

Université de Montréal

Soin des corps, soin des âmes
Genre et pouvoirs dans les hôpitaux de France et de Nouvelle-
France aux XVII^e et XVIII^e siècles.

par

Claire Garnier

Thèse de doctorat effectuée en cotutelle

au

Département d'histoire

Faculté des Arts et des Sciences

Université de Montréal

ET

Centre d'Histoire Espaces et Cultures

Université Clermont 2

Thèse présentée à la Faculté des Études supérieures de l'université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de Docteur ès arts (Ph. D.) en histoire

Et à

L'Université Clermont 2 en vue de l'obtention du grade de Docteur en histoire

Avril 2015

© Claire Garnier, 2015

Résumé

Comment les établissements hospitaliers d'Ancien Régime marquent-ils les corps des personnes qui y séjournent et y officient ? À partir du milieu du XVII^e siècle, l'espace français fait l'objet d'une réforme hospitalière menée de concert par l'Église de la Réforme catholique et l'État en voie d'absolutisme. La création des Hôpitaux Généraux dans l'ensemble du royaume, jusqu'en terre coloniale, a pour effet de progressivement préciser le rôle des Hôtels-Dieu, et de contribuer à la mise en place d'un réseau d'institutions hospitalières au sein desquelles se côtoient laïcs et religieux, soignants et malades, hommes et femmes. Afin d'appréhender les principales situations où ce processus se met en place, nous avons analysé les établissements parisiens sur lesquels les volontés étatique et religieuse s'expriment pleinement, un territoire provincial – l'Auvergne – qui, éloigné du centre du pouvoir royal, adapte le fonctionnement hospitalier à son territoire, et un espace colonial – la vallée du Saint-Laurent au Canada – où l'implantation des institutions hospitalières répond à la fois à la volonté de l'Église missionnaire et des autorités coloniales, tout en devant répondre aux besoins d'une population particulière.

Notre thèse propose de montrer comment ces différents pouvoirs que sont l'Église, la volonté soignante et le genre s'entremêlent au sein des hôpitaux, et s'exercent sur l'ensemble des personnes qui participent à la vie des établissements depuis le début de cette réforme hospitalière jusqu'à la fin du XVIII^e siècle

Pour ce faire, cette thèse convoque des documents divers issus des fonds d'archives des hôpitaux et des communautés hospitalières. En croisant les textes prescriptifs et les sources témoignant des pratiques hospitalières, ce travail montre que les corps des agents de l'institution comme ceux des usagers subissent un processus de disciplinement relativement similaire, tout particulièrement dans le domaine religieux. Elle souligne de plus la répartition du pouvoir entre les femmes et les hommes qui évolue, au cours de la période étudiée, au bénéfice de ces derniers sous l'effet d'un phénomène de professionnalisation des métiers soignants encadrés par les autorités laïques.

En comparant trois territoires, cette thèse montre de plus comment les institutions s'adaptent à des contextes différents. Elle permet ainsi de faire ressortir, notamment à travers une analyse de l'espace hospitalier, les similitudes entre la situation auvergnate et la situation canadienne, du moins au cours des décennies de paix pour la colonie. En revanche, la colonie se distingue nettement de la métropole par le primat accordé au religieux tout au long de la période, qui s'achève avec la Conquête, tandis que les établissements métropolitains, d'abord ceux de Paris puis d'Auvergne, témoignent d'une orientation qui accorde de plus en plus de place et de pouvoir aux questions médicales laïques.

Mots-clés : Hôpitaux, Réforme catholique, Hospitalières, Augustines, Filles de la Charité, médical, corps, genre, architecture.

Abstract

How did *Ancien Régime* hospitals mark and regulate the bodies of its inhabitants and its officers? From the mid-seventeenth century, the French colonial space was the subject of a hospital reform implemented in collaboration with Church and the State, the latter in the process of absolutism. The creation of the General Hospitals across the kingdom, throughout colonial land, had the effect of gradually clarifying the role of Hôtel-Dieu, and thus contributed to the establishment of a network of health institutions where secular and religious, caregivers and patients, men and women worked alongside each other. In order to capture the primary settings where this process took place, the dissertation analyzes the Parisian establishments under which state and religious wishes were fully expressed, a provincial territory - Auvergne - which, far from the center of royal power adapted the workings of hospital to its territory and colonial space - St. Lawrence Valley in Canada - where the implementation of hospital institutions responded both to the will of the missionary Church and colonial authorities as well as to meet the needs of a particular population.

The project demonstrates how the powers of the Church, the caregiver and the dynamics of gender intertwined in hospitals and acting on all those involved in the hospital life from the Earlier this hospital reform until the end of the eighteenth century

For this, this thesis brings together various documents from the archives of hospitals and hospital communities. By crossing the prescriptive texts and documents showing hospital practice, this thesis shows that the bodies of the institution's staff and those of the users underwent a process of disciplining relatively similar, especially in the religious sphere. It also shows that the distribution of power between men and women that evolves during the study period for the benefit of mankind as a result of a phenomenon of professional caregivers trades framed by the secular authorities.

Comparing the three territories, this thesis, furthermore, shows how institutions adapt to different contexts. It helps to emphasize, in particular through an analysis of hospital space, the similarities between the Auvergne and the Canadian contexts, at least during the decades of peace for the colony. However, the colony is clearly distinguishable from the metropolis by the primacy accorded to religious throughout the period, which ended with the conquest, while

the metropolitan institutions, first those of Paris and the Auvergne, testify to the increasingly power given to lay medical issues.

Keywords : Hospital, Catholic Reformation, Daughters of Charity, Gender, Hospital's Architecture, Body.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des abréviations.....	xiii
Remerciements.....	xv
Introduction.....	2
Un cadre géographique et chronologie.....	4
Cadre théorique.....	7
Sources et méthodologie.....	14
Plan de la thèse.....	19
Chapitre 1. Le soin des pauvres aux XVII ^e et XVIII ^e siècles.....	22
1.1. Les établissements hospitaliers.....	22
1.1.1. Un réseau hospitalier antérieur à l'époque moderne.....	22
1.1.2. Évolution de la vision des pauvres depuis la fin du Moyen Âge.....	24
1.1.3. Les limites du pouvoir royal, le rôle de la charité.....	28
1.2. La place du corps dans les établissements hospitaliers d'Ancien Régime.....	36
1.2.1. Corps et modernité.....	36
1.2.2. Corps et catholicisme : ambivalence.....	38
1.2.3. La charité hospitalière, un rapport au corps et au sacré.....	41
1.2.4. Le corps des Hospitalières.....	44
1.2.5. Le corps pris entre deux stratégies de contrôle.....	47
1.3. Les institutions hospitalières d'Ancien Régime : deux lieux de pouvoirs entre hommes et femmes.....	48
1.3.1. Monde religieux : différences et hiérarchies des sexes.....	48
1.3.2. La différence mise en pratique.....	51
Conclusion.....	55

Chapitre 2. Politiques hospitalières.....	58
2.1. Un pouvoir royal en trompe-l’œil.....	59
2.1.1. L’établissement d’un ministère.....	60
2.1.2. Une intense activité législative.....	63
2.1.3. Des relais humains trop peu nombreux.....	65
2.2. Les élites laïques.....	68
2.2.1. Les administrateurs laïcs.....	70
2.2.2. Le soutien des élites locales.....	73
2.2.3. Des élites aussi féminines.....	75
2.3. L’institution ecclésiastique.....	77
2.3.1. Le pouvoir institutionnel.....	77
2.3.2. Direction des Hospitalières.....	82
Conclusion.....	86
Chapitre 3. Entre les murs, diversité de la population hospitalière.....	88
3.1. Libres d’entrer et de sortir.....	90
3.1.1. Médecins et chirurgiens, libres d’aller et venir.....	90
3.1.2. Les aumôniers.....	93
3.1.3. Les malades libres.....	95
3.2. Entrer librement, sortir sous contrôle.....	100
3.2.1. Les Hospitalières : lier la clôture à l’hôpital.....	100
3.2.2. Personnel laïc.....	104
3.3. L’enfermement hospitalier.....	106
3.3.1. Enfermement autoritaire et justice genrée.....	108
3.3.2. Résistances.....	113
Conclusion.....	114
Chapitre 4. Corps et religion dans les hôpitaux.....	116
4.1. Représentations du corps dans le monde religieux.....	117
4.1.1. La religion de l’Incarnation.....	118
4.1.2. Le corps de l’homme pécheur.....	121
4.1.3. Le(s) corps dans les dévotions hospitalières.....	122
4.2. Évolution de la vision du corps dans le monde laïc.....	130

4.2.1. Civilité.....	130
4.2.2. L'intime et l'hôpital	134
4.3. Le corps des religieuses, lieu de cohabitation des modèles	143
4.3.1. L'intériorisation de la clôture.....	143
4.3.2. La douceur relatives des orientations spirituelles modernes.....	146
4.3.3. La persistance de modèles plus rigoureux	149
4.3.4. Pôles d'attraction et de variations	153
4.4. Corps des malades et monde religieux et hospitalier	157
4.4.1. La conversion par le corps	157
4.4.2. Résistances et adaptation	164
Conclusion	170
Chapitre 5. Pratiques de santé et de guérison	172
5.1. Des acteurs au savoir reconnu.....	173
5.1.1 Les médecins.....	173
5.1.2. Les chirurgiens.....	178
5.1.3. Les apothicaires, un savoir technique au féminin ?	187
5.1.4. Un personnel soignant divers.....	194
5.2. Des gestes soignants variés.....	197
5.2.1. Soigner les soignants.....	197
5.2.2 Comment soigner ?	199
5.3. Le cas de la contagion.....	206
5.3.1. Compréhension du phénomène religieux.....	206
5.3.2. Prise en charge de l'épidémie	210
5.3.3. Moralité et maladie	213
Conclusion	216
Chapitre 6. Genre et pratiques soignantes.....	218
6.1. Le genre des soignants.....	220
6.1.1 Des hommes soignants.....	221
6.1.2. Des femmes laïques	227
6.1.3. Les Hospitalières et les soignants	231
6.2. Les Hospitalières et les malades : soigner les hommes ?.....	233

6.2.1. Soignants et soignés, un espace masculin séparé?.....	234
6.2.2. Soigner des hommes	238
6.3. Et les femmes ?	246
6.3.1. Modèles masculins, modèles féminins	247
6.3.2. Femmes enceintes et religion : méfiance et interdiction.....	248
6.3.3. L'intérêt médical envers la grossesse : les sages-femmes et les obstétriciens.....	252
6.3.4. Les débauchées des Refuges : Marie et Madeleine	260
Conclusion	265
Chapitre 7. L'Hôpital d'Ancien Régime, un espace marqué par des pouvoirs variés	268
7.1. Typologie des espaces hospitaliers	271
7.1.1. Les hôpitaux dans les villes	271
7.1.2. Formes des hôpitaux	275
7.1.3. Des bâtiments toujours en évolution.....	295
7.2. Un espace hospitalier de plus en plus masculin?	300
7.2.1. Séparer les malades selon leur genre	300
7.2.2. La clôture religieuse, contribution à la séparation genrée	306
7.2.3. Des étages féminins	313
7.2.4. Les hommes de l'hôpital.....	316
7.3. De la chapelle à la salle d'opération ?	319
7.3.1. Des hôpitaux religieux et une architecture adaptée (XVII ^e siècle).....	319
7.3.2. Des espaces soignants.....	329
7.3.3. L'effacement du religieux au fil du temps ?	337
Conclusion	342
Conclusion Générale.....	344
Bibliographie & Sources.....	ii
Fonds d'archives	ii
Instruments de recherche	viii
Sources publiées.....	ix
Études et ouvrages généraux.....	xii
Annexe 1 : Situation géographique des principales villes étudiées	ii
.....	ii

Annexe 2 : Situation des villes de Nouvelle-France.....	iv
Annexe 3 : Situation des villes d’Auvergne	vi
Annexe 4 : Règlement de la journée des pauvres de l’Hôpital Général de la ville de Moulins, 6 janvier 1776.	viii
Annexe 5 : Sur le conflit qui oppose les administrations de l’Hôpital Général et de l’Hôtel-Dieu de Paris au sujet des pauvres malades de l’Hôpital Général, mai 1754.....	xii
Annexe 6 : Liste des médecins de l’hôtel-Dieu de Montréal de 1642 à 1763.	xxiv
Annexe 7 : Règlement pour les sœurs donades de l’Hôtel-Dieu Notre-Dame du Puy, XVIII ^e siècle.	xxviii
Annexe 8 : « De la clôture des sœurs », concernant les Sœurs Grises de l’Hôpital Général de Montréal.....	xxxiv
Annexe 9 : Communautés hospitalières de Clermont-Ferrand.....	xxxvi
Annexe 10. Communautés hospitalières canadiennes	xxxviii
Annexe 11 : Communautés hospitalières du Puy-en-Velay	xl
Annexe 12 : Localisation des hôpitaux de la ville de Montréal, 1760.....	xlii
Annexe 13 : Localisation des hôpitaux de la ville de Clermont.	xliv
Annexe 14 : Localisation des hôpitaux de la ville de Québec, 1696.	xlvi
Annexe 15 : Localisation des hôpitaux dans la ville de Paris.....	xlviii
Annexe 16 : Typologie des modèles hospitaliers.	l
Annexe 17 : Modèles hospitaliers québécois du XIX ^e siècle.	lii

Liste des tableaux

Tableau 1 - Répartition par salle et par genre des soignants laïcs de l'Hôtel-Dieu de Paris... 229

Tableau 2 - Hommes et femmes hébergés à l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand - 1775. 236

Liste des figures

Figure 1 - Évolution architecturale de l'Hôtel-Dieu de Québec	277
Figure 2 - Organisation de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1695	279
Figure 3 - Hôpital Sainte-Pélagie, Paris.....	280
Figure 4 - Hôpital Saint-Jacques, Paris.....	280
Figure 5 - Hôpital Saint-Louis, Paris	281
Figure 6 - Organisation de l'hôpital de Vichy, 1748	282
Figure 7 - Hôpital de la Salpêtrière, Paris.....	283
Figure 8 - Hôpital des Incurables, Paris.....	283
Figure 9 - Vue en longueur de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808	284
Figure 10 - Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778	286
Figure 11 - Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808	288
Figure 12 - Composition de l'Hôpital Général de Québec, 1785	292
Figure 13 - Hôtel-Dieu Saint-Barthélémy, Clermont-Ferrand.....	293
Figure 14 - Le genre de l'espace hospitalier, légende applicable aux figures 15 à 22	301
Figure 15 - Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Montréal, 1654-1660 ..	302
Figure 16 - Identification de l'espace hospitalier selon le genre, évolution de l'Hôtel-Dieu de Québec	304
Figure 17 - Identification de l'espace selon le genre, Hôpital Saint-Louis, 1681	305
Figure 18 - Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Paris, 1674	306
Figure 19 - Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Paris, 1760	308
Figure 20 - Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778	311
Figure 21- Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808	313
Figure 22 - Identification de l'espace selon le genre, Refuge de Clermont, fin XVIIIe siècle	315
Figure 23 - Légende applicable aux figures 24 à 27 et 29 à 32	321
Figure 24 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Montréal, 1695.....	321

Figure 25 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, évolution de l'Hôtel-Dieu de Québec	323
Figure 26 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Paris, 1674.....	325
Figure 27 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu Saint-Barthélemy, Clermont-Ferrand	326
Figure 28 - Comparatif d'échelle entre l'Hôtel-Dieu de Paris (1674) et l'Hôtel-Dieu de Montréal (1654-1660).....	328
Figure 29 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Clermont, 1778	331
Figure 30 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808.....	333
Figure 31 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Paris, 1760.....	336
Figure 32 - Identification de l'espace selon la fonction religieuse et soignante, Hôpital Saint-Louis, 1681	338

Liste des abréviations

AD 03. : Archives Départementales de l'Allier

AD 15 : Archives Départementales du Cantal

AD 43 : Archives Départementales de la Haute-Loire

AD 63 : Archives Départementales du Puy-de-Dôme

AMAHDQ : Archives du Monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec

A/AP-HP : Archives de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris

ASGM : Archives des Sœurs Grises de Montréal

APSSM : Archives des Pères de Saint Sulpice de Montréal

BAnQ : Bibliothèques et Archives nationales du Québec

BHVP : Bibliothèque Historique de la Ville de Paris

BUP : Bibliothèque Universitaire du Patrimoine (Clermont-Ferrand)

À mes parents,

Remerciements

Parvenir au terme de ces sept années de thèse n'aurait pas été possible sans le soutien de nombreuses personnes à qui l'exercice des remerciements me permet ici d'exprimer toute ma reconnaissance.

Ma gratitude va tout d'abord à mes directeurs, qui ont accompagné cette thèse de concert. Ils ont su trouver un équilibre et me permettre de bénéficier d'un modèle de direction qui m'a laissé l'autonomie pour développer mes recherches tout en s'assurant de la pertinence de mes avancées.

Merci à Bernard Dompnier pour ses conseils précieux et toujours opportuns tout au long du parcours, ainsi que pour son accompagnement sans failles dans les éprouvantes dernières semaines.

Merci à Dominique Deslandres dont l'enthousiasme et le dynamisme ont permis de ponctuer ces années de thèse de nombreux moments agréables et stimulants, pour ses idées foisonnantes qui m'ont placée sur des pistes intéressantes et pour ses corrections serrées dont la pertinence a grandement aidé à perfectionner le texte final.

Un merci tout particulier va à Emmanuelle Friant, ma grande sœur (de thèse) qui m'a soutenue, pour ne pas dire par moment portée, depuis le début de l'écriture. Elle a lu sans relâche et dans des délais inégalables chaque page de mon travail avant qu'il ne ressemble à cette thèse et jusqu'à la dernière minute. Ses encouragements et ses conseils, son soutien intellectuel et son amitié, font que cette thèse existe.

La complexité administrative inhérente à la cotutelle m'a fait accumuler une dette immense envers des agents administratifs précieux, et je tiens ici à assurer de toute ma gratitude Stéphanie Tailliez, Yannick Tremblay et Dominique Torrisiani qui, à Montréal et à Clermont, se sont assurés que des dizaines de documents soient envoyés à l'heure, reçus et signés dans des délais appropriés, et ont régulièrement rattrapé mes oublis.

Merci aux différents archivistes qui m'ont aidé à me repérer dans les labyrinthes des archives, tout particulièrement à Maëlys Mouginot aux archives des Hôpitaux de Paris, à Bernard Moissinac à Aurillac, Mylène Laurendeau chez les Sœurs Grises de Montréal.

Il me faut de plus remercier chaleureusement tous ceux et toutes celles qui, au fil des années, m'ont indiqué des pistes, aidé à préciser un concept, signalé un document. Merci donc à Ollivier Hubert, Thomas Wien qui, des séminaires de thèse à l'examen de synthèse, ont accompagné le processus de réflexions durant les premières années. À Alexandre Klein pour sa veille exhaustive de tout ce qui a trait à l'histoire des pratiques de santé, et pour m'avoir communiqué des textes et références. Merci à Annemarie Adams de m'avoir mise sur la piste de l'architecture hospitalière, et à François Dufaux de m'avoir donné les outils pour m'y repérer.

Merci aux « Spirituelles » Muriel Clair, Emmanuelle Friant, Ariane Généreux, Joy Palaccio et Adina Ruii. Nos rencontres intellectuelles, amicales et gourmandes m'ont plongée dans des lectures inattendues, des réflexions nouvelles, m'ont donné le goût du travail collectif et permis d'entrevoir que la recherche peut être bien plus que la réalisation d'une thèse.

Merci aux podcasts de France Culture, mon fond sonore de ces sept dernières années. *Les nouveaux chemin de la connaissance*, *La suite dans les idées* et *La Fabrique de l'Histoire* m'ont accompagnée dans mes séjours d'archives et mon quotidien montréalais. Ces émissions ont nourri ma réflexion, m'ont indiqué des publications universitaires diverses qui m'auraient sans cela échappé, et m'ont permis d'entendre de nombreux chercheurs exposer clairement les théories développées dans leurs écrits, rendant leur lecture plus agréable. Merci à tous ceux qui rendent ces émissions disponibles.

Merci au « peuple des bibliothèques », changeant avec les années, pour les rendez-vous de travail et les innombrables cafés, les échanges et discussions dans les cafétérias de l'UdeM, de l'UQAM et de la BANQ, pour l'effort collectif pour survivre à l'isolement des années de thèse. Merci donc à Émilie Tanniou, Mehdi Dallali, Charles Brochu-Blain, Jean-François Juneau, Frédéric Cyr, Philomène Gallez, Jean-Yves Lagasse, Étienne Desèves, Suzanne Gousse, Martine Hardy, Paul-Étienne Rainville, Charles Dupras, Julien Mauduit, Annabelle Rivard et Mathieu Chenade. Merci aussi aux réfractaires à cette socialisation, les tout aussi

précieuses Ève-Marie Lampron, Patricia Prost, Martine Hardy et Hélène Rompré.

Les multiples colocataires de ces sept années de déménagements divers ont écouté poliment et parfois avec un intérêt que j'ai pu croire sincère mes interminables discours sur la thèse, le féminisme, l'université et les hôpitaux. Qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés.

Merci tout particulier, enfin, à celles et ceux qui m'ont soutenue et subie dans la dernière ligne droite. Ariane Généreux, Marie-Ève Beausoleil, Caroline Truchon, Benoîte Legeais, Virginie Pineault, Amanda Ricci, Véronique Church-Duplessis, Bernard Ducharme, Benjamin Furst et Michel Trépanier m'ont entourée. Ils et elles ont relus et reformulés des paragraphes au gré de mes hésitations, ont réalisé pour moi des cartes et plans bien mieux que je n'aurais su le faire, ont calmés des crises d'angoisse et de découragements, m'ont parfois même confectionnés des lunch et ce sont assurés ce faisant ma plus profonde reconnaissance.

Cette thèse n'aurait pas non plus vu le jour sans le soutien financier du ministère de l'Éducation Supérieure français, des Bibliothèques et Archives nationales du Québec et du département d'histoire de l'Université de Montréal.

Enfin, merci à mes parents et à ma sœur pour m'avoir soutenue tout au long de cette thèse, m'avoir rappelé que le monde ne se limite pas à l'université, et pour ne pas m'avoir trop souvent demandé « quand » tout ceci serait enfin terminé.

Introduction

*Nous certifions a monsieur le lieutenant général de Clermont que la nommée demoiselle Dequienne a suivi de ville en ville un misérable cordonnier, vivant avec lui de son propre aveu comme sa femme : que ledit cordonnier est actuellement dans les prison de cette ville; que ladite Dequienne ne fait qu'attendre le largissement [sic] de le miserable homme pour continuer avec luy les débauches accoutumées depuis plus de deux ans : que la Dequienne ne manquera jamais de se prostituer avec tout autre : quelle est enfin très sujette à l'hivresse et que toute sa vie est un tissu de scandale énormes,
Fait à Clermont, ce 29 septembre 1721
[signé Pages, Curé de St Genest]*

Vu le certificat de l'autre part signé par M. Pages curé de St Genest, nous permettons [sic.] pour cesser les désordres et scandale et prostitution de la fille appelée Dequienne de la faire mettre dans
la maison du Refuge et a la supérieure de ly recevoir,
Fait à Clermont le dernier de septembre mil sept cent vingt et un
[signé Dufour]

*La Supérieure de la maison du Refuge recevra la nommée Dequienne dans une des loges de la maison,
Fait ce dernier septembre mille sept cent vingt et un
[signé Arnaud, Administrateur]*

En 2008, achevant à Clermont-Ferrand un master de recherche sur le genre et l'Hôpital Général de Montréal entamé à Montréal, et réfléchissant à prolonger ces recherches dans un projet doctoral, une visite aux archives départementales du Puy-de-Dôme s'est imposée. Suivant les conseils des archivistes et les informations de l'inventaire, cette exploration a commencé par la première série d'archives de la série H (Hôpitaux) concernant des religieuses Hospitalières, qui s'avère être la « sous-série 90 H : Religieuses du Refuge du Bon Pasteur ». Les premiers cartons se sont révélés décourageants. Des liasses de reconnaissances de dettes, d'obscurs documents administratifs et, surtout, rien qui n'aurait laissé supposer que des femmes n'aient la moindre place dans cet établissement. Pourtant, au huitième carton, des billets comme celui reproduit ci-dessus apparaissent. Contrairement aux registres des rentes ou

au tableau des biens du Refuge, qui composent majoritairement le fonds, ils mettent en scène des fragments de vie d'habitants de Clermont au XVIIIe siècle.

Le billet ci-dessus, qui concerne la « demoiselle Dequienne », se présente sous la forme d'une feuille volante, sur laquelle trois personnes ont laissé leurs instructions. Le curé d'une des trois paroisses de Clermont-Ferrand, tout d'abord, recommande l'enfermement au Refuge de la ville de cette femme dont la vie dissolue – ivresse publique, prostitution – fait scandale. Au verso de sa lettre, deux administrateurs de l'établissement acceptent l'enfermement de la scandaleuse, le premier en son nom propre, le second donne un ordre à la « Supérieure de la maison du Refuge ». À elles seules, ces quelques lignes renferment les principaux thèmes de ma thèse. On y décèle en effet une part importante des rapports de pouvoirs qui caractérisent les institutions hospitalières d'Ancien Régime.

Tout d'abord, la vocation coercitive de l'institution et le caractère arbitraire de la décision sautent aux yeux. Il n'est nullement question d'entendre la première concernée ou de recueillir des témoignages complémentaires : la parole du curé suffit pour qu'elle soit condamnée. On remarque ensuite que les pouvoirs laïcs et religieux collaborent dans cette entreprise de répression, puisque c'est un curé qui demande l'enfermement, accepté par deux administrateurs laïcs, qui confient la condamnée à une maison tenue par des religieuses. Il est frappant de constater que les femmes, ici, ne parlent pas. La scandaleuse est victime de la procédure sans être entendue, mais la supérieure du Refuge n'est pas plus sollicitée : l'administrateur répond pour elle. Ce sont alors les rapports de pouvoir entre hommes et femmes qui se dévoilent, révélant aussi que le quotidien de cet établissement répressif semble bien féminin : des femmes scandaleuses sont confiées à d'autres femmes.

Ces quelques lignes expriment donc nettement la complexité qui caractérise les établissements hospitaliers d'Ancien Régime. Elles ne permettent toutefois pas d'entrer dans le Refuge, de comprendre comment ces différentes contraintes se manifestent une fois la porte refermée sur la pénitente. Or, c'est cette interrogation qui a guidé ma recherche : quel est le devenir de ces gens dans l'institution? À quoi ressemble leur quotidien? Comment se passent les relations entre les enfermées et les religieuses?

Comme le laissent deviner ces archives clermontoises, les acteurs et actrices principaux de cette histoire ne prennent que peu la parole. En revanche, ils sont régulièrement présents

dans les sources de manière indirecte, le plus souvent à travers des indices qui permettent de retrouver leur corps. Nous avons donc adopté une approche d'histoire du corps, dans le but de saisir non seulement comment les corps des personnes sont marqués par l'hôpital, mais le sens que l'institution donne à chacun des gestes qu'elle porte sur les corps. Comment le pouvoir religieux s'exerce-t-il sur les corps des pauvres, des malades et des « pénitentes », mais aussi des religieuses qui se trouvent dans les hôpitaux d'Ancien Régime? Comment la vocation soignante de ces établissements marque-t-elle ces mêmes corps? Et comment l'organisation patriarcale et genrée de la société d'Ancien Régime se traduit-elle dans les hôpitaux? Comment, enfin, les corps des personnes présentes dans les hôpitaux, soignants et soignés, religieux et laïcs, hommes et femmes, sont-ils affectés par les différents pouvoirs qui s'exercent dans ces institutions?

Un cadre géographique et chronologie

Le fonds d'archives du Refuge de Clermont n'ayant pas livré beaucoup plus d'informations qu'une série de billets d'enfermement¹, il fallait, pour poursuivre l'enquête, l'étendre à un ensemble d'établissements des XVII^e et XVIII^e siècles – Hôtels-Dieu, Hôpitaux Généraux et à l'occasion Refuges – qui composent le maillage hospitalier de l'espace français d'Ancien Régime. De manière à ne pas confondre les pratiques communes à toutes les institutions hospitalières et celles qui sont déterminées par le contexte local et aussi par le type d'établissement, une approche comparative s'est imposée. Ainsi, notre thèse porte à la fois sur les institutions hospitalières de trois régions relevant de l'espace français : le centre politique parisien, la province auvergnate et la colonie canadienne.² Ces trois territoires, qui appartiennent tous à la France des XVII^e et XVIII^e siècles, permettent d'écrire une histoire des hôpitaux qui s'attache à identifier ce qui relève de l'institution hospitalière en tant qu'émanation des pouvoirs religieux, politiques, médicaux, et ce qui a trait aux particularités locales.

¹ Pour le détail de cette série, voir Claire Garnier, « Les Refuges, expression du patriarcat d'Ancien Régime ? Analyse des demandes d'enfermement au Refuge de Clermont-Ferrand, XVIII^e siècle », *Cahiers d'histoire*, 30, 2 (2011) p. 103-113.

² Voir annexe 1 : « Situation géographique des principales villes de l'étude »

Écrire une histoire des hôpitaux demande dans un premier temps d'adopter une approche institutionnelle, pour mettre en évidence, dans le sillage de Michel Antoine, la manière dont le pouvoir royal s'affirme progressivement au cours des XVII^e et XVIII^e siècles³. Les ouvrages de Joël Cornette sur la monarchie dite absolue des règnes de Louis XIV et Louis XV permettent quant à eux de mesurer la distance entre la volonté royale et les applications réelles de ces politiques⁴. Cet auteur montre notamment comment l'État qui se veut absolutiste doit composer avec les élites locales et s'adapter à la réalité des territoires qui composent le royaume. Ainsi, comme le souligne Hervé Drévilion, « loin d'une histoire figée des institutions qui décrirait un État abstrait en ne s'attachant qu'à la lettre des ordonnances et des édits, nous pouvons mieux [...] apprécier le fonctionnement, les pratiques, la flexibilité de la machine administrative de l'État royal et les rapports "réels" institués entre gouvernants et gouvernés, entre souverains et sujets, entre Paris et provinces, entre capitale et périphéries, entre centralisation et pluralisme »⁵. L'approche de Cornette et de Drévilion qui s'applique aux institutions directement liées à l'exercice du pouvoir – parlements, conseil du roi – est pertinente pour traiter des hôpitaux de la même période. Ceux-ci sont en effet des institutions ancrées localement, dans la direction desquelles le pouvoir royal tente d'intervenir tout au long de la période étudiée.

Nous avons choisi de faire porter notre analyse sur des hôpitaux situés dans trois régions différentes du royaume de France. Paris, en tant que centre du pouvoir et ville la plus importante du royaume est incontournable. Les volontés du pouvoir royal s'y expriment avec le plus de force, et sont ainsi particulièrement visibles, notamment avec la création en 1656 de l'Hôpital Général de la ville. Nous incluons dans notre étude les maisons qui composent cet établissement, ainsi que l'Hôtel-Dieu, immense structure soignante au regard des autres établissements de notre enquête, datant du XIII^e siècle, et quelques établissements qui lui sont rattachés, comme l'hôpital Saint-Louis (1685) ou l'hôpital des Incurables (1649).

L'ajout des territoires auvergnats et canadiens permet de ne pas se contenter d'une histoire des hôpitaux parisiens, mais de parler des hôpitaux de l'espace français.

³ Michel Antoine, *Le conseil du roi sous le règne de Louis XV*, Genève, Droz, 1970.

⁴ Joël Cornette, *Histoire de la France. L'affirmation de l'État absolu : 1515-1652*, Paris, Hachette livre, 1994.

⁵ Hervé Drévilion, « La monarchie des Lumières : réformes ou utopie ? » Joël Cornette (dir.), *Histoire de la France politique, t. 2, La monarchie. Entre Renaissance et Révolution, 1515-1792*, Paris, Seuil, 2006, p. 294.

Conformément à l'approche développée par les historiens précédemment cités, nous nous attachons à déterminer quelles sont les résistances locales, les adaptations propres à ces territoires. Ainsi, nous avons fait le choix de nous pencher sur la province d'Auvergne, assez éloignée de Paris, où la monarchie tente de s'affirmer particulièrement à partir du milieu du XVII^e siècle. L'épisode des Grands Jours d'Auvergne (septembre 1665 – janvier 1666) est emblématique de la volonté du pouvoir royal de renforcer son influence dans cette région. Durant ces cinq mois, le Parlement de Paris délègue une partie de ses membres à Clermont-Ferrand pour régler les affaires judiciaires relevant de son action. L'année suivante (d'octobre à novembre 1666), des Grands Jours du Velay se tiennent dans la ville du Puy-en-Velay. De plus, tout au long du XVI^e siècle, et encore au XVII^e siècle, le territoire auvergnat est marqué par la Réforme catholique, ce qui se manifeste notamment par des nombreuses missions. Ce mouvement participe, par le renforcement du clergé, la fondation de séminaires de formation des prêtres et le soutien à la fondation d'hôpitaux, à l'encadrement de la population, y compris à travers les établissements hospitaliers. Nous avons ainsi inclus dans notre enquête l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand, ainsi que les établissements de Riom, à partir de leur prise en charge en 1642 par des Hospitalière Augustines. L'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général du Puy-en-Velay sont également intégrés dans notre étude, tandis que certains établissements moins importants apparaissent dans l'enquête au gré de la disponibilité des sources. Ces derniers sont le plus souvent situés dans les actuels départements du Cantal – hôpital de Murat – et de l'Allier – hôpital de Vichy, Hôpital Général de Moulins. Au final, il s'agit d'un réseau d'établissements qui s'étend de la Haute-Auvergne au Velay en passant par la Basse-Auvergne, jusqu'au Bourbonnais⁶.

Alors que le décalage entre Paris et province est exploré à travers l'histoire des institutions, nous avons également choisi d'inclure dans notre étude les hôpitaux de la colonie canadienne où l'influence des missions religieuses est essentielle à l'entreprise de colonisation, suivie de près par les institutions du pouvoir royal. En effet, nous postulons avec

⁶ Voir annexe 3 : « Situation des villes d'Auvergne »

d'autres chercheurs⁷ que les territoires d'outre-mer doivent être mis sur un pied d'égalité avec les provinces dans l'analyse de l'espace français, puisque les institutions de l'Ancien Régime s'y implantent également. Le processus est donc comparable entre le centre parisien, la province auvergnate et la colonie canadienne, bien que chacun de ces territoires possède des particularités différentes. Ainsi, nous nous concentrons sur la vallée du Saint-Laurent, région de la Nouvelle-France où se rassemble la grande majorité de la population d'origine européenne, à travers l'étude des hôpitaux qui y sont fondés⁸. Cela comprend l'Hôtel-Dieu de Québec (1639), l'Hôtel-Dieu de Montréal (1642), l'Hôpital Général de Québec (1692) et l'Hôpital Général de Montréal à partir du moment où on y reçoit des malades⁹ (1749).

La chronologie adoptée s'étend du milieu du XVII^e siècle, alors que le pouvoir royal se saisit nettement de la politique hospitalière, jusqu'à la fin du régime politique français d'Ancien Régime. Pour le Canada, cela correspond au moment de la cession du territoire à la Couronne britannique en 1763. Pour les territoires métropolitains, les bouleversements politiques de la Révolution française constituent une conclusion logique.

Cadre théorique

Aborder de concert les institutions hospitalières, les pouvoirs qui s'y exercent, et la manière dont les corps en sont affectés suppose une référence directe au travail de Michel Foucault, en particulier ses travaux portant sur la folie¹⁰, puis l'enfermement¹¹. Mais s'interroger sur la manière dont le genre structure l'hôpital, et souligner comment différentes formes de dominations se combinent dans un contexte donné pour créer une structure particulière nécessite également de convoquer les développements de la pensée féministe des dernières décennies, à savoir les études sur le genre, et le concept d'intersectionnalité. La

⁷ Nous pensons tout particulièrement aux recherches doctorales en cours de Benjamin Furst qui portent sur la gestion de l'eau sous l'Ancien Régime et adoptent pour cela la même définition de l'espace français qui inclut province métropolitaine (Alsace) et colonie (Canada).

⁸ Voir annexe 2 : « Situation des villes de Nouvelle-France »

⁹ François Charron, fondateur de l'Hôpital Général de Montréal en 1693, fait de l'institution un lieu d'éducation des jeunes garçons. C'est avec la reprise de l'établissement par Marguerite d'Youville et ses compagnes, dites Sœurs Grises, en 1747, que l'Hôpital Général devient un lieu d'assistance et de soin.

¹⁰ Michel Foucault, *Folie et Dérailson. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

¹¹ Michel Foucault, *Surveiller et Punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

combinaison de ces approches constitue le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre thèse, ce qui mérite quelques précisions.

Les travaux de Michel Foucault sur la folie et sur l'enfermement marquent durablement l'histoire des hôpitaux, au point qu'il est rare que, cinquante ans après la publication de la première version de *l'Histoire de la folie à l'âge classique*, une recherche abordant un thème touché par Foucault puisse faire l'économie de signaler les apports du philosophe. Comme Jacques Léonard le signale dans sa recension de *Surveiller et Punir* en 1977, avec ses publications, Foucault ouvre des chantiers de recherche, et l'historien y voit une invitation à poursuivre et actualiser sans cesse les réponses aux questions soulevées¹². Dans cette perspective, les travaux produits par les historiens depuis les années 1970 sur les hôpitaux ont permis une connaissance bien plus précise des établissements hospitaliers d'Ancien Régime. Ainsi, l'histoire des hôpitaux, principalement abordée depuis les années 1940-1950 sous l'angle institutionnel et juridique¹³, se nourrit à partir des années 1960-1970 d'une histoire des pauvres et de la pauvreté¹⁴. Réalisées dans le courant de l'histoire sociale encouragée par l'école des Annales, ces recherches concourent à préciser l'organisation de la société d'Ancien Régime pour ses catégories les plus pauvres. Les travaux de Jean-Pierre Gutton, qui analyse la pauvreté dans le Lyonnais en 1970¹⁵ et le rôle de l'Église dans la charité hospitalière¹⁶, ou

¹² L'historien souligne que « les dossiers restent ouverts », d'autant plus que selon lui, « il faudrait une escouade d'historiens compétents pour éplucher la somme d'interprétations que nous offre l'auteur » : Jacques Léonard, « L'historien et le philosophe. À propos de "Surveiller et Punir. Naissance de la prison" », *Annales historiques de la Révolution française*, 49, 228 (1977), p. 163-181.

¹³ Jean Imbert, *Les hôpitaux en droit canonique. Du décret de Gratien à la sécularisation de l'administration de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1505*, Paris, Vrin, 1947 ; Jean Imbert, *Les hôpitaux en France*, Paris Presses universitaires de France, 1958.

¹⁴ Georges Duby, « Les pauvres des campagnes dans l'occident médiéval jusqu'au XIII^e siècle », *Revue d'histoire de l'Église de France*, 52, 149 (1966), p. 25-32 ; Michel Mollat, *Les pauvres au Moyen Âge : étude sociale*, Paris, Hachette, 1978 ; voir aussi les *Cahiers de recherches sur l'histoire de la Pauvreté*, 10 cahiers ronéotypés, Paris-Sorbonne, 1962-1970, largement utilisés dans Michel Mollat, *Les pauvres au Moyen Âge...*

¹⁵ Jean-Pierre Gutton, *La société et les pauvres. L'exemple de la généralité de Lyon, 1534-1789*, Paris, Les Belles Lettres, 1970.

¹⁶ Jean-Pierre Gutton, « Missions jésuites et bureaux de charité XVII^e-XVIII^e siècles », dans Christian Sorrel et Frédéric Meyer (dir.), *Les missions intérieures en France et en Italie du XVI^e siècle au XX^e siècle : actes du colloque de Chambéry (18-20 mars 1999)*, Chambéry, France, Université de Savoie/Institut d'études Savoyennes, 2001, p. 203-213. Jean-Pierre Gutton, *Dévots et société au XVII^e siècle. Construire le Ciel sur la Terre*, Belin, Paris, 2004.

encore entame une histoire des administrateurs des hôpitaux au début des années 2000¹⁷, sont ici incontournables et regorgent de données essentielles à la compréhension de l'organisation des hôpitaux d'Ancien Régime. Marie-Claude Dinet-Lecomte se situe dans ce courant historique et, en se concentrant sur le rôle des femmes dans la charité hospitalière, contribue à rendre le tableau plus précis¹⁸. À cela s'ajoutent évidemment pour la période étudiée les travaux portant sur l'Église de la Réforme catholique, son projet d'organisation de la société en général¹⁹, le rôle des missions dans cette entreprise²⁰ et surtout son implication dans la charité hospitalière en particulier²¹. Ces recherches nous permettent donc de nous appuyer sur une bonne base de connaissances concernant les hôpitaux d'Ancien Régime, leur fonctionnement et leur population.

Les récents développements de l'histoire de l'enfermement nous autorisent en outre à aborder l'histoire du monde hospitalier selon une approche nouvelle, en prenant en compte de concert les soignants et les soignés, les pauvres et les Hospitalières. Les travaux du groupe de recherche sur l'histoire de l'enfermement, menés sous la direction de Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre, Élisabeth Luset et Falk Bretschneider depuis 2009, sont en effet essentiels à notre perspective²². Investissant le champ de recherche des espaces clos, monacaux et carcéraux, ce groupe de recherche renouvelle les travaux sur la question de l'enfermement grâce à une approche qui s'intéresse à la manière dont celui-ci est conçu de manière différente selon qu'il prend place dans un contexte religieux ou laïc. La question de la clôture religieuse, qui trouve sa place de manière particulière dans les hôpitaux, apparaît donc comme un

¹⁷ Voir notamment les deux volumes issus des tables rondes organisées sur le sujet, Jean-Pierre Gutton (dir.) *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'Ancien Régime : actes des tables rondes des 12 décembre 1997 et 20 mars 1998*, Lyon, PUL, 1999 ; Jean-Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans l'Europe moderne : actes de la table ronde du 7 décembre 2000*, Lyon, PUL, 2002.

¹⁸ Marie-Claude Dinet-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La charité en action*, Paris, Honoré Champion, 2005.

¹⁹ Bernard Dompnier, « Continuité de la Réforme catholique », dans Jean-Marie Mayeur, Charles et Luce Pietri, André Vauchez, Marc Venard (dir.), *Histoire du Christianisme*, T. 9, *L'âge de raison (1620-1750)*, Paris, Desclée, 1997, p. 208-249.

²⁰ Dominique Deslandres, *Croire et faire croire. Les missions françaises au XVII^e siècle*, Paris, Fayard, 2003.

²¹ Bronisław Geremek, *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Gallimard, 1987 ; Jacques Depauw, *Spiritualité et pauvreté à Paris au XVII^e siècle*, Paris, Boutique de l'histoire, 1999.

²² Voir le site internet du projet de recherche, <http://enfermements.fr/>

phénomène important. En effet, en pensant l'enfermement à la fois dans sa version coercitive – prison, enfermement forcé – et dans sa dimension volontaire – la réclusion choisie par les religieuses – ces recherches offrent une clef de lecture qui rapproche la condition des personnes enfermées dans les hôpitaux de celle des religieuses qui les encadrent, marquant les corps selon des processus comparables. L'ouvrage *Enfermements : le cloître et la prison* de 2011²³ regroupe ainsi plusieurs contributions d'un colloque tenu en 2009 à Troyes et Clairvaux, qui abordent la clôture religieuse en nuancant très précisément ses modalités. Daniel-Odon Hurel examine ainsi l'usage de la prison, et le hiatus entre clôture religieuse choisie et enfermement imposé et punitif au sein des monastères masculins médiévaux²⁴. Marie-Claude Dinet-Lecomte signe quant à elle une contribution qui considère une des rares institutions hospitalières effectivement coercitives, les Refuges, en montrant le rôle des religieuses hospitalières dans le processus de confinement²⁵. Ces outils nous permettent donc de penser la population hospitalière dans son ensemble, et de remettre en cause sa division classique entre soignants/soignantes d'une part et soignés/soignées de l'autre.

C'est aussi par la question de la clôture que le genre pénètre dans les hôpitaux, du moins dans la réflexion sur leur fonctionnement que nous proposons. En effet, avec la clôture des religieuses, c'est toute l'organisation de la société d'Ancien Régime selon le genre qui se manifeste, puisqu'il s'agit d'une contrainte qui touche inégalement les hommes et les femmes et qui souligne l'infériorité des femmes. Ce principe de la réclusion des religieuses évalué sous l'angle de l'histoire des femmes et du genre, ainsi que le conflit qui résulte du décalage entre ce mode de vie et la volonté d'action qui caractérise le monde de la Réforme catholique, sont très largement analysés par les historiens, et surtout les historiennes, depuis les années 1990-2000²⁶. Cette histoire permet de mettre en évidence les rapports de pouvoirs entre hommes et

²³ Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre, et Élisabeth Lusset (dir.), *Enfermements : le cloître et la prison (VI^e-XVIII^e siècle)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2011.

²⁴ Daniel-Odon Hurel, « La prison et la charité, les enjeux contradictoires de l'enfermement pour faute grave dans l'ordre de St Benoît », dans Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre, et Élisabeth Lusset (dir.), *Enfermements : le cloître et la prison ...* p. 119-135.

²⁵ Marie-Claude Dinet-Lecomte, « Les faux-semblants et les avatars de l'enfermement à l'époque moderne », dans Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre, et Élisabeth Lusset (dir.), *Enfermements : le cloître et la prison...* p. 275-288.

²⁶ Voir par exemple Élisabeth Rapley, *Les dévotes. Les femmes et l'Église en France au XVIII^e siècle*, Montréal,

femmes au sein de l'Église²⁷, et les stratégies de résistance développées par ces dernières. Nous reprenons dans notre thèse cette perspective pour montrer comment cette contrainte religieuse particulièrement appliquée aux femmes s'adapte et se diffuse à l'intérieur du monde hospitalier. Nous utilisons par exemple le travail de Nicole Pellegrin qui, en étudiant la manière dont la clôture est aménagée dans le contexte du voyage²⁸, nous encourage notamment à penser le déplacement des Hospitalières au contact des malades et de montrer précisément comment la clôture s'adapte à la pratique hospitalière, notamment en fonction de la spiritualité des Hospitalières.

Le concept du genre, tel que synthétisé par Joan Scott en 1986²⁹, repose sur la distinction du sexe des individus – caractère physiologique – de l'ensemble de traits comportementaux et de conventions sociales historiquement construits auxquels hommes et femmes doivent se conformer³⁰. En d'autres termes « Les hommes » et les « femmes » sont deux catégories de sexes, tandis que des concepts « masculins » et « féminins » correspondent à des catégories de « genre ». Les aspects de sexe ne changent que peu d'une société ou d'une époque à l'autre, tandis que les aspects de genre varient beaucoup. Dans le cadre de notre thèse, ce concept autorise notamment de montrer comment chaque type de tâche soignante se divise dans une

Bellarmin, 1995, mais aussi le numéro « La femme dans la ville, clôtures choisies, clôtures imposées », de *Histoire, Économie et Société* en 2005, celui de la revue *Histoire moderne et contemporaine* consacré la même année à la « vie religieuse et monde social », et enfin le numéro « Clôture » de *Clio, Femmes, Genre, Histoire* en 2007, qui regroupent par exemple le travail sur l'usage de la clôture dans les hôpitaux par Marie-Claude Dinet-Lecomte, « Du “bon usage” de la clôture et de l'enfermement dans les établissements charitables aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Histoire, Économie et Société*, 24, 3 (2005), p. 355-372, ou encore les jalons que pose Philippe Guignet d'une analyse du cloître des séculières avec son travail sur les béguines, Philippe Guignet, « État béguinal, demi-clôture et “vie mêlée” des filles dévotes de la Réforme catholique dans les Pays-Bas méridionaux à l'époque moderne », *Histoire, Économie et Société*, 24, 3 (2005), p. 373-386.

²⁷ Voir par exemple Laurence Lux-Sterritt et Gaël Rideau sur les résistances à la clôture des Ursulines, Visitandines et *English Ladies* : Laurence Lux-Sterritt, « Les religieuses en mouvement. Ursulines françaises et Dames anglaises à l'aube du XVII^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52, 4 (2005), p. 7-23 ; Gaël Rideau, « Vie régulière et ouverture au monde aux XVII^e et XVIII^e siècles : la Visitation Sainte-Marie d'Orléans », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52, 4 (2005), p. 24-49.,

²⁸ Nicole Pellegrin, « La Clôture en voyage (fin XVI^e-début XVIII^e siècle) », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 28 (2008) [En ligne] URL : <http://clio.revues.org/index7942.html> (consulté le 15 mars 2015)

²⁹ Joan W. Scott, « Gender, a Useful Category of Historical Analysis », *American Historical Review*, 91, 5, (1986), p. 1053-1075 ; Joan W. Scott, Éléni Varika, « Genre : une catégorie utile d'analyse historique », *Les Cahiers du GRIF*, 37-38 (1988), p. 125-153.

³⁰ Ollivier Hubert, « Féminin/masculin : l'histoire du genre », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 57, 4 (2004), p. 474.

répartition genrée, la manière dont celle-ci évolue au cours de la période puisque, par exemple, les débuts de la mise en place de la médicalisation font entrer dans les hôpitaux des hommes soignants qui disputent certaines actions aux Hospitalières.

Cette perspective est donc tout à fait intéressante pour notre propos, puisqu'elle révèle un système de hiérarchie intégré dans le fonctionnement de l'hôpital, qui s'applique par exemple aux relations entre sœurs apothicaires et apothicaires masculins, ou entre infirmiers et filles de salles. Toutefois, cet outil s'avère insuffisant pour penser les relations de pouvoirs entre les femmes au sein de la population hospitalière : le concept d'intersectionnalité – qui dérive de la perspective du genre – vient offrir une réponse à ce problème.

Alors que l'usage du genre en histoire se propage depuis la fin des années quatre-vingts, le concept connaît en parallèle une évolution épistémologique portée notamment par les études *Queer*. La publication en 1990 de *Gender Trouble* de Judith Butler – traduit en français en 2005 – approfondit le concept. En effet, le genre tel que défini par Joan Scott permet de penser que l'on n'est pas homme ou femme de la même manière selon le contexte historique dans lequel on se trouve. Butler postule quant à elle que ce sont les catégories « homme » et « femme » qui sont des constructions sociales, et substitue à cette logique d'opposition un continuum qui se rend par degré d'un modèle totalement féminin à un modèle totalement masculin (et inversement). Dans cette perspective, l'individu est porteur d'une capacité d'agir qu'il peut mettre au service d'une représentation plus ou moins normée de la féminité, de la virilité. Performatives, ces actions participent à la fabrication des catégories de genre, les renforçant ou les modifiant, selon les situations³¹. Cette déconstruction des catégories homme et femme ouvre la voie à de nouvelles perspectives, notamment dans la remise en cause de la catégorie femme, portée par le féminisme intersectionnel³². Le *Black Feminism*, par exemple,

³¹ « [...] Les actes, les gestes et le désir produisent l'effet d'un noyau ou d'une substance intérieure, mais cette production se fait à la surface du corps en jouant sur les absences signifiantes, suggérant sans jamais révéler que le principe organisateur de l'identité en est la cause. De tels actes, gestes et accomplissements [*enactments*], au sens le plus général, sont *performatifs*, par quoi il faut comprendre que l'essence ou l'identité qu'ils sont censés refléter sont des *fabrifications*, élaborées et soutenues par des signes corporels et d'autres moyens discursifs ». Judith Butler, *Trouble dans le genre, pour un féminisme de la subversion*, Paris, La Découverte, 2005, p. 259.

³² Le terme d'« intersectionnalité » est proposé par Kimberlé Creenshaw en 1995 et recouvre la volonté de prendre en compte les différentes oppressions que peuvent subir les femmes, notamment les femmes noires, pour saisir les situations où les oppressions sexistes et racistes se croisent, construisant une situation nouvelle,

en s'attachant à montrer la spécificité des oppressions subies par les femmes noires, contribue à la construction d'une catégorie distincte du « nous-femmes » construite par le féminisme des années soixante et soixante-dix. Comme le souligne Elsa Dorlin, le croisement des catégories « femme » et « noir » ne constitue pas une addition de ces caractéristiques, mais une nouvelle catégorie, celle de « femme noire », dotée de qualités particulières. Ainsi, l'auteure souligne à travers l'exemple des représentations des femmes des Antilles, d'Algérie, de Tunisie et du Maroc du XIX^e et du début du XX^e siècle que ces dernières sont mises en scène sous les traits de « la belle mauresque » ou de la prostituée : « Ces mises en scène visent à viriliser ces femmes ou à les érotiser à outrance. Dans les deux cas, elles n'exhibent aucun des traits typiques de la "féminité européenne" : *ces femmes ne sont pas des femmes* »³³. La sexualisation à outrance des femmes noires est ainsi un sujet analysé dans plusieurs travaux³⁴, et permet de comprendre la création historique d'une multitude de manières d'appartenir socialement au genre féminin.

Bien que la question de la race soit absente de nos sources, cette approche du genre est particulièrement pertinente pour notre étude. En effet, puisque nous nous attachons à analyser les relations entre les personnes qui composent la population hospitalière, c'est-à-dire non seulement la population reçue et enfermée au sein des hôpitaux, mais aussi le groupe des soignants, il devient nécessaire de penser le genre au-delà de l'opposition des catégories « hommes » et « femmes ». L'apport du féminisme intersectionnel appliqué aux études historiques nous autorise ainsi à réfléchir aux nuances de féminin et de masculin qui sont à l'œuvre dans les hôpitaux d'Ancien Régime, à l'intersection des autres marqueurs d'identité que constituent par exemple l'appartenance au monde religieux, la posture de légitimité accordée par la fonction soignante ou, au contraire, l'assignation aux catégories de marginaux³⁵.

Kimberlé Crenshaw, Bonis Oristelle, « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre*, 2, 39 (2005), p. 51-82.

³³ Elsa Dorlin, « De l'usage épistémologique et politique des catégories de "sexe" et de "race" dans les études sur le genre », *Cahiers du Genre*, 2, 39 (2005), p. 101.

³⁴ Arlette Gautier, *Les Sœurs de Solitude Femmes et esclavage aux Antilles du XVII^e au XIX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2010.

³⁵ Comme le mentionne Joan W. Scott dans une récente synthèse de ses écrits, « la différence sexuelle est un dilemme insoluble, et elle est donc ouverte à toutes sortes de variations dans la façon dont elle est vécue. Le fait que ces variations sont à la fois infinies (c'est ce que permettent les fantasmes) et contraintes (par la régulation

Sources et méthodologie

Les sources sur lesquelles repose l'enquête sont nombreuses, variées, et de qualité inégale. Afin d'en extraire une analyse cohérente, nous nous sommes attachée à leur appliquer une approche basée sur l'histoire du corps. Ce choix méthodologique repose sur un constat fait à la vue des archives : les personnes dont nous cherchons à déceler le quotidien ont laissé peu de traces comme scripteurs ou acteurs. Ils sont toutefois saisis comme « objets » par les sources, et c'est donc leur corps qui est en jeu. Celles qui sont reçues comme pauvres ou comme malades à l'hôpital, et plus encore celles qui y sont enfermées de force, appartiennent à des catégories sociales dominées qui ne laissent traditionnellement que peu de traces directes de leur existence dans les sources. Le cas des Hospitalières et des soignants laïcs est un peu différent, mais la récolte de sources s'est avérée inégale sur le territoire étudié. En revanche, la méthodologie développée tout au long du XX^e siècle par les historiens dans le sillage de Marcel Mauss³⁶ et de Norbert Elias³⁷ permet d'aborder des sources diverses pour en faire ressortir les corps de la majorité des groupes qui composent le quotidien hospitalier. De plus, la perspective foucauldienne qui fait du corps le véhicule sur lequel l'institution exerce son pouvoir confirme que cette approche est prometteuse³⁸.

normative) nous permet de procéder, dans nos analyses, à l'historicisation des sujets et des groupes en tenant compte de leurs contextes et de leurs limites temporelles ». Joan W. Scott, *De l'utilité du genre*, Paris, Fayard, 2012, p. 10. Compris dans cette perspective, le genre porte effectivement en lui les germes d'une analyse qui permet de penser non seulement la différence des sexes, mais également les différences à l'intérieur d'une même catégorie de sexe.

³⁶ Marcel Mauss, « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, 32, 3-4-5 (1936) [en ligne] http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/techniques_corps.pdf (consulté le 23 mars 2015)

³⁷ Norbert Elias et Pierre Kamnitzer. *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1991 (1^{re} édition 1939)

³⁸ « L'histoire du corps, les historiens l'ont entamée depuis longtemps. Ils ont étudié le corps dans le champ d'une démographie ou d'une pathologie historique; ils l'ont envisagé comme siège de besoins et d'appétits, comme lieu de processus physiologique et de métabolisme, comme cible d'attaques microbiennes ou virales : ils ont montré jusqu'à quel point les processus historiques étaient impliqués dans ce qui pouvait passer pour le socle purement biologique de l'existence ; et quelle place il fallait accorder dans l'histoire des sociétés à des "événements" biologiques comme la circulation des bacilles ou l'allongement de la durée de vie [...] Le corps est aussi directement plongé dans un champ politique ; les rapports de pouvoir opèrent sur lui une prise immédiate ; ils l'investissent, le marquent, le dressent, le supplicient, l'astreignent à des travaux, l'obligent à des cérémonies, exigent de lui des signes », Michel Foucault, *Surveiller et Punir...* p. 33-34 ; voir aussi Peter Burke, *The French Historical Revolution. The Annales School 1929-98*, Stanford, Stanford University Press, 1990.

Le corps est, selon la formule qui revient systématiquement dans la littérature scientifique, un objet d'étude « dispersé »³⁹ entre différentes sciences sociales. L'histoire se l'approprie tout d'abord avec des études qui ont trait à l'alimentation⁴⁰, la santé⁴¹ ou encore la mort⁴². Les travaux de Georges Vigarello à partir de la fin des années 1980 sont centraux dans cette historiographie, et mettent notamment en évidence qu'à travers l'histoire du viol⁴³, il est possible de révéler l'évolution de la place des femmes dans la société, ou encore, à partir de recherches sur les pratiques de santé⁴⁴, que la santé du corps est une notion qui évolue avec le temps.

Or, l'histoire du corps est avant tout une question d'approche, et Georges Vigarello définit la sienne dans la conférence d'ouverture d'un colloque sur « le corps dans l'histoire » tenu à l'Université de Montréal en 2009⁴⁵. Il s'agit de mettre le corps au centre de la réflexion, et donc lire les sources en extrayant tout ce qui peut avoir un rapport avec le corps. Les vêtements témoignent ainsi de ce qui habille et touche le corps. En recueillant des informations sur l'usage d'un meuble, par exemple un lit, le corps se révèle. Combien de personnes dorment dans ce lit? De quel espace le corps dispose-t-il? Comment le lit est-il garni – matelas, draps, etc. ? Qu'est-ce que ces matières font au corps? Le tout permet-il un couchage chaud?

Avec cette approche, la diversité des sources récoltées dans les divers fonds d'archives devient un atout, et nous permet d'aborder les différents corps dans de multiples dimensions.

³⁹ Bernard Andrieu, *Le corps dispersé Histoire du corps au XX^e siècle*, Paris, l'Harmattan, 1993.

⁴⁰ Jean-Jacques Hémardinquer, *Pour une histoire de l'alimentation*, Paris, Armand Colin, 1970.

⁴¹ François Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints, et sorciers aux 17^e et 18^e siècles*, Paris, Temps actuels, 1983.

⁴² François Lebrun, *Les hommes et la mort en Anjou aux 17^e et 18^e siècles. Essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris, Mouton, 1971 ; Michel Vovelle, *Mourir autrefois. Attitudes collectives devant la mort aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Gallimard, 1974 ; Michel Vovelle, *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*, Paris, Gallimard, 1983.

⁴³ Georges Vigarello, *Histoire du viol, XVI^e-XX^e siècle*, Paris, Seuil, 1998.

⁴⁴ Georges Vigarello, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1985 ; Georges Vigarello, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1999 (1993).

⁴⁵ Mickaël Bouffart, Jean-Alexandre Perras et Érika Wicky (dir.), *Le corps dans l'histoire et les histoires du corps (XVII^e-XVIII^e siècles). Travaux de jeunes chercheurs précédés d'entretiens avec Georges Vigarello*, Paris, Herman, 2012, p. 7-14.

La première catégorie de documents à notre disposition est celle des textes prescriptifs. Les congrégations religieuses, agentes essentielles des hôpitaux d'Ancien Régime, nous ont laissé des archives de qualité variées et souvent éparées. Souvent mal conservées, elles ont subi de plus des destructions importantes au cours de la période révolutionnaire pour la France. En ce qui concerne les établissements canadiens, les archives des premières années coloniales ont été durement éprouvées par les incendies fréquents qui rythment la période.

Les sources religieuses sont ainsi assez restreintes. De manière à pouvoir mener la comparaison entre les différents territoires et établissements, nous nous sommes au final appuyée sur les Constitutions des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris, et des Hôtels-Dieu et Hôpitaux Généraux de Clermont-Ferrand et de Riom.⁴⁶ Les Constitutions des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec⁴⁷ ainsi que le Coutumier des Hospitalières de Saint-Joseph de l'Hôtel-Dieu de Montréal⁴⁸ complètent cette collection. S'ajoutent à cela les travaux sur les Filles de la Charité qui permettent de disposer d'une vision plus complète de la spiritualité qui s'intègre dans les hôpitaux d'Ancien Régime, d'autant plus utiles que l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand est pris en charge par ces Filles de la Charité de 1763 jusqu'à la fin de la période étudiée. Nous avons ainsi régulièrement eu recours à l'édition par Pierre Coste des écrits de Vincent de Paul⁴⁹ ainsi qu'à l'ouvrage de Matthieu Brejon de Lavergnée sur la congrégation des Filles de la Charité⁵⁰. Enfin, le remarquable travail de Marie-Claude Dinet-Lecomte sur les communautés hospitalières françaises des XVII^e et XVIII^e siècles s'est aussi avéré particulièrement utile⁵¹.

⁴⁶ *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris par l'autorité de Monseigneur l'Illustrissime & reverendissime Messire Jean François de Gondy, Archevêque de Paris*, Paris, 1635. En Auvergne, les Augustines venues de Loches prennent en charge les quatre établissements à partir de 1642, mais quittent l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand en 1670, BUP/A30123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin, Établies dans le diocèse de Clermont*, Clermont, Chez Damien Boujon, 1692.

⁴⁷ *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664).

⁴⁸ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688).

⁴⁹ Vincent de Paul, *Correspondances, Entretiens et documents*, Pierre Coste (éd.), vol. 1 à 13, Paris, Librairie Lecoffre, 1920-1926 [en ligne] URL : <https://archive.org/details/correspondanceen09vinc> (consulté le 25 février 2015).

⁵⁰ Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité*, Paris, Fayard, 2011.

⁵¹ Marie-Claude Dinet-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La charité en action*, Paris, Honoré Champion, 2005.

Les archives administratives des hôpitaux, diverses et elles aussi éprouvées par le temps, complètent très largement ce corpus. Pour les établissements parisiens, nous avons eu recours à l'important fonds Fossoyeux, conservé aux archives de l'Assistance Publique et Hôpitaux de Paris⁵². Celui-ci offre des informations variées sur le personnel hospitalier, les comptes des établissements, et permet de compléter les liasses d'archives réparties entre l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général de Paris conservées dans le même dépôt⁵³.

Pour l'Auvergne, ce sont les archives départementales qui nous ont fourni la part la plus importante de notre documentation. Nous avons principalement exploré les séries H et H-DEP des archives départementales de l'Allier, du Puy-de-Dôme, du Cantal et de la Haute-Loire⁵⁴. Classés, mais ne bénéficiant que rarement d'un inventaire précis, ces documents ne forment pas de belles séries d'archives. La documentation est inégale selon les établissements et ce sont souvent des états des biens possédés par les hôpitaux qui nous sont parvenus, plutôt que les archives permettant de comprendre le fonctionnement interne de l'institution. L'attention limitée portée à ces sources par les historiens nous a permis d'ouvrir des liasses d'archives visiblement peu consultées. Nous en avons extrait plusieurs actes de fondations – lettres patentes, confirmation de fondations –, des règlements codifiant le fonctionnement interne des institutions⁵⁵, de rares registres des entrées et des sépultures⁵⁶ et enfin, pour les établissements du Puy-en-Velay et de la ville de Moulins, des registres de délibérations qui recèlent des informations précieuses sur le fonctionnement quotidien des hôpitaux et permettent de mesurer les écarts entre pratiques et prescription⁵⁷. Quelques inventaires des meubles et objets des hôpitaux dressés pendant la période révolutionnaire se sont avérés utiles pour déterminer

⁵² A/AP-HP/Fond Fossoyeux.

⁵³ A/AP-HP/HD-Liasses ; A/AP-HP/HG-Liasses.

⁵⁴ Les documents issus de ces séries sont indiqués sous les cotes AD03, AD63, AD15 et AD43.

⁵⁵ Voir par exemple AD03/4H-DEPOT 2 : *Règlement de fonctionnement de l'Hôpital de Moulins : 1697-1819* ; AD43/H SUP/HD Le Puy/1E19 : *Règlement pour les sœurs donades de l'Hôtel-Dieu, XVIII^e siècle* ; AD63/1 C 957 : *Règlement général pour la direction et économie de l'Hôpital Général de cette ville de Clermont-Ferrand, 1773*.

⁵⁶ AD63/2HDEP/3405 : *Registre des entrées à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778* ; AD63/2HDEP/3466 : *Registre des sépultures, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1772*.

⁵⁷ AD43/HSUP/HD Le Puy/1E1 à 1E11 : *Registres de délibérations, 1641-1756* ; AD43/HSUP/HG Le Puy/2E2 à 2E4 : *Registres de délibérations, 1687-1789* ; AD03/4H-DEPOT 7 à 11 : *Table alphabétique des registres de délibérations et délibérations de l'Hôpital Général de Moulins, 1681-an IV*.

le quotidien matériel des hôpitaux, au-delà des prescriptions des règlements, et ainsi retrouver des traces des corps présents dans les hôpitaux à travers les mentions de leurs vêtements ou lits.

Notre enquête mobilise également quelques sources narratives, qui concernent principalement les hôpitaux de Nouvelle-France. La destruction de la majorité des archives hospitalières de la période coloniale est en effet compensée par l'importante production des annales des communautés religieuses. Ainsi, les *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, par la sœur Marie Morin⁵⁸, et *L'histoire de l'Hôtel-Dieu de Québec*, par la mère Françoise Juchereau⁵⁹, permettent par exemple d'accéder à une vision du quotidien hospitalier. Nous avons aussi eu recours aux travaux de François Rousseau et de Micheline D'Allaire sur les hôpitaux de Québec⁶⁰, contournant ainsi les difficultés d'accès aux archives de ces congrégations.

Le volume des sources dépouillées et celui de la récolte obtenue nous ont convaincue de nous concentrer sur ces archives qui reflètent les pratiques en cours dans les hôpitaux d'Ancien Régime, au détriment des mémoires et traités sur les hôpitaux publiés surtout à la fin du XVIII^e siècle. La numérisation progressive de ces textes nous a néanmoins permis d'en utiliser certains, bien qu'il s'agisse alors plus d'un discours sur les hôpitaux que d'une fenêtre sur les pratiques hospitalières. Pour le détail de ces sources, nous renvoyons le lecteur à la bibliographie.

Enfin, nous avons extrait de ces diverses sources une collection d'informations sur l'espace hospitalier. Des descriptions des lieux, mais surtout des plans des bâtiments que ce soit sous la forme d'archive ou de reproduction dans des publications anciennes ou récentes,

⁵⁸ Marie Morin, *Histoire simple et véritable: les annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1659-1725*, Ghislaine Legendre (éd.), Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1979.

⁵⁹ Jeanne-Françoise Juchereau, et Marie-Andrée Duplessis, *Histoire de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Montauban, Chez Jerosme Legier, 1751.

⁶⁰ François Rousseau, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec, (1639-1989)*, t. 1 1638-1892, Sillery, Septentrion, 1989 ; Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec, 1692-1764*, Montréal, Fides, 1971.

qui nous ont permis d’appréhender l’organisation interne des hôpitaux, et de retrouver ainsi des traces des pratiques qui se déroulent dans les hôpitaux d’Ancien Régime.

Plan de la thèse

Les sept chapitres qui composent notre thèse se veulent une progression vers l’intérieur des établissements hospitaliers. Ainsi, le premier chapitre vise à établir précisément le contexte historique dans lequel ces établissements se développent tout en affinant le cadre théorique de l’analyse. Cette contextualisation de l’objet d’étude nous permet d’aborder dans le deuxième chapitre la manière dont ces hôpitaux sont dirigés. Qui sont les administrateurs? D’où proviennent-ils? Comment laïcs et religieux négocient-ils le partage de la direction des hôpitaux? Peut-on déterminer des différences entre la métropole et la colonie?

Le troisième chapitre s’interroge sur les personnes qui peuplent les hôpitaux : qui sont-elles? Comment et à quels titres y entrent-elles? En abordant la population hospitalière sous l’angle de leur liberté de circuler dans et hors de l’hôpital, nous nous attachons à montrer les différents types de pouvoirs qui départagent la population hospitalière, et mettons en valeur sa division entre religieux et laïcs, soignants et soignés, hommes et femmes.

Prenant en compte ces divisions, nous avons choisi de consacrer les trois chapitres qui suivent à l’analyse de ces trois types de rapports hiérarchiques, en montrant comment ceux-ci affectent les corps, chacun à leur manière, tout en demeurant en relation les uns avec les autres. Nous traiterons ainsi dans le chapitre quatre de la manière dont le religieux affecte les corps par le truchement du processus de civilisation, montrant comment celui atteint les pauvres, les malades et les Hospitalières selon des méthodes similaires pour des résultats différents. L’analyse se poursuit dans le chapitre cinq par l’exploration des représentations corporelles résultant de l’action proprement soignante qui a cours dans les hôpitaux. Enfin, la manière dont le genre organise les relations entre les personnes et régule les contacts entre les corps dans le monde hospitalier fait l’objet du chapitre six qui, en proposant un tour d’horizon complet de la manière dont les corps sont traités par l’institution hospitalière, permet de parfaire ce développement.

Procéder de la sorte nous a demandé de faire des choix. Ainsi, nous avons par exemple traité dans des chapitres différents les évolutions des fonctions d’apothicaire et d’accoucheuse, deux rôles qui font l’objet au XVIII^e siècle d’une masculinisation notable qui accompagne leur

reconnaissance par les autorités de l'époque. En effet, nous avons estimé que les évolutions des tâches d'apothicaire illustrent des problématiques liées à la professionnalisation des fonctions soignantes, ce qui justifie sa place dans le chapitre traitant de ces questions, tandis que le mouvement d'encadrement de l'accouchement, parce qu'il touche au rôle d'accoucheuse, mais met aussi en scène les parturientes, s'intègre logiquement dans le chapitre dédié aux questions de genre. Ces deux exemples illustrent ainsi les croisements entre les différents rapports que nous analysons dans ces trois chapitres.

Ainsi, afin de montrer comment ces trois impératifs s'entremêlent et agissent de concert dans les hôpitaux, nous nous sommes livrée dans le septième chapitre à une analyse de l'organisation et la distribution de l'espace hospitalier, à partir d'un travail sur les plans des hôpitaux que nous avons pu extraire des archives. Cette démonstration met en évidence l'évolution des rapports de pouvoirs au sein des hôpitaux et souligne des différences dans leurs transformations selon les territoires où ils sont implantés. L'ensemble de notre démonstration permet ainsi d'examiner le quotidien hospitalier, et la manière dont les personnes vivent dans les hôpitaux d'Ancien Régime.

Chapitre 1. Le soin des pauvres aux XVII^e et XVIII^e siècles

Les institutions charitables et hospitalières d’Ancien Régime forment à la fois le cadre et l’objet de cette enquête. Cadre parce que c’est entre leurs murs que les populations que nous proposons d’étudier circulent et interagissent, objet parce que ces institutions ne sont pas passives. Physiquement – par leur architecture – et politiquement – par leurs objectifs –, elles participent à la définition des groupes d’individus qui y apparaissent, ainsi qu’aux relations que ces groupes entretiennent. Aussi pour saisir quels effets les institutions charitables et hospitalières ont pu avoir sur les êtres qu’elles mobilisaient, il nous faut d’abord préciser le contexte historique qui les a fait naître et se développer tout en affinant le cadre théorique de notre analyse. Pour cela, en soulignant le rôle renforcé de l’État aux côtés de l’Église dans les institutions hospitalières au cours de notre période d’étude, nous portons notre attention sur les corps. Nous refusons néanmoins de limiter les effets des institutions hospitalières aux seuls corps des personnes qui y sont reçues en tant que malades ou pauvres, pénitents ou prisonniers, mais considérons à la place qu’il est nécessaire, pour comprendre le fonctionnement de ces établissements, de prendre en compte leurs effets sur les personnes qui sont chargées de réaliser les objectifs des institutions. Enfin, la mixité du public reçu dans les hôpitaux, ainsi que la présence des Hospitalières, nous incite à ajouter à notre analyse un prisme supplémentaire : celui du genre, qui nous amène à insister sur le rôle des femmes dans la mise en place du réseau d’institutions hospitalières de l’époque moderne.

1.1. Les établissements hospitaliers

1.1.1. Un réseau hospitalier antérieur à l’époque moderne

Au premier rang des institutions hospitalières modernes se situent les Hôtels-Dieu et les Hôpitaux Généraux. À ceux-ci s’ajoutent d’autres établissements hospitaliers selon les régions étudiées – Refuge, hôpital des Incurables, etc. Or, l’historiographie de ces structures insiste sur leurs différences et la nouveauté que représentent, à l’époque moderne, les Hôpitaux

Généraux. C'est pourquoi nous proposons de présenter rapidement l'évolution historique des établissements d'assistance et de soins, puis d'exposer plus en détail les évolutions spécifiques à la période moderne.

Les Hôtels-Dieu sont à l'époque moderne des structures déjà très anciennes. Avant tout lieux d'accueil et de secours des pauvres et malades, ils se développent dès les premiers siècles de la période médiévale comme recours contre les trois fléaux qui touchent la population : la peste (comprise comme toute maladie contagieuse), la guerre, et la famine. Les Hôtels-Dieu accueillent les personnes qui fuient les épidémies et les conflits, tout comme ceux qui en cas de famine, cherchent à se nourrir. L'accueil des étrangers fait donc partie de la vocation des Hôtels-Dieu, qui reçoivent aussi les pèlerins qui sillonnent les routes. Établissements urbains à l'origine, ils se développent aussi dans les campagnes à partir du XIII^e siècle. L'hébergement d'individus fatigués, blessés, affamés ou simplement malades suppose de plus d'apprendre à s'occuper de corps affaiblis⁶¹. L'extension sans précédent de la lèpre à partir du XII^e siècle coïncide avec le dédoublement des structures d'hébergement et de soin : aux Hôtels-Dieu s'ajoutent ainsi les maladreries, établissements spécifiquement dédiés à l'accueil des lépreux⁶².

La peste et les guerres des XIV^e et XV^e siècles mettent à mal ce premier réseau hospitalier. La crise sociale qui résulte de ces événements pousse une partie de la population rurale à chercher secours et assistance dans les villes. Appauvris, de nombreux hôpitaux refusent d'accueillir ces pauvres étrangers, privilégiant le soin des pauvres locaux, connus. L'afflux de pauvres dans des villes dont les structures de soins refusent de les accueillir entraîne ainsi un recours massif à la mendicité. Ces vagabonds, surtout lorsqu'ils sont groupés en bandes, inspirent la méfiance. Le phénomène s'observe surtout au XVI^e siècle, époque au cours de laquelle des crises économiques urbaines viennent s'ajouter à une situation des populations rurales de plus en plus précarisées sous l'effet conjugué des guerres de Religion,

⁶¹ Pierre-Louis Laget, Claude Laroche, Georges Beisson (et al.) *L'Hôpital en France, histoire et architecture*, Lyon, Éditions Lieux dits, 2012, p. 25.

⁶² François-Olivier Touati, *Maladie et société et Moyen Âge : la lèpre, les lépreux et les léproseries dans la province de Sens*, Bruxelles, De Bœck, 1998.

de la pression démographique et de la tendance à la concentration des terres⁶³. La nouvelle image dévalorisée de la pauvreté résulte ainsi d'abord de la coexistence, au sein des villes, d'une population aisée et de hordes de mendiants⁶⁴.

1.1.2. Évolution de la vision des pauvres depuis la fin du Moyen Âge

L'époque moderne hérite de la représentation médiévale de la pauvreté. Celle-ci repose notamment sur une exaltation spirituelle qui voit dans la pauvreté et le dépouillement le chemin des Béatitudes. Cette vision de la pauvreté est reprise par les ordres religieux. L'image du pauvre hors de l'encadrement monastique est plus problématique. En effet, si les ordres mendiants comme les Franciscains ou les Dominicains, en affirmant que le pauvre figure le Christ souffrant, souhaitent mettre en pratique la charité et la pauvreté, la réception de ces ordres mendiants par l'Église est mitigée. Parallèlement, les pauvres présents dans la société médiévale sont le plus souvent de pauvres locaux, que les congrégations religieuses locales prennent en charge, ou qui bénéficient de l'aumône individuelle faite par les laïcs⁶⁵.

