies, représentant des groupes (personnel, visites de personnages importants, etc), des individus, des activités diverses (soins aux patients, loisirs de ceux-ci), les bâtiments de l'hôpital, etc.

-Chemise Corporation :

Un exemplaire du contrat de Convention entre la Corporation de l'Hôpital Cooke et La Congrégation des Filles de Jésus , en date du 19/12/1929.

Une copie des Lettres Patentes initiales de la corporation L'Hôpital Cooke Limitée, 28/09/1925.

Une copie des Lettres Patentes Supplémentaires, par lesquelles le nom devient La Corporation de l'Hôpital Cooke, 14/05/1929.

Formulaire Convention entre le bureau de direction de la Corporation de l'Hôpital Cooke et le docteur...définissant les droits et devoirs des médecins engagés, et les obligations de la corporation envers ceux-ci.

- Cahier anneau rouge *Finance et règlement de la corporation de Cooke*, contenant deux chemises:

Chemise *Finance* : index thématique, qui renvoie aux volumes des procès-verbaux des réunions des membres de la corporation.

Chemise *Règlements de la Corporation de Cooke*, probablement en 1940 ou 1941. On donne, pour chaque règlement et ses amendements, la référence dans les procès-verbaux des réunions des membres de la corporation.

- Chemise *Historique du Centre Hospitalier Cooke*. Contient une chronologie pour l'hôpital et un court travail intitulé *Historique de l'hôpital Cooke*.

- Chemise *Médecins* : notices biographiques de différents individus ayant joué un rôle important pour l'hôpital Cooke. Une lettre du premier ministre Duplessis au

docteur Beaudoin (1947). Récit d'un voyage du docteur Beaudoin en Europe pour assister à un congrès international sur la tuberculose.

- Chemise *Sanatorium* : diverses informations en 1930-1931, trois brochures de l'hôpital, une de type publicitaire et les deux autres de règlements (personnel et patients), nécrologies de O.-E. Desjardins, une lettre d'un ingénieur-hygiéniste à la corporation de l'hôpital, salaires payés aux médecins, document *Notes sur l'organisation actuelle de l'hôpital-sanatorium Cooke des Trois-Rivières* en 1948.

Archives de la Congrégation des Filles de Jésus, maison-mère de Trois-Rivières. (Hôpital Cooke)

- Fonds de l'hôpital Cooke (23025): deux boîtes, contenant des chemise identifiées.

Chemise 02: correspondance. Divers, dont lettres en 1926 et en 1929 de la Corporation de l'Hôpital Cooke, demandant à la congrégation de prendre en charge l'administration de l'hôpital.

Chemise 03: liste d'articles de journaux de 1925 à 1974 concernant l'hôpital Cooke.

Chemise 10: transcription du contrat intervenu entre la Corporation de l'Hôpital Cooke et la Corporation des Filles de Jésus, confiant l'administration de l'établissement aux Soeurs, le 19/12/1929.

Soeurs de la Charité d'Ottawa, Maison-mère, Ottawa. (Hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan)

- Chroniques communautaires.
- Minutes du conseil d'administration.
- Spicilège 1931-1959.
- Règlement du bureau médical, 1937.
- Règlement de l'hôpital Sainte-Thérèse, 1937.
- Correspondance.

Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières

- Sources manuscrites

Archives des services professionnels. Procès-verbaux du Comité médical, 1890-1960.

Archives des Soeurs de la Providence, Trois-Rivières. Chroniques de la Communauté, 1864-1984. Six volumes de 1852 à 1954. Donne des informations sur l'évolution de l'activité des soeurs dans la ville et l'hôpital.

-Sources imprimées

Constitution et règlements de l'hôpital Saint-Joseph des Trois-Rivières. Trois-Rivières, Presses à vapeur du Trifluvien, 1891, 11 p.

Autres archives

Archives du Séminaire de Trois-Rivières.

-Association Médicale du District de Trois-Rivières, procès-verbaux des réunions, du 29/5/1901 au 28/10/1901 et du 06/03/1905 au 24/04/1913.

-Analyses bactériologiques de l'eau de Trois-Rivières, en 1901 et en 1902.

Centre d'archives d'Hydro-Québec à Montréal

Les archives de la compagnie Shawinigan Water and Power sont conservées à cet endroit.

-Procès-verbaux du conseil d'administration de SWPC.

-Etats financiers du Shawinigan Falls General Hospital pour les années 1911-1912 à 1916-1917.

-*Report of Dr. Cross in Connection with Report for Year 1914 for Shaw. Falls General Hospital..*

-*Shawinigan Falls Housing Survey for Shawinigan Falls (Quebec) Housing Committee*, juillet 1918, rapport préliminaire du Independence Bureau de Philadelphie concernant la situation du logement à Shawinigan.

Archives religieuses

-Cahiers de prônes. Ceux de la paroisse Saint-Pierre de Shawinigan ont été consultés pour les années 1917-1922. Ils contiennent des informations sur l'implication du curé dans diverses associations charitables, ainsi que sur l'organisation des secours lors de la crise économique du début des années vingt, et fait état de la progression de l'épidémie d'influenza de 1918 de même que des mesures prises.

Publications

Journaux

-*Le Bien Public*, 1909-1939.

-*Le Courrier de Grand-Mère*, 1909-1911.

- Le Devoir*, 1910-1939.
- L'Echo du Saint-Maurice*, 1917-1939.
- L'Éveil*, 1918.
- L'Industriel*, 1906-1908, 1914.
- Le Nouveau Trois-Rivières*, 1908-1917.
- Le Nouvelliste*, 1920-1939.
- La Revue de Shawinigan Falls/Shawinigan Falls Review*, 1921-1939.
- The Saint Maurice Valley Chronicle*, 1920-1928, 1933-1939.
- The Shawinigan Standard*, 1933-1939.
- Le Trifluvien*, 1888-1908.

*Revue*s

- L'Action française*, 1917-1928.
- Journal d'hygiène populaire*, 1884-1895.
- Revue trimestrielle canadienne*, 1915-1939.
- L'Union médicale du Canada*, 1872-1939.

Publications du gouvernement fédéral

- Directory of Hospitals in Canada*, 1931, 1933.
- Journal des débats*, consulté pour une «Discussion d'une résolution relative à la pollution des eaux navigables», 17 mars 1914.

BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE. *¹ *Recensement du Canada*. Décennal, pour les années 1851 à 1941.

BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE. *List of Hospitals Operating in Canada*. Ottawa, Dominion Bureau of Statistics, 1944 (1942).

BUREAU DE LA STATISTIQUE, *Statistiques vitales*, pour les années 1926 à 1939, Ottawa.

¹ Le sigle * dans cette section indique que le titre exact peut varier au fil des ans.

BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE. *Classification internationale des maladies, adaptée. Huitième révision.* Deux volumes. Ottawa, Division de la santé et du bien-être, section de la santé publique, 1971.

COMMISSION DE LA CONSERVATION. *Systèmes de distribution d'eau en Canada.* Informations compilées par L.-G. Denis. Ottawa, The Mortimer Co, 1912. 125 p.

COMMISSION DE LA CONSERVATION. *Services d'eau et systèmes d'égouts du Canada,* Informations compilées par L.-G. Denis, Ottawa, The Mortimer Co, 1916. 206 p.

COMMISSION DE LA CONSERVATION DU CANADA. Rapports des assemblées annuelles de la Commission, 1910-1919.

COMMISSION ROYALE DES RELATIONS ENTRE LE DOMINION ET LES PROVINCES. *Rapport de la commission royale des relations entre le Dominion et les provinces (3 volumes).* Ottawa, 1940.

DOMINION BUREAU OF STATISTICS. *A Directory of Hospitals in Canada, 1939,* Ottawa, Imprimeur du roi, 1941.

MINISTÈRE DES PENSIONS ET DE LA SANTÉ NATIONALE. Série de brochures et de petits livres désignés comme "Les petits livres bleus", dont:

Le livre des mères canadiennes, collection Santé nationale, no 2, Ottawa, J.-O. Patenaude, 1934. 274 p.

COUTURE, Ernest. *La mère canadienne et son enfant.* Ottawa, ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social, 1949 (révision). 255 p.

MACMURCHY, Helen. *Maman. Une brochure pour les femmes,* collection Santé nationale, no 38, Imprimeur du roi, 1928. 44 p.

-Des données sur la mortalité dans plusieurs villes du Canada peuvent être trouvées en annexe aux rapports du ministre fédéral de l'Agriculture pour les années 1885 à 1891 (Documents de la Session). Nous les avons utilisées pour Trois-Rivières pour les années suivantes:

Résumé des rapports de la statistique mortuaire, pour 1888.

Statistique mortuaire des principales villes du Canada, pour 1889.

Rapport de la statistique mortuaire dans les principales villes du Canada, pour 1890.

Rapport de la statistique mortuaire recueillie dans les principales villes du Canada, pour 1891.

Publications du gouvernement du Québec

-Rapports annuels du CHPQ, du SPH et du Ministère de la Santé. Documentation très intéressante, contenant les rapports des différentes "divisions" (par exemple les divisions de l'épidémiologie, de l'inspection générale, etc). Donnent entre autres des statistiques de mortalité.

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC. **Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec.* 1887-1895 et 1895/1896-1921/1922.

SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE. *Rapport annuel du Service provincial d'hygiène de la province de Québec pour l'année...* 1922/1923-1926/1927.

SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE. *Rapport du Service provincial d'hygiène de la province de Québec pour l'année...* 1927/1928-1928/1929.

SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE. *Rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année...* 1929/1930-1934/1935.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Premier rapport annuel du ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1935 à 1941,* Québec, Imprimeur du roi, 1944. 248 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Deuxième rapport du ministère de la Santé pour les années 1941, 1942 et 1943,* Québec, 1945. 366 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Troisième rapport du ministère de la Santé pour les années 1944, 1945 et 1946,* Québec, 1946. 401 p.

Annuaire statistique. Publié annuellement pour la Province de Québec depuis 1914, d'abord par le Bureau de la statistique du Secrétariat de la province, puis par d'autres organismes gouvernementaux.

**Rapport du directeur de l'Assistance Publique pour l'année...* 1923-1937. Des statistiques relatives aux divers organismes relevant de l'Assistance Publique peuvent y être trouvées, entre autres sur les hôpitaux.

**Statuts de la province de Québec = Statutes of the Province of Quebec,* Québec : Imprimeur de la Reine, 1880-1945.

**Les Statuts refondus de la province de Québec...* publiés en 1888, 1909, 1925 et 1941.

ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE. **Débats de l'Assemblée législative du Québec,* Texte établi par Marcel Hamelin, débats reconstitués à partir des journaux de l'Assemblée législative et des chroniques parlementaires contenues dans les journaux du temps, de 1867 à 1907.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *Trentième congrès annuel. Association canadienne de santé publique. Québec 9-10 et 11 juin 1941.* Ministère de la santé et du bien-être social, 1941.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR L'ASSISTANCE PUBLIQUE. *Rapport du comité d'étude sur l'assistance publique.* juin 1963

COMMISSION ROYALE DE LA TUBERCULOSE. *Rapport de la Commission royale de la tuberculose.* Québec, 1909-1910. 161 p.

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, *Sauvons nos petits enfants. Conseils élémentaires aux mères de familles,* s.d. 12 p.

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC. *Bulletin Sanitaire.* Bulletin mensuel publié de 1901 à 1946 par le CHPQ d'abord, puis par le SPH et le MS.

- CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC. *Compte rendu de la première convention annuelle des services sanitaires de la province de Québec*, 1908, 73 p.
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC. *Compte-rendu de la 8e convention annuelle des services sanitaires de la province de Québec, tenue les 10 et 11 sept. 1919*.
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC. *Aperçu sur la «question vénérienne»*. Montréal, Librairie Beauchemin. 12 p.
- CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC. *La campagne antivénérienne dans la province de Québec*. Montréal, Librairie Beauchemin, s.d.
- DESJARDINS, G. A. et N. MALENFANT. **Débats de la législature de la province de Québec. Débats de l'Assemblée législative*, Législature, Conseil législatif, Québec, Imprimerie du "canadien", 1879-1890, annuel.
- DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE, BUREAU DES STATISTIQUES. **Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance... 1915-1918*.
- DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE, BUREAU DES STATISTIQUES. **Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria), pour l'année... 1919-1928*.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Enquête sur les services de santé*. 1948.
- LESSARD, A., A.H. DESLOGES et J.A. RANGER. *Renseignements et conseils*. Québec, Service provincial d'hygiène, Division des maladies vénériennes, s.d., 16 p.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL. *Rapport de la Commission d'étude sur la réparation des accidents du travail*. Québec, Imprimeur du roi, 1925. 74 p.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL. *Rapport de la Commission sur les accidents du travail*. Québec, Imprimeur du roi, 1908. 60 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Rapport du sixième congrès général des officiers hygiénistes*, 1938.
- SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE. *La tuberculose et la mortalité infantile. Leçons données à l'Université Laval et à l'Université de Montréal par le professeur Emile Sergent membre de l'Académie de médecine de Paris avec la collaboration du Dr Francis Bordet, et par le Dr Louis Ribadeau-Dumas*. Québec, 1924.
- SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE, division des maladies vénériennes. *Résumé du cours de perfectionnement en dermato-vénérologie et urologie*. Montréal, 1923.
- SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE, division de l'épidémiologie, *Etude sur la situation sanitaire de la cité des Trois-Rivières*, mai 1936, par le docteur A. R. Foley.

SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE. *Principes 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. 31 p.

Livres et brochures

- Annuaire de l'Hôpital Saint-Joseph des Trois-Rivières, p. Q. 1906-1907*. Trois-Rivières, Edouard S. de Carufel, 1906-1907.
- Annuaire médical de la province de Québec, 1941-1942*, autorisé par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, Montréal, 115 p.
- BAUDOIN, J.-A. *Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal*. Montréal, Librairie Déom, 1931. 610 p.
- BAUDOIN, J.-A. *Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal*. Montréal, Librairie Déom, 1946. 803 p.
- BAUDOIN, J.-A. «L'ennemi dans la place. La mortalité infantile», *L'action française*, (premier semestre 1924): 4-20.
- BAUDOIN, J.-A. «L'hygiène à la campagne», *Le problème économique considéré surtout du point de vue agricole. Compte rendu des cours et conférences. Semaines sociales du Canada VIIIe session-Saint-Hyacinthe 1928*, Montréal, A.C.J.C. (1929): 155-163.
- BAUDOIN, J.-A. «L'hygiène dans la cité», *La Cité. Compte rendu des cours et conférences. Semaines sociales du Canada. IXe session-Chicoutimi 1929*, Montréal, École sociale populaire (1930): 102-121.
- BAUDOIN, J.-A. «La défense de notre capital humain. Ses ennemis», *L'action française*, (mars 1926): 131-146.
- BAUDOIN, J.-A. «La famille et l'habitation», *La famille. Compte rendu des cours et conférences. Semaines sociales du Canada. IVe session-Montréal 1923*, Montréal, École sociale populaire (1924): 102-122.
- BAUDOIN, J.A. *La mission sociale de l'hygiène*. Montréal, Ecole Sociale Populaire, 1928. 32 p.
- BAUDOIN, J.-A. *Hygiène du logement et casier sanitaire des maisons*. L'École sociale populaire, nos 69-70, 1917. 55 p.
- BAUDOIN, J.-A. *Microbiologie et maladies contagieuses*. L'École sociale populaire, nos 79-80, 1919. 56 p.
- BOUDRIAS, Mme Georges. *Hygiène familiale et sociale suivie des soins aux blessés et aux malades*. Ottawa-Montréal, Les Éditions du Lévrier, 1945. 384 p.
- BOUDRIAS, Mme Georges. *Les nouvelles mamans*. Ottawa et Montréal, Les Éditions du Lévrier, 1940. 112 p.
- BOURASSA, Henri. *Une mauvaise loi. L'assistance publique*. Montréal, Imprimerie du Devoir, 1921. 40 p.
- CHAGNON, Berthe. *Le petit conseiller sur l'alimentation rationnelle des enfants*. Montréal, Éditions Bernard Valiquette, s.d.. 118 p.