Or, la période moderne coïncide avec des changements économiques qui entraînent une croissance visible de la pauvreté. À cette même période, le travail se trouve revêtu de valeurs morales et religieuses. Le catholicisme, notamment, conçoit le travail non seulement comme un moyen de combattre le vice, mais aussi comme une forme de prière et d'ascèse. Jean-Pierre Gutton note ainsi la création de manufactures destinées à forcer les oisifs au travail dès la fin du XVI^e siècle, et la mise en place d'un premier mouvement d'enfermement des pauvres dès cette époque. Cette politique est sous-tendue par l'idée que le travail rendrait les pauvres vertueux et les mettrait sur le chemin du salut⁶⁶. Dans ce cadre mental, le pauvre perd son statut de représentant du Christ sur terre, pour devenir un paresseux et un impie⁶⁷. Les conceptions religieuses sont pourtant loin de disparaître, et deux représentations de la pauvreté

⁶³ Pierre-Louis Laget, Claude Laroche, Georges Beisson (et al.) *L'Hôpital en France...* p. 28.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Michel Mollat, « La notion de pauvreté au Moyen Âge : position de problèmes », *Revue d'histoire de l'Église de France*, 52, 149 (1966), p. 10-14.

⁶⁶ Jean-Pierre Gutton, « À l'aube du XVII^e siècle des idées nouvelles sur les pauvres », *Cahiers d'Histoire*, 10 (1965) p. 87.

⁶⁷ Laget, Laroche, Beisson, *L'Hôpital en France...* p. 26.

cohabitent alors : celle d'une pauvreté qui rapproche du Christ, soutenue par les communautés religieuses, et celle d'une pauvreté synonyme de danger et de désordre, que portent les institutions étatiques.

La volonté de contrôle et d'encadrement des pauvres est visible à travers les mesures prises à Paris entre le XIV^e siècle et le XVI^e siècle. Ainsi, en 1362, sont fondés l'hôpital Saint-Esprit et la maison des Enfants Rouges, tous deux destinés au secours et à l'hébergement des orphelins⁶⁸. Le 7 novembre 1544, le Grand Bureau des Pauvres est chargé de soulager les pauvres tout en faisant reculer la misère parisienne. L'institution a pour objectif le secours des vieillards et des enfants, c'est-à-dire tous ceux et celles qui ne peuvent gagner leur vie, dans toutes les paroisses de Paris. Le Bureau des Pauvres distribue des secours en argent et en nature, organise un service médical à domicile et hospitalise les malades et les infirmes dans les deux maisons hospitalières qu'il supervise : la Trinité pour les enfants, l'hospice des Petites Maisons pour les aliénés, vénériens ou teigneux. Cette organisation de la prise en charge de la pauvreté comprend alors une dimension charitable – avec la distribution de secours – et de soins prodigués dans les maisons hospitalières⁶⁹. Au début du XVII^e siècle, cependant, l'attitude politique envers la pauvreté change. En 1612, sous la régence de Marie de Médicis, un édit tente de « faire renfermer tous les mendiants dans les maisons des grande & petite Pitié, sises rue Saint Victor »⁷⁰. En 1656, l'Hôpital Général de Paris est fondé. L'institution est destinée à l'enfermement des pauvres mendiants, et sa fondation s'accompagne de lois réprimant durement la mendicité alors que l'aumône « manuelle » était jusque-là l'instrument privilégié de la charité faite au pauvre « image du Christ », méthode de l'époque médiévale qui persiste à l'époque moderne. Le premier article de l'édit de fondation de 1656 prend en compte la généalogie dans laquelle l'institution s'inscrit :

⁶⁸ *Code de l'Hôpital Général ou recueil des principaux édits, arrêts, déclarations & règlements qui le concerne, ainsi que les Maisons & Hôpitaux réunis à son Administration*, Paris, chez la Veuve Thiboust, 1786.p. ii.

⁶⁹ « Grand Bureau des Pauvres (1544-1791) » sur <http://archives.aphp.fr/grand-bureau-des-pauvres-1544-1791/> [consulté le 24 janvier 2015].

⁷⁰ Jean-Pierre Gutton, « Assistance », dans François Bluche, *Dictionnaire du Grand Siècle*, Paris, Fayard, 2005, p. 125-128.

À ces causes, après avoir fait examiner toutes les anciennes ordonnances et règlements sur le fait des pauvres, par grands et notables personnages, et autres intelligents expérimentés en ces matières, ensemble les expédients plus convenables dans la misère des tems, pour travailler à ce dessein, & le faire réussir avec succes à la gloire de Dieu & au bien du public, de notre science, propre mouvement, pleine puissance et autorité royale : voulons et ordonnons que les pauvres mendiants valides et invalides, de l'un et l'autre sexe soient enfermés dans un Hôpital, pour être employés aux ouvrages, au règlement, signé de notre main, attaché sous le contre-scel des présentes, que nous voulons être exécuté selon la forme et teneur⁷¹.

La fondation de l'Hôpital Général répond donc à cette vision moderne de la pauvreté, puisqu'il s'agit d'enfermer les mendiants et de les contraindre au travail. Bronislaw Geremek considère ainsi l'Hôpital Général comme « une prison pour les pauvres », aux murs « sinistres et menaçants »⁷², destinés non seulement à punir la mendicité, mais encore à terroriser la population pauvre et lui inspirer un comportement vertueux. Pour l'auteur de *La Potence ou la pitié*, le poids de l'État prédomine dans cette entreprise et l'Hôpital Général incarne le relais institutionnel de la répression de la pauvreté. Dans ce contexte, les initiatives charitables se déroulent hors des murs de l'Hôpital Général.

La fondation de l'Hôpital Général de Paris se place dans lignée des politiques concernant la mendicité des années précédentes. Toutefois, en regroupant sous sa structure cinq maisons déjà existantes – la Salpêtrière, Bicêtre, la Pitié, la maison Scipion et la savonnerie de Chaillot – la création de l'Hôpital Général est conçue par les autorités civiles et religieuses comme une opération d'une grande ampleur, ce qui la distingue des précédentes. D'ailleurs, l'édit de 1662 étend cette politique d'enfermement à « toutes les villes et gros bourgs du royaume »⁷³. Il est toutefois important de signaler que cette déclaration du roi s'inscrit elle aussi dans la lignée des mesures de lutte contre la mendicité, puisqu'elle est faite

⁷¹ « Édit d'établissement de l'Hôpital Général, avril 1656, art. 1 », *Code de l'Hôpital Général...* p. 412.

⁷² Bronislaw Geremek, *La Potence et la pitié. L'Europe des pauvres, du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Gallimard, 1987.

⁷³ « Déclaration du Roi, pour l'établissement d'un Hôpital-Général en toutes les villes & gros bourgs du royaume, suivant les ordonnances des rois Charles IX & Henri III, du mois de Juin 1662 », dans le *Code de l'Hôpital-Général de Paris...* p. 423.

« suivant les ordonnances des Rois Charles IX et Henry III »⁷⁴. Elles ne seront pas les dernières : durant les deux siècles suivants, les mesures législatives tenteront d'encadrer l'Hôpital Général comme en témoigne le *Code de l'Hôpital Général* qui en 1786 contient des sources législatives – arrêts du parlement, déclaration du roi, lettres patentes ajoutant de nouvelles maisons à la structure de l'Hôpital Général — émises tout au long des XVII^e et XVIII^e siècles⁷⁵ qui actualisent les textes précédents et ajustent les objectifs de chacune des maisons.

Nous ne considérons donc pas de la création de l'Hôpital Général de Paris comme un point de rupture dans la politique d'encadrement/répression de la pauvreté. Mais elle constitue néanmoins un point de repère commode qui signale la préférence accordée par le pouvoir royal aux idées de répression de la pauvreté au détriment de la logique d'assistance. Toutefois, l'importance de la figure du pauvre menaçant qui justifie cette politique n'efface pas totalement celle du pauvre « christique ». La logique de l'assistance et de l'accueil ne disparaît donc pas pour autant, au contraire elle s'insère dans l'organisation de la répression, car elle trouve une place de choix dans les structures hospitalières préexistantes – au premier rang desquels les Hôtels-Dieu – voire dans certains Hôpitaux Généraux de province.

Les textes de fondation de l'Hôpital Général de Paris le font apparaître comme un élément du dispositif judiciaire. Maillon du système des peines, l'Hôpital Général prend place entre les galères et la prison, lieu de détention des pauvres condamnés et lieu de réclusion de mendiants⁷⁶. Dans *Surveiller et Punir*, Michel Foucault met en évidence la proximité entre l'hôpital et la prison⁷⁷. Cette analyse repose principalement sur les textes juridiques déterminant la mission de l'Hôpital Général de Paris⁷⁸ telle qu'énoncée par le pouvoir royal et demeure à ce titre biaisée. L'approche normative, si elle permet de repérer la volonté monarchique, pose problème dans une perspective historienne, puisqu'elle fait fi de la

⁷⁴ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, p. 67.

⁷⁵ *Code de l'Hôpital Général*...

⁷⁶ Nicole Castan, *Histoire des galères, bagnes et prisons en France de l'Ancien Régime*, Toulouse, Privat, 2002.

⁷⁷ Michel Foucault, *Surveiller et Punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

⁷⁸ Michel Foucault, en annexe de *l'Histoire de la folie*, place l'édit de fondation de 1656 de l'institution, ainsi que le règlement qui lui est attaché.

plasticité des institutions et de leur adaptation aux villes et régions dans lesquelles plusieurs Hôpitaux Généraux voient le jour⁷⁹. Ainsi, pour mieux comprendre le fonctionnement et les impacts de ces institutions, il est nécessaire de considérer l'organisation de la répression de la mendicité avec les moyens dont disposent effectivement pour l'implanter le pouvoir royal d'une part et les villes de l'autre. La mise en place et l'efficacité du Grand Renfermement parisien en tant que tel sont largement contestées par les historiens⁸⁰, notamment parce que les moyens financiers et humains de l'État ne lui permettent pas la réalisation de sa politique sous cette forme précise. En province, malgré l'édit de 1662 qui encourage la fondation d'Hôpitaux Généraux, ce sont d'autres méthodes qui prévalent lorsqu'il s'agit de répondre aux questions de la pauvreté et de la mendicité. À Paris même, l'Hôpital Général infléchit rapidement ses orientations répressives.

1.1.3. Les limites du pouvoir royal, le rôle de la charité

La dimension répressive de l'Hôpital Général est définie dans les textes issus du pouvoir royal. Or, dès 1676, l'Hôpital Général de Paris est placé sous la direction d'un bureau composé de laïcs et de religieux, c'est-à-dire un aréopage de personnalités provenant des élites locales, au premier rang desquelles l'archevêque de Paris⁸¹. Alors que les objectifs répressifs de l'Hôpital Général émanent du pouvoir royal, la présence d'hommes d'Église parmi les directeurs de l'institution vingt ans après sa fondation indique que les ambitions initiales sont contraintes de cohabiter avec la poursuite de buts charitables.

En effet, alors que les textes fondateurs des Hôpitaux Généraux signalent la progression d'une volonté de répression de la mendicité, les notions d'assistance aux pauvres demeurent

⁷⁹ Marie-Claude Diné-Lecomte, « Les faux semblants et les avatars de l'enfermement à l'époque moderne », dans Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre et Élisabeth Luset (dir.), *Enfermements. Le cloître et la prison (VI^e-XVIII^e siècles)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2011, p. 275-288.

⁸⁰ Jean-Pierre Gutton, *La société des pauvres en Europe. L'exemple de la généralité de Lyon, 1534-1789*, Bibliothèque de la faculté des lettres et sciences humaines de Lyon, Paris, société d'édition « les Belles Lettres », 1970; Jacques Depauw, *Spiritualité et Pauvreté à Paris au XVII^e siècle*, Paris, La boutique de l'Histoire, 1999; Marie Claude Diné-Lecomte, « L'assistance et les pauvres à Blois aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Histoire économie et société*, 1(1989) p. 3-7 et « Les faux-semblants et les avatars de l'enfermement à l'époque moderne », dans Isabelle Haullant-Donat, Julie Claustre et Élisabeth Luset (dir.), *Enfermements...*, p. 275-288.

⁸¹ *L'Hospital Général de Paris*, brochure anonyme, 1676.

bien vivantes. Le Concile de Trente, qui enclenche officiellement le processus de confessionnalisation, tranche en effet un des différends qui opposent protestants et catholiques, la question des œuvres. Les œuvres charitables sont reconnues par l'Église catholique comme une manière de gagner son salut. La charité, c'est-à-dire la manifestation de l'amour envers le prochain⁸², fait partie des obligations du bon chrétien. Or, les manifestations de la charité évoluent à l'époque moderne, accompagnant l'évolution de la perception de la pauvreté. Ainsi, alors que les textes de loi répriment ponctuellement la mendicité depuis la fin du XVI^e siècle, le fait de donner l'aumône est aussi puni⁸³. En soutenant les institutions d'assistance, les autorités souhaitent encourager un déplacement des dons : ceux-ci ne seraient plus faits à un individu, mais à une institution charitable et hospitalière, dans un but d'encadrement, mais aussi de rationalisation dans la manière de prendre en charge la question de la pauvreté. Bien que les pratiques évoluent plus lentement et que l'aumône individuelle demeure une pratique courante tout au long de l'époque moderne, les questions de la charité et des institutions hospitalières se trouvent ainsi inextricablement liées.

De plus, la dimension religieuse de ces établissements reste essentielle. Jean-Pierre Gutton, en plaçant ses recherches sur la pauvreté de l'époque moderne dans la perspective de la Réforme catholique, s'attache à montrer l'importance des réseaux d'aide et d'assistance aux pauvres, qui s'appuient sur des motifs religieux et charitables. L'historien signale notamment la manière dont de nombreuses structures hospitalières sont créées à travers le royaume de France, en les replaçant dans le contexte apostolique français du XVII^e siècle. Il parvient ainsi à retracer les étapes d'une telle fondation dans le cadre d'une mission :

Le déroulement des missions peut se reconstituer facilement, particulièrement à partir des livrets de propagande largement diffusés. Elles durent de douze à quinze jours. Les missionnaires établissent hôpitaux dans les villes et bureaux dans les bourgs « à la capucine », sans rien solliciter de la monarchie et sans attendre qu'il

⁸² « Charité », *Dictionnaire de Spiritualité Ascétique et Mystique*, T.II, Paris, Beauchesne, 1953, p. 653-659.

⁸³ L'article 17 de l'édit de fondation de l'Hôpital Général de Paris de 1656 précise donc que « Faisons inhibition & défenses à toutes personnes, de quelque qualité & condition qu'elles soient, de donner l'aumône manuellement aux mendiants dans les rues & lieux ci-dessus, nonobstant tout motif de compassion, nécessité pressante, ou autre prétexte que ce puisse être, à peine de quatre livres parisiens d'amendes, applicable au profit de l'Hôpital, au paiement de laquelle ils seront contraints. », dans le *Code de l'Hôpital Général...* p. 413.

y ait une fondation et des revenus assurés. La réussite de la mission conditionne donc directement la création de l'établissement! Le missionnaire est accompagné d'un autre prêtre qui catéchise les enfants⁸⁴.

L'action des religieux permet ainsi d'initier la fondation des hôpitaux. Ceux-ci sont donc caractérisés par des objectifs de charité que le pouvoir royal se contente de suivre matériellement. L'enrôlement de la population locale, et tout particulièrement des élites, est néanmoins nécessaire à la pérennité de l'établissement :

Pendant ce temps, il prêche devant un public qui comporte les notables dont on espère qu'ils donnent le bon exemple. Ces notables étant les gestionnaires des institutions d'assistance, il importe de leur montrer que leur pouvoir ne pâtira pas des réformes, mais sera, au contraire, renforcé en canalisant les charités vers les institutions. Les premiers sermons rappellent l'obligation de l'aumône et la nécessité de débarrasser la paroisse des gueux et vagabonds. Suivent des développements sur la mendicité source des désordres, du libertinage, de l'impiété. L'argent distribué en aumône manuelle sera plus utile s'il va à une assistance vraiment organisée. Alors, quand l'établissement sera créé, dons, fondations, afflueront. Le missionnaire lit d'autre part la législation royale sur la répression de la mendicité, notamment la lettre circulaire de juin 1676. Il se réfère aussi constamment à l'exemple de Charles Borromée, surtout pour susciter la création de confréries charitables. Puis le lendemain, les notables sont invités à se réunir chez l'évêque, ou chez une autre personnalité dans les villes non épiscopales⁸⁵.

Le soutien des élites locales se concrétise par le choix des administrateurs/directeurs d'hôpitaux. Aux notables locaux – curé, seigneur, juge ou procureur du roi, syndic, marguillier – sont adjoints des quêteurs et quêteuses chargées de « se rendre au domicile des aisés leur indiquer le nombre de pauvres et ce qui est nécessaire pour les entretenir, et leur demander un engagement mensuel, en espèce

⁸⁴ Jean-Pierre Gutton, « Missions jésuites et bureaux de charité XVII^e-XVIII^e siècles », dans Christian Sorrel et Frédéric Meyer, *Les missions intérieures en France et en Italie du XVI^e siècle au XX^e siècle, actes du colloque de Chambéry (18-20 mars 1999)*, Chambéry, Université de Savoie, Institut d'études Savoyennes, France, 2001, p. 203-213.

⁸⁵ *Ibid.*

ou en nature ». C'est sur ces notables que repose la part la plus importante du succès d'une institution hospitalière et de son maintien à long terme⁸⁶.

La sélection des pauvres à enfermer dans l'établissement nouvellement fondé est une entreprise longue. Il faut pour cela évaluer lesquels méritent ce secours, et les séparer de ceux qui persistent à mendier. Ces derniers sont le plus souvent punis, emprisonnés puis bannis hors de la ville pour l'exemple. Ce sont ainsi surtout les pauvres de la ville qui entrent dans le nouvel hôpital. Une cérémonie d'enfermement est alors organisée⁸⁷ :

Une messe solennelle est dite devant tout ce que la ville compte de notables. Le missionnaire y prêche à nouveau la générosité. Puis une procession est organisée. On y porte, en tête, le Saint-Sacrement. Les pauvres qui doivent être enfermés suivent. Une symbolique est affirmée, comme à Chambéry où les pauvres ont « chacun un Ange à leur côté, les filles ayant chacune une fille de la ville habillée en Vierge ». Ces enfants de bonne famille symbolisent l'effort des riches et le modèle à imiter. Suivent les pauvres assistés à domicile, puis les directeurs de l'hôpital, le clergé, les confréries⁸⁸.

Ainsi, comme le souligne Gutton, il s'agit bien d'une forme d'enfermement, mais l'aspect répressif que souhaitait Colbert est nuancé par la fondation religieuse, qui donne à l'Hôpital Général ou au simple Bureau de Charité, une vocation de conversion⁸⁹. Sans systématiquement se situer dans le cadre d'une mission, les fondations hospitalières religieuses de l'époque moderne sont fréquentes, et leurs origines aisées à retracer. Ainsi, à Clermont-Ferrand, la création de l'Hôpital Général en 1658 émane d'un groupe issu des élites locales qui présente un plan très concret de mise sur pied d'un Hôpital Général. Celui-ci est pensé dans les moindres détails, depuis les bâtiments qui seront utilisés jusqu'au choix de la population, et l'énumération des biens matériels nécessaires – vêtements, meubles et objets. Ce texte fait de plus état de l'orientation religieuse du futur hôpital, puisqu'il s'agit de secourir

⁸⁶ Pour l'analyse du rôle des élites locales dans l'administration des hôpitaux, voir chapitre 2 : « 2.2. Les élites laïques »

⁸⁷ On reviendra plus en détail sur la population hospitalière, agents comme usagers, le chapitre 3.

⁸⁸ Jean-Pierre Gutton, « Missions jésuites et bureaux de charité XVII^e-XVIII^e siècles », dans Christian Sorrel et Frédéric Meyer, *Les missions intérieures en France et en Italie...* p. 208.

⁸⁹ *Ibid.*

les pauvres en leur enseignant « les mystères de la religion »⁹⁰. Cette initiative, antérieure à l'édit de 1662 qui encourage la reproduction dans les provinces du modèle de l'Hôpital Général, est entérinée a posteriori quelques années plus tard. Le 14 janvier 1666, à l'occasion des *Grands Jours d'Auvergne*, l'Hôpital Général de Clermont reçoit la reconnaissance royale, les lettres patentes qui lui faisaient défaut, ainsi qu'un règlement, copie très fortement inspirée de celui qui a cours à l'Hôpital Général de Paris⁹¹. On voit ici à l'œuvre la tension entre le modèle local d'inspiration charitable des élites auvergnates et la volonté du pouvoir royal d'imposer un modèle coercitif en contrepartie de la reconnaissance de l'institution. Ailleurs en Auvergne, par contre, les lettres patentes concernant certains établissements montrent une inflexion dans la position de la Couronne à l'égard de la répression. Ainsi, les lettres patentes de l'Hôpital Général du Puy-en-Velay, datées de 1694, accordent à l'établissement les mêmes pouvoirs de justice qu'à l'Hôpital Général de Paris, mais placent à sa tête plusieurs ecclésiastiques, dont l'évêque de la ville et deux chanoines de la cathédrale⁹².

En Nouvelle-France, le caractère religieux des Hôpitaux Généraux est particulièrement prononcé. À Québec, c'est sur décision de l'évêque que l'Hôpital Général est fondé en 1693. Il s'agit d'un lieu d'accueil des pauvres et des mendiants, pour la charge duquel Mgr de Saint-Vallier détache quatre religieuses augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec. Les origines de l'établissement tout comme son personnel clef placent cet Hôpital Général dans le champ de l'action charitable. On remarque toutefois qu'ici aussi la répression de la mendicité est présente, puisque dès 1677 un arrêt du conseil supérieur de Québec, renouvelé en 1683⁹³, défend de mendier dans les rues sous peine de carcan ou de fouet⁹⁴. À Montréal, la situation est encore différente, puisque l'Hôpital Général, fondé en 1692, doit tout à la volonté de François Charon, un marchand qui a étudié en France dans sa jeunesse et a pu voir les œuvres

⁹⁰ BUP/A10620.10 : *Dessein pour l'établissement d'un hôpital en la ville de Clermont*, 1658.

⁹¹ BUP/A10620.4 : *Règlement supplémentaire de l'Hôpital Général de Clermont, 1732*, et Arlette Lebigre, *Les Grands Jours d'Auvergne. Désordres et répression au XVII^e siècle*, Paris, Hachette, 1976, p. 172.

⁹² BUP/A11359 : *Lettres Patentes du Roi accordées à l'Hôpital-Général de la ville du Puy*, 1694.

⁹³ Voir « Arrêt du conseil supérieur de Québec qui fait défense aux mendiants valides de mendier en cette ville, et aux particuliers de leur donner l'aumône, à peine de dix livres d'amende », *Édits, ordonnances royaux, déclarations et arrêts du Conseil d'État du Roi concernant le Canada : imprimés sur une adresse de l'Assemblée législative du Canada : revus et corrigés d'après les pièces originales déposées aux archives provinciales*, Québec, presse à vapeur de E.R Fréchette, vol. 2, 1855, p. 102.

⁹⁴ Micheline d'Allaire, *L'Hôpital-Général de Québec, 1692-1764*, Montréal, Fides, 1970, p. 6.

des Hôpitaux Généraux⁹⁵. Associé à quelques amis, François Charon dirige ainsi un lieu d'accueil des hommes pauvres et malades, qui remplit également la fonction d'école des garçons, jusqu'à la faillite de la communauté en 1747. Dans ces deux villes de Nouvelle-France, l'installation d'un l'Hôpital Général est pensé en complément des Hôtels-Dieu déjà existants.

La création des Hôpitaux Généraux au milieu du XVII^e siècle signale l'implication de l'État dans les politiques d'assistance et de gestion de la pauvreté, et contribue à la diffusion des idées de répression de la pauvreté sur l'ensemble du territoire étudié. Elles s'intègrent dans un système d'assistance préexistant, et ce faisant, contribuent à le modifier.

En effet, chacune des villes de notre étude dans laquelle s'implante un Hôpital Général possède un Hôtel-Dieu, et parfois quelques autres établissements « d'assistance » hérités des siècles précédents. On l'a vu plus haut, les Hôtels-Dieu ont pour vocation première l'accueil des pauvres et le soin des malades. Les Hôpitaux Généraux sont alors conçus comme un moyen d'étendre le système d'assistance. En Nouvelle-France, ils accueillent les pauvres et les vieillards, tandis que les Hôtels-Dieu de Québec et de Montréal soignent les malades et les blessés. Montréal est la seule ville de notre corpus dans laquelle la fondation d'un Hôpital Général se traduit par la construction d'un nouveau bâtiment. À Québec, l'ancien couvent des Récollets accueille le nouvel Hôpital Général. À Clermont-Ferrand, un ancien Hôtel-Dieu de la ville, L'Hôtel-Dieu Saint-Adjutor, est reconverti à cette fin⁹⁶. À Paris, on l'a vu, d'anciennes maisons hospitalières sont désormais regroupées pour former l'Hôpital Général. La création des Hôpitaux Généraux modifie donc très légèrement l'organisation des établissements hospitaliers sur le plan matériel. En revanche, alors que les Hôtels-Dieu remplissent indifféremment une mission d'accueil et de soin des pauvres et des malades, les Hôpitaux Généraux se concentrent exclusivement sur l'accueil des pauvres. Les divers textes de fondation prennent en effet soin de préciser que « les pauvres malades de la ville, & ceux

⁹⁵ Albertine Ferland-Angers, « Charon de la Barre, François », dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 2, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] http://www.biographi.ca/fr/bio/charon_de_la_barre_francois_2F.html. (consulté le 30 mars 2015)

⁹⁶ Jean-Luc Fray, « Un long passé médiéval », dans Bernard Dompnier (dir), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 21.

qui tomberont malades à l'Hôpital Général, seront mis au Grand Hôtel-Dieu »⁹⁷. Le refus net des Hôpitaux Généraux de se charger de malades, qui se retrouve tout au long de la période d'étude, et dans la plupart des villes étudiées, fait évoluer les Hôtels-Dieu vers le rôle d'établissements chargés du soin des malades.

Cependant, l'échec de la politique d'enfermement est patent, et bien connu. Plus marqués par des origines charitables et religieuses que répressives, les Hôpitaux Généraux deviennent rapidement, particulièrement dans les provinces, des hospices avant la lettre⁹⁸. Le décalage profond entre la vision de la pauvreté et ses réalités rend caduque la distinction tracée par les élites entre bons et mauvais pauvres. Ainsi, alors que l'on arrête des mendiants, on réalise qu'ils ne correspondent que rarement à la définition du pauvre immoral⁹⁹. Il s'agit le plus souvent de pauvres « honnêtes » contraints à la mendicité par les circonstances. Dans ces établissements peuplés de vieillards et d'infirmités, la présence des « pauvres immoraux » — filles perdues, fous — devient inconfortable, les immoraux risquant de « contaminer » les autres¹⁰⁰. Rapidement, des institutions hospitalières destinées à ce public voient le jour. Les Refuges, lieu d'enfermement des « femmes de mauvaise vie » fleurissent à partir du milieu du XVII^e siècle. Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, les Dépôts de Mendicité se veulent une réponse à la présence de ces « immoraux » que les hôpitaux répugnent à recevoir¹⁰¹. À Paris, Bicêtre reçoit ainsi surtout les « fous »¹⁰², tandis que la maison Sainte-Pélagie se consacre à la réclusion des filles perdues, dites « filles de force »¹⁰³. Parfois adjoints à l'Hôpital Général de la ville — c'est le cas parisien — parfois dépendants de l'Hôtel-Dieu — c'est le cas du Refuge de

⁹⁷ BUP/A10620.10 : *Dessein pour l'établissement d'un hôpital en la ville de Clermont*, 1658.

⁹⁸ Marie Claude Dinet-Lecomte, « L'assistance et les pauvres à Blois au XVII^e et XVIII^e siècles », *Histoire économie et société*, 1 (1989), p. 3-7; « Les hôpitaux sous l'Ancien Régime : des entreprises difficiles à gérer? », *Histoire, économie et société*, 3 (1999), p. 527-545; *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La charité en action*, Paris, Honoré Champion, 2005.

⁹⁹ Pour le détail de la population reçue dans les hôpitaux d'Ancien Régime, voir chapitre 3 : « Entre les murs, diversité de la population hospitalière ».

¹⁰⁰ Sur cette question, voir voir chapitre 5 : « 5.3. Le cas de la contagion »

¹⁰¹ Laget, Laroche Beisson, *L'Hôpital en France...* p. 28.

¹⁰² Jean-Baptiste Glaire, *Encyclopédie Catholique : répertoire universel et raisonné des sciences, des lettres, des arts et des métiers, formant une bibliothèque universelle*, vol. 3, Paris, Parent-Desbarres, 1841, p. 567

¹⁰³ Sophie Riché, Sylvain Riquier « Sainte-Pélagie », Guide des archives hospitalières des Hôpitaux de Paris [en ligne], <http://archives.aphp.fr/Le-guide-des-fonds.html?article&lang=fr&dir=ltr> (consulté le 11 août 2011), voir détail dans la bibliographie.

Clermont-Ferrand –, ces établissements participent au dynamisme du monde hospitalier, chaque ville disposant progressivement de plusieurs structures vers lesquelles diriger ces personnes. L'intérêt du pouvoir royal et des élites municipales pour les institutions hospitalières, couplé aux effets de la Réforme tridentine, entraîne la multiplication des œuvres d'assistance. Dans certaines provinces, on voit le nombre des établissements hospitaliers ainsi que leur capacité d'accueil tripler au cours du XVII^e siècle¹⁰⁴. Sans que l'on puisse vraiment comparer avec les périodes précédentes, on estime à 2000 les hôpitaux – tous types confondus – actifs en France à la veille de la Révolution¹⁰⁵.

L'époque moderne, du début du XVI^e siècle à la fin du XVIII^e siècle, constitue donc une période d'effervescence dans le monde charitable et hospitalier. La période retenue, qui commence avec la fondation des Hôpitaux Généraux, correspond quant à elle, à celle de la cohabitation des politiques d'enfermement avec les initiatives charitables, au développement d'un intérêt croissant pour la fonction de soins dans les Hôtels-Dieu.

Alors que l'influence de l'État est depuis longtemps connue, le rôle de l'Église n'est pas à négliger¹⁰⁶, pas plus que celui des élites locales qui, entre l'encadrement des pauvres de leur ville et l'adhésion aux principes de la Réforme catholique, jouent un rôle important dans la mise sur pied et le maintien des institutions hospitalières. Les établissements hospitaliers se renouvèlent donc au milieu du XVII^e siècle, et nous proposons d'en étudier le fonctionnement jusqu'à la fin du régime français au Canada (Conquête de 1763) et de l'Ancien Régime en métropole (Révolution de 1789). Or, c'est sur les corps que s'exerce la volonté étatique de répression de la pauvreté, et l'ambition apostolique de l'Église. Ainsi, de manière à saisir au mieux les évolutions de ces institutions, il nous faut ici faire appel d'abord à l'histoire du corps puis à l'histoire du genre de manière à affiner notre cadre d'analyse.

¹⁰⁴ Daniel Hickey, *Local Hospital in Ancien Régime France*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1997.

¹⁰⁵ Laget, Laroche Beisson, *L'Hôpital en France...* p. 28.

¹⁰⁶ Jean-Pierre Gutton, « Assistance », dans François Bluche, *Dictionnaire du Grand Siècle*, Paris, Fayard, 2005, p. 125-128.

1.2. La place du corps dans les établissements hospitaliers d'Ancien Régime

1.2.1. Corps et modernité

C'est dans les années 1930 qu'est publié un ouvrage majeur, devenu incontournable sur le sujet : *La Civilisation des mœurs*¹⁰⁷ de Norbert Elias. Protéiforme, ce livre élabore des outils théoriques utiles à la construction d'une sociologie du corps. Elias y soutient, à l'instar de Marcel Mauss¹⁰⁸, que le corps est un produit social, dont les usages sont modelés en fonction de normes telles que la pudeur et la sensibilité. Il s'intéresse donc à la manière dont ces normes évoluent et considère le XVI^e siècle comme une période charnière de cette évolution. Il y décèle en effet le moment où se mettent en place l'intériorisation des émotions et l'éloignement de la pulsion par le truchement d'une discipline qui s'applique au corps¹⁰⁹. Elias analyse ainsi la manière dont le quotidien corporel – « comment cracher », « comment se moucher », « comment dormir » — évolue. Au terme d'un chapitre sur l'agressivité, il affirme l'exclusion progressive de l'individu du domaine de la violence légitime dont l'usage est réservé à l'État¹¹⁰.

Cette réflexion théorique sur le corps et la maîtrise individuelle des normes corporelles ouvre la voie aux travaux de Michel Foucault, qui en étudiant le corps comme lieu d'exercice du pouvoir, explore dans *l'Histoire de la Folie à l'âge classique*¹¹¹, la répression qui s'exerce sur les marges de la population – fous, pauvres – à travers l'enfermement. Avec *Surveiller et Punir, Histoire de la Prison*¹¹², il expose l'évolution des pratiques répressives appliquées au corps. Depuis le supplice de Damiens qui ouvre l'ouvrage et illustre le processus

¹⁰⁷ Norbert Elias, Pierre Kamnitzer, *La Civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

¹⁰⁸ Marcel Mauss, « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, 32, 3-4-5 (1936) [en ligne] URL : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthro/6_Techniques_corps/techniques_corps.pdf (consulté le 28 février 2015).

¹⁰⁹ Albert Mechtlich, « L'éloquence du corps. Conversation et sémiotique corporelle au siècle classique », *Germanische Romanische monatschrift*, 2, 39 (1989), p. 157.

¹¹⁰ Jérôme Thomas, *Corps violent corps soumis. Le policement des mœurs à la fin du Moyen Âge*, Paris, L'Harmattan, Paris, 2003, p 16.

¹¹¹ Michel Foucault, *Histoire de la Folie...*, 1972.

¹¹² Michel Foucault, *Surveiller et Punir...*, 1975.

« d'orthopédie morale » auquel le supplice est censé procéder¹¹³, jusqu'à ce que Foucault définit comme un dressage du corps, notamment au sein des ordres religieux, en ayant recours à la clôture et à une organisation précise du temps et de l'espace¹¹⁴, le corps est l'objet sur lequel s'exerce le travail d'intériorisation des pulsions mis au jour par Elias. L'analyse de Foucault expose la manière dont les pouvoirs politiques et religieux participent à ce dressage du corps. Hors des murs des institutions hospitalières, le « policement des mœurs » se diffuse par l'imposition de comportements corporels individuels, perceptibles à travers les nombreux manuels de civilité publiés, ou encore les règlements de confréries¹¹⁵. La promotion de ces nouveaux comportements insiste de façon plus marquée sur la pudeur, l'intériorisation des émotions, mais aussi sur l'organisation de l'espace entre autres par la séparation public/privé¹¹⁶.

Dans ce contexte, les institutions hospitalières, dans lesquelles s'exercent les pouvoirs royaux, locaux et religieux, constituent un cadre d'analyse propice à l'histoire du corps, et à la manière dont celui-ci y est traité. De plus, les nouveaux comportements « civilisés » identifiés par Norbert Elias vont être diffusés à plus grande échelle de la seconde moitié du XVII^e siècle à la fin du XVIII^e siècle. Mais les historiens ont surtout retenu que cette diffusion s'est faite par les élites. Notre thèse propose en revanche d'approcher les plus pauvres, qui composent la majeure partie de la population qui fréquente les institutions hospitalières.

Les interventions de l'État sur le corps font l'objet d'une historiographie importante, dans laquelle Michel Foucault tient le rôle de figure tutélaire, ses travaux ayant durablement marqué ce domaine de recherche en inaugurant l'étude des liens entre le corps et le pouvoir. Son travail formule une critique des politiques de contrôle du corps, dont il trouve la source dans les institutions hospitalières et répressives de l'époque moderne. Erwin Goffman insiste quant à lui sur le caractère « total » de ces institutions, qu'il définit comme portant en elles-mêmes un processus de mortification du corps, que ce soit par leur dimension religieuse ou par

¹¹³ *Ibid.*, p. 17.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 179.

¹¹⁵ Jérôme Thomas, *Corps violent corps soumis...* p. 130-162.

¹¹⁶ Laurent Turcot, « L'émergence d'un espace plurifonctionnel : les boulevards parisiens au XVIII^e siècle », *Histoire urbaine*, 1, 12 (2005), p. 115.

les fonctions que leur assigne l'État.¹¹⁷ Pour les deux auteurs, le rôle de l'État est essentiel dans la mise en place et le fonctionnement quotidien de ces établissements, tout en soulignant leur appartenance au monde religieux. L'organisation du temps dans les hôpitaux est par exemple similaire à celle du monde monastique¹¹⁸. Comme nous l'avons précisé plus haut, les origines religieuses et charitables des institutions hospitalières sont avérées et ont un impact important sur le fonctionnement des hôpitaux au jour le jour.

Or, le rôle de l'Église s'étend bien au-delà de l'impulsion nécessaire à la fondation. Si nous avons signalé la présence de membres du clergé dans les assemblées qui gouvernent les établissements hospitaliers, il faut leur adjoindre des agentes de choix, en la personne des Hospitalières¹¹⁹. Or, si le corps est perçu par le pouvoir dans ses formes politiques comme un objet à discipliner, qu'en est-il du regard porté par le catholicisme?

1.2.2. Corps et catholicisme : ambivalence

Des fondations faites avec le soutien actif du monde religieux, des administrateurs issus du clergé, et des établissements hospitaliers hérités d'une tradition chrétienne d'accueil du prochain : les établissements hospitaliers d'Ancien Régime sont marqués par le christianisme. Le mouvement d'effervescence hospitalière de l'époque moderne coïncide de plus avec la Réforme catholique. Les lendemains des guerres de Religion sont en effet propices au développement de nouvelles formes d'action religieuse, et les institutions hospitalières se présentent comme un lieu tout indiqué pour poursuivre l'œuvre de

¹¹⁷ Erving Goffman, Robert Castel, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de minuit, 1968.

¹¹⁸ Michel Foucault, *Histoire de la Folie...* p. 64

¹¹⁹ Dans un souci d'allègement du texte, nous choisissons ici de désigner sous le terme « Hospitalières » tout groupe de femmes actives dans une institution hospitalière, charitable ou répressive, qui justifie son action par une finalité religieuse. Il est cependant important de préciser que les institutions hospitalières et charitables d'Ancien Régime en général, et les établissements de notre enquête en particulier, sont pris en charge par diverses communautés religieuses féminines qui y opèrent en tant que soignantes et/ou gardiennes des populations qui sont confiées à leurs soins. Ces communautés ne sont pas reconnues de manière uniforme par l'Église, et elles-mêmes se définissent de façons variées. La question des différences entre les types de groupes de soignantes, qui peuvent être des communautés religieuses cloîtrées, des congrégations séculières ou encore des regroupements de laïques dévotes sera abordée dans la dernière partie de ce chapitre, et analysée dans le chapitre 4 : « 4.3. Le corps des religieuses, lieu de cohabitation des modèles ».

conversion¹²⁰. La manière dont ce catholicisme tridentin perçoit le corps mérite donc notre attention.

La relation que le catholicisme, et plus largement le christianisme, entretient avec le corps peut être qualifiée d'ambivalente¹²¹, se situant entre fascination et répulsion. La fascination du corps est aisément perceptible à travers l'importance qui lui est accordée dans la dévotion chrétienne. Religion de l'Incarnation, le christianisme se distingue des traditions romaines ou grecques, mais aussi de la tradition juive, par l'intérêt qu'il porte au corps. Si le corps est le plus souvent envisagé comme un fardeau, un obstacle à la relation à l'autre, qui demeure incontrôlable¹²², il devient dans le christianisme une image de Dieu¹²³. Le corps du Christ, présent de l'hostie aux dévotions, magnifié dans l'Incarnation, meurtri dans la Passion ou encore glorifié dans la Résurrection se donne à voir aux yeux des chrétiens en permanence¹²⁴.

Une autre image du corps est toutefois importante dans le christianisme : celle de l'homme pécheur, qui tout en conservant une dimension d'espoir – le corps appelé à la résurrection à la fin de temps – inspire la méfiance puisqu'il est marqué par le péché. La peur du corps, et du péché par le corps, revient comme une litanie sous forme de mises en garde ou de condamnations¹²⁵. Cette méfiance vis-à-vis du corps ou, plus justement, de la « chair »¹²⁶, va jusqu'à se traduire, dans les premiers temps du christianisme, par une obsession de la virginité¹²⁷. Alors que l'intransigeance quant à la question de la virginité se trouve progressivement réservée aux religieux et aux religieuses, qui s'aventurent ainsi sur la voie la plus assurée du salut, la chasteté demeure une vertu valorisée pour les laïcs. À l'époque moderne, la volonté de régir la sexualité s'illustre aussi par le renforcement du caractère sacré

¹²⁰ Élisabeth Rapley, *Les dévotes, les femmes et l'Église en France au XVIII^e siècle*, Montréal, Bellarmin, 1995, p. 14.

¹²¹ Abordée ici, cette question est approfondie dans le chapitre 4 : « 4.1. Représentations du corps dans le monde religieux ».

¹²² Jean-Noël Besançon, « Le corps dans la tradition chrétienne », dans Geneviève Comeau (dir.), *Le corps*, Paris, Éd. de l'Atelier, 2001, p. 55 à 75.

¹²³ Franck Bottomley, *Attitudes to the Body in Western Christendom*, Londres, Lepus Books, 1979, p. 31-40.

¹²⁴ Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré », dans *Histoire du Corps*, T.1, *De la Renaissance aux Lumières*, Georges Vigarello (dir.), Paris, Seuil, 2005, p. 17 à 107.

¹²⁵ Jean Delumeau, *Le péché et la peur. La culpabilisation en Occident, XIII^e-XVIII^e siècle*, Paris, Fayard, 1983.

¹²⁶ Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré »..., p. 18.

¹²⁷ Peter Brown, *Le renoncement à la chair. Virginité, célibat et continence dans le christianisme primitif*, Paris, Gallimard, 1995.

du mariage¹²⁸, inscrivant celle-ci dans un espace défini et socialement approuvé¹²⁹. La notion de souillure est omniprésente dans l'appréhension du corps par l'Église catholique¹³⁰. Corrompu par le péché originel puis sauvé par le Christ, le corps est l'objet de mortifications qui visent à le préserver du péché¹³¹.

Comme le souligne Jacques Gélis, la position de l'Église vis-à-vis du corps n'est pas monolithique, et tous les auteurs ne partagent pas la même vision du corps. Ainsi, l'héritage de saint Augustin produit une vision pessimiste du corps, que l'on retrouve jusque dans le courant janséniste des XVII^e et XVIII^e siècles. L'Église de la Réforme catholique souligne avec le concile de Trente le danger de glorifier le corps humain¹³². Toutefois, un regard plus mesuré, comme celui de François de Sales,¹³³ émerge au cours de la période moderne. La peinture de la Renaissance, qui met en évidence la beauté plastique du corps, y compris dans les représentations des martyrs, atteste de représentations plus positives du corps chrétien. Enfin, des courants comme celui dans lequel s'inscrivent les mystiques traduisent l'acceptation de la nature duale du corps chrétien : « par la communion, il [le mystique] l'assimile; par son désir de partager les souffrances du Rédempteur, il aspire à se fondre dans le corps divin, à s'incorporer. Si le corps est le principal obstacle vers Dieu, il peut aussi être le moyen de faire son salut »¹³⁴.

Glorifié et honni, le corps est un objet que le christianisme approche avec ambivalence. Le catholicisme post-tridentin, notamment avec François de Sales, porte tout de même un regard plus clément envers le corps. L'élan charitable qui fait suite aux guerres de Religion emprunte beaucoup à une vision du corps par lequel on peut atteindre le salut, mécanique efficacement résumée dans cette formule, si fréquente dans l'historiographie de l'assistance : « soigner les corps pour sauver les âmes ».

¹²⁸ Michel Despland, *Christianisme, dossier corps*, Paris, Cerf, 1987, p. 70.

¹²⁹ Sara F. Matthews-Grieco, « Corps et sexualité dans l'Europe d'Ancien Régime », dans *Histoire du Corps*, T.1, ..., p. 167-310.

¹³⁰ Mary Douglas, *De la souillure. Étude sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte, 2001, p. 29-48.

¹³¹ Claudie Vanasse, *Les saintes cruautés. La mortification corporelle dans le catholicisme français moderne (XVI^e-XVII^e siècle)*, thèse de doctorat (histoire), Université Clermont 2 /Université de Montréal, avril 2005, p. 70.

¹³² Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré »..., p. 18.

¹³³ Alain Corbin, *L'Harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*, Paris, Perrin, p. 259.

¹³⁴ Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré »..., p. 45.

1.2.3. La charité hospitalière, un rapport au corps et au sacré

Accueil des pèlerins, hébergement des pauvres, soins des malades : les établissements hospitaliers remplissent une fonction sociale importante dans la société d'Ancien Régime. Cependant, comme il s'agit d'établissements religieux, ils envisagent la charité dans une perspective chrétienne.

Comme nous avons pu le signaler plus haut, les Hôpitaux Généraux de l'époque moderne sont généralement fondés à la suite d'une impulsion religieuse. Les Hôtels-Dieu de métropole sont quant à eux marqués par une longue tradition chrétienne.

Comme dans la métropole, les Hôtels-Dieu du territoire colonial de Nouvelle-France sont fondés sur impulsion catholique. À Montréal, la condition de laïque de Jeanne Mance tend à masquer la dimension religieuse de l'Hôtel-Dieu qu'elle fonde en 1642 et dont elle s'occupe jusqu'à sa mort en 1673. Pourtant, la fondation de Ville-Marie, premier nom que porte Montréal, est d'abord le fruit d'une vision mystique de Jérôme de la Dauversière. Associé avec Jean-Jacques Olier, il fonde la Société Notre-Dame de Montréal que Jeanne Mance rejoint en 1640. La fondatrice de l'Hôtel-Dieu est bien une laïque, mais l'institution est dans ce cas partie prenante du projet de colonisation religieuse, incarné par le nom donné à la ville, Ville-Marie. Les principes de la Réforme catholique sont donc présents, d'autant que, bien que Jeanne Mance ne soit pas une religieuse, elle fait partie d'un réseau de dévots laïcs qui souhaitent être religieux dans le monde. Ce type de laïcs dévots se retrouve en métropole où ils contribuent également au développement des institutions hospitalières modernes¹³⁵.

À Québec, c'est l'appel de Paul le Jeune dans la *Relation* de 1636 qui attire au Canada trois Hospitalières Augustines de Dieppe¹³⁶. Avec son invitation, le jésuite entend nourrir les rangs missionnaires au Canada et, en s'adressant à des femmes, permettre à la colonie de disposer de femmes enclines à se charger de l'éducation religieuse des fillettes amérindiennes.

¹³⁵ Marie-Claude Dinot-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La charité en action*, Paris, Honoré Champion, 2005, p. 29.

¹³⁶ Lucien Campeau, *Monumentae Novae Franciae*, t. 4, *Les Grandes épreuves (1638-1640)*, Montréal, Bellarmin, 1989, p. 280.

L'enthousiasme missionnaire féminin dépasse les attentes des jésuites, puisqu'en 1639 les Ursulines de Marie de l'Incarnation prennent en charge l'éducation des petites Autochtones et sont accompagnées de trois Hospitalières de Dieppe, venues évangéliser les Amérindiens des deux sexes par leur démarche soignante. L'action hospitalière et l'éducation vont de pair dans le travail missionnaire de la Réforme catholique : l'une comme l'autre participe à la christianisation de la population¹³⁷.

Origines missionnaires et mystiques à Québec et à Montréal : les premiers établissements hospitaliers de Nouvelle-France s'inscrivent bien dans le courant de la Réforme catholique. En métropole, les établissements hospitaliers de notre enquête ne peuvent être aussi directement rattachés à une dynamique missionnaire. Toutefois, nourris des idéaux de la Réforme catholique par leurs administrateurs dévots d'une part¹³⁸ et les congrégations féminines qui les prennent en charge d'autre part¹³⁹, ils constituent des lieux d'évangélisation voire de conversion des populations pauvres reçues. Les structures hospitalières sont ainsi utilisées comme des relais des idées religieuses, dans le cadre des missions et dans celui plus général de la diffusion de la Réforme catholique. Or, l'action hospitalière se caractérise par l'action sur le corps : corps souffrant à soulager, corps indocile à discipliner.

La description des augustines par Paul le Jeune le montre bien, puisque le jésuite souligne que c'est au double titre de missionnaires et de soignantes qu'elles sont recommandables : « Car ces bonnes filles, outre qu'elles sont très exactes en la discipline et observance régulière, sont sans doute excellentes au soin et traitement des malades, tant pour le temporel que le spirituel »¹⁴⁰. Ainsi, si les pauvres et les malades entrent à l'Hôtel-Dieu ou à l'Hôpital Général pour y chercher un secours médical ou matériel, le secours spirituel et le soin de l'âme les y attendent faute, souvent, de thérapeutique plus efficace.

C'est sur cette hypothèse que Brigitte Violette construit son argumentation dans un ouvrage destiné à montrer la filiation entre Hospitalières modernes et infirmières

¹³⁷ Dominique Deslandres, *Croire et faire croire. Les missions françaises au XVII^e siècle*, Paris, Fayard, 2003, p. 361.

¹³⁸ Voir chapitre 2 : « 2.2. Les élites locales » et « 2.3. L'institution ecclésiastique ».

¹³⁹ Élisabeth Rapley, *Les dévotes, les femmes et l'Église en France au XVIII^e siècle*, Montréal, Bellarmin, 1995, p. 19; Dominique Deslandres, *Croire et faire croire...*, p. 366.

¹⁴⁰ Lucien Campeau, *Monumentae Novae Franciae*, t. 4..., p. 280

contemporaines¹⁴¹. Prenant en compte la faiblesse des capacités thérapeutiques disponibles au cours de la période moderne, elle insiste sur la prière comme méthode de guérison principale à l'œuvre à l'Hôtel-Dieu de Québec. Il est vrai que les règlements hospitaliers accordent une large place à l'attitude de modestie et de dévotion que les pauvres doivent adopter. Le *Règlement* de l'Hôpital Général de Moulins de 1697 insiste ainsi pour que l'administrateur ecclésiastique responsable de la visite des salles des pauvres agisse en ce sens :

Il y entrera le lundy au soir à la sortie du Bureau de la Direction; ce jour là, ou au plus tard le mardy matin, il visitera les Infirmeries pour y consoler les Malades, les exhorter à la patience, pourvoir à tous leurs besoins autant qu'il luy sera possible, & principalement à leurs faire administrer les Sacrements avant qu'ils soient en danger évident de mort [...]

Le matin il visitera les Sales & Infirmeries, & observera si elles sont tenües propres & bien baliées, & si les Pauvres y gardent la modestie convenable [...]

Il fera faire fort régulièrement, & aux heures accoutumées le Catéchisme dans les Sales, & y assistera le plus souvent qu'il pourra; sa préférence rendra les Sœurs plus régulières à le faire, & les pauvres plus attentifs [...]

Les Dimanches & les Fêtes il tachera d'entendre la Messe avec les Pauvres, & remarquera s'il y en a grand nombre qui fréquentent les Sacrements¹⁴².

Mais l'action hospitalière envers le corps ne se limite pas à l'exhortation à la prière ou à une attitude modeste, et prend souvent des formes plus concrètes. Les Refuges par exemple, qui incarnent la fonction répressive des structures hospitalières, agissent sur les corps en emprisonnant les femmes¹⁴³. Dans plusieurs de ces établissements, l'appartenance au Refuge est établie par le port de vêtements distinctifs, ou encore par les cheveux rasés¹⁴⁴. Toutefois, même dans ces établissements, qui sont notamment utilisés par le pouvoir judiciaire comme

¹⁴¹ Brigitte Violette, « Guérir le corps et sauver l'âme : les religieuses hospitalières et les premiers hôpitaux catholiques au Québec. », dans Christina Bates, Dianne Dodd, Nicole Rousseau (dir.), *Sans frontières. Quatre siècles de soins infirmiers*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005, p. 57-71.

¹⁴² AD03/4HDEPOT/2 : « Règlement de fonctionnement de l'Hôpital de Moulins : 1697-1819 », *Règlement des hospices* (1697).

¹⁴³ Claire Garnier, « Les Refuges, expression du patriarcat d'Ancien Régime? Analyse des demandes d'enfermement au Refuge de Clermont-Ferrand, XVIII^e siècle », *Cahiers d'histoire*, 2 (2011), p. 103 à 120.

¹⁴⁴ A/AP-HP/45FOSS/F : Notes diverses : Chirurgiens, Hôtel-Dieu, *Délibération de la maison de Salpêtrière*, 6 novembre 1662.

outil de répression de la prostitution féminine¹⁴⁵, la dimension du Salut n'est jamais oubliée, ce qui se traduit notamment par l'appellation de « pénitentes » attachée aux enfermées.

La discipline du corps dans les hôpitaux trouve son origine tout autant dans la volonté de contrôle social mise en place par l'État que dans l'idée de mortification du corps portée par l'Église. Les deux peuvent à l'occasion se rejoindre, et un geste similaire porté sur le corps peut alors revêtir plusieurs significations. Ainsi, le port d'un vêtement propre à l'institution hospitalière peut être envisagé comme un signe déshonorant qui permet d'identifier son porteur comme relevant d'un établissement répressif. Mais le vêtement propre et blanc que décrit le règlement de l'Hôtel-Dieu de Québec remplit une autre fonction. Dans la perspective religieuse, vêtir de blanc chaque personne qui entre à l'hôpital va de pair avec le fait de laver les pieds des malades : si on traite ainsi le corps, c'est pour le faire rentrer dans le champ du religieux, mettre le malade en position de recevoir autant la parole divine que le soin¹⁴⁶.

1.2.4. Le corps des Hospitalières

Conformément à notre méthodologie, nous avons fait le choix de ne pas concentrer notre analyse uniquement sur les effets des institutions hospitalières sur les pauvres et malades qui y entrent, mais également sur le personnel religieux et laïc qui y opère. À ce titre, la façon dont le christianisme envisage le corps nous intéresse puisqu'elle s'applique tout autant aux Hospitalières qu'aux pauvres et malades.

La rigueur monastique s'applique aux malades dans une version atténuée – exemption du jeûne par exemple –, mais s'impose avant tout aux soignantes aux emplois du temps rythmés par la prière et le respect des offices. De plus, si on a noté plus haut l'obligation du port d'un uniforme pour les malades, les Hospitalières sont elles aussi astreintes au port d'un habit particulier¹⁴⁷. C'est au double impératif de la recherche de l'idéal religieux et de l'action

¹⁴⁵ Christophe Regina, « Brimer les corps, contraindre les âmes : l'institution du Refuge au XVIII^e siècle, l'exemple d'Aix-en-Provence, 1700-1787 », *Genre & Histoire*, 1 (2007) [En ligne] <http://genrehistoire.revues.org/index97.html> (consulté le 5 novembre 2010).

¹⁴⁶ François Rousseau, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec (1639-1989)*, T.1, Sillery, Septentrion, 1989 p. 88.

¹⁴⁷ La question de l'habit, imposé par la condition de religieuse et adaptée dans les congrégations séculières, fait l'objet de discussions au sein des Filles de la Charité : « Si la supérieure souffre de ne pouvoir adopter l'habit de ses filles, c'est qu'au même moment elle travaille à l'uniformité de leur tenue. Telle à l'Hôtel-Dieu est trop bien vêtue; telle autre à Angers répugne à adopter l'habit commun; Jeanne Lepintre en particulier tient au mouchoir

hospitalière que doit répondre la pratique spirituelle des Hospitalières. Le soin des pauvres demande en effet du temps, ainsi qu'un effort physique. Le temps dévolu à la prière, comme l'état de faiblesse du corps induit par les mortifications habituelles dans les couvents — privation de nourriture, port du cilice — peuvent entrer en conflit avec l'action d'accueil et de soin¹⁴⁸. Comment rechercher alors la perfection spirituelle si les Hospitalières sont, par la définition même de leur rôle, privées des outils qui permettent la poursuite de cet idéal?

Vincent de Paul, fondateur des Filles de la Charité en 1633, tente de résoudre cette équation en accordant au travail hospitalier une dignité spirituelle. À l'origine, avec Louise de Marillac et Marguerite Naseau, de la naissance de la congrégation des Filles de la Charité, « Monsieur Vincent » tient le rôle de directeur¹⁴⁹. Les Filles de la Charité ne sont pas des religieuses, puisqu'elles rejettent la clôture et ne prononcent pas de vœux solennels. En revanche, leur mode de vie modeste, leur dévotion religieuse mise au service des pauvres, et leur regroupement sous ce nom de « Filles de la Charité » les distinguent des laïques. Naviguant sur cette fine frontière, Vincent de Paul prend très à cœur la formation spirituelle de ses protégées et donne de nombreuses conférences décrivant sa vision de la spiritualité propre aux Filles de la Charité et les manières de la mettre en pratique. Ces conférences portent ainsi sur l'imitation de la vie du Christ, et encouragent les Filles de la Charité à voir dans les pauvres l'image du Christ qu'elles servent :

La Compagnie des Filles de la Charité est établie pour aimer Dieu, le servir et honorer Notre-Seigneur, leur patron, et la Sainte Vierge. Et comment l'honorerez-vous? Votre règle l'ajoute, en continuant de vous faire connaître le dessein de Dieu en votre établissement : « Pour servir les pauvres malades

qui lui sert de coiffe et le protège contre le froid d'un mal d'yeux. L'Habit "vil et grossier" selon les mots de M. Vincent, est gage de modestie. Il est celui des premières sœurs, paysannes d'Île-de-France : robe composée de deux pièces, séparées à la taille mais confectionnées dans le même tissu de serge grise, collet et toquois (bonnet à fond rond) ». Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité*, Paris, Fayard, 2011, p. 194. La volonté de concevoir un habit « grossier » pour cette communauté d'Hospitalières séculières qui se distingue des religieuses contribue à rapprocher les soignantes et les soigné. e. s dans leur obéissance aux normes vestimentaires attachées au monde religieux. Voir sur cette question le chapitre 4, « 4.3.1. L'intériorisation de la clôture »

¹⁴⁸ Les nuances apportées aux mortifications des Hospitalières sont traitées dans le chapitre 4, « 4.3. Le corps des religieuses ».

¹⁴⁹ Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité...* p. 173.

corporellement, leur administrant tout ce qui leur est nécessaire; et spirituellement, procurant qu'ils vivent et meurent en bon état »¹⁵⁰.

À ces représentations tout à fait classiques s'ajoutent les conseils sur les pratiques spirituelles, particulièrement l'oraison. L'oraison est un exercice spirituel complexe, qui se nourrit de la lecture approfondie et l'écoute attentive de livres de piété. Elle est donc accessible à des religieuses contemplatives, généralement recrutées dans les catégories aisées, moins à des femmes issues de milieux modestes qui s'occupent des pauvres pendant leur journée. Vincent de Paul développe ainsi une méthode d'oraison qui prend la forme de réflexions sur les actions de la journée et de résolutions pour la journée suivante, et repose sur le recours aux images ou aux objets de piété, comme le chapelet. C'est donc une méthode adaptée au mode de vie des Filles de la Charité, mais c'est aussi une méthode qui fait appel aux sens¹⁵¹. La spiritualité, dans ce contexte, passe par le regard porté sur le corps du malade, mais aussi par le corps des Filles de la Charité elles-mêmes, mis en mouvement par le soin du corps. L'emploi du temps des membres de la congrégation concède une place importante au respect des offices et de la prière. Néanmoins, Vincent de Paul ne manque pas de rappeler que le soin des pauvres est prioritaire sur l'assistance aux offices¹⁵².

Cependant, le succès des Filles de la Charité, et la généreuse documentation qui s'ensuit amènent parfois l'historiographie à amplifier l'originalité de la congrégation. De la même manière, dans les autres communautés soignantes, le temps dévoué aux malades et celui dévoué à la prière font aussi l'objet d'ajustements. Ainsi, dans sa très complète enquête sur les religieuses Hospitalières, Marie-Claude Dinét-Lecomte note que les emplois du temps des différentes communautés répondent tous à un « savant dosage entre le temps de travail et le temps de prière »¹⁵³. L'historienne précise que le nombre d'heures destiné à la prière¹⁵⁴ est le

¹⁵⁰ Vincent de Paul, « Conférence du 19 juillet 1640, sur la vocation de Fille de la Charité », dans Pierre Coste (éd.), *Correspondance, entretiens, documents*, T. 9, Paris, Lecoffre, 1920, p. 20.

¹⁵¹ Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité...*, p. 176.

¹⁵² Vincent de Paul, « Conférence du 14 juin 1643, explication du règlement », dans Pierre Coste (éd.), *Correspondance, entretiens, documents* T. 9... p. 127.

¹⁵³ Marie-Claude Dinét-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles, La charité en action*, Honoré Champion, Paris, 2005, p. 276.

¹⁵⁴ Les dévotions des hospitalières, sur lesquelles on reviendra plus tard, prennent des formes variées : « oraison, prière, messes, lecture, méditation, examen, récitation du chapelet », voir Marie-Claude Dinét-Lecomte, *Ibid.*, p. 276.

même pour les congrégations séculières, c'est-à-dire celles qui sont organisées sur le modèle congréganiste prisé par Vincent de Paul, que pour les Hospitalières régulières, à savoir celles qui adoptent un modèle conventuel plus classique. Au final, le mode de vie des différents types d'Hospitalières, des laïques aux religieuses formelles en passant par les séculières¹⁵⁵, exige des ajustements qui permettent de concilier exigences spirituelles élevées et obligations hospitalières. Ce sont tout autant les besoins des corps malades que les limites des corps soignants qui dictent les termes de cet équilibre.

Enfin, il convient de se souvenir que les Hospitalières, tout en s'activant au soin du corps et au salut de l'âme des malades, travaillent à leur propre salut. Dans cette perspective, l'usage de leur propre corps dans les pratiques soignantes participe de leur recherche de perfection spirituelle et leur recherche du salut.

1.2.5. Le corps pris entre deux stratégies de contrôle

Situées au croisement de la volonté étatique d'organiser et de contrôler la population, et des ambitions charitables et apostoliques de l'Église de la Réforme catholique, les institutions hospitalières naviguent entre les différentes conceptions du corps portées par chacune de ces filiations. L'idée utilitariste de contrôle des pauvres se couple à celle qui vise leur éducation spirituelle. Il ne s'agit donc pas de séparer hermétiquement les conceptions étatique et religieuse du corps, mais de voir comment celles-ci coexistent dans un même espace, voire se rencontrent sur un même corps : comprendre comment un même geste peut changer de signification selon l'angle sous lequel il est observé.

Les actions sur les corps concernent à la fois les pauvres et les malades, on l'a vu lorsqu'il est question de revêtir ces derniers des vêtements de l'hôpital, et les corps des Hospitalières, soumise aux obligations corporelles de la vie religieuse. Or, la place prépondérante des religieuses Hospitalières dans les établissements hospitaliers d'Ancien Régime nous impose de prendre en compte l'existence des systèmes de genre dans ces établissements soignants.

¹⁵⁵ Pour plus de précisions sur ces distinctions, voir Chapitre 4 : « 4.3. Le corps des religieuses »

1.3. Les institutions hospitalières d’Ancien Régime : deux lieux de pouvoirs entre hommes et femmes

La présence des Hospitalières, actrices essentielles des établissements hospitaliers d’Ancien Régime, introduit la question du genre dans le fonctionnement de ces institutions. Recevant des pauvres et des malades des deux sexes dans la grande majorité des établissements de notre enquête¹⁵⁶, il leur revient de prendre soin de corps de femmes et de corps d’hommes. Le renversement des hiérarchies sexuelles dans cette relation de soin qui peut mettre en scène une femme soignante face à un homme malade requiert une analyse qui recourt à l’outillage théorique du genre. Or, parce que les Hospitalières agissent comme agentes de la Réforme catholique, la manière dont le catholicisme conçoit la différence des sexes et les modalités des relations entre hommes et femmes demande que l’on s’y attarde.

1.3.1. Monde religieux : différences et hiérarchies des sexes

Les débuts du christianisme ne signalent pas la naissance d’un mouvement misogyne. Le message du Christ, tel que rapporté par les évangélistes, montre même une certaine transgression des normes de l’époque. Le pardon à Marie-Madeleine la pécheresse prostituée représente une rupture avec la société dans laquelle le christianisme se développe. Les usages romains et les pratiques juives ne reconnaissent en effet pour les femmes que le rôle d’épouses « aimantes et soumises, vouées à la perpétuation de l’espèce »¹⁵⁷. Aristote, dont les théories

¹⁵⁶ Tous les Hôtels-Dieu et Hôpitaux Généraux de notre enquête reçoivent un public mixte, au moins pendant une partie de notre période d’étude. Lorsque les circonstances imposent à certains de ces établissements de ne recevoir qu’un seul sexe, il s’agit alors uniquement des hommes. Un seul type d’institution se concentre exclusivement sur l’accueil des femmes : les refuges. Pour plus de précision sur la population reçue dans les hôpitaux et les critères de leur admission, voir le chapitre 2. La manière dont les dynamiques de genre structurent le fonctionnement hospitalier est analysée dans le chapitre 6, « Genre et pratiques soignantes ».

¹⁵⁷ Elisja Schulte Van Kessel, « Vierges et mères entre Ciel et Terre. Les chrétiennes des premiers temps modernes », dans Natalie Zemon-Davis et Arlette Farge (dir.), *Histoire des femmes en Occident*, T.3, *XVI^e-XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, 1991, p 142-143.

sont considérées comme valides plusieurs siècles après les débuts du christianisme, conçoit la femme comme « un être inférieur et incomplet, tout juste bon à couvrir et à mettre au monde des enfants engendrés par l'homme »¹⁵⁸. Le champ des possibles féminins se limite donc à la figure d'épouse et à celle de mère, entre fonction sexuelle et reproduction. Le christianisme, qui développe à ses débuts une obsession de la virginité¹⁵⁹, propose aux femmes une autre possibilité : celle de la vie religieuse. En sortant des circuits du mariage, de la sexualité et de la reproduction, les religieuses se distinguent des autres femmes, qui sont justement définies par leur sexualité et leurs capacités procréatrices. Néanmoins la manière dont l'Église considère ces femmes déssexualisées témoigne d'une attention portée au genre, puisque l'institution persiste à organiser la différence des sexes. Sur ce sujet comme sur celui du corps, l'Église n'est pas totalement monolithique. Ainsi, Jérôme explique que « tant que la femme sert à engendrer et à élever des enfants, elle est différente de l'homme comme le corps l'est de l'âme. Mais quand elle veut servir le Christ plus que le monde, elle cesse d'être femme et sera appelée homme [*Vir*] »¹⁶⁰. Il existe donc, au sein des premiers théologiens chrétiens, une réflexion qui consent à accorder aux femmes une égalité avec les hommes dans le domaine particulier de la vie spirituelle. Débarrassées des impératifs du corps, typiquement de la maternité, les femmes pourraient alors viser et atteindre le même idéal que les hommes : « il s'agissait pour elles de la seule prestation sans contrainte sexuelle où elles pussent rivaliser ou même l'emporter sur les hommes »¹⁶¹. En reprenant du platonisme la distinction entre corps et esprit, le catholicisme maintient la distinction entre le monde matériel et le monde spirituel, et dégage en théorie un espace dans lequel les rapports entre hommes et femmes sont totalement repensés.

¹⁵⁸ Marcel Bernos, *Femmes et gens d'Église dans la France classique, XVII^e-XVIII^e siècles*, Paris, Cerf, 2003, p. 47.

¹⁵⁹ Gallien aurait ainsi remarqué autour de l'an 162, à propos de chrétiens : « Leur mépris de la mort est chaque jour évident, et pareillement leur abstention de l'acte sexuel. Car on trouve chez eux non seulement des hommes, mais encore des femmes, qui se retiennent de faire l'amour durant leur vie toute entière », dans Peter Brown, *Le renoncement à la chair. Virginité, célibat et continence dans le christianisme primitif*, Paris, Gallimard, 1995, p. 58.

¹⁶⁰ PL 26,567. Comm. In Epist. Ad Ephes., III.5, cité dans Mary Daly, *Le deuxième sexe contesté*, Tours, Mame, 1969, p. 49.

¹⁶¹ Elisja Schulte Van Kessel, « Vierges et mères entre Ciel et Terre »... p. 154.

Il ne suffit cependant pas d'une construction intellectuelle et théorique pour remettre en cause les héritages philosophiques précédents qui justifient la hiérarchie sexuelle. L'aristotélisme, qui fait de la femme un être incomplet et inférieur, le platonisme, qui associe la femme au corps tout en dévaluant la matière au profit de l'esprit, ou encore le stoïcisme et sa méfiance envers la sexualité, forment un creuset philosophique qui place les femmes dans une position d'infériorité. Celle-ci est entretenue par les habitudes culturelles et les textes juridiques¹⁶². Là où Guy Bechtel établit avec *Les Quatre femmes de Dieu* une compilation des manifestations misogynes de l'Église de ses origines au XX^e siècle¹⁶³, Marcel Bernos nous invite à la modération, faisant des hommes d'Église des hommes de leur temps, empreints d'une misogynie qui n'est autre que celle de leur époque. La méfiance envers la sexualité cultivée par les hommes d'Église contribue toutefois à entretenir une suspicion teintée de dégoût envers les femmes, qui n'est pas sans conséquence sur la manière dont les femmes sont traitées par l'Église.

La figure de la Vierge Marie, en tant que modèle féminin le plus valorisé dans le christianisme, est à ce titre particulièrement intéressante. Vierge miséricordieuse durant l'époque médiévale, protégeant l'humanité sous son immense manteau, elle occupe une place clef dans les représentations chrétiennes, accentuée par le développement du culte de l'Immaculée Conception¹⁶⁴. Si le concile de Trente tente de minimiser l'importance de ce dernier, la Vierge Marie demeure la principale figure féminine proposée aux chrétiens, et surtout aux chrétiennes. Il semble donc important d'évaluer le rapport qu'elle entretient avec la vocation religieuse féminine. Pour les femmes, cette tension entre le corps divin que l'on

¹⁶² Marcel Bernos, *Femmes et gens d'Église dans la France classique*, Paris, Cerf, 2003, p. 16.

¹⁶³ « Après leur mort, beaucoup ont reçu des honneurs mais (...) durant leur vie les meilleures comme les pires, l'Église n'a cessé de les surveiller, de les mettre en garde, de les contredire, de les importuner, souvent de les blesser, quitte à regretter plus tard son incompréhension. (...) [L'Église] a toujours eu à dire contre les femmes, descendantes d'Ève, qui osaient viser le ciel. Elle leur a, en particulier, reproché d'aimer trop Jésus, comme ces amoureuses qui se lovaient dans les bras divin. Ce n'était pas convenable (...) On ne peut au moins nier que, chez les femmes en voie de sainteté, même celles qui ne furent pas expressément des mystiques, toute conduite un peu trop intense, tout contact un peu trop direct avec le ciel, toute apparition chez elle des signes laissant croire que Dieu les aurait distinguées provoquaient des doutes, des jalousies, des ricanements, plus encore de la crainte dans l'Église. Elle a peut-être plus douté des miracles, des miraculés et des miraculeuses, que les athées ». Guy Bechtel, *Les quatre femmes de Dieu*, Paris, Plon, 2000, p. 210-213.

¹⁶⁴ Jean Delumeau, *Rassurer et protéger. Le sentiment de sécurité dans l'Occident d'autrefois*, Paris, Fayard, 1989, p. 261-280.

peut adorer, et le corps du pécheur qui suscite la méfiance, prend une forme particulièrement cruelle. En effet, alors que le modèle de la virginité est attaché à la recherche de la perfection spirituelle, la maternité résume le rôle qui est attendu des femmes. Le modèle de la Vierge Marie résout cette difficulté en combinant les deux états, et offre aux femmes un modèle d'appropriation de la vie religieuse. Or, comme en dehors de la « mythologie » chrétienne, les deux conditions s'avèrent incompatibles, l'idéal que l'Église Catholique propose aux femmes est inaccessible¹⁶⁵. Les femmes ne peuvent ainsi vivre chrétiennement qu'en choisissant une des deux voies, ou s'appliquer à emprunter successivement les deux états. Tel est le cas des veuves qui entrent en religion, et passent ainsi successivement de l'état de mère à celui d'épouse du Christ. Remplaçant l'idéal de virginité par la chasteté, elles conservent la marque de leur passé charnel, qui suscite d'ailleurs une certaine méfiance de la part des ecclésiastiques¹⁶⁶.

1.3.2. La différence mise en pratique

L'Église conçoit essentiellement l'accès à la spiritualité par l'adoption de la vie religieuse. Du moine vivant derrière sa clôture au curé encadrant ses ouailles, du chanoine dont la communauté organise les activités de la cathédrale à l'évêque responsable de la direction spirituelle et temporelle d'un diocèse, les modalités d'appartenance au monde religieux sont nombreuses pour les hommes. La vocation religieuse masculine peut ainsi se vivre au contact des laïcs, ou en retrait du monde. Elle peut se manifester par la possibilité d'administrer les sacrements, ou encore prendre la forme d'une position de pouvoir dans le monde temporel au nom de l'Église. En revanche, la vocation religieuse féminine ne peut se traduire au sein de l'Église que par l'adhésion au modèle conventuel de la religieuse. Ainsi, de même que les hiérarchies de classe sont reproduites dans l'accès aux différentes fonctions religieuses¹⁶⁷, la hiérarchie des sexes est reconstituée par le modèle unique de vie religieuse proposé aux femmes. L'interdiction d'administrer les sacrements place de plus les

¹⁶⁵ Elisja Schulte Van Kessel, « Vierges et mères entre Ciel et Terre... », p. 154.

¹⁶⁶ Marcel Bernos, *Femmes et gens d'Église dans la France classique...*, p. 181.

¹⁶⁷ Bernard Dompnier, « Continuité de la Réforme Catholique », dans Jean-Marie Mayeur, Charles et Luce Pietri, André Vauchez, Marc Venard (dir), *Histoire du Christianisme*, T.9, *L'âge de raison (1620-1750)*, Paris, Desclée, 1997, p. 276; Roland Mousnier, *Les institutions de la France sous la monarchie absolue*, T. 1, Paris, PUF, 1980, p. 249-260.

communautés féminines dans une position de dépendance vis-à-vis des hommes, ce qui, de ce fait, les place systématiquement sous la tutelle de communautés masculines¹⁶⁸. Enfin, corollaire de ce modèle conventuel obligatoire, la vie religieuse féminine ne peut s'envisager hors de la clôture telle que définie par le concile de Trente.

La clôture religieuse est une forme d'enfermement : l'isolement derrière des murs d'une communauté religieuse qui peut alors, détachée des réalités du siècle, se concentrer sur la poursuite de la perfection spirituelle. Elle est à ce titre constitutive de nombreux ordres masculins qui choisissent de se retirer du monde. La situation est sensiblement différente dans le cas des femmes, du fait de l'impossibilité de choisir un autre modèle d'expression de la vie religieuse. En 1298, la décrétale *Periculoso* affirme en effet que la vie religieuse au féminin se conçoit exclusivement à l'intérieur des murs d'un couvent, du fait même de la condition de femme. Considérées comme inférieures, mais surtout comme incarnant les dangers de la tentation, les femmes doivent être cloîtrées de manière à ne pas menacer la vertu masculine¹⁶⁹. Ce texte distingue nettement la clôture masculine de la clôture féminine : alors que la première protège les moines du monde, la seconde protège le monde des moniales, et la vertu de ces dernières. La Réforme protestante, en abolissant les monastères, ouvre la porte à une critique de l'enfermement monastique, notamment féminin. Pourtant, le concile de Trente – qui reprend à son compte les critiques formulées à l'encontre de la formation du clergé en encourageant la création de séminaires¹⁷⁰ – réaffirme la définition de la décrétale *Periculoso* et l'importance de la clôture pour les communautés féminines. Les papes Pie V et Grégoire XIII, prenant appui sur ce décret, placent la clôture au cœur de la vie religieuse féminine¹⁷¹.

Or, la Réforme catholique n'est pas un mouvement uniquement masculin. Les lendemains des guerres de Religion voient en effet fleurir des initiatives féminines ayant pour

¹⁶⁸ Marcel Bernos, *Femmes et gens d'Église dans la France classique...* p. 211.

¹⁶⁹ « It was inappropriate for nuns to gad about in worldly society or to associate in any way with men, even religious men, within their monasteries, not only because of the dangers to themselves but also because of the threat that women in general posed to the fragile sexual virtue of men » : James A. Brundage, Elizabeth M. Makowski, « Enclosure of the Nuns : The Decretal *Periculoso* and its Commentators », *Journal of Medieval History*, 2 (1994), p. 147.

¹⁷⁰ Bernard Dompnier, « Continuité de la Réforme Catholique »..., p. 265-268.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 283.

but de participer à l'évangélisation de la population et à la conversion au catholicisme. Ces entreprises se concrétisent en associations féminines, hospitalières ou enseignantes, qui dirigent leur action vers le secours spirituel et physique des pauvres et l'éducation des enfants dont on comprend qu'ils relèvent de la même logique : faire pénétrer le message catholique dans l'ensemble de la population.