- DAVID, A. *En marge de la politique*. Montréal, Éd. Albert Lévesque, 1934. 181 p.
- DESROCHES, Joseph-Israel. *Catéchisme d'hygiène privée*. Montréal, W.F. Daniel, 1889. 64 p.
- DESROCHES, Joseph-Israel. *Catéchisme d'hygiène privée et publique*. Montréal, Cadieux & Derome, 1897. 98 p.
- DUBÉ, J.-E. *La situation hospitalière à Montréal*. s.é., 1928, 44 p.
- DUFAULT, Paul. *Le spectre de la tuberculose. Comment nous en défendre*. Montréal, Éditions Bernard Valiquette, 1939. 170 p.
- «Filtration Plant and Distribution System, Shawinigan Falls, Quebec», *The Canadian Engineer*, 65, : 11-20.
- FRIGON, J.-G.-A. *Règlements de la cité des Trois-Rivières*, Imprimerie du Constitutionnel, 1871. 269 p.
- GAGNIER, L.-A. *Droits et devoirs de la médecine et des médecins canadiens-français*. Montréal, s.é., 1926. 122 p.
- GAUVREAU, J. *Les médecins au Canada français. Vade-mecum de l'étudiant en médecine et du jeune médecin*. Montréal, 1933. 116 p.
- GAUVREAU, Joseph. «La mortalité infantile», dans *La famille. Compte-rendu des cours et conférences. Semaines sociales du Canada, IVe session*, Montréal, École sociale populaire (1923): 162-176. Publié aussi par l'École sociale populaire, no 118.
- GAUVREAU, Joseph. *La goutte de lait*. L'École sociale populaire, no. 29, 1914. 32 p.
- LACHAPELLE, E.-P. *La prophylaxie de la tuberculose*. s.l., s.n., 1900. 9 p.
- LACHAPELLE, E.-P. *Le médecin et l'hygiène*. s.l., s.n., 1900. 13 p.
- LACHAPELLE, Séverin. *La santé pour tous : ou notions élémentaires de physiologie et d'hygiène à l'usage des familles, suivies du petit guide de la mère auprès de son enfant malade*. Montréal, Compagnie d'imprimerie canadienne, 1880. 316 p.
- LACHAPELLE, Séverin. **Monsieur le président et Messieurs les membres du Conseil d'hygiène de la province de Québec*. s.l., s.é., 1887, Institut canadien de microreproductions historiques, no 53489, 1986.
- LACHAPELLE, Séverin. *Femme et nurse: ou, ce que la femme doit apprendre en hygiène et en médecine*. Montréal, Librairie Beauchemin, 1901. 212 p.
- LACHAPELLE, Séverin. *Le Médecin de la famille, encyclopédie de médecine et d'hygiène publique et privée*. Guelph, Ont., World Pub. Co., 1893, Institut canadien de microreproductions historiques, no 01547, 1981.
- LACHAPELLE, Séverin. *Manuel d'hygiène à l'usage des écoles et des familles*. Montréal, s.é., 1888, Institut canadien de microreproductions historiques, no 01546, 1983.
- LAPIERRE, Gaston. *Du soin des enfants pour la mère et l'infirmière*. Montréal, Presses de l'Imprimerie Excelsior, 1938. 232 p.

- LAROCHELLE, STANISLAS et TÉLESPHORE FINK. *Précis de morale médicale pour infirmières, médecins et prêtres*. Québec, Montréal et Ottawa, L'Action catholique, Éditions Beauchemin et Université d'Ottawa, 1940. 314 p.
- LEBLOND, Wilfrid. *L'hygiène: science économique*. Québec, Editions Cap Diamant, 1941. 41 p.
- LEBLOND, Wilfrid. *Hygiène, manuel de médecine préventive*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1961. 291 p.
- MARSAN, G. A. *Code des médecins et chirurgiens. Droits et obligations professionnels des médecins, dentistes, pharmaciens, vétérinaires, opticiens, étudiants, et loi des coroners*. Montréal, Wilson et Lafleur, 1920. 678 p.
- Mandements. lettres pastorales et circulaires de S. E. Mgr L.-F. Laflèche 2ième évêque des Trois-Rivières*, volumes IV et V, de 1889 à 1898.
- Mandements. lettres pastorales et circulaires de Mgr F.-X. Cloutier 3ième évêque des Trois-Rivières*, volumes I à V, de 1899 à 1934.
- Mandements. lettres pastorales et circulaires de S. E. Mgr A.-O. Comtois 4ième évêque des Trois-Rivières*, volume I, 1935-1940.
- Medicines Exclusively Prepared by the Sisters of Providence of Montreal*. Montréal, 1882. 14 p.
- METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY. *Ce flot d'accidents ira-t-il jusqu'à vous?* Ottawa, Bureau chef canadien, [1930]. 11 p.
- MINVILLE, Esdras. *La législation ouvrière et le régime social dans la province de Québec. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*. Ottawa, Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Imprimeur du roi, 1939. 98 p.
- MONTPETIT, Édouard. *La veillée des berceaux*. Montréal, Bibliothèque de l'Action française, s.d.. 34 p.
- MOUSSEAU, J.-M.-A. *Le médecin devant la loi*. Montréal, Imprimerie Guertin, 1907. 135 p.
- PALARDY, Hector. *Causeries sur l'hygiène*. Chicoutimi, Le Syndicat des imprimeurs du Saguenay, 1922. 352 p.
- PALARDY, Hector. «Le travail industriel et son hygiène», *Capital et travail. Compte-rendu des cours et conférences. Semaines sociales du Canada, IIIe session*, Ottawa, Bibliothèque de l'Action française, (1922): 68-85.
- PAQUIN, Jules. *Morale et médecine*. Montréal, Comité des hôpitaux du Québec, 1960 (1954). 510 p.
- PARADIS, J.-G. *Petit traité d'hygiène à l'usage de l'école primaire*. Québec, J.-A. Langlais & Fils, 1909. 120 p.
- PARADIS, J.-G. *Le médecin à la campagne*. Montmagny, 1885. 8 p.
- PARADIS, J.-G. *Manuel pratique d'hygiène, anatomie et physiologie*. Québec, J.A. Langlais, 1907. 112 p.

- PARROT, Paul. *Document explicatif pour la collection des statistiques démographiques*. s.l., s.é., s.d. 23 p.
- PARROT, Paul. «La division de la démographie», *Bulletin Sanitaire*, 48, 3 (mai-août 1948): 41-68.
- Petit manuel du jeune médecin catholique*, s.l., 1869. 7 p.
- PRÉVOST, J.-M.-E. *Ce que chacun devrait savoir. Comment prévenir et guérir le mal vénérien et les maladies des voies urinaires*. Montréal, 1922. 228 p.
- RAINVILLE, Paul. *Tibi. Carnet de sanatorium*. Beauceville (Québec), L'Éclaireur, 1935. 265 p.
- SAINT-PIERRE, Arthur. *L'oeuvre des congrégations religieuses de charité: dans la province de Québec*. Montréal, Bibliothèque canadienne, 1932. 245 p.
- SAINT-PIERRE, Arthur. *Questions sociales et oeuvres de chez nous*. Montréal, L'École sociale populaire, 1914. 264 p.
- Le sanatorium des Trois-Rivières : prospectus illustré - publié par la compagnie à l'occasion du 20e anniversaire de la fondation de l'établissement, 1896-1916*, Trois-Rivières, le Sanatorium des Trois-Rivières, 1916. 31 p.
- TRUDEL, Hervé. *Éléments de morale médicale à l'usage des gardes-malades, praticiens, étudiants en médecine et théologie*. [1932]. 60 p.
- TRUDEL, Hervé. *Notions de morale médicale. Guide pratique à l'usage de l'infirmière, de l'étudiant en médecine, du praticien, du prêtre*. Trois-Rivières, 1925. 46 p.
- VILLECOURT, R. éd. *Annuaire général des médecins de langue française de l'Amérique du nord*, Montréal, 1912.

Études

Démographie, santé et histoire de la médecine

Hors Québec

- ACKERKNECHT, Erwin H. *La médecine hospitalière à Paris (1794-1843)*. Paris, Payot, 1986. 296 p.
- ALEWITZ, Sam. *Filthy Dirty: A Social History of Unsanitary Philadelphia in the Late Nineteenth Century*. New York, Garland Publishing, 1989. 233 p.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *American Medicine Comes of Age 1840-1910*. 1984. 115 p.
- ANDERSON, Letty A. *The Diffusion of Technology in the Nineteenth-Century American City: Municipal Water-Supply Investments*. Thèse de Ph.D., Northwestern University, 1980. 231 p.
- ANDERSON, Odin V. *Health Services in the US: a Growth Enterprise Since 1875*. Health Administration Press, 1985. 312 p.
- ANDREWS, M.W. *Medical Services in Vancouver, 1886-1920: A Study in the Interplay of Attitudes, Medical Knowledge, and Administrative Structures*. Thèse de doctorat, University of British Columbia, 1979. 285 p.
- ARMSTRONG, Ellis L., éd. *History of Public Works in the United States, 1776-1976*. Chicago, American Public Works Association, 1976. 736 p.
- ARNUP, Katherine. «Victims of Vaccination? Opposition to Compulsory Immunization in Ontario, 1900-90», *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 9, 2 (1992): 159-176.
- BARDET, Jean-Pierre *et al.* *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis XIXe-XXe siècles*. Paris, Fayard, 1988. 442 p.
- BATES, Barbara. *Bargaining for Life. A Social History of Tuberculosis, 1876-1938*. Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1992. 400 p.
- BATOR, Paul-Adolphus. *Saving Lives on the Wholesale Plan. Public Health Reform in the City of Toronto, 1900-1934*. Thèse de Ph.D., University of Toronto, 1979, 431 p.
- BATOR, Paul-Adolphus. «The Struggle to Raise the Lower classes: Public Health Reform and the Program of Poverty in Toronto, 1910-1921», *Journal of Canadian Studies*, XIV, 1 (1979): 43-49.

- BEAUCHAMP, Chantal. *Délivrez-nous du mal! : épidémies, endémies, médecine et hygiène au XIXe siècle dans l'Indre-et-Loire et le Loire-et-Cher*. Maulevrier, Hérault, 1990. 397 p.
- BLAKE, Nelson Manfred. *Water for the Cities: A History of the Urban Water Supply Problem in the United States*. Syracuse University Press, 1956. 341 p.
- BORSA, S. et C. R. MICHEL. *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIXe siècle*. Paris, Hachette, 1985. 247 p.
- BOURDELAIS, P. et A. DODIN. *Visages du choléra*. Paris, Belin, 1987. 167 p.
- BOURDELAIS, Patrice et J.-Y. RAULOT. *Une peur bleue. Histoire du choléra en France*. Paris, Payot, 1987. 310 p.
- BOZZINI, Luciano, Marc RENAUD, Dominique GAUCHER, Jaime LLAMBIAS-WOLFF. *Médecine et société. Les années 80*. Montréal, Éditions Saint-Martin, 1981. 554 p.
- BRAND, Jeanne L. *Doctors and the State: The British Medical Profession and Government Action in Public Health, 1870-1912*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1965. 307 p.
- BRANDT, Allan M. *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880*. New York, Oxford University Press, 1985. 245 p.
- BROWN, E. Richard. *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*. Berkeley, University of California Press, 1979. 283 p.
- BROWN, P.S. «Nineteenth-Century American Health Reformers and the Early Nature Cure Movement in Britain», *Medical History*, 32, 2 (1988): 174-194.
- BURROW, James G. *Organized Medicine in the Progressive Era: The Move Toward Monopoly*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1977. 218 p.
- CARRE, Jacques, éd. *Ville et santé en Grande-Bretagne: XVIIIe-XXe siècles*. Clermont-Ferrand, Association des publications de la faculté des lettres et sciences humaines, 1988. 260 p.
- CASSEDY, Joseph H. *Medicine in America. A Short History*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1991. 192 p.
- COLEMAN, William. *Death is a Social Disease, Public Health and Political Economy in Early Industrial France*. Madison, The University of Wisconsin Press, 1982. 322 p.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise et Evelyne DIEBOLT, éd. *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*. Lyon, AMIEC, 1988. 299 p.
- CORBIN, Alain. *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, 18e-19e siècles*. Paris, Aubier Montaigne, 1982. 334 p.
- CSERGO, Julia. *Liberté, égalité propreté. La morale de l'hygiène au XIXe siècle*. Paris, Albin Michel, 1988. 361 p.
- DARMON, Pierre. *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*. Paris, Librairie Académique Perrin, 1986. 503 p.

- DÉSERT, Gabriel. *Les archives hospitalières. Source d'histoire économique et sociale.* Caen, Centre national de la recherche scientifique. Cahier des Annales de Normandie no. 10, 1977. 250 p.
- DESSERTINE, Dominique et Olivier FAURE. *Combattre la tuberculose, 1900-1940.* Lyon, p.U.L., 1988. 244 p.
- DIEBOLT, Evelyne. *La maison de santé protestante de Bordeaux (1863-1934) : vers une conception novatrice des soins et de l'hôpital.* Toulouse, Erès, 1990. 187 p.
- DOUSSET, J.-C. *Histoire des médicaments. Des origines à nos jours.* Paris, Payot, 1985. 405 p.
- DUBOS, René. *L'homme et l'adaptation au milieu.* Paris, Payot, 1973. 472 p.
- DUFFY, J. *The Healers, the Rise of the Medical Establishment.* New York, McGraw-Hill, 1976. 385 p.
- DUFFY, John. *A History of Public Health in New York City, 1866-1966.* New York, Russell Sage Foundation, 1974, 2 volumes. 619 p.
- DUFFY, John. «The American Medical Profession and Public Health: From Support to Ambivalence», *Bulletin of the History of Medicine*, 53, (1979): 1-22.
- DUFFY, John. *The Sanitarians: A History of American Public Health.* University of Illinois Press, 1990. 330 p.
- DUPAQUIER, J. et M. *Histoire de la démographie. La statistique de la population des origines À 1914.* Paris, Librairie académique Perrin, 1985. 462 p.
- DUPAQUIER, Jacques, dir. *Histoire de la population française.* 4 vol.. Paris, Presses universitaires de France, 1988.
- DUPUY, Gabriel et Georges KNAEBEL. *Assainir la ville hier et aujourd'hui.* Paris, Dunod, collection "Les pratiques de l'espace", 1982. 92 p.
- DWORK, Deborah. «The Milk Option. An Aspect of the History of the Infant Welfare Movement in England 1898-1908», *Medical History*, 31, 1 (1987): 51-69.
- E. L. ARMSTRONG, M. C. ROBINSON et S. M. HOY, éd. *History of Public Works in the United States 1776-1976.* Chicago, American Public Works Association, 1976. 736 p.
- EHRENREICH, Barbara et Deirdre ENGLISH. *Des experts et des femmes. 150 ans de conseils prodigués aux femmes.* Montréal, Les éditions du remue-ménage, 1982. 347 p.
- EHRENREICH, Barbara et Deirdre ENGLISH. *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine.* Montréal, Les Éditions du Remue-Ménage, 1983. 99 p.
- EHRENREICH, John éd. *The Cultural Crisis of Modern Medicine.* New York, Monthly Review Press, 1978. 300 p.
- FAURE, Olivier. *Combattre la tuberculose : 1900-1940.* Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988. 244 p.

- FAURE, Olivier. *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1982. 269 p.
- FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*. Paris, Presses Universitaires de France, coll. Galien, 1963. 215 p.
- FOX, Daniel M. *Health Policies Health Politics. The British and American Experience 1911-1965*. Princeton, N.J., Princeton Univ. Press, 1986. 234 p.
- FOX, Daniel M. «Social Policy and City Politics; Tuberculosis Reporting in New York, 1889-1900», *Bulletin of the History of Medicine*, 49 (1975): 169-195.
- GOUBERT, J.-P. *La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'âge industriel*. Paris, Robert Laffont, 1986. 302 p.
- GOUBERT, P., éd. *La médicalisation de la société française 1770-1830*. Waterloo, Ontario, Historical Reflections Press, 1982. 304 p.
- GUILLAUME, Pierre. *Du désespoir au salut: les tuberculeux aux 19e et 20e siècles*. Paris, Aubier, Collection historique, 1986. 376 p.
- GUILLAUME, Pierre. *Médecins, église et foi : depuis deux siècles*. Paris, Aubier, 1990. 270 p.
- HAMLIN, Christopher. *A Science of Impurity: Water Analysis in Nineteenth Century Britain*. Berkeley, University of California Press, 1990. 342 p.
- HERZLICH, Claudine et Janine PIERRET. *Malades d'hier malades d'aujourd'hui, de la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot, 1984. 295 p.
- HILDRETH, Martha. *Doctors, Bureaucrats & Public Health in France, 1888-1902*. Garland Pub., 1987. 350 p.
- HOLLINGSWORTH, J. Rogers. *A Political Economy of Medicine. Great Britain and the United States*. The Johns Hopkins University Press, 1986. 352 p.
- ILLICH, Ivan. *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*. Paris, Seuil, 1975. 218 p.
- IMBERT, Jean, dir. *Histoire des hôpitaux en France*. Toulouse, Privat, 1982. 559 p.
- JONES, Greta. *Social Hygiene in Twentieth-Century Britain*. Londres, Croom Helm, 1986. 180 p.
- LANCASTER, H. O. *Expectations of Life. A Study in the Demography, Statistics, and History of World Mortality*. New York, Springer-Verlag, 1990. 605 p.
- LE GOFF, Jacques et Jean-Charles SOURNIA, éd. *Les maladies ont une histoire*. L'Histoire/Seuil, 1985. 134 p.
- LEAVITT, J. W. *Brought to Bed. Childbearing in America 1750 to 1950*. New York, Oxford University Press, 1986. 284 p.
- LEAVITT, Judith Walzer. «Medicine in Context: a Review Essay of the History of Medicine», *The American Historical Review*, 95, (déc. 1990): 1471-1484.
- LEAVITT, Judith Walzer. «Politics and Public Health; Smallpox in Milwaukee, 1894-1895», *Bulletin of the History of Medicine*, 50, (1976): 553-568.

- LEAVITT, Judith Walzer. *The Healthiest City. Milwaukee and the Politics of Health Reform*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1982. 294 p.
- LEAVITT, Judith Walzer. «The Wasteland: Garbage and Sanitary Reform in the Nineteenth Century American City», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, XXXV, 4 (1980): 431-452.
- LEAVITT, Judith Walzer. «Typhoid Mary Strikes Back: Bacteriological Theory and Practice in Early Twentieth-Century Public Health», *Isis*, 83, (déc. 1992): 608-629.
- LÉONARD, Jacques. *Les médecins de l'Ouest au XIXe siècle*. 3 tomes. Paris, Honoré Champion, 1978. 1570 p.
- LÉONARD, Jacques. *Archives du corps. La santé au XIXe siècle*. Rennes, Ouest France, 1986. 329 p.
- LÉONARD, Jacques. *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*. Aubier, 1981. 386 p.
- LÉONARD, Jacques. *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*. Paris, Hachette, 1977. 285 p.
- LEONARD, Jacques, éd. *La France médicale. Médecins et malades au XIXe siècle*. Paris, Gallimard, 1978. 286 p.
- LESSER, Arthur J. «The Origin and Development of Maternal and Child Health Programs in the United States», *American Journal of Public Health*, 75, (juin 1985): 590-598.
- LIEBENAU, Jonathan. *Medical Science and Medical Industry. The Formation of the American Pharmaceutical Industry*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press. 480 p.
- LIEBENAU, Jonathan M. «Public Health and the Production and Use of Diphtheria Antitoxin in Philadelphia», *Bulletin of the History of Medicine*, 61, 2 (1987): 216-236.
- MACDOUGALL, Heather A. *Activists and Advocates: Toronto's Health Department, 1883-1983*. Toronto, Dundurn Press, 1990. 334 p.
- MCKEOWN, Thomas. *The Modern Rise of Population*. London, Edward Arnold. 168 p.
- MCKEOWN, Thomas. *The Role of Medicine, Dream, Mirage, or Nemesis?* Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1979. 207 p.
- MECKEL, Richard A. *Save the Babies. American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1990. 360 p.
- MERCER, A. *Disease, Mortality and Population in Transition. Epidemiological-Demographic Change in England Since the Eighteenth Century as Part of a Global Phenomenon*. Leicester, Leicester University Press, 1990. 262 p.

- MILLER, Geneviève. *Bibliography of the History of Medicine of the United States and Canada, 1939-1960*. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1964. 428 p.
- MITCHINSON, Wendy. *The Nature of Their Bodies. Women and Their Doctors in Victorian Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1991. 474 p.
- NAVARRO, Vicente. *Class Struggle, the State and Medicine: an Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain*. New York, Prodist, 1978. 156 p.
- NAVARRO, Vicente. «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.
- NAYLOR, C. David. «Canada's First Doctors' Strike: Medical Relief in Winnipeg, 1932-4», *The Depression in Canada. Responses to Economic Crisis* Toronto, Copp Clark Pitman (1988): 102-130.
- NAYLOR, C. David. *Private Practice, Public Payment: Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*. Montréal, McGill-Queen's University Press, 1986. 324 p.
- NUMBERS, Ronald L. «The History of American Medicine: A Field in Ferment», *Reviews in American History*, 10, (1982): 245-263.
- O'TOOLE, Colleen K. *The Search for Purity: A Retrospective Policy Analysis of the Decision to Chlorinate Cincinnati's Public Water Supply, 1890-1920*. New York, Garland Press, 1990. 148 p.
- OMRAN, Abdel R. «A Century of Epidemiologic Transition in the United States», *Preventive Medicine. An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 6, 1 (1977): 30-51.
- PARRY, N. et J. *The Rise of Medical Profession, a Study of Collective Social Mobility*. London, Croom Helm, 1976. 282 p.
- PICKSTONE, John V. *Medicine and Industrial Society. A History of Hospital Development in Manchester and its Region, 1752-1946*. Manchester, Manchester University Press, 1985. 369 p.
- PORTER, Roy et Andrew WEAR. *Problems & Methods in the History of Medicine*. Croom Helm Ltd, Longwood Pub. Group, The Wellcome Institute Series in the History of Medicine, 1987. 256 p.
- QUÉTEL, Claude. *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*. Paris, p. Seghers, 1986. 348 p.
- REVERBY, Susan et David ROSNER, éd. *Health Care in America. Essays in Social History*. Philadelphia, Temple University Press, 1979. 275 p.
- REVERBY, Susan M. *Ordered to Care : The Dilemma of American Nursing, 1850-1945*. New York, Cambridge University Press, 1987. 350 p.
- RIMLINGER, Gaston V. *Welfare Policy and Industrialisation in Europe, America, and Russia*. New York, John Wiley & Sons, 1971. 362 p.

- RISSE, G. B., R. L. NUMBERS et J. W. LEAVITT. *Medicine Without Doctors, Home Health Care in American History*. New York, Science History Publications, 1977. 124 p.
- ROSEN, George. *A History of Public Health*. New York, MD Publications, 1958. 551 p.
- ROSEN, George. *Preventive Medicine in the United States 1900-1975, Trends and Interpretations*. New York, Prodist, 1977. 94 p.
- ROSEN, George. *The Structure of American Medical Practice, 1875-1941*. Philadelphie, University of Pennsylvania Press, 1983. 152 p.
- ROSENBERG, Charles E. *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*. New York, Basic Books, 1987. 437 p.
- ROSENKRANTZ, Barbara G. *Public Health and the State: Changing Views in Massachusetts 1842-1936*. Cambridge, Harvard University Press, 1972. 259 p.
- ROSNER, David. *A Once Charitable Enterprise. Hospitals and Health Care in Brooklyn and New York, 1885-1915*. Cambridge, Cambridge University Press, 1982. 234 p.
- ROSNER, David. *Dying For Work : Workers' Safety and Health in Twentieth-Century America*. Bloomington , Indiana University Press, 1987. 234 p.
- RUFFIÉ, J. et J.-C. SOURNIA. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme. Essai d'anthropologie médicale*. Paris, Flammarion, 1984. 280 p.
- SALOMON-BAYET, Claire. *Pasteur et la révolution pasteurienne*. Paris, Payot, 1986. 436 p.
- SHRYOCK, Richard Harrison. *The Development of Modern Medicine. An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*. Wisconsin, University of Wisconsin Press, 1947. 473 p.
- SMALL, F.L. *The Influent and the Effluent: the History of Urban Water Supply and Sanitation*. Saskatoon, Modern Press, 1974. 256 p.
- SMITH, F.B. *The People's Health 1830-1910*. Londres, Croom Helm, 1979. 436 p.
- SMITH, Francis Barrymore. *The Retreat of Tuberculosis, 1850-1950*. Londres, Croom Helm, 1988. 271 p.
- SOURNIA, Jean-Charles. *Histoire de la médecine et des médecins*. Paris, Larousse, 1991. 585 p.
- SOURNIA, Jean-Charles. *Histoire et médecine*. Paris, Fayard, 1982. 338 p.
- STARR, Paul. *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York, Basic Books, 1982. 514 p.
- STEVENS, Rosemary. *American Medicine and the Public Interest*. New Haven, Yale University Press, 1971. 572 p.
- STEVENS, Rosemary. *In Sickness and in Wealth. American Hospitals in the Twentieth Century*. Basic Books, 1989. 432 p.

- VOGEL, Morris J. *The Invention of the Modern Hospital: Boston, 1870-1930*. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1980. 171 p.
- VOGEL, Morris J. et Charles E. ROSENBERG. *The Therapeutic Revolution: Essays on the Social History of American Medicine*. Philadelphia, Univ. of Pennsylvania Press, 1979. 270 p.
- WARFE, C. «Search for Pure Water in Ottawa: 1910-1915», *Urban History Review/Revue d'histoire urbaine*, 8, (1979): 90-112.
- WEINDLING, Paul. *Health, Race, and German Politics Between National Unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge, Cambridge University Press, 1989. 641 p.
- WEINDLING, Paul, éd. *The Social History of Occupational Health*. Beckenham, Croom Helm, 1985. 267 p.
- WINSLOW, Charles-Edward Amory. *The Conquest of Epidemic Disease, a Chapter in the History of Ideas*. University of Wisconsin Press, 1943, 1971. 411 p.
- WOODS, Robert et John WOODWARD, éd. *Urban Disease and Mortality in Nineteenth-Century England*. New York, St Martin's Press, 1984. 255 p.

Au Québec

- Histoire de l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1934*. Chicoutimi, Imprimerie du progrès du Saguenay, 1934. 421 p.
- L'Hôtel-Dieu de Montréal 1642-1973*. Montréal, Hurtubise HMH, 1973. 346 p.
- ABBOTT, Maude E. *History of Medicine in the Province of Quebec*. Montréal, McGill University Press, 1931. 97 p.
- AGNEW, G. Harvey. *Canadian Hospitals, 1920 to 1970: A Dramatic Half Century*. Toronto, University of Toronto Press, 1974. 276 p.
- ANCTIL, Hervé et Marc-André BLUTEAU. *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*. Québec, Santé Société, édition spéciale, 1986. 127 p.
- BALL, Norman R. *Bâtir un pays. Histoire des travaux publics au Canada*. Montréal, Boréal, 1988. 351 p.
- BEAUDOIN, Dr. *Évolution de l'hygiène dans la province de Québec*. Montréal, Inédit, conservé à l'Institut d'histoire de l'Amérique française, s.d. 168 p.
- BERNIER, Jeanne. *L'Hôpital de Jeanne Mance. Ville-Marie : son évolution à travers les siècles*. Montréal, thèse de diplôme de l'École d'administration hospitalière, 1958. 119 p.
- BERNIER, Jacques. «François Blanchet et le mouvement réformiste en médecine au début du XIXe siècle», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 34, 2 (sept. 1980): 223-244.
- BERNIER, Jacques. «L'intégration du corps médical québécois à la fin du XIXe siècle», *Historical Reflections*, 10, (1983): 91-113.

- BERNIER, Jacques. *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*. Québec, Les Presses de l'université Laval, 1988. 207 p.
- BERNIER, Jacques. «La standardisation des études médicales et la consolidation de la profession dans la deuxième moitié du XIXe siècle», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 37, 1 (1983): 51-66.
- BERNIER, Jacques. «Les causes de décès au Québec au XIXe siècle: le problème des sources», *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 9, 2 (1992): 241-253.
- BERNIER, Jacques. «Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921: quelques données statistiques», *Recherches sociographiques*, 20,1 (1979): 41-58.
- BERNIER, Jacques. «Vers un nouvel ordre médical: les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec», *Recherches sociographiques*, XXII, 2 (1981): 307-330.
- BILSON, Geoffrey. *A Darkened House: Cholera in Nineteenth-Century Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1980. 222 p.
- BILSON, Geoffrey. «Dr Frederick Montizambert (1843-1929): Canada's First Director General of Public Health», *Medical History*, 29, 4 (1985): 386-410.
- BLISS, Michael. *The Plague. A Story of Smallpox in Montreal*. Toronto, Harper Collins, 1991. 306 p.
- BOISSONNAULT, C.-M. *Histoire de la faculté de médecine de Laval*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1953. 438 p.
- BOURBEAU, Robert. *Les accidents de la route au Québec 1926-1978. Étude démographique et épidémiologique*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1983. 424 p.
- BOURBEAU, Robert et Jacques Légaré. *Evolution de la mortalité au Canada et au Québec 1831-1931, essai de mesure par génération*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1982. 140 p.
- BRADBURY, Bettina. «Mourir chrétiennement. La vie et la mort dans les établissements catholiques pour personnes âgées à Montréal au XIXe siècle», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 46, 1 (1992): 143-175.
- BRADBURY, Bettina. «The Fragmented Family: Family Strategies in the Face of Death, Illness and Poverty, Montreal, 1860-1885», Parr, Joy, éd., *Childhood and family in Canadian history*, Toronto, McClelland & Stewart, (1982): 109-128.
- CASSEL, Jay. *The Secret Plague. Venereal Disease in Canada, 1838-1939*. Toronto, University of Toronto Press, 1987. 340 p.
- CASSIDY, Harry Morris. *Public Health and Welfare Reorganization. The Postwar Problem in the Canadian Provinces*. Toronto, Ryerson Press, 1945. 464 p.
- CHARLES, ALINE. *Travail d'ombre et de lumière : le bénévolat féminin à l'Hôpital Sainte-Justine, 1907-1960*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Collection Edmond-de-Nevers, no 9, 1990. 191 p.
- CHARTRAND, Luc, Raymond DUCHESNE et Yves GINGRAS. *Histoire des sciences au Québec*. Montréal, Boréal, 1987. 488 p.