Intimement liées à l'idée d'action sur le monde, ces initiatives religieuses féminines ne peuvent se concevoir à l'intérieur d'une clôture qui les sépare du monde. Ainsi, la plupart de ces initiatives prennent la forme de confréries ou de tiers-ordres, c'est-à-dire des organisations qui ne se revendiquent pas comme des communautés de religieuses et qui n'imposent pas systématiquement le port d'un habit particulier ou la vie en communauté. Or, le modèle religieux possède malgré tout une puissance d'attraction importante¹⁷² et il est aisé de déceler chez plusieurs de ces groupes une volonté de reconnaissance de la part de l'Église. L'exemple le plus marquant est celui des *English Ladies* de Mary Ward, fondées en 1611, qui ont l'ambitieux objectif de ramener l'Angleterre dans le giron du catholicisme par l'établissement d'écoles. Elles prennent pour modèle la congrégation masculine emblématique de la Réforme catholique, les Jésuites. Revendiquant le nom de « Jésuitesses », Mary Ward souhaite former une congrégation séculière qui dispose de la même liberté d'action que les membres de la Compagnie de Jésus, allant jusqu'à adapter les règles de cette Compagnie masculine à son association féminine. Perçue par la grande majorité du clergé comme une monstruosité, cette demande audacieuse débouche sur une fin de non-recevoir de la part de la hiérarchie ecclésiastique qui se manifeste par la publication de la bulle *Pastoralis Romani Pontificis* de Urbain VIII qui dissout la compagnie d'enseignantes en 1631¹⁷³. D'autres initiatives éclosent pourtant. Sans être aussi radicales, elles s'opposent au modèle de la moniale que promeut

¹⁷² Marie-Claude Dinet-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France...* p. 30

¹⁷³ Les *English Ladies* souffrent à la fois de leur attachement au modèle de la Compagnie de Jésus et de leur statut de femmes. C'est néanmoins cette seconde caractéristique qui leur vaut d'être l'objet de commentaires liés à leur sexualité – accusation de prostitution et de débauche – et qui amène à une telle réaction de la part de l'institution ecclésiastique. Le processus de destruction de la compagnie passe par l'emprisonnement de Mary Ward par l'Inquisition à Munich en 1631. L'Institut survit en Bavière sous une forme éloignée de la vision de sa fondatrice, puisque les enseignantes adoptent une vie cloîtrée. Le 7 juin 2003, l'Église permet pour la première fois à la congrégation d'exister sous la forme conçue par sa fondatrice. Voir Laurence Lux-Sterritt, « Mary Ward et sa Compagnie de Jésus au féminin dans l'Angleterre de la Contre-Réforme », *Revue de l'histoire des religions*, 3 (2008), p. 393-414.

l'Église post-tridentine. Ordre fondé à Brecia en Lombardie sous l'impulsion d'Angela Merici en 1535, les Ursulines étendent leur communauté en France à partir de la fondation de Toulouse en 1604. Congrégées et dénuées de statut officiel, elles sont animées de la même vocation enseignante et missionnaire que les *English Ladies* et adoptent un mode de vie similaire. Elles ouvrent des écoles où internes et externes apprennent à lire et à écrire, en même temps que les rudiments de la doctrine catholique. Elles acceptent toutefois la clôture au cours du XVII^e siècle, sous la pression des autorités ecclésiastiques qui voient d'un mauvais œil ces femmes célibataires et laïques se déplacer si librement. Si la communauté accepte la clôture, elle ne s'étend pas moins géographiquement. Les fondations des Ursulines sont nombreuses à travers le territoire français, y compris colonial, puisque ce sont des Ursulines qui arrivent en 1639 à Québec au côté des premières Hospitalières Augustines¹⁷⁴.

Nombre de ces femmes dévotes se tournent également vers l'action hospitalière. Plutôt qu'à la fondation d'ordres nouveaux, on assiste dans ce domaine à la formation de groupes de femmes qui agissent directement en tant qu'Hospitalières soit directement dans les Hôtels-Dieu ou autres hôpitaux, soit en aidant les pauvres dans les campagnes. Les Filles de la Charité de Vincent de Paul participent à une importante remise en cause de la clôture. Elles sont en effet initialement pensées comme une congrégation qui rend visite aux pauvres : leur capacité de déplacement est donc essentielle. Observant le destin des expériences religieuses féminines qui tentent de se défaire de la clôture, M. Vincent s'avère sur le sujet un fin stratège. À travers les conférences qu'il dispense à « ses » filles, il construit la figure d'une femme qui règle sa vie sur le modèle religieux, sans pour autant en réclamer le nom. Cette discrétion, le succès de la congrégation, et les relations de Vincent de Paul à la cour lui permettent d'obtenir en 1657 l'approbation royale, et en 1688 la reconnaissance officielle de son institut par Rome sous la forme d'une congrégation séculière.

La Réforme catholique s'accompagne donc de l'activisme des femmes dévotes qui tentent tout au long du XVII^e siècle d'obtenir la possibilité de participer à l'apostolat sans devoir s'enfermer dans un couvent, mais qui désirent ardemment mettre leur vocation

¹⁷⁴ Laurence Lux-Sterritt, « Les religieuses en mouvement. Ursulines françaises et Dames anglaises à l'aube du XVII^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52, 4 (2005), p. 7 à 23; Dominique Deslandres, *Croire et faire croire...* p. 381-386; Bernard Dompnier, « Continuité de la Réforme Catholique »,... p. 283-290.

missionnaire au service de l'Église à travers l'action sur le monde¹⁷⁵. Comme on a pu le voir, ces revendications ne sont pas aisément acceptées par l'Église. C'est dans ce contexte que les Hospitalières opèrent : ces rapports de pouvoir se transportent à l'intérieur des institutions hospitalières, puisqu'ils influencent les relations entre les Hospitalières et les membres de l'administration.

Conclusion

Ainsi, sont les différents niveaux de l'organisation hospitalière sont traversés par les systèmes de genre, exigeant donc de nous munir de cet outil pour aborder la manière dont fonctionnent les institutions hospitalières d'Ancien Régime. Le genre nous permet aussi de saisir selon quelles modalités hommes et femmes, laïcs et religieux, soignants et malades, se côtoient à l'intérieur des hôpitaux – particulièrement au travers d'une approche corporelle des relations entre ces différents acteurs. Tour à tour objet de soins médicaux, de considérations morales ou d'intentions religieuses, le corps des laïcs comme des religieux reçoit la projection de complexes représentations qui se rencontrent et s'expriment dans le cadre hospitalier.

Les établissements hospitaliers d'Ancien Régime sont des institutions complexes. Par leurs origines étatiques, locales et religieuses, ils sont traversés par des types de pouvoirs différents qui marquent de leur empreinte les personnes et les lieux qui les composent. Au cours de la période moderne, le rôle de l'État tend à s'affirmer, même si l'Église demeure l'influence principale dans ces établissements aux importantes caractéristiques locales. Lieux de contrôle de la population pour l'État, d'encadrement des pauvres pour les élites locales et d'accueil pour l'Église, les hôpitaux sont pensés pour agir sur les corps et les esprits des personnes qui y sont reçues. Afin d'analyser la manière dont ces diverses formes de pouvoirs s'expriment à la fois sur et à travers les corps des personnes qui fréquentent les institutions

¹⁷⁵ Tout en adhérant aux thèses défendues par exemple par Marcel Bernos (*Femmes et gens d'Église...*, p. 226) ou Jean Leclerc (Jean Leclercq, « Le cloître est-il une prison? », cité dans Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre, Élisabeth Lusset (dir), *Enfermements. Le cloître et la prison (VI^e-XVIII^e siècle)*, Paris, Publications que la Sorbonne, 2011, p. 22.) selon lesquelles la clôture peut prendre la forme d'une liberté et le monastère devenir le lieu idéal de la poursuite de la vie spirituelle, nous tenons à mettre en évidence la contradiction qui existe entre une vie religieuse cloîtrée et la poursuite d'œuvres charitables, et à préciser que seules les femmes sont tenues de franchir cet obstacle de la clôture obligatoire, alors que d'autres modèles de vie religieuse sont accessibles aux hommes.

hospitalières d'Ancien Régime, quelle qu'y soit leur fonction, il s'agit maintenant de définir les personnes présentes entre les murs des hôpitaux d'Ancien Régime.

Chapitre 2. Politiques hospitalières

Il pleût à la Cour, suivant la déclaration de 1662, confirmer et ratifier L'établissement dudit Hôpital de Clermont, & conformément à l'intention de sa Majesté, ordonner qu'à l'instar de celui de Paris, il jouira des droits et privilèges contenus en ladite maison, de l'année mil six cent cinquante-six, & Règlements faits et ensuite par sa Majesté & ce faisant ordonner [...] Que les directeurs dudit Hôpital seront au nombre de neuf, lesquels seront nommés à la pluralité des voix par l'assemblée générale de ladite Ville [...] pour trois ans seulement [...]¹⁷⁶

Du 15 septembre 1665 au 31 janvier 1666 se tiennent à Clermont-Ferrand les Grands Jours d'Auvergne. Manifestation concrète de la volonté du pouvoir royal de reprendre en main une province indisciplinée¹⁷⁷, cette cour de justice entérine l'existence de l'Hôpital Général fondé quelques années plus tôt, et ce faisant en détermine le mode de direction. L'extrait des registres des Grands Jours cité ci-dessus témoigne donc du désir d'implication du pouvoir royal dans le fonctionnement des institutions hospitalières, notamment à travers les modalités de désignation des dirigeants.

Les institutions hospitalières d'Ancien Régime sont les lieux d'expression des pouvoirs royaux et locaux, laïcs et religieux, qui s'y rencontrent, s'affrontent parfois et collaborent souvent. Il est clair que leurs objectifs respectifs influencent le fonctionnement des établissements de soin et partant, le contrôle des corps des soigné-e-s comme ceux des soignant-e-s. Ainsi comme l'illustre cet extrait des registres de la Cour des Grands Jours d'Auvergne, le roi confère aux élites locales la responsabilité de gestion de l'établissement, tout en affirmant la volonté de contrôle de la monarchie par le biais de son pouvoir législatif. Mais jusqu'à quel point la volonté royale est-elle réalisée, voire même respectée sur le terrain? Pour répondre à une telle question, il faut pouvoir mesurer les impacts des objectifs des différents pouvoirs à l'œuvre dans les lieux d'assistance, qui, rappelons-le, demeurent pour la plupart très attachés à la tradition médiévale charitable.

¹⁷⁶ BUP/A10620/2 : *Extrait des registres de Grands Jours*, 30 janvier 1666.

¹⁷⁷ Arlette Lebigre, *Les Grands Jours d'Auvergne. Désordres et répression au XVII^e siècle*, Paris, Hachette, 1976, p. 12.

Aussi nous étudierons le poids que chacun de ces pouvoirs possède dans le champ de l'assistance, et cela dans l'ordre du plus distant au plus rapproché du quotidien des établissements de soin : ainsi nous pourrons donner la mesure de l'efficacité des politiques royales, de celle des édiles locaux qui s'occupent d'administrer et de financer les institutions soignantes, et pour finir, de celle des communautés soignantes qui prennent en charge les corps, les âmes et les esprits des soignés. Cette analyse sera également l'occasion de mettre en lumière les différences entre les situations métropolitaines et coloniales.

2.1. Un pouvoir royal en trompe-l'œil

Les décisions prises par le pouvoir royal tout au long des XVI^e et XVII^e siècles signalent son intérêt pour les questions d'assistance. La fondation de l'Hôpital Général de Paris résume l'ampleur des ambitions progressivement exprimées lors des décennies précédentes. Elle prévoit en effet la mise en place d'une structure d'accueil et d'enfermement de grande envergure, une politique ferme à l'égard des marginaux à travers des textes de loi bannissant la mendicité et enfin, avec l'Édit de 1662, elle témoigne de la volonté de reproduire le modèle royal dans l'ensemble du royaume. De nombreux travaux ont déjà prouvé maintes fois les limites et les échecs de ce programme : échec de l'enfermement¹⁷⁸, transformation rapide des établissements d'enfermement en lieux d'assistance¹⁷⁹, délégation du pouvoir effectif aux élites locales¹⁸⁰, renforcement du rôle de l'Église.

Les structures de l'État moderne en construction sont les voies d'actions privilégiées par le pouvoir royal, comme le souligne l'extrait qui ouvre ce chapitre et qui montre bien que, lors des Grands Jours d'Auvergne, le roi veut se présenter autrement que comme le « roi de

¹⁷⁸ Jean-Pierre Gutton, *La société des pauvres en Europe, l'exemple de la généralité de Lyon, 1534-1789*, Bibliothèque de la faculté des lettres et sciences humaines de Lyon, Paris, Les Belles Lettres, 1970, p. 351-360.

¹⁷⁹ Marie-Claude Dinét-Lecomte, « L'Assistance et les pauvres à Blois aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Histoire, économie et société*, 1 (1989), p. 3-7.

¹⁸⁰ Marie-Claude Dinét-Lecomte, « Les hôpitaux d'Ancien Régime, des entreprises difficiles à gérer? », *Histoire, économie et société*, 3 (1999) p. 527-545.

guerre », ce qui illustre en effet un changement dans son rapport à ses sujets et montre qu'il opte avec Colbert pour la mise en ordre sociale telle qu'exprimée dans la déclaration du 31 août 1665 :

« Le premier et principal objet auquel nous nous sommes proposés est celui auquel, après l'affermissement de nos conquêtes, après la sureté du repos public, après la réparation de nos finances et le rétablissement du commerce, nous avons destiné tous nos soins, a été de faire régner la justice et de régner par elle en notre Etat... »¹⁸¹

Cette cour de justice approuve officiellement les hôpitaux d'Auvergne. Durant la même période, se tiennent dans la ville du Puy-en-Velay les Grands Jours du Velay dont l'action envers les hôpitaux est semblable, quoique plus sévère envers les dirigeants locaux, puisque les décisions prises par la cour font trancher la tête d'une quinzaine de gentilshommes tant la corruption des élites locales est endémique¹⁸². Par ce canal de la justice royale, dépêchée dans les territoires du royaume, et dont les dirigeants sont réputés indociles, la construction de l'absolutisme s'affirme. Cet événement auvergnat illustre ainsi à merveille la mainmise du pouvoir monarchique sur les institutions hospitalières, mais ses moyens d'action ne se limitent pas à cela.

2.1.1. L'établissement d'un ministère

L'intérêt du gouvernement pour la question de l'assistance se traduit par ce que Jean-Pierre Gutton définit comme « les origines d'un ministère de l'assistance et de la santé »¹⁸³. À

¹⁸¹ Roland Mousnier, *Les institutions de la France sous la monarchie absolue*, T.2, Paris, PUF, 1980, p. 475.

¹⁸² La juridiction des Grands Jours d'Auvergne s'exerce sur le centre de la France : Haute et Basse Auvergne, Bourbonnais, Nivernais, Forez, Beaujolais, baillages du Lyonnais, de Saint-Pierre-le-Moûtier, de Montferrand, pays des Combrailles, baillages des Montagnes d'Auvergne, Haute et Basse Marche, Berry, et le Mâconnais. Le Velay devait initialement dépendre de cette cour, mais là où les régions énumérées ci-dessus relèvent du Parlement de Paris, le Velay dépend du Parlement de Toulouse. Une commission du Parlement de Toulouse est dépêchée au Puy-en-Velay du 2 octobre au 28 novembre 1666. Roland Mousnier, *Les institutions de la France sous la monarchie absolue...*, p. 475 et 483.

¹⁸³ Jean-Pierre Gutton, « Aux origines d'un ministère de l'assistance et de la santé dans la France d'Ancien Régime. », dans Jean-Louis Harouel (dir) *Histoire du droit social. Mélanges en hommages à Jean Imbert*, Paris, PUF, 1989, p. 289.

partir de 1543, le Grand Aumônier, « évêque de la cour », incarne la figure royale de l'Assistance. Il est chargé de la distribution des aumônes faites par le roi, de la libération des prisonniers au nom du roi lors des grandes cérémonies – avènement, sacre – et il est également l'Intendant de l'hôpital royal des Quinze-Vingts à Paris. Il est surtout responsable des « aumôneries, maladreries et autres lieux pitoyables du Royaume », et nomme à ce titre les responsables de ces établissements. Le rôle du Grand Aumônier, au XVI^e siècle et au début du XVII^e siècle, est important dans le processus de réformation des hôpitaux. Les enquêtes diligentées, la visite des établissements et la mise en application de certaines des réformes – l'obligation pour les administrateurs de posséder un domaine dans la région de l'hôpital, par exemple – sont de son ressort et participent à la modernisation du réseau hospitalier d'Ancien Régime. Sous les règnes de Henri IV puis de Louis XIII, entre 1606 et 1611, il procède à la « réformation, recherche des usurpations et aliénation »¹⁸⁴, participant au premier chef à l'entreprise d'assainissement des comptes de nombreux établissements.

À partir des années 1620 pourtant, son rôle s'estompe au profit de celui des évêques, nouvellement renforcé par la Réforme catholique. Ce sont eux qui, désormais, visitent les hôpitaux et président à la reddition des comptes de la part des administrateurs.

À cette concurrence des évêques s'ajoute l'intérêt de la monarchie pour la question des pauvres. La nomination d'hommes chargés de cette politique symbolise la modification de l'approche royale vis-à-vis de la politique d'assistance. À la fin du XVI^e siècle, Barthélémy de Laffemas¹⁸⁵ préconise une politique de lutte contre la pauvreté ouvertement marquée par le mercantilisme, qui recommande en 1601 l'enfermement des pauvres dans des maisons de travail. En 1612, Théophraste Renaudot, médecin du roi, obtient le rôle de responsable du « règlement des pauvres ». Il soutient notamment que mettre les pauvres au travail est la politique d'assistance la plus efficace. Enfin sous Louis XIV, Gabriel Calloët-Querbrat, « avocat général des pauvres », poursuit la promotion d'une politique mercantiliste promue par Colbert¹⁸⁶. C'est sous son impulsion et sous sa direction que les Hôpitaux Généraux voient le jour à travers le pays : il anime ainsi une équipe de Jésuites chargés de provoquer des

¹⁸⁴ Françoise Dissard, *La réforme des hôpitaux et maladrerie au XVII^e siècle*, Paris, Les Éditions Internationales, 1938.

¹⁸⁵ Jean-Pierre Gutton, *La société et les pauvres...*, p. 306-309.

¹⁸⁶ Gabriel Calloët-Querbrat, *Moyens pour augmenter les revenus du Royaume de plusieurs millions*, Paris, 1666.

fondations locales financées par le produit de quêtes¹⁸⁷. Il publie aussi, en 1675, les *Mémoires de feu M. de Morangis* qui proposent l'établissement d'Hôpitaux Généraux dans tout le royaume, et rédige lui-même différents textes et correspondances sur le sujet¹⁸⁸. L'action de Calloët-Querbarat s'exprime donc à la fois à travers la mise sur pied d'un réseau neuf de structures d'assistance et la publication/diffusion de textes sur le sujet qui permettent aujourd'hui encore à l'historiographie de mettre plutôt en valeur l'implantation de la politique d'enfermement des pauvres, au risque d'éclipser le rôle des structures d'assistance préexistantes.

Jean-Pierre Gutton signale l'existence, sous le règne de Louis XIV, d'une organisation ministérielle qui intègre les questions d'assistance et de pauvreté. Toutefois, l'imprécision des limites aux attributions de chacun des ministères contribue à réduire leur pouvoir d'action. Chacun des éléments – surveillance des Hôpitaux Généraux, répression de la mendicité, vigilance face aux épidémies, etc. – relève en effet d'autorités différentes, tant au niveau des ministères que des structures de gouvernement local.

Le gouvernement central affirme son intérêt pour la question de la pauvreté et de l'assistance tout au long de notre période d'étude. Cela se manifeste par la nomination de ministres qui soutiennent le projet mercantiliste de l'enfermement des pauvres, et encourage de manière diverse la fondation des Hôpitaux Généraux. La prolifique production écrite des agents de la monarchie entraîne toutefois un biais dans les sources, qui tend à donner l'illusion d'un pouvoir royal plus efficace et présent qu'il ne l'est réellement pour les établissements hospitaliers.

¹⁸⁷ Jean-Pierre Gutton, « Aux origines d'un ministère de l'assistance et de la santé dans la France d'ancien régime. », dans Jean-Louis Harouel (dir.) *Histoire du droit social, Mélanges en hommages à Jean Imbert*, Paris, PUF, 1989, p. 290.

¹⁸⁸ Voir par exemple « Lettre de Calloët à Démia sur les hôpitaux (1680) », dans Yves Poutet, *Charles Démia (1637-1689). Charles Démia en son temps. Documents fondamentaux. Journal de 1685-1689*, Cahiers lasalliens, Rome, Maison Saint-Jean-Baptiste de La Salle, 56 (1994) p. 114-116 [en ligne] <http://biblio.lasalle.org/handle/001/366> (consulté le 25 mars 2015).

2.1.2. Une intense activité législative

Les créations de l'Hôpital Général de Paris en 1656 et des Hôpitaux Généraux de province à partir de 1662, relèvent avant tout du législatif. Plutôt que la concrétisation d'une politique d'enfermement, par le financement et la construction, par exemple, de lieux de réclusion des pauvres, les deux édits royaux impliquent la mise en place d'un cadre légal dans lequel une partie des institutions hospitalières doit s'inscrire. Ce cadre législatif n'est pas à négliger. Il permet aux élites locales, qui sont à l'origine de la plupart des fondations, d'obtenir la reconnaissance du pouvoir royal, se traduisant par « l'octroi de droits et de privilèges » et permettant à l'établissement de trouver une partie de son financement. À Clermont-Ferrand, en 1658, des membres de l'élite locale produisent un *Dessein de l'Hôpital Général* qui trace les contours du futur établissement. La reconnaissance de la fondation par la Cour des Grands Jours en 1666 est suivie en 1676 de l'octroi de privilèges semblables à ceux dont jouit l'Hôpital Général de Paris¹⁸⁹. L'Hôpital Général du Puy-en-Velay, inauguré en 1687, reçoit en 1694 les lettres patentes qui confirment sa fondation, signe que l'attention de la monarchie pour les structures de l'assistance provinciale ne faiblit pas à la fin du XVII^e siècle¹⁹⁰. Ainsi, des petits établissements comme l'hôpital de Murat¹⁹¹ ou la Charité de Marcenat¹⁹² continuent de demander, jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, la protection que leur apporte la reconnaissance royale.

En Nouvelle-France, les premières fondations doivent tout à l'enthousiasme missionnaire, comme on a pu le signaler pour l'Hôtel-Dieu de Québec, né en 1639 de la demande du Jésuite Paul Le Jeune en 1635 et de la réponse chaleureuse des Augustines, soutenues par la Duchesse d'Aiguillon¹⁹³. À Montréal, l'Hôtel-Dieu est inclus dès le début

¹⁸⁹ Jean-Luc Fray, « Un long passé médiéval », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 45.

¹⁹⁰ Henry Mosnier, « Inauguration de l'Hôpital Général du Puy, 26 mai 1687 », *Société agricole et scientifique de la Haute-Loire*, 3 (1885), p. 191-196; BUP/A11359 : *Lettres Patentes du Roi accordées à l'Hôpital-Général de la ville du Puy, 1694*.

¹⁹¹ AD15/HDEPOT/2.01 : Murat, *Confirmation royale des fondations*, 3 février 1740.

¹⁹² AD63/1C/1024 : *Lettre pour protester contre le projet de réunion de la charité de Marcenat avec l'hôpital de Besse*, 18 juin 1752.

¹⁹³ Paul Le Jeune fait appel dans un premier temps à des enseignantes pour les petites Amérindiennes auxquels les Jésuites ne peuvent pas faire la classe. Le fait que les Ursulines, enseignantes, soient accompagnées en 1639

dans le projet mystique de Jérôme de la Dauversière et mis en œuvre par Jeanne Mance en 1642. Essentiels au développement de la colonie, ces deux établissements reçoivent l'approbation du pouvoir royal sous forme de lettres patentes avant même leur construction. Le processus de fondation de l'Hôpital Général de Québec illustre lui aussi que l'État prend à cœur son rôle dans le monde de l'assistance. Le roi s'oppose à la fondation en 1638 au motif que l'institution inciterait à l'oisiveté dans le cadre colonial où tous les bras doivent être mis au travail pour défricher les terres, malgré les recommandations de l'intendant Jean Talon qui soutient le projet. L'opinion royale change cependant en 1692, sur la recommandation de l'évêque Saint-Vallier : il s'agira alors de mettre en place un établissement destiné à donner le goût de l'effort – et du défrichage des terres canadiennes – aux oisifs de la colonie de Nouvelle-France. Les lettres patentes entérinant la fondation de l'Hôpital Général sont datées du 30 mars 1692¹⁹⁴.

La situation coloniale du Canada, où tout est à construire, revêt des formes différentes de la situation provinciale auvergnate, qui dispose déjà d'un important réseau hospitalier. Toutefois, tout au long de la période étudiée, on remarque aussi de la part des villes et des élites locales auvergnates un recours au cadre juridique fixé par la monarchie, qui s'impose à tous. À travers cette activité règlementaire, qui se prolonge tout au long de la période puisque les lettres patentes sont renouvelées et amendées, la monarchie garde un lien avec le fonctionnement des Hôpitaux et Hôtels-Dieu, notamment en déterminant les modalités de choix de leurs dirigeants. Le gouvernement central ne produit pas uniquement des édits et lettres patentes : en effet, la reconnaissance d'un établissement s'accompagne du règlement auquel l'institution doit désormais se soumettre. Ainsi, à Clermont-Ferrand, la Cour des Grands Jours adjoint aux lettres patentes un règlement destiné à l'Hôpital Général de Clermont, copie à peine modifiée de celui de l'Hôpital Général de Paris¹⁹⁵. De la même manière, en accordant ses lettres patentes à Québec à la condition que les mendiants soient formés aux travaux des champs, le pouvoir royal tente visiblement, avec les moyens dont il

des Augustines, hospitalières, témoigne de l'importance du zèle missionnaire en Nouvelle-France et de l'implication des femmes dans ce domaine. Voir Dominique Deslandres, *Croire et faire croire...* p. 355-358.

¹⁹⁴ Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec, 1692-1764*, Montréal, Fides, 1971, p. 10-16.

¹⁹⁵ Arlette Lebigre, *Les Grands Jours d'Auvergne. Désordres et répression au XVII^e siècle*, Paris, Hachette, 1976, p. 170-172.

dispose, de façonner autant qu'il le peut la direction que prend l'établissement. Cependant, pour pouvoir s'exercer, cette volonté de nécessite des relais humains, si ce n'est directement dans les établissements, au moins dans les régions concernées.

2.1.3. Des relais humains trop peu nombreux

2.1.3.1. Gouvernement par les intendants

L'implication de la France dans la guerre de Trente Ans pèse lourd sur les finances du royaume au cours de la décennie 1630, et impose au principal ministre de Louis XIII, Richelieu, la mise sur pied d'un système de prélèvement des richesses à travers le territoire. La présence des intendants dans les provinces est pour cela généralisée. Ce premier objectif, la récolte d'impôts pour le service du pouvoir royal, entraîne au cours de la décennie 1630 de profondes modifications du rôle de ces officiers¹⁹⁶. En 1643, les intendants des provinces détiennent au nom du roi des pouvoirs étendus de justice, de police et de finances. Ils sont désormais responsables de faire observer les ordonnances de justice, d'assister au conseil tenu par le gouverneur et de l'épauler, de mener des enquêtes sur les éventuelles rébellions et de présider à la répartition des impôts. Ils sont également juges et administrateurs, dotés de pouvoirs qui complètent ceux du gouverneur. Après la Fronde, la distinction entre les Intendants de Justice et les Gouverneurs des provinces se fait plus nette. Alors que ces derniers sont généralement issus de la noblesse d'épée et conservent une autonomie certaine face au pouvoir royal, les intendants sont généralement choisis parmi la noblesse de robe. Récemment anoblis et coupés des liens du clientélisme puisque nouveaux venus dans les provinces, on les estime plus fidèles au pouvoir royal que les gouverneurs. Ces hommes sont donc les yeux et les oreilles du pouvoir royal dans les territoires éloignés de la capitale.

Les pouvoirs étendus dont ils disposent en matière de justice leur ouvrent les portes des Hôpitaux Généraux, considérés par la monarchie comme un maillon du système judiciaire des peines. Leur position incontournable dans le fonctionnement de la province justifie leur intervention dans la gestion des hôpitaux.

¹⁹⁶ Roland Mousnier, *Les institutions de la France sous la monarchie absolue*, T.2, Paris, PUF, 1980, p. 484-544.

Ainsi, l'intendant de Clermont-Ferrand signe les ordres d'enfermement de plusieurs femmes au Refuge de la ville¹⁹⁷. En Nouvelle-France, nous l'avons vu, l'intendant Jean Talon intervient pour la fondation de l'Hôpital Général de Québec et, après quelques résistances du pouvoir royal, l'établissement est accepté et confirmé en 1693¹⁹⁸. À Montréal, on note combien l'intendant porte attention aux questions hospitalières lorsqu'au milieu du XVIII^e siècle, les Sœurs Grises de Marguerite d'Youville, soutenues par les Sulpiciens, affichent leur intention de reprendre l'Hôpital Général de la ville. L'intendant Bigot entre alors en conflit avec la fondatrice car il souhaite faire transférer les pauvres de Montréal à l'Hôpital Général de Québec¹⁹⁹. Après avoir échoué à empêcher la reprise de l'établissement en faillite par les Sœurs Grises, il déploie l'éventail des pouvoirs de sa fonction. Il s'impose ainsi dans la gestion des biens temporels en exigeant le remboursement par Marguerite d'Youville des dettes contractées par la précédente communauté²⁰⁰ et intervient aussi dans le fonctionnement interne de l'institution en lui reprochant la manière dont sont traitées les « filles perdues »²⁰¹.

L'influence des intendants se manifeste moins nettement sur les Hôtels-Dieu, leurs pouvoirs de justice et de police n'ayant que peu de rapport avec le soin et l'accueil des malades qui y sont pris en charge. Néanmoins, leur rôle ne se limite pas aux exemples ponctuels que nous venons de signaler. En effet, les lettres patentes font de l'intendant, de concert avec l'Évêque, le chef des Hôpitaux et Hôtels-Dieu²⁰². L'un comme l'autre peuvent

¹⁹⁷ Claire Garnier, « Les Refuges, expression du patriarcat d'Ancien Régime? Analyse des demandes d'enfermement au Refuge de Clermont-Ferrand, XVIII^e siècle », *Cahiers d'histoire*, 30, 2 (2011), p. 103-113.

¹⁹⁸ Micheline d'Allaire, *L'Hôpital général de Québec...* p. 1-15

¹⁹⁹ Voir Albertine Ferland-Angers, *Mère d'Youville. Vénérable Marie-Marguerite du Frost de la Lajemmerais Veuve d'Youville 1701-1771, Fondatrice des Sœurs de la Charité de l'Hôpital général de Montréal, dites Sœurs Grises*, Montréal, Beauchemin, 1945, p. 45.

²⁰⁰ « Lettre de l'intendant Bigot à Marguerite d'Youville », 5 février 1751, citée dans Albertine Ferland-Angers, Albertine, *Ibid.*, p. 111-115.

²⁰¹ ASGM : *Ancien Journal* vol. 1, p. 49.

²⁰² Jean Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'Ancien Régime : actes des tables rondes des 12 décembre 1997 et 20 mars 1998*, Université Lumière Lyon 2, Lyon, PUL, 1999, p. 7-18. Pour les établissements auvergnats, voir BUP/A 70 107/2 : *Lettres patentes de l'Hôpital Général de Riom*, 1658; BUP/A 113 59 : *Lettres Patentes du Roi accordées à l'Hôpital-Général de la ville du Puy*, 1694; BUP/A 10 620/2 : *Lettres Patentes accordées pour l'Hôpital Général de Clermont dans « Extrait des registres de Grands Jours, 1666 », « Lettres Patentes portant établissement d'une Maison de Filles pénitentes, en la Ville de Clermont en Auvergne, appelée le Refuge ou du Bon Pasteur », 1667*, reproduites dans Pierre Aleil, « Le refuge de Clermont, 1666-1792 », *Bulletin historique et scientifique de l'Auvergne* (1973), p. 13-69, ainsi que Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand...*, p. 44, 74. Pour les établissements de Nouvelle-France, voir Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec...*, p. 1-50, Albertine Ferland-Angers, *Mère d'Youville*,

donc prétendre à un siège aux côtés des administrateurs des établissements hospitaliers, sans être soumis au processus d'élection qui caractérise ces places. Le rôle de direction des hôpitaux, confié à des hommes qui représentent le roi dans les provinces et colonies, signale une fois de plus la volonté royale de contrôler le fonctionnement de ces institutions. Toutefois, il ne s'agit plus d'un contrôle direct, mais de la délégation à des agents locaux²⁰³. Les fonctions de l'intendant sont donc ambiguës, puisqu'il est agent des politiques royales, notamment par ses compétences en matière de finances, mais parce qu'il peut aussi se faire le représentant d'intérêts locaux dans des régions où il s'installe parfois durablement, notamment au XVIII^e siècle.

2.1.3.2. Intervention du pouvoir royal sur la formation médicale

Le rôle du pouvoir monarchique vis-à-vis des hôpitaux évolue au cours de notre période d'étude. Ainsi, si le projet d'une politique d'enfermement des pauvres se développe au cours du XVI^e siècle pour culminer, au milieu du XVII^e siècle, avec la création de l'Hôpital Général de Paris, le gouvernement central ne dispose pas des moyens humains – ni financiers – suffisants pour appliquer cette politique. La stratégie royale semble alors se modifier, comme en témoigne le ministère de l'assistance, que nous évoquions plus haut. Au XVIII^e siècle, les figures de Turgot et Necker confirment la volonté de l'État d'encadrer le monde de l'assistance. Ils s'attachent à réformer non plus le système des établissements hospitaliers, mais la formation de ceux et celles qui y opèrent : Madame de Coudray reçoit ainsi un brevet pour organiser des cours d'accouchement en 1757, l'hospice des écoles de chirurgie est fondé en 1774 et la Société royale de médecine en 1776²⁰⁴. Ils contribuent de plus à la diffusion de nouvelles méthodes de lutte contre la rage et la petite vérole, ou encore de techniques de

première fondatrice canadienne, Montréal, Centre Marguerite d'Youville, (1945) 1977, p. 322-327; enfin pour Paris, voir *L'Hôpital Général de Paris, 1676*, brochure anonyme.

²⁰³ En effet, si les intendants ne sont pas systématiquement issus de l'élite locale, il n'est pas rare qu'ils conservent leur poste pour plus de deux décennies, Roland Mousnier, *Les institutions de la France sous la monarchie absolue*, T.2, Paris, PUF, 1980, p. 535.

²⁰⁴ Sur l'évolution des formations médicales et leurs effets sur le fonctionnement des hôpitaux, se reporter au chapitre 5 : « 5.1. Des acteurs au savoir reconnu »

secours aux noyés²⁰⁵. Encadrer la formation des soignants et rendre nécessaire le passage par ces lieux de formation pour pouvoir agir dans les établissements hospitaliers est une manière, pour le gouvernement central de la fin du XVIII^e siècle, de modeler la fonction des hôpitaux. L'attention royale s'est donc déplacée au cours de notre période d'étude du contrôle des pauvres par les Hôpitaux Généraux vers le soin des malades par des soignants dont la formation s'uniformise²⁰⁶.

La monarchie moderne marque l'organisation des hôpitaux tout au long de la période, par l'établissement d'un cadre juridique, mais aussi par l'envoi d'agents. Le recours aux intendants comme représentants du roi dans les provinces offre aussi un bilan en demi-teinte, ceux-ci épousant au fil des années des positions assez proches de celles des élites locales. Pourtant, la mise en place d'une ébauche de ministère de la santé et de l'assistance prouve que la monarchie reste constamment attentive au monde hospitalier. Avec le déplacement de cet intérêt vers les problématiques de médicalisation, la formation des soignants qui agissent à l'intérieur des hôpitaux devient un enjeu important. Il faut ainsi penser l'influence de l'État comme une toile de fond du fonctionnement des institutions hospitalières qui évolue au cours de la période, alors que la gestion quotidienne des établissements dépend plus directement d'acteurs locaux.

2.2. Les élites laïques

Les élites municipales qui dirigent les institutions hospitalières d'Ancien Régime sont fortement marquées par le catholicisme. La distinction que nous choisissons d'établir en traitant les laïcs, puis les religieux, vise toutefois à souligner les rôles différents que tiennent ces individus, non seulement vis-à-vis de l'administration de l'établissement, mais aussi à l'égard du pouvoir monarchique.

²⁰⁵ Jean-Pierre Gutton, « Aux origines d'un ministère de l'assistance et de la santé dans la France d'Ancien Régime », dans Jean-Louis Harouel (dir.), *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean Imbert*, Paris, PUF, 1989, p. 291.

²⁰⁶ L'évolution de la formation des soignants et de leur rôle dans les établissements soignants sont approfondi dans le chapitre 5 : « Pratiques de santé et de guérison ».

Comme l'illustre la citation en ouverture de ce chapitre, l'organisation du réseau hospitalier français passe par la mise en place de bureaux d'administrateurs. Ces derniers, recteurs ou directeurs d'hôpitaux, n'apparaissent pas avec la réforme hospitalière qui secoue le royaume aux XVI^e et XVII^e siècles, mais existent dès le Moyen Âge. Il s'agit alors d'administrateurs locaux imposés par les villes que l'État tente de contrôler à l'aide du Grand Aumônier, qui peut notamment exiger de voir l'état des comptes des établissements²⁰⁷. Plusieurs ordonnances, à la fin du XVI^e siècle, modifient progressivement les règles d'attribution des postes d'administrateurs, passant d'un système de nomination à un processus électoral. Les lettres patentes de l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand détaillent ainsi

Que les directeurs dudit Hôpital seront au nombre de neuf, lesquels seront nommés à la pluralité des voix par l'assemblée générale (sic) de ladite Ville, qui se convoquera tous les premiers jours de l'an, pour trois ans seulement sauf à être continué pour une fois seulement s'il est ainsi avisé par ladite Ville, & qu'à cette fin il en sera nommé & élu (sic) trois au premier jour de l'année prochaine 1667, & ainsi consécutivement d'année en année que les trois plus anciens nommés sortiront de charges au lieu des trois nouveaux²⁰⁸.

Ce système de renouvellement des administrateurs, recrutés parmi les élites locales, est symptomatique de l'institutionnalisation de la présence des laïcs à la tête des hôpitaux, officialisée par la déclaration royale de 1698. Ce texte entérine la légitimité de ces administrateurs, et vise à généraliser leur rôle aux côtés des gens d'Église. Ainsi, comme le souligne Jean-Pierre Gutton : « La monarchie a donc réussi à imposer définitivement un mode de gestion qui ne lui coûte rien et dont les artisans lui sont acquis »²⁰⁹. Le risque d'indépendance demeure important, et se traduit parfois par le contournement du processus d'élection au profit d'un recrutement par cooptation parmi les élites locales. L'État se dote néanmoins, au cours du XVIII^e siècle, du mécanisme de contrôle que sont les contrôleurs généraux, chargés pour le compte des parlements et avec le soutien des intendants de mener

²⁰⁷ Jean-Pierre Gutton, « Aux origines d'un ministère de l'assistance et de la santé », dans Jean-Louis Harouel (dir.), *Histoire du droit social...* p. 198.

²⁰⁸ BUP/A10620/2 : *Lettres Patentes accordées pour l'Hôpital Général de Clermont dans « Extrait des registres de Grands Jours, 1666 »*,

²⁰⁹ Jean Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'Ancien Régime...*, p. 10.

des enquêtes sur les capacités d'accueil, l'état des finances et, à la fin du siècle, sur l'action médicale des établissements. Malgré ce contrôle royal, les hôpitaux, en tant que personnes morales autonomes, ne disposent pas de budget, et voient leurs comptes contrôlés a posteriori. Le rôle des administrateurs demeure donc essentiel.

2.2.1. Les administrateurs laïcs

La tâche d'administrateur d'hôpital n'est pas rémunérée²¹⁰. Les administrateurs appartiennent globalement au monde de notables, capables donc de donner de leur temps et de leur argent à la direction de l'établissement. Le temps est distribué entre les réunions du Bureau des Administrateurs – qui, pour l'ensemble des établissements de l'étude, sont hebdomadaires – et les différentes tâches à remplir au sein de l'hôpital, c'est-à-dire la gestion des finances, la direction des ateliers, de l'apothicairerie, des moulins, l'approvisionnement des denrées, etc. Dans nos sources, il faut attendre le XVIII^e siècle pour que les règlements soient diserts sur les rôles des directeurs. On trouve ainsi à l'Hôpital Général de Moulins quinze « emplois de directeurs » comprenant le « préposé aux Réparations des bâtiments & maisons situées dans la ville et fauxbourgs » et le « préposé aux Provisions des Bois & chandelle » au côté du « Directeur des Ouvrages des Salles » et du « directeur ecclésiastique »²¹¹. À la Charité de Lyon, en 1742, on dénombre vingt-quatre tâches qui relèvent de la responsabilité des recteurs : « du recteur drapier », « du recteur chargé de la chirurgie et de la pharmacie », « des recteurs chargés de la direction des vieux et vieilles » ou encore « du recteur chargé des meubles »²¹².

Il ne s'agit donc pas d'une fonction gestionnaire éloignée du quotidien hospitalier, mais d'un groupe d'hommes qui participent activement à son activité. La tâche de recteur nécessite également, de faire des avances financières pour le fonctionnement de l'hôpital – rarement remboursées – et ces mêmes recteurs sont aussi souvent de généreux donateurs de

²¹⁰ Daniel Hickey, « Les mécanismes de la stratégie sociale. Bienfaiteurs et administrateurs des hôpitaux locaux en France aux XVII^e et XVIII^e siècles », dans *Ibid.*, p. 30.

²¹¹ AD03/4HDEPOT/2 : règlement de fonctionnement de l'Hôpital de Moulins : 1697-1819, « Distribution d'emplois entre M. les Administrateurs de l'Hôpital Général », *Extrait du registre des Délibérations de l'Hôpital Général de Moulins*, 10 février 1731.

²¹² BUP/46299 : « Première Partie : Concernant les fonctions de Messieurs les Administrateurs », *Statuts et règlements de l'hôpital Général de la Charité et aumône générale de Lyon*, Lyon, 1742.

l'établissement²¹³. Les exigences de la fonction expliquent donc le profil sociologique de ces hommes. Le travail de Jean-Pierre Gutton souligne l'évolution de leurs origines sociales tout au long de la période moderne. Il s'agit principalement au XVI^e et au début du XVII^e siècle de nobles, dont grande majorité de juristes (officiers, avocats, notaires...)²¹⁴. À la fin du XVII^e siècle et surtout au XVIII^e siècle, la bourgeoisie prend place dans ces assemblées. Il s'agit de négociants, et de médecins dans certains établissements; les uns et les autres, en accédant à cette fonction, peuvent espérer atteindre l'échevinage, le titre d'administrateur d'hôpital tenant lieu de première étape dans un cursus ascendant au sein des instances municipales.²¹⁵ Les lettres patentes de l'Hôpital Général du Puy-en-Velay attestent ainsi qu'en 1694 les dix administrateurs « seront choisis dans tous les états, soit de la Noblesse, de Robe, Bourgeois ou Marchands de la ville »²¹⁶. Ces laïcs locaux jouent donc un rôle fondamental dans le fonctionnement des hôpitaux et, originaires de la région et souvent cooptés par les membres du bureau, forment à l'occasion des dynasties d'administrateurs²¹⁷. Ils défendent ce qu'ils estiment être les besoins de la population locale, qui diffèrent parfois des objectifs royaux. La majeure distinction entre les représentants du pouvoir royal et les administrateurs issus des élites locales réside dans les tâches qui leur sont confiées, bien davantage que dans des conceptions divergentes du rôle des hôpitaux. Soulignons toutefois un type d'action qui appartient spécifiquement aux élites locales, à savoir la défense d'un hôpital lorsque celui-ci est menacé de fermeture. La réforme hospitalière de l'époque moderne tend en effet à supprimer plusieurs petits établissements isolés dans les campagnes. En 1737, par exemple, les

²¹³ Jean Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'Ancien Régime...*, p. 14; Daniel Hickey, *Local Hospitals in Ancien Régime France. Rationalization, Resistance, Renewal, 1530-1789*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1997, p. 175.

²¹⁴ Jean Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'Ancien Régime...* p. 13

²¹⁵ Pour une étude des administrateurs hospitaliers, voir les deux ouvrages qui résultent des tables rondes organisées sur le sujet entre 1997 et 2000, sous la direction de Jean-Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'ancien régime : Actes des tables rondes des 12 décembre 1997 et 20 mars 1998*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1999; et *Les administrateurs d'hôpitaux dans l'Europe moderne : actes de la table ronde du 7 décembre 2000*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 2002.

à l'ouvrage collectif dirigé par Jean-Pierre Gutton sur ce sujet : Jean Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'Ancien Régime...*

²¹⁶ BUP/A11359 : *Lettres Patentes du Roi accordées à l'Hôpital-Général de la ville du Puy*, 1694.

²¹⁷ Jean-Pierre Gutton note par exemple que dans la ville d'Issoire, en Auvergne, la famille Aulteroché occupe systématiquement un des sièges du bureau d'administration de l'hôpital de la ville entre 1709 et 1792, Jean-Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans l'Europe moderne...* p. 12.

administrateurs de l'hôpital de Murat plaident auprès de l'intendant pour l'obtention de la reconnaissance royale, sous forme de lettres patentes pour leur hôpital :

Il a été résolu de se pourvoir par-devers nous de nous supplier très humblement de vouloir bien confirmer l'établissement dudit hôpital et y joindre les grâces, privilèges et exemptions que nous avons coutume d'accorder à pareils établissements, ce qu'ils avaient d'autant plus lieu d'espérer que la situation de cette ville dans les montagnes y attire un grand nombre de pauvres qui se trouvaient en danger de périr s'ils n'auraient un auspice, ou ils puissent être reçus et recevoir les secours dont ils ont besoin²¹⁸.

Les conditions de vie spécifiques aux montagnes d'Auvergne reviennent souvent sous la plume des élites locales, dans le but de justifier le maintien de petits hôpitaux. En 1752, une lettre des administrateurs de la Charité de Marcenat demande à l'intendant le maintien de leur petit hôpital :

Il est vrai que la Charité établie à Marcenat n'est pas autorisée par des lettres patentes, mais Marcenat se trouve située dans les plus affreuses montagnes de l'Auvergne. Les neiges en rendent l'entrée et la sortie impraticables pendant sept mois de l'année, les malades ne pouvant par conséquent être conduits à Besse qui est éloigné de Marcenat de cinq grandes lieues ny en recevoir aucun secours²¹⁹.

À Montréal, la question de la distance qui sépare la ville de Québec est invoquée au cours de l'histoire complexe et pleine de rebondissements que constitue le changement de direction de l'Hôpital Général qui passe des Frères Charon – congrégation masculine ayant fondé l'Hôpital Général de Montréal en 1694 – aux Sœurs Grises de Marguerite d'Youville. Entre 1739 et 1755, deux pétitions émanent successivement des élites locales. La première, signée par « des officiers, marchands, habitants de la ville et gouverneur de la Montréal en Nouvelle-France »²²⁰ s'oppose au projet des Sulpiciens, seigneurs de l'île, d'installer Marguerite d'Youville et ses compagnes à l'Hôpital Général. Pourtant, après que l'intendant

²¹⁸ AD15/HDEPOT/2.01 : Murat, *Confirmation royale des fondations*, 3 février 1740.

²¹⁹ AD63/1C/1024 : *Lettre pour protester contre le projet de réunion de la charité de Marcenat avec l'hôpital de Besse*, 18 juin 1752.

²²⁰ « Pétition pour la conservation des Frères Charon, 1^{er} novembre 1738 », reproduite dans Albertine Ferland-Angers, *Mère d'Youville...*, p. 63-64.

de la province et l'Évêque de Québec ont vu échouer le projet alternatif de regrouper tous les pauvres de la colonie à l'Hôpital Général de Québec et proposent la fermeture pure et simple de l'institution, les mêmes élites locales se rallient à la proposition sulpicienne, faisant valoir aux représentants de l'autorité royale, à Québec, la distance qui sépare Montréal de Québec et les difficultés de communication entre les deux villes qui en résultent²²¹. En Nouvelle-France comme en Auvergne, la défense d'établissements hospitaliers mobilise ponctuellement les élites locales, qui deviennent à cette occasion les porte-paroles de particularités régionales ignorées par le pouvoir monarchique. On remarquera néanmoins que dans l'exemple de l'Hôpital Général de Montréal, ce ne sont pas les administrateurs de l'établissement, mais le corps plus large des élites bourgeoises de la ville qui entre en scène, signe d'une particularité coloniale – l'absence d'un bureau d'administrateurs – sur laquelle nous reviendrons plus loin.

2.2.2. Le soutien des élites locales

Les Hôpitaux représentent aussi des enjeux pour les élites locales laïques même lorsque leurs membres ne remplissent pas de fonction d'administrateurs. La reconnaissance royale des hôpitaux ne s'accompagne pas directement d'un financement. Les lettres patentes attribuent bénéfiques et exemptions, qui permettent aux entreprises hospitalières de chercher des sources de revenus variées pour leurs dépenses qui sont nombreuses (nourriture, rémunération variable du personnel soignant, etc.). De plus, si à Paris l'État octroie, avec ses lettres patentes, des bâtiments dans lesquels installer ces nouvelles fondations, en province il n'en est rien. Les élites locales sont alors d'un secours appréciable. La pratique du don, manifestation de la charité, se confirme dans les villes de notre enquête²²². Les citoyens aisés des villes de Clermont²²³, Murat²²⁴, ou Chaudes-Aigues²²⁵ lèguent une partie de leurs biens à l'hôpital local, ou encore donnent des terres qui garantissent un revenu à l'institution. Au Puy-en-

²²¹ « Supplique des citoyens en 1751 », reproduite dans Albertine Ferland-Angers, p. 125.

²²² Natalie Zemon Davis, *Essai sur le don dans la France du XVI^e siècle*, Paris, Seuil, 2003, p. 21-37.

²²³ AD63/90H9 : *Comptes du Refuge*, XVIII^e siècle.

²²⁴ AD15/HDEP2/1E : *Revenus de l'hôpital, 1640-1674*.

²²⁵ AD15/HDEP4/12 : *Legs et donations, rentes et créances, XVII^e-XIX^e siècle*

Velay, le fonds d'archives de l'Hôpital Général contient une sous-série entièrement consacrée aux « donations et successions »²²⁶, signe de l'ampleur du phénomène.

En Nouvelle-France les choses diffèrent quelque peu. Les premiers bâtiments qui abritent les Hôtels-Dieu de Québec et de Montréal sont construits à l'arrivée des Augustines à Québec et de Jeanne Mance à Montréal, et par la suite, lorsqu'il s'agit de trouver un toit pour l'Hôpital Général de Québec, l'évêque utilise le couvent déserté des Récollets. Les gens d'Église jouent donc ici un rôle central, mais ils sont dans cette entreprise très soutenus par les laïcs dévots. À Québec, l'Hôtel-Dieu est financé par la duchesse d'Aiguillon et celui de Montréal par Mme de Bullion. Ce sont de plus des laïcs – dévots – qui fondent Montréal, et la population laïque de Nouvelle-France est rapidement plus importante en nombre que les religieux²²⁷. Toutefois, si on retrouve au milieu du XVIII^e siècle des habitudes de dons destinés à l'Hôpital Général de la part des bourgeois de Montréal, il est nécessaire de souligner le soutien constant des Sulpiciens, seigneurs de l'île et directeurs spirituels de la communauté des Sœurs Grises, envers l'Hôpital Général²²⁸.

Les dons des élites locales participent à la pérennité des institutions hospitalières, et on note au XVIII^e siècle un glissement des fondations pieuses aux fondations d'assistance dans les testaments. L'implication des laïcs dépasse néanmoins ce cadre. La Compagnie du Saint-Sacrement tient ainsi un rôle important dans l'établissement de structures hospitalières, et aussi dans leur direction puisqu'il est fréquent que les administrateurs des hôpitaux appartiennent également à cette association de laïcs et de prêtres séculiers²²⁹. La Réforme catholique encourage de plus le développement de confréries de dévotion, qui regroupent des laïcs et des religieux. Certaines, particulièrement les confréries de la Bonne Mort ou les confréries des agonisants, trouvent logiquement leur place dans les hôpitaux, et participent

²²⁶AD43/HSUP/Série B : donations et succession. Voir René Jouanne, *Inventaire sommaire des archives départementales antérieures à 1790. Série H supplément, Archives hospitalières du Puy*, Le Puy, Etienne Delcambre, 1937.

²²⁷ Voir Guy Frégault, *Le XVIII^e siècle canadien : études*, Montréal, HMH, 1968, p. 23.

²²⁸ ASGM : « Liste des donateurs de la communauté », *Ancien Journal*, vol. 2, p 1-10

²²⁹ Bernard Dompnier, Marc Venard, « Continuité de la Réforme Catholique », dans Jean-Marie Mayeur, Charles et Luce Pietri, André Vauchez, Marc Venard, *Histoire du Christianisme, T.9 : L'âge de raison (1620-1750)*, Paris, Desclée, 1997, p. 304.

donc à l'activité hospitalière²³⁰. Le soutien des élites locales laïques est donc la condition nécessaire à l'existence et au maintien des institutions hospitalières, puisque c'est d'elles que proviennent, en métropole, le financement des hôpitaux, et son encadrement. Ce sont elles aussi qui, à travers les confréries, participent au soin des pauvres et des malades. En Nouvelle-France, comme nous l'avons signalé, il s'agit plutôt de membres de l'élite métropolitaine qui financent la colonisation par le biais de fondations religieuses.

2.2.3. Des élites aussi féminines

Ces élites laïques ne sont pas exclusivement masculines : la pratique des dons aux hôpitaux, par legs ou testaments, ne concerne en effet pas uniquement les hommes, et on relève dans les archives la mention de veuves qui font don de leurs biens à leur mort à l'hôpital local. Toutefois le rôle des femmes ne se limite pas à cette participation utile, mais périphérique à l'activité hospitalière. Leur implication dans la Réforme catholique correspond en effet aux besoins des hôpitaux, et les fondatrices d'instituts, dévotes porteuses d'un projet de charité et d'évangélisation, sont essentielles dans l'histoire de la charité hospitalière.

Nous avons évoqué dans le chapitre précédent des congrégations féminines, enseignantes ou hospitalières, qui se développent dans le courant de la Réforme catholique. Ces congrégations, plutôt composées de femmes issues des couches populaires de la société, ont besoin d'appuis financiers pour pouvoir mener à bien leurs projets. C'est dans ce rôle que les dévotes issues de la bourgeoisie et de la noblesse participent aux entreprises hospitalières. L'initiative individuelle est une forme de cet engagement. Ainsi, la duchesse d'Aiguillon, nièce de Richelieu et jeune veuve, utilise sa position privilégiée et la fortune dont elle dispose pour financer de multiples œuvres missionnaires et charitables. Elle est notamment responsable de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec en 1639²³¹. Mme de Bullion, veuve

²³⁰ Les pratiques et effets de ces confréries de dévotions dans les hôpitaux sont approfondis dans le chapitre 4 : « Corps des malades et monde religieux hospitalier »

²³¹ François Rousseau, *La Croix et le Scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec, T.1 : 1639-1892*, Sillery, Septentrion, p. 35-45.

elle aussi, finance l'entreprise de Jeanne Mance à Montréal²³². La Nouvelle-France est ainsi marquée par l'action de femmes fortunées qui assurent la présence d'Hospitalières à même de faire fonctionner les hôpitaux canadiens. Aux côtés de ces actions individuelles, la confrérie des Dames de la Charité mérite d'être signalée.

Confrérie féminine fondée dans les années 1610 sous l'impulsion de Vincent de Paul, les Dames de la Charité se recrutent dans la petite noblesse et la bourgeoisie, « tant veuves, mariées que filles ». Il s'agit pour ces femmes dévotes d'aider les pauvres, en distribuant des repas et en se rendant chez eux, dans une perspective religieuse, sans pour autant renoncer à leur vie laïque. À ces premières confréries s'ajoute la création, en 1634, des « Filles de la Charité », congrégation composée de filles recrutées dans les milieux populaires²³³. Les relations entre les deux types de confréries ne sont pas aisées à déterminer, et la distinction même entre les deux n'est pas si évidente. Élisabeth Rapley propose comme hypothèse que le succès des Charités, initialement pensées pour un contexte rural qui assure une plus grande mixité sociale, les amène à se multiplier jusque dans les villes. La fondation de la première Charité dans l'archidiocèse de Paris en 1639 serait ainsi un point tournant, puisque des Dames de la Charité issues de l'aristocratie parisienne se seraient montrées incapables de suivre le mode de vie exigé par la confrérie²³⁴. Les Filles de la Charité, inspirées à Vincent de Paul par sa rencontre avec Marguerite Naseau, offrent une solution à ce problème puisque, provenant de milieux plus modestes, elles seraient plus aptes au dur travail qu'exige la pratique de la charité selon Vincent de Paul. Cette analyse séduisante permet de comprendre la nébuleuse des confréries de Dames et de Filles de la Charité, et notamment le fait que certaines confréries de Dames deviennent des structures de patronage pour des missions effectuées par des Filles de la Charité. Cette hypothèse pourrait trouver écho dans le phénomène décrit par Marie-Claude Dinet-Lecomte, à savoir l'implication de dévotes qui participent au fonctionnement hospitalier, mais à qui leur fortune permet de ne pas être considérées comme

²³² François Dollier de Casson, *Histoire du Montréal*, nouvelle édition critique par Marcel Trudel et Marie Baboyant, Montréal, Hurtubise HMH, 1992, p. 58-59.

²³³ Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité*, Paris, Fayard, 2011, p. 52, 150.

²³⁴ Élisabeth Rapley, *Les dévotes, les femmes et l'Église en France au XVII^e siècle*, Montréal, Bellarmin, p. 121-143.

de simples servantes de l'hôpital, et qui portent le nom de la « Dames de la Charité »²³⁵. Malgré l'importance des Filles de la Charité sur le territoire français à l'époque moderne²³⁶, elles ne sont présentes que dans deux établissements de notre enquête : l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand à partir de 1675, en remplacement des Augustines²³⁷.

Les femmes ne s'impliquent donc pas dans le monde de l'assistance uniquement en tant qu'Hospitalières, mais aussi en tant que laïques qui financent les œuvres charitables. Il faut toutefois signaler que si certaines de ces œuvres se traduisent par la fondation d'établissements hospitaliers – comme c'est par exemple le cas en Nouvelle-France – beaucoup de ces missions se font à l'extérieur des hôpitaux. Il existe ainsi de très nombreuses communautés qui secourent les pauvres hors des hôpitaux, se rendent chez eux, distribuent des repas, etc.²³⁸ On peut donc observer l'influence des laïcs de deux manières : d'une part à travers le financement des hôpitaux, via la pratique du don testamentaire ou le soutien financier à une fondation, d'autre part par une contribution générale aux œuvres de charité qui, de ce fait, concourent à créer un climat propice au développement du réseau hospitalier.

2.3. L'institution ecclésiastique

2.3.1. Le pouvoir institutionnel

²³⁵ Marie-Claude Dinét-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France...*, p. 34-35.

²³⁶ Scarlette Beauvalet-Boutouyrie, *Les femmes à l'époque moderne (XVI^e-XVIII^e siècles)*, Paris, Belin, 2003, p. 177.

²³⁷ Jean-Luc Fray, « Des origines hospitalières à la fondation de l'Hôtel-Dieu », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand...*, p. 52.

²³⁸ Ayant choisi de concentrer notre étude sur les actions qui se déroulent à l'intérieur des hôpitaux, nous n'aborderons pas ces communautés, sauf pour mentionner qu'elles participent à la diffusion des principes de charité de la Réforme catholique à travers le territoire – les Filles de la Charité telles que pensées par Vincent de Paul sont évidemment aptes à remplir ce type de missions. Nos recherches en archives nous ont aussi permis de déceler l'existence d'une de ces congrégations dans le Velay, voir AD43/HSUP/2B176 : Succession Claude de la Roche-Aymon, « Testament de Claude de la Roche-Aymon, évêque du Puy, par lequel, outre divers legs et fondations, il ratifie le don de (...) 5000 livres qu'il a faite (sic) pour la construction du nouvel hôpital, et institue pour son héritier universel l'Hôpital Général, à condition que le tiers de sa succession sera employé pour l'Œuvre du et que celle-ci sera administrée par les dames de la Charité et non par le bureau de l'Hôpital Général », 17 mai 1720. Voir Georges Guitton, *Saint Jean François Régis*, Paris, Éditions Spes, 1949; Marie-Claude Dinét-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France...*, p. 24.

À travers l'implication des laïcs en général et des femmes en particulier, l'influence de la religion sur les hôpitaux d'Ancien Régime est clairement perceptible. L'Église joue évidemment un rôle essentiel dans la direction et la gestion de ces établissements, et notamment à travers les canaux institutionnels. Alors que le Grand Aumônier est le responsable des hôpitaux au début de la période moderne – ayant pour fonction de le visiter et de contrôler les comptes des administrateurs –, la Réforme catholique renforce le pouvoir des évêques. À l'échelle de leur diocèse, c'est à eux que revient désormais la direction des hôpitaux au cours du XVII^e siècle – confirmée par leur rôle constant de directeur au côté de l'intendant – ainsi que la surveillance des comptes. De plus, une bulle du pape Grégoire XV en date du 31 mai 1622 prive le Grand Aumônier de toute juridiction sur les Hospitalières, celle-ci revenant dorénavant aux évêques²³⁹.

Aux côtés des évêques, des représentants religieux sont officiers dans les hôpitaux notamment dans les tâches d'administrateurs. Ainsi, le détail des lettres patentes de l'Hôpital Général du Puy-en-Velay nous révèle l'existence de « trois Directeurs Ecclésiastiques, dont deux seront chanoines de l'Église Cathédrale, nommés par le Chapitre d'icelle, & le troisième un Curé nommé par ledit Sieur Évêque »²⁴⁰. L'implication des gens d'Église dans les institutions hospitalières passe donc par l'occupation de fonctions officielles. La répartition des rôles d'administrateurs entre laïcs et religieux varie d'un établissement à l'autre, mais on note que les seconds demeurent minoritaires en métropole. Ces nominations, ainsi que les origines religieuses des établissements, sont propices à la diffusion dans les établissements hospitaliers des conceptions religieuses de l'hospitalité et de la charité. Les charges de « directeurs ecclésiastiques » qui prennent place au sein du Bureau des Administrateurs constituent un véhicule privilégié de ces idées; il s'agit en fait de fournir un cadre administratif à la longue tradition d'implication religieuse dans le monde hospitalier. Administrateurs parmi d'autres du fonctionnement quotidien des établissements hospitaliers, les directeurs ecclésiastiques sont les principaux agents de diffusion auprès des pauvres de l'hôpital de ce qui peut être décrit comme une éducation religieuse :

²³⁹ Jean-Pierre Gutton, « Aux origines d'un ministère de l'Assistance et de la Santé »..., p. 288; voir aussi Joseph Bergin, *Church, Society and Religious Change in France, 1580-1730*, New Haven, Yale University Press, 2009.

²⁴⁰ BUP/A11359 : *Lettres Patentes du Roi accordées à l'Hôpital-Général de la ville du Puy*, 1694.

Comme c'est sur lui que roule le soin des âmes de cette multitude de Citoyens renfermés dans la Maison; il est à propos qu'il veille sur les différents Ecclésiastiques qui sont chargés de les élever, de les instruire, de leur en rappeler les principes, de leur administrer les Sacrements & de les préparer à la mort; en un mot, il est responsable des mœurs, de l'exactitude & de la capacité, de ceux qui sont préposés pour faire remplir à chacun ses devoirs de Chrétien.

Il doit donc prendre les moyens nécessaires pour y parvenir, s'informer si l'on fait exactement les Catéchismes aux enfants & s'ils en profitent; les discours instructifs aux personnes raisonnables, & si elles y assistent de même qu'aux lectures & prières, à la Messe & à tous les exercices spirituels, si les fondations de Messes & Prières sont acquittées dans l'Église, & dans chaque Communauté; si l'on s'approche tous les mois des Sacrements de Pénitences & d'Eucharistie; s'il y a un nombre suffisant de Confesseurs pour le premier, & si l'on ne cherche point à s'éloigner de l'autre, sur tout à Pâques.

Il doit encore avoir l'œil sur les Frères, Sœurs, Officiers & Domestiques de la Maison; pour que les uns & les autres s'acquittent fidèlement de leurs devoirs, dans les fonctions qui leur sont confiées, vivent avec régularité, soient vêtus suivant la modestie de leur état, & se montrent exacts à suivre le règlement qui les concerne.

Enfin, il doit par sa douceur s'attirer la confiance des malheureux; par sa patience, entrer dans le détail de leurs plaintes, & mettre en œuvre pour soulager leurs peines, les moyens que son amour pour eux lui inspire : Placé à la tête d'un nombre choisi d'administrateurs, c'est par ses vertus qu'il peut en devenir le modèle²⁴¹.

Ainsi, dans les établissements métropolitains, la dimension religieuse se manifeste à la fois par la tutelle épiscopale, mais aussi par des personnes dont le rôle est d'inscrire l'action des hôpitaux dans la logique d'apostolat, de conversion et d'éducation religieuse de la Réforme catholique.

En Nouvelle-France, les sources ne nous permettent pas d'attester l'existence de tels bureaux. La place prédominante des communautés féminines dans la création des hôpitaux vaut parfois à certaines religieuses le titre d'« administratrices », qui est par exemple attribué à

²⁴¹ BUP/46299 : « Du recteur ecclésiastique », Extrait des *Statuts et règlements de l'hôpital Général de Lyon*, 1742 — Première Partie : Concernant les fonctions de Messieurs les Administrateurs. AD03/4HDEPOT 2 : règlement de fonctionnement de l'Hôpital de Moulins (1697-1819) — distribution d'emplois entre M. les administrateurs de l'Hôpital Général, 1731 : Sans être aussi détaillé, le règlement de l'Hôpital Général de Moulins définit le rôle du directeur ecclésiastique d'une manière similaire.

Jeanne Mance par Marie Morin dans les *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal* : « [Mme de Bullion] chargea en outre la dite demoiselle [Jeanne Mance] de l'administration du bien temporel dudit hospital jusqu'à sa mort »²⁴². Le cas de Marguerite d'Youville, qui reprend avec ses compagnes l'Hôpital Général de Montréal au milieu du XVIII^e siècle, est mieux documenté, et son analyse nous permet d'éclairer d'autres situations.

Le 27 août 1747, Mgr de Pontbriant, évêque du diocèse de Québec, Charles de Beauharnois, Gouverneur de la Nouvelle-France, et Gilles Hocquart, intendant, « tous chefs de l'administration de l'Hôpital Général établi à Montréal par lettres patentes de Sa Majesté, du mois d'avril 1694 », admettent officiellement le départ définitif des Frères Charon et accordent les responsabilités suivantes à la fondatrice des Sœurs Grises :

Avons provisoirement et sous le bon plaisir de Sa Majesté et jusqu'à ce qu'elle en ait autrement ordonné CHOISI, NOMMÉ et DÉPUTÉ la Dame Veuve YOVILLE, directrice du dit Hôpital pour en ladite qualité avoir la conduite des pauvres qui y sont enfermés et des biens qui appartiennent au dit Hôpital, en donner toutes quittances et décharges valables aux fermiers et autres exploiters des dits biens, le tout conformément aux dispositions portées par les Lettres Patentes du mois d'avril mil six cent quatre-vingt quatorze, sera tenu la dite Dame Youville, en la qualité de Directrice de deux registres, sur l'un desquels elle écrira exactement la recette et sur l'autre la dépense, afin d'être en état de rendre compte à nous ou à ceux qui seront par NOUS préposés de la gestion et administration²⁴³.

Cette décision temporaire accorde à Marguerite d'Youville, avec le titre de « directrice », la gestion des biens de l'Hôpital et des pauvres, mais lui interdit toute initiative pour réparer les bâtiments de l'établissement qui tombent en ruine. Il s'agit donc d'un rôle de direction très surveillé. Le contrôle est d'ailleurs tel que cet acte est révoqué par le même évêque Pontbriand, flanqué du nouvel intendant Bigot, le 15 octobre 1750. L'obtention des lettres patentes en 1753 clôt le conflit en réinstallant Marguerite d'Youville dans son rôle de directrice. Le texte décrit ainsi les rôles et fonctions des Hospitalières :

²⁴² Marie Morin, *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal...*, p. 42.

²⁴³ « Commission de Directrice de l'Hôpital général de Montréal, 24 août 1747 », reproduite dans Albertine Ferland-Angers, *Marguerite d'Youville...*, p. 309-311.

La Dame Veuve Youville et ses Compagnes seront et demeureront chargées de la direction et administration dudit hôpital de Montréal, a l'effet de quoy nous les avons subrogé et subrogerons au lieu et place des frères hospitaliers qui y avoient esté cydevant établis, et voulons qu'elles jouissent des doits, privilèges, exemptions et prérogatives portées par lesdites lettres patentes du quinze avril seize cent quatre vingt quatorze concernant ledit établissement

[...]

Elles rendront compte tous les ans auxdits Administrateurs généraux du revenu dudit hôpital des aumônes qui leur seront faites et du produit de leurs travaux

[...]

Elles distribueront entre elles les employs de la Maison sous l'autorité dudit sieur Évêque [...]²⁴⁴

Responsables de la gestion des biens et des finances, responsables devant l'évêque des comptes de l'établissement, Marguerite d'Youville et ses compagnes semblent remplir les fonctions qui relèvent en métropole des bureaux de direction, en plus de leur rôle de soignantes auprès des pauvres. L'administration de l'établissement est donc originale au regard des habitudes françaises, puisque d'une part les administratrices sont des femmes, et d'autre part il n'y a pas de distinction entre les soignantes et l'administration de l'hôpital. De fait, le poids des élites locales au sein de l'administration est réduit, situation que l'on peut attribuer à la faiblesse de la population coloniale, même encore au milieu du XVIII^e siècle, mais aussi au rôle prépondérant de l'Église dans la colonie. En effet, sans ce bureau de laïcs, l'hôpital est pris en charge par des religieuses et contrôlé uniquement par l'évêque. De plus, alors que nous avons défini précédemment le soutien des élites locales comme prenant souvent la forme d'un support financier des établissements, il faut souligner que dans le cas de l'Hôpital Général de Montréal, c'est la communauté des Sulpiciens qui vient en aide aux Sœurs Grises en leur octroyant 6 000 livres dans le but d'éponger une partie de leur dette²⁴⁵.

À la lumière de cette situation, nous pouvons émettre quelques hypothèses sur ce qui diffère entre l'administration des hôpitaux français et canadiens. Dans la colonie, le petit nombre de colons et le besoin d'institutions charitables et soignantes, d'une part, semblent jouer en faveur des Hospitalières qui accèdent aux fonctions de direction des établissements. La taille modeste de ces hôpitaux permet de plus de cumuler les fonctions soignantes et administratives. D'autre

²⁴⁴ « Lettres patentes de 1753 », reproduites dans Albertine Ferland-Angers, *Marguerite d'Youville...*, p. 322-327.

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 324.

part, cette place plus importante accordée aux Hospitalières s'accompagne d'une domination de l'Église sur le fonctionnement des hôpitaux. La tutelle de l'évêque apparaît alors plus directe que dans les situations métropolitaines, puisque l'intendant est le seul autre administrateur officiel, alors qu'il faut partager la direction avec plusieurs administrateurs laïcs hors de la Nouvelle-France. Le rôle des évêques, en tant que directeurs des communautés féminines n'est toutefois pas une particularité de la Nouvelle-France.

2.3.2. Direction des Hospitalières

Le renforcement du rôle de l'évêque par le Concile de Trente implique un contrôle de la part de celui-ci sur les communautés religieuses, notamment féminines. Les nouvelles communautés en particulier sont immédiatement placées sous son autorité. Ainsi, en Nouvelle-France, l'évêque de Québec affirme sa tutelle vis-à-vis des congrégations féminines de son diocèse à plusieurs reprises. François de Laval, vicaire apostolique de Nouvelle-France et futur évêque de Québec, exige et obtient des Hospitalières de Saint-Joseph, communauté de filles à vœux simples qui s'occupe de l'Hôtel-Dieu de Montréal, qu'elles se conforment à la règle de Saint-Augustin, modifiant les statuts de leur institut en 1664²⁴⁶. Son successeur, Mgr de Saint-Vallier, fonde en 1692 l'Hôpital Général de Québec et décide d'y placer des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec, en imposant la scission de la congrégation²⁴⁷. C'est aussi lui qui décide en 1697 de l'implantation d'un hôpital doublé d'une école à Trois-Rivières, pour lequel il déplace trois Ursulines depuis leur monastère de Québec²⁴⁸. Cette politique autoritaire, menée au nom de l'uniformisation des communautés religieuses du diocèse, illustre le pouvoir de l'évêque dans la logique tridentine qui s'exprime sans entraves en Nouvelle-France.

En métropole, l'emprise épiscopale est moins systématique. Ainsi à Clermont-Ferrand, nos sources ne signalent pas de conflit important entre l'évêque du diocèse et les Augustines de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Général de Clermont, ni avec les Filles de la Charité qui leur succèdent. Au Puy-en-Velay en revanche, les donats et donades, communauté composée de

²⁴⁶ Lucien Campeau, « Mgr de Laval et les Hospitalières de Montréal (1659-1684) », dans *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Montréal, Hurtubise, 1973, p. 102-123.

²⁴⁷ Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec, 1692-1764*, Montréal, Fides, 1971, p. 24.

²⁴⁸ Guy Laperrière, *Histoire des communautés religieuses au Québec*, Montréal, vlb éditeur, 2001, p. 45.

laïcs des deux sexes vivant ensemble au service de l'Hôtel-Dieu, ne correspondent pas aux modèles de communautés religieuses mis en valeur par le Concile de Trente²⁴⁹. Tout au long des XVII^e puis XVIII^e siècles, plusieurs tentatives épiscopales pour remplacer cette communauté par des Hospitalières plus conformes aux exigences tridentines sont rapportées dans les registres de délibérations des administrateurs²⁵⁰. Elles ne semblent pas déboucher sur des résultats probants, ce qui pourrait indiquer que le pouvoir de l'évêque s'affirme de manière moins directe en métropole qu'en Nouvelle-France, où il ne rencontre aucun obstacle hérité de la période médiévale. Dans le cas des communautés d'Hospitalières qui prennent en charge les hôpitaux de notre enquête, on observe donc un contrôle de l'évêque, selon une intensité variable qui culmine en Nouvelle-France.

Les différents pouvoirs qui s'exercent sur les hôpitaux agissent ainsi selon des modalités variées. Le cadre juridique garantit la reconnaissance des établissements, mais n'influence que de loin le fonctionnement quotidien des hôpitaux. À l'échelle locale, surtout en métropole et en particulier en province, les élites locales jouent un rôle central, en adoptant les rôles d'administrateurs des hôpitaux, c'est-à-dire en présidant à tous les aspects financiers, mais aussi en supervisant le fonctionnement interne des institutions. L'Église, enfin, forte de l'engouement suscité pour les œuvres charitables depuis la Réforme catholique, est indissociable du fonctionnement de ces établissements où ses agents sont omniprésents. Par son influence sur la direction, la gestion et l'organisation des pratiques quotidiennes du monde hospitalier, elle s'impose comme la force dominante qui s'exerce dans les hôpitaux.

Les intérêts de la Réforme catholique et d'une monarchie à visées absolutistes peuvent toutefois converger. Ainsi, lorsque l'évêque de Québec décide de fonder un Hôpital Général dans la petite ville coloniale, il établit à la fois sa légitimité comme acteur du pouvoir religieux par la prise en charge des pauvres du diocèse, tout en important dans la colonie une institution symbolique du pouvoir monarchique. De la même manière, lorsque Calloët-Querbat fait appel à des missionnaires jésuites pour initier la fondation de plusieurs Hôpitaux Généraux en

²⁴⁹ Charles Guyotjeannin, « Dix siècles d'activités hospitalières au Puy-en-Velay », *Revue d'histoire de la pharmacie*, 85, 316 (1997) p. 433.

²⁵⁰ Voir par exemple les registres de délibérations du bureau de l'Hôtel-Dieu du Puy-en-Velay de l'année 1697, AD43/HSUP/HD Le Puy/1E01 : *registre de délibérations, 1651-1660*.

métropole, il place les ressources religieuses au service du projet royal, acceptant par là l'inflexion donnée au projet par ses origines religieuses.

Les bâtiments qui hébergent les institutions hospitalières témoignent en partie de la cohabitation de ces différentes influences, ainsi que des limites qu'elles y rencontrent²⁵¹. Ainsi, à Paris, l'Hôpital Général regroupe cinq maisons : Bicêtre²⁵², la Salpêtrière, la Pitié, la maison Scipion et la savonnerie de Chaillot. Avant de relever de l'Hôpital Général, et d'être ainsi destinés à l'enfermement des pauvres, les bâtiments de Bicêtre constituaient un hospice pour soldats invalides²⁵³. La Salpêtrière, manufacture de salpêtre, est reconvertie en vue de prendre en charge des femmes mendiantes²⁵⁴. La Pitié, utilisée depuis la régence de Marie de Médicis pour maintenir les pauvres hors des institutions hospitalières, devient un lieu de refuge pour enfants et pour les prostituées²⁵⁵. Ces édifices ne sont donc pas construits pour être des lieux d'incarcération. Par l'ajout de gardes, le pouvoir royal espère y voir sa législation appliquée, mais le manque d'étanchéité des murs ainsi que les habitudes d'accueil antérieures nuisent à la réalisation du projet d'enfermement.

L'Hôtel-Dieu, dont l'origine remonte au VIII^e siècle, demeure quant à lui installé dans ses bâtiments, agrandis aux débuts du XVII^e siècle²⁵⁶. Construits sur l'île de la Cité et se prolongeant, grâce à des ponts couverts, sur la rive droite, ces bâtiments sont situés au cœur du tissu urbain, ce qui n'est pas sans poser de nombreux défis lorsqu'il s'agit de vouloir agrandir l'établissement.

²⁵¹ Nous proposons ici un rapide regard sur les contraintes liées aux bâtiments hospitaliers. La question de leurs évolutions et de ce qu'elles traduisent en terme de pratiques de santé ou de rapports de genre est abordée en détail dans le chapitre 7 « L'hôpital d'Ancien Régime, un espace marqué par des pouvoirs variés ».

²⁵² « Édit de fondation de 1656, art. 4 », dans le *Code de l'Hôpital-Général...*, p. 412.