- COHEN, Yolande 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.
- COHEN, Yolande 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.
- COPP, Terry. *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*. Montréal, Boréal Express, 1978. 213 p.
- COPP, Terry. «The Health of the People: Montreal in the Depression Years», dans Shephard, D.A.E. et A. Lévesque éd., *Normand Bethune, his Times and his Legacy*, Ottawa, Canadian public health association (1982): 129-137.
- DAIGLE, Johanne. *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. 617 p.
- DAIGLE, Johanne. *L'émergence et l'évolution de l'alliance des infirmières de Montréal: 1946-1966*. Mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1983. 310 p.
- DECHÊNE, Louise et Jean-Claude ROBERT. «Le choléra de 1832 dans le Bas-Canada: mesure des inégalités devant la mort», Hubert Charbonneau et André Larose, *The Great Mortalities: Methodological Studies of Demographic Crises in the Past*, Liège (1979): 229-255.
- DEFRIES, R. D. *The Development of Public Health in Canada*. Toronto, Canadian Public Health Association, 1940. 184 p.
- DEFRIES, R. D. *The Federal and Provincial Health Services in Canada*. Toronto, Canadian Public Health Association, 1961. 141 p.
- DESJARDINS, E., J. DUCHARME et J.-Y. ROUSSEAU. *L'Hôtel-Dieu de Montréal 1642-1973*. Lassalle, HMH, 1973. 346 p.
- DESJARDINS, Edouard, Suzanne GIROUX et Eileen C. FLANAGAN. *Histoire de la profession infirmière au Québec*. Montréal, Les Éditions du Richelieu, 1970. 270 p.
- DESLOGES, A.H. et J.A. RANGER. «Historique de la lutte anti-vénérienne dans la province de Québec», *L'union médicale du Canada*, 61, (1932): 235-242.
- DESROSIERS, G., 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.
- DESROSIERS, G., B. GAUMER et O. KEEL. *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comtés: 1926-1975*. Montréal, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, 1991, 239 p.
- DODD, Dianne. «Advice to Parents: The Blue Books, Helen MacMurphy, MD, and the Federal Department of Health, 1920-34», *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 8, 2 (1991): 203-230.

- DUFRESNE, J.-F., F. DUMONT et Y. MARTIN, éd. *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1985. 1245 p.
- DUPONT, A. *Les relations entre l'Eglise et l'Etat sous Louis-Alexandre Taschereau, 1920-1936*. Montréal, Guérin, 1972. 366 p.
- FARLEY, M., Othmar KEEL et Claude LIMOGES. «Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique», *HSTC Bulletin: Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, 20 et 21 (1982): 24-46 et 85-109.
- FARLEY, Michael, Peter KEATING et Othmar KEEL. «La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du 19e siècle: pratiques, obstacles et résistances», *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, IQRC (1987): 87-127.
- FERLAND-ANGERS, Albertine. *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1898-1948*. Montréal, Les Éditions Contrecoeur, 1948. 125 p.
- FIRTH, D.C. *A Tale of Two Cities: Montreal and the Smallpox Epidemic of 1885*. Mémoire de maîtrise, University of Ottawa, 1983.
- FOLEY, A. R. «Half a Century of Diphtheria Prevalence in Quebec», *Canadian Public Health Journal*, 33, (1942): 198-204.
- FORTIER, de la Broquerie (prés.). *Trois siècles de médecine québécoise*. Cahiers d'histoire 22. Québec, Société historique de Québec, 1970. 204 p.
- FOURNIER, Marcel, Yves GINGRAS et Othmar KEEL, éd. *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987. 210 p.
- FRAPPIER, A. *Un rêve, une lutte. Autobiographie*. Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1992. 318 p.
- GAGNON, Serge. *Mourir hier et aujourd'hui. De la mort chrétienne dans la campagne québécoise au XIXe siècle à la mort technicisée dans la cité sans Dieu*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1987. 192 p.
- GAMELIN, Alain. *1886-1986, Le centre hospitalier St-Joseph de Trois-Rivières, un siècle de dévouement*. Trois-Rivières, Comité des fêtes du centenaire du Centre hospitalier St-Joseph de T.-R., 1987. 99 p.
- GAUCHER, D. «La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975: de la santé publique à la médecine préventive», *Recherches sociographiques*, 20, 1 (1979): 59-85.
- GAUTHIER, Hervé, éd. *Démographie québécoise: passé, présent, perspectives*. Bureau de la statistique du Québec, 1983. 457 p.
- GAUVREAU, Danielle. «Donner la vie et en mourir: la mortalité des femmes en couches au Québec avant 1960», Cordell, Denis D., Danielle Gauvreau, Raymond R. Gervais et Céline Le Bourdais, éd., *Population, reproduction et sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale* (1993 à paraître).

- GAUVREAU, Danielle et Mario BOURQUE. «'Jusqu'à ce que la mort nous sépare'. Le destin des femmes et des hommes mariés au Saguenay avant 1930», *Canadian Historical Review*, LXXI, 4 (1990): 441-461.
- GAUVREAU, Danielle et Mario BOURQUE. *La mortalité maternelle au Saguenay avant 1960: aspects méthodologiques*. Document de SOREP no II-c-189, 1991. 24 p.
- GERMAIN, Robert. *Le mouvement infirmier au Québec, 50 ans d'histoire*. Montréal, Éditions Bellarmin, 1985. 565 p.
- GINGRAS, Yves. «La réception des rayons X au Québec: radiographie des pratiques scientifiques», Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel, *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, IQRC (1987): 69-96.
- GOSSAGE, Peter. *Famille et population dans une ville manufacturière: Saint-Hyacinthe, 1854-1914*. Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 1991. 469 p.
- GOULET, Denis et G. ROUSSEAU. «L'émergence de l'électrothérapie au Québec, 1890-1910», *Bulletin d'histoire de l'électricité*, (juin 1987): 155-172.
- GOULET, Denis. *Histoire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1843-1993*. Montréal, vlb, 1992, 496 p.
- GOULET, Denis. *Des miasmes aux germes: l'introduction de la bactériologie au Québec (1870-1930)*. Thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 1992.
- GOULET, Denis. *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987. 139 p.
- GOULET, Denis et André PARADIS. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal, vlb éditeur, 1992. 527 p.
- GOULET, Denis et Othmar KEEL. «L'introduction de la médecine pasteurienne au Québec», *Actes du XXXIe congrès international d'histoire de la médecine*, Bologne, Monduzzi Editore (1988): 823-828.
- GOULET, Denis et Othmar KEEL. «L'introduction du listérisme au Québec: entre les miasmes et les germes», *Actes du XXXIIe congrès international d'histoire de médecine*, Bruxelles, Fierens Éd. (1990).
- GOULET, Denis 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.
- GRAUER, A. E. *Assistance publique et assurance sociale. Étude préparée pour la Commission Royale des Relations entre le Dominion et les Provinces*. Ottawa, Imprimeur du roi, 1939. 110 p.
- GRAUER, A. E. *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission Royale des Relations entre le Dominion et les Provinces*. Ottawa, 1939. 134 p.
- GRAUER, A. E. *Logement. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les Provinces*. Ottawa, 1939. 88 p.

- HEAGERTY, J. J. *Four Centuries of Medical History in Canada*. Deux volumes. Toronto, The MacMillan Company of Canada, 1928.
- HENRIPIN, Jacques. «L'inégalité sociale devant la mort: la morti-natalité et la mortalité infantile à Montréal», *Recherches sociographiques*, II, 1 (janv.-mars 1961): 3-33.
- HENRIPIN, Jacques et Yves PÉRON. «La transition démographique de la province de Québec», Hubert Charbonneau, éd., *La population du Québec: études rétrospectives*, Montréal, Les éditions du Boréal Express (1973): 23-44.
- KENNEALLY, R. R. *The Montreal Maternity, 1843-1926: Evolution of a Hospital*. Mémoire de maîtrise (histoire), Université McGill, 1983. 163 p.
- LA SOCIÉTÉ HISTORIQUE DE QUÉBEC. *Trois siècles de médecine québécoise*. Québec, La Société historique de Québec, Cahiers d'histoire no 2, 1970. 204 p.
- LAFONTAINE, Pierre. *La statistique du mouvement de la population au Québec 1926-1974*. Québec, Ministère des Affaires Sociales, Registre de la population, Division des études démographiques, 1976. 108 p.
- LAFORCE, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985. 237 p.
- LAPOINTE-ROY, H. *Charité bien ordonnée. Le premier réseau de lutte contre la pauvreté à Montréal au 19e siècle*. Montréal, Boréal, 1987. 330 p.
- LAVALLÉE, André. *Québec contre Montréal. La querelle universitaire 1876-1891*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1974. 259 p.
- LEBLOND, S. et al. *Trois siècles de médecine québécoise*. Québec, La Société historique de Québec, 1970. 204 p.
- LÉGARÉ, Yves. *Crise et chômage dans la ville de Québec, 1929-1939. Analyse de l'évolution des pratiques d'assistance et du discours idéologique de la petite bourgeoisie au niveau municipal*. Mémoire de maîtrise, Université Laval, 1979. 143 p.
- LEMOINE, Réjean. «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): 153-180.
- LESAGE, Albert et H. E. MacDermot. *Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. 1847-1947*. Montréal, Thérien Frères Ltée, 1947. 105 p.
- LESEMANN, Frédéric. *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*. Laval, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981. 232 p.
- LÉVESQUE, Andrée. «Mères ou malades: les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 1 (1984): 23-37.
- MACDERMOT, H. E. *A History of The Montreal General Hospital*. Montréal, Montreal General Hospital, 1950. 135 p.
- MACDERMOT, H.E. *One Hundred Years of Medicine in Canada (1867-1967)*. Toronto, McClelland and Stewart Limited, 1967. 224 p.

- MARSH, Leonard Charles. *Health and Unemployment: Some Studies of their Relationships*. Toronto, Oxford University Press, 1938. 243 p.
- MARSH, Leonard Charles. *Report on Social Security for Canada*. Ottawa, Imprimeur du roi, 1943. 165 p.
- MCGINNIS, J.P.D. «Whose Responsibility? Public Health in Canada, 1919-1945», Staum, M.S. et D.E. Larsen éd., *Doctors, Patients and Society. Power and Authority in Medical Care*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press (1981): 205-229.
- MEILICKE, Carl E. et Janet L. STORCH, éd. *Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980. 520 p.
- MEUNIER, P. *La chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Montréal au XIXe siècle*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1989. 263 p.
- MILNER, Elizabeth Hearn. *Bishop's Medical Faculty, Montreal, 1871-1905: Including the Affiliated Dental College, 1896-1905*. Sherbrooke, René Prince, 1985. 530 p.
- MITCHINSON, Wendy et Janice Dickin MCGINNIS. *Essays in the History of Canadian Medicine*. Toronto, McClelland & Stewart, 1988. 218 p.
- MONGEAU, Serge. *Evolution de l'Assistance au Québec*. Montréal, Éditions du Jour, 1967. 123 p.
- MONTIZAMBERT, F. «The Story of Fifty-Four Years' Quarantine Service From 1866-1920», *Canadian Medical Association Journal*, 16, (1926): 314-319.
- O'GALLAGHER, M. *Grosse-Ile, porte d'entrée du Canada 1832-1937*. Québec, Carraig Books, 1987. 188 p.
- PARADIS, André. «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 (1989): 63-91.
- PARROT, Paul. «History of Civil Registration in Quebec», *Revue canadienne de santé publique*, 21, 11 (nov. 1930): 529-540.
- PELLETIER, Michel et Yves VAILLANCOURT. *Les politiques sociales et les travailleurs, cahier I Les années 1900 à 1929*. Montréal, s.é., 1974. 132 p.
- PERREAULT, C. *Les 100 ans de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska 1884-1984*. Arthabaska, Éditions Pourquoi Pas, 1983. 471 p.
- PERRON, Normand. *Un siècle de vie hospitalière au Québec. Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 1984. 439 p.
- PETTITAT, A. *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montréal, Boréal, 1989. 412 p.
- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine. *La tuberculose au Québec au début du XXe siècle: problème social et réponse réformiste*. Mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1980. 225 p.

- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine. «Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 (1981): 355-375.
- PONTAUT, Alain. *Santé et sécurité. Un bilan du régime québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*. Montréal, Boréal Express, 1985. 249 p.
- POULIN, G. *L'assistance sociale dans la province de Québec, 1608-1951*. Québec, Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, annexe 2, 1955. 201 p.
- POUYEZ, Christian, Yolande LAVOIE, Gérard BOUCHARD, Raymond ROY *et al.* *Les Saguenayens. Introduction à l'histoire des populations du Saguenay, XVIe-XXe siècles*. Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1983. 386 p.
- RENAUD, Marc. *The Political Economy of the Quebec State Interventions in Health: Reform or Revolution?* Thèse de doctorat, University of Wisconsin, 1976. 429 p.
- RIOUX, Denise. *La grippe espagnole à Sherbrooke en 1918*. Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Sherbrooke, 1985.
- RIVARD, J.-Y. *et al.* «L'évolution des services de santé et des modes de distribution de soins au Québec», Annexe 2, *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1970. 125 p.
- ROBERT, Jean-Claude. «The City of Wealth and Death: Urban Mortality in Montreal, 1821-1871», Mitchinson, Wendy et Janice Dickin McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland & Stewart (1988): 18-38.
- ROLAND, Charles G. éd. *Health, Disease and Medicine: Essays in Canadian History*. Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 1984. 464 p.
- ROLAND, Charles G. et Paul POTTER. *An Annotated Bibliography of Canadian Medical Periodicals, 1826-1975*. Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 1979. 77 p.
- ROLAND, Charles G. *Secondary Sources in the History of Canadian Medicine. A Bibliography*. The Hannah Institute for the History of Medicine, 1984. 190 p.
- ROUSSEAU, François. *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec, tome 1: 1639-1892*. Québec, Septentrion, 1989. 454 p.
- ROY, Laurent. *Des victoires sur la mort*. Québec, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des communications, 1983. 78 p.
- SAINT-MAURICE, Denis. *Perspective géographique de la mortalité générale au Québec de 1894 à 1973*. Mémoire de maîtrise, Université Laval, 1977. 347 p.
- SCLATER, Lewis D. *Royal Victoria Hospital, 1887-1947*. Montréal, McGill University Press, 1969. 327 p.
- SCRIVER, Jessie Boyd. *The Montreal Children's Hospital: Years of Growth*. Montréal, McGill Queen's University Press, 1979. 179 p.
- SHORTT, S.E.D., éd. *Medicine in Canadian Society: Historical Perspectives*. Montréal, McGill-Queen's University Press, 1981. 506 p.

- SOEUR MARIE-MADELEINE. *Centenaire. Hôpital Saint-Joseph, 1864-1964*. Trois-Rivières, s.é., 1965. 103 p.
- TAYLOR, John H., éd. «Fire, Disease, and Water in the Nineteenth Century City», *Revue d'histoire urbaine*, VIII, 1 (juin 1979): 7-37.
- TÉTREAULT, Martin. *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. 225 p.
- TÉTREAULT, Martin. «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.
- THORNTON, Pat, Sherry OLSON et Q. Thuy THACH. «Dimensions sociales de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIXe siècle», *Annales de démographie historique*, (1988): 299-325.
- THORNTON, Patricia A. et Sherry OLSON. «Family Contexts of Fertility and Infant Survival in Nineteenth-Century Montreal», *Journal of Family History*, 16, 4 (1991): 401-417.
- TUNIS, B. *In Caps and Gowns. The Story of the School for Graduate Nurses, McGill University, 1920-1964*. Montréal, McGill University Press, 1966. 154 p.
- VAILLANCOURT, Yves. *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, 1988. 513 p.
- VAILLANCOURT, Yves. *Les politiques sociales et les travailleurs. Cahier II. Les années 1930*. Montréal, l'auteur, 1975. 424 p.
- VIGOD, Bernard L. «Ideology and Institutions in Quebec. The Public Charities Controversy 1921-1926», *Histoire sociale*, XI, 21 (mai 1978): 167-182.
- VIGOD, Bernard L. «The Quebec Government and Social Legislation During the 1930s: a Study in Political Self-Destruction», *Revue d'études canadiennes*, 14, 1 (printemps 1979): 59-69.
- WEISZ, George. «Origines géographiques et lieux de pratique des diplômés en médecine au Québec de 1834 à 1939», Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel, *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, IQRC (1987): 129-170.
- WHERRETT, G.J. *The Miracle of the Empty Beds: a History of Tuberculosis in Canada*. University of Toronto Press, 1977. 299 p.

Ouvrages de référence anciens et récents

- ABBATUCCI ET AL. *Les ordonnances du médecin praticien. 250 répertoires de thérapeutique clinique*. Paris, Masson et Cie, 1928. 515 p.
- BALL, A. B. *L'enfant et son médecin. Guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'enfance de 0 à 15 ans*. Paris, A. Maloine et fils, 1922. 413 p.

- BENENSON, Abram S. *Prophylaxie des maladies transmissibles à l'homme*. Rapport officiel de l'American Public Health Association. Ottawa, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être Social, 1985. 670 p.
- BEZANÇON, Fernand et André PHILIBERT. *Précis de pathologie médicale. Tome I. Maladies infectieuses (première partie)*. Paris, Masson et Cie, 1926. 539 p.
- BEZANÇON, Fernand, André PHILIBERT, Léon BERNARD et Jean PARAF. *Précis de pathologie médicale. Tome II. Maladies infectieuses (fin). Intoxications*. Paris, Masson et Cie, 1926. 646 p.
- BLANCHER, G. *Abrégé de médecine préventive et d'hygiène*. Paris, Masson et Cie, 1972. 234 p.
- BOYER, J. *Précis de médecine préventive et d'hygiène*. Paris, J.-B. Baillière, 1972. 704 p.
- BROUARDEL, P., A. GILBERT et J. GIRODE. *Traité de médecine et de thérapeutique*. Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 10 vol., 1905.
- CHANDRA, R.K. *Immunology of Nutritional Disorders*. London, Arnold, 1980. 110 p.
- CHANDRA, R.K. et P.M. NEWBERNE. *Nutrition, Immunity, and Infection. Mechanisms of Interactions*. New York et Londres, Plenum Press, 1977. 246 p.
- CHAPIN, C. V. *A Report on State Public Health Work Based on a Survey of State Boards of Health*. New York, Arno Press, 1977. 195 p. Réimpression de l'édition de 1916 de l'American Medical Association, Chicago, 1916.
- CHAPIN, C. V. *How to Avoid Infection*. Cambridge, Harvard University Press, 1917. 88 p.
- CHAPIN, C.V. *Municipal Sanitation in the United States*. Providence, Snow & Farnham, 1901. 970 p.
- CHAPIN, C.V. *The Sources and Modes of Infection*. New York, J. Wiley, 1910. 399 p.
- CHEVALIER, Jacques et al. *Les cahiers de médecine préventive. Fascicule 1. Initiation à la médecine préventive et sociale*. Paris, Maloine s.a. éditeur, 1984. 254 p.
- CHEVALIER, Jacques et al. *Les cahiers de médecine préventive. Fascicule 2. Épidémiologie générale. Initiation à l'économie de la santé*. Paris, Maloine s.a. éditeur, 1984. 244 p.
- CHEVALIER, Jacques et al. *Les cahiers de médecine préventive. Fascicule 3. Maladies sociales. Nuisances. Alcool tabac..* Paris, Maloine s.a. éditeur, 1980. 248 p.
- CHEVALIER, Jacques et al. *Les cahiers de médecine préventive. Fascicule 4. Risques infectieux et parasitaires. Protection maternelle, infantile et de l'enfant d'âge scolaire*. Paris, Maloine s.a. éditeur, 1983. 336 p.
- COMBY, Jules. *Deux cent soixante consultations médicales pour les maladies des enfants*. Paris, Masson & Cie, 1925. 519 p.

- COMBY, Jules. *Formulaire de poche pour les maladies des enfants*. Paris, Vigot Frères, 1910. 637 p.
- CROFTAN, Alfred C. *Clinical Therapeutics. A Handbook on The Special Treatment of Internal Disease*. Chicago, Cleveland Press, 1907. 626 p.
- CROIX ROUGE FRANÇAISE, Société de secours aux blessés militaires. *Manuel de l'infirmière*. Paris, 1923. 692 p.
- CROIX ROUGE FRANÇAISE, Union des femmes de France. *Manuel de l'infirmière-hospitalière*. Paris, Masson & Cie, 1897. 454 p.
- DESROSIERS, H. E. *Traité pratique de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie*. Montréal, J. M. Valois, 1892. 798 p.
- DOMART, André et Jacques BOURNEUF, éd. *Petit Larousse de la médecine*. Deux tomes. Paris, Références Larousse, 1987. 995 p.
- DONNADIEU, J. *Pour lire en attendant bébé. Conseils aux jeunes mères*. Québec, Imprimerie l'Action Sociale, 1920. 152 p.
- DOPTER CH. et E. SACQUÉPÉE. *Précis de bactériologie*. Paris, Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1927. 1394 p.
- DORVAULT. *L'officine ou répertoire général de pharmacie pratique*. Asselin & Houzeau, 1930. 1638 p.
- DUNGLISON, Robley. *Medical Lexicon. A Dictionary of Medical Science. Containing a Concise....* Philadelphie, Blanchard and Lea, 1860. 992 p.
- DUPAQUIER, Jacques. *Introduction à la démographie historique*. Paris, Gamma, 1974. 125 p.
- DUPLESSIS, Pierre, éd. *Santé publique et pays industrialisés*. Québec, Les Publications du Québec, 1989. 424 p.
- DURAND, Henri. *Tableaux synoptiques de thérapeutique descriptive et clinique*. Paris, Librairie J.-B. Baillière et Fils, collection "La médecine en tableaux synoptiques", 1899. 208 p.
- EMERSON, Charles Phillips et Nellie Gates BROWN. *Essentials of Medicine. A Text-Book of Medicine for Students Beginning a Medical Course, for Nurses, and for all Others Interested in the Care of the Sick*. Philadelphia & London, J. B. Lippincott Company, 1929. 588 p.
- EVANS, Alfred S. éd. *Viral Infections of Humans. Epidemiology and Control*. New York, Plenum Medical Book, 1976. 584 p.
- EVANS, Alfred S. et Harry A. FELDMAN. *Bacterial Infections of Humans. Epidemiology and Control*. New York, Plenum Medical Book, 1982. 702 p.
- FOUCHER, A.-A. *Traité pratique des maladies des yeux, des oreilles, du nez et du pharynx*. Montréal, J. B. Rolland & Fils, 1894. 471 p.
- GAGNIER, L.-A. *Les agents physiques dans la médecine industrielle*. s.l., . 27 p.
- GERNEZ-RIEUX, Ch. et M. GERVOIS. *Éléments de médecine préventive, santé publique et hygiène*. Paris, Flammarion, 1961. 480 p.

- GOROMOSOV, M.S. *Bases physiologiques des normes d'hygiène applicables au logement*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1968. 105 p.
- GRANT, Murray. *Handbook of Community Health*. Philadelphie, Lea & Febiger, 1981. 268 p.
- HAMBURGER, Jean, éd. *Dictionnaire de médecine*. Paris, Flammarion, 1987. 935 p.
- HERCBERG, Serge et al, éd. *Nutrition et santé publique. Approche épidémiologique et politiques de prévention*. Paris, Technique et documentation-Lavoisier, 1985. 709 p.
- HOGARTH, J. *Vocabulaire de la santé publique*. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1977. 271 p.
- HUARD, Pierre et Jacques LAPIERRE. *Médecine et santé publique dans le tiers-monde*. Paris, Le Centurion, 1981. 235 p.
- JENICEK, M. et R. Cléroux. *Épidémiologie. Principes•Techniques•Applications*. Saint-Hyacinthe et Paris, Edisem et Maloine, 1987. 454 p.
- JORDAN, Edwin P. éd. *Standard Nomenclature of Disease and Standard Nomenclature of Operations*. Chicago, American Medical Association, 1942. 1022 p.
- KILBOURNE, Edwin D. et Wilson G. SMILLIE. *Human Ecology and Public Health*. London, The MacMillan Company, 1969. 462 p.
- LEAVELL, H. R. et E. G. CLARK, éd. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiological Approach*. New York, McGraw-Hill, 1958. 684 p.
- LITTRÉ, É. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*. Dix-huitième édition. Paris, Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1898. 1910 p.
- MANTON, Kenneth G. et Eric STALLARD. *Recent Trends in Mortality Analysis*. Academic Press, 1984. 342 p.
- MONNIER, Jacques et al. *Santé publique. Santé de la communauté*. Villeurbanne, Simep, 1980. 443 p.
- MORHARDT, R. P. *Handbook of Death Mechanisms, Causes and Certification*. Los Angeles, Dr. John Main, 1946. 376 p.
- MOYNAC, Léon, C. HILLEMAND et R. PETRUCCI. *Manuel de pathologie générale et de diagnostic*. Paris, G. Steinhel, 1898. 1054 p.
- MURRAY, T.A. «The Evolution of Sewage Disposal Methods in Canada», *Engineering and Contract Records*, 28, (1914): 580-586.
- MURRAY, T.A. «The Purification of Public Water Supplies», *Public Health Journal*, 2, (1911): 114-119.
- NEWMAN, W. A., éd. *American Pocket Medical Dictionary*. Philadelphie, W. B. Saunders Company, 1940. 973 p.
- NOBÉCOURT, P. *Précis de médecine des enfants*. Paris, Masson et Cie, 1922. 1022 p.

- OBRASKA, P., L. PERLEMUTER et J. QUEVAUVILLIERS. *Médecine. Enseignement des centres hospitalo-universitaires. Tome IV [Maladies infectieuses et hématologie]*. Paris, Masson & Cie, 1970. 338 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Risques pour la santé du fait de l'environnement*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1972. 406 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Indicateurs statistiques pour la planification et l'évaluation des programmes de santé publique. Quatorzième rapport du Comité d'experts des Statistiques sanitaires*. Série de rapports techniques no 472. Genève, OMS, 1971. 44 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les approvisionnements publics en eau*. Série de rapports techniques no 420. OMS, 1969. 24 p.
- 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. 62 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapports entre la nutrition et l'infection. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS*. Série de rapports techniques no 314. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1965. 33 p.
- PARET, Henri. *Introduction à la santé communautaire*. Toulouse, Privat, 1988. 174 p.
- PÉRON, Yves et Claude STROHMENGER. *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations. Présentation et interprétation..* Ottawa, Statistique Canada, 1985. 265 p.
- PRESTON, Samuel H., Robert SCHOEN, Nathan KEYFITZ. *Causes of Death: Life Tables for National Population*. New York, Seminar Press, 1972. 787 p.
- PRICE, George M. *Handbook on Sanitation: A Manual of Theoretical and Practival Sanitation*, New York, J. Wiley & sons; London, Chapman & Hall, 1901. 317 p.
- RÉDACTION DE "L'IMMUNITÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LA PRATIQUE MÉDICALE". *Où et comment vacciner. Guide vaccinothérapique précédé des principes fondamentaux de biothérapeutique en vingt chapitres et suivi d'un glossaire immunologique*. Paris, Vigot frères, 1928. 538 p.
- REINHARD, Marcel, Jacques DUPAQUIER et André ARMENGAUD. *Histoire générale de la population mondiale*. 1968. 709 p.
- SAN MARTIN, H. *Santé publique et médecine préventive*. Paris, Masson, 1983. 277 p.
- SCRIMSHAW, N.S., 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. 363 p.
- STEEL, Ernest W. *Water Supply and Sewerage*. New York, McGraw-Hill, 1947. 666 p.

- TERRIS, M. «The Distinction Between Public Health and Community/Social/Preventive Medicine», *Journal of Public Health Policy*, 6, (1985): 435-439.
- THE NATIONAL ORGANIZATION FOR PUBLIC HEALTH NURSING. *Manuel de l'infirmière visiteuse*. Toronto, The MacMillan Company, 1946. 537 p.
- TICE, Frederick, éd. *Practice of Medicine*. Hagerstown, Maryland, W. F. Prior Company, 10 volumes. 1930.
- VALLIN, Jacques et Alan LOPEZ éd. *La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*. Institut national d'études démographiques, Travaux et documents, cahier no 108, Presses universitaires de France, 1985. 541 p.
- VALLIN, Jacques et France MESLÉ. *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*. Paris, Institut national d'études démographiques, Presses universitaires de France, 1988. 607 p.

Trois-Rivières et Shawinigan

- BELLAVANCE, Claude. *Le patronat de la grande entreprise en Mauricie, 1900-1950*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières, 1983. 149 p.
- BELLAVANCE, Claude. «Patronat et entreprise au XXe siècle: l'exemple mauricien», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 2 (automne 1984): 181-201.
- BELLAVANCE, Claude. *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. 642 p.
- BELLAVANCE, Claude 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.
- BLANCHARD, Raoul. *La Mauricie*. Trois-Rivières, Bien Public, 1950. 154 p.
- BOISVERT, Jean-Jacques. *Shawinigan, étude de géographie urbaine*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, 1951. 97 p.
- BROUILLETTE, Benoît. *Le développement industriel de la vallée du Saint-Maurice*. Trois-Rivières, Bien Public, 1932. 54 p.
- BROUILLETTE, Normand. *Le développement industriel d'une région du proche hinterland québécois: la Mauricie 1900-1975*. Thèse de doctorat (géographie), Université McGill, 1983. 381 p.
- BROUILLETTE, Normand. «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.
- CADEN, José. *L'an I de Shawinigan (mai 1901-mai 1902)*. Trois-Rivières, Le Bien Public, 1961. 139 p.

- DALES, John H. *Hydroelectricity and Industrial Development, Quebec 1898-1940*. Cambridge, Harvard University Press, 1957. 269 p.
- DUPONT, Louis. *La Pointe-à-Bernard, Shawinigan, étude de morphologie urbaine*. Mémoire de baccalauréat, Université Laval, 1980. 113 p.
- FILTEAU, Gérard. *L'épopée de Shawinigan*. Shawinigan, Guertin et Gignac, 1944. 415 p.
- GAMELIN, Alain, R. HARDY, J. ROY, N. SÉGUIN et G. TOUPIN. *Trois-Rivières illustrée*. Trois-Rivières, La Corporation des fêtes du trois cent cinquantième anniversaire de Trois-Rivières, 1984. 228 p.
- GUÉRARD, François et Guy TRÉPANIÉ. «Shawinigan; une ville née de l'industrie», *Continuité*, 30 (hiver 1986): 37-39.
- GUÉRARD, François. *Les notables de Trois-Rivières au dernier tiers du XIX^e siècle*. Mémoire de maîtrise (Études québécoises), Université du Québec à Trois-Rivières, 1984, 137 p.
- GUÉRARD, François. «Les notables trifluviens au dernier tiers du XIX^e siècle: stratégies matrimoniales et pratiques distinctives dans un contexte d'urbanisation», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 42, 1 (été 1988): 27-46.
- HARDY, René et Normand SÉGUIN. *Forêt et société en Mauricie*. Montréal, Boréal Express/Musée national de l'homme, 1984. 222 p.
- HARDY, René, Alain GAMELIN et Carmen ROUSSEAU. *La Mauricie et les Bois-Francs. Chronologie, 1850-1950*. Université du Québec à Trois-Rivières, 1979. 151 p.
- HARDY, René et Guy TRÉPANIÉ. *Bibliographie de la Mauricie*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1991. 294 p.
- LANTHIER, Pierre et Alain GAMELIN. *L'industrialisation de la Mauricie. Dossier statistique et chronologique 1870-1975*. Université du Québec à Trois-Rivières, Groupe de recherche sur la Mauricie, 1981. 488 p.
- LANTHIER, Pierre 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.
- LANTHIER, Pierre. «Stratégie industrielle et développement régional: le cas de la Mauricie au XX^e siècle», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 37, 1 (juin 1983): 3-19.
- LANTHIER, Pierre 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 (17^e-20^e siècles)*, Centre interuniversitaire SOREP et École des hautes études en sciences sociales, Chicoutimi et Paris, 1990. 388 p.
- LAROCHELLE, Fabien. *Shawinigan depuis 75 ans*. Shawinigan, Hôtel de ville, 1976. 747 p.