²⁵³ Article « Bicêtre », dans Sophie Riché et Sylvain Riquier, *Des Hôpitaux à Paris. États des fonds des Archives de l'AP-HP, XII^e-XX^e siècle*, Paris, AP-HP, 2000 [en ligne] <http://archives.aphp.fr/Le-guide-des-fonds.html?article&lang=fr&dir=ltr> (consulté le 25 novembre 2012).

²⁵⁴ La maison est décrite comme un « lieu d'assistance et de refuge pour indigentes et infirmes en particulier des femmes aliénées, hystériques, paralytiques et incurables. », Article « Bicêtre », *Ibid.*

²⁵⁵ Article « La Pitié », dans Sophie Riché, Sylvain Riquier, *Des Hôpitaux à Paris...* [en ligne] : <http://archives.aphp.fr/Le-guide-des-fonds.html?article&lang=fr&dir=ltr> (page consultée le 25 novembre 2012)

²⁵⁶ Article « Hôtel-Dieu », dans Sophie Riché, Sylvain Riquier, *Des Hôpitaux à Paris* [en ligne], portailweb.aphp.fr/archives/IMG/pdf/78_Hotel-Dieu-2.pdf (page consultée le 19 décembre 2010)

À Clermont-Ferrand, l'histoire des bâtiments de l'Hôtel-Dieu montre qu'il s'agit, là aussi, d'un conglomérat d'édifices divers. La ville compte en effet plusieurs établissements hospitaliers, qui sont réunis dans l'un d'entre eux, avec quelques agrandissements, au XVI^e siècle, suite au legs de l'évêque de Clermont²⁵⁷. C'est dans l'Hôtel-Dieu de Saint-Barthélemy, situé en plein cœur de la ville, que sont ainsi regroupés en 1530 les hôpitaux du Port, du Saint-Esprit, et l'Hôtel-Dieu de Saint-Adjutor. L'Hôpital Général est installé un siècle plus tard dans l'ancien hôpital Saint-Adjutor, abandonné par l'Hôtel-Dieu²⁵⁸. Néanmoins, la situation de l'Hôtel-Dieu ne va pas sans poser quelques problèmes. Bien que le regroupement des différents hôpitaux ait donné lieu à des travaux d'agrandissement, la proximité des maisons voisines limite grandement les possibilités d'expansion. Ce sont les Augustines de la ville, chargées de l'hôpital depuis 1642, qui mettent en évidence le problème, ne pouvant dans un espace si petit trouver la place pour prendre soin des malades et pour mener une vie conventuelle respectable²⁵⁹.

En Nouvelle-France, où les bâtiments sortent de terre quelques années après l'arrivée des premières Hospitalières, les problématiques sont différentes. À Québec, les Augustines sont tout d'abord logées dans une maison de la Place d'Armes, mais leur vocation missionnaire les pousse à s'installer en 1640²⁶⁰ dans la réduction de Sillery, c'est-à-dire la mission huronne menée par les Jésuites à proximité de Québec. Les guerres iroquoises les en chassent en 1644, et elles s'installent alors dans un Hôtel-Dieu en construction. Celui-ci est pensé pour être un hôpital-monastère, qui traduit l'importante influence religieuse qui

²⁵⁷ Auguste Peghoux, *Recherche sur les Hôpitaux de Clermont-Ferrand précédée de considérations générales sur l'origine des établissements de bienfaisance*, Clermont-Ferrand, Thibaud-Landriot frères, 1845, p. 68.

²⁵⁸ BUP/A10620/1 : *Dessein de l'Hôpital Général de Clermont*, 1658, « Et la facilité de cet établissement est d'autant plus grande en cette Ville, qu'il y a déjà un lieu tout prêt & très commode pour le logement des pauvres qui est l'Hôtel-Dieu de S.Adjudoux, que la ville consent que l'on prenne pour cela, avec une maison qu'elle a acheté, pour y joindre, afin de pouvoir faire deux appartemens séparez, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes; De sorte qu'il n'y aura point de dépense à faire pour la maison que quelques réparations assés légères vue la largeur du dessein ».

²⁵⁹ Fabien Fontanier, « Des malades aux pensionnaires, l'évolution d'une vocation », *Revue d'Auvergne*, « Vocations d'Ancien Régime. Les gens d'Église en Auvergne aux XVII^e et XVIII^e siècles », 544-545 (1999) p. 149.

²⁶⁰ André Robitaille, *Habiter en Nouvelle-France (1534-1648)*, Beauport, Publications MNH, 1996, p. 309-316.

imprègne cet établissement. L'Hôpital Général de Québec, installé dans l'ancien couvent des Récollets, reproduit lui aussi une architecture et une organisation de l'espace religieux.

À Montréal, l'Hôtel-Dieu de Jeanne Mance n'est autre, pendant les douze premières années, que la maison de sa fondatrice. À partir de 1659, l'arrivée de trois premières Hospitalières de Saint-Joseph de La Flèche justifie la construction de pièces supplémentaires qui séparent les religieuses des malades, et les hommes des femmes. Les nombreux incendies de la ville imposent toutefois des reconstructions fréquentes.

Conclusion

Ce rapide regard sur les contraintes matérielles que rencontrent les acteurs du monde hospitalier permet de mettre en perspective les éléments abordés au cours de ce chapitre. En effet, le pouvoir royal, les élites laïques locales et le monde religieux président tous de manières différentes au fonctionnement des institutions hospitalières. Toutefois, plus qu'une franche opposition entre une perspective coercitive défendue par l'État et une approche charitable encouragée par l'Église, le fonctionnement des institutions hospitalières appelle à la collaboration entre ces méthodes devant la nécessité d'agir.

Ainsi, la puissance de l'État monarchique, affirmée par les nombreux textes de nature juridique qu'il produit, s'estompe au quotidien faute d'un réseau d'agents solide. En revanche, le poids des élites laïques locales, à travers les bureaux de directeurs des établissements, est essentiel. Pensés en partie par la monarchie pour contrebalancer le pouvoir de l'Église dans le domaine de l'assistance, ces corps de commissaires s'avèrent les défenseurs des intérêts locaux comme les exemples auvergnats le montrent, et véhiculent également les principes de la Réforme catholique, puisque beaucoup d'entre eux se recrutent dans les milieux dévots. L'Église, qui occupe depuis la période médiévale une place centrale dans les institutions d'assistance, soutient à l'époque moderne les fondations souhaitées par le pouvoir royal, et fournit avec les Hospitalières le personnel soignant qui fait fonctionner ces établissements, conservant tout son poids. Le pouvoir ecclésiastique s'affirme de manière encore plus claire en Nouvelle-France, où il ne se heurte à aucune tradition locale ancrée qui s'opposerait à sa volonté. Ainsi, nous avons pu voir, à travers les actions des évêques envers les Hospitalières et le soutien financier des dévots dans les fondations religieuses coloniales, qu'une fois les lettres

patentes accordées, le rôle de l'État est très discret. Toutefois, la Nouvelle-France se distingue surtout par les responsabilités d'administration des hôpitaux confiées aux Hospitalières elles-mêmes, ce qui confirme l'effacement des laïcs dans le système hospitalier colonial au profit d'un renforcement des agents religieux

Chapitre 3. Entre les murs, diversité de la population hospitalière

Encadrées par un arsenal législatif, placées sous la tutelle des élites et soutenues par l'action religieuse, les institutions hospitalières d'Ancien Régime se matérialisent par des bâtiments. Comme nous avons choisi de nous concentrer sur les interactions entre les personnes présentes à l'intérieur des hôpitaux, notre réflexion nécessite de poser la question de l'accès aux hôpitaux. Qui sont donc les personnes qui peuplent les hôpitaux et à quel titre y sont-elles présentes?

Les lettres patentes des Hôpitaux Généraux font mention de « pauvres » et de « mendiants », tandis que les règlements des communautés hospitalières des Hôtels-Dieu de Montréal²⁶¹, Québec²⁶², Paris²⁶³ et Clermont-Ferrand²⁶⁴ utilisent également le terme de « malades ». Les mots « vieillards », « femmes grosses » ou encore « incurables », « vénériens » apparaissent aussi dans les sources. La variété du vocabulaire fait état de la diversité des usagers²⁶⁵ des hôpitaux. À la multiplicité de ces usagers répond la variété des agents des institutions, c'est-à-dire les personnes employées par l'hôpital. Les Hospitalières, mais aussi les « aumôniers », les « chirurgiens » ou encore les « domestiques » et « filles de salles » participent de manières diverses à l'encadrement et au soin des usagers des hôpitaux. L'ensemble des personnes amenées à franchir les murs des hôpitaux compose donc la population hospitalière telle que nous l'entendons ici²⁶⁶.

²⁶¹ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688).

²⁶² *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664),

²⁶³ *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris par l'autorité de Monseigneur l'Illustrissime & reverendissime Messire Jean François de Gondy, Archevêque de Paris*, Paris, 1635.

²⁶⁴ BUP/A30123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin, Établies dans le diocèse de Clermont*, Clermont, Chez Damien Boujon, 1692.

²⁶⁵ Faute de mieux, nous utilisons le terme « usager » pour désigner l'ensemble des personnes qui sont accueillies ou enfermées dans les différents établissements hospitaliers d'Ancien Régime.

²⁶⁶ Nous situant dans une perspective d'histoire du corps, nous avons choisi de limiter notre définition de la population hospitalière aux groupes susceptibles d'entretenir des échanges qui s'expriment par les corps sous la forme de soin ou bien de contrainte.

Usagers et agents se côtoient à l'intérieur des hôpitaux, mais tous n'y circulent pas de la même manière. En raison de la vocation coercitive de certains établissements hospitaliers, conjuguée aux impératifs de clôture religieuse, les hôpitaux sont des lieux clos. Pourtant, à l'inverse, la tradition d'hospitalité prêche plutôt pour des lieux ouverts. En ce cas, qui peut entrer et sortir de l'hôpital à sa guise? Qui voit sa liberté de circulation entravée par l'institution hospitalière? Comment l'enfermement est-il justifié? Les origines répressives de certains établissements sont-elles seules en cause? Comment la clôture des Hospitalières s'insère-t-elle dans ce dispositif?

Nous proposons ici de montrer que les hiérarchies du monde hospitalier sont perceptibles à travers la possibilité d'entrer et de sortir librement de l'hôpital, et que chaque groupe qui compose la population hospitalière n'en dispose pas forcément, et selon des modalités variables. Enfin, cette approche nous permet de mettre en lumière la manière dont les différentes vocations des hôpitaux s'entrecroisent, mais aussi d'illustrer la coexistence de deux types de rapports de pouvoirs : la hiérarchie qui s'impose dans la relation de soins, et la hiérarchie de genre.

La liberté de circuler est une question traitée dans l'historiographie de l'enfermement²⁶⁷. En associant l'enfermement carcéral et l'enfermement monacal, Michel Foucault²⁶⁸ et Erving Goffman²⁶⁹ mettent en évidence la proximité pratique de ces deux types de réclusion : l'organisation de l'espace clos et du temps, par exemple, est analogue. En revanche, comme le montre l'article de Jean Leclercq, « Le cloître est-il une prison? », l'intention qui est à l'origine de cet enfermement, c'est-à-dire la volonté ou non de l'individu de se soumettre à ce mode de vie, en change radicalement le sens. Ainsi, le moine renverse en fait la logique de l'enfermement comme punition puisqu'il considère le siècle comme une prison pour le chrétien, qui ne peut en sortir que par la mort ou le cloître. Le monastère devient

²⁶⁷ Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre, Élisabeth Lusset, *Enfermements. Le cloître et la prison (VI^e-XVIII^e siècle)*, Paris, Publication de la Sorbonne, 2010, p. 15-35.

²⁶⁸ Michel Foucault, *Surveiller et Punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

²⁶⁹ Erving Goffman, Robert Castel, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 1968.

ainsi une forme de libération²⁷⁰. Bien que les hôpitaux possèdent une dimension religieuse, les actions dont ils sont le théâtre relèvent du siècle, et non du cloître. C'est donc la conception laïque de l'enfermement, selon laquelle la liberté de circuler est l'apanage des personnes situées en haut de la hiérarchie, qui s'applique dans le cadre des hôpitaux. Nous proposons de déterminer quels sont les degrés de liberté de circulation dont disposent les agents et les usagers des hôpitaux, de ceux qui possèdent la liberté totale de se déplacer hors de l'hôpital à ceux dont le quotidien est assimilable au monde carcéral.

3.1. Libres d'entrer et de sortir

3.1.1. Médecins et chirurgiens, libres d'aller et venir

Si la circulation libre signale une place au sommet de la hiérarchie hospitalière, il n'est alors pas surprenant d'y retrouver les soignants masculins : médecins, chirurgiens et, dans une certaine mesure, domestiques. Les médecins et les chirurgiens interviennent de manières différentes dans les hôpitaux, remplissant des fonctions soignantes voisines, mais distinctes²⁷¹.

Chirurgiens et médecins sont des figures importantes du monde hospitalier, dont les rôles respectifs évoluent au cours de la période moderne : les premiers passent du statut de chirurgiens-barbiers formés comme des artisans à des soignants reconnus comme tels par le pouvoir royal et recevant une formation, notamment universitaire à partir de 1756,²⁷² les seconds abandonnent la figure du savant lettré, mais soignant incompetent, pour celle du praticien de la santé qui s'impose dans le monde hospitalier²⁷³. Ces changements, qui touchent particulièrement au rapport que les soignants occupent vis-à-vis du corps, se traduisent

²⁷⁰ Jean Leclercq, « Le cloître est-il une prison? », *Revue d'ascétique et de mystique*, 47 (1971) p. 407-420.

²⁷¹ La définition des rôles médicaux de ces acteurs dans les hôpitaux d'Ancien Régime est abordée dans le chapitre 5 : « 5.1. Des acteurs au savoir reconnu »

²⁷² François Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris, Seuil, 1995, p. 39.

²⁷³ Pour le détail de l'évolution des fonctions de chirurgiens et de médecins, voir chapitre 5 : « 5.1. Des acteurs au savoir reconnu »

notamment par l'encadrement de leur formation²⁷⁴ et la codification de leur présence dans les hôpitaux.

En Auvergne et en Nouvelle-France, les sources ne font pas mention de médecins logés à l'hôpital. En Auvergne, ils semblent correspondre au portrait qu'en dresse François Lebrun²⁷⁵, c'est-à-dire des membres de l'élite locale, qui exercent leur art dans les maisons des particuliers malades, et parfois à l'hôpital, selon les besoins. Le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand de 1749 est la première source qui nous permette d'identifier la présence d'un médecin dans l'établissement, et le premier qualificatif qui lui est attribué est celui d'« externe »; il n'est « pas absolument sujet du règlement »²⁷⁶ et sa présence dans l'hôpital se limite aux heures de ses visites pour s'assurer de l'état de santé des malades, mais aussi de celle des « Officiers, Garçons, servantes & Valets de la Maison, s'il y en avoit de malades [...] leur service étant nécessaires [sic] pour le soulagement des malades »²⁷⁷. En Nouvelle-France, où les médecins sont plus rares, une histoire de l'Hôtel-Dieu rédigée par Sœur Mondoux dresse une « liste des médecins » qui participent à la vie hospitalière entre 1642 et 1763²⁷⁸. Sur les 18 noms, 13 sont en fait qualifiés de chirurgiens (dont un père sulpicien qui « aurait occasionnellement exercé la médecine »), 3 de médecins, et pour deux, enfin, le titre n'est pas précisé. Antoine Forestier, qui exerce à l'Hôtel-Dieu au tournant du XVIII^e siècle est « un des chirurgiens les plus en vue de Montréal »; le brevet de médecine de Thimotée Silvain (Timothy Sullivan) l'autorise à « pratiquer à Montréal » : on le retrouve à l'Hôtel-Dieu de 1725 à 1730, tandis que Pierre Puibareau « demeura longtemps rue Saint-Joseph, donc à proximité de l'hôpital ». Ils ne sont donc pas logés à l'hôpital, et constituent un groupe assez similaire à celui observé à Clermont-Ferrand : des hommes qui travaillent dans toute la ville, et aussi à l'hôpital. Le même document nous apprend que Jean Martinet de Fonblanche signe

²⁷⁴ Voir chapitre 2 : « 2.1.3.2. Intervention du pouvoir royal sur la formation médicale » et chapitre 5, *Idem*.

²⁷⁵ François Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers au XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, 1995, p. 37-46.

²⁷⁶ *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand, Que les chapelains, Officiers, Servantes & Valets de cette Maison doivent observer chacun suivant leur charge ou emploi*, Clermont-Ferrand, Pierre Boutaudon, 1749, p. 19.

²⁷⁷ *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand...*, Clermont-Ferrand, Pierre Boutaudon, 1749, p. 20.

²⁷⁸ Sœur Mondoux, *L'Hôtel-Dieu, premier hôpital de Montréal*, Montréal, archidiocèse de Montréal, 1942, p. 393-394.

un contrat d'engagement comme « médecin de l'hôpital de Ville-Marie » en 1681. La pratique semble donc courante, mais il s'agit là de personnes qui vivent à l'extérieur de l'établissement.

À Paris, les comptes de l'Hôtel-Dieu pour l'année 1735 font état de 14 médecins – 7 « ordinaires » et 7 « expectants », c'est-à-dire apprentis – participant aux visites à l'Hôtel-Dieu. Rien n'indique non plus qu'ils logent sur place. Les médecins semblent donc conserver leur statut de personnages « externes » à l'hôpital, même alors que leur nombre s'accroît au cours du XVIII^e siècle. Les apothicaires, qui intègrent le monde hospitalier au cours du XVIII^e siècle, disposent également de cette grande liberté de mouvement : artisans de la ville, ils se contentent d'intervenir ponctuellement dans l'hôpital, bien que leur emploi, dès la deuxième moitié du XVIII^e siècle, puisse exiger d'eux qu'ils vivent sur place, comme le signale le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand²⁷⁹.

La place des chirurgiens suit un mouvement similaire : de l'autonomie complète à une assignation à l'hôpital. Les différences de statut étaient peu évidentes entre médecins et chirurgiens en Nouvelle-France, et ces derniers vivent comme on l'a vu plus haut, à l'extérieur de l'hôpital. À Clermont en revanche, le règlement de l'Hôtel-Dieu de 1749 nous montre que, vers la fin de notre période, on attend du chirurgien une présence plus constante : « il est choisi entre les aspirants à cette place par Mrs. Les Administrateurs qui l'admettent à travailler dans la Maison où il doit demeurer deux mois »²⁸⁰. Six années de service au sein de l'Hôtel-Dieu permettent de devenir « chirurgien de la ville »²⁸¹. À la fin du XVIII^e siècle, deux à trois « garçons chirurgiens » sont formés au métier sous la tutelle du chirurgien en chef. Ils séjournent deux ans à l'Hôtel-Dieu dont ils ne peuvent sortir qu'avec l'accord du chapelain ou des « gouvernantes »²⁸². Ces mêmes limites à la liberté de circulation s'appliquent aux garçons chirurgiens à la Charité de Lyon²⁸³. Nous pouvons ainsi supposer qu'il en va de même pour la quinzaine de chirurgiens en formation à l'Hôtel-Dieu de Paris. La place dans la hiérarchie soignante détermine ainsi le degré de liberté de circulation. D'autres acteurs de la

²⁷⁹ *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand...*, p. 35.

²⁸⁰ *Ibid.*, p. 27.

²⁸¹ Le même privilège s'étend à l'apothicaire qui, après six années de service, peut devenir apothicaire de la ville. *Ibid.*, p. 35.

²⁸² *Ibid.*, p. 36.

²⁸³ BUP/46299 : *Statuts et règlements de l'Hôpital Général et Charités de Lyon*, Lyon, 1742, p. 144.

population hospitalière bénéficient toutefois de la possibilité de sortir de l'établissement soignant.

3.1.2. Les aumôniers

Les aumôniers ou chapelains participent à la vie religieuse de l'hôpital : ils sont notamment responsables de l'administration des sacrements et de la célébration de la messe. Le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, encore une fois, nous permet d'établir le cadre de leur fonction. Dans cet établissement où on compte deux « chapelains » :

Les prêtres conviendront entre eux, soit pour faciliter la pratique de leur charge, soit pour éviter à confusion, de tous les points qui concernent leurs ministère et fonction; afin qu'il n'arrive par leur faute aucun inconvénient, soit dans la célébration des Messes, aux heures ci-après prescrites, soit dans l'administration des Sacrements ou assistance aux malades, tant du jour que de la nuit²⁸⁴.

Cette présence constante est attestée à Clermont-Ferrand par les plans de l'Hôtel-Dieu de 1778 qui mentionnent des appartements pour deux « aumôniers ». À l'Hôtel-Dieu de Paris, un « logement des prêtres » est prévu sur les plans des bâtiments de 1674²⁸⁵, tandis qu'à l'Hôpital Général on note l'existence d'une « maison des prêtres » en 1785²⁸⁶. À partir de ces éléments, nous pouvons affirmer que la présence des chapelains et aumôniers est un élément normal de la vie hospitalière.

Le fait qu'ils soient logés dans l'hôpital pourrait être une manifestation de la séparation d'avec le monde qui peut accompagner la vocation religieuse, bien qu'il s'agisse ici de prêtres séculiers et non de moines. À l'instar de ce que défend Jean Leclercq, ces hommes chercheraient dans ce cas la liberté à travers une forme d'enfermement religieux. Cette hypothèse est néanmoins peu applicable lorsqu'il s'agit de l'action hospitalière. Dans le cas des aumôniers, leur logement sur place est justifié par les impératifs de leur mission. À

²⁸⁴ *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand...*, p. 6-7.

²⁸⁵ Voir chapitre 7, figure 25 : Identification de l'espace selon les fonctions soignantes et religieuses, Hôtel-Dieu de Paris, 1674.

²⁸⁶ Voir chapitre 7, figure 12 : Composition de l'Hôpital Général de Québec, 1785.

Clermont-Ferrand, le règlement nous donne quelques informations sur leurs possibilités de circulation hors de l'établissement :

Les prêtres ne sortiront jamais tous les deux en même temps pour quelque raison qu'on puisse alléguer, crainte qu'il n'arrive des accidents pendant leur absence; si celui qui sera de semaine est obligé de sortir pour quelque affaire pressante, il aura soin d'avertir l'autre de sa sortie afin qu'il y supplée²⁸⁷.

Les limites posées à leur liberté de circulation ne sont justifiées que par une considération pragmatique : s'assurer que les services qu'ils rendent ne soient pas interrompus par leur sortie.

À l'inverse des garçons chirurgiens signalés précédemment, aucune permission de sortie n'est requise. Les sources ne nous permettent pas d'établir la présence jour et nuit d'aumôniers dans l'ensemble des hôpitaux de notre enquête, mais toutes signalent leur rôle dans les activités hospitalières. L'*Ancien Journal* de l'Hôpital Général de Montréal contient ainsi une liste des « confesseurs des sœurs » et des « confesseurs des pauvres »²⁸⁸. Ces hommes sont systématiquement issus du séminaire des Sulpiciens de Montréal, et la proximité géographique entre les deux maisons justifie l'absence de logement pour eux dans l'hôpital. L'Hôtel-Dieu de Montréal et celui de Québec ne disposent apparemment pas de logements pour les prêtres non plus, mais, là encore, la petite taille des deux villes sous le régime français et la proximité de communautés masculines – les Sulpiciens à Montréal, les Jésuites à Québec – rend le besoin de loger les prêtres moins urgent. La situation de l'Hôpital Général de Québec à l'extérieur de la ville²⁸⁹ justifie en revanche la nécessité d'un logement pour les aumôniers. Les exemples canadiens montrent que le logement des prêtres dans l'hôpital n'est pas un phénomène systématique et mettent en évidence que leur hébergement dans les autres cas ne représente pas une limite à leur liberté de circulation, mais plutôt une aide dans la réalisation de leurs tâches.

²⁸⁷ *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand...*, p. 7.

²⁸⁸ ASGM : *Ancien Journal* vol. 2, p.82.

²⁸⁹ Voir annexe 14 : Situation des hôpitaux de la ville de Québec.

Les aumôniers jouissent des mêmes possibilités de se déplacer que les soignants laïcs que nous venons d'évoquer et, comme pour les chirurgiens, c'est la nature de leur fonction dans l'hôpital qui justifie qu'ils y soient parfois logés.

3.1.3. Les malades libres

La liberté de franchir, dans un sens ou dans l'autre, les portes de l'hôpital n'est pas uniquement l'apanage des soignants ou des aumôniers : une part importante des usagers des hôpitaux en jouissent également. Entrer dans l'hôpital n'est pas pour autant synonyme de coercition pour tous les usagers, et la sortie n'est pas nécessairement entravée par des règlements. Parmi la diversité des pensionnaires des hôpitaux, celles et ceux désignés sous le terme de « malades » n'évoluent pas dans un environnement coercitif. Il s'agit pour l'essentiel de personnes venues chercher secours dans un établissement de soins, généralement l'Hôtel-Dieu le plus proche.

Pour les établissements d'Auvergne, nous disposons surtout d'informations pour la deuxième moitié du XVIII^e siècle. Joseph Coiffier trace un tableau de « L'état des hôpitaux, hôtels-Dieu et maisons de charité de la généralité de Riom en 1776 »²⁹⁰ qui met en évidence le décalage important qui existe entre le nombre de lits disponibles dans chaque établissement, et le grand nombre de malades reçus. Cette différence s'explique de deux manières : la pratique courante de coucher les malades à plus d'un par lit²⁹¹ et surtout la relative brièveté des séjours hospitaliers. En effet, on compte, pour l'année 1776, 350 malades reçus à l'Hôtel-Dieu de Riom pour 60 lits, et 1785 malades à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour 160 lits. Ces données permettent d'estimer qu'un lit sert en moyenne à 6 malades par an à l'Hôtel-Dieu de Riom, et à 11 malades par an à Clermont-Ferrand, ce qui indiquerait des séjours à l'hôpital plus courts dans cette dernière ville. L'analyse du registre des entrées de l'Hôtel-Dieu de Clermont pour

²⁹⁰ Joseph Coiffier, *L'assistance publique dans la généralité de Rion au XVIII^e siècle*, Clermont-Ferrand, Dumont, 1905, p. 67-71.

²⁹¹ Voir chapitre 4 : « 4.2.2. Surpopulation des salles de soin ».

l'année 1778 permet de préciser la durée du séjour des malades : 76 % d'entre eux y demeurent moins de trois semaines et un peu plus de la moitié de ceux-ci (56 %) uniquement deux semaines. Seuls 20 % des malades sont accueillis pendant plus d'un mois. Enfin, le taux de mortalité à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand est établi à 8 % pour l'année 1778, et varie entre 8 % et 10 % entre 1764 et 1790. La population de l'établissement est conforme à la pyramide des âges de l'Ancien Régime, c'est-à-dire plutôt jeune, puisque les trois quarts des patients admis cette même année ont entre 10 et 39 ans. Ces chiffres sont révélateurs de la « thérapeutique alimentaire » définie par Marie-Claude Dinet-Lecomte, c'est-à-dire un séjour relativement court permettant surtout aux malades de se reposer et de se nourrir²⁹². L'afflux de malades n'est pas constant au cours de l'année, et l'Hôtel-Dieu de Clermont reçoit plus de malades l'été, alors que les risques d'épidémies sont les plus grands, que l'hiver, quand les conditions climatiques rendent l'accès à l'hôpital difficile pour les habitants des campagnes des alentours. Enfin, soulignons le déséquilibre entre hommes et femmes, puisque l'Hôtel-Dieu de Clermont reçoit 63 % d'hommes pour 37 % de femmes²⁹³.

En Nouvelle-France, le travail de François Rousseau nous permet de tracer un portrait de la population des malades à la fin du XVII^e siècle²⁹⁴. L'historien estime qu'en 1672 on peut compter une cinquantaine de lits dans l'Hôtel-Dieu, répartis entre deux salles. Entre le 1^{er} juin 1689 et le 31 décembre 1698, l'historien dénombre 3297 hommes et 1765 femmes, et 17 personnes au sexe non indiqué, admis dans l'Hôtel-Dieu. À partir de ces chiffres détaillés, pouvons évaluer à 597 le nombre de malades (hommes et femmes confondus) reçus en un an. Ce chiffre, divisé par le nombre de lits disponible – une cinquantaine – nous permet d'estimer qu'en moyenne, un même lit sert à 12 malades au cours d'une année ce qui rend crédible une durée moyenne de séjour d'un mois. Évidemment, cette méthode de calcul ne permet pas une

²⁹² Marie-Claude Dinet-Lecomte, « Les faux-semblants et les avatars de l'enfermement à l'époque moderne », dans Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre et Élisabeth Lusset (dir), *Enfermements...*, p. 275-288.

²⁹³ AD63/2HDEP/3333 : « État de la situation de l'Hôtel-Dieu en 1790 »; AD63/2HDEP/3405 : « registres des entrées de l'Hôtel de Clermont-Ferrand, 1778 »; Philippe Bourdin, « Le nouvel Hôtel-Dieu de 1773 à l'Empire », dans Bernard Dompnier (dir.) *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2015, p. 94-98.

²⁹⁴ François Rousseau, « Hôpital et société en Nouvelle-France : L'Hôtel-Dieu de Québec à la fin du XVII^e siècle », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 31, 1 (1977), p. 29-47.

analyse fine de la durée des séjours hospitaliers, mais la proximité entre nos résultats et ceux que les sources métropolitaines permettent d'obtenir nous font considérer comme probable cette durée moyenne de séjour, et nous montrent que l'hôpital dispose de cette capacité de roulement. Il faut toutefois prendre en compte les variations saisonnières, et le rythme de l'arrivée des navires, ce qui se traduit par un surcroît de travail à l'Hôtel-Dieu lors de l'arrivée dans l'hôpital de marins et voyageurs malades après la longue traversée transatlantique²⁹⁵. En excluant la catégorie des militaires et des marins de ses calculs, Rousseau obtient une courbe de l'admission de la population coloniale somme toute semblable à celle de la population auvergnate : plus d'admissions l'été que l'hiver. La rigueur de l'hiver canadien ne semble pas influencer outre mesure le nombre d'hospitalisations, les problèmes de santé hivernaux ne différant pas de ceux que l'on rencontre en Auvergne. François Rousseau détermine le taux de mortalité masculine à 7,5 % et féminine à 4,2 % à la fin du XVII^e siècle.²⁹⁶

Paris offre un tableau très différent, ne serait-ce qu'en raison de la taille de ses établissements. Jacques Tenon, dans son *Mémoire des hôpitaux de Paris* publié en 1788, évalue le nombre de malades reçus dans plusieurs hôpitaux de France, et en conclut, chiffres à l'appui, qu'« aucun de ces hôpitaux, à l'exception de celui de Lyon, ne rassemble autant de malades qu'en renferme une seule salle de l'Hôtel-Dieu de Paris »²⁹⁷. L'évolution du nombre de malades au cours de la période étudiée est en effet importante. Tenon estime entre 800 et

²⁹⁵ « En 1692, près de 500 soldats venus compléter les effectifs de différentes compagnies ont été entassés sur les navires; 35 meurent en cours de route et une bonne partie des 426 débarqués à Québec doivent se faire hospitaliser. Les premiers sont transportés à l'Hôtel-Dieu le 14 juillet, des 161 hommes admis au cours du mois, 142 l'ont été entre le 14 et le 31 alors que 113 autres sont hospitalisés en août. Hommes et femmes compris, les hospitalières ont dû soigner 211 malades en juillet et 212 en août. Pourtant seuls les plus atteints avaient été hospitalisés. Ces entrées massives représentent un surcroît de travail énorme pour les religieuses. La moyenne mensuelle des admissions se trouve alors multipliée par 5,6 en juillet et par 3,9 en août ». François Rousseau, « Hôpital et société en Nouvelle-France... », p. 34.

²⁹⁶ « L'argument des chantres du climat rude ne nous convainc pas : la morbidité était différente en hiver, elle n'était pas moins élevée. Grippe, bronchites, et toutes les maladies des voies respiratoires; engelures sévères nécessitant parfois l'amputation donc l'hospitalisation; scorbut, qui réapparaît ici et là chaque année, voilà les maladies que les médecins et les chirurgiens rencontrent durant la saison hivernale. Dans bien des cas, l'hospitalisation n'était pas nécessaire. Du moins pouvait-on en retarder l'échéance. » François Rousseau, « Hôpital et société en Nouvelle-France... », p. 36; Toby Gefland, « Medicine in New France », dans Ronald Numbers, *Medicine in the New World : New Spain, New France, and New England*, Knoxville, University of Tennessee Press, 1987, p. 77-79.

²⁹⁷ Jacques Tenon, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Méquignon, 1788, p. 180.

900 le nombre de malades accueillis en 1651, 1 800 pour l'année 1663, 2 500 en 1765 et 4 000 en 1786 pour revenir aux alentours de 2 500 en 1788. Pour l'année 1788, il compte 600 lits disponibles pour les hommes – 378 « grands » et 222 « petits » – et 619 pour les femmes – 355 « grands » et 264 « petits »²⁹⁸. Le taux de mortalité est estimé à 20 %, donc beaucoup plus élevé qu'en Auvergne ou au Canada²⁹⁹, ce qui pourrait s'expliquer par le nombre important de malades et leur entassement dans les salles. De plus, à l'inverse des situations auvergnates ou canadiennes, dans des situations de pauvreté l'accès aux produits de la terre, les possibilités de subsistance sont plus rares en ville. Enfin, comme on a pu le signaler pour les autres régions, les malades ne se rendent pas forcément jusqu'à l'hôpital lorsque celui-ci est éloigné de leur domicile. On peut donc envisager que, dans certains cas, les habitants d'Auvergne ou du Canada décèdent chez eux quand les habitants de Paris meurent à l'Hôtel-Dieu. Le taux de mortalité parisien s'expliquerait donc par une population plus nombreuse, plus pauvre, et pour qui le recours à l'Hôtel-Dieu est plus aisé.

Les malades qui choisissent de se rendre à l'Hôtel-Dieu sont acculés par les circonstances : ils sont blessés et ne peuvent travailler, ou sont malades et affaiblis. En 1790, un administrateur de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand note « que le nombre de morts excède de très peu un douzième des malades; il serait bien inférieur, si les gens de la campagne n'étaient dans la mauvaise habitude de n'y venir que lorsque la maladie a tellement empiré, qu'elle n'est souvent désespérée »³⁰⁰. Les raisons de réticences de la population à se rendre à l'hôpital sont nombreuses : distance à parcourir, manque à gagner pendant l'hospitalisation, ou encore doutes sur l'efficacité des thérapeutiques proposées. Il semble toutefois évident que ni l'entrée dans l'hôpital ni sa sortie ne se font sous la contrainte ou la menace. Certaines personnes se voient toutefois refuser l'entrée de l'hôpital. Les *Constitutions* des Hospitalières Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris interdisent ainsi l'entrée dans l'établissement à toute une catégorie de personnes :

²⁹⁸ Les « grands lits » peuvent coucher 4 à 6 personnes, tandis que les petits sont conçus pour être des lits individuels.

²⁹⁹ Toby Gefland, « Medicine in New France », dans Ronald Numbers, *Medicine in the New World ...* p. 87.

³⁰⁰ Philippe Bourdin, « Le nouvel Hôtel-Dieu de 1773 à l'empire », dans Bernard Dompnier (dir.) *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, ...*, p. 97.

Nous deffendons — estroitement & a perpétuité à toutes les Religieuses de cet ordre, de ne recevoir à jamais des hommes malades en leurs hôpitaux. Mais elles recevront seulement les pauvres filles & femmes qui ne sont point malades de maladies incurables, ny ne recevront point de femmes grosses d'enfants, & maladies pestilencieuses, comme peste, flux de sang, petite verole, chancre, taigne, epidimie, folies, ou maladie d'esprit, où il n'y a point de remède grosse verole, ou chose approchant d'icelle, mal caduc, escrouelles, & autres playes chancreuses, comme maux qu'on appelle feu de Saint Antoine, ou feu sacré³⁰¹.

Alors que le refus de recevoir des hommes est rapidement contourné³⁰², l'interdiction d'autres catégories de patients se retrouve tout au cours de la période. Ceux-ci sont alors dirigés vers d'autres établissements, ce qui nous permet de déceler la spécialisation progressive des établissements hospitaliers³⁰³. Le choix des établissements soignants de refuser l'entrée à certains malades constitue ainsi une première limite à la liberté d'entrée à l'hôpital pour des malades. La deuxième peut être identifiée durant les périodes d'épidémies. En effet à cette occasion, l'hôpital où se déclenche l'épidémie est fermé, interdisant à toute personne qui ne soit pas soignante d'y pénétrer ou d'en sortir, de manière à limiter la propagation de la maladie³⁰⁴. Toutefois, ces deux limites s'appuient tantôt sur le rôle de l'établissement, tantôt sur des considérations médicales, mais elles n'entravent pas de manière systématique les possibilités de circulation des malades.

Pour l'ensemble de ces catégories, l'hôpital ne se présente pas comme des murs infranchissables, mais comme un lieu ouvert dont les portes peuvent être franchies selon les nécessités, que l'on se trouve du côté des agents ou des usagers de l'institution. Pourtant, l'ouverture de l'hôpital vers le monde ne correspond pas à une réalité pour toutes les personnes qui s'y trouvent.

³⁰¹ Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à..., p. iii.

³⁰² Voir chapitre 6 : « 6.2. Les Hospitalières et les malades : soigner les hommes? »

³⁰³ Voir chapitre 5 « Pratiques de santé et de guérison ».

³⁰⁴ Les questions des épidémies et de la contagion sont traitées dans le chapitre 5 : « 5.3. Le cas de la contagion ».

3.2. Entrer librement, sortir sous contrôle

3.2.1. Les Hospitalières : lier la clôture à l'hôpital

La question de la liberté de circulation dans le monde hospitalier prend une résonance particulière lorsqu'il est question des Hospitalières. En effet, la résolution de l'Église de la Réforme catholique de renforcer la clôture pour les communautés féminines entre en conflit avec la volonté d'action de celles-ci. Comment la clôture s'accorde-t-elle avec la réalité hospitalière? Contrairement aux soignants laïcs et même aux aumôniers, les Hospitalières sont systématiquement logées dans les hôpitaux et constamment présentes.

En s'appuyant sur l'existence ou non de vœux formels, Marie-Claude Dinet-Lecomte distingue trois catégories d'Hospitalières : les laïques sans vœux, les filles séculières qui prononcent des vœux privés, et les religieuses hospitalières qui prononcent des vœux formels. Lorsque l'on observe ces mêmes Hospitalières sous l'angle de la clôture, le lien entre la présence des vœux et le respect de la clôture apparaît de manière évidente. On peut alors distinguer deux pôles, constitués d'une part par les Filles de la Charité de Vincent de Paul et d'autre part par la nébuleuse des Augustines, entre lesquels les communautés tentent de définir leur place.

Les communautés d'Hospitalières laïques, c'est-à-dire de femmes qui n'ont pas d'obligation juridique de se plier aux exigences de l'Église, tendent à disparaître au cours du XVIII^e siècle. Notre étude n'en décèle qu'un exemple : les premières années de l'association de Marguerite d'Youville et de ses compagnes entre 1737 et 1747. L'aspect tardif de cette situation s'explique par le contexte colonial. Il s'agit ici comme ailleurs de veuves dévotes qui s'associent dans un but charitable. Il est toutefois intéressant de remarquer que leur prise en charge de l'Hôpital Général est conditionnée par leur transformation en une congrégation formelle, à la demande des autorités du diocèse, dans laquelle les membres prononcent des vœux et respectent une forme de clôture.

En effet, la majeure partie de ces associations laïques adopte en France, au cours des XVII^e et XVIII^e siècles, la forme de congrégations structurées selon des termes acceptables par les autorités locales. Parmi les nuées de modèles congréganistes, le système mis en place par Vincent de Paul à travers les Filles de la Charité se détache. En effet, les Filles de la

Charité telles qu'elles sont conçues par Vincent de Paul ne constituent pas initialement une main d'œuvre pour les hôpitaux. Il s'agit plutôt d'une congrégation de femmes œuvrant dans les campagnes. Soucieux de leur permettre de conserver la liberté de mouvement nécessaire à leur action et de ne pas les voir subir le sort des *English Ladies*³⁰⁵, le fondateur définit dans ses conférences une forme de spiritualité adaptée à la vie charitable, qui se passe de la clôture sous sa forme matérielle pour devenir une attitude individuelle :

De sorte, mes filles, que l'obéissance vous sert de murailles. Voilà qui est beau. Une fille servira les malades dans une paroisse. Si elle s'appartenait, elle ne ferait point de difficulté d'aller tantôt en un lieu, tantôt en un autre, chez une dame de sa connaissance, chez sa parente, ou de s'arrêter aux lieux où ses occupations rappellent plus que la nécessité des affaires le requiert. La sainte obéissance la retient de tout cela; elle ne va simplement que là où le travail l'exige et ne perd point de temps en visites inutiles. N'est-ce pas, ma fille, c'est bien ce que vous pensez quand vous dites que les religieuses ont des cloîtres, mais que les Filles de la Charité n'ont que l'obéissance? Ah! estimez-vous qu'une Fille de la Charité qui observe bien l'obéissance, fasse aussi bien qu'une religieuse dans son cloître? Oui, mes filles, vous en êtes assurées³⁰⁶.

Dans ce modèle initial, ni la vie en communauté, ni les vœux, ni l'habit religieux, ni enfin la clôture ne sont présents, ce qui rapproche sur le plan de l'apparence et de la loi les Filles de la Charité des groupes de laïques précédemment évoqués. Toutefois, dès 1640, l'attrait du mode de vie de religieuse se fait sentir, et la congrégation se dote d'un règlement, de l'obligation de dévotions quotidiennes et de la prononciation de vœux privés³⁰⁷. Dans notre étude, nous ne rencontrons qu'un seul groupe de Filles de la Charité : celles qui opèrent à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand à partir de 1672 et jusqu'à une date inconnue. Toutefois, on peut rattacher à ce modèle de congrégation sans clôture les Hospitalières de Saint-Joseph de la Flèche, fondées en 1643 par Jérôme le Royer de la Dauversière pour servir l'Hôtel-Dieu de Montréal. Cette congrégation d'Hospitalières ne

³⁰⁵ Laurence Lux-Sterritt, « Mary Ward et sa Compagnie de Jésus au féminin dans l'Angleterre de la Contre-Réforme », *Revue de l'histoire des religions*, 3 (2008) p. 393-414.

³⁰⁶ Vincent de Paul, « Conférence du 7 août 1650 sur l'obéissance », Pierre Coste (éd.), *Correspondance, Entretiens, documents*, T.9, Paris, Librairie Lecoffre p. 514.

³⁰⁷ Élisabeth Rapley, *Les dévotes : les femmes et l'Église en France au XVII^e siècle*, Montréal, Bellarmin, 1995, p. 129.

prononce pas de vœux solennels, et n'est pas astreinte à la clôture. Bien que le modèle congréganiste soit minoritaire au sein de notre étude, il n'en est pas moins très répandu dans l'ensemble du paysage hospitalier français³⁰⁸. Nous postulons que la dimension scandaleuse, et potentiellement conflictuelle, qui résulte de l'absence de clôture, est contrebalancée par le logement des Hospitalières à l'intérieur des hôpitaux. Ainsi, à l'instar des aumôniers par exemple, les occasions de sortir sont réduites et la liberté de circulation, si elle existe légalement, n'est pas visible au quotidien. Cet enfermement volontaire derrière les murs de l'hôpital rend apparemment inutile le besoin de renforcer les règles sous lesquelles vivent les Hospitalières. Toutefois, cette hypothèse semble plus adaptée à la métropole qu'au territoire colonial. Comme on l'a détaillé précédemment³⁰⁹, les Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal se voient progressivement imposer par le futur évêque de la colonie, François de Laval, la règle de saint Augustin au nom de l'unité des communautés religieuses du diocèse de Québec. Cette règle leur impose la prononciation de vœux solennels et la clôture, transformant de fait la congrégation des Hospitalières de Saint-Joseph en religieuses Hospitalières de Saint-Augustin.

Les Augustines constituent la plus importante famille de religieuses Hospitalières. Sous ce nom d'Augustines est subsumée toute une variété de communautés hospitalières. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un ordre, mais d'un ensemble de communautés hospitalières féminines qui adoptent la règle de Saint Augustin, volontairement ou poussées par les événements. Cette règle ancienne est appliquée de façon très variable d'un lieu à un autre, mais elle conserve quelques caractéristiques qui la distinguent des associations laïques ou séculières : le port d'un vêtement particulier, la prononciation de vœux solennels et le respect de la clôture. Dans le cas de ces communautés, le respect de la clôture prend la forme d'une exigence particulière : l'aménagement d'un monastère à l'intérieur des murs de l'établissement hospitalier pour permettre à la communauté de respecter sa mission, le soin des malades, tout en respectant les impératifs de la vie religieuse féminine. Dans le cadre de notre

³⁰⁸ Marie-Claude Diné-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La charité en action*, Paris, Honoré Champion, 2005, p. 59-99

³⁰⁹ Voir chapitre 2 : « 2.3.2. Direction des Hospitalières ».

étude, des Augustines sont présentes à l'Hôtel-Dieu de Paris³¹⁰, à l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général Riom et de Clermont-Ferrand jusqu'en 1670³¹¹ ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général de Québec³¹².

La clôture des Hospitalières n'est pas uniforme, et varie selon les statuts des communautés. Les Augustines respectent ainsi une clôture plus ferme que les Filles de la Charité, congrégation initialement pensée sans clôture³¹³. Néanmoins, à travers les exemples de notre corpus, on remarque que le modèle de vie des Augustines, c'est-à-dire le plus attaché à la tradition religieuse, est très présent dans notre échantillonnage sans néanmoins étouffer le modèle congréganiste, notamment grâce au succès des Filles de la Charité. Toutefois, la pratique fréquente de loger les Hospitalières dans l'hôpital même lorsqu'il ne s'agit pas de religieuses exigeant un cloître tend à rendre caduque la question du respect de la clôture, puisque la transgression du contact avec les personnes laïques n'est pas visible. Dans le cas des Hospitalières, « on s'enferme pour mieux agir sur le monde »³¹⁴. Soulignons enfin que certaines communautés d'Hospitalières choisissent d'intervenir à l'intérieur de l'hôpital tout en répondant aux besoins de soins et de charité à l'extérieur. Comme le montre le cas des Filles de la Charité, les deux types d'action participent du même engagement charitable. Le règlement des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu du Puy-en-Velay est ainsi copié sur celui d'une congrégation de la paroisse de Chomelix qui doit « fournir ou procurer autant qu'elles le pourront, le Bouillon ou autre nécessités aux pauvres malades, tant à ceux qui le seront dans maisons particulières »³¹⁵. Toutefois, le fait de remplir les deux types de missions se raréfie au cours de la période. Le testament de l'évêque du Puy en 1720 fait ainsi « le don de [...] 5000

³¹⁰ *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris...* 1635.

³¹¹ Jean-Luc Fray, « Des origines hospitalières à la fondation de l'Hôtel-Dieu », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, ...*, p. 51.

³¹² Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec, 1692-1764*, Montréal, Fides, 1971; François Rousseau, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec (1639-1989)*, T.1, Sillery, Septentrion, 1989.

³¹³ Voir chapitre 4 : « 4.3. Le corps des religieuses ».

³¹⁴ Marie-Claude Dinot-Lecomte, « Les faux-semblants et les avatars de l'enfermement à l'époque moderne », dans Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre et Élisabeth Luset (dir.), *Enfermements...*, p. 280.

³¹⁵ AD43/HSUP/2E10/s.d. : *Autres articles concernant les sœurs au service des pauvres malades de la paroisse de Chomelix*.

livres [...] pour la construction du nouvel hôpital, et institue pour son héritier universel l'Hôpital Général, à condition que le tiers de sa succession sera employé pour l'Œuvre du Bouillon et que celle-ci sera administrée par les dames de la Charité et non par le bureau de l'Hôpital Général »³¹⁶. À Montréal, la possibilité de visites à domicile est envisagée dans les premiers textes des Sœurs Grises, mais rien de tel n'apparaît dans les règlements de la fin du XVIII^e siècle³¹⁷. L'augmentation de la taille des hôpitaux pourrait justifier cette tendance au repli des Hospitalières vers l'intérieur des hôpitaux, mais l'attrait du mode de vie de religieuse est aussi un facteur non négligeable. Ainsi, la clôture remise en cause par certaines initiatives du XVI^e siècle jusqu'au début du XVII^e siècle, continue cependant d'exercer une attirance certaine, parfois dès le XVII^e siècle et plus encore au XVIII^e siècle, puisque son application permet d'accéder à la dignité de religieuse.

Les limites à la liberté de circulation des Hospitalières sont donc imposées par leur condition religieuse, les exigences de l'Église et des élites locales à leur égard, et par leur propre attirance pour une forme de vie monastique compatible avec leur mission soignante et charitable. En effet, il faut prendre en compte les raisons pour lesquelles la liberté de circulation des personnes présentes dans l'hôpital est susceptible d'être entravée. La place qu'occupent les Hospitalières, soignantes importantes et respectées dans l'organisation de l'hôpital, n'est ainsi pas remise en cause du fait de leur enfermement religieux.

3.2.2. Personnel laïc

Le personnel soignant des hôpitaux se compose à la fois des soignants laïcs qui ne résident pas dans l'hôpital et que nous avons évoqués précédemment – médecins, apothicaires, chirurgiens –, des Hospitalières qui sont logées dans l'établissement, et enfin d'un personnel laïc des deux sexes qui est, lui aussi, fréquemment hébergé sur place. Les hommes sont désignés sous les termes de « domestiques » ou « valets », les femmes sont les « filles de salles ». Les traces de ce personnel laïc, qui seconde ou supplée les Hospitalières, sont ténues

³¹⁶ AD43/HSUP/2B176 : Succession Claude de la Roche-Aymon.

³¹⁷ ASGM : *Recueil de règles et constitution à l'usage des filles séculières administratrices de l'Hôpital Général de Montréal dites sœurs de la Charité, recueilli sur les anciens titres et usages de la Communauté divisé en trois parties*, à Montréal, 1781.

dans les archives. Nous pouvons toutefois déterminer, grâce aux plans des hôpitaux, qu'il est fréquemment logé sur place. C'est le cas à l'Hôtel-Dieu de Québec, où un logement des domestiques est construit en 1739³¹⁸ et à l'Hôtel-Dieu de Montréal qui possède un lieu équivalent dès 1695. Les établissements canadiens ne semblent pas employer de femmes laïques correspondant à cette catégorie, le nombre de religieuses étant suffisant pour dispenser les soins à la population accueillie. Les hommes répondent en revanche aux besoins des communautés féminines chargées de soigner des hommes puisque la « décence » demande à ce que des femmes, fussent-elles religieuses, évitent de toucher des corps d'hommes, même si le contexte colonial ou les moments de crise peuvent amener à briser cet interdit³¹⁹.

Les plans de l'Hôtel-Dieu de Paris de 1760³²⁰, comme ceux de Clermont-Ferrand datés de 1778, ne montrent que des logements destinés aux employées féminines³²¹. Le règlement clermontois l'Hôtel-Dieu sans l'accord de « la Demoiselle à qui ils obéiront » ou à défaut de l'économe³²². Le règlement étant antérieur au nouvel établissement, auquel correspondent les seuls plans conservés, il est possible que les domestiques masculins aient été logés dans l'ancien Hôtel-Dieu et que la situation ait évolué avec la construction de nouveaux bâtiments qui sont utilisés à partir de 1772. Qu'ils soient logés sur place ou non, il semble toutefois que leur liberté de franchir les portes de l'hôpital soit soumise à l'autorité des Hospitalières, comme dans le cas des élèves chirurgiens que l'on a signalé précédemment. Il existe donc à l'intérieur des hôpitaux une catégorie de soignants et de soignantes laïcs dont la liberté de circulation dépend de l'autorité des Hospitalières. Leur présence dans l'hôpital est directement liée à leur fonction soignante. On prendra soin toutefois de distinguer les élèves chirurgiens – qui gagneront en liberté de circulation avec l'aboutissement de leur formation – des soignants non spécialisés pour qui cette condition semble permanente. De plus, alors que dans les hôpitaux métropolitains de la fin de notre période, les hommes soignants laïcs ne sont pas

³¹⁸ Voir chapitre 7, figure 24 : Identification de l'espace hospitalier selon les fonctions soignantes et religieuses, évolution de l'Hôtel-Dieu de Québec.

³¹⁹ Renald Lessard, *Pratique et praticiens en contexte colonial : le corps médical canadien aux 17^e et 18^e siècles*, thèse de doctorat (histoire), Université Laval, Québec, 1994, p. 303.

³²⁰ Voir chapitre 7, figure 19 : Répartition de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Paris, 1760.

³²¹ Voir chapitre 7, figure 20 : Répartition de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778.

³²² *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand, Que les chapelains, Officiers, Servantes & Valets de cette Maison doivent observer chacun suivant leur charge ou emploi*, Clermont-Ferrand, Pierre Boutaudon, 1749, p. 59.

systématiquement logés, les femmes, elles, le sont. La question de la liberté de circulation prend alors une dimension genrée.

3.3. L'enfermement hospitalier

L'enfermement hospitalier répond à l'idée de Grand Renfermement attachée aux Hôpitaux Généraux. Le public des Hôpitaux Généraux serait donc celui qui subirait la plus forte privation de liberté, en étant enfermé et maintenu contre son gré à l'intérieur de ces institutions. La situation réelle des hôpitaux d'Ancien Régime est plus nuancée.

La composition précise du public des Hôpitaux Généraux est généralement moins bien connue que celle des Hôtels-Dieu. Comme la plupart des personnes qui y sont présentes y effectuent des séjours longs, le nombre de registres d'entrée est moins important, et peu nous sont parvenus. Il s'agit, pour reprendre les mots de Marie-Claude Dinet-Lecomte, d'une histoire « lente, mais pas immobile »³²³.

Les règlements de ces institutions permettent de définir les caractères de ce public. Le règlement de l'Hôpital Général de Paris de 1656 définit « Tous les pauvres mendiants valides & invalides [...] de l'un & de l'autre sexe » comme usagers de cet établissement. L'Hôpital Général de Clermont-Ferrand est destiné aux « mendiants valides de l'un et l'autre sexe ». Enfin, à Montréal, dès les premières années de la prise en charge de l'Hôpital Général par les Sœurs Grises, le public de l'établissement est divers : « On vit bientôt cette maison pleine d'infirmes, et de nécessiteux en toutes sortes de façons, de tous les âges, de tous les sexes, et de toutes les conditions »³²⁴. De fait, il s'agit d'un public très varié, composé d'hommes et femmes, de valides et d'invalides, de mendiants, d'orphelins. La diversité des catégories de personnes s'explique par l'évolution de ces établissements depuis leur but originel – la répression de la pauvreté et de la mendicité – vers un rôle social correspondant aux besoins

³²³ Marie-Claude Dinet-Lecomte, « Les faux-semblants et les avatars de l'enfermement à l'époque moderne », Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre et Élisabeth Luset (dir.), *Enfermements, le cloître et la...* p. 275-288.

³²⁴ APSSM/P1-13.2-23 : *Recueil des Règles et Constitutions des Frères Charon, des religieuses de l'Hôpital Général, mars 1692-28 février 1790*, p.33.

des villes. Les pauvres du lieu sont donc accueillis en priorité. Ainsi, à Riom, les administrateurs de l'Hôpital Général établissent le 13 avril 1658, c'est-à-dire dans les premières années d'existence de l'institution, que chaque personne souhaitant y entrer devrait motiver sa demande, résider depuis au moins trois années dans la ville de Riom, et ne souffrir d'aucune maladie contagieuse. La décision finale revient aux douze administrateurs : au moins neuf d'entre eux doivent donner leur accord pour que le postulant soit reçu dans l'institution³²⁵. Le processus riomois corrobore les conclusions de Marie-Claude Dinet-Lecomte sur l'Hôpital Général de Blois, qu'elle décrit comme « un hospice dont les places sont recherchées par une majorité de Blésois »³²⁶.

La situation coloniale offre une situation différente en raison de la présence importante de soldats hébergés à l'Hôpital Général de Québec. L'institution entretient entre 30 et 50 pauvres depuis sa fondation en 1694 et durant la première moitié du XVIII^e siècle. Micheline d'Allaire estime à une vingtaine le nombre moyen de soldats hébergés annuellement à l'Hôpital Général jusqu'en 1750. Toutefois, à partir de 1755, l'incendie de l'Hôtel-Dieu cause le transfert des malades vers l'Hôpital Général. Et c'est surtout en 1757, sous l'effet de l'intensification des tensions entre la France et l'Angleterre autour du territoire canadien, que le rythme d'admission change radicalement :

Le 30 juillet, le curé Récher de Québec rapporte, dans son *Journal*, que le nombre de malades, matelots et soldats, transportés à ce jour à l'Hôpital, s'élève à 420; on les place aux dortoirs, au noviciat et dans l'église. Le lendemain, on en amène encore 80. Le 2 août suivant, Récher inscrit dans son *Journal*, 530 malades, soldats ou matelots, arrivés de France et conduit à l'Hôpital [...] le bilan des inhumations pour 1757 se porte à 491³²⁷.

L'évolution des Hôpitaux Généraux s'accompagne donc de la remise en cause de leur mission de répression. Ils prennent la forme de lieu d'accueil pour les plus pauvres sur

³²⁵ Sylvain Cornu, *L'Hôpital Général de Riom à l'époque moderne*, mémoire de maîtrise (histoire) Université Blaise Pascal, 1989, p. 43

³²⁶ Marie Claude Dinet-Lecomte, « L'assistance et les pauvres à Blois aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Histoire économie et société*, 8, 1 (1989) p. 6; voir aussi Pierre Dufay (éd.), « Journal d'Isaac Girard (1722-1724) », *Mémoires de la société des sciences et lettres de Loir-et-Cher*, 23 (1913), p. 59-207.

³²⁷ Micheline d'Allaire, *L'Hôpital-Général de Québec...*, p. 125.

l'ensemble du territoire, et se modifient selon les circonstances politiques du contexte colonial. Bien que les articles de lois réprimant la mendicité et condamnant à l'enfermement demeurent en vigueur, leur application est très limitée. À la Charité de Lyon par exemple – l'Hôpital Général de la ville – les visites et les sorties des pensionnaires sont attestées³²⁸. Le public des Hôpitaux Généraux n'est donc pas à proprement parler enfermé : il s'agit plutôt de vieillards et d'orphelins de la ville qui entrent dans l'établissement par nécessité, et y demeurent faute de mieux. L'exemple de Québec met de plus en évidence la plasticité de ces institutions hospitalières et leur capacité d'adaptation aux circonstances locales.

3.3.1. Enfermement autoritaire et justice genrée

Les Hôpitaux Généraux jouent toutefois, dans certains cas, le rôle de relais du système judiciaire. Ainsi, l'étude de la population hospitalière d'Ancien Régime n'est complète que si on y ajoute les personnes enfermées sur décisions de justice. Maillon du système des peines de la justice d'Ancien Régime, l'enfermement à l'Hôpital Général est une peine genrée, au sens où elle touche différemment les hommes et les femmes.

Dans notre corpus d'archives, les situations où des hommes sont condamnés à être enfermés à l'Hôpital Général à la suite d'une condamnation de justice sont exceptionnelles. Le plus souvent, l'internement intervient lorsque l'état de santé du condamné ne permet pas l'exécution d'une condamnation au bague ou aux galères. L'enfermement à l'Hôpital Général constitue alors une alternative acceptable qui côtoie les condamnations au carcan ou encore à la marque³²⁹.

Les femmes qui arrivent entre les murs des institutions hospitalières à la suite d'une décision de justice sont en revanche assez nombreuses et, surtout, l'enfermement hospitalier

³²⁸ Marie-Claude Dinot-Lecomte, « Les faux-semblants et les avatars de l'enfermement à l'époque moderne », Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre et Élisabeth Luset (dir.), *Enfermement, le cloître et le prison...*, p. 279.

³²⁹ Nicole Castan, *Histoire des galères, bagnes et prisons en France de l'Ancien Régime*, Toulouse, Privat, 2002, p. 63; Reynald Abad, *La grâce du roi. Les lettres de clémence de Grande Chancellerie au XVIII^e siècle*, Paris, Presses de l'Université Paris-Sorbonne, 2011.

n'est pas dans ce cas un pis-aller, mais bien la peine attendue. Elles peuvent être regroupées en trois catégories : les mendiantes, qui tombent sous le coup du règlement de 1656, les coupables d'un délit, comme la veuve Marie-Anne Leroy qui se voit condamnée en 1758 à passer 9 mois enfermée dans la maison de la Salpêtrière pour avoir volé une chemise à l'Hôtel-Dieu³³⁰, et enfin les femmes débauchées. Les premières constituent une présence diffuse, équivalente à celle des mendiants et donc, comme on l'a vu, finalement assez peu nombreuse dès lors que les Hôpitaux Généraux s'adaptent aux besoins de leur ville. Les condamnées pour un vol ou autre délit sont assez rares. Nous n'en trouvons la trace qu'à Paris, et il s'agit de femmes présentes à l'Hôtel-Dieu (les sources ne précisent pas s'il s'agit de patientes ou d'employées de l'établissement) qui sont condamnées à l'Hôpital Général. Ces quelques cas ne sont pas suffisants pour tirer des conclusions définitives, mais la piste d'un système judiciaire interne au monde hospitalier semble intéressante à poursuivre, en tout cas dans le contexte parisien qui mobilise un nombre important de personnes. Les sources nous indiquent aussi qu'à Clermont-Ferrand, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, plusieurs femmes sont enfermées à l'Hôpital Général contre leur volonté. Il est toutefois difficile de les associer à une décision de justice. Les demandes d'enfermement émanent le plus souvent de leur famille qui les considèrent comme folles ou indociles et qui font appel au système hospitalier pour cela. Les demandes sont adressées à l'Hôpital Général par l'entremise des représentants des autorités locales. Ainsi, en 1760, le « correspondant du subdélégué à Chapde », petite localité auvergnate située à une trentaine de kilomètres de Clermont-Ferrand, demande une place à l'hôpital de Clermont pour « une femme de Chapde, mère de quatre petits enfants, qui est comme possédée par l'esprit malin [...] elle court dans les rues en aboyant »³³¹. L'hôpital remplit dans ce cas la fonction d'un asile. À Québec, à partir de 1717, une petite maison « proche de l'Hôpital Général » est destinée à l'accueil des aliénées, que Micheline d'Allaire estime à un maximum de douze aliénés des deux sexes à la fois sous le régime français.

³³⁰ A/APHP/HG/liasse 12 : Jugement rendu présidiallement et en dernier renfort, en la chambre criminelle du châtelet de Paris, 1758.

³³¹ AD63/1C/1312 : aliénés « lettre de monsieur Labaume, 1760 », voir Fanny Desseauve, *Le traitement des aliénés dans le Puy-de-Dôme au XIX^e siècle (1798-1903)*, mémoire de master (recherche-histoire), Université Clermont 2, 2009.

Enfin, les femmes débauchées sont très présentes dans nos sources. Sous le nom de « débauchées » ou de « filles perdues » se retrouvent prostituées, femmes séduites, mères célibataires et épouses adultères, c'est-à-dire des femmes dont la sexualité est considérée comme immorale et qui doivent pour cela être punies. Ces femmes sont parfois enfermées dans les Hôpitaux Généraux

À Paris, elles sont enfermées à l'Hôpital Sainte-Pélagie à partir de 1665, puis dans la maison de la Salpêtrière. Les Lettres Patentes de l'Hôpital Sainte-Pélagie précisent qu'elles « seront envoyées [au Refuge] par l'autorité du Présidial du Châtelet, ou de la cour du Parlement »³³² : la fonction judiciaire de l'institution est ainsi clairement énoncée. Néanmoins, la mission du Refuge ne se limite pas à ceci : « le principal motif de l'établissement de ladite maison du Refuge a été non seulement d'y retirer les filles & femmes débauchées, & leur ôter les occasions de demeurer en cet état, mais aussi de les faire instruire de leur croyance & mystères de notre religion, & les porter par des conseils salutaires à entrer dans une vie pénitente »³³³.

En Nouvelle-France, les deux Hôpitaux Généraux sont entre autres utilisés comme lieux de réclusion de ces femmes. L'Hôpital Général de Québec reçoit des « femmes pécheresses » depuis sa fondation. Elles n'y demeurent toutefois pas enfermées à vie, l'évêque Saint-Vallier les mariant à des soldats lorsqu'elles sont à ses yeux « moralement rétablies »³³⁴. À Montréal, Marguerite d'Youville reçoit pendant six ans des « filles perdues » dans une aile de l'établissement nommée le Jéricho et se le fait vertement reprocher par l'intendant Bigot en 1750 au prétexte qu'elle aurait outrepassé ses droits en décidant de s'occuper de telles pensionnaires³³⁵.

À Clermont-Ferrand, ce n'est pas l'Hôpital Général, mais le Refuge qui fait figure de lieu d'enfermement des femmes. Le refuge de Clermont est un établissement indépendant de

³³² Hôpital Sainte-Pélagie, Lettres Patentes, avril 1665, dans le *Code de l'Hôpital Général ou recueil des principaux édits, arrêts, déclarations & règlements qui le concerne, ainsi que les Maisons & Hôpitaux réunis à son Administration*, Paris, chez la Veuve Thiboust, 1786, p. 390.

³³³ « Transaction par laquelle MM. les administrateurs cèdent différentes maisons par eux acquises, pour bâtir la maison du Refuge, dite de Sainte-Pélagie; & stipulation de différentes conventions & règlements concernant le gouvernement de cet Hôpital, 22 mai 1680 », *Code de l'Hôpital...*, p. 399.

³³⁴ Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec...*, p. 123; voir aussi *Annales de L'Hôpital Général*, vol.1, p. 267.

³³⁵ ASGM : *Ancien Journal, 1688-1857*, p. 47.

l'Hôpital Général, fondé en 1666 par des notables dévots. Ce type d'institution est présent dans la France d'Ancien Régime, mais, faute d'étude d'ensemble, on ne connaît par leur nombre. Des études ponctuelles permettent de savoir qu'elles sont répandues à travers le territoire³³⁶.

L'analyse des archives du refuge de Clermont nous permet de distinguer différentes procédures d'enfermement. La première mobilise les agents de justice de la ville. Elle s'applique dans nos sources uniquement aux prostituées qui sont amenées au Refuge par la maréchaussée, et dont la décision d'enfermement est signée par l'intendant de la province ou le Lieutenant Général du Roi. Ces femmes sont enfermées pour une durée limitée, souvent suivie d'un bannissement. Ainsi Antoinette Bourdieu, enfermée au Refuge de Clermont le 22 juin 1726 « sera conduite dans une maison de pénitence pour une durée de trois mois [et nous] lui faisons défense de revenir dans cette ville, faubourgs et banlieues a peine de punition exemplaire »³³⁷. Souvent étrangères, ces femmes côtoient dans les murs du Refuge des natives de la région, parfois enfermées selon une autre procédure, c'est-à-dire à la demande de leur famille. Les billets d'enfermement de ces femmes, approuvés par la supérieure de l'institution, sont signés par leurs pères ou maris qui considèrent que le comportement de ces femmes placées sous leur responsabilité leur fait honte. Le père de Marie Savignier, par exemple, décide de l'enfermement de sa fille au Refuge de la ville « pour cause de ses égarements qui

³³⁶ L'historiographie concernant la répression et l'éducation des femmes déviantes se préoccupe principalement du XIX^e siècle. Toutefois, les articles suivants portent sur des refuges dans différentes villes françaises d'Ancien Régime : Geneviève Hébert, « Les "femmes de mauvaise vie" dans la communauté (Montpellier, 1713-1742) », *Histoire sociale/Social History*, 36, 72 (novembre 2003) p. 497-517; Gwénaél Murphy, « Prostituées et pénitentes (Poitiers et La Rochelle au XVIII^e siècle) », *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, 17 (2003) p. 87-99; Jacques Lorgnier, « Malheureuses et importunes à renfermer. Les femmes dans les premières procédures administratives de mendicité diligentées par la maréchaussée à Lille (1768-1772) » *Histoire, économie et société*, 24, 3 (2005) p. 399-410; Christophe Regina, « Brimer les corps, contraindre les âmes : l'institution du Refuge au XVIII^e siècle », *Genre & Histoire*, 1 (2007) [En ligne], URL : <http://genrehistoire.revues.org/index97.html> (Consulté le 5 novembre 2010), Hélène Say, « Filles abandonnées, perdues ou repenties : le Refuge de Nancy aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Vie Sociale et Traitements*, 106 (2010), p. 30-37; enfin, concernant le refuge de Clermont-Ferrand : Claire Garnier, « Les Refuges, expression du patriarcat d'Ancien Régime? Analyse des demandes d'enfermement au Refuge de Clermont-Ferrand, XVIII^e siècle », *Cahiers d'histoire*, 30, 2, (2011) p. 101-120. Ces études de cas sont susceptibles de nourrir une étude plus globale du sujet qu'appelle de ses vœux Marie-Claude Dinet-Lecomte, notamment dans Marie-Claude Dinet-Lecomte, « Diversité et ambiguïté des refuges dans les villes de l'époque moderne », dans Reynald Abad (dir.), *Les passions d'un historien : mélanges en l'honneur de J-P Poussou*, Paris, Presses Universitaires de la Sorbonne, 2010, p. 1473-1485. Voir également l'introduction historique de Françoise Tétard et Claire Dumas, *Filles de justice, du Bon Pasteur à l'éducation surveillée, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Beauchesne-ENPJJ, 2009.

³³⁷ AD63/90H8 : enfermement d'Antoinette Bourdieu dite Bonbé. 1726.

ne sont que trop publics »³³⁸. L'époux de « la fille Amable, dite Forez par sobriquet » demande quant à lui l'enfermement de sa femme « assurée de mauvais commerce ». La peine d'enfermement durera « autant qu'il sera jugée à propos ou jusques sont mary la vienne retirer »³³⁹. En effet, lorsque l'enfermement est décidé par un membre de la famille et non par les autorités judiciaires, c'est à lui que revient le pouvoir de mettre fin à la peine. Ces enfermements font écho à ceux que Michel Foucault et Arlette Farge ont extraits des lettres de cachet des archives de la Bastille. Disposant de sources plus détaillées, les deux auteurs insistent sur la différence entre l'enfermement des filles et des garçons par leurs familles. La question de la « prostitution », terme pouvant signifier l'existence de liaisons hors mariage, apparaît fréquemment comme motif d'enfermement³⁴⁰. Ainsi, si les étrangères sont enfermées par la maréchassée, les femmes originaires de la région le sont par leurs proches qui tentent ainsi de contenir le scandale en internant la scandaleuse.

Enfin, une dernière catégorie de femmes détenues dans les refuges est celle des pénitentes volontaires. Celles-ci apparaissent dans les lettres patentes de 1691 de l'Hôpital Sainte-Pélagie :

Agréons & confirmons ledit établissement de la maison du Refuge; permettons aux directeurs de l'Hôpital-Général d'y recevoir non seulement les filles & femmes qui y seront envoyées par autorité de justice, ainsi qu'il est porté par nos lettres-patentes du mois d'Avril 1665, mais encore celles qui se présenteront volontairement dans le dessein de se retirer du dérèglement dans laquelle elles avoient eu la foiblesse de tomber, pour être occupée à des ouvrages convenables, & y mener une vie chrétienne³⁴¹.

Ces volontaires sont néanmoins très discrètes dans les sources. À Clermont, on note la présence d'une Françoise Brunet, qui arrive accompagnée de sa mère, sans contrainte judiciaire, qui ne correspond pas à nos modèles de femmes explicitement contraintes par leur famille ou condamnées. Il est possible que certaines de ces femmes voient dans les Refuges

³³⁸ AD63/90H8 : enfermement de Marie Savignier, 1723.

³³⁹ AD63/90H8 : enfermement de la fille Amable, dite Forez par sobriquet, 1724.

³⁴⁰ Arlette Farge, Michel Foucault, *Le désordre des familles. Lettres de cachet des Archives de la Bastille*, Paris, Gallimard, 1982, p. 162-163.

³⁴¹ Lettres Patentes portant permission de recevoir dans l'Hôpital Sainte-Pélagie les personnes du sexe qui s'offriront d'y demeurer pour se retirer du désordre, dans le *Code de l'Hôpital Général...* p. 402.

l'accès à une vie conventuelle sans devoir verser une dot pour y entrer. Si l'on se fie au règlement du Jéricho, section de l'Hôpital Général de Montréal qui se charge des « filles perdues », le quotidien des enfermées est proche de celui des religieuses, mais surtout elles prennent progressivement le nom de « sœurs pénitentes »³⁴². Il nous semble néanmoins plus probable que ces femmes soient également contraintes par leur entourage d'entrer dans l'institution, mais que cette pression ne se manifeste pas dans les sources.

3.3.2. Résistances

Priver des individus de leur liberté de se déplacer ne va pas sans résistances. Comme on a pu le montrer, les hôpitaux d'Ancien Régime relèvent plus du milieu ouvert que de l'espace clos. Ils sont en effet traversés par de nombreuses personnes présentes pour des raisons différentes et selon des modalités variées. Toutefois, pour certaines catégories de la population hospitalière, il est bel et bien question de privation de la liberté de circuler. Celle-ci n'est pas aisément acceptée.

Les registres de délibérations des différents hôpitaux de notre enquête montrent que les capacités des institutions hospitalières à garder leurs pensionnaires à l'intérieur des murs sont limitées³⁴³. Le Refuge du Puy-en-Velay décide, le 20 avril 1717, de fermer sa porte donnant sur la rue parce qu'une des femmes enfermées s'était échappée. Les récits d'évasions apparaissent notamment lorsqu'il est question de la confiance que l'on accorde, ou non, aux sœurs tourières. Toujours au Puy-en-Velay, les registres de délibérations de l'Hôpital Général de l'année 1740 mentionnent la destitution des demoiselles de la Chapelle et de Suzanne Oagnier à la suite de la cinquième évasion de Jeanneton, enfermée pour la vie scandaleuse qu'elle menait avec Bohel de la Chabannes. Il paraît en effet invraisemblable aux membres du bureau que ces deux femmes « étant descendues hier au soir entre onze heures et minuit pour visiter le cabinet où cette gueuse étoit étroitement renfermée, avec les fers au[x] pieds, à peine

³⁴² ASGM/G 6/2M4/Aa Divers/Fonds Jéricho, historique : *Règlement pour les filles et femmes pénitentes*, 1687.

³⁴³ Voir AD03/4H-DEPOT/1 : Extrait des registres de délibérations de l'Hôpital Général de Moulins, 7 septembre 1730, cité chapitre 4 : « 4.4.2. Résistance et adaptation ».

en auroint-elles ouvert la porte, qu'elle auroit éteint leur lumière, qu'elle les auroit culbutées l'une sur l'autre, qu'elle auroit fui et les auroit enfermées dedans elles-même, qu'elle auroit brisé ses fers, traversé les cours, escaladé les murs, sans que personne eut facilité son evazion comme elles l'assurent »³⁴⁴.

Ces manifestations de résistance à l'enfermement apportent un éclairage intéressant sur l'évolution de la mission des établissements hospitaliers. À la lumière de ces évasions, l'incapacité technique des hôpitaux à maintenir entre leurs murs des individus contre leur gré est éclatante. Le consentement à l'enfermement hospitalier, du moins la résignation, semble nécessaire pour que celui-ci fonctionne. À partir de 1770-1780, la création des dépôts de mendicité décharge de fait les hôpitaux de cette population récalcitrante. Les Refuges perdurent quant à eux dans le réseau des structures hospitalières, soit de manière autonome, soit au sein des Hôpitaux Généraux.

Conclusion

En abordant l'ensemble de la population hospitalière sous l'angle de la liberté de circulation et de ses limites, nous pouvons mettre en évidence plusieurs aspects de l'organisation des hôpitaux. Cette approche permet de montrer la persistance des rapports hiérarchiques qui ont cours hors de l'hôpital à l'intérieur de celui-ci. Ainsi, médecins, chirurgiens, apothicaires, hommes laïcs tenant des situations de notables dans les villes, occupent le sommet de la hiérarchie dans le quotidien hospitalier. Ils partagent cette place avec les aumôniers, représentants de la puissante institution ecclésiastique. Le lien avec l'Église bénéficie également aux religieuses qui, parmi les catégories dont les allées et venues hors de l'hôpital sont sujettes à surveillance, occupent une position dominante. Viennent ensuite les soignants laïcs issus pour l'essentiel de catégories sociales peu élevées, dont le quotidien hospitalier est l'objet d'un encadrement rigoureux. Les pauvres et les malades occupent quant à eux des positions particulières puisque le public des Hôtels-Dieu, comme

³⁴⁴ AD43/HSUP/HG Le Puy/2 E 04 : *Registre de délibérations, 1715-1789*, p. 549.

l'essentiel du public des Hôpitaux Généraux, est présent à l'hôpital sans y être contraint. On attend néanmoins de leur part l'obéissance aux autorités précédemment énumérées.

Enfin, notre analyse fait ressortir l'importance de la hiérarchie entre les sexes qui perdure à l'intérieur de l'hôpital, puisqu'à l'exception des femmes malades, dont la possibilité de circulation est tout de même limitée par leur état de santé, toutes les autres femmes sont confinées entre des murs qu'elles ne peuvent franchir sans l'accord d'une autorité supérieure, et donc masculine. Cette contrainte est acceptée différemment selon les femmes et les situations, du refus net de celle qui s'évade à la résignation de celle que sa famille enferme en passant par la réclusion volontaire des religieuses. Il n'en demeure pas moins que la hiérarchie des sexes qui a cours dans la société d'Ancien Régime ne disparaît pas à l'intérieur des murs hospitaliers.