- ROY, F. *Le crépuscule d'un rouge: J.-A. Tessier, maire de Trois-Rivières, et l'enquête de Désy de 1920*. Mémoire de maîtrise (Études québécoises), Université du Québec à Trois-Rivières, 1988. 118 p.
- ROY, Jean, Daniel ROBERT et Louise VERREAULT-ROY. *Les populations municipales et paroissiales de la Mauricie. Dossier statistique: 1850-1971*. Université du Québec à Trois-Rivières, Groupe de recherche sur la Mauricie, 1980. 236 p.
- SÉGUIN, Normand, René HARDY, Pierre LANTHIER et Claude BELLAVANCE. *Shawinigan. Genèse d'une croissance industrielle au début du XXe siècle*. Université du Québec à Trois-Rivières/Hydro-Québec, 1985. 60 p.

Histoire urbaine et ouvrages généraux sur le Québec

- ABBOTT, Carl. *Urban America in the Modern age, 1920 to the Present*. Arlington Heights, Harlan Davidson, 1987, 181 p.
- ARTIBISE, Alan F. J. *Winnipeg: A Social History of Urban Growth, 1874-1914*. Montréal, McGill-Queen's University Press, 1975. 382 p.
- HAMELIN, Jean et Yves ROBY, *Histoire économique du Québec, 1851-1896*. Montréal, Fides, 1971. 436 p.
- KESTEMAN, Jean-Pierre. «La condition urbaine vue sous l'angle de la conjoncture économique: Sherbrooke, 1875-1914», *Revue d'histoire urbaine*, XII, 1 (juin 1983): 11-28.
- LINTEAU, P.-A., René DUROCHER et J.-C. ROBERT. *Histoire du Québec contemporain. Tome 1. De la confédération à la crise (1867-1929)*. Montréal, Boréal, 1989. 758 p.
- LINTEAU, P.-A., René DUROCHER, J.-C. ROBERT et François RICARD. *Histoire du Québec contemporain. Tome 2. Le Québec depuis 1930*. Montréal, Boréal, 1986. 739 p.
- LINTEAU, Paul-André. *Histoire de Montréal depuis la Confédération*. Montréal, Boréal, 1992. 613 p.
- LINTEAU, Paul-André et Alan F.J. ARTIBISE. *L'évolution de l'urbanisation au Canada : une analyse des perspectives et des interprétations*. Winnipeg, Institute of Urban Studies, University of Winnipeg, Rapport no 5, 1984. 48 p.
- LINTEAU, Paul-André. *Maisonneuve ou comment des promoteurs fabriquent une ville, 1883-1918*. Montréal, Boréal Express, 1981. 280 p.
- MOLL, Raymond A. *The New City. Urban America in the Industrial Age, 1860-1920*. Arlington Heights, Harlan Davidson, 1985, 242 p.
- ROBY, Yves. *Les Québécois et les investissements américains, (1918-1929)*. Québec, Presses de l'Université Laval, 1976. 250 p.
- ROY, Fernande. *Progrès, harmonie, liberté. Le libéralisme des milieux d'affaires francophones à Montréal au tournant du siècle*. Montréal, Boréal, 1988. 301 p.

- RUDIN, Ronald. *The Development of Four Quebec Towns, 1840-1914 : A Study of Urban and Economic Growth in Quebec*. Thèse de Ph.D. (histoire), York University, 1977. 310 p.
- RUTHERFORD, Paul. «Tomorrow's Metropolis: the Urban Reform Movement in Canada, 1880-1920», Stelter, Gilbert A. & Alan F.J. Artibise, éd., *The Canadian City: Essays in Social and Urban History*, Ottawa, Carleton University Press, (1984): 435-455.
- TAYLOR, John A. «Urban Autonomy in Canada: its Evolution and Decline», Stelter, Gilbert A. & Alan F.J. Artibise, éd., *Power and Place - Canadian Urban Development in the North American Context*, Vancouver, University of British Columbia Press, (1986): 269-291.
- WEAVER, John C. «Tomorrow's Metropolis Revisited: a Critical Assessment of Urban Reform in Canada, 1890-1920», Stelter, Gilbert A. & Alan F.J. Artibise, éd., *The Canadian City: Essays in Social and Urban History*, Ottawa, Carleton University Press, (1984): 456-477.
- ZUNZ, Olivier. *Naissance de l'Amérique industrielle. Détroit, 1880-1920*. Paris, Aubier, 1983. 352 p.

ANNEXE

LES STATISTIQUES DE MORTALITÉ

C'est essentiellement à l'aide de données de mortalité amassées au Québec de la fin du XIX^e siècle à la Seconde Guerre mondiale que nous avons cherché à préciser l'évolution de l'état sanitaire des populations trifluvienne et shawiniganaise. Ces données doivent être manipulées avec prudence, en raison notamment du caractère souvent incomplet de la cueillette des informations, et de doutes quant à leur exactitude. Nous présenterons ci-dessous les principaux problèmes décelés et les moyens adoptés pour les résoudre ou pour limiter les distorsions qu'ils étaient susceptibles d'entraîner.

Les données de population servant au calcul des taux

Les taux de mortalité sont le principal outil que nous avons utilisé en vue d'évaluer l'état sanitaire des populations. Ces taux étant le rapport mathématique du nombre de décès à la population concernée, généralement exprimé en décès par 1 000 ou par 100 000 habitants, la précision des données de population utilisées importe.

Les sources d'information sur les populations

Trois types de recensements sont à notre disposition, comportant chacun leur part d'imprécision ou d'incertitude: les recensements paroissiaux, les recensements municipaux et les recensements du Canada. Les recensements paroissiaux effectués à Trois-Rivières et à Shawinigan par les curés catholiques ont le grave inconvénient de ne

concerner généralement que la population catholique. Les recensements municipaux présentent quant à eux l'avantage de rassembler l'ensemble de la population sans distinction de culte ou autre, et d'être annuels. De telles données ne sont toutefois pas disponibles pour l'ensemble de notre période d'étude à Trois-Rivières. De plus, à Shawinigan, les chiffres dont nous disposons pour les premières décennies du siècle proviennent de rapports du gérant municipal rédigés durant les années 1940, sans aucune précision sur le mode de cueillette des informations. Comme cette cueillette avait probablement été effectuée lors de l'évaluation des propriétés, il est malheureusement possible que les habitants des campements de travailleurs employés à la construction des établissements industriels aient été ignorés par les évaluateurs. Les rôles d'évaluation de Shawinigan ayant été détruits durant les années 1980, il n'a pas été possible de vérifier l'origine et l'exactitude des données publiées plus tard dans les rapports du gérant. Ces dernières sont cependant disponibles pour chaque année à Shawinigan, et les mouvements de population qu'elles dessinent paraissent conformes à l'idée que nous nous faisons des effets de la conjoncture économique.

Ce sont les recensements effectués par le gouvernement du Canada, généralement reconnus comme les plus fiables, qui ont été prioritairement utilisés ici. Toutefois, ces recensements étant décennaux, les populations des neuf années intercensitaires doivent être intrapolées, avec tout le risque d'erreur que cela comporte. Bien sûr, l'on peut ne calculer les taux que pour des groupes d'années sur la base de la population du recensement décennal, mais cela aurait dissimulé les mouvements brusques dûs aux épidémies. Aucune méthode de calcul ne permet d'éviter à coup sûr les dérives possibles. Ainsi, les ajustements basés sur l'évolution de la croissance naturelle de la population (naissances moins décès) évacuent les phénomènes migratoires, sur lesquels

nous n'avons par ailleurs que peu de prise pour ce qui concerne des villes comme Trois-Rivières et Shawinigan. Or, la croissance de ces villes reposait bien en partie sur leur croissance naturelle, mais surtout sur un bilan migratoire généralement positif. Une répartition annuelle uniforme de la différence de population calculée au bout de 10 ans ignore les changements de rythme survenus durant la période intercensitaire, et qui peuvent être liés à des mouvements migratoires comme à des changements brusques de la croissance naturelle. Les dérives introduites par cette dernière méthode, choisie ici, paraissent cependant devoir demeurer de faible envergure¹.

Avant 1911, la méthode choisie ne pouvait que difficilement être appliquée pour Shawinigan. Il semble en effet que la population de la ville ait grandement varié d'une année à l'autre, ou même d'une saison à l'autre: les chantiers de construction des établissements industriels attiraient temporairement de nombreux travailleurs, et les mouvements de la conjoncture économique avaient probablement sur le peuplement de la ville naissante des effets marqués. De plus, la donnée de population livrée par le recensement du Canada² pour 1901 arrive un peu tôt, au début de la période initiale d'établissement, alors que précisément des variations amples et rapides sont très vraisemblables. Aussi, jusqu'à 1910, avons-nous choisi de présenter, en plus des taux établis à partir des populations des recensements décennaux, ceux calculés avec les données de population contenues dans les rapports du gérant de la municipalité, malgré l'incertitude existant quant à leur origine et à leur précision. Les résultats obtenus

¹ Les populations des années intercensitaires peuvent également être calculées selon un taux de croissance uniforme.

² Ce chiffre n'apparaît pas dans les données publiées en 1901. Il apparaît dans des publications ultérieures, ce qui introduit un doute supplémentaire quant à son exactitude.

diffèrent sensiblement, et nous ne sommes pas en mesure de déterminer quelle série de taux est la plus exacte, même en tentant de valider l'information avec les populations des recensements effectués certaines années par le curé de Shawinigan. Celles-ci sont généralement un peu plus élevées que celles du gérant durant la première décennie du siècle, ce qui renforce l'idée d'une sous-évaluation dans les populations du gérant, ayant pour effet de hausser les taux. Mais elles sont aussi largement inférieures aux populations calculées à partir des recensements du Canada de 1901 et 1911. Il se peut toutefois que les décomptes du curé négligent aussi les nombreux travailleurs des chantiers installés dans des baraquements temporaires.

Amalgame de données de mortalité provenant de Trois-Rivières et de sa banlieue avant 1926

Un problème particulier s'est présenté à Trois-Rivières en ce qui a trait au choix de la population devant servir au calcul des taux pour la période allant de 1895 à 1926. En effet, les données de mortalité publiées pour Trois-Rivières amalgament en partie, en tout ou pas du tout, dépendamment des années, les décès survenus dans la municipalité de Trois-Rivières et dans la municipalité de la banlieue de Trois-Rivières. Certaines années, il est indiqué dans les rapports annuels du compilateur des statistiques que les décès des deux municipalités sont joints. D'autres années, le nombre des décès de la banlieue est manifestement sous-évalué: plusieurs décès étaient probablement certifiés au seul nom de Trois-Rivières et, bien que survenus en banlieue, étaient comptabilisés avec ceux de la ville. Comme il était impossible de départager les décès des deux populations, nous les avons joints pour les calculs des taux, de même que les populations des deux municipalités. Ceci élargit la base de calcul pour les années

précédant 1926, mais assure de demeurer au plus près des taux réels. Pour les premiers taux annuels (1888 à 1891), basés sur les statistiques de mortalité publiées par le Ministère de l'Agriculture fédéral³, seule la population de la ville est concernée. Nous estimons cependant que les taux calculés à partir de ces dernières données ne peuvent que difficilement être comparés avec ceux obtenus pour les années suivantes, puisque les modalités de cueillette d'information adoptées par le gouvernement provincial s'avèrent complètement différentes. Nous avons tout de même incorporé les taux de mortalité des années 1888-1891 à l'un de nos graphiques, à titre indicateur.

Un autre problème s'est présenté pour le calcul des taux de mortalité spécifiée par causes de décès ou par âges à Trois-Rivières de 1895 à 1926. Dans ces cas, l'addition des décès survenus dans les deux municipalités n'est malheureusement pas possible, les décès notés pour la banlieue n'étant pas livrés ventilés de la sorte. La décision a été prise de calculer les taux spécifiés sur la base des causes de décès notées pour la ville mais avec les chiffres de population de la ville et de la banlieue additionnés. En effet, le nombre de décès recensés dans la banlieue étant manifestement beaucoup trop bas, il est vraisemblable qu'ils ont été en majeure partie joints à ceux de Trois-Rivières, ce qui est assuré pour les années où le recenseur indique de toutes façons que c'est le cas pour l'ensemble des décès. Il s'agit ici des années (1903 à 1905, 1914 à 1918, 1923 et 1924). Pour d'autres années (1898, 1901, 1908, 1909, 1919, 1921, 1922) les données semblent à moitié complètes ou, dans un cas (1899), peut-être complètes dans la banlieue. Le risque d'erreur est le plus grand pour ces années, les taux risquant

³ Ces données sont publiées en annexe au rapport annuel du ministère.

d'être légèrement sous-évalués. Afin d'évaluer les effets de notre décision d'utiliser les populations des deux municipalités additionnées pour le calcul des taux spécifiés, nous avons comparé les taux obtenus en utilisant la population de TR seulement, puis les deux populations jointes. Les différences se sont avérées minimales. Par exemple, pour la mortalité par maladies infectieuses aéroportées, une différence ne dépassant en aucun cas 0,8 point sur mille (et ne dépassant pas 0,5 sauf pour 4 années), a été observée. Il est vrai que la population de la banlieue avoisine de 800 à 1 000 habitants seulement.

La mortalité infantile

Les taux de mortalité infantile constituent l'un des meilleurs indices de l'état sanitaire d'une population. Ils sont calculés en mettant en rapport le nombre de décès survenus avant un an et le nombre de naissances. Ici encore, la prudence s'impose: nous avons en effet relevé divers problèmes quant à la cueillette des informations touchant tant les naissances que les décès avant un an.

Le sous-enregistrement des naissances chez les protestants

Le premier problème, bien connu, est celui du sous-enregistrement des naissances non catholiques⁴. Les naissances des catholiques au Québec étaient enregistrées au moment du baptême. Si ce système convenait parfaitement pour une population de catholiques presque unanimement pratiquants, permettant en fait d'obtenir des taux

⁴ Le nombre annuel de naissances entre dans le calcul des taux de mortalité infantile, aussi faut-il aborder cette question.

d'enregistrement supérieurs à ceux de bien d'autres pays⁵, il était gravement déficient pour les confessions protestantes. Bien des protestants, en effet, soit ne faisaient pas baptiser leurs enfants, soit les faisaient baptiser après un délai atteignant jusqu'à plusieurs années, ce qui occasionnait un décalage difficile à évaluer au moment de l'addition des données (on parle ici de naissances à déclaration différée). Certes, le père de l'enfant était tenu de rapporter la naissance à l'autorité civile, mais bon nombre négligeaient de le faire, ou peut-être ignoraient devoir le faire. Dans les provinces anglophones, où étaient majoritaires les populations protestantes, le médecin ayant présidé à l'accouchement était responsable de la déclaration de la naissance, ce qui n'était pas le cas au Québec: le taux d'enregistrement des naissances protestantes dans la province était sans nul doute bien plus bas qu'ailleurs au Canada. Soulignons qu'en 1948 encore, le directeur de la division de la démographie déplorait le sous-enregistrement des naissances protestantes⁶. Nous avons choisi de ne pas appliquer le facteur de conversion parfois utilisé pour corriger le nombre de naissances servant au calcul des taux de mortalité infantile au Québec: il est utilisé pour la population de l'ensemble de la province, et nous estimons périlleux de présupposer qu'il s'applique tout aussi bien aux deux villes considérées, et ce sur une longue période. Cependant, et c'est là ce qui importe ici, le sous-enregistrement des naissances protestantes n'a pu

⁵ On a estimé qu'en 1939-1941, les sous-enregistrements des naissances et des décès durant la première année de vie aux États-Unis s'établissaient chez les blancs tous deux à environ 6 %, et que chez les non blancs, le sous-enregistrement de ces décès dépassait largement un sous-enregistrement des naissances de 18 %. Voir T. N. E. Greville, *United States Life Tables and Actuarial Tables 1939-1941*, United States Bureau of the Census, Washington, United States Government Printing Office, 1946. Ce problème du sous-enregistrement est également discuté dans S. H. Preston *et al*, *Causes of Death. Life Tables for National Populations*, New York, Seminar Press, 1972, p. 25s.