Chapitre 4. Corps et religion dans les hôpitaux

L'analyse des différents pouvoirs structurant les hôpitaux a mis en évidence le rôle prépondérant de la religion catholique au sein des institutions hospitalières. L'organisation médiévale de l'assistance accorde le primat à l'Église et cette influence fondatrice justifie que malgré les volontés étatiques et laïques modernes, celle-ci demeure déterminante dans l'organisation hospitalière et, enfin, les Hospitalières assurent le relais des idéaux religieux dans le quotidien hospitalier.

Or le christianisme, religion de l'Incarnation et du péché originel, entretient une relation ambivalente avec le corps, qui se traduit par une réflexion nourrie sur le rôle de celui-ci dans la spiritualité, mais aussi dans les pratiques quotidiennes. En effet, durant la période moderne se met en place le phénomène théorisé par Norbert Elias sous le nom de processus de civilisation, qui se diffuse parmi les élites laïques notamment par l'entremise de textes rédigés par des auteurs religieux. Afin de montrer comment la dimension religieuse des hôpitaux s'exerce sur les corps des personnes qui s'y trouvent, nous nous attachons à la manière dont les effets du processus de civilisation sur les corps se déclinent au sein des hôpitaux. Ainsi, après avoir détaillé précisément comment l'Église de la Réforme catholique appréhende le corps, en suivant pour cela la synthèse que propose Jacques Gélis dans *l'Histoire du corps en Occident*³⁴⁵, et plus largement sur une double historiographie qui englobe les dévotions au corps du Christ d'une part³⁴⁶ et les discours et attitudes de l'Église vis-à-vis du corps du pécheur d'autre part³⁴⁷, nous montrons comment les comportements corporels des

³⁴⁵ Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré », dans Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps en Occident*, T.1 : *De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 2005, p. 17-107.

³⁴⁶ Patrice Boussel, *Des reliques et de leur bon usage*, Paris, Balland, 1971; Nicole Lemaître, « Des corps à voir et à toucher : les reliques des paroisses du Rouerge (1524-1525) », dans Jean Céard, Marie-Madeleine Fontaine, et Jean-Claude Margolin, *Le Corps à la Renaissance : actes du XXX^e colloque de Tours 1987*, Paris : Aux amateurs de livres, 1990 p. 161-162; Jean-Michel Sallman, « La relique dans le monde catholique de la Contre-Réforme », dans Philippe Borgeaud, Youri Volikne (dir.) *Les objets de la mémoire*, Berne, Éditions scientifiques européennes, 2005, p. 267-284; Philippe Boutry, Pierre-Antoine Fabre, Dominique Juli (dir.), *Reliques modernes. Cultes et usages chrétiens des corps saints des Réformes aux révolutions*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2009.

³⁴⁷ Franck Bottomley, *Attitudes to the Body in Western Christendom*, Londres, Lepus, 1979; Jean-Louis Flandrin, *Le sexe et l'Occident. Évolution des attitudes et des comportements*, Paris, Seuil, 1981; Marcel Bernos, Charles de la Roncières, Jean Guyon et Philippe Lécrivain, *Le fruit défendu. Les chrétiens et la sexualité de l'Antiquité à*

Hospitalières, des pauvres et des malades s'adaptent dans le contexte des établissements charitables. Comment les représentations religieuses attachées au corps trouvent-elles leur place dans le quotidien hospitalier? Les restrictions imposées aux corps des Hospitalières qui en découlent, particulièrement par le biais de la clôture, nécessitent que l'on s'y attarde, de manière à saisir comment ces représentations s'adaptent à la pratique soignante. Nous convoquerons pour cette entreprise les recherches de Nicole Pellegrin et de Gabriella Zarri sur la clôture religieuse féminine³⁴⁸. Enfin, afin de déterminer de quelle manière les principes religieux à l'œuvre dans le processus de civilisation affectent les corps des pauvres et des malades, nous nous livrons à une analyse du dispositif hospitalier et de ses effets sur ces corps qui emprunte à la méthode préconisée par Georges Vigarello³⁴⁹, en portant une attention particulière aux objets et à leurs effets sur les corps, notamment en ce qui a trait à la mobilisation des sens des malades.

4.1. Représentations du corps dans le monde religieux

Comme la présentation rapide de l'historiographie le montre, le corps occupe une place particulière au sein du christianisme. De manière à saisir comment les représentations religieuses du corps conditionnent le fonctionnement des hôpitaux, et aussi comment les pratiques issues de ces représentations s'adaptent à ce contexte, il nous faut dans un premier temps identifier lesdites représentations.

nos jours, Paris, Cerf, 1985; Claudie Vanasse, *Les saintes cruautés : la mortification corporelle dans le catholicisme français moderne (XVI^e et XVII^e siècles)*, thèse de doctorat (histoire) Université de Montréal/Université Clermont II, 2005.

³⁴⁸ Nicole Pellegrin, « La clôture en voyage (fin XVI^e-début XVIII^e siècle) », *Clio*, 28 (2008) [en ligne] URL : <http://clio.revues.org/index7942.html> (consulté le 20 février 2015); Gabriella Zarri, « La clôture des religieuses et les rapports de genre dans les couvents italiens (fin XVI^e-début XVII^e siècle) », *Clio*, 26 (2007), p. 37-59.

³⁴⁹ Mickaël Bouffard, Jean-Alexandre Perras et Érika Wicky (dir.) *Le corps dans l'histoire et les histoires du corps (XVII^e-XVIII^e siècle)*, Paris, Hermann, 2013, p. 7-14

4.1.1. La religion de l'Incarnation

Religion de l'Incarnation³⁵⁰, le christianisme modifie en profondeur dès ses débuts le rapport au corps du point de vue de la spiritualité. Il hérite de la division grecque entre le corps et l'âme. Le néoplatonisme qui a grandement influencé les représentations du corps dans l'Église l'a souvent défini comme la prison de l'âme, un obstacle à la relation à l'autre et à la relation au divin³⁵¹. Or, en donnant une importance primordiale au Christ, incarnation de Dieu sur terre, les chrétiens accordent au corps une valeur spirituelle, puisqu'il s'agit de la seule religion où Dieu se soit inscrit dans l'histoire sous une forme humaine³⁵². Le thème de l'Annonciation-Incarnation, largement traité dans l'iconographie chrétienne entre le XIII^e et le XVI^e siècle, illustre ce moment où le Verbe se fait chair. L'Église de la Réforme catholique critique toutefois cette représentation qui insiste trop sur la dimension charnelle.³⁵³ Pourtant, au cours du XVII^e siècle, la production artistique représente le Christ et son corps, par exemple sous les thèmes de l'Annonciation ou de la Nativité³⁵⁴. L'importance du culte des reliques à l'époque moderne, qui constituent des traces de la présence charnelle du Christ sur terre, témoigne de la place prépondérante qu'occupe le corps du Sauveur dans les dévotions. Les souffrances de la Passion et les nombreuses représentations de la crucifixion nourrissent aussi l'iconographie chrétienne³⁵⁵ et occupent une place particulière dans les livres de méditation du XVI^e au XVIII^e siècle³⁵⁶. La période moderne renforce effectivement la dévotion au corps du Christ. Enfin, la dévotion au corps supplicié, présente dès le Moyen Âge et qui se poursuit aux XVI^e et XVII^e siècles, génère illustrations dans les livres d'heures, tableaux sculptés ou calvaires à la croisée des chemins qui contribuent à ancrer cette

³⁵⁰ Jean-Noël Besançon, « Le corps dans la tradition chrétienne », dans Geneviève Comeau (dir.), *Le corps, ce qu'en disent les religions*, Paris, Édition de l'Atelier/Éditions ouvrières, 2001, p 55-75.

³⁵¹ Geneviève Comeau, (dir.), *Le corps...*, p.55-75

³⁵² Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré »... p. 20.

³⁵³ *Ibid.*, p.21.

³⁵⁴ Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré »... p. 21; Nadeije Laneyrie-Dagen, Jacques Diebold, *L'invention du corps. La représentation de l'homme du Moyen Âge à la fin du XIX^e siècle*, Paris, Flammarion, 1997, p. 120.

³⁵⁵ Antoinette Gimaret, *Extraordinaire et ordinaire des Croix. Les représentations du corps souffrant 1580-1650*, Paris, Honoré Champion, 2011.

³⁵⁶ Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré »... p. 22.

représentation du corps souffrant dans les esprits³⁵⁷, représentations que l'on retrouve d'ailleurs dans les salles des hôpitaux³⁵⁸. Les dévotions à la Passion, ainsi qu'à d'autres représentations des épreuves du Christ – les cinq plaies, l'Homme des douleurs, les souffrances cachées, le cœur blessé – témoignent de la dimension centrale de l'imitation du Christ dans la quête du salut et la spiritualité de la Réforme catholique. La dévotion au corps souffrant qui en résulte offre des développements intéressants dans le cadre hospitalier.

Issue du thème de la plaie au côté du Christ, la dévotion au Sang Précieux évoque la matérialité corporelle de la douleur. Les Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec, en s'offrant au *Précieux-Sang* du Christ, s'inscrivent dans cette dévotion à la souffrance du corps. En effet, le thème ne renvoie pas uniquement aux douleurs du Christ, mais aussi aux souffrances des malades, dans une tradition médiévale des malades symbolisant le Christ. Cette double symbolique, du corps du Christ souffrant et de celui des malades souffrants, permet un glissement qui fait du corps du Sauveur un corps soignant. Le sang divin est porteur de santé, ou du moins d'une efficacité thérapeutique, et se développe notamment avec le culte du pressoir mystique.³⁵⁹ Le Christ dont le corps soigne les plaies revêt donc une fonction de guérisseur, pouvant aller jusqu'à guérir de la mort avec la résurrection de Lazare³⁶⁰.

La dévotion eucharistique est le socle sur lequel repose ce courant, puisqu'il s'agit de la dévotion au corps du Christ, à travers l'hostie, conçue comme un aliment spirituel. La Compagnie du Saint-Sacrement en illustre un des aspects. Association secrète regroupant laïcs et séculiers, la Compagnie du Saint-Sacrement quadrille au XVII^e siècle le territoire français grâce à un réseau de « confrères » issus de l'élite catholique. À travers une implantation

³⁵⁷ La diffusion de l'image de la Passion va jusqu'à l'analogie que le Père Rapin, Jésuite, fait avec la passiflore en 1665 : « Placée sur une haute tige, elle semble porter une couronne d'épines au-dessus de ses feuilles, profondément découpées et bouclées sur les bordés Du sein de cette fleur s'élève une colonne surmontée de trois pointes séparées, semblables à des clous aigus. Divin Rédempteur! Ce sont les signes augustes de vos cruelles douleurs qu'elle nous retracent » : « La légende de la passiflore », *Aesculape*, 1928, cité dans Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré »... p. 25.

³⁵⁸ Mario Béland, « Un Christ en croix de Pierre-Noël Levasseur », *Cap-aux-Diamants*, 74 (2003) p. 67.

³⁵⁹ Marc Venard, « Le sang du Christ : sang eucharistique ou sang relique? », *Tabularia « Études »*, 9 (2009) [en ligne] <http://www.unicaen.fr/mrsh/craham/revue/tabularia/print.php?dossier=dossier8&file=03venard.xml> (consulté le 7 avril

³⁶⁰ Jacques Gélis, « Le corps, l'Église et le sacré »... p. 36.

locale³⁶¹, elle participe à la diffusion d'un modèle religieux qui prône la conversion et la moralisation de la société. C'est au nom de cet idéal de la Réforme catholique que la Compagnie contribue au projet de colonisation de la Nouvelle-France à travers le financement de la Compagnie des Cent Associés de 1627 à 1663³⁶². Les pratiques de dévotion de la Compagnie accordent elles aussi une place essentielle au corps du Christ, à travers l'Eucharistie bien sûr, et en multipliant les dévotions aux états du Christ, au sommet desquels se trouve la Passion³⁶³. Les administrateurs des hôpitaux se recrutent fréquemment parmi les confrères³⁶⁴, ce qui permet la diffusion de leurs idées au sein des établissements hospitaliers. L'influence de la Compagnie dans le monde hospitalier passe aussi par la figure de Vincent de Paul, membre de la Compagnie, qui fonde les Dames puis les Filles de la Charité et contribue grandement au fonctionnement du monde hospitalier d'Ancien Régime³⁶⁵. Des personnalités comme Gaston de Renty ou Jérôme de la Dauversière, eux aussi membres de la Compagnie du Saint-Sacrement, contribuent également à la diffusion de la spiritualité de la Réforme catholique et à la dévotion au corps du Christ en Nouvelle-France, avec le soutien à la fondation de l'Hôtel-Dieu de Montréal, par exemple³⁶⁶. La spiritualité chrétienne accorde donc une grande place au corps du Christ, qui se renforce au cours de la Réforme catholique, comme en témoignent les dévotions prônées par la Compagnie du Saint-Sacrement. Dans le contexte hospitalier, l'image du Christ souffrant rencontre celle de la souffrance du malade. Car, dans la symbolique chrétienne, la thématique du corps ne se résume pas au corps christique, elle englobe aussi le corps de chacun.

³⁶¹ On trouve ainsi deux implantations de la Compagnie du Saint Sacrement en Auvergne, à Riom à partir de 1645 et à Clermont à partir de 1649. Voir Alain Tallon, *La Compagnie du Saint-Sacrement, 1629-1667 : spiritualité et société*, Paris, Éditions du Cerf, 1990, p. 31.

³⁶² Gilles Havard, Cécile Vidal, *Histoire de l'Amérique Française*, Paris, Flammarion 2008 (2003), p. 86-92.

³⁶³ Alain Tallon, « La Compagnie du Saint-Sacrement et la fondation de Montréal », dans *Les origines de Montréal, actes du colloque organisé par la Société historique de Montréal*, Ottawa, L'ÉMÉAC, 1993, p. 79

³⁶⁴ Alain Tallon, « Prière et charité dans la Compagnie du Saint Sacrement (1692-1667) », *Histoire, Économie et Société*, 10, 3 (1991) p. 334.

³⁶⁵ Alain Tallon, « Prière et charité dans la Compagnie du Saint-Sacrement (1629-1667) », *Histoire, Économie et Société*, 10, 3 (1991) p. 331-343; Alain Tallon, *La compagnie du Saint-Sacrement, 1629-1667...*

³⁶⁶ Alain Tallon, « La Compagnie du Saint-Sacrement et la fondation de Montréal », dans *Les origines de Montréal, ...* p. 39-62.

4.1.2. Le corps de l'homme pécheur

Malgré la place centrale que le christianisme moderne accorde au corps du Christ, le corps humain est l'objet d'une méfiance sans cesse renouvelée. Dans la perspective chrétienne, l'homme hérite à la naissance, dans son corps, du péché d'Adam : si le baptême le lave de la faute originelle, il ne fait pas disparaître sa nature de pécheur. Faillible depuis cette faute, le corps humain entraîne l'âme dans sa chute, puisque celle-ci se concentre désormais sur la recherche des plaisirs sensuels au détriment du divin. La contrainte du corps par la mortification, imitation des souffrances du Christ, est ainsi présentée comme un moyen de perfectionnement spirituel dans la recherche du Salut³⁶⁷.

Bien que l'encadrement de la sexualité ne résume pas le combat envers la chair, il demeure son expression la plus marquante. L'obsession de la virginité que développent les premiers chrétiens en est l'illustration la plus visible. Dans la perspective d'une fin du monde imminente, il est essentiel que les croyants recherchent par tous les moyens la perfection qui passe au niveau du corps par le rejet de toute sexualité³⁶⁸. Cette prescription étant néanmoins difficile à maintenir dans la durée avec autant d'intransigeance, le modèle chrétien cherche alors à concilier spiritualité et vie sexuelle des croyants dans le cadre du mariage. Conçu comme le seul état au sein duquel les passions de la chair sont acceptables³⁶⁹, le mariage codifie précisément la sexualité, s'imposant très explicitement dans les chambres des époux³⁷⁰. Il demeure toutefois considéré comme un pis-aller à la perfection spirituelle que représente la vie religieuse. La dépréciation de la vie maritale est néanmoins contestée durant la période moderne, particulièrement par les protestants qui réhabilitent la vie conjugale³⁷¹, tout en abolissant les monastères.

En réponse au protestantisme, le catholicisme tente à son tour de valoriser la vie conjugale. Le Concile de Trente reconnaît ainsi, dans son *Catéchisme* (1566), que le premier

³⁶⁷ Claudie Vanasse, *Les saintes cruautés...*, p. 99-113.

³⁶⁸ Peter Brown, *Le renoncement à la chair. Virginité, célibat et continence dans le christianisme primitif*, Paris, Gallimard, 1995.

³⁶⁹ Sara F. Matthews-Grieco, « Corps et sexualité dans l'Europe d'Ancien Régime », dans Georges Vigarello (dir), *Histoire du corps en Occident...*, p. 167-310

³⁷⁰ Alain Corbin, *L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du Siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*, Paris, Perrin, 2008, p. 274.

³⁷¹ *Ibid.* p. 255.

motif de se marier est « fondé sur l'instinct des deux sexes qui fait qu'ils désirent naturellement d'être unis dans l'espérance du secours qu'ils attendent l'un de l'autre [...] afin de se soutenir dans les faiblesses et les infirmités de la vieillesse »³⁷². Cette définition offre ainsi une vision plutôt optimiste de l'amour humain, mais ne fait pas pour autant disparaître toute la méfiance de l'Église envers le mariage. L'amour humain y est perçu comme rivalisant avec l'amour divin. Ainsi, si les textes de François de Sales « Avis pour les gens mariés » ou « De l'honnêteté du lit conjugal » font du mariage un état propice à la poursuite de la perfection spirituelle, ils sont plus critiqués que suivis par l'Église.³⁷³

Les évolutions de l'Église à l'égard de l'état de mariage ne sont toutefois pas négligeables, et les laïcs jouent d'ailleurs un grand rôle dans la diffusion de la Réforme catholique³⁷⁴. Si le christianisme – catholicisme comme protestantisme – lutte contre l'expression débridée de la sexualité, c'est parce que celle-ci représente le corps dans sa version la moins contrôlable, mais aussi parce qu'il l'envisage comme une manifestation de l'individualité humaine³⁷⁵, et que cette dernière est un obstacle à la rencontre avec Dieu. Ainsi, le catholicisme maintient l'existence des ordres religieux, c'est-à-dire des communautés de personnes qui aspirent à la perfection spirituelle à l'écart de toute tentation matrimoniale et sexuelle. Sous la forme d'ordre séculier, ces communautés jouent un rôle essentiel dans la promotion de la Réforme catholique, particulièrement dans le cadre hospitalier qui nous occupe.

4.1.3. Le(s) corps dans les dévotions hospitalières

La dévotion au corps du Christ occupe donc une place essentielle dans la spiritualité chrétienne et la spiritualité de la Réforme catholique en particulier. Comment ces dévotions se

³⁷² *Le catéchisme du Concile de Trente*, Varet de Fontigny (trad.), Paris, Desprez, 1673, cité dans Marcel Bernos, *Femmes et gens d'Église*, Paris, Cerf, 2003, p. 124; voir aussi Marcel Bernos, « Le concile de Trente et la sexualité : la doctrine et sa postérité », *Sexes et religions*, Paris, Cerf, 1988, p. 217-239.

³⁷³ Marcel Bernos, *Femmes et gens d'Église*, Paris, Cerf, 2003, p. 126; Théophile Schueller, *La femme et le saint. La femme et ses problèmes d'après saint François de Sales*, Paris, Éditions ouvrières, 1970, p. 105-217.

³⁷⁴ On note ainsi que des fondatrices comme Marie de l'Incarnation ou madame Acarie commencent leur action spirituelle au sein du mariage, signe de l'implication des laïcs dans la diffusion du catholicisme : Marcel Bernos, *Femmes et gens d'Église...* p. 126; voir aussi Charles Berthelot du Chesnay, « La spiritualité des laïcs », *XVII^e siècle*, 62-65 (1964) p. 30-46.

³⁷⁵ Claudie Vanasse, *Les saintes cruautés...* p. 75.

transposent-elles dans les textes qui régissent le quotidien des Hospitalières de notre enquête? Les constitutions, coutumiers, et règlements des congrégations nous permettent d'établir un rapide état des lieux et de noter quelques différences entre les types de communautés.

Des communautés d'Augustines opèrent dans sept des établissements de notre enquête, du moins durant une partie de la période étudiée. L'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général de Riom, ainsi que l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand, sont pris en charge de 1642 à 1670 par des Augustines venues de Loches, et demeurent à Riom au moins jusqu'à la Révolution. À Paris, une communauté des Augustines de Paris dont les *Constitutions* nous sont parvenues contribue largement au fonctionnement de l'Hôtel-Dieu tout au long de notre période. À Québec enfin, l'Hôtel-Dieu de la ville est fondé par trois Hospitalières augustines de Dieppe, qui forment le noyau de la communauté des Augustines de l'Hôpital Général créée en 1694. Nous disposons, comme nous l'avons précisé en introduction, des constitutions des Augustines de Paris et de Québec, et du coutumier des Augustines du diocèse de Clermont. Ces trois textes, qui définissent la spiritualité des Hospitalières, accordent une importance variable à la dévotion eucharistique. Ainsi, les *Constitutions* parisiennes la signalent sans l'approfondir³⁷⁶, tandis que le *Coutumier* de Clermont-Ferrand ne traite pas des dévotions spécifiquement dédiées au corps du Christ³⁷⁷. Les *Constitutions* des Augustines de Québec affirment le plus clairement la manière dont leur action charitable se rattache à une dévotion au corps et particulièrement au sang du Christ :

[...] le service que nous rendons aux pauvres pour la santé du corps regarde le salut de l'âme; car, c'est pour les pouvoir plus sainement aider à supporter chrétiennement la maladie, et passer plus heureusement de ce monde quand il plaira à Dieu en disposer, que nous les recevons en notre maison : si bien qu'à proprement parler, notre office est de recueillir les gouttes du Précieux Sang de

³⁷⁶ « Chapitre 4, de l'usage des sacrements de pénitence de l'Eucharistie », *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris par l'autorité de Monseigneur l'Illustrissime & reverendissime Messire Jean François de Gondy, Archevêque de Paris*, Paris, 1635.

³⁷⁷ BUP/A30123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin, Établies dans le diocèse de Clermont*, Clermont, Chez Damien Boujon, 1692.

Jésus-Christ et de les appliquer, par nos petits travaux, pour le salut des âmes pour lequel il a été répandu³⁷⁸.

À travers ces quelques lignes, les *Constitutions* des Augustines de Québec exposent explicitement la manière dont le thème du sang du Christ trouve sa place dans la pratique hospitalière. « Recueillir les gouttes du Précieux Sang » puis « les appliquer par nos petits travaux » peut ainsi être interprété comme la diffusion de bienfaits spirituels auprès des malades, par le biais du soin. Le « Précieux Sang » figure la dimension spirituelle qui s'intègre aux remèdes thérapeutiques. Par leurs dévotions – oraison, mortifications... – les Hospitalières « recueillent » le sang christique, et deviennent alors capables de le « répandre » dans la pratique soignante, en accompagnant la médication de paroles pieuses. Toutefois, à l'exception de ce texte, nos sources ne s'étendent pas sur la dévotion au corps du Christ dans le milieu hospitalier sous cette forme. En effet, la dévotion au Sauveur prend aussi la forme du soin des pauvres malades, images du Christ souffrant. Les *Constitutions* précisent ainsi que les Hospitalières « servent Jésus-Christ en la personne des pauvres malades »³⁷⁹ et que ce dernier est « caché mystiquement dans les pauvres et les malades reçus en notre Hôtel-Dieu »³⁸⁰. L'analogie, limpide, est renforcée par le rituel d'entrée des malades dans l'établissement. L'Hospitalière ou le valet lave les pieds du malade, qui est ensuite revêtu d'une chemise blanche, comme un rappel de Marie-Madeleine lavant les pieds du Christ. Le corps symbolique du Christ apparaît ainsi surtout, dans les dévotions hospitalières, par l'intermédiaire du corps, bien réel, des malades.

Dans les conférences de Vincent de Paul aux Filles de la Charité, le sujet du corps revient régulièrement, mais il s'agit là aussi de celui des pauvres. Le corps est en effet central chez Monsieur Vincent. Il participe, à la suite de la François de Sales, au développement d'une vision du corps qui serait plus qu'une prison de l'âme. Sous la plume du théologien, le corps n'est plus fardeau, mais outil; il n'est plus obstacle, mais moyen d'action spirituelle. En

³⁷⁸ *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 101.

³⁷⁹ *Ibid.*, p. 100

³⁸⁰ *Ibid.*, p. 101.

mettant leur personne, et par là leur corps, au service des pauvres, les Filles de la Charité réalisent un œuvre spirituelle qui se conçoit comme une imitation de la vie de Jésus-Christ, comme le explique, au cours d'une conférence de Vincent de Paul sur le service des malades³⁸¹, une Fille de la Charité qui expose son principal motif d'appartenance à la confrérie :

Comme le principal dessein des Filles de la Charité est d'imiter la vie de Jésus-Christ sur terre, elle veut employer la sienne au service des pauvres, puisque le Fils de Dieu est mort en croix pour eux, comme pour nous. Et ainsi, nous serons vraies Filles de la Charité en effet et non seulement de nom. Le dernier motif est de rendre tout le service qu'elle pourra aux pauvres pour l'amour de Dieu et pour le désir qu'elle a de le voir un jour dans sa gloire³⁸².

Une autre Fille précise quant à elle que :

Puisqu'elle est appelée de Dieu en la Compagnie des Filles de la Charité, elle doit servir les pauvres spirituellement, c'est-à-dire les aider à connaître Dieu et à prendre les moyens de se sauver; et corporellement, c'est-à-dire leur administrer les vivres et remèdes avec beaucoup de soin et de cordialité³⁸³.

La simplicité de ces dispositions spirituelles tranche avec le symbolisme du sang précieux invoqué par les Augustines de Québec. L'imitation de la vie de Jésus est la principale dévotion qui anime la spiritualité des Filles de la Charité³⁸⁴. Dépouillée des références explicites à la dévotion au corps du Christ, la spiritualité que développent Vincent de Paul et ses disciples se concentre sur l'idée que le soin des pauvres et des malades est en soi une dévotion au Christ. Là encore, il s'agit de servir le Christ caché dans le malade, ce que l'on peut comprendre lorsque Vincent de Paul déclare que « Vous servez Jésus-Christ en la

³⁸¹ Vincent de Paul, « Conférence du 16 mars 1642 sur le service des malades » dans *Correspondances, Entretiens et documents*, Pierre Coste (éd.), vol. 9, Paris, Librairie Lecoffre, 1923, p. 61-66.

³⁸² Vincent de Paul, « Conférence du 16 mars 1642 sur le service des malades », dans *Correspondances, Entretiens et documents*, vol. 9... p. 62.

³⁸³ Vincent de Paul, « Conférence du 16 mars 1642 sur le service des malades », dans *Correspondances, Entretiens et documents*, vol. 9... p. 63.

³⁸⁴ Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité*, Paris, Fayard, 2011, p. 327.

personne des pauvres »³⁸⁵. Mais à travers le commentaire d'une Fille de la confrérie qui explique comment elle vit constamment en présence du Christ, un autre aspect se dégage : « S'il est malade, je le suis aussi; s'il est en prison, j'y suis; s'il a des fers aux pieds, je les ai avec lui »³⁸⁶. Ici, le corps du Christ n'est plus uniquement dissimulé dans le corps du malade, mais c'est l'Hospitalière elle-même qui éprouve dans son corps – par la maladie, les fers aux pieds... – la présence du corps du Christ. La spiritualité des Filles de la Charité délaisse les symboles mystiques comme le sang divin guérisseur et leur préfère la recherche du Christ en chacun. Ce n'est donc pas uniquement le corps des malades qui apparaît dans ces textes, mais aussi la place du corps des Hospitalières elles-mêmes. Ainsi, lorsque M. Vincent évoque les mortifications appropriées aux Filles de la Charité, le corps des Hospitalières apparaît à travers la convocation des cinq sens :

Nous avons cinq sens extérieurs [qui] sont la vue, l'odorat, l'ouïe, le goût et le toucher. Ce sont autant de fenêtres par lesquelles le diable, le monde et la chair peuvent entrer en nos cœurs.

C'est pourquoi commencez par la vue; accoutumez-vous à tenir votre vue basse modérément, car, comme vous êtes pour le service des personnes séculières, il ne faut pas que l'excès de votre modestie les effraie [...] Mais seulement abstenez-vous de ces regards à prunelles longtemps ouvertes pour regarder homme ou femme fixement entre deux yeux, et de certains regards affectés qui sont très dangereux et dont on ne sent pas la blessure sur le champ. [...]

Notre odorat a encore besoin d'être mortifié, soit en sentant volontiers les mauvaises odeurs, quand elles se présentent, sans faire les délicates, et particulièrement avec vos pauvres malades, et aussi en vous abstenant des bonnes, quand vous en pourrez sentir, mais cela sans qu'il y paraisse [...]

Nous pouvons aussi fort souvent mortifier notre goût, quand ce ne serait que prendre le morceau de pain qui nous agrée le moins, aller à table sans montrer le grand appétit que quelquefois nous pouvons avoir, nous abstenir de manger hors les repas, laisser ce qui est le plus agréable à notre goût, ou une part de ce qu'il nous est permis de manger.

Le sens de l'ouïe est encore une dangereuse fenêtre par laquelle ce que l'on nous dit entre quelquefois si fortement dans nos cœurs qu'il s'ensuit mille et mille désordres. Prenez-y bien garde, mes filles. Souvent la charité est en grand danger par la faute des sens. C'est pourquoi mortifiez-les tant que vous pouvez. N'écoutez

³⁸⁵ Vincent de Paul, « Conférence du 13 février 1646 », cité dans Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité...* p. 323.

³⁸⁶ Vincent de Paul, « Conférence du 25 novembre 1659 », cité dans Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité...* p. 323.

pas volontiers, mais détournes-vous accortement des médisances, paroles mauvaises et de tout ce qui pourrait blesser votre cœur ou même vos sens sans nécessité.

Le toucher est le cinquième de nos sens. Nous le mortifions en nous abstenant de toucher le prochain et ne permettant pas aux autres de toucher, par délectation sensuelle, non seulement nos mains, mais toute autre partie de notre corps.

La pratique de cette mortification, mes filles, vous aidera beaucoup à vous perfectionner et à accomplir le dessein de Dieu en votre établissement. Encouragez-vous-y bien l'une l'autre. Il en résultera un autre bien, par le bon exemple que vous donnerez à autrui; car, mes chères sœurs, instruire de paroles, c'est beaucoup, mais l'exemple a un tout autre pouvoir sur les cœurs³⁸⁷.

Les Augustines et les Filles de la Charité conçoivent la dimension spirituelle de l'action hospitalière de deux manières différentes. Le langage employé par les premières accorde aux symboles qui entourent le corps du Christ une grande importance, tandis que les secondes dépouillent en grande partie l'action hospitalière de ces symboles pour se concentrer sur la présence des corps. Bien sûr, la spiritualité des Filles de la Charité n'est pas un refus de ces dévotions. Louise de Marillac, fondatrice des Filles de la Charité aux côtés de Vincent de Paul « achève rarement une lettre sans se recommander à l'amour de Jésus crucifié »³⁸⁸. De plus, le sceau qui cache les lettres de la Compagnie représente un Christ crucifié dans un cœur d'où sortent des flammes d'amour³⁸⁹. On distingue ainsi l'action hospitalière, qui ne repose pas sur le culte du corps du Christ, et la spiritualité des Filles de la Charité, qui se base tout de même dessus.

Il est de plus intéressant de remarquer que tout au long de notre période d'étude, nous observons des règlements de communautés hospitalières qui ne sont rattachées ni à la règle de Saint-Augustin ni au mouvement des Filles de la Charité. Dans les textes de ces communautés, la dimension spirituelle de leur mission est rappelée tout au long du règlement. Tandis que celui des Sœurs Grises de l'Hôpital Général de Montréal se contente de signaler que les Hospitalières doivent être « saintement occupées aux exercices de la charité et de

³⁸⁷ Vincent de Paul, « Conférence du 19 juillet 1640 sur la vocation de Fille de la Charité », dans *Correspondances, Entretiens et documents*, vol. 9, ... p. 25.

³⁸⁸ Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité*, ... p. 325.

³⁸⁹ *Idem*.

l'obéissance »³⁹⁰, le règlement de la communauté des « sœurs donades » de l'Hôtel-Dieu du Puy ponctue le quotidien de références à la vie spirituelle, car « les emplois ordinaires des sœurs donades consistent en de perpétuels exercices de charité » et que les sœurs doivent à ce titre « rendre à Dieu un compte très exact »³⁹¹. Ce dernier texte indique que dans l'organisation quotidienne, les dévotions au Christ sont présentes :

Pendant le commencement du repas la lecture sera faite par une des sœurs par tour de quelque chapitre de l'Imitation de Jésus Christ, ou de quelqu'un autre livre spirituel, à laquelle elles tacheront de se rendre attentives pour en retenir ce qui sera propre à chacune en particulier et pour cet effet la lectrice prendra soin de lire très distinctement et posément, laquelle lecture spirituelle ne durera qu'un demy quart d'heure afin que les sœurs soient plus attentives pouvant s'entretenir le reste du repas sans bruit, le repas finy et grâces rendues, la prière ordinaire pour les morts bienfacteurs sera faite exactement³⁹².

La dévotion au Christ, s'exprime dans ce « demy quart d'heure » de lecture intégrée dans le quotidien. Le texte choisi n'est pas anodin. *L'imitation de Jésus* est en effet un ouvrage religieux du début du XV^e siècle qui a pour particularité d'être destiné non pas à un public de théologiens universitaires, mais à un plus large public. Appartenant au courant de la *devotio moderna*, il prône une spiritualité qui se vit à travers l'imitation de modèles, et participe à une valorisation de la souffrance doublée du refus du dolorisme. Ainsi, plutôt que de rechercher la douleur, le croyant est invité à se comporter au mieux en humain, puisque Dieu a été humain en Jésus. Le recours aux images y est de plus très important³⁹³. *L'imitation de Jésus* est ainsi particulièrement adaptée au public des Hospitalières, d'autant que ces lectures spirituelles ont pour fonction de nourrir les méditations au cours des diverses activités de la journée. De plus,

³⁹⁰ ASGM : *Recueil de règles et constitution à l'usage des filles séculières administratrices de l'Hôpital Général de Montréal dites sœurs de la charité recueilli sur les anciens titres et usages de la Communauté divisé en trois parties*, Montréal, 1781.

³⁹¹ AD43/H SUP/HD Le Puy/1 E 19 : *Règlement pour les sœurs donades de l'Hôtel-Dieu*, XVIII^e siècle.

³⁹² AD43/H SUP/HD Le Puy/1 E 19 : *Règlement pour les sœurs donades de l'Hôtel-Dieu*, XVIII^e siècle, art.9.

³⁹³ Jean Devriendt, « L'imitation de Jésus Christ de Tauler à Thomas A. Kempis », *Revue des Sciences Religieuses*, 75, 4 (2001), p. 503-515.

le règlement se réfère à la pratique de l'oraison, ainsi qu'à celle de l'adoration du Saint Sacrement³⁹⁴.

La présence du Christ dans le corps des malades est mentionnée dans le règlement montréalais – « Que dans un esprit de foi, elles considèrent en la personne des pauvres, les membres souffrants et indigents de JC lui-même »³⁹⁵ –, mais absent du texte du Puy-en-Velay. La place accordée au détail des dévotions nous semble relever d'une double logique. Tout d'abord, ils peuvent être interprétés comme un signe de la réussite de la Réforme catholique, puisqu'il n'est plus nécessaire de détailler toutes les manières de se dévouer au Christ, tellement la pratique est acceptée. Dans un second temps, il faut signaler la différence de nature entre les textes. Dans le cas des constitutions des Augustines ou des conférences de Vincent de Paul, nous sommes en présence de textes qui développent une spiritualité particulière. Ceci est renforcé dans le cas des conférences des Filles de la Charité qui sont des moments d'explications précises des détails de la spiritualité vincentienne. Les règlements des donades de l'Hôtel-Dieu de Puy et de la congrégation des Sœurs Grises, en revanche, visent avant tout à l'organisation concrète des établissements hospitaliers. Ainsi, le règlement des donades précise-t-il que « Le petit règlement [ci] — dessus n'ayant été dressé que pour la distribution des heures de la journée, les sœurs doivent prendre garde qu'on ne prétend pas qu'aucun d'iceux préjudice au service des malades, et que dans les heures marquées pour les susdits exercices, si la nécessité le demande, toutes choses laissées, elles se rendront auprès d'eux pour y être tout le temps nécessaire. »³⁹⁶. Là encore, les recommandations typiques des Filles de la Charité s'appliquent.

Ainsi, bien que les textes de ces communautés séculières accordent moins de place au détail des dévotions que les Constitutions des Augustines, les pratiques spirituelles n'en occupent pas moins une place centrale dans le quotidien des séculières, signe que les pratiques

³⁹⁴ AD43/H SUP/HD Le Puy/1 E 19 : *Règlement pour les sœurs donades de l'Hôtel-Dieu*, XVIII^e siècle, art.3 et 11.

³⁹⁵ ASGM : *Recueil de règles et constitution à l'usage des filles séculières administratrices de l'Hôpital Général...*

³⁹⁶ AD43/H SUP/HD Le Puy/1 E 19 : *Règlement pour les sœurs donades de l'Hôtel-Dieu*, XVIII^e siècle, art.15.

promues par les théologiens au XVII^e siècle ont pénétré les communautés séculières à la fin du XVIII^e.

4.2 Évolution de la vision du corps dans le monde laïc

4.2.1. Civilité

Le corps occupe une place centrale dans la « mythologie » chrétienne. Il est aussi objet d'attention de la part de la société laïque d'Ancien Régime, fortement imprégnée par le christianisme. L'évolution du rapport au corps au cours de la période moderne a été largement étudiée dans le sillage de Norbert Elias. Elle se caractérise notamment par une tolérance de moins en moins importante vis-à-vis de la violence individuelle³⁹⁷, et un contrôle progressif des comportements. Cette évolution s'exprime par les attitudes corporelles. En effet, les « bonnes manières » consistent avant tout en un contrôle des fonctions naturelles, c'est-à-dire proprement corporelles. Ces normes de comportement sont issues des élites sociales et urbaines et se diffusent en direction des classes populaires³⁹⁸. Le comportement grossier est associé, notamment par Érasme, mais aussi par ses successeurs³⁹⁹, à l'animalité, tandis que le comportement « civilisé » est celui de l'humanité. Le clivage social est donc travesti sous la métaphore de l'opposition entre animalité et humanité : dans son comportement, le rustre comme l'animal n'est qu'un corps tandis que l'homme civil a un corps dont il maîtrise l'expression civilisée. Il s'agit donc d'encadrer les expressions physiques du corps, de manière à ce que les contraintes ne soient plus imposées de l'extérieur, mais simplement intériorisées par chacun⁴⁰⁰.

³⁹⁷ Michel Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1975, p. 98-106.

³⁹⁸ Anna Bryson, « The Rhetoric of Status : Gesture, Demeanour and the Image of the Gentleman in Sixteenth and Seventeenth Century England », dans Lucy Gent et Nigel Llewellyn, *Renaissance Bodies. The Human Figure in English Culture, c. 1540-1660*, Londres, Reaktion Books, 1990, p. 136-153.

³⁹⁹ Daniel Arasse, « La chair, la grâce, le sublime », dans Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps en Occident...* p. 446-447.

⁴⁰⁰ Norbert Elias, *La Civilisation des mœurs*, (1932), Paris, Calman Lévy, 1982.

4.2.2.1. Intimité, corps et espace

Dans ce contexte de « civilisation des mœurs », des concepts tels que la honte, la gêne ou la pudeur s'affirment⁴⁰¹. En effet, puisqu'il s'agit d'intérioriser les sentiments, de ne pas les manifester en public, il devient nécessaire de ménager des espaces d'intimité, qui accompagnent la construction de l'individualité. Les XVII^e et XVIII^e siècles forment ainsi une période au cours de laquelle les correspondances, journaux intimes et confessions écrites sont légion, signe du développement de la conscience intime⁴⁰². La perception du corps, de son propre corps, est ainsi affectée par cette évolution⁴⁰³. Elias, qui traite de la société de cour du XVI^e siècle,⁴⁰⁴ établit donc la notion de « civilité », tandis que pour le XVII^e siècle, c'est le terme d'« honnêteté » qui émerge, ajoutant à la notion de dressage des corps une philosophie de vie qui va dans le sens de ce comportement policé⁴⁰⁵ et prend le nom d'« étiquette » au XVIII^e siècle. Ces termes recouvrent donc un mouvement qui s'attache à exiger des individus qu'ils se conforment à un ensemble d'attitudes corporelles qui deviennent porteur de vertus⁴⁰⁶. Ainsi, si l'adoption de ces comportements peut relever pour certains individus d'une simple volonté de conformité, de l'imitation des comportements prescrits et de la dissimulation de ceux proscrits, les autorités prescriptrices de ces attitudes entendent modifier non seulement les gestes, mais aussi l'identité intérieure de chacun.

Les traités de civilité sont le véhicule privilégié de ce mouvement. Depuis *La Civilité puérile* d'Érasme en 1530, jusqu'aux *Règles de la bienséance et de la civilité chrétienne* de

⁴⁰¹ Jacques Le Goff, Nicolas Truong, *Une histoire du corps au Moyen Âge*, Mayenne, Éditions Liana Levi, 2003, p. 22; voir aussi Philippe Perrot, *Le travail des apparences ou les transformations du corps féminin, XVIII^e-XIX^e siècles*, Paris, Seuil, 1984; Jean-Claude Bologne, *Histoire de la pudeur*, Paris, Orban, 1986; Robert Muchembled, *L'invention de l'homme moderne. Sensibilités, mœurs et comportements collectifs sous l'Ancien Régime*, Paris, Fayard, 1988; Claude Habib (dir.) *La pudeur. La réserve et le trouble*, Paris, Éditions Autrement, 1992; Béatrice Fontanel, *L'éternel féminin. Une histoire du corps intime*, Paris, Seuil, 2001.

⁴⁰² Philippe Ariès et Rocher Chartier (dir.), « De la Renaissance aux Lumières », tome 3, *Histoire de la vie privée*, Paris, Seuil, 1985, p. 13.

⁴⁰³ Benoîte Legeais, *La pudeur dans le discours éducatif de la fin du XVII^e siècle français*, mémoire de M.A (histoire) Université de Montréal, 2006, p. 28.

⁴⁰⁴ Norbert Elias, *La société de cour*, Paris, Flammarion, 1985.

⁴⁰⁵ Emmanuel Bury, *Littérature et politesse. L'invention de l'honnête homme (1580-1750)*, Paris, PUF, 1986, p. 58.

⁴⁰⁶ Benoîte Legeais, *La pudeur dans le discours éducatif de la fin du XVII^e siècle français*, mémoire de M.A (histoire) Université de Montréal, 2006, p. 35.

Jean-Baptiste de la Salle en 1703⁴⁰⁷, ces ouvrages pédagogiques répertorient en de longues listes les gestes prescrits et proscrits⁴⁰⁸, en abordant les différents aspects de la vie quotidienne : le maintien, les comportements sociaux, le coucher, etc.⁴⁰⁹ Il s'agit de textes destinés autant aux enfants qu'aux adultes, puisque ces normes de comportements concernent l'ensemble de la société. Toutefois, là où le traité d'Érasme consiste plutôt en un manuel d'éveil destiné à rendre l'enfant conscient des expressions de son corps, le traité de Jean-Baptiste de la Salle et ses contemporains, plus tardifs, mettent l'accent sur l'intégration des règles de comportements sociaux.

Or, il est essentiel de souligner que si ces textes s'adressent à des laïcs, ils sont souvent rédigés par des religieux ou des dévots, et sont dans tous les cas imprégnés de la culture chrétienne. Ainsi, le but des auteurs de ces traités est de promouvoir, à travers des règles de civilité, les idéaux chrétiens, même si un auteur comme Érasme accorde moins d'importance à cette dimension qu'un auteur religieux. La convergence entre mondes laïc et religieux se traduit par une vision du corps et une manière de le corriger similaires. Ce que montre l'extrait suivant des *Règles de la bienséance et de la civilité chrétienne* de Jean-Baptiste de la Salle, où l'auteur fait appel à la fois aux normes laïques et à la loi religieuse pour justifier les normes de comportement. La référence au péché donne même la préséance aux questions religieuses, puisque c'est la nature viciée de l'homme selon le christianisme qui nécessite que l'on couvre le corps.

C'est le péché qui nous a mis dans la nécessité de nous vêtir et de couvrir notre corps d'habits. C'est pour ce sujet que, comme nous portons toujours avec nous la qualité de pécheurs, nous ne devons aussi jamais paraître, non seulement sans habits, mais sans être même entièrement vêtus : c'est ce qu'exige la pudeur aussi bien que la loi de Dieu⁴¹⁰.

⁴⁰⁷ Jean-Baptiste de la Salle, *Les règles de la bienséance et de la civilité chrétiennes, à l'usage des écoles chrétiennes*, Paris, chez François Rivière, 1708.

⁴⁰⁸ Jacques Revel, « Les usages de la civilité » dans Philippe Ariès, Georges Duby (dir.), *Histoire de la vie privée*, T. 3, Paris, Seuil, 1986, p. 169-209.

⁴⁰⁹ Jean-Jacques Courtine, Claudine Haroche, *Histoire du visage. Exprimer et taire ses émotions, XVI^e-début XIX^e siècle*, Paris, Rivage, 1988, p. 215.

⁴¹⁰ Jean-Baptiste de la Salle, *Les règles de la bienséance et de la civilité chrétiennes...*, p. 71.

Il faut donc cacher le corps, le dissimuler aux regards. Cet effacement du corps ne doit souffrir aucun relâchement, y compris pendant le sommeil, puisque « Lorsqu'on est couché, il faut tâcher de tenir une posture si décente et si modeste que ceux qui approchent du lit ne puissent pas en voir sa forme »⁴¹¹. La surveillance constante du corps passe par sa contrainte, c'est-à-dire « souffrir de plusieurs petites incommodités, sans se tourner, se froter, ni [se] gratter, sans se remuer et sans tenir aucune posture qui soit indécente »⁴¹². Ainsi, invoquant à la fois l'exigence de pudeur et le regard divin, le traité de Jean-Baptiste de la Salle prescrit la dissimulation permanente du corps. L'effacement du corps passe aussi par le contrôle de ce qui est offert au regard des autres. Le traité précise comment chacun doit se prémunir d'une trop grande promiscuité. Il est ainsi spécifiquement conseillé aux célibataires de ne « souffrir qu'aucune personne de sexe différent n'entre dans la chambre où ils couchent, jusqu'à ce qu'ils soient complètement habillés et que leur lit soit fait : c'est pourquoi il est à propos qu'ils ferment la porte de leur côté, lorsqu'ils sont dedans »⁴¹³. En mentionnant la porte, qui délimite l'espace privé, l'ecclésiastique définit les limites à l'intérieur desquelles la surveillance du corps est autorisée à se relâcher. Les éléments matériels – murs et porte de la chambre – pallient l'impossible intériorisation complète du comportement idéal. Il s'agit donc de se soustraire au regard de l'autre par l'aménagement d'un espace intime, celui-ci étant, comme le souligne Christine Detrez, l'outil par lequel passe le processus de civilisation⁴¹⁴. Les vêtements d'abord, l'espace ensuite, participe à l'effacement du corps.

Or, si le fonctionnement de la Cour porte ce principe à son extrême – chacun s'y surveillant, s'y imitant –, la diffusion de ce modèle comportemental à travers les diverses couches sociales impose à chacun de se prémunir du regard de l'autre. Il est à cet égard nécessaire de souligner que ce sont souvent au sein des classes supérieures, premières touchées par le processus de civilisation, que se diffuse cette notion d'intimité. Ainsi, les études sur l'intimité, qui portent surtout sur ces catégories sociales, insistent sur des espaces comme le jardin clos, le cabinet ou la chambre, ou bien sur des objets tels que le livre ou la lettre, qui cristallisent l'isolement du monde. Or, il s'agit ici de pratiques réservées à une

⁴¹¹ *Ibid.*, p. 57.

⁴¹² *Ibid.*, p. 56.

⁴¹³ *Ibid.*, p. 66-67.

⁴¹⁴ Christine Detrez, *La construction sociale du corps*, Paris, Seuil, 2002, p. 112.

élite⁴¹⁵, qui peut ainsi se libérer au moins temporairement du regard porté sur l'individu par les institutions familiales, communautaires, villageoises⁴¹⁶. On comprend aisément que de tels dispositifs, propices à la création d'une intimité, se rencontrent moins fréquemment au fur et à mesure que l'on descend l'échelle sociale⁴¹⁷. Qu'en est-il donc du contexte hospitalier, alors que celui-ci s'adresse justement à ces populations pauvres, dans un espace organisé selon des logiques religieuse et soignante?

4.2.2. L'intime et l'hôpital

4.2.2.1. Origines sociales des Hospitalières

S'il est admis que le public des hôpitaux est généralement pauvre, les milieux sociaux dont est issue la majorité du personnel soignant ne sont pas très différents : Hospitalières comme personnels laïcs⁴¹⁸ se recrutent également dans des milieux populaires. C'est particulièrement le cas pour les congrégations de séculières dont les instituts peinent souvent à obtenir une reconnaissance officielle⁴¹⁹. Les réticences du pouvoir ecclésiastique à l'endroit de ces groupes de femmes non cloîtrées accroissent la méfiance des familles respectables qui craignent, en confiant leurs filles à de telles communautés, de les condamner à une vie de misère et contraire à la bienséance. L'absence de dot à fournir – ou son faible montant – explique le recrutement plutôt populaire de ces communautés, ainsi que leurs difficultés de fonctionnement. S'ajoute à cela la perspective de côtoyer des malades potentiellement contagieux, ainsi que des prostituées et autres marginaux. La crainte du déclasserment est ici

⁴¹⁵ Orest Ranum, « Les usages de la civilité » dans Philippe Ariès, Georges Duby (dir.), *Histoire de la vie privée*, T.3, Paris, Seuil, p. 211-265.

⁴¹⁶ Aurelia Mardon, « Intimité », dans Bernard Andrieu (dir.), *Le Dictionnaire du Corps en sciences humaines et sociales*, Paris, CNRS Édition, 2006, p. 271-272.

⁴¹⁷ Concernant le rapport entre espace privé limité et catégorie sociale, on renverra à l'analyse de foyers parisiens dans Annik Pardaillhé-Galabrun, *La naissance de l'intime. 3000 foyers parisiens, XVII^e-XVIII^e siècles*, Paris, Presses Universitaires de France, 1988, p. 239.

⁴¹⁸ Le personnel laïc, quant à lui, ne représente que rarement un poste de dépense important pour l'hôpital, les rôles étant tenus ponctuellement par des pauvres gens, voire par d'anciens enfants-trouvés de l'hôpital, voir Marie-Claude Dinot-Lecomte, « Les hôpitaux d'Ancien Régime, des entreprises difficiles à gérer? », *Histoire, économie et société*, 18, 3 (1999) p. 527-545.

⁴¹⁹ Élisabeth Rapley, *Les dévotes, les femmes et l'Église en France au XVII^e siècle*, Montréal, Bellarmin, 1995, p. 120.

déterminante⁴²⁰. Dans le cas de communautés religieuses plus classiques, typiquement des Augustines, la condition de religieuse semble rassurer les jeunes filles de la bourgeoisie. L'exigence d'une dot et d'un minimum d'instruction assure un recrutement parmi des catégories sociales plus aisées que pour les congrégations de séculières. De fait, les Augustines françaises sont principalement issues de la bourgeoisie⁴²¹.

Le contexte canadien diffère légèrement. Comme le souligne Micheline d'Allaire, il est délicat d'appliquer à la société de Nouvelle-France les distinctions de classes qui ont cours en métropole, tant la fluidité entre les classes populaires, bourgeoises et aristocratiques est importante. L'historienne montre néanmoins une certaine domination des religieuses provenant de familles de cultivateurs de la fondation de l'établissement en 1692 à l'année 1712. Dans les décennies suivantes, les filles de l'élite coloniale dominant, peut-être sous l'influence de l'évêque St Vallier qui veille au développement de l'établissement créé sur sa volonté. Enfin, dans la dernière décennie du régime français, l'équilibre entre filles de l'élite et filles de paysans se rétablit. En comparaison, l'Hôtel-Dieu de Québec recrute aussi des filles de l'élite et des filles de paysans, mais ce sont surtout des filles d'artisans qui opèrent dans cet établissement tout au long de la période étudiée⁴²². La différence entre les deux communautés est originale, puisque c'est l'Hôpital Général qui semble attirer les filles des catégories aisées, malgré l'accueil des marginaux et des « filles perdues ». Néanmoins, bien qu'appartenant au groupe des artisans, les femmes qui entrent à l'Hôtel-Dieu doivent verser une dot qui suppose une certaine aisance financière, et donc l'appartenance à un groupe social plutôt dominant.

Ainsi, l'origine sociale de certaines des membres de communautés d'Hospitalières les rend a priori plus aptes à diffuser les normes de comportement corporel « civilisé ». Elles rejoignent en cela les administrateurs des hôpitaux dont on a vu précédemment qu'ils

⁴²⁰ Marie-Claude Dinet-Lecomte, *Les Sœurs hospitalières en France au XVII^e et XVIII^e siècle. La charité en action*, Paris, Honoré-Champion, 2005, p. 236.

⁴²¹ Pour plus de précisions, on renverra aux travaux de Marie-Claude Dinet-Lecomte pour une vue générale et précise de la question du recrutement des communautés hospitalières, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles...* Pour les Augustines clermontoises, voir Fabien Fontanier, « Un cas particulier de recrutement? Les Augustines hospitalières », *Vocations d'Ancien Régime. Les gens d'Église en Auvergne aux XVII^e et XVIII^e siècles*, *Revue d'Auvergne*, 544-545 (1999), p. 91-102.

⁴²² Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec, 1692-1764*, Montréal, Fides, 1971, p. 49-94

interviennent aussi auprès des pauvres et des malades. Toutefois, ces personnes ne sont pas forcément celles qui côtoient au plus près les malades. En effet, dans la plupart des établissements soignants de notre enquête, le personnel laïc des hôpitaux, ou les « sœurs domestiques », assure l'essentiel du service aux malades. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le *Coutumier* des Hospitalières de Saint-Joseph charge une des sœurs de l'organisation et de la gestion de la salle de soin. Elle prend personnellement en charge les aspects spirituels du soin des pauvres. En revanche, les tâches touchant directement au soin du corps, qu'il s'agisse de laver les malades lors de leur entrée et de s'assurer de la propreté de leur linge, ou des tâches moins plaisantes que peuvent constituer le nettoyage des pots de chambre, l'ensevelissement des cadavres, sont laissées à la charge de la sœur « domestique des salles » qui est placée sous l'autorité de la sœur Hospitalière⁴²³.

4.2.2.2. Surpopulation des salles de soin

Les contraintes de l'architecture hospitalière limitent la diffusion de ces normes de comportement. La « porte » à laquelle Jean-Baptiste de la Salle fait allusion lorsqu'il définit l'espace de la chambre à coucher comme lieu intime est inexistante dans l'espace hospitalier. Les salles des malades sont en effet des salles communes. Ainsi, lorsque les trois premières Hospitalières de Saint-Joseph rejoignent Jeanne Mance en 1659, le nouvel Hôtel-Dieu qui les accueille prévoit « six lits garnis dans la salle des hommes et deux dans celle des femmes [sic] »⁴²⁴. Lorsque le coutumier de la congrégation dessine la salle de soin idéale, en prenant en compte l'espace qui doit être laissé entre chaque lit, il indique « qu'une salle de 60 pieds de longueur ne contiendra que vingt lits »⁴²⁵. Les salles communes sont la norme et se trouvent dans tous les hôpitaux de notre enquête, y compris dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle. À Clermont-Ferrand, à partir de 1760, les carnets d'appel de l'Hôpital Général nous permettent de savoir que les salles sont prévues pour abriter une population nombreuse : les

⁴²³ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 175-180 et p. 214-219.

⁴²⁴ Marie Morin, *Histoire simple et véritable de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1659-1725*, Ghislaine Legendre (éd.), Montréal, Presse de l'Université de Montréal, (1921) 1977, p. 103.

⁴²⁵ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 22.

trois salles destinées aux hommes abritent ainsi respectivement 119, 51, et 20 personnes⁴²⁶, en prenant en compte non seulement les pauvres et les malades, mais aussi les surveillants. Pour les femmes, la salle Sainte-Anne est prévue pour 74 pensionnaires, la salle Sainte-Geneviève doit en compter 141 et la salle Sainte-Élizabeth 30, chiffres comprenant là encore les surveillantes⁴²⁷.

À l'Hôtel-Dieu de Paris, un *État de distribution du pain* permet de compter en 1788, 884 hommes hospitalisés dans 12 salles différentes, abritant de 8 à 230 pensionnaires. Les salles des femmes totalisent 1440 personnes, réparties en 13 salles, qui comptent entre 46 et 689 places⁴²⁸. Certains établissements de notre enquête, généralement les Hôtels-Dieu, disposent d'une « infirmerie des malades » destinée à l'isolement de quelques cas plus graves, et utilisée comme salle de confinement en cas de contagion⁴²⁹. On note dans certains cas des chambres individuelles, dites « loges », mais elles répondent au besoin de punition. Ainsi, les plans d'hôpitaux qui prévoient ce type de cellule sont des institutions répondant à la vocation répressive de l'institution hospitalière, comme le plan du Refuge de Clermont, à la fin du XVIII^e siècle, qui prévoit pour chaque pénitente une loge individuelle⁴³⁰.

4.2.2.3. Négocier des espaces privés ?

Dans le contexte de ces salles de soins communes, peut-on identifier quelques traces d'intimité? Les différents règlements dont nous disposons tentent en effet de mettre en place des comportements corporels correspondant à ces normes de civilisation des mœurs. Éloigner les corps les uns des autres est une des mesures les plus visibles prises dans ce but,

⁴²⁶ AD63/2HDEP/3135 : *Population*. Le nombre de personnes par salle et le nombre de lits sont fixés par délibération du bureau des administrateurs le 18 juin 1760, et copiés en ouverture des cahiers d'appel de chaque salle depuis la décision jusqu'à la période révolutionnaire.

⁴²⁷ Comme pour les hommes, la décision du Bureau date du 18 juin 1760. Pour les salles Sainte Anne et Sainte Élizabeth, les cahiers d'appel se trouvent sous la cote 3136 de la série 2-H DEP portant la mention « population ». Voir la cote 3137 pour la salle Sainte Élizabeth, dite aussi « Bicêtre des femmes ».

⁴²⁸ A/AP-HP/108FOSS1 : *Distribution journalière du pain*, les chiffres donnés sont ceux du 12 juin 1788, à titre d'exemple.

⁴²⁹ Sur le sujet de contagion, se reporter au chapitre 5 : « 5.3. le cas de la contagion ».

⁴³⁰ Cf. Figure 22 : Refuge de Clermont, fin du XVIII^e siècle : Identification de l'espace hospitalier selon le genre des occupants.

particulièrement par le biais de lits individuels. Ni les règlements des communautés religieuses – *Constitutions, coutumier* – ni les règlements des établissements hospitaliers ne prennent la peine de justifier cette mesure, néanmoins elle revient constamment. Les *Constitutions* des Augustines de Paris leur proscrivent fermement « de jamais coucher deux malades ensemble dans un lit »⁴³¹. Le même souci se retrouve à Clermont-Ferrand lorsqu'il est décidé de fonder un Hôpital Général. Le *Dessein de l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand* précise qu'« il a esté jugé nécessaire que chaque pauvre ait le [le lit] sien particulier »⁴³². Le *Coutumier* des Hospitalières de Montréal, envisageant la salle de soin parfaite, va jusqu'à décrire l'espace qui doit séparer chaque couchette et qui doit être égal à la largeur d'un lit. Les règlements demeurant muets sur le motif de ces recommandations, nous voici dans le domaine de l'interprétation. La question de la contagion dans ce contexte de promiscuité est une manière de justifier cette volonté de séparation. Sans totalement l'exclure, elle ne nous semble néanmoins pas être l'unique raison qui préside à ces dispositions⁴³³, comme le laisse entendre cet extrait du règlement de la Charité de Lyon : « Les Recteurs ayant la direction desdits Corps auront attention de ne laisser dans les chambres aucun lit qui ne soit à deux places, excepté dans les Infirmeries, où l'on en souffrira un fort petit nombre »⁴³⁴. Ainsi, si l'on accepte quelques lits à deux places dans l'infirmerie, c'est que le risque épidémique ne motive pas la séparation des corps, et qu'il nous faut examiner d'autres pistes.

En parallèle de la séparation des pauvres et des malades dans des lits différents, les règlements insistent sur l'importance de séparer les hommes des femmes. Bien que ce sujet ne soit jamais explicité non plus, on comprend aisément que les conceptions religieuses et morales tolèrent mal la cohabitation d'hommes et de femmes dans des pièces communes alors que leurs corps nus peuvent parfois y être visibles. De plus, dans la perspective de recherche du Salut, lutter contre la promiscuité des corps est essentiel, puisque le corps, non content de faire naître des passions mauvaises, détourne de la quête spirituelle. Cet aspect conduit alors

⁴³¹ Chap.4 « Des lits et clotures qui doit estre gardé en l'Hôpital », *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris*, 1635.

⁴³² BUP/A10620/1 : *Dessein de l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand*, 1658.

⁴³³ Voir chapitre 5 : « 5.3. le cas de la contagion ».

⁴³⁴ BUP/46 299 : « Concernant les fonctions de Messieurs les Administrateurs », dans les *Statuts et règlement de l'Hôpital Général de Lyon*, 1742.

les règlements à insister, en parallèle à la question de la séparation des corps, sur la séparation des sexes, qui relève du même raisonnement : réduire l'influence du corps pour sauver l'âme.

Les hôpitaux d'Ancien Régime s'attachent ainsi à séparer les hommes et les femmes selon des dispositions architecturales variées que nous approfondirons dans les sixième et septième chapitres⁴³⁵. Toutefois, les registres de délibérations de l'Hôtel-Dieu du Puy-en-Velay nous offrent une fenêtre sur le quotidien de cet établissement, et l'attention que ses administrateurs portent à la séparation des corps. Ainsi, alors que la séparation entre hommes et femmes est de règle, les conditions matérielles poussent les dirigeants à accepter quelques écarts. En 1661, l'évêque s'indigne de la cohabitation des hommes et des femmes dans la même salle, au motif que « Les hommes et les femmes estoient couchées dans un mesme salle, se voyant les uns les autres, quand ils se levoient et se couchoient, et que cela estoict fort indessant et en danger de causer plusieurs offences à Dieu »⁴³⁶. Un siècle plus tard, le bureau ne s'inquiète plus des salles communes, le problème ayant été réglé par la construction de pièces supplémentaires. On cherche alors à faire en sorte que les malades puissent avoir accès à une salle chauffée sans devoir se croiser⁴³⁷. Le vocabulaire de l'indécence est utilisé, couplé avec celui de l'offense divine. Nous retrouvons ici la double justification qui a cours dans les manuels de civilité, c'est-à-dire l'invocation de la bienséance qui s'applique aux laïcs, replacée dans le contexte religieux des hôpitaux. Il est également intéressant de noter que ce souci perdure tout au long de la période, preuve à la fois que les idéaux religieux et « civilisateurs » des administrateurs ne faiblissent pas, et que la réalité persiste à leur résister. Ainsi, à la fin du XVIII^e siècle, la question de la mixité des latrines n'est pas réglée : « M. de Servières a de plus représenté que les latrines étant communes aux hommes et aux femmes malades de l'Hôtel-Dieu, il en résulroit bien des inconvéniens et donna occasion à des

⁴³⁵ Voir chapitre 6 « genre et pratiques soignantes »; chapitre 7 « 7.2. Un espace hospitalier de plus en plus masculin? »

⁴³⁶ AD43/H SUP/HD Le Puy/1 E 02 : 9 mai 1661, f. 14.

⁴³⁷ « A été de plus proposé que n'y ayant pas d'autre local pour faire chauffer les malades pendant l'hyver qu'une petite cuisine près des commodités dans laquelle les sœurs font les portions, et qui sert de passages tant aux hommes qu'aux femmes pour aller à l'église du Saint esprit, ce qui est à bien des inconvéniens et même des abus », il serait à propos d'aménager un appartement « qu'on chaufferoit au moyen d'une poële » et qui servirait de « chauffoir tant aux soldats qu'aux pauvres de la ville » Le bureau délibère de faire ces réparations dans le courant de l'été. 21 mars 1779, AD43/H SUP/HD Le Puy/1 E 10 : *registre de délibérations*.

indécences qu'il est de l'honnêteté et de la conscience même d'y remédier »⁴³⁸. Le bureau décide, à la suite de cette réclamation, de construire des latrines destinées aux femmes. À travers la volonté de séparer hommes et femmes, on retrouve le souci de respect des règles de la bienséance : préserver les corps indécents du regard, voire du toucher, d'autrui.

Un autre élément se rattache à la création d'une forme d'intimité, il s'agit des rideaux des lits. En effet, ces lits individuels souhaités par les règlements doivent être idéalement équipés de rideaux. En entourant le lit et en isolant symboliquement le malade de l'activité de la salle de soin, ces rideaux forment une alcôve, un espace privé, presque intime⁴³⁹. Mais d'une part les hôpitaux en sont inégalement équipés. D'autre part, ils n'ont pas pour unique fonction de créer des espaces privés, et donc de participer à la diffusion de normes de civilité au sein des salles de soins : ils servent également à protéger les malades du froid. Au Puy-en-Velay encore, les administrateurs s'inquiètent en 1752 de l'état des rideaux « assés mal en ordre, soit parce que les rideaux sont déjà usés, soit parce que la plupart ne sont pas assez amples pour garantir les malades du froid ». On prend alors la décision « qu'on s'achètera d'étoffe convenable pour faire 6 lits neufs, et que des rideaux de six vieux on raccomodera [sic] les autres en attendant »⁴⁴⁰. Or, là où les rideaux de l'Hôtel-Dieu du Puy servent notamment à protéger les malades du froid, on remarquera qu'à l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand, les seuls lits dotés de rideaux sont ceux des surveillants des salles des hommes⁴⁴¹. Dans ce contexte, les rideaux servent à isoler le supérieur hiérarchique du reste de la salle, à lui permettre une certaine intimité et le distinguent des pauvres qu'il surveille.

Comme nous l'avons montré à travers l'analyse de l'administration des hôpitaux, ces institutions répondent à des pouvoirs variés – religieux et laïcs, mais aussi médicaux, etc. – qui

⁴³⁸ AD43/H SUP/HD Le Puy/1 E 10 : *registre de délibérations*, 24 septembre 1780. Sur les effets du processus de civilisation appliqué aux fonctions d'excrétion du corps, voir David Inglis, Mary Holmes, « Toiletry Time : Defecation, Temporal Strategies and the Dilemmas of Modernity » dans *The Body. Critical Concepts in Sociology*, The Aberdeen Body Group (ed.), vol. 3, London and New-York, Routledge, 2004, p. 341-363; Gail Kern Paster, *The Body Embarrassed : Drama and the Disciplines of Shame in Early Modern England*, 1993, Cornell University, 1993.

⁴³⁹ Flaminia Bardati, « La "salle du légat" de l'Hôtel-Dieu de Paris. Une architecture oubliée de la Renaissance française », *Livraisons d'histoire de l'architecture*, 11 (2006), p. 119-148.

⁴⁴⁰ AD43/H SUP/HD Le Puy/1 E 07 : *registre de délibérations*, 1741-1759, 19 mars 1752, p. 103.

⁴⁴¹ AD63/2HDEP/3135/*Population* : G 1760.

poursuivent chacun des objectifs différents. Il n'est donc pas surprenant qu'un même geste y revête des significations variées. Lorsqu'il s'agit d'éloigner autant que possible les peaux, et de faire en sorte que les regards ne puissent pas courir sur les corps dénudés, les objectifs religieux – la recherche du Salut par le détournement des passions charnelles – et ceux du processus de civilisation – qui procède d'un contrôle des expressions corporelles – répondent en même temps à certaines nécessités soignantes – l'organisation de salles de soins non surpeuplées, la lutte contre les processus de contagion. Toutefois, malgré l'alliance entre ces trois principes qui organisent les salles de soins, les résultats restent mitigés. En effet, comme on peut le voir, à la fin du XVIII^e siècle, ces questions sont encore d'actualité en Auvergne. À l'Hôpital Général de Clermont, les délibérations du Bureau reconnaissent la promiscuité des corps comme faisant partie du fonctionnement quotidien de l'institution. On constate, dans chaque salle, un nombre d'occupants effectifs largement supérieur à celui du nombre de lits. Ainsi, la salle Saint Louis « sera fixé [e] à onze lits dont un sera réservé pour les malades et les autres seront occupés par Vieillards ou infirmes au moyen de quoy ladite salle sera composé de 20 personnes »⁴⁴². Il en va de même pour les cinq autres salles de l'hôpital, qu'il s'agisse de celles des hommes ou des femmes. Si les surveillants des salles, ou encore les Hospitalières, bénéficient de lits individuels, les pauvres partagent systématiquement leur couche avec un de leur semblable. Les administrateurs signalent cet état de fait sur un ton de réprobation attristée. Au Puy-en-Velay, la constatation de la surpopulation hospitalière amène les administrateurs à décréter l'augmentation du nombre de lits⁴⁴³. À Paris, en 1767, on remarque que « les dortoirs [des pauvres] à la Salpêtrière sont si considérablement surchargés [...] que l'on est nécessité de faire coucher actuellement cinq, dix, dans chaque lit »⁴⁴⁴.

Il faut replacer cette dernière observation dans le contexte d'un conflit opposant Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général parisien, dans lequel chaque établissement souligne ses limites pour ne pas recevoir de nouveaux patients⁴⁴⁵. Or, le fait que l'administration de l'Hôtel-Dieu utilise

⁴⁴² AD63/2HDEP/3135 : cahier hommes 1773-1774, *Extrait de la délibération*, 18 juin 1760.

⁴⁴³ AD43/H SUP/HD Le Puy/1E10 : *registre de délibération, 1775-1787*, 10 septembre 1778, f. 24 « Le bureau délibère d'ajouter deux lits aux seize qui se trouvent déjà dans la salle des femmes malades », ce dernier nombre étant insuffisant, puisque « très souvent on étoit obligé de les coucher deux à deux ou de dresser des nouveaux lits sur le pavé ».

⁴⁴⁴ A/AP-HP/HD/liasse 885 : *Mémoire au sujet des pauvres envoyés par l'Hôtel-Dieu à la Salpêtrière*.

⁴⁴⁵ Voir annexe 5 : « Sur le conflit qui oppose les administrations de l'Hôpital Général et de l'Hôtel-Dieu de Paris ».

comme argument la surpopulation de ses salles est intéressant, car, si le nombre de dix personnes par lits peut être exagéré, il n'en est pas moins considéré comme crédible par les différents acteurs du conflit. Jacques Tenon dans son analyse de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1788 déplore quant à lui la surpopulation des lieux, et décrit la situation fréquente de plusieurs malades partageant un lit :

Lorsqu'on place quatre ou six malades par grand lit, on en met deux ou trois à la tête, & deux ou trois aux pieds : de sorte que les pieds des uns répondent aux épaules des autres, & réciproquement. Or, il n'y a pas d'homme, de taille ordinaire, qui n'ait dix-huit pouces de large, depuis la face externe de l'un des bras à la hauteur des coudes, lorsqu'ils sont allongés & appuyés le long du corps⁴⁴⁶.

Ainsi, malgré une volonté certaine des élites hospitalières de faire respecter des normes de civilité, de décence et de moralité entre les murs des hôpitaux, les contraintes matérielles les obligent à de nombreux aménagements. La Nouvelle-France fait ici figure d'exception, car, comme le mentionne François Rousseau, l'Hôtel-Dieu de Québec se distingue avec ses lits qui ne reçoivent qu'un seul malade à la fois⁴⁴⁷.

La volonté religieuse de modeler les corps s'exerce dans les hôpitaux tandis que se déroule le phénomène plus large du processus de civilisation. Distinguer ces deux mécanismes dans le fonctionnement hospitalier quotidien n'est pas aisé, tant les deux s'entremêlent, revêtent des formes similaires et des objectifs communs : contrôle du corps, intériorisation des expressions corporelles, intériorisation des émotions. Or, comme nous venons de le montrer, les prescriptions concernant la discipline du corps ne sont pas systématiquement suivies, notamment à cause de contraintes matérielles.

Afin de mieux saisir la manière dont les idéaux hospitaliers, c'est-à-dire la combinaison des principes de civilité et de l'univers religieux propre à l'hôpital, opèrent, il nous faut nous pencher sur les groupes de personnes qui sont au cœur de ces problématiques. Nous proposons à cette fin de montrer comment la vie religieuse s'adapte à l'action hospitalière, et comment

au sujet des pauvres malades de l'Hôpital Général (mai 1754) »

⁴⁴⁶ Jacques Tenon, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Méquignon, 1788, p. 163.

⁴⁴⁷ François Rousseau, « Hôpital et société en Nouvelle-France. L'Hôtel-Dieu de Québec à la fin du XVII^e siècle », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 31, 1 (1977), p. 29-47.

cela affecte les corps des religieuses, avant de nous attarder sur le traitement du corps des malades.

4.3. Le corps des religieuses, lieu de cohabitation des modèles

Corps de religieuses et corps de soignantes, ceux des Hospitalières sont sujets à de nombreuses réflexions. En effet, alors que la vie religieuse impose le retrait du monde, et l'isolement derrière la clôture, les Hospitalières côtoient le monde, et sont amenées par leur fonction à même toucher les corps des malades des deux sexes. Comment la clôture religieuse, c'est-à-dire l'emprise matérielle qui encadre les corps de ces femmes, est-elle adaptée à la pratique soignante? En quoi cette adaptation peut-elle être rattachée aux principes de civilité?

4.3.1. L'intériorisation de la clôture

Nécessairement adaptée à la pratique hospitalière, la clôture telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux emprunte à celle du voyage. L'historienne Nicole Pellegrin, étudiant les épisodes de voyages des religieuses, met en lumière la manière dont la clôture se réduit dans ce cas extrême à l'individu pour s'étendre hors des murs du couvent⁴⁴⁸. Elle parle à ce sujet de clôture « intérieure ». Dans le *Coutumier* des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, les consignes de voyages sont les suivantes :

Le jour de leur départ elles communieront avec la communauté pour demander à Dieu l'heureux succès de leur voyage. La supérieure et les sœurs les conduiront jusqu'à la porte de l'enclos. Elles seront accompagnées dans tous leurs voyages autant que faire se pourra d'un ecclésiastique, et jamais on ne permettra qu'aucune sœur aille sans une compagne, ou du moins quelque honnête femme ou fille. Elles se comporteront par les chemins avec tant de modestie que le prochain en soit édifié. Elles porteront un Crucifix devant elles ou dans leur main; et quand elles seront obligées d'aller à cheval, elles auront des gants, un masque et une coëffe, un

⁴⁴⁸ Nicole Pellegrin, « La Clôture en voyage (fin XVI^e-début XVIII^e siècle) », *Clio, Histoire, femmes et sociétés*, 28 (2008) [En ligne] URL : <http://clio.revues.org/index7942.html> (consulté le 25 février 2015)

habit de cheval par dessus la robe, leur petit voile de nuit, un mouchoir et une coiffe du matin⁴⁴⁹.

La règle religieuse insistant sur la séparation entre les Hospitalières et le monde, le rôle des vêtements est essentiel. La clôture « portative » est un dispositif matériel, constitué de la multiplication des couches de vêtements sur le corps, ce qui a pour effet de contraindre les mouvements. L'habit permet aussi de repérer d'un simple regard la séparation d'avec le monde. C'est ainsi sous le nom de « filles qui sont habillées de blanc » que les Amérindiens reconnaissent dès les débuts de leur présence les hospitalières à Québec⁴⁵⁰. Ainsi, sans reproduire la superposition de vêtements conseillée lors des voyages, l'habit marque la distinction entre les Hospitalières et leurs malades. Pourtant, l'habit distinctif n'est pas coutumier chez les séculières, précisément pour ne pas être confondues avec des religieuses. On remarque néanmoins que les vêtements sont là aussi conçus comme un outil de séparation d'avec le monde :

Les habits n'auront rien de particulier ni d'uniforme quant à présent et on pourra se servir et porter ceux que l'on fait dans le monde, à la réserve néanmoins de ceux d'étoffe de soie qui ne conviendrait point à des personnes qui font profession de vivre dans la pauvreté et qui ont renoncé à tous les vains ornements du monde; ainsi on veillera exactement pour entretenir cet esprit de pauvreté, que les habits soient très simples, d'étoffe commune, de couleur modeste et sans aucun ajustement ni façon mondaine et avec une ceinture⁴⁵¹.

Cette première ébauche des constitutions des Sœurs Grises, dites « feuilles volantes », montre que le vêtement permet de se distinguer du monde. Toutefois, à travers les textes de Vincent de Paul, la clôture ne se limite pas à sa forme matérielle – murs ou habits –, mais trouve son origine dans une disposition de l'esprit :

⁴⁴⁹ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, (1664) 1850, p. 9.

⁴⁵⁰ Lucien Campeau, *Monumenta Novae Franciae, t. 6, Recherche de la paix, (1644-1646)*, Montréal, Bellarmin, 1992, p. 19.

⁴⁵¹ ASGM : *Feuilles volantes, dispositions avec lesquelles on doit se comporter*, art. 14.

Vous avez encore la coutume de ne sortir jamais sans permission. Quand vous êtes dehors, gardez-vous bien d'aller autre part qu'au lieu où il vous est permis d'aller. Dès que vous êtes de retour, ne manquez pas de vous présenter à la directrice, ou à celle qui la représente, pour lui rendre compte de ce que vous avez fait dehors. Ô mes filles, tant que vous resterez dans l'obéissance, qui est votre cloître, vous serez en sûreté; si vous en sortez, craignez dès lors et croyez que vous êtes en danger⁴⁵².