⁶ Paul Parrot, «La division de la démographie», *Bulletin Sanitaire*, 48, 3, mai-août 1948.

modifier notablement les taux de mortalité infantile dans les villes étudiées, puisque la portion protestante de leurs populations oscille autour de 5%, et qu'une portion difficile à préciser des nouveaux-nés protestants étaient tout de même enregistrés. Par ailleurs, les populations des deux villes à l'étude comptant des proportions proches de protestants, le sous-enregistrement ne mine pas la valeur des comparaisons n'impliquant que ces deux cas.

Par contre, le sous-enregistrement des naissances protestantes rend difficile l'exercice comparatif entre des populations québécoises dont la composante protestante diffère fortement en importance, ou plus globalement avec des populations où l'enregistrement s'avérerait plus complet. Ainsi, les taux calculés pour une ville comme Montréal où la portion protestante de la population demeure plus large durant toute la période, ne peuvent être confrontés sans ajustement à ceux de Trois-Rivières ou de Shawinigan. Encore moins peut-on mettre côte-à côte, comme l'a fait Terry Copp⁷, les taux de mortalité infantile montréalais non corrigés avec ceux de Toronto, sans que le lecteur ne soit mis en garde d'un risque sérieux de distorsion. Rappelons ici que Terry Copp fait ressortir des taux de mortalité infantile nettement supérieurs à Montréal, ce qui cadre bien avec l'ensemble de sa thèse. Or, le sous-enregistrement des naissances exerce une pression à la hausse sur les taux, et accentue par conséquent la différence (que nous estimons réelle tout de même) entre les deux villes, donnant plus de poids à son argumentation. Il conviendrait de pondérer les taux de mortalité infantile des villes

⁷ Voir T. Copp, *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais, 1897-1929*. Montréal, Boréal Express, 1978., p. 182.

québécoises, et surtout ceux de Montréal, avant de les comparer à ceux d'autres villes et de conclure à des records d'insalubrité⁸.

La mortinatalité

Les taux de mortalité infantile doivent être calculés sur la base des naissances dites vivantes. En principe, était né vivant un enfant qui avait respiré, ne fut-ce que quelques secondes. Il fallait de plus que l'enfant décédé ait franchi les six premiers mois de vie utérine pour qu'il soit compté parmi les nés vivants. Ceux qui n'avaient pas respiré étaient considérés morts-nés. Or les morts-nés ou les enfants décédés durant les premières minutes de vie étaient nombreux durant notre période d'étude, en raison notamment du mauvais état physique de plusieurs mères.

Nous nous sommes interrogé sur la fiabilité de l'enregistrement des naissances vivantes et des décès d'enfants. Les critères devant être utilisés pour déterminer s'il y avait bien eu naissance vivante étaient-ils connus de tous les intervenants susceptibles de présider à l'accouchement? Il s'agissait normalement d'une sage-femme ou (et) d'un médecin⁹, avec ou sans la présence du curé. Le curé et le médecin à tout le moins, en tant que responsables dans un cas de l'enregistrement des naissances et des décès, dans l'autre de la rédaction du certificat de décès, connaissaient en principe les critères définis par la division de la statistique.

⁸ Voir T. Copp, *op. cit.*, p. 102.

⁹ 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.

Le curé avait également des raisons d'ordre religieux pour s'assurer que l'enfant soit vivant: il n'était pas convenable de faire bénéficier des sacrements de l'Église un être qui n'avait pas vécu. S'il y avait doute raisonnable toutefois, il devait baptiser sous condition que l'enfant soit vivant, en ajoutant les mots "si tu vis". En cas de danger de mort imminente et d'absence du curé, tout catholique était autorisé par l'Église à conférer le baptême par ondolement, tâche probablement le plus souvent assurée par le médecin, la sage-femme ou l'infirmière présents sur les lieux. Un baptême intra-utérin sous condition effectué par le médecin était même recommandé lorsque l'issue d'un accouchement à terme paraissait particulièrement douteuse. L'on peut supposer que les membres de la famille devaient insister auprès du curé, du médecin, de l'infirmière ou de la sage-femme pour faire baptiser sous condition tout enfant risquant de ne pas survivre à l'accouchement. De la sorte seulement, pouvaient-ils être assurés que l'enfant échappe au triste sort (pas de salut sans baptême, errement éternel) réservé par la religion catholique aux enfants décédés sans baptême.

D'un point de vue démographique, ce qui importe est que le nombre de baptêmes conférés à l'époque au Québec dépassait certainement le nombre de naissances vivantes, en raison des baptêmes sous condition donnés à des enfants morts-nés, que ce soit par le curé ou par tout autre intervenant. Or, le principal responsable de l'enregistrement civil était le curé de la paroisse: la même personne inscrivait aux registres les baptêmes donnés par lui ou par d'autres, et expédiait au service de la démographie les formulaires faisant état des naissances et des décès. Nous estimons qu'il y avait un réel risque de confusion entre les baptêmes et les naissances vivantes: les baptêmes délivrés sous condition à des enfants n'ayant pas vraiment donné signe de vie ne risquaient-ils pas d'être traduits par le curé, en termes démographiques, par des

naissances vivantes? Ce risque est particulièrement élevé avant 1926, alors que le service de la démographie ne recevait pas de formulaire faisant état de la naissance de chaque enfant, mais bien plutôt un formulaire général où était inscrit un décompte des naissances, décompte effectué par le responsable de l'enregistrement pour l'année entière. À partir de 1926, ce dernier dut par contre expédier un formulaire de naissance individuel pour les morts-nés comme pour les naissances vivantes, en plus du formulaire de décès sur lequel devait être portée la mention "mort-né". Ceci allait permettre de suivre l'évolution de la mortinatalité, en évitant que les cas d'enfants morts-nés sans baptême ne soient pas rapportés au service de la démographie. C'est dans cet esprit que la division de la démographie du SPH, dans un document explicatif adressé aux collecteurs de la statistique, écrivait:

Nous demandons à tous les ministres du culte de se souvenir que la formule «D» ou formule de naissance est un bulletin statistique de naissance et non de baptême; conséquemment qu'elle peut être remplie sans que le baptême (ou l'ondoiement) ait été administré. Ce cas se présente très souvent lors des sépultures d'enfants morts-nés...¹⁰

Cette citation montre qu'encore en 1930 environ, d'après le service de la démographie, des curés pouvaient confondre baptêmes et naissances aux fins de la démographie. Un extrait d'un formulaire de rapport annuel paroissial rempli par les curés et utilisé dans un diocèse du Québec encore en 1922 confirme amplement nos craintes: dans la partie du questionnaire intitulée «Statistiques vitales», une question est posée où baptêmes et naissances sont tout bonnement présentés comme équivalents: «Combien y a-t-il eu de

¹⁰ (Québec) Service provincial d'hygiène, Division de la démographie, *Document explicatif pour la collection des statistiques démographiques*, vraisemblablement 1930, 23 p.

baptêmes (naissances)?»¹¹. De plus, le formulaire ne faisait pas de distinction entre baptêmes conférés sous condition ou pas. Par conséquent, il existait effectivement un risque que des cas de baptêmes conférés sous condition à des enfants morts-nés soient recensés parmi les naissances vivantes. Ce risque fut cependant bien moindre à partir de 1926 en raison des nouvelles modalités de la cueillette des données.

Dans une population catholique aussi profondément croyante et pratiquante que celle de la province de Québec, le fait que le baptême soit considéré indispensable au salut de l'âme induisait-il un biais dans le décompte des naissances vivantes? La mortalité infantile y apparaîtrait-elle plus élevée que pour des populations protestantes par exemple, en raison d'un surplus de déclarations d'enfants nés vivants et décédés aussitôt, en fait des enfants morts-nés? Qu'un enfant décède sans avoir été baptisé n'avait en effet pas des conséquences aussi graves sur le plan religieux pour les protestants. Ceci, joint au problème déjà mentionné du sous-enregistrement des naissances protestantes, pourrait aider à expliquer en partie l'écart qui existe durant toute notre période d'étude entre la mortalité infantile très élevée au Québec et celle dans d'autres provinces du Canada.

Les naissances et décès de la banlieue de Trois-Rivières

Lors du calcul des taux de mortalité infantile, le problème déjà signalé de l'amalgame de données de mortalité pour Trois-Rivières et la municipalité de la banlieue de Trois-Rivières avant 1926 n'a pu être réglé de la même façon que pour la mortalité générale.

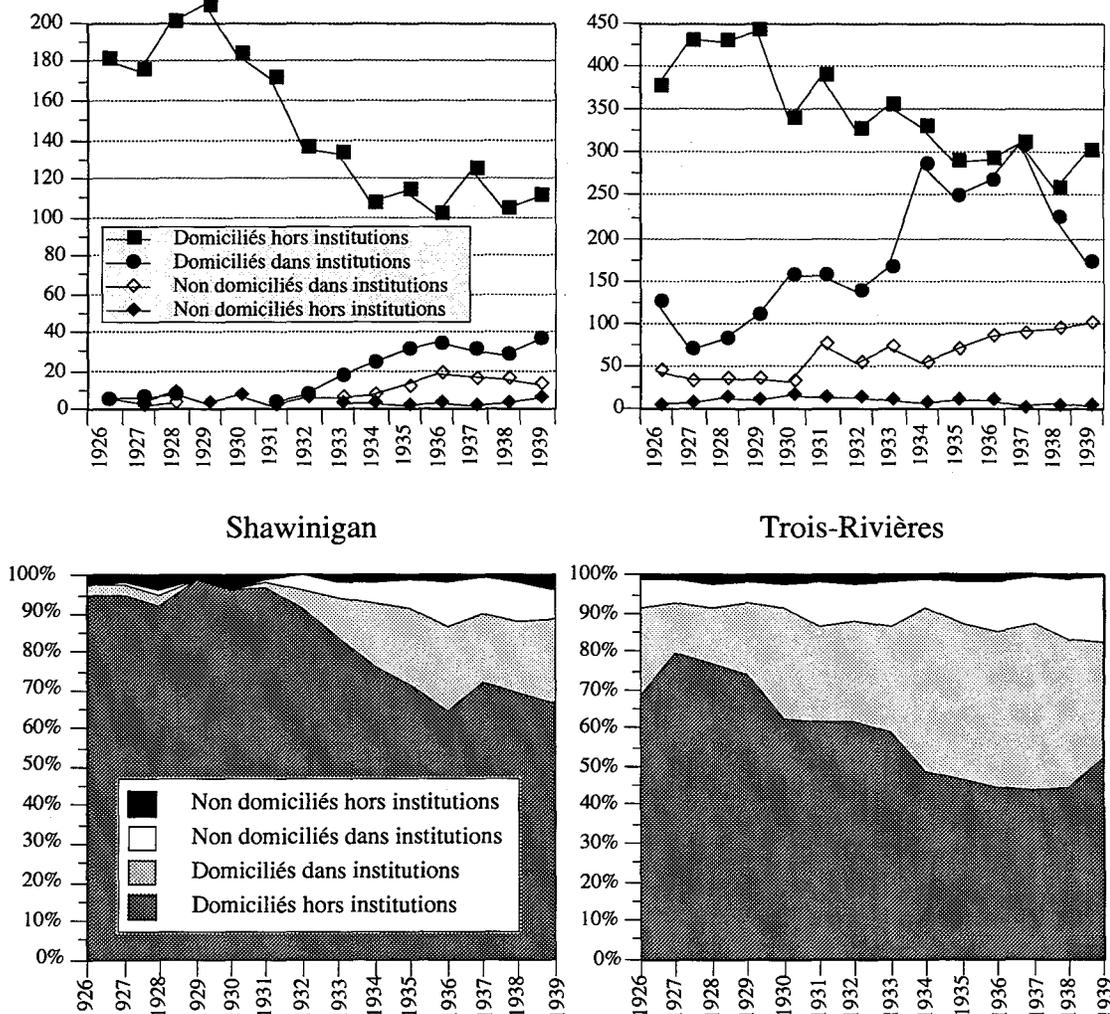
¹¹ Une copie de ce formulaire nous a été fournie par l'historien René Hardy.

Nous aurions souhaité en effet élargir la base de calcul en utilisant les naissances jointes des deux municipalités, de même que les décès survenus avant l'âge d'un an. Mais le nombre de ces décès dans la banlieue nous est inconnu. Il a été décidé de ne joindre les naissances des deux municipalités que pour les années où les décès ont été comptabilisés ensemble dans les tableaux publiés pour Trois-Rivières, et indiqués comme tels. Il s'agit des années 1903 à 1906, 1914 à 1918 et 1923-1924. Pour les autres années, l'erreur ne peut être que minime: sur un nombre approximatif de 20 décès annuels au total dans la banlieue, il y en a peut-être 6 ou 7 en bas d'un an, ce qui modifie à peine les taux de Trois-Rivières s'ils ont été ajoutés par erreur aux décès survenus dans la ville. L'erreur est d'autant moins perceptible que parmi ces décès d'enfants, certains étaient effectivement comptabilisés avec la banlieue.

Registres d'état civil et transports des décédés

Pour la mortalité infantile comme pour les décès par groupes d'âges, nous aurions souhaité valider nos informations en comparant les nombres de décès publiés par les organismes gouvernementaux et ceux trouvés dans les registres d'état civil. Malheureusement, ces deux séries ne sont pas comparables. Avant 1946 en effet, une entente internationale quant à la statistique des décès établissait que ces derniers devaient être portés au lieu de survenance du décès plutôt qu'au lieu de résidence comme ce fut le cas par la suite. Aussi, un Européen mort à Trois-Rivières était compté parmi les décès de cette ville. Il en va de même pour tout individu des villages avoisinants qui y était décédé. Or, les hôpitaux et hospices des villes étaient des institutions régionales: nombre de personnes provenant d'autres lieux y passaient leurs derniers jours, ce qui gonflait la mortalité urbaine. Ces décès étaient par contre inscrits

ANNEXE, FIGURE 1
DÉCÈS DE DOMICILIÉS ET DE NON DOMICILIÉS SURVENUS DANS ET HORS DES
INSTITUTIONS À TROIS-RIVIÈRES ET À SHAWINIGAN DE 1926 À 1939



Source: RBFS, 1926-1939

par les curés dans les registres d'état civil au lieu d'inhumation. Un permis de transport du décédé délivré par la municipalité où avait eu lieu le décès devait être transmis au curé du lieu d'inhumation en remplacement du certificat de décès. Ce certificat était expédié directement par la municipalité au service de la démographie, de

sorte que celui-ci puisse effectuer le suivi des décès en respectant les normes internationales.

Il ne faut donc pas s'étonner si les nombres de décès inscrits aux registres d'état civil ne concordent pas avec ceux publiés par le service de démographie provincial. Les statistiques publiées par le Bureau de la statistique fédéral à partir de 1926 départagent cependant les décès de domiciliés et de non domiciliés survenus dans les cités et villes, ce qui permet d'évaluer l'ampleur de l'écart devant exister entre ces deux séries, mais en partie seulement. D'une part, cela ne nous donne pas le nombre de décès de résidants survenus ailleurs, et d'autre part, il peut survenir que des morts soient inhumés ailleurs qu'en leur localité de résidence. La figure I montre que de 1926 à 1939, la proportion de décès de non résidants passe d'environ 9 % à 18 % à Trois-Rivières, et de près de 3 % à 12 % à Shawinigan. Une corrélation évidente existe entre la présence d'établissements hospitaliers et l'évolution du nombre de décédés non résidants: à Trois-Rivières, l'augmentation du début des années 1930 est vraisemblablement liée à l'ouverture du sanatorium régional Cooke en 1930; à Shawinigan, les décès de non résidants avant l'ouverture de l'hôpital Sainte-Thérèse en 1931 sont peu fréquents. Notons que la forte proportion de décès survenus en institutions à Trois-Rivières durant les années 1930 ne témoigne pas d'une tendance plus grande à décéder à l'hôpital, mais bien de la mortalité très élevée à la crèche. Cette mortalité est par ailleurs de nature à hausser la quantité de domiciliés, dans la mesure où la crèche est une institution régionale qui héberge sans doute nombre d'enfants originaires de l'extérieur de Trois-Rivières, ici comptabilisés comme résidants, ce qu'ils sont effectivement devenus en étant recueillis par les religieuses.

Malgré ces considérations et en l'absence de toute autre source, les naissances et décès en bas d'un an inscrits aux registres d'état civil de Shawinigan ont été utilisés pour y évaluer la mortalité infantile de 1903 à 1916. À partir de 1917, les données proviennent des rapports annuels du Conseil supérieur d'hygiène. Nous signalons donc au lecteur que les taux de mortalité infantile avant et après 1917 pour Shawinigan n'ont pas été obtenus à partir de sources dont les données sont vraiment comparables, ce qui peut occasionner des distorsions. Combien ont été enterrés à Shawinigan après être décédés ailleurs, ou au contraire ont été enterrés ailleurs après être décédés à Shawinigan? Difficile à préciser. Notons cependant que l'absence d'hôpital à Shawinigan durant ces années diminue le risque qu'en utilisant les registres d'état civil, l'on sous-évalue de façon significative le nombre de décès survenus dans cette ville.

Les causes de décès

L'une de nos ambitions était d'évaluer l'efficacité des mesures de santé publique adoptées dans les deux villes en examinant la progression des taux de mortalité par causes de décès. Pour diverses raisons, cela s'avéra plus difficile que nous ne l'avions cru au départ. Des sources contenant des informations détaillées sur la mortalité dans de petites villes comme Shawinigan et Trois-Rivières n'ont pu être repérées pour l'ensemble de la période étudiée. De plus, nombre d'inexactitudes et d'imprécisions dans la certification des décès nous ont obligé à ne traiter des causes de décès que par grands groupes de causes.

Les sources

Décrivons d'abord brièvement les sources utilisées pour l'étude de l'évolution des différentes causes de décès: les tableaux de causes de décès publiés par l'organisme provincial d'hygiène de 1894 à 1925, ceux publiés par le Bureau de la statistique fédéral à partir de 1926 pour le Québec, et un registre des décès survenus à Trois-Rivières de 1924 à 1937.

Les tableaux de causes de décès publiés par le Conseil d'hygiène de la province et ses successeurs avant 1926 pour chaque comté de même que pour diverses municipalités constituent une source précieuse demeurée très peu exploitée à ce jour. Ces tableaux se présentent comme suit: pour chaque rubrique de la classification Bertillon des causes de décès, le nombre de décès de l'année est livré par sexes, par certains groupes d'âges, par grands groupes ethniques (Canadiens-anglais, Canadiens-français, autres, étrangers), et par mois. Il n'est malheureusement pas possible de croiser ces variables entre elles, les données étant livrées déjà regroupées, plutôt que par individu.

Lorsqu'en 1926 le Bureau de la statistique fédéral prend en charge la publication des statistiques démographiques du Québec, les petites villes comme Trois-Rivières et Shawinigan n'apparaissent plus aux tableaux des causes de décès. Trois-Rivières n'y figurera qu'à partir de 1941. Quant aux rapports du Service provincial d'hygiène, ils continuent de 1926 à 1934 de fournir des données pour certaines causes spécifiques de décès dans les cités et villes. Pour 1928, 1929 et 1930, on y trouve un relevé assez détaillé des causes de décès pour Trois-Rivières et Shawinigan, mais sans indication d'âges. Conscient que la plupart des municipalités québécoises ne disposaient plus de

données de mortalité aussi détaillées qu'auparavant, le directeur du service de la démographie de la province, Paul Parrot, fit préparer deux recueils fournissant pour toutes les cités et villes du Québec des compilations par certaines causes de décès ou groupes de causes de décès¹². Un troisième recueil fut annoncé dans les deux premiers, sur lequel nous n'avons jamais pu mettre la main, ce qui est fort dommage puisqu'il devait être consacré notamment à la mortalité infantile, à la répartition des décès par groupes d'âges, etc.

Devant la raréfaction des données pour Trois-Rivières et Shawinigan à partir de 1926, nous avons cherché d'autres sources d'information. Des démarches auprès de Statistique Canada n'ont abouti à aucun résultat, mais le Bureau de la statistique du Québec a accepté d'expédier sur disquette, pour les deux villes concernées, une série de données provenant d'une banque de données informatisée (également disponible à Statistique Canada) où se trouverait en principe une fiche pour chaque décès survenu au Québec à partir de 1926. Malheureusement, l'employé chargé d'exécuter cette tâche nous a assuré que les causes de décès n'avaient pas été transcrites dans le fichier informatisé. Seuls l'âge, la date du décès, le sexe et le lieu pourraient y être trouvés. Finalement, le fichier acheté n'a été utilisé essentiellement qu'à titre indicatif et de comparaison avec les autres sources, malgré l'intérêt qu'il représentait pour la mortalité spécifiée par âges. En effet, le nombre de décès recensés à chaque année y était inférieur au nombre de décès publié, particulièrement à Shawinigan. C'est finalement

¹² (Québec) Ministère de la santé et du bien-être social, Division de la démographie, *Sommaire démographique. 1926 à 1945. Première partie. Naissances mariages décès, 1941*, et *Sommaire démographique. 1926 à 1945. Seconde partie. Principales causes de mortalité, 1941*.

un registre de mortalité trouvé à Trois-Rivières et couvrant les années 1924 à 1937 qui a été utilisé pour préciser les causes de décès dans cette ville après 1925. L'infirmière du Bureau de santé y retranscrivait le contenu des certificats de décès.

La certification des décès

La fiabilité des données de causes de décès est sujette à caution, particulièrement avant 1910. La loi fut dans un premier temps beaucoup trop perméable en ce qui a trait à la nécessité d'obtenir le certificat d'un médecin, si bien que, durant une quinzaine d'années jusque vers 1910, les certificats furent en général signés par les curés et pasteurs¹³. On obtenait ainsi des chiffres assez fiables pour l'ensemble de la mortalité, mais pas par causes de décès. En effet, les curés et pasteurs, sans formation médicale, n'étaient pas en mesure d'identifier précisément les causes de décès dans une bonne proportion des cas, et s'en tenaient fréquemment à des formulations plus ou moins vagues décrivant surtout des symptômes (diarrhées, convulsions des enfants, sénilité, débilité, etc). L'on peut supposer cependant que le curé inscrivait généralement la cause de décès indiquée par le médecin. Ajoutons à cela que même pour les médecins, la précision de la certification a sans doute varié, dû en particulier à l'avancement de la science médicale en matière de diagnostic et à l'évolution de la formation des médecins.

Un autre problème concernant la certification des décès a été rencontré, lorsque nous avons identifié, pour chacun des intitulés de causes de décès inscrits dans le registre de

¹³ Dans le RACH de 1895-1896, ce problème était déjà mentionné.

mortalité trifluvienne de 1924 à 1937, la rubrique adéquate dans la CIMA. L'information concernant la cause de décès y provient systématiquement d'un médecin ou rarement du coroner, tel que l'exigeait une loi adoptée en 1909. Mais la transcription dans le registre des causes de décès portées aux certificats de décès semble indiquer que les médecins trifluviens ne faisaient pas tous la distinction entre causes dites premières (primaires ou initiales) et secondes (secondaires). En principe, l'état pathologique à l'origine des autres événements pathologiques ayant mené à la mort devait être inscrit sous la rubrique cause première, laquelle était utilisée dans les statistiques de causes de décès. La ou les causes secondaires ne figuraient pas dans ces statistiques. Or les causes primaire et secondaire étaient fréquemment inversées dans le registre trifluvien. La transcription faite par l'infirmière de la municipalité semble indiquer que le médecin inscrivait dans bien des cas la cause immédiate de décès là où devait se trouver la cause primaire: arrêt cardiaque par exemple. Ce problème n'était certes pas nouveau. Quelles règles suivaient les fonctionnaires provinciaux et fédéraux chargés d'établir à partir des certificats de décès la comptabilité des causes de décès? Inscrivaient-ils une cause primaire manifestement erronée ou la corrigeaient-ils comme nous l'avons fait pour nos propres décomptes, et tel que le font aujourd'hui les bureaux de statistique démographique à travers le monde selon une série de règles internationales? D'après une vérification sommaire effectuée pour 1924 et 1925, années où nous disposons à la fois du registre trifluvien et des données publiées par le SPH, la cause initiale indiquée par le médecin était systématiquement utilisée pour les décomptes.

En plus des erreurs et de l'imprécision de la certification, qu'elle soit faite par des médecins ou pas, certaines maladies étaient volontairement passées sous silence. Il

s'agissait en général, pour le rédacteur du certificat, d'éviter à la famille du décédé la honte liée par exemple aux maladies vénériennes, l'ostracisme du voisinage dû à la crainte pour des affections comme la tuberculose, ou les inconvénients déjà discutés concernant les mesures d'hygiène publique suivant le décès par certaines maladies. Il est probable que dans ces cas, la cause de décès portée au certificat était soit un symptôme, soit une affection aux symptômes proches, ou encore la cause de décès immédiate plutôt que primaire, c'est-à-dire non pas l'état morbide à l'origine de la succession d'événements ayant mené au décès, et qui en principe doit être porté dans les calculs statistiques, mais celui ayant directement entraîné la mort. L'on pourrait par exemple se demander dans quelle mesure des décès attribués à des pneumonies, broncho-pneumonies ou autres affections des voies respiratoires, n'étaient pas la dernière expression d'une tuberculose pulmonaire, maladie à laquelle auraient dû être imputés pareils décès. L'interprétation de l'évolution de l'incidence ou de la prévalence de la tuberculose, de même que de bien d'autres maladies, tout au moins avant les années 1920, s'avère en fait difficile. Il est en effet à notre avis périlleux de chercher à reclasser les maladies ayant fait l'objet d'une certification volontairement fausse.

Pour toutes ces raisons, il convient d'user précautionneusement des données relatives aux causes de décès. D'autres chercheurs, en d'autres pays, se sont avant nous heurtés à des difficultés relativement similaires. Plusieurs ont choisi de regrouper les états morbides en des classes très larges, englobantes, limitant ainsi les erreurs d'interprétation découlant d'imprécisions et de diagnostics sciemment ou non fautifs¹⁴.

¹⁴ Pour les problèmes liés aux statistiques des causes de décès, et les avantages du regroupement en classes larges: S. H. Preston *et al*, *op. cit.*, p. 30s.

C'est la voie que nous avons privilégiée, aussi ne trouve-t-on dans cette thèse que fort peu de données concernant des maladies particulières. Nous croyons que les regroupements obtenus sont bien plus valables. Ainsi, l'auteur d'un certificat sciemment inexact cherchait sans doute à conférer à son acte, illégal, une certaine vraisemblance, non seulement auprès des autorités sanitaires, mais également de la famille du décédé. La pneumonie remplaçait la tuberculose, les entérites, gastrites ou diarrhées se substituaient aux fièvres typhoïde et paratyphoïde, etc. Isolées, les données attribuées à chacune de ces rubriques sont à notre avis fantaisistes, alors que leurs regroupements en maladies infectieuses généralement acquises par voie aéroportée ou par voie digestive acquièrent un degré suffisant d'exactitude pour permettre de dégager les grandes tendances de l'évolution de la mortalité.

La classification des maladies

Une autre difficulté est surgie, concernant cette fois l'organisation des données de causes de décès. Dans les publications gouvernementales à partir de 1894, celles-ci sont classées selon la classification internationale des maladies (classification Bertillon des causes de décès dans un premier temps, puis la CIM). Or, cette classification fut périodiquement modifiée, environ tous les dix ans, suivant en cela l'évolution des connaissances médicales: des rubriques furent éclatées en rubriques plus précises, certaines disparurent, d'autres changèrent de classes qui elles-mêmes sont sujettes à modifications, tant et si bien qu'une équipe de recherche a dû consacrer, en vue d'obtenir des séries cohérentes, des efforts considérables à mettre en place, à l'aide de

méthodes statistiques élaborées, un système de reclassement des décès survenus en France de 1925 à 1978¹⁵. Mais les résultats et les méthodes de cette recherche sont difficilement applicables pour une étude comme la nôtre: les petites populations de villes comme Trois-Rivières et Shawinigan ne permettent aucunement d'établir des projections statistiques valables par causes de décès, et les différents coefficients utilisés pour les reclassements par l'équipe française ne pourraient être appliqués directement qu'en présupposant que la répartition des causes de décès dans ces deux villes est relativement similaire à celle de la France, ce qui, évidemment, serait périlleux.

Chercher à établir précisément la mortalité par causes de décès paraissait voué à l'échec. Aussi avons-nous préféré regrouper en classes larges, tel que précisé ci-dessus pour d'autres raisons, les rubriques des différentes versions de la classification des causes de décès utilisées au Québec de 1895 à 1925 (RACH), et les intitulés de maladies consignés au registre des décès trifluviens pour les années 1924 à 1937. Les grandes classes par localisations de la huitième révision de la CIMA (Classification internationale des maladies, adaptée)¹⁶ ont été utilisées, mais après en avoir séparé celles des maladies infectieuses qui s'y trouvent¹⁷. Les maladies infectieuses ont quant à elles été divisées selon leurs voies de transmission les plus fréquentes: voie

¹⁵ Jacques Vallin et France Meslé, *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; aussi annexe VI du cahier 115.

¹⁶ (Canada) Bureau fédéral de la statistique, Division de la santé et du bien-être, Section de la santé publique, *Classification internationale des maladies, adaptée. Huitième révision*, deux volumes, 1970.

¹⁷ La CIM comprend une classe de maladies infectieuses et parasitaires, mais certaines maladies infectieuses localisées sont classées selon leur localisation.

respiratoire, voie digestive, maladies transmises sexuellement, autres maladies infectieuses. Pour mener à bien ces regroupements, nous avons consulté une documentation abondante et variée, comportant non seulement des études historiques sur l'évolution de la mortalité en différents endroits mais également des dictionnaires médicaux d'époque et récents, de même que des manuels de médecine et d'épidémiologie¹⁸.

¹⁸ La liste de ces divers ouvrages de référence est en fait fort longue, aussi renvoyons-nous le lecteur à la bibliographie générale.