L'obéissance, dans cette perspective, tient lieu de cloître des Filles de la Charité, ce qui leur permet alors de se déplacer dans le monde sans rompre leur clôture. La clôture n'est donc plus une disposition matérielle qui se manifeste par des murs, des vêtements, mais devient un état d'esprit, une contrainte intériorisée.

L'intériorisation de la clôture apparaît ici comme une forme très aboutie de la civilisation des mœurs, comme une acceptation complète des prescriptions des manuels de civilité. L'intériorisation est aussi un thème que l'on retrouve dans la spiritualité dévote. Gaston de Renty, laïc qui fut supérieur de la Compagnie du Saint Sacrement, développe ce thème. Tout en entretenant une abondante correspondance avec des monastères féminins – notamment hospitaliers – il rejette l'enfermement monastique comme idéal de vie. Ainsi, en 1642, dans une lettre à Mademoiselle de la Chevalerie qui envisage de prendre le voile, Renty tente de la dissuader au motif que « Tout autant que nous sommes baptisez, nous avons revestus Jesus-Christ et les lieux ny les vœux n'augmentent rien à la perfection chrestienne, mais sont moyens faciles pour y arriver »⁴⁵³. Le monastère n'étant pas à ses yeux le seul lieu de perfection possible, Renty le condamne même comme une voie trop aisée, il encourage chacun à porter en lui-même son monastère. L'intériorisation est ainsi proposée aussi bien aux laïcs qu'aux religieux. Le développement de cette spiritualité de l'intériorité justifie de surcroît que des ecclésiastiques comme Jean-Baptiste de la Salle prônent une discipline du corps qui fait du for intérieur le seul lieu de liberté de chacun.

Dans les communautés régulières, malgré la mise en place d'un monastère séparé de l'hôpital qui permet la persistance de la clôture matérielle, une forme de clôture intérieure est également présente, de manière à rendre possible le soin des malades sans trahir la condition de religieuse. Reposant sur des assises spirituelles, et se traduisant par des éléments matériels

⁴⁵² Vincent de Paul, « Continuation de la conférence du 22 janvier 1645 sur la pratique du règlement », *Correspondance, Entretiens, documents*, vol. 9... p. 224.

⁴⁵³ Gaston de Renty, *Correspondance*, Raymond Triboulet (éd.), Paris, Desclée de Brouwer, 1978, p. 186-187.

— un habit distinctif — et immatériels — une attitude de modestie — la clôture intérieure permet aux Hospitalières l'accès aux malades. Cette adaptation de la clôture religieuse donne un statut intermédiaire à l'espace des soins, grâce auquel les Hospitalières peuvent agir auprès des malades. La clôture n'est toutefois pas l'unique forme de discipline corporelle qui a cours dans les communautés religieuses.

4.3.2. La douceur relatives des orientations spirituelles modernes

4.3.2.1. Les mots des fondateurs

François de Sales puis Vincent de Paul envisagent le corps comme un outil de recherche de Dieu. La fondation des Visitandines par François de Sales est ainsi le résultat des rencontres de l'évêque de Genève avec des femmes désireuses de se consacrer à la vie religieuse sans pour autant se plier à la rigueur des règles monastiques. Il s'agit, dans le même mouvement que l'*Introduction à la vie dévote*, de construire un catholicisme accessible à tous et toutes, sans pour autant le dévaluer⁴⁵⁴. Vincent de Paul, dans ses conférences adressées aux Filles de la Charité, souligne la particularité de leur spiritualité. Ainsi, plutôt qu'un quotidien religieux basé sur la mortification du corps, il met en avant, comme outil de sanctification, le travail attaché à la condition d'Hospitalière. Il a recours pour cela à l'image des « filles de village », qui évoque Marguerite Naseau, une des figures fondatrices des Filles de la Charité⁴⁵⁵.

Il n'y a pas plus grande obéissance que celle des vraies filles des villages. Reviennent-elles de leur travail à la maison pour prendre un maigre repas, lassées et fatiguées, toutes mouillées et crottées, à peine y sont-elles, si le temps est propre au travail, ou si leur père et mère leur commandent de retourner, aussitôt elles s'en

⁴⁵⁴ Claudie Vanasse, *Les saintes cruautés...* p. 304.

⁴⁵⁵ Matthieu Brejon de Lavergnée, *Histoire des Filles de la Charité...* p. 106; voir aussi la « Conférence sur l'imitation des filles des champs, 25 janvier 1643 » : « Jusques à présent les filles appelées au service de Dieu étaient toutes filles de maison et riches. Que savez-vous, dis-je, mes filles, si, Dieu vous appelant pour sa gloire au service des pauvres, sa bonté ne veut point faire un essai de votre fidélité pour montrer cette vérité, que Dieu a choisi les pauvres pour les rendre riches en foi? », Vincent de Paul, « Conférence du 25 janvier 1643 sur l'imitation des filles des champs », *Correspondance, Entretiens, documents*, vol. 9... p. 89.

retournent, sans s'arrêter à leur lassitude, ni à leurs crottes, et sans regarder comme elles sont agencées.

C'est ainsi que doivent faire les vraies Filles de la Charité. Reviennent-elles à midi du service des malades pour prendre leur repas, si le médecin ou l'autre sœur dit : « Il faut aller porter ce remède à un malade », elles ne doivent point regarder en quel état elles sont, mais s'oublier pour obéir, et préférer la commodité des malades à la leur. C'est en cela, mes très chères sœurs, que vous connaîtrez que vous serez vraies Filles de la Charité⁴⁵⁶.

Chez les Filles de la Charité, le soin de leur propre corps est entièrement dépendant des impératifs du travail : « Votre lever sera donc à cinq heures, tant que les affaires de la Charité pourront permettre que vous vous couchiez à dix, car il vous faut conserver pour le service des pauvres et donner à vos corps ses justes nécessités »⁴⁵⁷. Le corps des religieuses devient ainsi un outil au service du soin des malades, et les Filles de la Charité sont invitées à le penser de la sorte. En accord avec cette priorité donnée au travail, le fondateur va jusqu'à lui donner la prévalence sur le respect de la règle elle-même : « Comme votre obligation principale est le service des pauvres malades, vous ne devez point craindre de laisser quelques règles dans les besoins pressants des malades, pourvu que ce soit par vraie nécessité et non par un sentiment de la nature, ou par paresse »⁴⁵⁸.

4.3.1.1. Les mortifications des Filles de la Charité

Si le travail hospitalier est central pour les Filles de la Charité, la compagnie n'en reste pas moins un institut religieux. Or, les mortifications corporelles appartiennent à l'arsenal des pratiques chrétiennes servant à la poursuite de la perfection spirituelle. La Réforme catholique contrôle et atténue la virulence de ces mortifications⁴⁵⁹. Plus spécifiquement, dans le contexte hospitalier, il s'agit de faire coexister une exigence d'austérité du corps avec le travail d'Hospitalière, physiquement rigoureux. Vincent de Paul souligne à maintes reprises la

⁴⁵⁶ Vincent de Paul, « Conférence du 25 janvier 1643 sur l'imitation des filles des champs », *Correspondance, Entretiens, documents*, vol. 9... p. 92.

⁴⁵⁷ Vincent de Paul, « Conférence du 31 juillet 1634 — explication du règlement », *Correspondance, Entretiens, documents*, vol. 9... p. 3.

⁴⁵⁸ Vincent de Paul, (éd.) « Conférence du 31 juillet 1634 — explication du règlement », *Correspondance, Entretiens, documents*, vol. 9... p. 3.

⁴⁵⁹ Claudie Vanasse, *Les saintes cruautés...* p. 28-35.

nécessité de contrôler, dresser et perfectionner le corps : « Mes chères sœurs, faites-vous un peu violence, et puis vous y trouverez une grande facilité, car nos corps sont des ânes : accoutumés à un chemin, ils y vont toujours »⁴⁶⁰. C'est notamment la mortification des sens, que nous avons signalés auparavant⁴⁶¹, que Vincent de Paul conseille. Traitées ainsi, les mortifications corporelles s'inscrivent dans la pratique hospitalière, permettant ainsi l'exercice simultané des dévotions et du soin. Ainsi, le simple regard porté sur les malades, le fait de respirer les odeurs de la salle de soin, ou encore de toucher les corps souffrants, sont autant de manières de mortifier le corps. Cette perspective permet au fondateur d'élever le soin des malades à la même dignité que la prière ou l'oraison; il précise ainsi que lorsqu'une sœur doit quitter l'oraison pour prendre soin d'un malade, « alors c'est quitter Dieu pour Dieu »⁴⁶².

La pratique de l'oraison trouve néanmoins sa place dans la spiritualité des Filles de la Charité. Celle-ci consiste, pour le croyant, à se mettre en présence de Dieu par la prière méditative, et se répand parmi les cercles dévots au cours du XVII^e siècle⁴⁶³. Manifestation d'une spiritualité intérieure, elle se pratique généralement à partir d'un livre de piété, et concerne donc plutôt une élite aux connaissances théologiques avancées. Une telle méthode ne peut correspondre aux Filles de la Charité, exhortées à imiter non pas les Carmélites⁴⁶⁴, mais les « filles des villages », dont est vantée la simplicité. Vincent de Paul propose ainsi à ses Filles de la Charité une méthode d'oraison dirigée, les thèmes en étant déterminés à l'avance, et reposant sur des supports qui, comme des livres d'images pieuses ou le chapelet, sont à la fois plus accessibles, et font surtout appel directement aux sens⁴⁶⁵.

⁴⁶⁰ Vincent de Paul, « Conférence du 2 août 1640, sur la Fidélité au lever et à l'oraison », *Correspondance, Entretiens, documents*, vol. 9..., p. 29

⁴⁶¹ Voir Vincent de Paul, « Conférence du 19 juillet 1640 sur la vocation de Fille de la Charité », dans *Correspondances, Entretiens et documents*, vol. 9, Paris, librairie Lecoffre, p. 25, cité p. 12-13 de ce chapitre.

⁴⁶² Vincent de Paul, « Conférence du 14 juillet 1658 : Humilité Charité, Obéissance, Patience », *Correspondance, Entretiens, documents*, vol. 10, Paris, Librairie Lecoffre, 1923, p. 542.

⁴⁶³ Jean Calvet (dir.), *Histoire de la Littérature Française*, Tome V, *La littérature religieuse de François de Sales à Fénelon*, Paris, Les éditions mondiales, 1956, p. 46.

⁴⁶⁴ « Mes sœurs, il se peut faire qu'il tombera dans l'esprit à quelque fille, par exemple, de faire l'oraison comme les Carmélites, qui se tiennent là devant Dieu, attendant ce qu'il lui plaira de leur donner. Si Dieu leur envoie quelque chose, elles le prennent; s'il ne leur donne rien, elles se tiennent en repos. Ô mes sœurs, cela est bon pour les Carmélites, mais non pas pour vous. », Vincent de Paul, « Conférence du 15 novembre 1657 sur l'uniformité » *Correspondance, Entretiens, documents*, vol. 10... p. 372

⁴⁶⁵ Mathieu Brejon de Lavergné, *Histoire des Filles de la Charité...*, p. 175.

En attribuant au travail hospitalier une valeur sanctifiante d'une part, et en rendant la pratique de l'oraison accessible à des femmes qui exercent un dur travail physique d'autre part, Vincent de Paul légitime sa compagnie comme actrice essentielle du monde hospitalier. Néanmoins, les Filles de la Charité, si elles essaient efficacement sur le territoire français au cours du XVII^e et du XVIII^e siècle, ne constituent pas le seul modèle d'Hospitalières.

4.3.3. La persistance de modèles plus rigoureux

La diversité des communautés hospitalières de l'époque moderne est dominée par deux modèles. Les Filles de la Charité, relevant d'une spiritualité moderne, qui s'inscrit dans le mouvement de l'École française de spiritualité, représentent, sous de nombreux aspects, une réinvention du modèle classique des Hospitalières. Ce modèle classique persiste néanmoins, et, symbolisé par les congrégations d'Augustines, il demeure puissamment représenté. Comme nous l'avons détaillé précédemment⁴⁶⁶, les communautés d'Augustines forment une nébuleuse au sein de laquelle se regroupent de nombreuses communautés d'Hospitalières. La règle de saint Augustin subit de nombreuses métamorphoses du V^e aux XVII^e et XVIII^e siècles, et lors de son adoption par des congrégations hospitalières, les situations et statuts varient d'une ville à l'autre⁴⁶⁷. Néanmoins, les coutumiers des communautés qui se rattachent à ce courant et dont nous disposons permettent de montrer que ces Augustines relèvent d'une spiritualité qui se rapproche de celle de communautés contemplatives. Cette fascination pour la vie religieuse a pu, dans certains cas, détourner les religieuses du soin, pour en laisser la charge aux converses, ou aux domestiques.

Le coutumier des Augustines de Clermont reflète cette préférence pour le monde spirituel. Les deux premiers tiers du volume sont entièrement consacrés aux pratiques spirituelles individuelles et collectives. La troisième partie du coutumier encadre les tâches de

⁴⁶⁶ Voir Chap.3 : « 3.2.1. Les Hospitalières : lier la clôture à l'hôpital ».

⁴⁶⁷ Pour une définition plus précise du modèle de religieuse hospitalière et l'évolution des Augustines, voir Marie-Claude Dinet-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècle...*, p. 101-120, ainsi que la carte des implantations des communautés, p. 474-475.

la vie quotidienne, parmi lesquelles apparaît le soin des malades. Les malades eux-mêmes ne sont mentionnés directement que dans deux chapitres. À la lecture de ce texte, on en vient à se demander, puisqu'il faut parcourir plus de deux cents pages avant de trouver une seule mention de mission de soin des pauvres, si cette communauté est bien une communauté d'Hospitalières. Le détail des pratiques spirituelles est pensé sans aucun lien avec la pratique soignante. Office, matines, complies, oraison mentale, confession : ces différents exercices sont précisément décrits, de la position occupée par chacune des membres de la communauté aux chants qui doivent être exécutés. Le corps des Augustines apparaît lorsque le coutumier détaille la manière de se tenir durant l'office. Un chapitre entier est consacré aux postures du corps, dans un détail visible dès la table des matières :

Chapitre VI : De la Composition extérieure durant l'Office

1. Quand est-ce qu'on doit faire le signe de croix
2. Quand est-ce qu'il faut être debout au Chœur
3. Quand il faut s'assœir [sic]
4. Quand il fait faire la gœnuflexion ou se tenir à genoux
5. Quand il faut s'incliner profondément & médiocrement
6. Quand il faut baiser la terre
7. Quand il faut tenir les mains jointes
8. Quand il faut se tourner vers l'autel⁴⁶⁸

Si le corps est présent, c'est bien celui de la religieuse en position de prière, et non pas de la soignante. Cette première partie du coutumier ne fait en effet pas mention du mandat hospitalier et, bien que la règle de saint Augustin se veuille moins exigeante que celle d'ordres contemplatifs, le texte met l'accent sur l'importance d'une pratique spirituelle intense. Ainsi, un chapitre promeut l'oraison mentale et affiche sans ambages sa différence avec les règlements des congrégations relevant du modèle des Filles de la Charité :

On conseille aux sœurs de se remplir l'âme peu à peu de cette excellente idée de l'oraison mentale, sans néanmoins prétendre condamner une méthode commune qui a été nettement expliquée de nos jours par Saint François de Sales, & par d'autres directeurs modernes de la vie spirituelle; celles qui s'en trouveront bien,

⁴⁶⁸ BUP/A30123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin établies dans le diocèse de Clermont*, 1692.

pourront s'y tenir, le Saint Esprit se servant des moyens qu'il lui plaît pour conduire des âmes humbles; mais il doit y avoir du péril de vouloir y engager tous les autres⁴⁶⁹.

Il ressort en effet du coutumier clermontois la volonté de se conformer au modèle des moniales autant que faire se peut. Ainsi, la règle de l'hospitalière des Augustines, c'est-à-dire la religieuse particulièrement chargée du soin des malades, est formelle :

Que l'Hospitalière n'omette jamais si faire se peut, ses oraisons, ses examens de conscience, ses lectures spirituelles et ses autres exercices de dévotion; et tienne la main que ses compagnes s'en acquittent. Si elle ou une autre ne peuvent le faire, qu'elles y suppléent au plus tôt possible⁴⁷⁰.

Les exigences de la vie religieuse ne sont jamais édulcorées, au risque de faire passer le soin au second plan. Constitutifs du statut de religieuse, la clôture et, plus largement, les exercices spirituels sont les aspects sur lesquels les deux modèles d'Hospitalières apportent des réponses différentes. On le voit notamment à travers les exigences de mortifications présentes dans les coutumiers. À Clermont, le chapitre consacré aux « austeritez » justifie le recours à celles-ci au nom de l'imitation de la « vie souffrante du Christ », faisant ainsi un lien entre mortification sur le corps des Hospitalières et celles subies par le corps du Christ. Les Augustines auvergnates doivent jeûner fréquemment, s'abstenir de manger de la viande en certains temps, et s'infliger la discipline quotidiennement⁴⁷¹. Néanmoins, les discours sur ces

⁴⁶⁹ BUP/A30123 : « De l'oraison mentale », *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin établies dans le diocèse de Clermont*, 1692, p. 43.

⁴⁷⁰ « Règle de l'hospitalière », *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 246

⁴⁷¹ BUP/A 30 123 : « Des austeritez et de leurs usages », *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin établies dans le diocèse de Clermont*, 1692 : « **2.** Elles jeûneront toutes les veilles des Fêtes de nôtre Seigneur & de la Sainte Vierge (excepté la Transfiguration, la Visitation & nôtre Dame des Neiges) la veille de saint Augustin, de sainte Monique, et sainte Marthe, & du Patron de l'Église, comme aussi tous les Vendredis de l'année, excepté depuis Pâques jusqu'à la Pentecôte; & aussi quand il y aura deux jeûnes dans la semaine, si ce n'est les Quatre Temps. S'il se rencontre des Fêtes de la première & seconde Classe, le Vendredi on remettra le jeûne au Samedi suivant. La prieure pourra aussi le transférer en des occasions, ou même en dispenser en cas de juste nécessité. **3.** Elles feront abstinence tous les Mercredis de l'année, excepté 1/ depuis Pâques jusqu'à la Pentecôte 2/ quand il y aura deux jeûnes dans la semaine, pourveu qu'il ne se rencontre pas le Vendredi & le Samedi 3/ dans l'octave de Noël, 4/ Quand Ste Catherine se rencontrera se jour là. **4.** Elles prendront la discipline tous les Vendredi de l'année, excepté en L'octave de Pâque, & lorsque qu'il rencontrera

mortifications nous révèlent deux choses. Tout d'abord, ils confirment la différence de conception spirituelle du soin entre Augustines et Filles de la Charité. En effet, le coutumier de Clermont montre bien que les dérogations aux pratiques spirituelles théoriquement exigées sont conçues comme des concessions ou tolérances justifiées par l'activité soignante :

Comme les Sœurs, si elles sont fidèles à leurs obligations, doivent vivre dans une grande retraite & recueillement [sic]; ce qui affoiblit [sic] beaucoup la nature, joint aux exercices pénibles de leur vocation; on a jugé à propos de leur accorder quelques récréations extraordinaires [...]⁴⁷²

Alors que chez Vincent de Paul la mortification du corps des Filles de la Charité passe par le soin des malades, centrale dans leur vocation, cette dernière activité ne fait que compléter les exigences spirituelles des Augustines, qui au sein de leur communauté ne remplissent pas toutes des tâches soignantes. Il est ainsi significatif que pour ces dernières, le soin des malades soit l'objet d'un quatrième vœu qui s'ajoute aux vœux classiques des religieuses, obéissance, pauvreté et chasteté. Toutefois, la comparaison entre les deux modèles tend à faire ressortir les différences et, en l'occurrence, l'accentuation des mortifications corporelles chez les Augustines. Or, chaque mention des mortifications dans les coutumiers des Augustines de Clermont est accompagnée d'un paragraphe rappelant que celles-ci ne peuvent être effectuées qu'avec l'accord de la supérieure. Ceci illustre que les mortifications corporelles sont recherchées par les Augustines, et qu'il revient aux supérieures de tempérer les ardeurs des sœurs. À Québec, les constitutions des Augustines précisent que « tout sacrifice, pour sanglant qu'il puisse être, provoque plutôt Dieu qu'il ne l'apaise, quand il est fait contre la volonté de ceux qui nous gouvernent en sa place »⁴⁷³. La ferveur dévotionnelle des Augustines est donc tempérée par les constitutions elles-mêmes. Cette limite pourrait aussi être envisagée comme un garde-fou. En effet, encadrer de la sorte les mortifications permet aux religieuses de ne pas abîmer leur corps au point de les empêcher de remplir leur mission

quelques fêtes solennelles dans la semaine, car on la reprendre la veille de cette fête au lieu du Vendredy (...), p. 181-183.

⁴⁷² BUP/A 30 123 : « Des menües licences », *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin établies dans le diocèse de Clermont*, 1692, p. 184.

⁴⁷³ « Des pénitences et mortifications », *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 33

de soin, et participe ainsi au maintien de l'efficacité de la communauté. L'hypothèse d'un certain pragmatisme, moins affirmé que chez Vincent de Paul, nous semble ici digne d'être mentionnée.

4.3.4. Pôles d'attraction et de variations

Il ne s'agit pas de tracer une frontière hermétique entre le modèle proposé par Vincent de Paul et celui que l'on voit décrit dans le coutumier clermontois, mais plutôt de les envisager comme deux pôles symbolisant les deux possibilités d'organisation hospitalière. D'une part parce que, on le sait, les pratiques quotidiennes diffèrent souvent des textes normatifs. D'autre part parce que la nature même de la « mouvance » des Augustines laisse la place à de nombreuses variations. Enfin, le modèle des Filles de la Charité évolue aussi en raison de l'attractivité de la vie religieuse pour beaucoup de membres de ces communautés jusqu'à ce que les Filles de la Charité non cloîtrées deviennent une exception au XVIII^e siècle. À travers quelques exemples, nous souhaitons illustrer des positions médianes, des regards de communautés tournés successivement vers un modèle de séculières ou un modèle de religieuses hospitalières⁴⁷⁴.

4.3.4.1. À l'Hôtel-Dieu de Québec, des Augustines tournées vers la modernité

Les Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec revendiquent le nom d'Augustines. Leur coutumier diffère néanmoins de celui de leurs consœurs de Clermont-Ferrand. Le soin des malades y apparaît dès la première partie, sous la forme d'un traité concernant les « œuvres de

⁴⁷⁴ Les communautés de Nouvelle-France nous ayant laissé des archives plus précises sur les évolutions spirituelles que leurs consœurs de métropole, notre présentation se concentre sur elles. Toutefois, il serait hâtif d'en conclure que de telles évolutions se voient uniquement en terre canadienne. Les Augustines de Clermont quittent ainsi les hôpitaux de la ville lorsqu'elles échouent à obtenir des bâtiments qui leur permettraient de s'acquitter de leur mission tout en respectant les contraintes de leur condition de religieuses. Elles demeurent néanmoins à l'Hôtel-Dieu de Riom, plus spacieux. À Clermont, elles ouvrent un pensionnat qui, de lieu d'éducation des jeunes filles devient progressivement un lieu d'accueil pour jeunes filles à la santé fragile. Les Augustines renouent ainsi avec leur vocation soignante, tout en ne prenant en charge qu'une catégorie particulière de la population. Fabien Fontanier, « Des malades aux pensionnaires, l'évolution d'une vocation », *Vocations d'Ancien Régime. Les gens d'Église en Auvergne aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Revue d'Auvergne, 544-545 (1999), p. 147-155.

miséricorde qui se doivent exercer envers les pauvres et les malades »⁴⁷⁵. Ce passage envisage le soin des malades dans une perspective spirituelle. Sans aller, comme les Filles de la Charité, jusqu'à faire du soin des malades la principale voie de la perfection spirituelle — le coutumier conserve une section détaillant les mortifications corporelles en plus des offices et prières régulières —, celui-ci est envisagé comme permettant de gagner le salut. Après avoir établi une équivalence entre le corps du Christ et celui des malades⁴⁷⁶, c'est la qualité proprement spirituelle du soin qui est envisagée :

Toutes ces bonnes œuvres, et plusieurs autres, étant journellement pratiquées par les Religieuses de la Miséricorde de Jésus envers les pauvres malades, sans doute que le Dieu des Miséricordes ne manquera pas d'écouter leurs clameurs et leurs oraisons, et de leur faire ressentir les plus signalés effets de sa bonté, notamment à l'heure de la mort; car ayant assisté tant de personnes en ce dernier passage, pour son amour, Lui-même leur donnera un secours très particulier quand elles en viendront là⁴⁷⁷.

L'oraison est présentée d'une manière qui la rapproche de la définition de Vincent de Paul : « les oraisons de ceux qui exercent les œuvres de miséricorde sont facilement exaucées »⁴⁷⁸. Les Augustines de Québec ne sont pas des Filles de la Charité. Leur respect de la clôture, leur habit distinctif et leurs vœux solennels les en éloignent. Leur rôle de soignantes est néanmoins essentiel à leur vocation, puisqu'il constitue leur quatrième vœu. Dans cette perspective, les constitutions des Augustines de Québec montrent plus de modération vis-à-vis des pratiques de mortification que leurs consœurs clermontoises. Le corps des Hospitalières est ici envisagé à parts égales entre religieuse et soignante.

⁴⁷⁵ *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 117.

⁴⁷⁶ *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), voir dans ce chapitre, p.10.

⁴⁷⁷ « Des considérations familières aux Religieuses de la Miséricorde de Jésus pour les animer au service des pauvres malades », *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus...* p. 99.

⁴⁷⁸ *Ibid.*

4.3.4.2. À l'Hôpital Général de Montréal, retrouver l'esprit des Filles de la Charité ?

La congrégation responsable de l'Hôpital Général de Montréal ne se rattache *a priori* en rien au modèle des Augustines. Il s'agit, dans les années 1730, d'une association de veuves dévotes souhaitant prendre soin des pauvres. Elles parviennent à la tête de l'Hôpital Général dans le cadre d'un conflit politique et religieux qui oppose les Sulpiciens de Montréal à l'évêché de Québec. Alors que la communauté masculine des frères Charon, jusqu'alors responsable de l'Hôpital Général, disparaît, il s'agit pour les deux autorités ecclésiastiques de placer à la tête de l'institution l'association religieuse qui répondra le mieux à leurs attentes. À Montréal comme ailleurs en ce milieu de XVIII^e siècle, une association de laïques ne représente pas une garantie suffisante aux yeux de l'évêque. Un ensemble de règles est ainsi mis au point. Le règlement lui-même consiste en trois pages, intitulées *Feuilles Volantes*, rédigées par le Sulpicien Étienne Montgolfier, qui définissent le quotidien des « Sœurs de la Charité de l'Hôpital Général de Montréal », dites aussi « Sœurs Grises ». Dans ce texte, le corps des Hospitalières est plus décrit comme un corps de religieuse que comme un corps de soignante : « Être couché à neuf heures et demie après avoir fait sur soi et sur son lit le signe de la croix, pris de l'eau bénite, baisé la terre, offert son sommeil à Dieu et s'être spécialement uni au Sacré Cœur de Jésus et Marie recommandé à son Ange Gardien »⁴⁷⁹. Toutefois, à ce règlement s'ajoutent les *Engagements Primitifs* des sœurs qui font de l'accueil et du soin des pauvres le principal objectif de la communauté et, dans les constitutions définitives, il est précisé que : « c'est à cette vertu qu'on se propose de sacrifier irrévocablement corps et biens, santé, travaux et industrie »⁴⁸⁰. Les constitutions des Sœurs Grises placent ainsi le soin des pauvres au cœur de leur action, et organisent en ce sens les contraintes sur le corps des Hospitalières : les mortifications sont légères au regard de ce qui est recommandé aux Augustines et la clôture est adaptée au soin des pauvres puisque, les Sœurs Grises étant « séculières par leur état », une clôture stricte « ne saurait convenir aux Filles de la Charité »⁴⁸¹. On constate ici l'influence indirecte de Vincent de Paul qui, sans être cité, voit

⁴⁷⁹ ASGM : *Feuilles volantes*, 1755, p 2.

⁴⁸⁰ ASGM : *Recueil des règles et constitutions...*, 1781 p. 87.

⁴⁸¹ *Ibid.*, p. 83.

ses idées transmises au sein de la première fondation canadienne⁴⁸². Les liens forts entre Vincent de Paul et Jean-Jacques Olier, fondateur de la compagnie de Saint Sulpice et membre clef de la Société de Notre-Dame de Montréal qui est à l'origine de la fondation de la ville, rendent ici la circulation des idées aisée.

Ainsi, bien que les formes les plus extrêmes des élans innovateurs du XVII^e siècle tendent à être étouffées par la hiérarchie ecclésiastique⁴⁸³, le modèle original des Filles de la Charité conserve son attractivité tout au long de la période moderne, tandis que le modèle des Augustines s'adapte tant bien que mal aux réalités des pratiques hospitalières. Des communautés de filles séculières, sans adopter la clôture formelle, mais en acceptant de vivre dans l'hôpital, consentent aux compromis qui leur permettent de se consacrer au soin des malades. On a toutefois pu voir que la représentation spirituelle du soin varie largement entre la définition mise au point par Vincent de Paul et celle qui transparaît dans les communautés régulières et que les deux modèles s'influencent : là, des séculières acceptent de vivre en communauté dans l'hôpital, prenant ainsi l'apparence d'une communauté cloîtrée, ici des régulières orientent leur quotidien en direction des malades et adoucissent les mortifications corporelles auxquelles elles s'adonnent.

L'évolution des pratiques religieuses – la clôture, les mortifications – au contact du quotidien hospitalier est donc perceptible. Elle passe notamment par une intériorisation de ces pratiques, ce qui permet aux religieuses de déplacer leur corps auprès des malades sans trahir leur clôture. Cette adaptation use ainsi des méthodes promues par les manuels de civilité. Ainsi, bien que les normes de civilité se diffusent dans la société laïque depuis les élites, des attitudes similaires sont prescrites à des religieuses soignantes souvent issues de milieux

⁴⁸² Si la communauté des sœurs grises de Montréal ne constitue pas la première fondation religieuse en terre canadienne, il s'agit de la première communauté dont la fondatrice, Marguerite d'Youville, la communauté masculines de tutelle, les Sulpiciens de Montréal, et l'ensemble des recrues, sont canadiennes et non plus métropolitaines.

⁴⁸³ L'interdiction des *English Ladies* de Mary Ward, présentée chapitre 1 : « 1.3.1. Monde religieux : différence et hiérarchie des sexes » symbolise une de ces formes extrêmes, et révèle la réaction virulente de l'Église. Voir Dominique Godineau, *Les femmes dans la société française, 16^e-18^e siècles*, Paris, Armand Colin, 2003, p. 107-115; Laurence Lux-Sterritt, « Mary Ward et sa Compagnie de Jésus au féminin dans l'Angleterre de la Contre-Réforme », *Revue de l'histoire des religions*, 3 (2008) [En ligne] URL : <http://rhr.revues.org/6873> (consulté le 25 février 2015).

modestes. Les Hospitalières, qui obéissent donc à ces normes de civilité acquises du fait de leur identité religieuse, participent ainsi à leur diffusion auprès des malades.

4.4. Corps des malades et monde religieux et hospitalier

4.4.1. La conversion par le corps

Une jeune fille d'une nation qui tire plus vers le nord que Tadoussac [...] estant venue voir les sauvages de ce quartier là, tomba malade. On la fist apporter de quarante lieue loin [C'était la distance estimée entre Québec et Tadoussac] en cet hospital ou elle a demeuré quatre ou cinq mois malade. C'est chose estrange que cette âme qui avoit toujours esté dans la barbarie estoit néanmoins douée d'une douceur si aimable qu'on la gouvernoit aussi facilement qu'un petit enfant, quoyqu'elle eust des douleurs très sensibles et très ennuyantes. Jamais elle ne se plaignoit. Jamais elle ne demandoit rien. Elle agréoit avec un visage gay et serein tout ce qu'on luy donnoit. Ses délices estoient de prier Dieu et, quoyqu'elle fût débile, elle ne vouloit rien prendre qu'elle n'eust entendu la messe, ayant désir de communier. Elle souffrit beaucoup pour jouir de cette faveur, car estant bruslée d'une soif qui la consommoit, elle endura toute la nuict cette peine sans jamais vouloir prendre une goutte d'eau. Elle en fut si foible que cette communion luy servit de viatique. Le Père Dequen la consolant après la messe, les Mères s'apperceurent qu'elle défailloit, le Père luy donne au plus tost l'extrême-onction et ce petit agneau, lavé depuis peu dans le sang de Jésus-Christ, s'en alla avec son vrai pasteur dans le ciel⁴⁸⁴.

La diffusion du message chrétien est le but central des congrégations d'Hospitalières, comme le montre cet extrait des *Relations des Jésuites* de l'année 1644. À travers le récit jésuite de l'action des Augustines de Québec, il s'agit de mettre en scène l'entreprise de conversion menée par les Hospitalières à travers le récit de l'attitude, ici, d'une jeune Amérindienne. L'action de conversion est centrale dans le contexte colonial des premières décennies, alors que les Hospitalières s'adressent à des malades. Dès les années 1650, après la chute de la Huronie et le retour des Hospitalières dans la ville de Québec, la place des

⁴⁸⁴ Lucien Campeau, *Monumenta Novae Franciae*, t. 6, *Recherche de la paix, (1644-1646)*, Montréal, Bellarmin, 1992, p. 94.

Amérindiens diminue pour n'être plus que symbolique à la fin du XVII^e siècle⁴⁸⁵. Il ne s'agit alors plus tant d'un rôle de conversion, mais de la diffusion du message chrétien auprès d'une population déjà christianisée, comme c'est le cas en métropole. Cette fonction essentielle des établissements hospitaliers se fait par le soin du corps des malades, et engage aussi le corps des Hospitalières elles-mêmes.

Ainsi, dans le cas des Hôpitaux Généraux, les corps des pauvres obéissent à une discipline proche de celle des Hospitalières. Le règlement auquel sont soumis les pensionnaires de l'Hôpital Général du Puy-en-Velay impose ainsi un lever matinal, envisagé comme premier moment de dévotion : « ils tâcheront à leur réveil de donner à dieu leur première pensée, leur première parole, et leurs premières actions »⁴⁸⁶. La journée se poursuit en silence, en alternant travail et assistance aux offices, qui doivent se faire en se tenant « avec tout le respect, avec toute la décence, et avec toute la modestie convenable à la sainteté du lieu »⁴⁸⁷. Dans ce contexte, les Hospitalières tiennent un rôle proche de celui de l'enseignante auprès des pauvres en « instrui [sant] si l'est nécessaire des principaux articles de nôtre sainte Religion que tout Chrétien doit savoir ». En incitant les pauvres à « élever souvent leur cœur à Dieu par des oraisons jaculatoires »⁴⁸⁸, il s'agit de les inciter à faire leur salut, rapprochant pour cela les pratiques spirituelles des pauvres de celles des Hospitalières.

4.4.1.1. Un environnement religieux

Les procédures des Hôtels-Dieu nous permettent de saisir la manière dont le corps est totalement immergé dans le quotidien religieux de l'hôpital. L'accueil à l'Hôtel-Dieu de Montréal est assuré par la sœur hospitalière qui doit faire au malade « un accueil charitable » et « l'avertira doucement de se mettre en bon état afin que Dieu donne sa bénédiction aux

⁴⁸⁵ François Rousseau, *La Croix et le Scalpel. Histoire des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec (1639-1892)*, Sillery, Septentrion, 1989, p. 55.

⁴⁸⁶ AD43/HSUP/2E8/s.d. : *Règlement de l'Hôpital Général du Puy*, p. 6.

⁴⁸⁷ Idem.

⁴⁸⁸ AD43/HSUP/2E10/s.d. : Autres articles concernant les sœurs au service des pauvres malades de la paroisse de Chomelix, art.2.

remèdes et alimens dont il a besoin »⁴⁸⁹. Les outils du soin – remèdes et aliments – sont immédiatement placés sous la protection divine. La disposition des corps des malades dans l'hôpital participe aussi de l'immersion dans le monde religieux. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le *Coutumier* précise que :

Il y aura une salle d'entrée belle et spacieuse, d'où il y ait communication s'il se peut à la salle des hommes, à celle des femmes, et à celle des enfants, où il y en aura. Et on tâchera de disposer tellement les salles des malades, qu'ils puissent de leurs lits voir le Prêtre à l'autel au travers d'un balustre; s'il ne se peut, il y aura un autel en haut des salles, d'où on pourra voir le Prêtre qui célébrera la messe, principalement aux Fêtes et Dimanches, afin que les malades ne soient pas privés de cette consolation⁴⁹⁰.

La disposition des corps des malades est ainsi pensée pour que ceux-ci puissent assister à la messe. Les décors des lieux sont également significatifs. En effet, les salles des malades se doivent d'être simples et dépouillées, en opposition avec la chapelle, éclairée et richement décorée. Le contraste entre les deux sert de métaphore à l'existence humaine, la salle sobre symbolisant la vie terrestre qui se confond, dans une perspective chrétienne, avec la maladie et la souffrance⁴⁹¹. L'orientation de la salle, dirigée vers la chapelle symbolisant le paradis, rappelle le but vers lequel toute l'existence du malade doit tendre⁴⁹². Lorsqu'il n'est pas possible de diriger les regards de tous les malades vers une chapelle – c'est par exemple le cas à l'Hôtel-Dieu de Québec –, des autels sont aménagés. Les tableaux suspendus aux murs portent également les messages de miséricorde divine et du mystère de la Rédemption⁴⁹³. À ce décor religieux s'ajoutent des objets, crucifix, chapelets, médailles. Ces objets diffusés par

⁴⁸⁹ « Des œuvres corporelles de miséricorde envers les malades », *Règles et constitutions pour les religieuses hospitalières de Saint Joseph*, Autun, 1656, p. 139.

⁴⁹⁰ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 20.

⁴⁹¹ Pauline Labey, « L'histoire du malade. Croisement de deux anthropologies », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 7 (2010) [En ligne], URL : <http://acrh.revues.org/index1985.html> (Consulté le 06 juillet 2010).

⁴⁹² Brigitte Violette, « Guérir le corps et sauver l'âme : les religieuses hospitalières et les premiers hôpitaux catholiques au Québec. », dans Christina Bates, Dianne Dodd, Nicole Rousseau (dir.), *Sans frontières. Quatre siècles de soins infirmiers*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005, p. 61.

⁴⁹³ *Ibid.*, p.62.

l'institution ecclésiastique sont pour le croyant un rappel de l'importance de la prière⁴⁹⁴, et un moyen d'y accéder. Placés à proximité ou au contact direct du corps – chapelet mis dans les mains, médailles posées sur la poitrine –, ils participent si ce n'est à le sacraliser, du moins, à le guider vers le Salut, comme le soulignent les documents prescriptifs. Ainsi, lors de l'agonie des malades, les *Constitutions* des Augustines de Clermont précisent conformément aux pratiques de la bonne mort que : « S'il a l'usage des yeux, il lui faut présenter le Crucifix, afin que la présence de cet objet chasse les illusions contraires au salut de son âme, & au repos de son esprit »⁴⁹⁵. La correspondance entre les prescriptions et les mentions d'objets dévotionnels relevés dans les inventaires des hôpitaux dressés lors de la période révolutionnaire⁴⁹⁶ tend à confirmer qu'une telle pratique est fréquente. Il n'est toutefois pas évident de savoir si ces objets sont utilisés par les malades ou sont destinés aux dévotions des Hospitalières elles-mêmes.

Enfin, dans cet environnement de dévotion, on notera l'importance accordée au silence des pauvres, attitude qui, considérée comme une mortification des sens pour les religieuses, est ici reproduite pour les pensionnaires de l'hôpital, et permet aux Hospitalières de mener leurs dévotions dans un cadre opportun. Ce silence est brisé par « quelques cantiques spirituels », ou par « quelques lectures spirituelles ». À Québec, un *Recueil des endroits de l'Écriture les plus consolants pour les pauvres pécheurs*⁴⁹⁷ est ainsi à disposition des Hospitalières pour faire en sorte que le silence de recueillement, rythmé par le son des cloches, ne soit rompu que par des discours spirituels. À l'Hôtel-Dieu de Paris, on trouve parmi les employés gagés au cours de la période des organistes, indiquant que là aussi, la musique est utilisée⁴⁹⁸. En écoutant les paroles des Hospitalières et les cantiques, en regardant les décors religieux, touchant les objets de dévotion, respirant l'encens et même goûtant l'Hostie, c'est à travers leurs cinq sens que les corps des malades sont sollicités par le dispositif hospitalier.

⁴⁹⁴ Emmanuelle Friant, *Le catholicisme matériel. Les objets de piété privée dans la France des XVI^e et XVII^e siècles*, thèse de doctorat (histoire) Université de Nancy 2, 2009, p. 240.

⁴⁹⁵ BUP/A30123 : « Exhortation, Que les Sœurs peuvent faire aux Malades pour les disposer à recevoir les Sacrements », *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin...* p. 192.

⁴⁹⁶ AD63/2HDEP/3251 : Hôtel-Dieu de Clermont, *Inventaire du mobilier, rapport des commissaires*, 15 octobre 1792.

⁴⁹⁷ AMAHDQ /B1, Ms 7 : *Recueil des endroits de l'Écriture les plus consolants pour les pauvres pécheurs*.

⁴⁹⁸ A/AP-HP/HD/liasse 880 : *Délibération du bureau, états des gages et appointement des médecins, chirurgiens, domestiques et autres membres du personnel de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis, XVII^e XVIII^e*, 84 pièces.

4.4.1.2. La préparation à la mort

La dimension religieuse des hôpitaux couplée à la faiblesse des recours thérapeutiques amène les congrégations responsables des institutions hospitalières à préparer spirituellement les malades à leur mort. Tout en prenant en compte la gravité de l'état du pauvre soigné, puisqu'on ne parle pas de la même manière aux malades et aux moribonds, les Hospitalières mettent en avant, plutôt que les paroles de réconfort, l'urgence de la préparation au trépas :

Il ne faut pas flatter un malade à cette extrémité, mais lui dire qu'à mesure que son corps s'affaiblit, son esprit doit s'élever & redoubler sa confiance en Dieu pour résister au Diable, qui à la mort redouble ses artifices pour nous tromper, que l'heure est venue du dernier combat, que c'est le coup de partie d'où dépend l'éternité bien-heureuse ou malheureuse⁴⁹⁹.

Dans cette rhétorique du combat, le corps est le moyen par lequel le diable tente de gagner l'âme. Il faut donc le soutenir dans son attachement à Dieu, selon ses possibilités. Ainsi, si le malade « a encore l'usage de ses sens », on lui demandera de soumettre sa vie à Dieu et au Christ, s'il « a l'usage des yeux », on lui présentera un crucifix, et si le malade n'est plus en état d'agir, c'est aux religieuses de prendre le relais en prononçant pour lui ses prières⁵⁰⁰. On pallie de cette manière les limites du corps mourant, allant jusqu'à le placer en position de recevoir l'extrême-onction⁵⁰¹, pour permettre au chrétien une bonne mort. Le règlement des « Filles perdues » de l'Hôpital Général de Montréal, particulièrement détaillé, insiste sur cet aspect :

Lorsqu'elles se trouveront mal extraordinairement, elles en avertiront les maitresses, afin qu'elles soient secourues et soulagées avec charité, que si elles sont envoyées à l'infirmerie, elles y obéiront non seulement à la Supérieure et à la Maîtresse, mais encore à l'Infirmière et au Médecin, en tout ce qui appartiendra à

⁴⁹⁹ « Des exhortations que les sœurs peuvent faire aux malades pour les disposer à recevoir les sacrements », dans BUP/A30123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin établies dans le diocèse de Clermont*, 1692, p. 284.

⁵⁰⁰ *Ibid.*, p. 285-288.

⁵⁰¹ AD43/HSUP/2E10/s.d. : *Autres articles concernant les sœurs au service des pauvres malades de la paroisse de Chomelix*, art.2.

leur santé. Elles se souviendront de prendre de la main de Dieu dans la maladie, et la recevoir en satisfaction de leurs fautes passées, elles s'efforceront de bailler aucun signe d'impatience ou de déplaisir, soit de leur maladie, soit du service qui ne leur sera rendu; ains de donner bonne édification tant aux médecins qu'aux confesseurs, et à celles qui les visiteront ou qui traiteront avec elles.

Si leur mal alloit épirant (sic), et que l'on vit qu'il y eut danger, elles seront secouruës au Spirituel, ni plus ni moins que les Religieuses; que si elles viennent à mourir, elles seront enterrées au Monastères et on fera toutes les Prières accoutumées pour la Sépulture, on dira des Vigiles et une Messe avec une communion générale de toutes les communautés et outre cela les Sœurs domestiques et les sœurs converties diront un chapelet pour le repos de son âme⁵⁰².

Les confréries de la Bonne Mort et des agonisants, qui œuvrent à la diffusion du catholicisme à l'époque moderne, méritent que nous nous attardions sur elles. Regroupement de laïcs dévots et d'ecclésiastiques, elles ont pour principal but « de s'aider mutuellement à se procurer une bonne mort »⁵⁰³. Cette préparation passe par une « bonne vie », c'est-à-dire une vie réglée selon les principes religieux. L'accompagnement durant les derniers instants relève du domaine des confréries des agonisants, qui rendent visite aux mourants et les accompagnent spirituellement. Ces confréries ne sont pas systématiquement liées au monde hospitalier, mais la fréquence de la mort dans les hôpitaux établit un lien entre les deux. La confrérie de la Bonne Mort de Montréal est à cet égard digne d'attention. Fondée par un Sulpicien⁵⁰⁴, elle joue selon toute probabilité un rôle dans la diffusion de ces pratiques dans les

⁵⁰² ASGM/G6/2M4/Aa Divers/Fond Jéricho/Historique : « Règlement pour les filles et femmes pénitentes »

⁵⁰³ « Fin de l'Association », dans le *Règlement de la Confrérie de l'adoration perpétuelle du Saint-Sacrement et de la bonne mort, érigée dans l'église paroissiale de Ville-Marie, en l'isle de Montréal*, vers 1776.

⁵⁰⁴ La confrérie de la Bonne Mort de Montréal est fondée par le Sulpicien M. Déat en 1732. Originaire d'Auvergne, il importe à Montréal la tradition confraternelle de la Bonne Mort que l'on retrouve plutôt dans la partie méridionale de la France. Cette confrérie allie les caractéristiques d'une confrérie de la Bonne Mort et d'une confrérie d'agonisants, tout en étant fortement marquée par la dévotion au Saint-Sacrement. Elle témoigne donc de la présence de pratiques dévotionnelles encouragées par le catholicisme post-tridentin. Il ne s'agit pas de la seule confrérie montréalaise, et d'autres sont directement attachées aux hôpitaux de la ville, comme le souligne Brigitte Caulier : « Au XVIII^e siècle, quatre autres confréries voient le jour jusqu'en 1749 : celle de la Sainte-Trinité (1719), du Sacré-Cœur de Marie (1722), du Saint-Sacrement et de la Bonne Mort (1732) et enfin du Sacré-Cœur de Jésus (1749). Cette fois-ci, deux se rattachent aux communautés religieuses hospitalières : la Sainte Trinité est établie à l'Hôtel-Dieu le 17 juin 1719 tandis que la confrérie du Sacré-Cœur de Jésus s'assemble à l'Hôpital Général sous l'initiative de M. Louis Normand de Faradon, supérieur du Séminaire, le 5 mai 1749. Les Sulpiciens en gardaient néanmoins le contrôle puisqu'en tant que chapelains de ces communautés, ils assumaient la direction spirituelle de ces nouvelles associations. Saint-Sulpice érigea à Notre-Dame les deux autres. Tout d'abord le Sacré-Cœur de Marie, dont les lettres patentes accordées par Mgr de Saint Vallier datent du 1er janvier 1722 [...] Dix ans plus tard, M. Déat fondait la confrérie du Saint Sacrement et de la Bonne Mort le 1er novembre 1732 à Notre-Dame; les lettres d'érection ont été rédigées par Mgr Dosquet le 3 octobre 1732 »;

hôpitaux montréalais. Ce sont en effet les « messieurs du séminaire » qui contribuent à la fondation montréalaise de l'institut des Hospitalières de Saint-Joseph de la Flèche en 1659, qui soutiennent près d'un siècle plus tard l'établissement des Sœurs Grises de Marguerite d'Youville à la tête de l'Hôpital Général, et ce sont eux encore qui tiennent, auprès de ces deux communautés, les rôles de confesseurs et aumôniers envers les Hospitalières, les pauvres et les malades⁵⁰⁵. Il est donc possible que, par le biais de ces hommes qui circulent régulièrement dans les hôpitaux montréalais, les pratiques d'encadrement de l'agonie se diffusent. Le coutumier clermontois montre néanmoins qu'il s'agit de pratiques courantes dans le contexte hospitalier et que les confréries ne font que participer à leur renforcement. En insistant sur le calme qui doit caractériser les mourants, il s'agit de discipliner le corps, même dans l'agonie. La dignité caractéristique de la bonne mort exige ainsi de faire taire toutes les expressions de la souffrance, de l'angoisse, du désespoir ou encore de la douleur. Les principes religieux rejoignent là encore les normes de comportement de la civilité, puisque le corps doit demeurer immobile et le mourant silencieux.

Enfin, le rituel religieux n'abandonne pas le corps après la mort, puisqu'il est alors aspergé d'eau bénite, puis recouvert d'un linge. C'est ensuite la sépulture, dans le cimetière attenant à l'hôpital, qui finit d'assimiler le corps des malades convertis au monde catholique, tandis que leurs noms sont inscrits dans le registre des sépultures⁵⁰⁶.

Pour inciter les pauvres et les malades à gagner leur salut, l'institution hospitalière les immerge dans un environnement religieux. À travers la sollicitation de ses sens, le corps du

voir Brigitte Caulier, « Bâtir l'Amérique des dévots », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 46, 1 (1992), p. 50. Voir également Bernard Dompnier, « Les mutations des modèles confraternels en France aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Les confréries de Corse. Une société idéale en Méditerranée*, [en ligne] <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00671763> (consulté le 7 avril 2015); Catherine Jamet, « Les confréries de dévotion dans le diocèse de Rennes (XVII^e-XVIII^e siècle). Piété et spiritualité : de l'idéal au quotidien » *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 87,3 (1980), p. 481-491; Marc Venard, « Les formes de piété des Confréries dévotes de Rouen à l'époque moderne », *Histoire, économie et société*, 10, 3 (1991), p. 283-297.

⁵⁰⁵ Dominique Deslandres, « Les Sulpiciens et les communautés religieuses de Montréal », dans Dominique Deslandres, John A. Dickinson et Ollivier Hubert (dir.), *Les Sulpiciens de Montréal, une histoire de pouvoir et discrétion, 1657-2007*, Montréal, Fides, 2007, p. 305-349.

⁵⁰⁶ AD63/2HDEP/3466 : *registre des sépultures*, 1764-1779.

malade est censé intégrer l'*habitus*⁵⁰⁷ du bon chrétien, qui se confond avec celui de l'homme « civilisé » : le contrôle de toutes les expressions corporelles, jusque dans l'agonie.

Il est tentant de voir à travers cette mise en scène la construction d'une pièce de théâtre dont les corps des malades ne seraient que des accessoires contribuant au décor, et dont les Hospitalières seraient les actrices. Pourtant, ce sont bien sur les corps des malades que les actions s'exercent. Ainsi, lorsqu'il s'agit de contenir l'expression des souffrances, les malades ne sont pas des objets passifs, mais des acteurs de ce scénario de civilisation. Les agents du monde hospitalier laissent toutefois ponctuellement deviner une dissonance entre les objectifs de l'institution et les attentes des malades. Le règlement de l'Hôtel-Dieu du Puy-en-Velay prévient ainsi les Hospitalières : « Elles prendront garde cependant de ne pas les inquiéter ou ennuyer pour leur parler trop long temps ou trop haut, ou avec trop de précipitation »⁵⁰⁸. Ces quelques mots nous permettent de déceler l'individualité des malades, et, en filigrane, les résistances au processus de conversion. Comment ces résistances se manifestent-elles? Plus précisément, en prenant en compte la nature des sources disponibles, comment l'institution anticipe-t-elle les résistances?

4.4.2. Résistances et adaptation

L'extrait de document que nous venons d'évoquer mérite que l'on s'y attarde. En effet, il relève la divergence possible entre la volonté des usagers de l'hôpital et celle des agents de l'institution. L'écart qui sépare le désir des malades d'être soignés du désir des Hospitalières de les amener à la conversion religieuse nous amène à adopter et adapter l'analyse conduite par Frédéric Lordon qui, dans une perspective spinoziste, analyse le fonctionnement des sociétés capitalistes du XXI^e siècle et souligne le rôle central des « affects » dans celui-ci. Dans une démonstration à saveur mathématique, le philosophe et économiste développe le concept de « l'angle alpha », figure géométrique qui illustre l'écart qui sépare le désir d'une puissance dominante (par exemple un employeur) et celui d'une

⁵⁰⁷ Pierre Bourdieu, « Habitus, code et codification », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64 (1986), p. 40-44; Bernard Andrieu, « Quelle épistémologie du corps? », *Corps*, 1,1 (2006), p. 13-21.

⁵⁰⁸ AD43/HSUP/2E10/s.d. ; *Autres articles concernant les sœurs au service des pauvres malades de la paroisse de Chomelix*, art.2.

personne enrôlée à sa cause (par exemple un employé)⁵⁰⁹. L'objectif d'une puissance dominante consiste en la réduction de cet écart de manière à ce que l'enrôlé non seulement accepte de se mettre au service d'un autre, mais le fasse avec enthousiasme⁵¹⁰. Transposée dans le contexte de conversion hospitalière, la puissance dominante est représentée par l'institution religieuse, le malade étant celui que l'on doit faire adhérer aux idéaux de la Réforme catholique. Or cette conversion, par l'attention portée au corps et tout particulièrement aux sens, montre que dans cette situation on utilise effectivement les émotions [affects] pour parvenir à ses fins – les rappels permanents à l'amour du Christ constituant le cœur du phénomène émotionnel –, à savoir obtenir la correspondance entre le désir du malade et celui des Hospitalières dans la recherche du Salut⁵¹¹. Le processus de la recherche du Salut illustre ainsi clairement le recours aux émotions, qui est commun à tout le discours religieux⁵¹².

Les résistances des pauvres et des malades font l'objet de quelques mentions dans les sources. Nous avons pu évoquer dans le chapitre précédent des cas d'évasion, indice de l'échec du processus de conversion et de civilisation dans certains cas⁵¹³. D'autres phénomènes, moins spectaculaires, font état de ces limites. À l'Hôpital Général de Moulins, à la fin du XVIII^e siècle, le bureau des administrateurs justifie ainsi le choix d'imposer un uniforme aux pensionnaires, jusqu'ici exemptés de ce signe d'appartenance à l'établissement :

⁵⁰⁹ Frédéric Lordon, *Capitalisme, désir et servitude. Marx et Spinoza*, Paris, La Fabrique, 2010, p. 54-55

⁵¹⁰ *Ibid.*, p. 73-135.

⁵¹¹ La réflexion sur le rapport entre les émotions et les questions religieuses fait également l'objet d'une historiographie foisonnante, dont nous nous contenterons de ne citer ici que quelques titres : Lucie Desjardins, « De la "surface trompeuse" à l'agréable imposture. Le visage au XVII^e siècle », *Intermédialités : histoire et théorie des arts, des lettres et des techniques/Intermediality : History and Theory of the Arts, Literature and Technologies*, 8 (2006) p. 53-66 [en ligne] URL : <http://id.erudit.org/iderudit/1005539ar> (consulté le 5 mars 2015); Pirooska Nagy, *Le don des larmes au Moyen Âge. Un instrument spirituel en quête d'institution, Ve-XIII^e siècle*, Paris, Albin Michel, 2000.

⁵¹² Sur la dimension émotionnelle du discours religieux, voir Jean Delumeau, *Rassurer et protéger. Le sentiment de sécurité dans l'Occident d'autrefois*, Paris, Fayard, 1989. Pour le cas particulier des missions et donc des conversions, voir par exemple Bernard Dompnier, « Les missions des Capucins et leur empreinte sur la Réforme catholique en France », *Revue d'histoire de l'Église de France*, 70, 184 (1984), p. 127-147; Dominique Deslandres, « Entre persuasion et adhésion. La mission française au XVII^e siècle », *Théologiques*, 13, 1 (2005), p. 95-117.

⁵¹³ Voir AD43/HSUP/HG Le Puy/2 E 04 : *Registre de délibérations, 1715-1789*, p. 549, cité dans le chapitre 3 : « 3.3.2. Résistances »

« la liberté que l'on laissoit aux pauvres de s'habiller de différentes étoffes à leur fantaisie, soit point habit d'hiver ou d'été; occasionoit beaucoup d'abus de la part des pauvres lesquels obtenant permission de sortir et n'étant pas connoissables pour estre pauvres dudit hopital »⁵¹⁴. En conséquence de ces abus, le bureau décrète l'instauration d'un vêtement qui permet de distinguer les pensionnaires de l'établissement des autres habitants. L'habit est donc utilisé comme un outil de contrôle des corps, au sens où il les uniformise et permet même de contrôler les mouvements des individus. On remarque donc l'usage d'une contrainte externe, puisque la population que l'on tente de discipliner montre des signes de résistance.

Le regard de l'autre, dont on a vu qu'il participe au processus de civilisation des mœurs, est également une des techniques utilisées dans les hôpitaux. Le corps des pauvres est constamment surveillé, placé sous le regard d'autrui. Les règlements interdisent les moments d'intimité, puisque les journées se passent dans des espaces communs : dortoirs, salles de travail, lieu de récréation. Ces lieux sont systématiquement placés sous le regard d'un ou une surveillante selon le genre du groupe, lequel/laquelle est notamment responsable de s'assurer que, lors des récréations, « il ne se passe rien de deshonnête, & qu'aucun ne s'écarte de ses yeux pour aller jouer & se cacher dans les granges, écuries, escaliers & autres endroits détournés de la maison »⁵¹⁵. Le regard du surveillant est alors garant du respect des normes de comportement, et doit pouvoir se porter aisément sur l'ensemble de la population enfermée. Là encore, il est question d'une contrainte externe, ce qui souligne les limites du processus d'intériorisation du comportement souhaité par l'hôpital.

Il est toutefois difficile de discerner, à travers certaines pratiques, ce qui relève de la contrainte externe ou de la contrainte intériorisée. Ainsi, les institutions hospitalières se caractérisent, comme le montre Erving Goffman, par la mise en place d'un emploi du temps précis, où les activités s'enchaînent heure par heure selon un code précis⁵¹⁶. L'organisation du

⁵¹⁴ AD03/4HDEPOT/10 : *Table alphabétique des registres de délibérations et délibérations : du 6 mars 1713 au 26 novembre 1735* (n.278) « Délibération sur l'habillement des pauvres de différentes couleurs », 7 septembre 1730.

⁵¹⁵ AD63/1/C/957 : *Règlement général pour la direction et économie de l'Hôpital Général de cette ville de Clermont-Ferrand*, 1773, chap.1, art. 5.

⁵¹⁶ Erving Goffman définit quatre critères propres aux institutions « totales ». Bien qu'il les applique uniquement à des établissements fermés – ce que ne sont pas les hôpitaux d'Ancien Régime — ces critères décrivent

temps étant imposée par l'institution, elle fait figure de contrainte externe. À la lecture des règlements, on est frappé par la prescription de la pratique du silence. L'interdiction de parler s'impose en effet quotidiennement aux pauvres lors des activités religieuses – la messe, les différents offices, le temps de la prière –, mais aussi pendant de longues plages horaires de la journée. À l'Hôpital Général du Puy-en-Velay, dès six heures du matin, le silence est de règle pour le lever et le moment de l'habillement, mais encore lorsque les pauvres se rendent à la chapelle, « pour la prière que monsieur le recteur ou ses substituts feront après l'Angelus ». Le silence n'est finalement brisé qu'à neuf heures pour « chanter quelques cantiques spirituels, ou pour faire quelque instruction, ou quelque lecture spirituelle »; l'exercice est ensuite suivi d'un quart d'heure de silence. Le reste de la matinée est le moment de l'enseignement religieux, puis « on fera la récréation jusqu'à midi et demie avec modestie; charité; gayeté, c'est-à-dire que les pauvres pourront parler en faisant leur ouvrage ». De midi à quatorze heures, le silence est de nouveau de rigueur, puis le travail de l'après-midi est rythmé par des moments religieux – « on récitera le chapelet on fera la lecture et on finira cet exercice par une courte prière » — puis la récréation et le souper se déroulent dans les mêmes circonstances que le matin. Enfin, à huit heures le soir, « en été on s'assemblera avec modestie dans la chapelle ou monsieur le recteur fera [sic] faire l'examen de conscience et les autres prières; tous se retireront sans bruit en silence dans leur appartement pour s'y coucher en hiver on fera la prière dans chaque appartement »⁵¹⁷.

Le silence est une pratique qui s'exerce sur les sens des malades. Or, à travers les sens, ce sont les émotions qui sont visées. Les moments de silence sont surtout interrompus pour permettre la réalisation d'activités religieuses qui visent à modifier l'état d'esprit des pensionnaires, à les convaincre de se tourner vers la recherche du Salut.

parfaitement l'organisation du temps des pensionnaires : « *First*, all aspects of life are conducted in the same place and under the same single authority. *Second*, each phase of the member's daily activity will be carried out in the immediate company of a large batch of others, all of whom are treated alike and required to do the same thing together. *Third*, all phases of the day's activities are tightly scheduled, with one activity leading at a prearranged time into the next, the whole circle of activities being imposed from above through a system of explicit formal rulings and a body of officials. *Finally*, the contents of the various enforced activities are brought together as parts of a single over-all rational plan purportedly designed to fulfill the official aims of the institution », Erving Goffman, *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Piscataway, Library of Congress, (1961) 2009, p. 6 ; voir aussi Michel Foucault, *Surveiller et Punir...*, p. 176.

⁵¹⁷ AD43/HSUP/2E8/s.d. : *Règlement de l'Hôpital Général du Puy*, p. 7-8.

Le règlement qui s'applique aux « filles perdues » de l'Hôpital Général de Montréal est plus explicite, puisqu'il consacre un chapitre entier à la « mortification de la langue »⁵¹⁸. Cette formule montre qu'il ne s'agit pas uniquement du silence, mais plus généralement, comme le définit Jean-Baptiste de Saint-Jure, de la mortification des passions à travers le fait de ne pas parler⁵¹⁹. C'est donc ici de lutte contre les passions dont il est question, passions implicitement soupçonnées de s'opposer aux buts de l'institution. Les mêmes techniques s'imposent donc conjointement aux usagers et aux agents de l'institution, le degré de contrainte externe semblant être ce qui les sépare.

On peut toutefois supposer que les effets réels des institutions hospitalières sont relativement limités. Lorsqu'il s'agit des malades alités des hôpitaux, immergés dans le monde hospitalier, la lecture des règlements et coutumiers laisse supposer que le processus de civilisation est efficace. Il faut alors rappeler que la durée de séjour moyen dans les Hôtels-Dieu est de trois semaines, temps qui semble bien faible pour modifier les modes de comportement et les manières de penser des individus malades. Dans le cas des pensionnaires des Hôpitaux Généraux, qui peuvent séjourner pendant des années dans l'établissement, la mobilisation de contraintes externes semble indiquer une forme de résistance de la part des usagers. Ces observations ne peuvent bien évidemment qu'être qu'hypothétiques, puisqu'apprécier le degré d'efficacité de ces institutions supposerait de pouvoir évaluer l'évolution de l'état d'esprit des malades et des pensionnaires. Il faut toutefois tenir compte que ce qui pousse les pauvres et les malades à séjourner à l'hôpital : la recherche du soin, d'un lieu où se loger agissent comme autant de motivations parallèles qui incitent les usagers à faire preuve de docilité vis-à-vis du dispositif hospitalier.

⁵¹⁸ ASGM/G6/2M4/Aa divers/Jericho : *Règlement pour les filles et les femmes pénitentes*, chap. 2.

⁵¹⁹ Jean-Baptiste de Saint Jure, *De la connaissance et de l'amour de N.S. Jésus-Christ*, Paris, Veuve de S. Mabre-Cramoisy, 1688, p. 735-736.

4.4.2.1. Civiliser l'ensemble de la population hospitalière ?

La manière dont les hôpitaux s'attachent à séparer les hommes et les femmes témoigne également de la combinaison entre contraintes internes et contraintes externes. Ce processus de séparation de sexes, que nous approfondirons dans les sixième et septième chapitres, est tout autant encouragé par les normes de civilité que par l'organisation de l'Église qui sépare nettement hommes et femmes. Or, dans le cadre de l'organisation hospitalière, on voit que ce ne sont pas uniquement les malades ou les Hospitalières qui sont concernés par ces principes, mais aussi les employés laïcs des établissements.

Certes, la séparation des pauvres selon leur genre participe à leur contrôle, comme en témoigne le règlement de l'Hôpital Général du Puy-en-Velay : « il est défendu aux femmes et aux filles de se trouver jamais dans quelque lieu que ce soit avec les hommes et les garçons; il est aussi défendu aux hommes et aux garçons de passer près les degrés de l'appartement des femmes et des filles, et aussi aux femmes et filles près de celui des garçons »⁵²⁰. La séparation fonctionne puisque des hommes laïcs employés par la maison se substituent aux religieuses dans des tâches de soin et de surveillance des hommes. Il s'agit donc d'un comportement auquel l'ensemble de la population hospitalière est censé se plier.

Les règlements prévoient également des manières de se comporter lors des occasions où hommes et femmes se trouvent au même endroit. Ainsi, le *Coutumier* des Augustines de Québec indique que « les serviteurs pourront entrer dans la salle des femmes si elle doit leur servir de passage pour aller à l'Église ou ailleurs; mais hors de là, ils n'y entreront que dans la nécessité et en la présence des religieuses et ne s'y arrêteront en de longs discours avec les femmes, malades ou non »⁵²¹. La même méfiance s'applique aux Hospitalières, qui n'ont qu'un accès restreint au dortoir des serviteurs et infirmiers : « Pas une sœur n'y entrera sans congés express et jamais sans compagne, sous quelque prétexte que ce soit : et elles ne s'y arrêteront que comme en passant, la porte demeurant tout ouverte pendant qu'elles y

⁵²⁰ AD63/HSUP/2E8/s.d. : *Règlement de l'Hôpital Général du Puy*.

⁵²¹ *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 123.

seront »⁵²². Ainsi, c'est à la fois sur le regard de l'autre – celui de la « compagne » – et sur l'attitude de chacun que l'institution compte pour que la séparation des sexes soit effective. Ces différents exemples montrent que toutes les personnes qui passent la majorité de leur temps dans l'hôpital, qu'elles soient laïques ou religieuses, usagères ou agentes des hôpitaux, sont toutes soumises à un mélange de contraintes externes qui encadrent leurs faits et gestes, et un ensemble de directives qui visent à leur faire adopter les normes de civilité, en l'occurrence la notion de pudeur qui structure notamment les relations entre les femmes et les hommes.

Conclusion

Institution religieuse, l'hôpital marque le corps des malades et des Hospitalières en ce sens. Le quotidien hospitalier, avec les tableaux suspendus aux murs, les objets de piétés que touchent les malades et les Hospitalières, et le discours de ces dernières, est marqué par les représentations religieuses du corps.

Discipliner le corps, siège des passions, est donc dans un premier temps une nécessité religieuse, qui, par le biais de l'implication des religieux dans la société laïc, irrigue la société d'Ancien Régime sous la forme du « processus de civilisation ». On constate ainsi que les normes de comportements religieux se déplacent dans le monde laïc par l'intermédiaire des élites, notamment dévotes qui, par leur engagement dans des œuvres charitables, influencent à leur tour l'univers religieux des hôpitaux.

À l'intérieur des établissements hospitaliers, le processus de civilisation fait l'objet d'adaptations particulières. D'une part, alors qu'il part d'un mouvement de l'élite, il s'impose dans les hôpitaux à travers les Hospitalières, qui ne sont pas systématiquement issues de ce milieu social. Le processus de civilisation pour ces femmes prend la forme d'une spiritualité adaptée à leur condition – intériorisation de la clôture, redéfinition des mortifications – qui leur permet ensuite de diffuser ces pratiques auprès des pauvres et des malades qu'elles reçoivent. D'autre part, le processus de civilisation bénéficie par le biais de l'hôpital d'une

⁵²² *Ibid.*

institution qui permet de prendre directement en charge les corps des personnes. Le processus de civilisation se confond alors avec la recherche du salut, et c'est par l'action sur le corps que les deux opèrent : civiliser le corps pour le convertir, convertir le corps en le civilisant.

Le processus est évidemment imparfait dans son application, comme le montrent les sources qui signalent des résistances de la part des pauvres et des malades. Il concerne néanmoins à la fois les agents et agentes des hôpitaux et leurs usagers et usagères, et fournit la clef de lecture des normes de comportement corporel en vigueur dans les établissements hospitaliers au cours de la période moderne.

Chapitre 5. Pratiques de santé et de guérison

La question de la maladie, et plus largement, celle du soin du corps, est au centre des préoccupations du monde hospitalier. En effet, si les origines religieuses des hôpitaux demeurent tout à fait présentes tout au long de la période, l'évolution du paysage hospitalier s'accompagne d'un intérêt croissant pour les questions de santé. Ainsi, nous proposons ici de montrer comment ces évolutions se mettent en place dans les hôpitaux, et leurs conséquences sur la redistribution des rapports de pouvoirs.

Les relations entre pouvoirs et santé font l'objet d'une riche historiographie, marquée encore une fois par le travail de Michel Foucault⁵²³. Le rôle de l'État dans la mise en place d'agents de santé répondant à ses objectifs de contrôle sanitaire de la population retiendra ainsi notre attention. Néanmoins, soucieuse de faire apparaître les corps de l'hôpital, et la façon dont ils sont à la fois perçus et traités, nous aurons recours à l'analyse des pratiques de santé⁵²⁴, c'est-à-dire des gestes soignants, pour faire apparaître la diversité des acteurs soignants. En nous appuyant pour cela sur les travaux de Jacques Lebrun⁵²⁵ et Georges Vigarello⁵²⁶, nous mettons en évidence la variété de ces gestes, leur répartition entre les soignants, et montrons l'évolution des rapports de pouvoirs entre ces acteurs. Enfin, tout au long de ce chapitre, nous prenons soin de déterminer de quelles manières chaque catégorie de soignant définit et comprend le corps malade. Au cours d'un développement final sur le cas particulier de la contagion, nous montrons comment ces différentes représentations du corps malade s'articulent pour répondre à la menace épidémique.

⁵²³ Michel Foucault, *Surveiller et Punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975, p. 200.

⁵²⁴ Voir sur ce sujet l'introduction Alexandre Klein et Séverine Parayre, (dir.), *Histoire de la santé (XVIII^e-XX^e siècles). Nouvelles recherches francophones*, Québec, PUL, à paraître 2015.

⁵²⁵ François Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, 1995.

⁵²⁶ Georges Vigarello, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1999 (1993).

5.1. Des acteurs au savoir reconnu

5.1.1 Les médecins

La France d'Ancien Régime distingue nettement les professions de médecin et de chirurgien. Si les seconds acquièrent une reconnaissance royale au cours du XVIII^e siècle, les premiers bénéficient d'un prestige attaché à l'ancienneté de leur fonction. C'est la théorie qui constitue l'essentiel de la formation médicale, dispensée à la Faculté, et, comme le résume François Lebrun, c'est un enseignement qui honore les grands Anciens :

Le contenu même de l'enseignement est essentiellement formel et théorique, l'intervention de l'observation ou de l'expérience reste tout à fait exceptionnelle. Les écrits d'Aristote, d'Hippocrate et de Galien ont valeur de dogmes. Aussi la méthode d'enseignement la plus répandue consiste-t-elle pour le maître, en robe longue et bonnet carré, à lire du haut de la chaire un chapitre des écrits de l'un ou de l'autre des trois grands anciens, en traduction latine, en agrémentant cette lecture d'un commentaire également en latin. Toutes les matières, y compris l'anatomie, s'enseignent de cette façon, à Paris ou à Montpellier comme dans la plus médiocre faculté de province⁵²⁷.

Au XVII^e siècle, une vingtaine de facultés sont habilitées à décerner les grades de baccalauréat, licence et doctorat, nécessaires à l'exercice médical. Paris et Montpellier demeurent les deux principales facultés du royaume, où l'enseignement est de meilleure qualité et les grades plus ardues à obtenir. En contrepartie, les médecins qui en sont issus sont autorisés à exercer sur l'ensemble du territoire, là où les autres facultés n'autorisent qu'un exercice local. Le fonctionnement des études de médecine est caractérisé au cours du XVII^e siècle par une profonde disparité et une médiocrité quasi générale⁵²⁸. L'édit de Marly « portant règlement pour l'étude et l'exercice de la médecine à travers le royaume », signé en 1707 pour améliorer la situation, constitue un signe de l'intérêt du pouvoir royal pour le contrôle de la

⁵²⁷ François Lebrun, *Se soigner autrefois...* p. 29.

⁵²⁸ *Ibid.*, p. 30.

santé de la population⁵²⁹. Ce texte établit un cursus clair pour l'ensemble des facultés de médecine. La maîtrise ès arts est désormais le préalable requis à l'inscription en faculté de médecine qui est suivie de trois années d'études, chacune sanctionnée par un examen. S'ensuivent les soutenances permettant l'octroi des grades de bachelier, de licencié puis de docteur. Le même édit intègre à la formation médicale des cours de pharmacie et d'anatomie, pour lesquels des cadavres doivent être désormais fournis aux facultés de médecine par les hôpitaux, et impose un lien entre formations théorique et pratique au chevet des malades⁵³⁰. Le pouvoir monarchique encadre donc la formation des agents soignants qui agissent ensuite dans l'hôpital.

Tout en tentant d'uniformiser l'enseignement médical, l'État maintient les privilèges des villes. Dans les villes trop petites pour disposer d'une faculté, on trouve des collèges de médecins. Il ne s'agit pas d'établissements d'enseignement, mais de communautés des médecins locaux qui forment et acceptent en leur sein de nouveaux venus. La formation médicale demeure ainsi très différente selon les régions de France malgré une volonté d'uniformisation, et une hiérarchie se maintient jusqu'à la fin de notre période d'étude entre les docteurs issus des facultés les plus prestigieuses, jusqu'aux simples licenciés exerçant dans les lieux où ne se trouvent ni université ni collège⁵³¹. La proximité d'un lieu de formation médicale est déterminante sur le nombre de médecins qui peuvent intervenir dans l'hôpital, puisqu'elle facilite l'embauche de médecins dans l'hôpital en cas de besoin.

S'inscrivant dans la logique de l'édit de Marly, le bureau de l'Hôtel-Dieu de Paris détermine en 1735 que sept médecins « ordinaires » – ayant achevé leurs études – et sept

⁵²⁹ Jean-Pierre Gutton, « Aux origines d'un ministère de l'assistance et de la santé dans la France d'Ancien Régime. », dans Jean-Louis Harouel (dir.) *Histoire du droit social. Mélanges en hommage à Jean Imbert*, Paris, PUF, 1989, p. 291; voir aussi Alexandre Lunel, *La maison médicale du roi : XVI^e-XVIII^e siècles. Le pouvoir royal et les professions de santé, médecins, chirurgiens, apothicaires*, Seyssel, Champ Vallon, 2008.

⁵³⁰ François Lebrun, *Se soigner autrefois...* p. 32.

⁵³¹ Au XVIII^e siècle, les villes de Avignon, Aix, Besançon, Bourges, Caen, Douai, Grenoble, Montpellier, Nancy, Orange, Paris, Poitiers, Perpignan, Reims, Strasbourg, Toulouse et Valence dispose d'une faculté de médecine; les villes de Abbeville, Amiens, Béziers, Clermont, Dieppe, Dijon, Le Mans, Limoges, Lyon, Moulins, Montauban, Nîmes, Orléans, Rennes, Rouen, Troyes se contentent d'un collège de médecins. Voir François Lebrun, *Se soigner autrefois...*, p. 28.

médecins « expectants »⁵³² – encore en formation – participeront aux visites quotidiennes. À l’Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, on distingue également deux classes de médecins, et le règlement précise qu’« il n’y avoit autrefois qu’un Médecin choisi entre les plus capables à la pluralité des voix de Mrs les Administrateurs, mais depuis quelques années on les a tous admis à la visite des Pauvres de cette Maison, & à les servir tour à tour »⁵³³. Si les médecins de l’Hôtel-Dieu de Paris sont selon toute probabilité diplômés de la faculté de médecine, ceux de Clermont ont quant à eux toutes les chances de provenir du collège de la ville⁵³⁴.

Le cas de la Nouvelle-France est marqué par son éloignement des lieux de formation médicale qui se trouvent tous en métropole. Ainsi, on ne compte durant le régime français que quatre médecins diplômés qui tous exercent à Québec. Premier médecin de la colonie, Jean Bonamour exerce à Québec de 1669 à 1692. Michel Sarrazin, chirurgien en Nouvelle-France depuis 1685, retourne obtenir son doctorat de médecine à l’université de Reims en 1694 et ne revient à Québec en tant que médecin du roi qu’en 1697, fonction qu’il occupe jusqu’à sa mort en 1734. Jean-François Gaultier lui succède en 1742 à 1756, et c’est enfin François Lebeau qui de 1758 à 1760 peut revendiquer le titre de dernier médecin du régime français⁵³⁵.

À Montréal, comme le montre le travail d’enquête de Marcel Rhéault, ce sont systématiquement des chirurgiens qui font office de médecins⁵³⁶. La « liste des médecins » que la sœur Maria Mondoux intègre dans son histoire de l’Hôtel-Dieu de Montréal fait état de cette particularité⁵³⁷. Le document regroupe le nom des dix-huit hommes qui officient en tant

⁵³² A/AP-HP/HD/liasse 882 : *Délibérations qui fixent le nombre des médecins ordinaires et expectant et leurs appointements, et un règlement pour les médecins*, 4, 11 et 18 mai 1735.

⁵³³ BUP/A 10710.1 : *Extrait du règlement de l’Hôtel-Dieu concernant la charge de Mr. le Médecin*, 1725.

⁵³⁴ « Facultés et collèges de Médecine au XVIII^e siècle », dans François Lebrun, *Se soigner autrefois...* p. 28.

⁵³⁵ Voir sur ce sujet Marcel J. Rheault, *La médecine en Nouvelle-France. Les chirurgiens de Montréal, 1642-1760.*, Sillery/Québec, Septentrion, 2004, p. 12-14; Gabriel Nadeau, « Bonamour, Jean de », dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 1, Québec/Toronto, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] http://www.biographi.ca/fr/bio/bonamour_jean_de_1F.html, (consulté le 4 avril 2015); Jacques Rousseau, « Sarrazin, Michel », dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 2, Québec/Toronto, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] http://www.biographi.ca/fr/bio/sarrazin_michel_2F.html (consulté le 4 avril 2015); Bernard Boivin, « Gaultier, Jean-François », dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 3, Québec/Toronto, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] http://www.biographi.ca/fr/bio/gaultier_jean_francois_3F.html. (consulté le 4 avril 2015)

⁵³⁶ Marcel J. Rheault, *La médecine en Nouvelle-France...*, 2004

⁵³⁷ « Liste des médecins de l’hôtel-Dieu » dans Maria Mondoux, *L’Hôtel-Dieu, premier hôpital de Montréal : 1642-1763. D’après les annales manuscrites, les documents originaux de l’Institut des religieuses hospitalières de Saint-Joseph et autres sources*, Montréal, [s.n.], 1942, p. 393, voir annexe 6 : « Liste des médecins de l’hôtel-Dieu de Montréal (1642-1763) »

que médecins à l'Hôtel-Dieu de Montréal depuis sa fondation (1642) jusqu'à la fin du régime français (1763). Seuls quatre de ces hommes sont uniquement identifiés comme « médecin », et, sauf dans le cas de Timothée Sylvain (Timothy Sullivan) dont on sait qu'il obtient en 1724 un « brevet de médecin », les titres et qualifications médicaux des autres ne sont pas indiqués. À ces quatre hommes s'ajoute l'abbé Souart qui « aurait occasionnellement exercé la médecine » à Montréal à partir de son arrivée en 1657. Dix des hommes de la liste sont identifiés comme chirurgiens, et pour deux d'entre eux le cumul des fonctions de médecin et de chirurgien est explicite. Joseph Benoist, qui est employé en 1718 et 1726 par l'Hôtel-Dieu de Montréal, « prenait le titre de chirurgien-major et parfois celui de “Médecin de Sa Majesté” », signe de la combinaison des deux fonctions. C'est aussi le cas de Charles Joseph Ferdinand de Feltz, qui exerce à l'Hôtel-Dieu de 1740 à 1760, et dont l'intendant Hocquart déclare que « c'est un bon chirurgien. La vérité est qu'il a fait à Montréal quelques opérations délicates de chirurgie avec succès; qu'il a la confiance et l'approbation du public de cette ville même dans sa façon de traiter comme médecin les autres maladies ». Ce n'est donc pas tant la question de la légalité de la formation médicale de ces hommes qui importe, mais leur capacité sur place à tenir efficacement le rôle de médecin. Il faut de plus souligner que les chirurgiens qui interviennent en Nouvelle-France et qui sont plutôt nombreux – Marcel Rhéault recense 137 personnes qui font usage du titre de chirurgien dans le gouvernement de Montréal pendant le régime français⁵³⁸ – sont majoritairement des chirurgiens militaires, dont la qualité de la formation est reconnue. La frontière entre les deux fonctions s'estompe donc dans le contexte colonial⁵³⁹.

⁵³⁸ Marcel J. Rheault, *La médecine en Nouvelle-France...*, p. 21.

⁵³⁹ *Ibid.*, p 22.

5.1.1.1. Compréhension du corps

Le savoir dispensé à partir des ouvrages de Galien, Aristote et Hippocrate consiste à comprendre le fonctionnement du corps humain. On enseigne ainsi la théorie des humeurs qui constitue, pendant près de deux mille ans, le socle des connaissances médicales. Selon cette théorie, le corps est traversé par quatre humeurs, chacune matérialisée par un fluide qui a un effet sur le corps : le sang rend le corps chaud et humide, la bile le rend chaud et sec, le phlegme froid et humide, et la bile noire produit des sensations froides et sèches. Chacun de ces fluides est rattaché à un des éléments terrestres, le sang au feu, la bile à l'air, le phlegme à l'eau et la bile noire à la terre. Le corps représente ainsi une partie d'un ensemble plus grand.

Cette représentation d'un corps qui doit conserver un équilibre entre différents éléments et qui s'inscrit dans l'univers correspond aux représentations populaires de la santé⁵⁴⁰. Le corps, outil de travail principal des hommes et des femmes d'Ancien Régime, doit être conservé en bonne santé. Pour cela, la médecine estime important pour chacun de garder son corps au diapason de la nature, en s'éveillant en même temps qu'elle, s'adaptant au rythme des saisons. La rupture de cet accord entre le corps individuel et l'univers amène la maladie, conséquence du déséquilibre⁵⁴¹. La théorie des humeurs rattache donc le corps à un fonctionnement cosmique, une explication intellectuelle de son fonctionnement. Cette conviction que la santé résulte de l'accord entre le corps et les rythmes de la nature traverse autant les croyances populaires que les enseignements de la faculté⁵⁴². Il revient alors au médecin d'établir un diagnostic en repérant où se situe le déséquilibre, puis de prescrire les traitements permettant de rétablir l'équilibre. Pour cela, les sécrétions du corps – sang, urine, sperme, salive, pus, etc. — doivent être examinées, rattachant cette conception théorique de la maladie à une observation concrète du corps, pour expliquer la maladie, la souffrance et la mort⁵⁴³.

⁵⁴⁰ Roy Porter, Georges Vigarello, « Corps, santé et maladies », dans Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps. De la Renaissance aux Lumières, t.1*, Paris, Seuil, 2005, p. 340-343.

⁵⁴¹ Sébastien Jahan, *Les renaissances du corps en Occident (1450-1650)*, Paris, Belin, 2004, p. 223.

⁵⁴² Roy Porter, Georges Vigarello, « Corps, santé et maladies »,... p. 340.

⁵⁴³ Elsa Dorlin, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, La Découverte, 2006, p. 25.

Or, malgré la prégnance de cette représentation, les connaissances ayant trait au corps humain progressent à partir de la Renaissance, particulièrement dans le domaine de l'anatomie. Les travaux d'anatomistes permettent ainsi des descriptions exactes du squelette, des muscles, des systèmes sanguins et nerveux. La méthode d'étude, fondée sur l'observation, fait école et est considérée à la fin du XVI^e siècle comme la méthode d'investigation anatomique par excellence et se diffuse dans l'espace européen⁵⁴⁴. On peut situer l'édit de Marly dans cette logique lorsqu'il tente d'imposer des leçons d'anatomie sur des cadavres dans les universités. Cette méthode fondée sur l'observation rapproche les connaissances médicales des pratiques chirurgicales.

5.1.2. Les chirurgiens

La profession chirurgicale est celle qui subit le plus de bouleversements au cours de la période moderne. Si les médecins sont des hommes de la théorie, les chirurgiens sont des praticiens, des artisans, longtemps liés à la profession de barbier, avec laquelle ils ont en commun l'usage d'outils tranchants. Le métier ne s'apprend pas sur les bancs de la faculté, mais comme pour tout artisanat, en effectuant son apprentissage auprès d'un maître, pour devenir maître à son tour. L'évolution de la formation chirurgicale est parallèle au souci progressif des chirurgiens de se spécialiser dans les questions ayant trait au soin du corps humain. Elle se matérialise dans un premier temps par la séparation nette entre les statuts de chirurgien et ceux de perruquier-barbier qui s'effectue en 1691. Dans les premières décennies du XVIII^e siècle, des « statuts et règlements généraux pour les maîtres en chirurgie des provinces du royaume » viennent réglementer la profession et, en 1748, l'Académie royale de chirurgie qui vise à faire de la chirurgie une discipline autonome et à la représenter dans l'ensemble du royaume. Ainsi, elle préconise de placer des démonstrateurs de chirurgie dans les lieux d'enseignement de la médecine. Elle s'assure aussi de la publication des travaux de chirurgie qui sont ensuite critiqués méthodiquement par la communauté en formation, en vue

⁵⁴⁴ Roy Porter, Georges Vigarello, « Corps, santé et maladies »..., p. 354.

de la production de standards collectifs de la pratique chirurgicale⁵⁴⁵. Ces institutions assurent la promotion sociale et scientifique de la pratique chirurgicale, tout en indiquant l'intérêt du pouvoir royal pour l'encadrement de la profession soignante.

Toutefois, comme chez les médecins, les réalités couvertes par le titre de chirurgien sont diverses : entre les chirurgiens parisiens membres de l'Académie de chirurgie et les artisans ruraux souvent illettrés, les situations sont variées. De plus, alors que les différentes mesures énumérées plus haut visent à réglementer le statut de chirurgien, en imposant notamment à ceux-ci la même maîtrise ès arts qui est exigée de tout candidat à l'inscription en faculté de médecine, l'obligation demeure peu respectée à la fin du XVIII^e siècle⁵⁴⁶. On voit toutefois, dans les régions de notre étude, les chirurgiens reconnus comme les dépositaires d'un certain savoir, et surtout faire l'objet d'une réelle estime. Ainsi, le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand précise que le chirurgien doit être choisi avec soin :

Comme cet emploi est un des plus importants de la maison, il ne doit être exercé que par une personne très prudente, éclairée dans son Art, & dotée d'une grande douceur et modestie, ses fonctions étant des plus délicates & des plus dangereuses, soit par rapport aux occasions qui se présentent & requièrent son ministère, soit par rapport aux différentes opérations qu'il a à faire⁵⁴⁷.

Les ordres de service des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Clermont montrent en effet que ceux-ci exercent auprès de l'ensemble des malades, soignant les diverses plaies, les fractures, prenant également soin des accouchées dans les dernières décennies de notre période d'étude⁵⁴⁸. C'est grâce à leur connaissance concrète du corps qu'ils acquièrent cette reconnaissance. Ainsi, dans les règlements, tandis que les médecins diagnostiquent les dérèglements internes du corps, les chirurgiens en soignent les maladies externes. Le maniement des couteaux de barbiers leur permet ainsi d'exciser les bubons ou de soigner les

⁵⁴⁵ Virginie Tournay, « Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative », *Politix*, 1, 77 (2007), p. 181-183.

⁵⁴⁶ François Lebrun, *Se soigner autrefois...* p. 37-46.

⁵⁴⁷ BUP/A 10710.2 : *Extrait du règlement de l'Hôtel-Dieu concernant la charge du chirurgien principal, 1725.*

⁵⁴⁸ BUP/A 45905/Hôtel-Dieu : *Ordre service des chirurgiens.* Voir chapitre 6 : « 6.3.3. L'intérêt médical envers la grossesse »

plaies. Les dissections menées par les anatomistes et chirurgiens font évoluer la profession chirurgicale.

La pratique de la dissection, qui a pour objet initial d'illustrer les textes des Anciens dans les facultés de médecine, se banalise progressivement, et permet l'émergence d'un savoir anatomique renouvelé. Les travaux de Vésale au XVI^e siècle marquent ainsi le passage d'une chirurgie qui se contente d'assister la médecine dans le cadre défini par les théories de Galien à la création d'une profession qui génère son propre savoir par ses observations directes et ses pratiques. S'inscrivant dans une tradition italienne qui rapproche plus chirurgie et médecine qu'en France, le médecin Vésale publie en 1542 *De humani corporis fabrica libri septem*, ouvrage d'anatomie reposant sur une observation directe du corps. L'ouvrage regroupe trois cents illustrations représentant les organes et, rompant avec la tradition, corrige plus de deux cents erreurs de Galien. La réforme vésalienne, bien que critiquée par les tenants de la tradition, prend de l'ampleur et Padoue, la ville du chirurgien, devient un centre réputé d'apprentissage anatomique⁵⁴⁹. En France, ce renouveau de la pratique chirurgicale se traduit par une tentative de la part des chirurgiens parisiens d'organiser un enseignement pratique avec démonstration sur des cadavres.⁵⁵⁰

Il est fréquent de présenter l'Église comme l'institution qui s'oppose aux dissections. Or, comme le montre Rafaël Mandressi, la situation est plus nuancée. La décision papale pouvant être assimilée à une interdiction de découper un cadavre remonte en effet à 1299⁵⁵¹, ce qui témoigne d'un intérêt limité de l'Église moderne pour la question. De plus, la décrétale ne vise pas les recherches anatomiques, mais s'oppose à « la coutume atroce », répandue dans la haute aristocratie, de démembrer le corps pour inhumer séparément corps, membres et tête des morts⁵⁵². Celle-ci va en effet à l'encontre des croyances catholiques selon lesquelles, au

⁵⁴⁹ Sébastien Jahan, *Les renaissances du corps en occident...* p. 245.

⁵⁵⁰ François Lebrun, *Se soigner autrefois...* p. 43

⁵⁵¹ Il s'agit de la décrétale *Detestande feritatis*, émise par Boniface VIII le 27 septembre 1299 puis promulguée une seconde fois en 1300. Voir Agostino Paravicini Bagliani, *Le corps du pape*, Paris, Seuil, 1997.

⁵⁵² Le texte de la décrétale est particulièrement précis, et décrit ce qui se passe lorsque qu'un chrétien « noble, soit haut dignitaire, meurt loin de son pays, alors qu'il avait choisi sa sépulture dans son pays ou loin de l'endroit de sa mort, les chrétiens soumis à cette coutume perverse, mus par un soin sacrilège, le vident sauvagement de ses entrailles et, le démembrant horriblement ou le coupant en morceaux, le jettent dans l'eau pour le faire bouillir au feu. Quand enfin l'enveloppe de chair s'est détachée de l'os, ils ramènent les os vers la région choisie

Jugement Dernier, les âmes des défunts réintégreront leurs corps, ce qui serait compromis par cette pratique. Il semble difficile de déterminer si c'est bien cette bulle *Detestande feritatis* qui explique la pratique des chirurgiens médiévaux de demander au pape l'autorisation de procéder à des dissections⁵⁵³. Finalement, les réticences face au découpage des cadavres à des fins d'études semblent trouver leurs origines dans un ensemble culturel de représentations corporelles auxquelles le christianisme participe, mais ne se matérialise pas par une législation religieuse qui condamnerait le recours à la dissection. En Italie, où se développe la pratique anatomiste, le droit de recourir à des cadavres est fréquemment accordé aux universités par le pouvoir temporel⁵⁵⁴, ce qui laisse supposer une acceptation tacite des autorités religieuses. Pour Ernest Wickersheimer, l'attitude de l'Église face au développement de l'anatomie s'apparente plutôt à une manière de réguler la pratique en la surveillant plutôt qu'en l'interdisant, allant jusqu'à émettre l'hypothèse suivante : « Je ne serais pas éloigné de penser qu'en soumettant à certaines formalités l'étude du corps humain, l'Église prenait sous sa sauvegarde les anatomistes, auxquels le sentiment populaire a été si longtemps hostile »⁵⁵⁵. Les relations entre l'Église et les pratiques de dissection ne doivent donc pas être nécessairement pensées comme conflictuelles, ce qui permet à un anatomiste comme Vésale de publier ses travaux sans encombre. Cela permet aussi d'expliquer la présence de chirurgiens de plus en plus formés à l'art de la dissection dans des établissements religieux sans que cela ne suscite de discussions. Toutefois, cette façon de redéfinir le cadre de la pensée médicale à l'aide de connaissances chirurgicales ne fait pas disparaître le recours aux textes des Anciens – Hippocrate, Galien – ni les croyances surnaturelles attachées à la compréhension du corps.

pour les inhumer ». Voir Rafaël Mandressi, *Le regard de l'anatomiste. Dissection et invention du corps en Occident*, Paris, Paris, Seuil, 2003; Agostino Paravicini Bagliani, « Démembrement et intégrité du corps au XIII^e siècle », *Terrain*, 18 (1992), [en ligne] URL : <http://terrain.revues.org/3028>. (consulté le 21 décembre 2013).

⁵⁵³ Rafaël Mandressi, *Le regard de l'anatomiste...*, p. 22; Agostino Paravicini Bagliani, « L'Église médiévale et la renaissance de l'anatomie », *Revue médicale de la Suisse romande*, 109 (1989), p. 89.

⁵⁵⁴ Rafaël Mandressi, *Le regard de l'anatomiste...*, p. 43.

⁵⁵⁵ Ernest Wickersheimer, *Les premières dissections à la faculté de médecine de Paris*, Paris : [s.n.], 1910, p.69, cité dans *Ibid.*, p. 26.

La diversité des formations sur l'ensemble du territoire français ne doit pas être négligée. Comme le souligne François Lebrun, le soin sous l'Ancien Régime est aussi affaire de rebouteux, guérisseurs et « empiriques ». Alors que les praticiens de la médecine « officielle » — médecins, chirurgiens et apothicaires – font bloc contre ces concurrents, ceux-ci n'en bénéficient pas moins d'une large audience au sens de la population pauvre, notamment rurale⁵⁵⁶. De plus, comme on l'a vu, la formation des chirurgiens évolue lentement et inégalement au cours de la période étudiée. Ainsi, les « empiriques », c'est-à-dire les hommes qui exercent l'art de la médecine et/ou de la chirurgie sans que leurs compétences soient sanctionnées par un diplôme, mais uniquement en s'appuyant sur leur expérience⁵⁵⁷ sont parfois difficiles à distinguer des chirurgiens ruraux. La diffusion des connaissances anatomiques et de l'approche basée sur l'observation, que développent Vésale et les anatomistes à sa suite, se diffuse lentement à travers l'Europe⁵⁵⁸. Les connaissances médicales, particulièrement loin des centres de formation, sont parfois mêlées de surnaturel, tout en

⁵⁵⁶ Jean-Pierre Goubert, « L'art de guérir, médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790 », *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, 32, 5 (1977), p. 909.

⁵⁵⁷ François Lebrun, *Se soigner autrefois...* p. 94.

⁵⁵⁸ L'exemple d'un procès de sorcellerie dans le canton de Genève en 1653 met en lumière la progressive intégration de ces nouvelles connaissances. Dans le cas de ce procès, les autorités convoquent successivement trois groupes d'experts médicaux pour examiner le corps de la femme accusée de sorcellerie. Le premier groupe composé de médecins et de chirurgiens produit un rapport ambivalent, ne permettant pas de déterminer le cas de sorcellerie. Le médecin qui rédige le second rapport refuse de voir dans sur le corps examiné autre chose que les marques de l'âge et de l'usure par le travail. Ce sont donc des chirurgiens plus vieux de vingt ans qui rédigent le dernier rapport qui, enfin, reconnaît la femme coupable de sorcellerie en faisant la part belle au surnaturel : « Nous maîtres chirurgiens soussignés, ayant été appelés par nobles et honorés seigneurs Abraham Piagé, commis de la part de nos magnifiques et très honorés seigneurs pour aller visiter Michée Chaudron de Boueges en Faussigny, détenue dans les prisons de cette citée dès environ huit jours en ça accusée d'être sorcière. Et après le serment pas nous prêté entre les mains du susnommé seigneur conseiller, de voir si ladite Chaudron était point marquée de quelques marques qu'on a accoutumé de trouver aux sorcières l'avons exactement visitée par toutes les parties de son corps et, ayant remarqués quelques stigmates sur icelle, lui avons bouché les yeux puis, par le moyen de notre aiguille avons éprouvé quelques marques ou elle a eu un sentiment exquis avec perte de sang hormis en celle qui nous est apparu 3 doigts sous la mamelle droite de la grandeur d'une lentille et y ayant introduit ladite aiguille longue d'un grand doigt, l'avons poussée entièrement dedans de la longueur du doigt sans qu'il y ait eu aucun sentiment. N'étant point sorti de sang de ladite piqûre, non pas même l'aiguille teinte d'icelui, toutes lesquelles choses ci-dessus déduites nous fait juger que c'est une marque du tout extraordinaire et suspecte sentiment exquis ou sensation qui équivaut à une douleur très intense ou extrême, en foi de quoi, avons écrit et signés le présent rapport, À Genève, ce 10 mars 1652 ». Bien que le contexte genevois diffère de celui du royaume français (les édits d'encadrement de la pratique médicale en France ne s'y appliquent pas), on voit à travers ce récit que la progression des connaissances médicales se fait selon les professions et selon l'âge des acteurs (ce sont les médecins et les jeunes chirurgiens qui refusent de participer à la condamnation en sorcellerie, au contraire des chirurgiens plus âgés). Sur ce procès, voir Michel Porret, Ludovic Maugué, Alessandro Pastore, Sonia Vernhes Rappaz, *L'ombre du Diable. Michée Chauderon, dernière sorcière exécutée à Genève (1652)*, Chêne-Bourg, Georg, 2009, p. 212.

intégrant les idées nouvelles diffusées depuis les facultés où se pratiquent des dissections. Dans ce contexte, les hôpitaux sont toutefois des lieux particuliers, puisque le choix des médecins et chirurgiens autorisés à y exercer s'appuie sur la reconnaissance de leurs compétences et exige des qualifications officielles. Ils permettent par ailleurs à un apprenti chirurgien ou apothicaire d'obtenir lesdites qualifications en lui décernant le titre de maître après quelques années d'exercice. Par exemple, le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand de 1749 exige six années de service avant de décerner un tel titre. Un conflit entre l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Général de Paris nous apprend de plus que dans ce dernier établissement se trouvent « des Chirurgiens qui gagnent la maîtrise par leur travail dans l'hôpital »⁵⁵⁹.

Ainsi, malgré la variété des formations médicales et chirurgicales, les hôpitaux participent à la diffusion de la médecine officielle, reconnue par les autorités royales. Les Hôtels-Dieu représentent ainsi un lieu de formation important. Les hôpitaux parisiens se distinguent une fois de plus par l'importance de leur personnel et leur capacité à mettre en place avant le reste du territoire ce système de formation. Dès la première moitié du XVII^e siècle, l'Hôtel-Dieu de Paris compte « huit compagnons barbiers admis au régime de l'hôpital », et ce sont les administrateurs de l'établissement qui ont pour rôle de choisir parmi ceux-ci les quatre qui peuvent être reçus au titre de maîtres barbiers et chirurgiens⁵⁶⁰ : l'Hôtel-Dieu tient ainsi assez tôt un rôle central dans la formation chirurgicale. Dans les comptes de l'Hôtel-Dieu, auprès des médecins et des apothicaires, on note la présence constante d'un à trois chirurgiens employés et gagés par l'établissement. À partir de l'année 1699, les documents précisent les rôles de chacun et on voit systématiquement apparaître un chirurgien « gagnant maîtrise », témoignant ainsi de la part que prend l'institution dans la formation chirurgicale. À ces chirurgiens gagés s'ajoute un nombre variable de chirurgiens non gagés, mais parfois nourris et/ou logés sur place. Le lien économique ténu qu'ils entretiennent avec l'Hôtel-Dieu les fait sporadiquement disparaître des sources, rendant ardue l'analyse précise

⁵⁵⁹ A/AP-HP/HD/Liasse 885 : *Projet d'un arrangement utile et nécessaire entre l'hôtel-Dieu de Paris et l'hospital Général, may 1754*, voir annexe 5 : « Sur le conflit qui oppose les administrations de l'Hôpital Général et de l'Hôtel-Dieu de Paris au sujet des pauvres malades de l'Hôpital Général (mai 1754) »

⁵⁶⁰ A/AP-HP/45 FOSS B/4/b-c : médecins, chirurgiens, apothicaires, 22 août 1620.

de l'évolution de leur présence entre le XVII^e et le XVIII^e siècle. Les années où ils sont mentionnés permettent néanmoins de savoir que leur nombre passe de six (en l'année 1662) à 24 (pour l'année 1737) et augmente constamment entre ces deux dates, ce qui permet de supposer une augmentation proportionnelle à celle de la population des hospitalisés à l'Hôtel-Dieu. En additionnant ainsi chirurgiens gagés et non gagés, le nombre total passe d'une dizaine de personnes au milieu du XVII^e siècle à une trentaine un siècle plus tard⁵⁶¹.

Le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont, à la fin du XVIII^e siècle, permet de détailler de quelle manière celui-ci participe à la diffusion des règles de la chirurgie « officielle » :

I. [Le chirurgien principal] est choisi, entre les aspirants à cette place, par Mrs les Administrateurs qui l'admettent à travailler dans la Maison, où il doit demeurer deux mois sans pouvoir être reçu, encore faut-il que pendant ce tems-là il ait fait quelque opération de conséquence, en présence de Mrs. Les Médecins & Chirurgiens & au vû de Mrs les Administrateurs, avertis pour s'y trouver.

II. Lorsqu'il se présentera pour être admis à travailler & ensuite être reçu, il doit être muni des Certificats des Lieux & Hôpitaux où il peut avoir exercé son Art, pour donner par-là des assurances de ses mœurs, sciences & bonne conduite, à Mrs les Administrateurs

III. Après les deux mois expirés & après quelque opération sérieuse, il priera Mrs les Administrateurs de lui capter [sic] un jour pour subir un examen sur son Art, en leur présence & en celle de Mrs les Médecins & des Maîtres Chirurgiens, aux interrogatoires desquels il répondra, & sur leur attestation il sera reçu ou refusé.

IV. Étant reçu chirurgien principal dans l'hôtel-Dieu après six années de service dans cette Maison, il sera reçu Maître Chirurgien dans la Ville, sans être tenu de payer aucun droit, ni faire chef-d'œuvre⁵⁶².

Le « chef-d'œuvre » est une des manières d'achever sa formation pour un chirurgien d'Ancien Régime. François Lebrun distingue deux catégories de chirurgiens selon le type d'examen qui couronne leurs années d'apprentissage : « les internes qui ont le droit d'exercer dans une ville ou une communauté dont ils font partie de droit; les externes qui peuvent

⁵⁶¹ A/AP-HP/liasse 880 : *délibérations du bureau, états des gages et appointment des médecins, chirurgiens, domestiques et autres membres du personnel de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis*, XVII^e XVIII^e siècles, cote 4228-4229.

⁵⁶² BUP/A 10710.2 : *Extrait du règlement de l'Hôtel-Dieu concernant la charge du chirurgien principal*, 1725.

exercer soit dans les villes dépourvues de communauté soit dans les bourgs de campagnes⁵⁶³ ». Le chef d'œuvre concerne les premiers, c'est-à-dire le groupe des chirurgiens les plus prestigieux. Il s'agit d'une série d'épreuves passées après un an d'apprentissage sur place et trois à quatre années d'études itinérantes, et uniquement accessibles à des candidats âgés de plus de vingt-cinq ans. Elles commencent par l'examen sommaire, ou *tentative*, qui est suivi par le *premier examen*, portant sur les principes de la chirurgie. Ce sont ensuite les examens *centraux* qui comprennent cinq actes – saignée, bandage, ostéologie et maladie des os, opérations, accouchement – et enfin, l'examen de *rigueur*, qui « est une véritable thèse sans le nom pour ne pas irriter les facultés de médecine ». Il s'agit d'une dissertation publique soutenue devant la communauté de chirurgiens, en présence d'un médecin observateur. Au terme de ces épreuves, le chirurgien prête serment et est reçu par la communauté. C'est un processus long et coûteux, qui n'est souvent accessible qu'aux fils, neveux ou gendres de maîtres chirurgiens. Le passage par l'hôpital se substitue donc à ces épreuves et constituerait, peut-être, un moyen d'accès au statut de chirurgien interne pour des hommes qui n'auraient probablement pu prétendre qu'à celui d'externe. À Clermont-Ferrand, à la veille de la Révolution, ils sont deux ou trois garçons à seconder le chirurgien en chef et à bénéficier d'une formation qui leur permet d'accéder au statut d'interne, tandis que les autres jeunes gens désireux de devenir chirurgiens doivent se contenter du statut d'externe et d'observer les soins, sans les pratiquer⁵⁶⁴.

Les connaissances médicales que les médecins et chirurgiens font circuler dans les hôpitaux d'Ancien Régime sont ainsi largement issues d'une formation réglementée, encadrée par leurs pairs grâce au soutien du pouvoir monarchique. Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre profession, les protocoles de formation sont renouvelés durant la période moderne. Les médecins, qui se concentrent sur le fonctionnement interne du corps, améliorent leurs connaissances héritées de l'Antiquité par celles développées par les chirurgiens anatomistes,

⁵⁶³ François Lebrun, *Se soigner autrefois...*, p. 44.

⁵⁶⁴ Au lendemain de la Révolution, les vingt-et-un jeunes chirurgiens qui profitent de l'enseignement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand réclament auprès des autorités départementales la mise en place d'un concours d'entrée qui, à l'inverse du recrutement par cooptation qui a cours, serait enfin égalitaire. Voir Philippe Bourdin, « Le nouvel Hôtel-Dieu de 1773 à l'Empire », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 90.

d'abord en Italie, puis dans le reste de l'Europe. Malgré ce rapprochement, les deux professions demeurent distinctes et, alors que les médecins, formés à la faculté, n'interviennent qu'en tant qu'acteurs externes aux hôpitaux, les chirurgiens qui opèrent à l'hôpital y sont logés, et le système de compagnonnage s'adapte à l'environnement hospitalier au point de rendre les administrateurs des hôpitaux aptes à délivrer la maîtrise de chirurgien. La présence, au cours du XVIII^e siècle, d'administrateurs eux-mêmes médecins⁵⁶⁵ contribue aussi à faire des hôpitaux des lieux où la formation médicale devient un enjeu important.

Le contexte de la Nouvelle-France est légèrement différent. En effet, comme on l'a signalé plus haut, la colonie est peu pourvue en médecins, et la frontière entre le métier de chirurgien et celui de médecin s'y estompe. Ce qui est certain, c'est que la colonie compte un nombre appréciable de chirurgiens⁵⁶⁶. La majorité de ceux-ci proviennent des bateaux — chirurgiens « navigans » — ou sont liés à l'armée. L'essentiel des chirurgiens vient ainsi de France, et dispose déjà d'une situation suffisamment établie pour que la confiance populaire leur soit accordée. À Montréal comme à Québec se met en place un système d'apprentissage du métier sous la tutelle d'un maître chirurgien. Toutefois, la plus grande partie des chirurgiens exerçant en Nouvelle-France sont des Français, le système local produisant avant tout des apprentis, qui poursuivent ensuite leur formation en métropole.

Les travaux de Renald Lessard attestent la présence de ces chirurgiens à l'Hôtel-Dieu de Québec⁵⁶⁷, comme *l'Histoire de l'Hôtel-Dieu de Montréal* de Sœur Mondoux. Ville-Marie étant une petite ville, le gouvernement de Maisonneuve tente, dans la seconde partie du XVII^e siècle, d'y faire venir des chirurgiens qui seront logés, nourris et équipés en échange de quelques années de pratique sur place. Étienne Bouchard arrive ainsi à Montréal en 1653 pour faire office de chirurgien pour les habitants de la ville, les malades de l'hôpital et les

⁵⁶⁵ Jean-Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'ancien régime : Actes des tables rondes des 12 décembre 1997 et 20 mars 1998*, Lyon, PUL, 1999, p. 13.

⁵⁶⁶ Marcel Rhéault, *La médecine en Nouvelle-France...*

⁵⁶⁷ Renald Lessard, *Pratique et praticiens en contexte colonial. Le corps médical canadien aux 17^e et 18^e siècles*, thèse de doctorat (histoire), Québec, Université Laval, 1994, p. 443.

Amérindiens réfugiés dans l'enceinte du fort, mais aussi de médecin légiste, et enfin de maître-chirurgien⁵⁶⁸.

Les liens entre ces hommes détenteurs d'un savoir médical reconnu et les Hospitalières demeurent informels jusqu'en 1681, date à laquelle un contrat est signé entre les Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal et deux chirurgiens, qui s'engagent ainsi « à servir le dit hospital [...] à panser et médicamenter tous les malades [...] à se rendre, par quartier, de trois mois en trois mois, assidus à visiter les malades sur les sept heures du matin, par chacun jour et autres heures nécessaires [...] l'un pour l'absence de l'autre, à réquisition [...] moyennant 75 livres par an chacun, les remèdes étants fournis par l'hôpital⁵⁶⁹ ». Ce premier contrat initie une pratique ensuite ancrée dans les habitudes de l'Hôtel-Dieu de Montréal, où les chirurgiens occupent une place importante, jusqu'à remplacer les trop rares médecins. En Nouvelle-France, les hôpitaux participent de fait à la formation médicale des chirurgiens, dont certains deviennent par la suite médecins grâce à des diplômes obtenus en France.

5.1.3. Les apothicaires, un savoir technique au féminin ?

Les apothicaires sont également des acteurs importants du monde médical. Chargés de la composition des remèdes, ils sont, comme les chirurgiens, des artisans et, comme pour les chirurgiens, l'hôpital participe à leur formation et surtout à la reconnaissance officielle de leurs compétences. À Clermont-Ferrand, l'exercice de la fonction d'apothicaire de l'Hôtel-Dieu permet ainsi d'obtenir sa maîtrise après quelques années :

Depuis peu d'années, le Roy a accordé à l'Apothicaire de la Maison le même privilège qu'au Chirurgien principal, c'est-à-dire qu'après avoir servi l'espace de six années, l'Apothicaire parvient à la Maîtrise dans la ville sans aucuns frais, en subissant un examen. Il est reçu dans la Maison comme le chirurgien, il doit être expérimenté en son Art afin qu'il tienne la Boutique pourvue des Drogues & Médicaments nécessaires pour le soulagement des Pauvres, il doit être de bonnes mœurs et de bon exemple pour la maison⁵⁷⁰.

⁵⁶⁸ Maria Mondoux, *L'Hôtel-Dieu, premier hôpital de Montréal...* p. 97.

⁵⁶⁹ Greffe du notaire Claude Mauge, Montréal, 20 août 1680, cité dans Marcel Rhéault, *La médecine en Nouvelle-France...* p. 36.

⁵⁷⁰ BUP/A 10710.3 : *Extrait du règlement de l'Hôtel-Dieu concernant la charge de l'apothicaire, 1737.*

L'apothicaire de l'Hôtel-Dieu est ainsi responsable de la fabrication des remèdes et de leur distribution aux malades. Il est également responsable de l'état de l'apothicairerie et du jardin. Le même règlement précise que « lorsqu'il sera obligé de sortir pour aller ramasser les herbes spécifiques pour les compositions, il priera le Chirurgien principal auquel il confiera ses clefs, de suppléer à son absence »⁵⁷¹. Selon ce règlement, ce sont uniquement les hommes, artisans du monde de la santé, qui prennent en charge les actes médicaux. Or, ce texte de 1737 peut être mis en perspective avec le règlement des Augustines qui ont la responsabilité de l'Hôtel-Dieu de Clermont jusqu'en 1670 et des hôpitaux de Riom jusqu'à la fin de la période. Parmi les offices de la communauté, le rôle de la « pharmacienne » est en effet détaillé. Tout en appartenant totalement à la communauté religieuse, elle doit remplir plusieurs tâches spécifiques :

2 — Elle doit avoir soin de tirer les eaux de Roses, de Plantin, & autres simples qu'elle apprendra à connoître, & s'instruira de leurs propriétés, faisant arboriser dans les temps et saisons. Elle fera sécher les herbes à l'ombre, & les fleurs & les fruits au soleil.

3 — C'est à elle à faire les Sirops, Confitures, Conserves, les Opiates, les Huiles & les miels composez. Elle doit aussi faire les Onguens & garder toutes les choses marquées ci-dessus, & les drogues nécessaires, tenant le tout dans l'Apothicairerie, ou autre lieu propre à les conserver, ayant soin de les visiter, & même de les faire voir au Médecin, quand il sera nécessaire.

4 — Elle doit tenir le lieu de son Office propre, & toutes les choses qui lui servent bien rangées; elle mettra des billets aux pots & fioles où sont les Sirops, marquant l'année qu'ils ont été faits. Il faut aussi mettre l'inscription des Drogues & Onguens sur les boëttes qui les ferment, afin de les trouver plus commodement.

5 — Qu'elle soit exacte à ne donner aucune sorte de drogues sans les peser, & à ne faire point de Médecine ni tout autre remède sans l'ordonnance du médecin, & la permission de la prieure.

6 — Quelle tâche d'avoir tous les ustenciles nécessaires à son emploi, & qu'elle les tienne soigneusement propres & fermez dans le lieu de son office⁵⁷².

⁵⁷¹ *Ibid.*, art. 12.

⁵⁷² BUP/A 30 123 : « Directoire de la Pharmacienne » dans le BUP/A30123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin, Établies dans le diocèse de Clermont*, Clermont, Chez Damien Boujon, 1692, p. 278.

Du soin de l'apothicairerie à la conception des remèdes, en passant par leur distribution aux malades, les rôles de la sœur pharmacienne de 1670 et du maître apothicaire de 1737 semblent très similaires. La comparaison entre ces deux règlements de l'Hôtel-Dieu de la même ville à quelques décennies d'écart semble en effet indiquer le remplacement des sœurs apothicaires par des hommes laïcs au cours de notre période d'étude. Pouvons-nous aller plus loin?

Les travaux sur les sœurs apothicaires sont rares et, en dehors des règlements, elles sont très discrètes dans les sources. Ce sont les recherches de Marie-Claude Dinet-Lecomte qui permettent d'en tracer un portrait⁵⁷³. Avant tout gestionnaire de l'apothicairerie et responsable de son approvisionnement, la sœur apothicaire, pharmacienne⁵⁷⁴ ou apothicaresse⁵⁷⁵ remplit une des tâches qui rattachent le plus fermement les Hospitalières à la dimension médicale de leur fonction. La gestion du « laboratoire » demande en effet des connaissances précises des plantes médicinales nécessaires à la composition des remèdes et de la manière dont ceux-ci doivent être préparés. La sœur apothicaire doit également réaliser les remèdes prescrits par le médecin et les emplâtres nécessaires au travail du chirurgien. Bien que la hiérarchie la place en position subalterne vis-à-vis de ces derniers, son savoir et son rôle sont indispensables à l'exécution de leur tâche, et cette complémentarité laisse supposer une collaboration entre ces différents acteurs.

La formation des sœurs apothicaires, bien que ne débouchant sur aucune reconnaissance officielle, s'accomplit selon un processus assez similaire à celle des artisans masculins. Après une ou plusieurs décennies passées dans la pharmacie de l'hôpital, la sœur qui en a la charge en connaît parfaitement le fonctionnement, ainsi que les ingrédients qui s'y trouvent et les ustensiles nécessaires, en passant par les manières de préparer les remèdes. C'est sous la

⁵⁷³ Marie-Claude Dinet-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La charité en action*, Paris, Honoré Champion, 2005, p. 335-358.

⁵⁷⁴ BUP/A 30 123 : « Directoire de la Pharmacienne » dans le BUP/A30123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin, Établies dans le diocèse de Clermont*, Clermont, Chez Damien Boujon, 1692, p. 278.

⁵⁷⁵ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 50.

tutelle de cette apothicairesse expérimentée que les aspirantes à ce rôle en apprennent les rudiments. Les règlements et constitutions des communautés mettent ainsi l'accent sur l'importance, pour l'apothicairesse en charge, de ne pas être avare de son savoir :

Elle aura grand soin de bien instruire les Sœurs qui luy seront données pour luy aider ou pour apprendre la Pharmacie, leur montrant à travailler de bonne grace, proprement, avec modestie et silence autant qu'il se pourra, et prendra garde en leur ordonnant de faire quelque chose ou en les reprenant, de faire l'absolüe, en leur parlant toujours comme à ses Sœurs avec grande douceur et cordialité⁵⁷⁶.

Toutefois, malgré le rôle important que peut remplir la sœur apothicaire, on notera avec Dinet-Lecomte, que la place qui lui est accordée est inversement proportionnelle à la taille de la ville et de l'hôpital dans lequel elle exerce. Ainsi, à Paris, les comptes de l'Hôtel-Dieu mettent en évidence l'emploi d'apothicaires masculins dont le nombre double au cours de notre période. Dès le milieu du XVII^e siècle, l'Hôtel-Dieu est le lieu où des compagnons apothicaires, comme les chirurgiens, peuvent gagner leur maîtrise, confirmant ainsi le rôle de l'institution comme lieu de formation médicale. Cette présence d'artisans reconnus diminue mécaniquement la place que peut occuper une sœur apothicaire. À Clermont, alors que le *Coutumier* des Augustines du XVII^e siècle consacre un chapitre à la sœur « pharmacienne », les lettres patentes qui sont octroyées en 1725 insistent au contraire sur la présence d'apothicaires masculins⁵⁷⁷. À mesure que l'hôpital est utilisé par les autorités laïques comme lieu de formation et de certifications de praticiens de santé masculins, les Hospitalières sont écartées du rôle d'apothicaire, c'est-à-dire d'une fonction soignante et savante. Plus précisément, elles perdent le titre d'apothicaire de l'hôpital pour devenir assistantes de l'apothicaire masculin. On peut en effet émettre l'hypothèse que l'apothicaire masculin travaille, comme une sœur apothicaire, entourée d'assistantes choisies parmi les Hospitalières⁵⁷⁸. Les Hospitalières apothicaires ne manquent pourtant pas de compétences. On

⁵⁷⁶ « Règle de la Sœur Pharmacienne », dans le *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph...* p 173.

⁵⁷⁷ BUP/A 10 620.17 : *Lettres Patentes du Roy portant règlement pour ce qui doit être observé dans le Gouvernement & Administration de l'Hôtel-Dieu de la ville de Clermont*, 28 avril 1725.

⁵⁷⁸ Jean-Charles Sournia, « Les religieuses dispensatrices de médicaments en ville et à l'hôpital », *Revue d'histoire de la pharmacie*, 306 (1995) p. 85.

retrouve en effet dans les apothicaireries différents manuels d'herboristerie, utilisés indifféremment par les apothicaires ou les chirurgiens, comme le *Manuel des Dames de la Charité*. Les travaux de Dinet-Lecomte recensent la présence fréquente de la *Pharmacopée royale* de Moïse Charas (1645-1698), le *Dictionnaire universel des drogues*, ouvrage qui s'appuie sur la description méthodique des plantes, de leurs effets et de la manière de les doser qui se trouve dans la *Pharmacopée universelle* de Nicolas Lémery (1645-1715)⁵⁷⁹. Si la présence de ces ouvrages ne garantit pas leur usage, on peut aisément concevoir qu'ils participent à la formation du savoir médical nécessaire à l'exécution des tâches de la sœur apothicaire.

On remarque également que, lorsque des conflits éclatent avec les administrateurs des villes au sujet des sœurs apothicaires, ce ne sont pas leurs compétences qui sont remises en cause. Les prétextes de frictions les plus fréquents concernent le droit des Hospitalières à vendre hors de l'hôpital les remèdes qu'elles préparent. À Paris, les constitutions des Augustines de 1635 abordent la question de l'apothicairerie principalement pour préciser l'interdiction faite aux Hospitalières à ce sujet⁵⁸⁰. À Clermont, la même interdiction est appliquée aux Hospitalières de l'Hôtel-Dieu, mais elle est levée par les lettres patentes de 1725, alors que l'apothicairerie est prise en charge par un homme⁵⁸¹.

Si les élites municipales refusent, de manière générale, de laisser les Hospitalières faire concurrence aux apothicaires de la ville avec la vente de médicaments, ils reconnaissent en revanche leur habileté dans le domaine. À l'absence de reproches sur leurs compétences on ajoutera ainsi les arguments des administrateurs de l'Hôtel-Dieu du Puy qui, en 1657, tentent de remplacer la communauté de donades⁵⁸² — communauté religieuse dont les règles ne

⁵⁷⁹ Marie-Claude Dinet-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en...* p. 344.

⁵⁸⁰ « Règle des religieuses qui sont en la charge & office de l'Apothicairerie » dans les *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris par l'autorité de Monseigneur l'Illustrissime & reverendissime Messire Jean François de Gondy*, Archevêque de Paris, à Paris, 1635, p. 110.

⁵⁸¹ BUP/A 10 620.17 : « Et attendu qu'à l'occasion de la peste qui étoit dans le Gévaudan, il a été composé dans l'Hôtel-Dieu de Clermont plusieurs remèdes par les ordres des Médecin, & notamment de l'Orvietan, de la Confection d'Hyacinte, de la Theriaque, de l'extrait de Genievre, & autres, permettons aux Administrateurs de les vendre & débiter, même tous autres remèdes qui pourront à l'avenir être composez dans cet Hôtel-Dieu, sans que les Administrateurs y puissent être troubles. », *Lettres Patentes du Roy portant règlement pour ce qui doit être observé dans le Gouvernement & Administration de l'Hôtel-Dieu de la ville de Clermont*, 28 avril 1725.

⁵⁸² AD43/HSUP/HD Le Puy/1 E 01 : *registre de délibérations*, 1651-1660, f.81-83.

définissent aucune vocation hospitalière particulière — par des religieuses hospitalières en bonne et due forme. Aux arguments mettant en avant les bons services rendus par les Hospitalières dans différentes régions de France et ceux qui soulignent la mission religieuse que rempliraient des Hospitalières — « Les religieuses pourront chanter le service divin et satisfaire ainsi aux fondations qui ont été faites dans l'église de l'Hôpital » — les administrateurs ajoutent que, contrairement aux donades, « les religieuses administrent elles-mêmes les médicaments aux malades » et que, de plus, « quantité d'elles [...] entendent la pharmacie »⁵⁸³.

Les sœurs apothicaires semblent adhérer aux représentations du corps qui sont celles du médecin de l'époque moderne. Les remèdes et leur composition sont en effet prescrits par les médecins pour rétablir l'équilibre du corps, et croire en leur efficacité suppose l'acceptation de ces représentations corporelles. Les tâches des apothicaires reposent à la fois sur un apprentissage qui passe par l'observation des effets des remèdes sur les corps et sur un savoir livresque, botanique et anatomique, qui se partage entre chirurgiens et apothicaires. On peut ainsi considérer les sœurs apothicaires comme un relais de ces connaissances médicales modernes à l'intérieur non seulement des institutions hospitalières, mais aussi des communautés religieuses. En Nouvelle-France, où l'on s'attendrait à découvrir une pharmacopée largement influencée par les connaissances amérindiennes, la situation est plus ambiguë. Les Hospitalières de Montréal cultivent un jardin de plantes médicinales, mais elles reçoivent également de la métropole, par le biais des commandes des chirurgiens, des plantes qui ne peuvent être cultivées sous le climat de la colonie. Le pouvoir royal fournit de plus chaque année aux Hôtels-Dieu coloniaux un coffre de médicaments destinés à soigner les indigents. Si certaines plantes autochtones sont intégrées dans la pharmacopée, il serait faux de penser qu'elles modifient radicalement les conceptions des méthodes curatives. En effet, les échanges, notamment botaniques, dans le monde atlantique ne débouchent pas sur une

⁵⁸³ *Idem.*

modification des connaissances, mais consistent plutôt en l'intégration dans le cadre de pensée occidentale des plantes découvertes en Amérique⁵⁸⁴.

Les connaissances médicinales, comme médicales, sont ainsi soumises aux systèmes de pensée, et des croyances surnaturelles trouvent leur place jusque dans les pots qui composent les pharmacies, en métropole comme dans la colonie. Ainsi, comme le note Dinet-Lecomte :

Que doit-on penser de la présence de substances bizarres (vipères, nids d'hirondelle, bave de crapaud, corne de cerf, huile de petits chiens...) qui entrent partout dans la composition de plusieurs remèdes, y compris la fameuse thériaque? Par exemple, dans les achats de la sœur Claire de Sainte Marie, nous trouvons « 10 douzaines de vipères (44 livres), des fraies de grenouilles, de l'eau de forges rougie au fer rouge, un marc d'argent de coupelle pour faire la pierre infernale... », soit toutes sortes de substances qui relèvent davantage des superstitions et de l'alchimie que des connaissances scientifiques⁵⁸⁵.

Les dictionnaires médicaux eux-mêmes proposent des remèdes intégrant des ingrédients similaires :

Contre la peste, prenez un ou plusieurs crapaux [sic] des plus gros que vous pourrez trouver, que vous mettrez dans un pot de terre non verni, que vous luterez bien & mettrez dans un four jusqu'à ce que le crapaud soit réduit en cendre, de laquelle donnez le poids [sic] d'une dragme dans un verre de vin; ce remède est bon avant et après la peste⁵⁸⁶

Ainsi, l'image du corps malade, autour de laquelle se structure l'action soignante de la sœur apothicaire, est tout autant dessinée par les avancées scientifiques que par les croyances populaires. L'appartenance des sœurs apothicaires à la communauté religieuse colore néanmoins leur pratique, puisqu'au-delà de la réalisation des remèdes, la sœur apothicaire doit « exercer cet emploi avec beaucoup de charité, compatissant aux maux des Sœurs & des

⁵⁸⁴ Londa Schiebinger expose notamment comment une plante [*Caesalpinia pulcherrima*] connue des femmes des Caraïbes pour ses vertus abortives se rend jusqu'en Europe, dans les jardins du roi, sans que cette dimension abortive ne l'accompagne ou ne soit particulièrement mise en valeur, voir Londa Schiebinger, « Feminist History of Colonial Science », *Hypatia*, 19, 1 (2004), p. 245.

⁵⁸⁵ Marie-Claude Diné-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles...* p. 347.

⁵⁸⁶ Noël Chomel, *Dictionnaire économique, contenant divers moyens d'augmenter son bien, et de conserver sa santé*, Paris, Le Conte & Montalant, 1709.

personnes qui s'adressent à elles, en tâchant de les soulager de son mieux, sans épargner ses soins et ses peines »⁵⁸⁷. L'insistance sur la compassion et la charité inscrit nettement le rôle de l'apothicaire dans la perspective religieuse.

L'arrivée des apothicaires masculins semble repousser les sœurs apothicaires plus loin du laboratoire, où elles assurent un rôle d'assistantes dans la préparation des remèdes. La distribution des médicaments aux malades devient alors une tâche importante pour ces assistantes de l'apothicaire, alors que la sœur « pharmacienne » ou « apothicaresse » délègue cette tâche à des subalternes. Ainsi, la subordination aux apothicaires masculins s'accompagne d'un contact plus direct avec le corps malade. Alors que nous constatons l'emploi d'apothicaires masculins à l'Hôtel-Dieu de Paris tout au long de notre période d'étude⁵⁸⁸ ou la masculinisation de la fonction d'apothicaire à Clermont-Ferrand à travers les règlements, aucun indice ne nous permet de postuler le même phénomène pour les hôpitaux canadiens. Le rôle plus important des communautés religieuses dans l'administration des hôpitaux canadiens, que nous avons mis en évidence précédemment, offre peut-être ici une piste d'hypothèse, celle d'une meilleure résistance des communautés religieuses vis-à-vis des autorités laïques qui permet aux religieuses de conserver leur fonction.

5.1.4. Un personnel soignant divers

Les formations de plus en plus formalisées des métiers de médecins, chirurgiens ou apothicaires permettent d'identifier aisément ces acteurs particuliers. Néanmoins, ceux-ci ne sauraient à eux seuls résumer l'ensemble du personnel soignant des institutions hospitalières d'Ancien Régime. En effet, les règlements des communautés hospitalières mentionnent des offices tels que celui de la sœur « infirmière », mais aussi des « semainières pour le service des pauvres » ou encore des « domestiques des salles ». Des termes semblables évoquent ces

⁵⁸⁷ BUP/A 30 123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin, Établies dans le diocèse de Clermont*,... p. 278.

⁵⁸⁸ A/AP-HP/liasse 880 : *Délibérations du bureau, états des gages et appointment des médecins, chirurgiens, domestiques et autres membres du personnel de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis, XVII^e XVIII^e*, cote 4228-4229. Les informations contenues dans ces liasses nous permettent d'identifier un nombre constant de 4 à 5 apothicaires masculins entre 1655 et 1737, pour ensuite en compter 9 en 1788. L'augmentation est portée par les apothicaires apprentis, puisque tout au long de la période, il n'y a qu'un seul maître apothicaire qui officie à l'Hôtel-Dieu.

fonctions dans les règlements des institutions hospitalières. De plus, l'examen des gages versés à l'Hôtel-Dieu de Paris tout au long du XVIII^e siècle fait apparaître tout un personnel de laïcs, hommes et femmes, chargé des différentes salles de l'hôpital⁵⁸⁹.

Aux différentes dénominations correspondent des tâches attachées au soin du corps, sans que le détail de ces tâches ou la hiérarchie des fonctions ne soient clairement établis. Ainsi, le rôle de la sœur infirmière varie d'une institution à l'autre, tantôt chargée de l'infirmierie où sont accueillies les Hospitalières malades⁵⁹⁰, tantôt chargée d'une infirmerie destinée aux malades d'un Hôpital Général⁵⁹¹. Elle est le plus souvent dotée d'assistantes. Cet office, dont la description se trouve dans les textes concernant l'organisation de la vie religieuse, ne donne pas matière à une formation particulière. Néanmoins, la répétition des tâches suppose une bonne habitude et compréhension du corps malade :

9. Elle observera soigneusement le jour que la maladie aura commencé, les heures de la fièvre, relâchemens ou redoublemens, les accidents ou incidents du mal, et généralement toutes les choses nécessaires pour en donner avis à la Supérieure, et en informer le Médecin et le Chirurgien qu'elle enverra quérir pour le soulagement des Sœurs malades avec permission de la Supérieure conjointement avec la Sœur Pharmacienne, qu'elle fera avertir quand ils viendront, si la Sœur Portière ne l'a voit fait.

10. Elle accompagnera toujours le Médecin dans les visites qu'il fera aux sœurs malades, et gardera ses ordonnances pour le régime de vivre et pour les remèdes nécessaires, conjointement avec la Sœur Pharmacienne et autres Officières dont elle aura besoin, afin que toutes ensemble concourent avec affection, diligence et fidélité au soulagement des Sœurs; et si elles ont besoin d'être veillée la nuit, elle en avertira la Supérieure à la récréation du soir⁵⁹².

Ainsi, l'absence de formation reconnue ou codifiée ne saurait signifier l'incompétence des actrices concernées. La surveillance des corps malades et la capacité à identifier leur état

⁵⁸⁹ *Ibid.*

⁵⁹⁰ « De l'infirmierie et des remèdes qui se prennent par précaution », dans le *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph...* p. 49.

⁵⁹¹ BUP/A 30 253 : « De la sœur infirmière », *Règlement général pour la direction et économie de l'Hôpital Général de cette ville de Clermont-Ferrand*, 1773.

⁵⁹² « Règle de l'Infirmière », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph...* p. 177.

de santé sont en effet centrales dans ces fonctions d'infirmières ou d'assistantes, et les règlements mettent en évidence leur qualité de soignantes qui travaillent avec les médecins, chirurgiens et apothicaires. Les infirmières sont parfois, dans les Hôpitaux Généraux, les seules soignantes à demeure, comme à Clermont-Ferrand où la sœur infirmière est responsable de l'infirmierie. Elle est à ce titre chargée de l'entretien de la salle, mais aussi de la surveillance des malades, de l'administration des remèdes, c'est-à-dire d'un ensemble de tâches divisées dans les Hôtels-Dieu entre plusieurs fonctions. C'est aussi elle qui communique avec le médecin :

[...] De l'agrément de la Gouvernante et des Médecins consultés, elle fera administrer dans les saisons convenables les remèdes généraux pour prévenir les maladies, et guérir les vices du sang, trop ordinaires aux Pauvres [...]

3. Dans les maladies déclarées, elle en avertira la Gouvernante & les Médecins, soignera les Malades et distribuera les remèdes et alimens [sic] ainsi qu'il lui sera prescrit. Elle avertira aussi les Chapelains, pour les secours spirituels, se comportant avec douceur et charité pour les Malades, sans négliger l'intérêt de la maison, lors du décès, mais observer ce qui est prescrit aux Maîtresses des Salles, Articles VIII de leur Chapitre⁵⁹³.

Contrairement à leurs consœurs apothicaires, les infirmières ne sont pas définies par leur attachement à un lieu – l'apothicairerie –, mais par des fonctions soignantes, qui varient selon les lieux, et s'exercent dans l'ensemble de l'institution hospitalière.

Un personnel plus vaste et moins aisé à identifier participe également au soin des corps malades. À Clermont-Ferrand, le règlement de l'Hôtel-Dieu évoque des « veilleuses » et des « semainières ». À Montréal, le *Coutumier* des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu mentionne des « semainières pour le service des pauvres » ainsi que des « sœurs domestiques des salles ». Les tâches sont variées, et les acteurs et actrices sont parfois des laïcs des deux sexes embauchés par les institutions soignantes, parfois les Hospitalières elles-mêmes, sans qu'il ne nous soit possible de tracer une ligne délimitant le type de tâche qui revient au type d'employé. Cette confusion apparente s'explique par la diversité des gestes et actions qui,

⁵⁹³ BUP/A 30 253 : « De la sœur infirmière », *Règlement général pour la direction et économie de l'hôpital général de cette ville de Clermont-Ferrand*, 1773.

dans les hôpitaux d'Ancien Régime, constituent la catégorie du soin. Marie-Claude Dinet-Lecomte, en abordant la question de la place des Hospitalières dans le processus de médicalisation, précise en effet : « Si nous conservons les concepts et les mots actuels de médicalisation, d'infirmière et de personnel soignant pour des raisons de commodité, c'est pour mieux explorer l'éventail des faits et gestes opérés auprès des malades [...] Qu'il soit rationnel ou irrationnel, le geste qui console mérite respect, attention et interrogation »⁵⁹⁴.

Il s'agit d'inclure dans la notion de soin autant ce qui relève du soin médical – administration de remèdes –, du soin chirurgical – soin d'une blessure –, que ce qui a trait au bien-être minimal du corps affaibli – accès à la nourriture, au repos. Ainsi, l'ensemble de cette population variée et mouvante des assistants et des domestiques employée dans les salles de soin trouve sa place dans notre enquête. Cette approche présente de plus l'avantage de se rapprocher de la définition du soin tel qu'il est envisagé dans les hôpitaux d'Ancien Régime, c'est-à-dire un lieu de repos plutôt que de soin technique. Les gestes ayant vocation à soulager le corps souffrant doivent donc être pris en compte pour saisir l'ensemble des aspects soignants de l'institution hospitalière.

5.2. Des gestes soignants variés

5.2.1. Soigner les soignants

On signalera, dans un premier temps, que l'activité soignante s'effectue à la fois en direction des pauvres et des Hospitalières elles-mêmes. Ainsi les règlements religieux prennent-ils soin de décrire l'infirmerie destinée aux sœurs malades. C'est d'abord auprès de leurs compagnes que les infirmières exercent leurs soins. Dans les constitutions et coutumiers, c'est-à-dire dans les textes relatifs aux congrégations soignantes et non pas aux institutions hospitalières, les communautés prennent en effet la peine de prévoir un espace de soin pour leurs membres malades, reproduisant le fonctionnement des communautés religieuses qui ne

⁵⁹⁴ Marie-Claude Dinet-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e...* p. 313.

se spécialisent pas dans le soin. Les *Constitutions* des Augustines parisiennes de 1635 insistent ainsi sur une infirmerie spécifiquement dédiée aux sœurs malades⁵⁹⁵.

Dans les règlements des institutions hospitalières, et non ceux des congrégations soignantes, apparaissent en revanche les infirmeries destinées aux malades reçus dans l'hôpital. Dans le règlement hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, on remarque que, par exemple, la visite du médecin commence par la vérification de l'état de santé du personnel soignant : « Monsieur le médecin commencera sa visite par les Officiers, Garçons et servantes & Valets de la maison, s'il y en avoit de malades & leur ordonnera les remèdes convenables pour une prompte guérison, leur service étant nécessaire pour le soulagement des malades »⁵⁹⁶.

Les situations canadiennes nous offrent des exemples de soignantes qu'il faut soigner. À Montréal, les deux fondatrices hospitalières, Jeanne Mance et Marguerite d'Youville sont l'une et l'autre souffrantes dans des circonstances différentes. Jeanne Mance, en tombant sur la glace en 1657, se blesse le bras et le poignet. La fracture au bras est réduite par les chirurgiens de la ville, mais la douleur au poignet persiste jusqu'en 1659, lorsqu'elle applique sur la blessure la relique du cœur de Jean-Jacques Olier et se voit miraculeusement guérie⁵⁹⁷. Les genoux de Marguerite d'Youville la rendent incapable de se déplacer seule pendant les dernières années de sa vie⁵⁹⁸. Les traitements tentés donnent d'ailleurs lieu à une littérature intéressante, où l'on apprend notamment que ce qui semble avoir été des ulcères aux genoux est traité par l'application de venin de crapaud⁵⁹⁹. Ces deux cas illustrent une situation rarement traitée par l'historiographie hospitalière : les soignants, exposés aux maladies de

⁵⁹⁵ « Règles des religieuses qui ont charge de l'infirmerie des religieuses malades » dans les *Constitutions des religieuses hospitalières...*, à Paris, 1635.

⁵⁹⁶ BUP/A 107 105 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, Concernant la charge de Monsieur le Médecin, circa 1773.

⁵⁹⁷ Marie-Claire Daveluy, « Jeanne Mance », dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 1, Québec/Toronto Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/mance_jeanne_1F.html. (consulté le 3 mars 2015)

⁵⁹⁸ Albertine Ferland-Angers, *Mère d'Youville. Vénérable Marie-Marguerite du Frost de Lajemmerais veuve d'Youville, 1701-1771, fondatrice des Sœurs de la Charité de l'Hôpital-général de Montréal, dites Sœurs Grises*, Montréal, Beauchemin, 1945.

⁵⁹⁹ Gabriel Nadeau, *La bufothérapie sous le Régime français. Mme d'Youville et ses crapauds*, Québec (Province), [s.n] 1944.

l'hôpital, étant également des êtres de chair et de sang, sont aussi, parfois, les soignés, et ce avec ce que les connaissances médicales de leur époque ont de mieux à leur offrir.

5.2.2 Comment soigner ?

Le détail des soins quotidiens dispensés dans des établissements hospitaliers est à rechercher dans les infirmeries comme, ici, dans le règlement de l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand :

1. Les fonctions de la sœur infirmière, qui d'ordinaire est une Demoiselle charitable qui se donne à la Maison, sont les observances pour l'entretien de la santé des Pauvres, et les soins dans leurs maladies ordinaires; l'administration devant compter que Messieurs de l'Hôtel-Dieu voudront bien recevoir à l'avenir, comme par le passé, les pauvres atteints de maladies aiguës et d'un difficile traitement, lesquelles arrivantes ladite sœur avertira la Gouvernante et les commissaires, pour les faire recevoir audit Hôtel-Dieu.

2. Pour l'entretien de la santé des Pauvres, ladite sœur aura attention si on observe la propreté dans l'habillement, dans les Salles, Réfectoires et Cours, et le renouvellement de l'air dans les Salles et Réfectoires, par les portes et fenêtres tenues ouvertes, non seulement chaque jour, pendant les offices, comme il est prescrit aux maîtresses des salles, mais dans toutes les autres heures et jours propres du beau temps, et de temps à autres heures et jours propres du beau temps, et de temps à autres, même au vent du Nord, en temps froid, et ce nonobstant les goûts particuliers de certains pauvres réclamans [sic]. Elle aura aussi attention de faire purger les insectes du corps et des lits des Pauvres, en provoquant les soins & opérations à ce nécessaires. De l'agrément de la Gouvernante et des Médecins consultés, elle fera administrer dans les saisons convenables les remèdes généraux pour prévenir les maladies, et guérir les vices du sang, trop ordinaires aux Pauvres [...]

3. Dans les maladies déclarées, elle en avertira la Gouvernante & les Médecins, soignera les Malades et distribuera les remèdes et alimens [sic] ainsi qu'il lui sera prescrit. Elle avertira aussi les Chapelains, pour les secours spirituels, se comportant avec douceur et charité pour les Malades, sans négliger l'intérêt de la maison, lors du décès, mais observer ce qui est prescrit aux Maîtresses des Salles, Articles VIII de leur Chapitre⁶⁰⁰.

⁶⁰⁰ BUP/A 30 253 : « De la sœur infirmière », *Règlement général pour la direction et économie de l'hôpital général de cette ville de Clermont-Ferrand*, 1773.

On peut ainsi distinguer trois catégories de gestes portés par les Hospitalières sur les corps malades : la distribution des remèdes, la surveillance des corps et enfin le souci d'hygiène et de propreté. Dans un premier temps, l'administration des drogues représente ce que nous appellerons « geste technique », c'est-à-dire un geste en lien avec les décisions prises par les soignants que sont les médecins, chirurgiens et apothicaires. Dispenser les médicaments est ainsi déléguée à une sœur infirmière, à laquelle est adjoint un nombre variable d'assistantes dans les salles des femmes, et d'assistants dans des salles des hommes. Il est intéressant de remarquer que ce rôle de l'infirmière, comme celui de l'apothicaresse, est mentionné à la fois dans les constitutions religieuses et dans les règlements hospitaliers, ce qui souligne leur appartenance non seulement au monde soignant, mais aussi au monde religieux.

En s'assurant de la distribution effective des remèdes aux malades, l'infirmière effectue la dernière étape du soin dans sa perspective la plus médicale puisqu'elle permet la transmission jusqu'au corps des malades des remèdes concoctés après qu'un diagnostic a été formé.

C'est ensuite la surveillance du corps qui constitue l'essentiel de l'activité soignante pour l'infirmière et ses assistantes. La règle de l'infirmière de l'hôtel-Dieu de Montréal confie à cette sœur le soin d'« observer [...] soigneusement le jour que la maladie aura commencé, les heures de la fièvre, relâchemens ou redoublemens, les accidents ou incidents du mal, et généralement toutes les choses nécessaires »⁶⁰¹. C'est donc le regard de l'infirmière qui est sollicité. L'organisation des salles, on a pu le voir précédemment, est faite de manière à ce que rien n'entrave le regard hospitalier porté sur le malade. Le *Coutumier* des Hospitalières de Montréal, en confiant à l'infirmière le soin de déterminer les évolutions de la maladie, reconnaît les compétences des soignantes capables de reconnaître les signes de la maladie, d'en noter l'évolution et de signaler ces faits observés au médecin. La collaboration entre ces Hospitalières et les soignants-techniciens montre que celles-ci s'intègrent explicitement au processus de soin. Ainsi, en plus de la distribution des remèdes, c'est à la sœur infirmière que revient la responsabilité d'effectuer nombre de gestes soignants :

⁶⁰¹ « Règle de l'Infirmière », dans le *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph...* p. 177.

16. Quand elle & ses compagnes seront averties par l'Apothicaire d'aller donner des lavemens, ou soulager quelqu'un par des graisses ou fomentations dans les appartements des femmes, elles s'y rendront incessamment & le feront avec toute la décence possible, & si par hasard quelqu'un d'elles ne sçavoit faire ces sortes de services, elle priera une de ses compagnes de le faire & tâchera de se rendre au plutôt habile à ce devoir⁶⁰².

Mais c'est, plus largement, dans un souci de ce que l'on qualifierait d'hygiène et de propreté que s'inscrivent l'essentiel de ces actions soignantes prodiguées par les sœurs, c'est-à-dire dans un ensemble de pratiques visant à favoriser la santé. Georges Vigarello, dans *Le propre et le sale*, montre que la propreté du corps ne concerne que les parties du corps visible⁶⁰³. Ainsi, c'est sur les mains, les pieds, le visage, mais surtout sur le linge que se concentre le souci de propreté, comme on peut le constater à travers le rituel d'entrée à l'hôpital. Ce n'est ainsi pas directement sur le corps que se porte l'action, mais sur ce qui le touche de plus près, des linges qui prennent ici une dimension de « corps-périphérique ».

Dans les *Constitutions* des Augustines de Paris de 1635, on relève une attention particulière portée au linge. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu de Paris comme ailleurs, l'accueil des malades s'accompagne d'un changement de vêtements. Si on a pu précédemment souligner la dimension spirituelle de ce rituel, il remplit également une fonction prophylactique :

Les Religieuses la dépouilleront de toutes ses hardes, & en feront un paquet, & y attacheront un écriteau du lit ou elle est couchée, afin de luy rendre tout quand elle s'en ira.

Les Religieuses commenceront a dévêtir la malade par la tête, & luy donneront un ruban blanc, une bandelette & coiffe de teste puis un bonnet de laine blanche : si c'est le matin qu'elle est couchée, on luy donnera son linge de jour, à sçavoir une coiffe cornette policée, et un bandeau de pareille toile que la coiffe, & un mouchoir de col plié en pointe.

Si c'est l'après-diné, ou vers le soir qu'elle est couchée, on la coiffera, comme dit est, hormis que l'on ne luy donnera pas son linge de jour, ains celui de nuit, à sçavoir, un bandeau, une cornette, & un tour de col de grosse toile.

Puis la despouilleront modestement, & luy donneront une chemise blanche bien chaude & si c'est en esté, des brassières de futaine blanche, si c'est en hyver, des brassières de serge grise ou minime.

⁶⁰² BUP/A 107 105 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, Concernant le devoir des veilleses, circa 1773.

⁶⁰³ Georges Vigarello, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1985, p. 57.

Puis la deschausseront, & luy mettront des pantoufles à ses pieds, & la robe de chambre de serge minime du lit ou elle sera couchée, sur ses épaules : si c'est en hyver, son lict sera bassiné, & sera conduite à son lit, qui auparavant aura été reblanchy de draps blancs, & de taye d'oreiller, & couchée proprement⁶⁰⁴.

Les *Constitutions* des Augustines de Paris insistent sur les vêtements. Qu'il s'agisse de ceux portés par les malades lors de leur entrée à l'hôpital, pour lesquels on met en place une procédure de rangement, ou surtout de ceux fournis par l'établissement lui-même, dont on possède ici une liste très détaillée. On peut supposer un souci d'hygiène dans le remplacement des hardes des pauvres par les tenues hospitalières. Néanmoins, cela reste ici implicite. Il est alors intéressant de mettre ces consignes en perspective avec celles du règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand à la fin du XVIII^e siècle. Les pages consacrées aux « servantes » de l'Hôtel-Dieu mentionnent elles aussi largement le linge et la manière dont il doit être traité à l'hôpital. Plus détaillées que la version parisienne un siècle plus tôt, la perspective hygiénique et la dimension prophylactique des gestes y sont évidentes. On enjoint ainsi les servantes de l'Hôtel-Dieu qui reçoivent les nouveaux arrivants à « préparer un lit auquel elles mettront des draps blancs de lessive, quand même les autres n'auroient servi qu'une heure pour un autre malade ». Le linge des pauvres fait ensuite l'objet d'une certaine désinfection :

4. Les malades couchés, elles visiteront leurs habits ou hardes pour voir s'il y a de la vermine, s'il y en a, les plieront de façon qu'elle puisse s'étouffer dans le four du Boulanger, s'il n'y en a point, elles les plieront proprement après avoir attaché un billet ou sera écrit le nom & surnom du malade; la même chose sera observée pour ceux qu'on mettra au four, après quoi on les portera au grenier ou l'on a accoutumé de les exposés, pour les rendre aux malades sortant de la Maison, ou pour en être disposé au profit de l'Hôtel-Dieu, s'ils y meurent⁶⁰⁵.

C'est enfin au linge qui sert directement aux activités soignantes que sont destinées des attentions particulières :

⁶⁰⁴ « De la manière de recevoir les filles et femmes en l'hospital », dans les *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris*, p. 52.

⁶⁰⁵ BUP/A 107 105 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, Concernant le devoir des servantes, circa 1773.

16. Elles auront soin de faire bouillir dans un bassin une ou deux fois la semaine, les linges piqués, compresses & bande, afin qu'il y en ait toujours au-delà de ce qui est nécessaire pour les pancements [sic], & des linges piqués pour tenir les malades, qui ne peuvent se lever, dans la propreté, & ne feront les lits avant l'heure de sept du matin, pour ne pas déranger ceux qui se trouvent dans la sueur, ou le sommeil de ceux qui sont assés [sic] heureux pour pouvoir dormir, lequel sommeil leur fait un grand bien⁶⁰⁶.

La chaleur pour éradiquer la vermine, l'eau bouillante pour nettoyer le linge « médical » : les méthodes employées dans un souci sanitaire semblent efficaces, et mettent en évidence l'expertise développée de manière empirique par les communautés soignantes au fil des années. Ces consignes, associées aux taux de mortalité relativement bas relevés dans les hôpitaux⁶⁰⁷, laissent supposer, du moins hors de Paris, un certain bénéfice de ces méthodes. Toutefois, Georges Vigarello précise qu'il ne faudrait pas surestimer le degré de propreté réel dans les Hôtels-Dieu. L'historien souligne qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, au XVI^e siècle, les consignes concernant le balayage et le nettoyage des salles doivent être comprises comme une volonté de « repousser l'encombrement plutôt que de le nettoyer »⁶⁰⁸. On soulignera pour notre part que, lorsqu'il s'agit du linge ayant été en contact avec le corps, les mesures ne sont pas toutes équivalentes. Aux mesures prophylactiques, et que l'on peut supposer globalement efficaces, énumérées ci-dessus, il nous faut ainsi ajouter la manière dont sont traités les vêtements et lits des morts :

8. Lorsqu'il sera mort quelques malade, elles auront soin de retirer du lits les petits linges, vaisselle, & c. qu'on lui avoit fourni, & le feront transporter quelque tems (sic) après de la Chapelle de St Barthelemy & les couverture, matelas ou lits de plumes seront porté incessamment dans le grenier destiné pour les faire faire sécher & évaporer les mauvaises odeurs qui pourroient y être⁶⁰⁹.

⁶⁰⁶ BUP/A 107 105 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, Concernant le devoir des servantes, circa 1773.

⁶⁰⁷ Voir chapitre 3 : « 3.1.3. Les malades libres » Si le taux de mortalité à l'Hôtel-Dieu de Paris s'établit autour de 20 %, nous relevons un taux de mortalité qui varie entre 8 et 10 % à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 4 et 7 % à l'Hôtel-Dieu de Québec.

⁶⁰⁸ Georges Vigarello, *Le propre et le sale...* p. 65.

⁶⁰⁹ BUP/A 107 105 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, Concernant le devoir des servantes, vers 1773.

L'impossibilité de nettoyer efficacement les « matelas ou lits de plumes » contraint ici les Hospitalières à se résigner à faire confiance à la disparition des mauvaises odeurs, plutôt qu'à faire bouillir ou chauffer des linges souillés. C'est la même attention aux odeurs qui transparaît quelques lignes plus bas, lorsque le règlement précise qu'il revient aux servantes de parfumer, « une fois pendant le jour seulement les appartements des malades, à moins qu'il n'y soit répandu quelque mauvaise odeur extraordinaire qui demandat [sic] qu'on y revint plus souvent, & tiendront les sales bien netoïées [sic] tous les jours »⁶¹⁰.

Enfin, on constate avec intérêt que, alors que les établissements hospitaliers attribuent aux médecins, chirurgiens ou apothicaires des tâches de nature médicale, les textes demeurent discrets, voire muets, sur la dimension spirituelle de leurs actions. Ces acteurs liés à l'hôpital, mais extérieurs à la congrégation religieuse — à l'exception, notable, des sœurs apothicaires — se voient proposer une version sécularisée de la pratique soignante. En revanche, servantes et infirmières voient la description de leurs tâches entrecoupée de consignes de nature religieuse. À Clermont-Ferrand, l'obligation d'assistance aux offices et à la messe colore les pages du règlement destinées aux « servantes » de l'Hôtel-Dieu. Cette dimension est encore plus évidente lorsque les gestes soignants sont décrits par les textes qui règlementent les communautés religieuses, constitutions et coutumier en tête. Cette dimension est encore plus évidente lorsque les gestes soignants sont décrits par les textes qui règlementent les communautés religieuses, constitutions et coutumier en tête. Il faut ainsi évoquer l'existence de techniques soignantes qui relèvent uniquement d'une logique religieuse, à savoir l'usage des reliques et des objets de piété.

En effet, l'usage des médailles et autres chapelets dans les hôpitaux fait partie du quotidien et s'inscrit dans la vocation religieuse et apostolique de l'institution. Mais les *Annales* de l'Hôtel-Dieu de Québec signalent une utilisation des reliques dans une perspective soignante durant l'année 1665 :

⁶¹⁰ *Ibid.*

Nous regardâmes comme une espèce de miracle ce qui arriva à un Hérétique des plus opiniâtres, il avoit été plusieurs fois sollicité de se convertir, mais il en devenoit plus entêté, & rebutant avec mépris & indignation toutes les charitables instances qu'on lui faisoit, il professoit par de nouveaux sermens que jamais il ne quitteroit la Religion qu'il professoit, & dans laquelle vivoient tous ses parens, il tomba très dangereusement malade, & on nous l'apporta, nous fumes sensiblement touchées de fon état, nous fines pour lui beaucoup de prières fans succès, jusqu'à ce que la Mère Marie Catherine de Saint Augustin, s'avisa de mêler à son insçu dans son breuvage des os pulvérisés du Père Jean de Brébeuf, brûlé très cruellement par les Iroquois, elle avoit souvent éprouvé la vertu de ces précieuses reliques; elle en eut encore en cette occasion une nouvelle preuve, cet homme intraitable devint aussitôt doux comme un Ange, pria qu'on l'instruisit, embrassa la Foy, & fit abjuration publiquement avec une ferveur admirable, en sorte qu'il s'étonnoit lui-même de son changement, Dieu voulut lui donner la santé du corps avec celle de l'âme, & il sortit de l'Hôpital parfaitement guéri⁶¹¹.

Le récit de conversion trouve sa place dans la logique missionnaire qui anime les institutions hospitalières, tout particulièrement en Nouvelle-France.⁶¹²

Mais c'est sur l'usage de la relique que l'on voudrait s'attarder. Ici de la poudre d'os de Jean de Brébeuf, martyr canadien, utilisée comme outil de conversion : l'homme qui refusait la conversion demande après ingestion de la relique à être instruit dans la foi catholique. Néanmoins, ce sont aussi les propriétés curatives de la relique qui sont exploitées. Ainsi le soin du corps malade passe par l'ingestion des restes d'un autre corps, celui du martyr : un corps saint, dans un corps malade, rend le corps sain. Un tel « traitement » repose ainsi sur l'exploitation des conceptions religieuses du corps, en l'occurrence donc, les propriétés curatives du corps du saint martyr. Éloignées des modèles de compréhension du corps et de la maladie promue par les chirurgiens, ou même par la pratique des apothicaires, ces représentations interviennent donc aussi dans les pratiques soignantes. On conçoit aisément que, en plus d'épisodes aussi spectaculaires que celui-ci, ce type de pratiques trouve sa place dans le quotidien hospitalier.

⁶¹¹ Françoise Juchereau de Saint Ignace, *Histoire de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Montauban, Jerosme Legier, 1751, p. 148.

⁶¹² Il s'agit ici selon toute vraisemblance de la conversion d'un des soldats huguenots du régime Carignan Salières qui arrivent en Nouvelle-France en 1665.

Plus qu'une opposition entre des agents porteurs d'un savoir médical et des agentes porteuses d'un savoir religieux, les sources montrent donc une articulation de ces différentes compréhensions des corps malades, tantôt corps à convertir, tantôt corps à soigner sans que soit mentionnée la recherche de leur Salut. C'est pour saisir comment s'articulent ces représentations que nous proposons de nous attarder sur la contagion et, plus précisément, sur la manière dont les institutions hospitalières et leurs acteurs soignants font face au risque épidémique.

5.3. Le cas de la contagion⁶¹³

Alors que le soin du corps est un élément central de l'activité hospitalière, la manière dont ces institutions prennent en compte la maladie demeure assez discrète dans les sources. On a pu, à travers nos sources normatives, déceler un souci de propreté qui peut s'apparenter à des mesures d'hygiène. C'est toutefois à travers le cas spécifique de la contagion et du risque épidémique que les pratiques soignantes se font les plus explicites. Cet angle particulier nous offre l'opportunité de nous intéresser successivement à la conception de la maladie et de sa transmission à l'époque moderne, puis aux mesures prises par les institutions hospitalières pour s'en prémunir.

5.3.1. Compréhension du phénomène religieux

5.3.1.1. Altérité et angoisse

Plusieurs théories président à la compréhension de la manière dont se transmet la maladie. Si certaines d'entre elles émanent des facultés de médecine, entrent également en jeu des croyances populaires et des représentations religieuses entrent également en jeu –

⁶¹³ Une partie substantielle de cette recherche fera l'objet d'une prochaine publication, Claire Garnier, « Elles auront soin de ne pas les laisser manger tous vivant par les poux et la vermine ». La contagion dans les institutions hospitalières du XVIII^e siècle », dans Alexandre Klein et Séverine Paraye (dir.), *Une histoire des pratiques de santé (XVIII^e-XX^e siècles). État des lieux, comparatif et méthodologies des recherches francophone*, à paraître.

notamment la théorie du châtement divin –, pour proposer des explications aux épidémies qu'affrontent les populations modernes.

La colère divine est fréquemment évoquée dans le cas des catastrophes naturelles⁶¹⁴ et des grandes pestes. Les explications recourant au surnaturel dans la compréhension des épidémies, que l'on ne saurait réduire à la peste, ne se limitent pas à l'intervention divine⁶¹⁵. Outre les figures fantastiques – anges maléfiques, diables⁶¹⁶ –, les humains auxquels on accorde peu de confiance sont aussi souvent incriminés dans la diffusion des maladies. Mendians, vagabonds, juifs, jongleurs et nomades divers constituent ainsi la famille du diable. Considérés comme ceux qui apportent le mal, ils sont la cible privilégiée des colères populaires et institutionnelles provoquées par l'épidémie⁶¹⁷. Ces croyances populaires ont en commun de rapporter systématiquement la peur de la contagion à la peur de l'Autre. La conception des institutions d'assistance inclut toujours une dimension de relation à l'étranger. D'abord lieux d'accueil des pèlerins à l'époque médiévale, celles-ci deviennent des moyens de contrôle des populations mendiantes venues se réfugier en ville, pour être transformées par les élites dirigeantes des villes elles-mêmes en structures d'accueil des nécessiteux locaux. L'étranger semble ainsi progressivement exclu des institutions hospitalières et, sans en faire l'unique clef de lecture, on peut tracer un parallèle entre cette peur de l'individu venu d'ailleurs et portant potentiellement la contagion, et le refus progressif de toute personne étrangère à la communauté à l'intérieur des murs hospitaliers.

5.3.1.2. Perspectives scientifiques

Les représentations sociales de l'origine de l'épidémie coexistent avec celles du savoir médical. La première théorisation du phénomène qui n'emprunte pas au surnaturel est proposée par Girolamo Fracastoro, médecin italien qui, en 1546, explique la contagion de la

⁶¹⁴ Lynn Berry, « “Le Ciel et la Terre nous ont parlé”. Comment les missionnaires du Canada français et de l'époque coloniale interprètent le tremblement de terre de 1663 », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 60, 1-2 (2006), p. 11-35.

⁶¹⁵ Jean-Noël Biraben, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Tome 2, *Les hommes face à la peste*, Paris, Mouton, 1975-1976, p. 19.

⁶¹⁶ *Idem.*

⁶¹⁷ Gérard Fabre, « Conflits d'imaginaires en temps d'épidémie », *Communications*, 57 (1993), p. 45.

syphilis par la transmission d'éléments vivants et invisibles qui, passant d'un individu malade à un individu sain, se reproduisent chez le second de manière identique, le rendant à son tour malade⁶¹⁸. Il faut cependant presque deux siècles pour que cette conception de la transmission de la maladie soit prise au sérieux. Les dictionnaires ne commencent en effet à donner des définitions du phénomène contagieux que vers la fin du XVIIIe siècle, sous les entrées variées de « peste », « épidémie » ou « contagion ». Le terme d'épidémie trouve son origine dans le grec *epidēmos*, « qui circule dans le peuple ». Le latin *pestis* signifie « une maladie qui frappe subitement un grand nombre de personnes en faisant beaucoup de morts »⁶¹⁹. La particularité de l'épidémie se situe donc dans sa capacité à circuler. Les termes d'*épidémie* et de *peste* demeurent néanmoins interchangeables dans les esprits modernes. Le mot *contagion* ajoute à la confusion. Il est défini dans le *Dictionnaire Universel* de Furetière (1690) comme ce qui « se dit par excellence & absolument de la peste »⁶²⁰. Toutefois, si sous le terme de *peste* les dictionnaires médicaux tentent de répertorier les différentes maladies qui peuvent être considérées comme épidémiques, les définitions de la contagion mettent en avant le processus par lequel la maladie se transmet. Dans l'*Encyclopédie*, la contagion est définie comme la « qualité d'une maladie, par laquelle elle peut passer du sujet affecté à un sujet sain, & produire chez le dernier une maladie de la même espèce »⁶²¹. Plus techniques, les dictionnaires médicaux de la même époque approfondissent le sujet. Le dictionnaire de Lavoisien (1793) définit ainsi la contagion comme la « communication d'une maladie par des corpuscules malins, âcres & volatils »⁶²² qui peuvent être transportés par des personnes ayant contracté la

⁶¹⁸ Bernard Paillard, « Petit historique de la contagion », *Communications*, 66 (1998), p. 10.

⁶¹⁹ Dominique Chev , Michel Signoli, « Les corps de la contagion. Corps atteints, corps souffrants, corps inquiétants, corps exclus? », *Corps*, 2, 5 (2008), p. 12.

⁶²⁰ *Idem*.

⁶²¹ « Contagion », *Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des sciences, des arts et des métiers*, Paris, Briasson, 1751, p. 110.

⁶²² « Contagion », dans Jean François Lavoisien, *Dictionnaire portatif de médecine, d'anatomie, de chirurgie, de pharmacie, de chymie, d'histoire naturelle, de botanique et de physique*, Paris, chez Théophile Barrois, 1793, n. p.

maladie. L'article distingue les deux manières dont ces « corpuscules » peuvent atteindre l'organisme :

Lorsqu'on habite des endroits où règne cet air altéré; on peut en recevoir les mauvaises impressions en respirant, en avalant sa salive ou les aliments, en allant à la selle, & gagner la maladie sans toucher les malades ni rien de ce qui est à leur usage. Cette manière de contracter le mal par l'air s'appelle *contagion* par distance, *contagium ad distans*. C'est ainsi que se communiquent souvent la peste, les fièvres malignes, la dysenterie, l'ophtalmie & toutes les maladies épidémiques. On est encore plus exposé à la communication des maladies contagieuses, quand on touche souvent les malades & leurs hardes, qu'on couche dans le même lit, ou qu'on a commerce avec eux. Cette communication se nomme *contagion* par contact ou attouchement immédiat, *contagium per contractum*. C'est un moyen par lequel les maladies, dont on vient de parler, se multiplient plus facilement, ainsi que la gale, la lèpre, la grosse & la petite vérole, la rage, le scorbut⁶²³.

Or, ces deux manières de concevoir la contagion, par l'air et par le toucher, se développent conjointement durant la période moderne. La conception « aériste », qui attribue à l'air contaminé le pouvoir de transmettre la maladie trouve son origine dans les théories de Galien et d'Hippocrate, pour qui l'air froid est systématiquement porteur de maladies. Forte de ces justifications antiques, cette hypothèse est défendue par le pouvoir monarchique, les institutions sanitaires et la Faculté de médecine de Paris⁶²⁴. Parallèlement à ces théories, l'expérience des épisodes contagieux permet de mesurer le risque de transmission du mal que représentent les vêtements des malades⁶²⁵. Bien que subissant les critiques des tenants de la théorie « aériste », cette hypothèse associe connaissances théoriques et pratiques, et sans contredire le risque de contagiosité de l'air, étend celui-ci à l'ensemble des vêtements et objets qui touchent le corps des malades. Ainsi, si la maladie elle-même peut être qualifiée de *peste*, elle prend un caractère d'*épidémie*, c'est-à-dire une capacité à se répandre, lorsqu'elle est

⁶²³ Idem.

⁶²⁴ Gérard Fabre, *Épidémies et Contagions, l'imaginaire du mal en Occident*, Paris, PUF, 1998, p. 190.

⁶²⁵ Jean-Noël Biraben, *Les hommes et la peste...* p. 21.

dotée d'une caractéristique *contagieuse* : la capacité à se dupliquer chez une personne saine. Ces caractéristiques contagieuses sont donc, à l'intérieur des hôpitaux, étroitement surveillées.

5.3.2. Prise en charge de l'épidémie

La compréhension du phénomène contagieux provient ainsi à la fois de croyances traditionnelles et de connaissances médicales. Toutefois, au-delà de la compréhension théorique du phénomène, c'est la manière dont elle se traduit en gestes soignants que nous pouvons mesurer.

On peut dans un premier temps évoquer les gestes portés sur et autour des corps des pauvres et des malades. Le souci de propreté accordé aux vêtements des pauvres et le fait de les revêtir d'habits propres sont la première étape de leur entrée dans l'hôpital et s'accompagnent d'une attention portée à la désinfection de ces linges. Les techniques évoquées précédemment — chauffer les vêtements pour tuer les « vermines » — inscrivent en effet le rituel dans une perspective d'hygiène, et, plus précisément, prophylactique : il s'agit en effet de protéger l'espace hospitalier des infections extérieures. On inclura de plus le soin apporté aux linges de lits des malades ou encore les tissus utilisés pour panser les plaies puisque ces mesures limitent directement la propagation des maladies. Enfin, si les sources demeurent très discrètes sur le sujet, la crainte de la contagion s'applique au corps des Hospitalières elles-mêmes. Le règlement de la congrégation soignante de la paroisse de Chomelix est ainsi une de nos sources les plus explicites sur le sujet :

Quand il y aura dans l'hospital des malades qui seront atteints de quelque maladie qui puisse se communiquer aisément, on réservera, s'il se peut, dans l'appartement de l'instruction autant de sœurs qu'il en faudra pour faire l'instruction et pour avoir soin des orphelines et autres : l'on n'employera de sœurs pour servir ces malades qu'autant qu'il sera nécessaire pour qu'ils soient bien servis et ces sœurs exposeront volontiers leur santé et leur vie pour l'amour de Jesus-Christ, qui comme chef du corps mystique de l'Église est malade dans la personne des malades : mais cependant elles useront de sages précautions dont Dieu veut bien qu'elles se servent pour ne pas prendre la maladie et pour ne pas la communiquer dans l'appartement de l'instruction ou elles n'entreront point jusques à ce qu'après

bon conseil on sera d'avis que le danger de la Communication du mal aura entièrement cessé lorsqu'elles auront changez d'habits⁶²⁶.

C'est notamment par le changement des habits des soignantes que passe la prévention de l'épidémie, ceux-ci étant soupçonnés de propager la maladie⁶²⁷. La question de la propreté dans l'hôpital, et notamment celle des linges et vêtements, s'inscrit dans les pratiques d'hygiène du quotidien. Dans le cas d'épisodes épidémiques, ces techniques développées quotidiennement sont mobilisées. De plus, à la surveillance du corps s'ajoute la mise en place d'un espace destiné à éviter au mieux le risque de contagion. Les règlements répètent ainsi régulièrement l'importance pour les malades de bénéficier de lits individuels, et d'être placés dans des salles bien aérées. Examiner les corps, nettoyer les vêtements et aérer les salles sont autant de tâches qui reviennent aux sœurs responsables des soins, et qui montrent tout autant l'intégration des théories médicales sur la contagion par les institutions hospitalières que l'expertise développée par ces communautés soignantes. Les limites de la mise en pratique de ces directives sont ici à prendre compte. Les bâtiments, rarement adaptés à ces objectifs, constituent une de ces limites matérielles, qui amènent les hôpitaux à simplement rejeter hors de leurs murs certains malades.

Alors que les Hôpitaux Généraux cherchent à transférer leurs pensionnaires malades à l'Hôtel-Dieu en cas de maladie passagère, les Hôtels-Dieu refusent quant à eux certains malades, au premier rang desquels les contagieux. Les Hospitalières de Montréal n'acceptent ainsi aucune personne atteinte de « contagion, vérole, lèpre, teigne, galle invétérée ou maligne ».⁶²⁸ À Riom, le règlement de l'Hôpital Général exclut lui aussi ces malades.⁶²⁹ Les diriger vers un hôpital spécifiquement destiné aux contagieux et incurables est la solution prévue pour ne pas les laisser sans assistance. Clermont-Ferrand se dote en 1697 d'un tel établissement. À Paris, l'hôpital Saint Louis, en périphérie de la ville, est jugé idéal pour cette

⁶²⁶ AD43/HSUP/2E10/s.d : *Articles concernant les sœurs au service des pauvres malades de la paroisse de Chomelix..*

⁶²⁷ Bernard Paillard, « Petit historique de la contagion »,..., p. 11.

⁶²⁸ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1688, p. 23.

⁶²⁹ BUP/A 70107.2 : *Lettres patentes du Roy pour l'établissement d'un Hôpital Général dans la ville de Riom*, 1658.

fonction.⁶³⁰ Le fonctionnement en réseau des institutions hospitalières facilite ainsi la séparation des différentes conditions. Le contexte colonial ne permet néanmoins pas systématiquement de recourir à cet usage. Ainsi, à Québec, le refus des contagieux est la règle. Toutefois, il arrive que l'épidémie se déclenche au sein de l'établissement, notamment au moment de l'arrivée des bateaux, qui devient alors lui-même un lieu de confinement.⁶³¹

Toutefois, si cette organisation est théoriquement efficace, elle n'épuise pas la question de la cohabitation de malades ordinaires et de malades contagieux. À travers le règlement de la paroisse de Chomelix, on voit comment un épisode épidémique est contenu par une organisation de l'espace : il s'agit alors de déterminer à l'intérieur de l'établissement un espace particulier pour la durée de la crise, le plus hermétiquement séparé du reste de l'établissement. Toutefois, dans le quotidien hospitalier, le type de maladie est progressivement la prise en compte. Ainsi, à Clermont, l'Hôtel-Dieu projeté en 1778 prévoit des salles consacrées aux « galleux »⁶³² et aux « teigneux »⁶³³. Le souci de séparation des malades se retrouve dans les plans des hospices de Paris prévus au lendemain de la Révolution⁶³⁴, où l'on envisage des salles des galeux, d'autres pour les personnes atteintes de la petite vérole, et un pavillon pour les « scrophuleux »⁶³⁵. L'espace hospitalier évolue ainsi progressivement vers une compréhension de la variété des maladies présentes entre les murs des hôpitaux à laquelle les institutions répondent par la séparation des malades.

Si l'ensemble des gestes soignants participe à la prévention de la contagion, c'est donc principalement par une séparation des pauvres et des malades que l'institution répond à cette problématique. L'enfermement des malades contagieux est de toute évidence une action qui correspond à une nécessité médicale. Néanmoins, on ne peut s'empêcher de tracer un parallèle entre l'exigence de confinement des contagieux et l'importance accordée au principe de

⁶³⁰ Christian Cheminade, « Architecture et médecine à la fin du XVIII^e siècle. La ventilation des hôpitaux, de l'Encyclopédie au débat sur l'Hôtel-Dieu de Paris », *Recherche sur Diderot et l'Encyclopédie*, 14 (1993), p. 91.

⁶³¹ François Rousseau, « Hôpital et société en Nouvelle-France l'Hôtel-Dieu de Québec à la fin du XVII^e siècle », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, vol. 31, 1 (1977) p. 30.

⁶³² BUP/CA508.2-6 : *Plan de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, 1778.

⁶³³ Voir chapitre 7, « Usage de l'espace hospitalier », Figure 29 : Hôtel-Dieu de Clermont, 1778, Identification de l'espace hospitalier selon les fonctions religieuses et soignantes des lieux.

⁶³⁴ A/AP-HP/5 FOSS : Plan de l'hospice du Châtelet, dans le *Mémoire sur la situation actuelle des hospices de malades de la ville de Paris*, An VIII.

⁶³⁵ A/AP-HP/5 FOSS : *Plan du projet d'hospice du Nord*, dans le *Mémoire sur la situation actuelle des hospices de malades de la ville de Paris*, An VIII.

clôture des religieuses qui, matérialisé par des murs et par des vêtements, les maintient à l'écart de la vie laïque. De plus, cette même pratique renvoie au rôle carcéral initialement assigné aux hôpitaux généraux, là où l'enfermement est utilisé pour soustraire les pauvres immoraux au reste de la société, qui fonctionne tout particulièrement dans le cas des Refuges. Isoler pour protéger n'est donc pas étranger au fonctionnement religieux et moral des hôpitaux, même s'il s'agit dans le premier cas de préserver les religieux du monde qui corrompt, dans le second de protéger le monde de ses éléments les plus dangereux.

5.3.3. Moralité et maladie

La manière d'appréhender la question de la moralité fait en effet écho à la gestion des épidémies. Alors que l'on peut retenir des dictionnaires de la période moderne leur volonté de comprendre le phénomène de la contagion sous l'angle scientifique, certaines hypothèses émises à cette occasion méritent que l'on s'y attarde. L'article « peste » de l'*Encyclopédie* est à cet égard intéressant :

La disposition à la pourriture est une cause qui aide à l'effet de la contagion. Or la pourriture est un mouvement intestin de nos humeurs qui tend à en détruire le mélange, la forme & le tissu qui changent de nature. D'ailleurs si le sang se ralentit, cela seul suffit pour contracter ce mouvement de putréfaction; c'est ce qui arrive dans le chagrin & le vice des premières voies⁶³⁶.

Dans le dictionnaire de Furetière, on retrouve aux côtés d'une description de la maladie physique – « Maladie contagieuse, & ordinairement mortelle » – une définition qui ouvre la question de la morale : « PESTE, se dit aussi figurément en Morale. L'hérésie, le libertinage, sont des pestes qui corrompent les esprits. La flatterie est la peste des Cours »⁶³⁷. Le lien établi entre maladie et intégrité morale reprend une représentation répandue dans les mentalités

⁶³⁶ « Peste », *Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des sciences, des arts et des métiers*,... p. 12:452.

⁶³⁷ Article « peste » dans Antoine Furetière, *Dictionnaire universel*, t.3, partie 2, La Haye, Brutel de La Rivière, 1725.

d’Ancien Régime, selon laquelle la santé physique et la moralité sont intrinsèquement liées. Or, le discours des institutions hospitalières distingue nettement deux catégories de pauvres, les bons et les mauvais, les méritants et les fainéants⁶³⁸. Alors que les seconds refusent l’enfermement, les premiers s’y soumettent de bon gré et acceptent le travail et la prière comme voies de réhabilitation sociale, morale et spirituelle. Cette représentation traçant un lien de cause à effet entre la pauvreté et l’immoralité peut néanmoins être aisément inversée, et il devient possible de concevoir la pauvreté non pas comme la cause de l’immoralité, mais comme sa conséquence, punition divine d’un comportement déviant. Le traitement de la condition « immorale » mérite d’être comparé à celui de la contagion, et c’est à travers la catégorie particulière des « filles perdues » qu’elle prend tout son relief. Prostituées, épouses adultères ou encore mères célibataires, les « filles perdues » sont des femmes punies pour avoir dévié du comportement sociosexuel fixé par les normes religieuses et morales de l’Ancien Régime. Atteintes par la souillure qui découle de cette situation, elles ont perdu leur place dans l’organisation sociale et doivent désormais être mises à l’écart. Souvent attachés aux Hôpitaux Généraux, constituant parfois initialement une section de l’Hôpital Général qui prend ensuite son autonomie, les Refuges sont les institutions dévolues à ces femmes. Ils ont dans un premier temps pour fonction de garder la société à l’abri de ces déviantes. La question du risque est explicitement citée dans un mémoire de la maison de Salpêtrière qui, à Paris, se concentre sur l’accueil des femmes indigentes au sein de l’Hôpital Général. Les administrateurs s’inquiètent de laisser cohabiter les femmes immorales avec les autres :

Quelques une [sic] étant d’une condition honnête ne devoient pas être mêlées avec celles qui se prostituent avec scandale, ny avec celles qui en corrompoient d’autres pour les prostituer. Vous verré qu’elles seroient bien sûrement dans une maison ouverte par essence, ou que les femmes honnêtes vertueuses et pauvres qui sont à l’Hôtel-Dieu ne doivent être mêlées avec ces prostituées⁶³⁹.

⁶³⁸ Jean-Pierre Gutton, « À l’aube du XVII^e siècle idées nouvelles sur les pauvres », *Cahiers d’Histoire*, 1965, p. 87-97.

⁶³⁹ A/AP-HP/HD/liasse 0885 : règlement du 27 avril 1656.

Nous retrouvons alors le principe de contagion : les femmes « scandaleuses » sont les femmes contaminées par l'immoralité, et les femmes « honnêtes » les patientes saines. Un simple contact dans une salle commune représente pour les secondes le risque d'être corrompues, contaminées, par les premières. Il ne s'agit pas d'une souillure infectieuse, donc physique, mais bien morale⁶⁴⁰, pourtant la société lui applique un traitement similaire. Ainsi, les « immorales » sont dans un premier temps isolées du reste de la collectivité pour éviter que leur condition ne se propage. À l'intérieur de ces institutions, le dispositif agit sur leurs corps, leur imposant généralement un uniforme, et même l'obligation de raser leurs cheveux. Si ce dernier geste représente, dans une perspective sanitaire, un moyen de débarrasser les « immorales » de divers insectes, il tente également de supprimer une des causes de leur débauche, les cheveux figurant traditionnellement la séduction. Cette habitude métropolitaine est brièvement adoptée par la supérieure de l'Hôpital Général de Montréal, avant qu'elle soit réprimandée par l'intendant de la colonie à ce sujet dans le cadre d'un conflit plus général⁶⁴¹. Ce même traitement empêche les femmes de sortir librement du Refuge, puisqu'elles deviennent ainsi aisément identifiables. Les règlements qui s'appliquent à ces femmes sont similaires à ceux des communautés religieuses. Partageant leur temps entre prière, travail et silence, les « pénitentes » bénéficient d'une cure morale, qui doit leur permettre de (re) devenir des personnes saines, aptes à se réinsérer dans la société.

Le risque de contagion influence l'organisation des hôpitaux. Toutefois, lors des crises épidémiques, les mesures quotidiennes ne sont plus suffisantes et demandent à la fois d'être étendues aux corps des soignants eux-mêmes, mais aussi de recourir à la pratique de l'enfermement et du confinement des malades.

⁶⁴⁰ Mary Douglas, « La pureté du corps », *Terrain*, 31 (1998) [En ligne] URL : <http://terrain.revues.org/3131> (consulté le 4 mars 2015).

⁶⁴¹ ASGM : *Ancien Journal*, 1688-1857, p. 47.

Conclusion

La fonction et la formation des médecins, chirurgiens et apothicaires évoluent visiblement au cours de la période étudiée. Le pouvoir monarchique, toujours soucieux des questions de santé et d'assistance, procède l'encadrement progressif de ces professions et légitime leur place dans les hôpitaux, qui deviennent à l'occasion des lieux de formation professionnelle. L'entrée de ces hommes soignants, munis de connaissances particulières sur le corps, n'est pas sans effet sur l'organisation hospitalière. Ainsi, nous avons pu montrer la relégation des sœurs apothicaires à des rôles d'assistantes, et souligner que leurs nouvelles fonctions les amènent à se rapprocher du corps des malades. Le rôle du personnel soignant, religieux comme laïc, qui nourrit, lave et panse les corps malades, est en effet essentiel et témoigne de pratiques soignantes qui dépassent le cadre des avancées médicales et techniques. Enfin, la présence constante des Hospitalières dans ces salles de soins assure que les conceptions religieuses et médicales du corps s'entremêlent.

La coexistence de ces différentes représentations du corps s'exprime tout particulièrement lors des moments de crises épidémiques. Le dispositif hospitalier convoque alors à la fois les avancées médicales de l'époque, mais aussi les connaissances empiriques des soignants, et enfin les conceptions religieuses et morales, pour mettre au point des techniques de confinement qui permettent à la maladie de ne pas s'étendre.

Chapitre 6. Genre et pratiques soignantes

Le concept de genre tel que défini par Joan Scott en 1986 dans son article fondateur « Gender : A Useful Category of Historical Analysis »⁶⁴² permet d'analyser les sociétés en prenant en compte les rapports sociaux entre hommes et femmes, c'est-à-dire en insistant sur la construction sociale de l'identité sexuée⁶⁴³. Dans le milieu des hôpitaux d'Ancien Régime, les conventions sociales attachées au sexe des individus sont d'abord et avant tout déterminées par le cadre religieux à l'intérieur duquel elles s'inscrivent. Comme nous avons pu le montrer dans les pages précédentes, au nom de la différence entre les sexes, et surtout de l'infériorité des femmes⁶⁴⁴, l'Église accorde des places différentes aux femmes et aux hommes en son sein. L'obligation de la clôture à laquelle sont soumises les religieuses par exemple, et à laquelle les hommes peuvent se soustraire, traduit ainsi non seulement la différence des sexes au sein de l'Église, mais aussi leur hiérarchie. Pourtant, dans le contexte des hôpitaux, nous avons pu voir que les Hospitalières sont régulièrement placées dans des positions de supériorité hiérarchique, notamment vis-à-vis du personnel laïc masculin. La relation de soin qui attribue à l'Hospitalière la responsabilité de la santé des malades pour partie masculins, ainsi qu'une partie de leur éducation religieuse, est également un autre moment où la hiérarchie entre hommes et femmes s'estompe au profit de la hiérarchie hospitalière. Nous nous attacherons donc dans ce chapitre à analyser la manière dont les institutions hospitalières encadrent et codifient ces situations : dans quelle mesure le sexe des individus y est pris en compte, et que peut-on en déduire de l'organisation genrée des hôpitaux d'Ancien Régime?

⁶⁴² Joan W. Scott, « Gender, a Useful Category of Historical Analysis », *American Historical Review*, 91, 5 (1986) p. 1053-1075.

⁶⁴³ Ollivier Hubert, « Féminin/masculin : l'histoire du genre », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 57, 4 (2004) p. 474.

⁶⁴⁴ Guy Bechtel, *Les quatre femmes de Dieu. La putain, la sorcière, la sainte & Bécassine*, Paris, Plon, 2000, p. 210-213.

Les développements historiographiques apportés au concept de genre depuis la publication de *Gender Trouble* de Judith Butler en 1990⁶⁴⁵ nous amènent à l'envisager dans une seconde acception. La philosophe américaine attire en effet l'attention sur le caractère arbitraire de l'assignation de chaque individu aux catégories sexuelles d'homme ou de femme. Elle insiste ainsi sur la capacité/possibilité de chacun à se conformer, à des degrés divers, aux catégories masculine et féminine socialement construites, ce qu'elle définit comme la performance du genre. Cette idée de performance de l'identité sexuée ouvre des perspectives intéressantes. En effet, si le concept de genre défini par Joan W. Scott permet de penser l'identité sexuée comme un construit social que l'on peut historiciser, c'est toujours dans la confrontation des catégories hommes et femmes que ce système de genre est pensé. Or, avec le concept de performance du genre développé par Butler, nous pouvons penser la variété des identités à l'intérieur d'une même catégorie sexuée et les différentes manières d'être femme ou homme au sein de la société d'Ancien Régime, en l'occurrence dans ses hôpitaux⁶⁴⁶.

Le féminisme intersectionnel s'attache également à ce type de conceptualisation. Par exemple, à travers le courant du *Black Feminism*, on voit se construire une réflexion qui démontre la manière dont l'identité sociale féminine diffère selon l'assignation raciale⁶⁴⁷. Dans le cadre de notre étude, la question de la race ne se pose pas réellement. En revanche, cette construction intellectuelle demeure tout à fait pertinente pour analyser la manière dont les femmes qui circulent et séjournent dans les hôpitaux relèvent de variations différentes du féminin selon leur état – laïc ou religieux, par exemple – et le milieu social dont elles proviennent.

Munie de ces outils théoriques, nous proposons donc d'examiner l'organisation des hôpitaux d'Ancien Régime tout d'abord sous l'angle des rapports de pouvoir entre hommes et femmes dans le cadre fourni par l'institution hospitalière, en nous penchant notamment sur la répartition des fonctions soignantes entre hommes et femmes : comment les soignants des

⁶⁴⁵ Judith Butler, *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*, New-York, Routledge, 1990.

⁶⁴⁶ Voir Introduction.

⁶⁴⁷ *Idem.*

deux sexes collaborent-ils? Que recouvrent les tâches soignantes dévolues aux hommes et aux femmes? Comment la qualité de religieuse interfère-t-elle dans le soin des corps des hommes? Des femmes enceintes? Enfin, la coexistence de femmes relevant de catégories féminines différentes – religieuses, prostituées – a-t-elle des effets dans l'organisation hospitalière?

6.1. Le genre des soignants

Poursuivant des objectifs multiples, les hôpitaux d'Ancien Régime reçoivent une population hétéroclite, tant du côté des soignant-e-s que des soigné-e-s, tous les groupes ne se trouvant pas à l'intérieur des murs hospitaliers pour les mêmes motifs. Du côté du personnel, les Hospitalières viennent tout de suite à l'esprit, car elles sont présentes dans l'ensemble des institutions étudiées, donnant une fausse impression d'uniformité dans le personnel soignant. Elles sont toutefois loin d'être les seules à dispenser des soins aux pauvres et aux malades. Livres de comptes et règlements institutionnels attestent de la présence d'un personnel laïc qui agit avec les Hospitalières. On distingue bien sûr les officiers de maison, chargés principalement de l'approvisionnement des établissements en linge ou nourriture, et les hommes présents en leur qualité de soignants que sont les médecins, chirurgiens ou apothicaires, sur lesquels nous nous sommes attardées au cours du chapitre précédent. C'est plutôt sur les « domestiques », « infirmiers » et autres « filles de salles » que se concentrera ici notre attention. Employés discrets, ces individus placés au contact des malades, acteurs et actrices de la relation de soin, sont essentiels au fonctionnement des hôpitaux d'Ancien Régime. La mixité est une des caractéristiques intéressantes de ce personnel, et c'est à ce titre que nous proposons ici de nous attarder sur leur rôle. Qui sont ces soignants laïcs? Quelle place occupent-ils dans les hôpitaux? Que révèle leur présence au sujet des dynamiques de genre au sein de l'espace hospitalier?

6.1.1 Des hommes soignants

6.1.1.1. Des religieux soignants ? Le cas des donats du Puy-en-Velay : une persistance médiévale

Les religieux trouvent légitimement leur place dans l'enceinte hospitalière en tant que confesseurs des religieuses et aumôniers des pauvres. Néanmoins, les sources laissent ponctuellement transparaître la présence de religieux masculins au contact des malades, pour remplir des tâches non pas de nature spirituelle, mais soignante⁶⁴⁸.

Par exemple, les sources émanant de l'Hôtel-Dieu du Puy-en-Velay montre qu'il y a des religieux soignants tout en mentionnant aussi une congrégation soignante féminine. Aussi le statut de ces hommes nécessite-t-il quelques éclaircissements.

Les sources nous signalent en effet la présence de *donades* et de *donats*. Caractériser précisément les membres de cette communauté n'est pas chose aisée, et on s'en remettra ici à la définition suivante : « adultes ou enfants, nobles ou pauvres, célibataires ou couples mariés [...] la majorité demeurait à vie dans l'enceinte de l'Hôtel-Dieu et constituait un véritable personnel de service, mi-religieux, mi-laïque »⁶⁴⁹. Cette communauté, mixte à plusieurs niveaux, est originale dans le paysage hospitalier de notre enquête. Il faut remonter au XV^e siècle pour retrouver ce type de religieux à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, sans toutefois pouvoir déterminer s'il s'agit là aussi d'une communauté mixte. Qualifiés de « frères séculiers », les donats sont nommés par le chapitre et par l'évêque. En 1451, accusés de dilapider les revenus de l'Hôtel-Dieu au détriment des pauvres, ils sont supprimés⁶⁵⁰. Les *donats* que nous retrouvons au Puy-en-Velay correspondent ainsi à une persistance de

⁶⁴⁸ Plusieurs ordres hospitaliers masculins opèrent sous l'Ancien Régime. Néanmoins, les communautés féminines prennent en charge l'essentiel des établissements soignants touchés par la réforme hospitalière moderne, et les établissements de notre enquête répondent à cette organisation. Ainsi, il ne sera ici question que des religieux présents dans les institutions où la communauté religieuse soignante est féminine.

⁶⁴⁹ Charles Guyotjeannin, « Dix siècles d'activités hospitalières au Puy-en-Velay », *Revue d'histoire de la pharmacie*, 85, 316 (1997) p. 43. Voir aussi la définition de Jean Berger, pour qui les donats sont « des laïcs convertis, vivant régulièrement et se consacrant à l'assistance », Jean Berger, « Les enseignes de pèlerinage du Puy », *Jubilé et culte marial (Moyen Âge – époque contemporaine)*, juin 2005, Le Puy-en-Velay [en ligne] URL : halshs-00975192 (consulté le 6 avril 2015).

⁶⁵⁰ Félix Martin-Doisy, *Dictionnaire d'Économie charitable, ou Exposé historique, théorique et pratique : de l'assistance religieuse, publique ou privée, ancienne et moderne*, t. 4, Paris, Jean-Paul Migne, 1857, colonne 832.

l'organisation religieuse et hospitalière médiévale, précédant les réformes du Concile de Trente. Néanmoins, ils demeurent très discrets dans nos sources. Un règlement du premier mai 1641 nous les présente comme des agents importants dans la vie spirituelle de l'établissement, puisqu'ils doivent assister aux enterrements des pauvres et dire les messes. Les reproches formulés par les administrateurs à l'un d'entre eux quelques années plus tard nous permettent de voir dans ces hommes, plus que des soignants, des enseignants auprès des garçons :

M. Benoît Sollier, donat, ayant refusé de se conformer aux statuts du règlement de l'Hôtel-Dieu qui portent que les donats sont tenus d'avoir une croix sur leur soutane, de résider dans la maison et d'y apporter tous leurs biens, d'assister aux enterrements des pauvres et de dire leurs messes dans la chapelle de l'hôpital, le bureau décide qu'il se pliera à la communauté commune « à peyne d'estre cassé du nombre de donats et privé de sa canolle »; « et parce que lesdit donats ne chantent pas à presant l'office au cœur, comme ils souloient faire au passé et estoient obligés par les statuz, a esté délibéré quau lieu dudit office, lesdits donats seront tenus d'apprendre le *pater, ave, credo*, et à lire audit enfans »⁶⁵¹.

La quasi-absence des *donats* dans nos sources laisserait supposer leur disparition au Puy-en-Velay au cours du XVIII^e siècle, alors que les *donades* sont réformées et toujours chargées de desservir l'Hôtel-Dieu⁶⁵². En effet, en parallèle des activités spirituelles des *donats*, les *donades* mentionnées dans les registres de délibérations tiennent le rôle d'une congrégation séculière au service des malades. Accusées d'incompétence, elles accumulent les reproches au cours du XVII^e siècle et de la première partie du XVIII^e siècle. Des projets sont successivement conçus par le bureau des administrateurs pour les remplacer par des religieuses hospitalières⁶⁵³. Un *État du personnel et de la population* de l'Hôtel-Dieu en 1784 signale, au côté de « quinze sœurs », « huit donades et donats »⁶⁵⁴, ce qui nous laisse supposer la présence conjointe d'Hospitalières finalement intégrées à l'Hôtel-Dieu au côté de *donats* et *donades*. Cette organisation persiste ainsi au Puy-en-Velay jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, malgré une volonté récurrente de mettre le personnel de l'Hôtel-Dieu en conformité avec les

⁶⁵¹ AD43/HSUP/HD Le Puy/1 E 01 : *Registre de délibérations*, 1651-1660, f.87.

⁶⁵² Charles Guyotjeannin, « Dix siècles d'activités hospitalières au Puy-en-Velay »..., p. 434.

⁶⁵³ AD43/HSUP/HD Le Puy/1 E 01 : *Registre de délibérations*, 1651-1660, f. 81-83.

⁶⁵⁴ AD43/HSUP/HG Le Puy/2 F 5/1784 : *État des personnes qui composent la maison de l'Hôpital Général de cette ville à commencer le 1er janvier 1784*.

idéaux de Réforme catholique, signe que celle-ci s'applique inégalement sur le territoire. Les quelques indices rassemblés concernant ce groupe de personnes nous semblent toutefois signaler une répartition des rôles entre les membres de cette communauté selon leur genre : aux femmes le soin, aux hommes l'enseignement et la spiritualité.

Cette répartition semble correspondre au partage des tâches entre les aumôniers et les Hospitalières dans l'ensemble des hôpitaux que nous étudions. À l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, le règlement de 1749 prévoit deux « prêtres chapelains » présents à l'hôpital jour et nuit. Leurs tâches s'étendent de l'enseignement du catéchisme aux malades à l'administration des sacrements. Leur rôle leur confère une position hiérarchique privilégiée vis-à-vis du personnel soignant, notamment féminin, chargé de les avertir des besoins des malades en matière spirituelle – « ils recommanderont aux veilleuses de prendre bien garde la nuit qu'il n'arrive aux malades pour l'administration des Sacremens [sic], aucun inconvénient par leur négligence »⁶⁵⁵ – et les oblige à demeurer eux-mêmes à l'hôpital jour et nuit : « Les Prêtres ne sortiront jamais tous les deux en même temps pour quelques raisons qu'on puisse alléger, crainte qu'il n'arrive des accidens [sic] pendant leur absence »⁶⁵⁶. Alors qu'un des deux aumôniers est qualifié d'« infirmier », le terme ne recouvre dans le règlement aucune tâche ayant trait au soin du corps, mais uniquement à l'encadrement de la vie spirituelle des malades⁶⁵⁷.

Ces hommes assurent donc une présence constante dans l'hôpital, sont quotidiennement auprès des malades pour délivrer les sacrements et diriger les prières, mais semblent intervenir

⁶⁵⁵ *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand, Que les chapelains, Officiers, Servantes & Valets de cette Maison doivent observer chacun suivant leur charge ou emploi*, Clermont-Ferrand, Pierre Boutaudon, 1749, p. 8.

⁶⁵⁶ *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand...* p. 7.

⁶⁵⁷ « Celui des deux qui sera infirmier aura soin durant sa semaine, de tout ce qui concerne le secours spirituel des malades; il se lèvera à quatre heures & demi en Été, & à cinq heures en Hyver, pour se trouver à cinq heures en Été, & cinq heures & demi précises en Hyver, à la Chapelle ou après avoir fait sonner la cloche pour avertir la Communauté, il y fera la Prière, & le soir à huit heures chaque jour; il est prié d'observer si quelques uns manquent de se trouver, & après leur en avoir fait une correction charitable, d'en donner avis à Mrs les Administrateurs ou à l'un d'entre eux si le coupable continue. Après la Prière de la Communauté le matin, il aura attention d'aller dans les appartemens, la faire aux malades, & le soir après leur souper, à moins qu'il ne soit occupé à quelqu'autre fonction pressant, auquel cas, il pourra faire avertir l'autre Prêtre d'y suppléer », *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu...* p. 6-7.

uniquement dans la perspective spirituelle, et se tiennent par conséquent à une plus grande distance du corps que les personnes dont le rôle dans l'hôpital consiste à toucher, panser et soigner.

6.1.1.2 Des laïcs de plus en plus présents

En effet, si les religieux, en la personne de l'aumônier ou du frère séculier, se tiennent généralement à distance du corps malade, nos sources évoquent des infirmiers laïcs accompagnant les religieuses dans leurs tâches soignantes. Par exemple, les *Constitutions* des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec définissent ainsi les raisons de la présence de ces soignants laïcs et les contours de leur rôle :

1. Aux hôpitaux de la Miséricorde de Jésus auxquels la coutume ou la fondation oblige de recevoir les pauvres ou les malades des deux sexes, les salles des hommes et autres dépendances seront dûment séparées de celles des femmes; mais les mêmes assistances spirituelles et corporelles seront données aux uns et aux autres, tant durant leur vie qu'après leur mort. Les Sœurs ne rendront néanmoins aucun service aux hommes qui soit mésseant à des vierges, comme serait de les lever, de les revêtir, de les ensevelir après leur décès, et autres exercices semblables. C'est pourquoi il y aura des serviteurs ou infirmiers en nombre compétents; et l'un d'eux demeurera toujours dans la salle ou dans le département. Les salles où l'on recevrait des enfants en bas âge pourraient en abriter de différent sexe, moyennant les précautions opportunes et à la condition qu'on y exerce une étroite surveillance⁶⁵⁸.

Le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand organise l'emploi des infirmiers dans des termes similaires :

Et d'autant que la pudeur ne permet pas que lesdites sœurs couchent et président aux salles des hommes et garçons pendant la nuit, il sera par l'économe choisi et préposé deux hommes forts et raisonnables, pour coucher dans leurs salles y avoir autorité et inspection pendant la nuit, secourir les malades, en appelant les infirmiers dans le besoin pressant, faire lever et coucher aux heures prescrites, en

⁶⁵⁸ « De la diversité des salles et du service des hommes », *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 121.

silence et en bon ordre, et s'opposer qu'aucuns, et principalement les grands garçons se promènent pendant la nuit dans ou hors de la salle et se transportent en quelque endroit que ce soit dans la Maison, à l'exception seulement pour cause de nécessité du corps, et dans les lieux à ce destinés⁶⁵⁹.

La présence de ces infirmiers se justifie donc par l'invocation de la pudeur, notion dont on a vu précédemment⁶⁶⁰ qu'elle comporte sous l'Ancien Régime français l'idée de séparation des sexes. En fait, la prise en compte de la dimension sexuée du corps génère des interdits de genre, qui rendent sinon impossible du moins regrettable que le soin du corps soit effectué par une personne du sexe opposé. Préposés au soin des hommes, les infirmiers pallient les limites imposées aux Hospitalières dans ce cadre et agissent comme leurs mandataires. Celles-ci sont ainsi exemptées du toucher des corps masculins au moment où la peau se montre : habillage et déshabillage des vivants, ensevelissement des cadavres. La présence de ces hommes soignants est donc indispensable au fonctionnement d'une communauté d'Hospitalières qui accepte de recevoir des hommes, ce qui est le cas des établissements de notre enquête.

En Nouvelle-France, l'emploi de ces infirmiers masculins est prévu dès l'installation des Augustines dans la réduction de Sillery. La *Relation* de 1640 nous signale ainsi qu'un malade « aymoît notamment ce jeune homme qui s'est donné à nostre hospital pour secourir les pauvres malades »⁶⁶¹. Quelques années plus tard, ce sont toujours les écrits des Jésuites qui signalent un Florent Bonnemer, Jésuite qui travaille comme infirmier. Ayant appris le métier de pharmacien⁶⁶², il arrive en 1647 à Québec, âgé de 40 ans, et évangélise les Amérindiens à travers son activité de soignant, auprès des Hospitalières, mais aussi des Ursulines, et du reste de la population coloniale. N'étant ni un donné ni un laïc attaché aux Hospitalières, il n'est pas directement lié à la communauté féminine. Les Augustines quittent Sillery en 1644 sous l'effet

⁶⁵⁹ BUP/A 30 253 : *Règlement général pour la direction et économie de l'Hôpital Général de cette ville de Clermont-Ferrand*, chap. 3, art. 15, 1773.

⁶⁶⁰ Chapitre 4 : « 4.2.1.1. Intimité, corps et espace ».

⁶⁶¹ Lucien Campeau, *Monumentae Novae Franciae*, t. 4, *Les grandes épreuves (1638-1640)*, Montréal, Bellarmin, 1989, p. 631.

⁶⁶² Antonio Drolet, « Bonnemer, Florent », dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 1, Université Laval/University of Toronto, 2003, [en ligne] <http://www.biographi.ca/fr/bio/bonnemere/florent|1F.html> (consulté le 6 avril 2015)

des guerres iroquoises tandis que Florent Bonnemer y demeure jusqu'en 1650. C'est ensuite depuis le collège de Québec qu'il dispense ses soins à la communauté jésuite et à la population générale et parfois à l'Hôtel-Dieu. On notera avec intérêt qu'en septembre 1659 il attire l'attention de ses supérieurs puisque ceux-ci tentent d'imposer des limites aux soins qu'il donne aux femmes⁶⁶³. Si ces deux hommes constituent des cas limites pour notre étude – leur action soignante est antérieure à la construction de l'Hôtel-Dieu –, leur présence est particulièrement intéressante, puisqu'elle illustre la nécessité intégrée par les communautés hospitalières féminines d'avoir à leur côté des hommes soignants, bien qu'il ne s'agisse pas de laïcs. Dès les débuts de leur présence au Canada, les Augustines ont donc recours à des hommes dans leurs pratiques soignantes. Cette pratique s'installe fermement dans les années qui suivent, puisque François Rousseau compte trois à quatre domestiques masculins employés à l'Hôtel-Dieu dans le dernier tiers du XVII^e siècle, sans qu'il soit néanmoins possible de déterminer leur implication dans les tâches soignantes. En 1750, l'établissement fonctionne avec treize domestiques : quatre d'entre eux sont des infirmiers⁶⁶⁴.

À Montréal, l'*Ancien Journal* des Sœurs Grises qui fait fonction d'annales de la communauté, mentionne l'embauche, le premier octobre 1747, dans les débuts de leur prise en charge de l'Hôpital Général, d'un certain Alexis Bourjoly comme infirmier⁶⁶⁵. La même source témoigne, en 1757, d'un « infirmier des Anglais » pour lequel l'annaliste prend soin de nous préciser les circonstances de son arrivée :

Le 10 juin 1757, Madame Youville a payé aux sauvages pour racheter un anglais du nom de « Jean l'Anglais » la somme de 200lt. Je trouve marqué ailleurs que l'infirmier des Anglais se nommait Jean, ce qui me fait croire que c'est le même qui a été racheté des Sauvages. Il est resté ensuite à la maison en qualité d'infirmier pour le service des Anglais⁶⁶⁶.

⁶⁶³ Lucien Campeau, *Monumentae Novae Franciae*, t. 8, *Le témoignage du sang (1647-1650)*, Montréal, Bellarmin, 1994, p. 835.

⁶⁶⁴ François Rousseau, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, t. 1 : 1639-1892, Sillery, Septentrion, 1989, p. 92.

⁶⁶⁵ ASGM : *Ancien Journal*, vol. 1, p. 41.

⁶⁶⁶ *Ibid.*, p. 47.

L'emploi précoce de ces infirmiers dans les fondations hospitalières de Nouvelle-France signale que les communautés soignantes et les autorités religieuses locales ont intégré la nécessité de respecter les interdits de genre. Le cas, évoqué plus haut, de Florent Bonnemer est ainsi révélateur. Le rappel à l'ordre dont il fait l'objet de la part de ses supérieurs illustre la réciprocité de ces interdits : soigner le sexe opposé, que l'on soit homme ou femme, est un geste qui suscite la méfiance. Ainsi, les infirmiers doivent être envisagés de concert avec les soignantes laïques, qui interviennent elles aussi dans les hôpitaux.

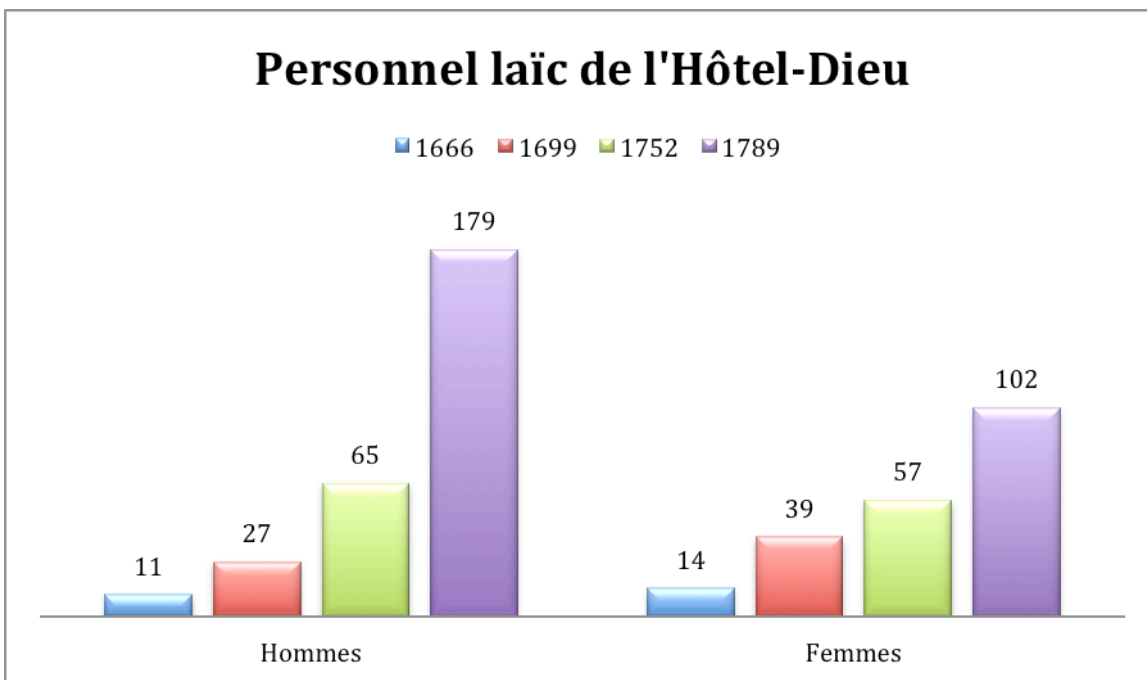
6.1.2. Des femmes laïques

Alors que les infirmiers laissent, notamment dans les annales des congrégations hospitalières, des traces de leur existence, leurs homologues féminines sont plus discrètes. Comme nous l'avons mis en lumière plus haut, la qualité d'Hospitalière recouvre une multiplicité de conditions englobant le statut de religieuse à vœux solennels comme celui de laïque engagée dans une congrégation sans vœux⁶⁶⁷. Or, à leur côté, les sources font parfois état d'un personnel féminin soignant laïc à la recherche duquel nous proposons de partir. *L'Ancien Journal* des Sœurs Grises de l'Hôpital Général de Montréal signale au détour d'une page qu'en 1752 les Sœurs Grises « ont payés [sic] de gages à une fille », mention laconique, sans indication de nom, qui nous permet de supposer la présence d'au moins une femme laïque travaillant à l'Hôpital Général, sans pour autant pouvoir déterminer le rôle qu'elle y remplit. François Rousseau signale lui « deux servantes » employées par l'Hôtel-Dieu de Québec en 1750. Les *États des Gages*⁶⁶⁸ de l'Hôtel-Dieu de Paris nous permettent quant à eux de dénombrer les hommes et les femmes laïques embauchés dans les salles de soin de l'établissement, du milieu du XVII^e à la fin du XVIII^e siècle.

⁶⁶⁷ Pour le détail du statut des congrégations auvergnates et canadiennes durant notre période, voir annexes 9 à 11.

⁶⁶⁸ A/AP-HP/HD/liasse 880 : *Délibérations du bureau, états des gages et appointment des médecins, chirurgiens, domestiques et autres membres du personnel de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis, XVII^e-XVIII^e siècle*, 84 pièces. Les données utilisées sont issues de quatre années (1666, 1699, 1752 et 1789) pour lesquelles les sources sont suffisamment complètes pour nous permettre d'établir une comparaison. Leur espacement nous permet d'obtenir une vue d'ensemble des évolutions qui se déroulent au cours de notre période d'étude.

Graphique 1 - Évolution du personnel laïc de l'Hôtel-Dieu de Paris



Ce graphique met en évidence deux éléments importants. Le premier est l'augmentation significative de ce personnel (hommes comme femmes), qui va de pair avec la croissance de l'établissement. L'Hôtel-Dieu de Québec subit une évolution similaire à l'échelle réduite de l'institution coloniale, en passant de trois à treize domestiques entre le dernier tiers du XVII^e siècle et 1750⁶⁶⁹.

Mais surtout, observer la répartition genrée de ce personnel soignant nous permet de constater que si au XVII^e siècle l'Hôtel-Dieu de Paris embauche plus de femmes laïques que d'hommes, la tendance s'inverse au siècle suivant, avec un personnel masculin légèrement supérieur en 1752, et nettement plus important en 1789. Or, en observant de plus près la répartition dans les salles de soin de ces soignants et soignantes, cette augmentation prend sens.

⁶⁶⁹ François Rousseau, *La croix et le scalpel...* p. 92.

Tableau 1 - Répartition par salle et par genre des soignants laïcs de l'Hôtel-Dieu de Paris⁶⁷⁰

Salle	1666		1699		1752		1789	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Des accouchées	0	6	1	14	1	13	2	15
St Thomas	1	0	-	-	-	-		
St Denis			3	0	3	0	10	0
St Cosme	2	0	3	0	3	0		
Du Rosaire	3	0	3	0	3	0	9	0
St Charles	3	0	4	0	6	0	12	0
St Jacques			-	-	-	-	-	-
St François	1	1	1	0	2	2	7	3
St Yves	1	0	1	0	1	0	2	0
Des Tailliez	1	0	-	-	2	0	6	2
De l'infirmerie	1	1	0	6	1	7	-	-
St Augustin	0	2	0	3	0	3	2	12
Ste Geneviève			0	1	-	-	-	-
Du Légat	0	4	0	5	1	6	-	-
St Paul	-	-	4	0	5	0	24	0
St Nicolas	-	-	-	-	3	5		
Des Opérations	-	-	1	0	-	-	-	-
Réfectoire	-	-	0	1	-	-	-	-
Ste Reine	-	-	0	1	-	-	-	-
Ste Vierge	-	-	0	3	-	-	-	-
St Landry	-	-	1	2	6	0	-	-
St Antoine	-	-	-	-	4	0	8	0
St Roch	-	-	-	-	5	0	8	1
St Louis	-	-	-	-	5	0	6	0
Ste Monique	-	-	-	-	3	4	-	-
Ste Martine	-	-	-	-	2	9	3	18
Ste Thérèse	-	-	-	-	1	5	2	9
St Jérôme	-	-	-	-	-	-	5	0
St Joseph	-	-	-	-	-	-	14	7
St Jean	-	-	-	-	-	-	2	0
Ste Anne	-	-	-	-	-	-	2	8
Ste Madeleine	-	-	-	-	-	-	2	10
St Lazare	-	-	-	-	-	-	2	7
Ste Claire	-	-	-	-	-	-	1	3
Total	11	14	22	36	57	54	129	95

⁶⁷⁰ L'absence de renseignements pour certaines zones du tableau signifie que la salle n'est pas encore ou plus ouverte pour l'année en question. Les couleurs sont destinées à permettre de repérer l'absence d'hommes ou de femmes parmi les soignants.

Toujours à partir des *États des gages et appointements*, de l'Hôtel-Dieu, nous avons reproduit, dans le tableau n. 1 ci-contre, la répartition des soignants laïcs dans les différentes salles de soins, selon leur sexe. On remarque que les femmes laïques peuvent, en 1666 et encore en 1699, être les seules soignantes responsables d'une salle. Au XVIII^e siècle, on trouve des hommes soignants dans toutes les salles, à l'exception de la salle des accouchées qui reste desservie uniquement par des femmes, tout en subissant aussi une masculinisation sur laquelle nous reviendrons. Les salles uniquement dirigées par les femmes disparaissent et on trouve jusqu'en 1789 des salles où aucune femme laïque soignante n'est admise.

Il faudrait toutefois souligner le nombre important de femmes laïques dans la salle des accouchées tout au long de la période. Consacrée à un domaine féminin, elle n'échappe pas à la progression de la présence masculine. Elle demeure toutefois non seulement un lieu dominé par les femmes, mais également l'unique salle de soin de l'Hôtel-Dieu où, assistée de « filles », travaille une « maîtresse sage-femme », c'est-à-dire, comme on le verra plus loin, une laïque reconnue pour ses compétences professionnelles.

À l'Hôtel-Dieu de Paris, la proportion de femmes laïques diminue au cours de notre période alors que celle des hommes laïcs augmente. Qui plus est, les hommes, présents dans toutes les salles, reçoivent systématiquement des gages supérieurs à ceux des femmes. Nos sources ne nous permettent toutefois pas d'entrer plus avant dans la répartition des rôles des soignants au sein des différentes salles.

Néanmoins, on remarque que les hommes qui pénètrent dans les salles jusque là exclusivement féminines restent moins nombreux que les femmes qui continuent à y travailler. Ce déséquilibre numérique et la différence de rémunération nous amènent à formuler l'hypothèse que ces hommes agissent comme responsables des salles, supérieurs hiérarchiques et non pas comme homologues des soignantes laïques.

6.1.3. Les Hospitalières et les soignants

Les infirmiers laïcs sont présents dans les hôpitaux pour permettre aux Hospitalières de ne pas toucher directement les corps des hommes malades. Toutefois, cette solution ne fait que déplacer le problème, puisque ces infirmiers sont des hommes, eux-mêmes au contact des Hospitalières. Leur relation avec les Hospitalières est pourtant différente et, le corps tenant un rôle moins central dans cette configuration, leur présence est moins gênante. Mais la promiscuité des sexes continue à poser problème : ainsi les auteurs des *Constitutions* des Augustines de Québec justifient en un article la présence des infirmiers pour des questions de bienséance, mais n'en consacrent pas moins les six articles suivants à organiser les relations entre les Hospitalières et les infirmiers :

2. l'Hospitalière s'assurera de l'exactitude, de l'efficacité et de la charité du service des infirmiers auprès des hommes. Que si elle en reconnaît quelqu'un trop léger, elle en préviendra la Mère ou celle qui est chargée d'y voir, afin qu'on lui donne son congé au plus tôt.
3. Les serviteurs pourront entrer dans la salle des femmes si elle doit leur servir de passage pour aller à l'Église ou ailleurs; mais hors de là, ils n'y entreront que dans la nécessité et en la présence des Religieuses; et ne s'y arrêteront en de longs discours avec les femmes, malades ou non.
4. Le dortoir des serviteurs ou infirmiers sera, autant que possible, éloigné des circulations ordinaires. Pas une sœur n'y entrera sans congé express et jamais sans compagne, sous quelque prétexte que ce soit : et elles ne s'y arrêteront que comme en passant, la porte demeurant tout ouverte pendant qu'elles y seront.
5. Aucune sœur, même à l'Hôpital, n'ouvrira une porte ayant issue hors la clôture, sans être accompagnée ou du moins être suivie à l'œil d'une compagne. Jamais aucune n'entrera de nuit dans la salle des hommes étant seule, ni sans lumière. On observera les mêmes règles dans les chambres privées où, même en plein jour, pas une Religieuse n'ira seule, sans une permission toute spéciale.
6. On ne recevra que des serviteurs de l'honnêteté desquels on aura une assurance raisonnable, et aucun pour toute sa vie, sinon après qu'il aura donné de grandes preuves de sa vertu, et qu'il n'ait atteint l'âge de trente ans : encore faut-il que la permission du Prélat ou du Supérieur et le consentement du Chapitre y interviennent, et qu'on se réserve toujours le pouvoir de le renvoyer s'il commet quelque faute scandaleuse ou cause dérèglement dans l'Hôpital.
7. Personne ne reprendra ou commandera rien aux serviteurs, ni leur fera faire aucun message ni en recevra d'eux, sans permission générale ou particulière; beaucoup moins faut-il s'arrêter à discourir ou s'entretenir avec eux. Que si

quelque Sœur tombait en cette faute, après en avoir été dûment avertie, il la faudrait retirer de l'Hôpital ou faire sortir le serviteur, pour retrancher toute occasion de familiarité qui serait scandaleuse la maison⁶⁷¹.

Les *Constitutions* placent ainsi systématiquement les infirmiers sous l'autorité des Hospitalières, mais prennent en compte les risques pour celles-ci de fréquenter quotidiennement des hommes en rappelant la nécessité de la prudence et du respect des règles de la clôture d'une part et, d'autre part, la nécessité d'examiner rigoureusement le sérieux et la piété des hommes engagés. Pourtant, dans les faits, ces consignes ne sont que partiellement suivies, les qualités et vertus du personnel recruté par les hôpitaux dépendant des besoins du moment, et des individus compétents disponibles.

Ainsi, c'est au nom de l'appartenance des individus à une catégorie sociale sexuée – homme ou femme – que sont organisés les soins aux malades, mais aussi la circulation du personnel dans l'hôpital. À l'intersection des obligations liées à la clôture et des impératifs de pudeur renforcés en direction des femmes, les Hospitalières se trouvent placées à une double distance des pauvres et des malades masculins – en tant que religieuses et en tant que femmes. Or, comme la pratique peut être différente de la théorie, le moment du soin du corps et les formes que prend ce soin constituent autant d'éléments dignes d'analyse qui permettent de mettre au jour la hiérarchisation des comportements acceptables vis-à-vis des corps malades. En plaçant la dynamique de genre au cœur de la relation de soin, cette question sera abordée à travers les interactions entre soignantes et malades/pauvres.

⁶⁷¹ « De la diversité des Salles et du Service des Hommes », *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 12.

6.2. Les Hospitalières et les malades : soigner les hommes ?

Le personnel laïc qui seconde les Hospitalières se compose d'hommes et de femmes. La nécessité de l'embauche d'un personnel soignant masculin résulte des réticences des Hospitalières à s'occuper elles-mêmes des hommes malades.

En effet, la lecture des règlements de certaines communautés montre une volonté d'éviter au maximum cette situation, en refusant tout simplement d'accepter ces malades.

C'est notamment le cas des *Constitutions* des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui « sont entièrement vouées et consacrées à Dieu & au service des pauvres filles et femmes malades »⁶⁷², refusant du même mouvement le soin des hommes. À Clermont-Ferrand, le *Coutumier* des Augustines demeure silencieux sur le sujet, et les Augustines qui quittent l'Hôtel-Dieu en 1670 mettent progressivement sur pied un établissement où elles reçoivent exclusivement des jeunes filles à la santé fragile⁶⁷³, pratiquant ainsi une séparation des sexes tout en répondant à leur vocation soignante.

Dans la pratique pourtant, les Hôtels-Dieu et Hôpitaux Généraux de notre enquête reçoivent un public mixte, et même les *Coutumiers* et *Constitutions* de certaines communautés le prennent en compte. Au Canada, Les *Constitutions* des Augustines de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Général de Québec consacrent un chapitre à « la diversité des Salles et [au] Service des Hommes »⁶⁷⁴. Le *Coutumier* des Hospitalières en usage à l'Hôtel-Dieu de Montréal prévoit quant à lui quelques pages pour les « Hôpitaux où on gouvernera les hommes malades »⁶⁷⁵. L'accueil d'hommes malades est donc prévu dans ces deux établissements coloniaux.

⁶⁷² *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris*, Paris, 1635, p. 2.

⁶⁷³ Fabien Fontanier, « Des malades aux pensionnaires, l'évolution d'une vocation », *Vocations d'Ancien Régime. Les gens d'Église en Auvergne aux XVII^e et XVIII^e siècles*, *Revue d'Auvergne*, 544-545 (1999) p. 152.

⁶⁷⁴ « Des œuvres de miséricorde qui se doivent exercer envers les pauvres et les malades », *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 117.

⁶⁷⁵ « Des fondations et établissements », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 6.

Ainsi, si l'on peut supposer une certaine réticence des communautés d'Hospitalières, plus particulièrement des plus conservatrices Augustines, à soigner des corps d'hommes, la vocation soignante surpasse dans la pratique ces réserves.

À partir d'une évaluation du nombre d'hommes reçus dans les hôpitaux, nous souhaitons analyser la manière dont cette présence masculine est prise en compte par les Hospitalières. Plus précisément comment et jusqu'à quel point les soignantes des hôpitaux peuvent-elles soigner les hommes malades?

6.2.1. Soignants et soignés, un espace masculin séparé?

Au Canada, la population coloniale française est pour ainsi dire exclusivement masculine jusqu'à la deuxième moitié du XVII^e siècle, la majorité des femmes françaises étant des religieuses⁶⁷⁶. Les quelque 850 « Filles du Roy » qui arrivent dans la colonie entre 1663 et 1673 contribuent au rééquilibrage du sex-ratio. Majoritairement recrutée dans les hôpitaux de Normandie, de Paris et du Poitou, cette première génération de femmes françaises au Canada fait assez peu d'enfants, et ce sont celles de leurs filles et petites-filles qui contribuent directement au rattrapage du déséquilibre entre hommes et femmes⁶⁷⁷. La remontée démographique est telle que Pehr Kalm, voyageur suédois au Canada, affirme en 1747 que « tout le monde convient ici qu'il y a moins d'hommes que de femmes en Canada, parce que beaucoup d'hommes meurent en voyage, qu'un grand nombre vont aux Indes Occidentales

⁶⁷⁶ Danielle Gauvreau, *Québec, une ville et sa population au temps de la Nouvelle-France*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1991, p. 25; voir aussi Allan Greer et Nicole Daignault, *Brève histoire des peuples de la Nouvelle-France*, Montréal, Boréal, 1998; Robert Larin, *Brève histoire du peuplement européen en Nouvelle-France*, Sillery, Septentrion, 2000.

⁶⁷⁷ Les mauvaises conditions de vie en France des Filles du Roy, dont beaucoup sont recrutées à la Salpêtrière, laisse deviner des conséquences sur la santé, notamment reproductive de ces femmes. De plus, une vie marquée par la traversée transatlantique puis l'adaptation à une vie radicalement différente semble avoir provoqué chez elles des ménopauses précoces. Le taux de fécondité de cette génération est donc légèrement inférieur à celui des femmes françaises. En revanche, leurs filles et petites filles ont en moyenne 7 à 8 enfants, contre 4 à 5 en métropole, ce qui s'explique par un âge au mariage plus précoce et de meilleures conditions de vie et de santé; voir Yves Landry, *Orphelines en France, pionnières au Canada : les Filles du Roi au XVII^e siècle*, Montréal, Bibliothèque québécoise, 2013.

pour s’y établir, et que d’autres succombent dans les combats, etc. »⁶⁷⁸. Néanmoins, un fort contingent militaire sur ce territoire achève d’assurer une forte présence masculine susceptible d’être soignée dans la colonie. On peut donc comprendre que les hôpitaux de Nouvelle-France prévoient un nombre de places plus important pour les hommes que pour les femmes dans les premiers temps du régime français. Le contexte de guerre, qui s’intensifie au cours du XVIII^e siècle, impose de plus aux établissements hospitaliers de recevoir une population militaire, donc masculine (française et anglaise) supplémentaire⁶⁷⁹. Celle-ci est parfaitement perceptible à l’Hôtel-Dieu de Québec qui, entre 1757 et 1759, consacre tous ses lits aux militaires, au détriment des femmes qui ne sont plus du tout reçues⁶⁸⁰. La chute du régime français impose ensuite aux Hospitalières de l’Hôtel-Dieu et de l’Hôpital Général d’accueillir au lendemain de la capitulation, et pendant les décennies suivantes, les soldats malades, mais aussi les troupes en bonne santé qui ne peuvent être logées ailleurs dans la ville⁶⁸¹.

En métropole, alors qu’un tel déséquilibre démographique n’a pas lieu d’être, les hommes sont nombreux dans des établissements soignants pris en charge par des Hospitalières. L’analyse des registres d’entrées dont nous disposons pour les Hôtels-Dieu de Clermont-Ferrand et du Puy-en-Velay témoigne d’une population mixte. Ainsi, au Puy-en-Velay, en 1695, l’Hôtel-Dieu reçoit 61 % de femmes et 39 % d’hommes, et, en 1714, 58 % de femmes et 42 % d’hommes⁶⁸². À Clermont-Ferrand, en 1778, l’Hôtel-Dieu accueille quant à lui 34 % de femmes pour 66 % d’hommes⁶⁸³. Dans le cas de Clermont-Ferrand, les plans des bâtiments prévoient des espaces pour les hommes – salles de soins, latrines – qui témoignent de la présence habituelle d’hommes malades dans les établissements soignants⁶⁸⁴.

⁶⁷⁸ Pehr Kalm, *Voyages dans l’Amérique du Nord, 1749*, L.W. Marchand (trad.), Montréal, Mémoires de la société historique de Montréal, 1880, p. 101.

⁶⁷⁹ Louise Dechène, *Le peuple l’État et la guerre au Canada sous le régime français*, édition posthume préparée par Hélène Paré, Sylvie Dépatie, Catherine Desbarat et Thomas Wien, Montréal, Boréal, 2008, p. 105.

⁶⁸⁰ Renald Lessard, *Se soigner au Canada au XVII^e et XVIII^e siècle*, Québec, Musée Canadien des Civilisations, 1989, p. 70.

⁶⁸¹ François Rousseau, *La croix et le scalpel...* p. 165.

⁶⁸² AD43/HD/1F1 : Registre de la population.

⁶⁸³ AD63/2HDEP/3405 : *Registre d’entrées de l’Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778*.

⁶⁸⁴ Voir chapitre 7, Figure 20 : Identification de l’espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778.

Qu'il s'agisse de la situation particulière du Canada ou de celle ordinaire en métropole, les cinq Hôtels-Dieu de notre enquête reçoivent une population masculine qui n'a rien de négligeable. Dans les Hôpitaux Généraux, on remarque également la présence d'hommes et de femmes. En 1775, l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand reçoit ainsi 94 hommes répartis dans les salles destinées soit aux garçons soit aux vieillards. Le nombre de femmes s'élève à 187 : 172 d'entre elles reçues comme filles ou vieillardes et 15 enfermées comme démentes.

Tableau 2 - Hommes et femmes hébergés à l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand - 1775⁶⁸⁵

Nom de la salle	Hommes	Femmes
St Alexis	56	0
St Antoine	38	0
St Anne	0	59
Ste Geneviève	0	102
Ste Élizabeth	0	11
Maison de Force	0	15
Total	94 (33.5 %)	287 (66.5 %)

Ne disposant pas de données aussi précises pour l'Hôpital Général du Puy-en-Velay, on signalera toutefois la mention d'hommes et de femmes pensionnaires dans les registres de délibérations de l'établissement⁶⁸⁶. La situation canadienne s'apparente à celle de la province auvergnate : on y reçoit des pauvres des deux sexes, des invalides et, contexte colonial oblige, de nombreux soldats⁶⁸⁷. À Montréal, les Sœurs Grises obtiennent la direction de l'Hôpital Général au motif qu'elles pourront accueillir à la fois hommes et femmes⁶⁸⁸. Paris fait figure

⁶⁸⁵ Les données de ce tableau sont issues des cahiers recensant les pauvres présents dans les différentes salles de l'Hôpital Général de Clermont pour l'année 1775. Les cahiers sont conservés aux archives départementales du Puy-de-Dôme, dans la série 2H-DEP, sous les cotes 3135, 3136 et 3137.

⁶⁸⁶ AD43/HSUP/HG Le Puy/2 E — *Registres de délibérations*.

⁶⁸⁷ Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec, 1692-1764*, Montréal, Fides, 1971, p. 120-123.

⁶⁸⁸ Ferland-Angers, Albertine, *Mère d'Youville. Vénérable Marie-Marguerite du Frost de la Lajemmerais Veuve d'Youville 1701-1771, Fondatrice des Sœurs de la Charité de l'Hôpital général de Montréal, dites Sœurs Grises*, Montréal, Beauchemin, 1945, p. 104.

d'exception, puisque l'Hôpital Général est assez important pour disposer de différents établissements : les hommes sont ainsi massivement présents à Bicêtre, et les femmes à la Salpêtrière et à la Pitié.⁶⁸⁹

L'embauche du personnel masculin apparaît comme la solution pour assurer le soin des hommes, tout en permettant aux Hospitalières de conserver une certaine distance vis-à-vis de ces corps masculins. Néanmoins, en mettant en relation la présence massive d'hommes pauvres et/ou malades dans les hôpitaux et le nombre relativement restreint de soignants⁶⁹⁰, on ne saurait déduire de l'emploi de ces « infirmiers » la disparition des occasions, pour les Hospitalières, d'approcher des corps d'hommes.

Les outils à notre disposition pour saisir cette question sont limités. Les interactions entre les religieuses et les hommes malades sont très strictement encadrées. Une première lecture des règlements pourrait d'ailleurs facilement occulter ces rapports. En effet, le genre neutre des termes « pauvres » et « malades » dans la langue française complique la lecture des sources. Ainsi, lorsque le *Coutumier* de l'Hôtel-Dieu de Montréal dit de la sœur domestique des salles qu'elle « ne se familiarisera jamais avec les pauvres »⁶⁹¹ comment savoir s'il s'agit du résultat d'une interdiction uniquement liée à des questions de genre et de décence, ou plutôt d'un élément contribuant au respect de la clôture intérieure? La suite du paragraphe indiquant que ladite sœur doit « éviter soigneusement toutes nouvelles et discours inutiles, tant avec les malades qu'avec les Serviteurs et autres personnes qui les visitent » ferait plutôt envisager l'option de l'imposition de la clôture.

⁶⁸⁹ Voir les articles « Bicêtre », « Salpêtrière » et « Pitié » dans Riché, Sophie, Sylvain Riquier, *Des Hôpitaux à Paris, États des fonds des Archives de l'AP-HP, XI^e-XX^e siècle*, Paris, la Documentation française, 2000.

⁶⁹⁰ Le nombre de lits destinés aux hommes et le nombre d'occupants par lit que donne Tenon permet d'estimer qu'il y a entre 1734 et 2490 hommes hospitalisés à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1788. Le tableau n.1 que nous avons établi à partir des gages du personnel indique 129 hommes soignants dans le même établissement en 1789. Voir Jacques Tenon, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Méquignon, 1788, p. 180.

⁶⁹¹ « Règle de la sœur domestique des salles », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 218.

6.2.2. Soigner des hommes

Quels types de soin les Hospitalières sont-elles autorisées à dispenser aux hommes? De quelles manières les interdits de genre s'y appliquent-ils?

6.2.2.1. Fuir la peau

Tous les règlements hospitaliers et toutes les constitutions de congrégations hospitalières consacrent un paragraphe au rituel d'accueil des malades qui consiste à laver le visage et les pieds du ou de la malade, puis à le ou la revêtir de vêtements propres. Lorsque ces documents reconnaissent la présence de malades des deux sexes, ce rituel est amendé :

Le malade reçu, l'Hospitalière luy fera un charitable accueil et l'avertira doucement de se mettre en bon état, afin que Dieu donne sa bénédiction aux remèdes et alimens dont il a besoin; elle fera préparer son lit et autres choses nécessaires; si c'est un homme, elle aura soin que le Valet destiné à leur service luy lave les pieds, le deshabilie, et que tous les offices et devoirs de charité luy soient rendus : mais à l'égard des femmes, elle les rendra elle-même ou ses compagnes, si la Supérieure le juge à propos de l'accorder à celles qui le demanderont⁶⁹².

Quand il arrivera quelques malades, elle fera allumer du feu dans la chambre ou on les deshabilie, elle aura de l'eau chaude pour leur laver les pieds, et fournira aux sœurs qui leur rendent ce bon office, ou au Valet pour les hommes, le bassin le linge [...] ⁶⁹³

Ces quelques lignes signalent la prise en compte du sexe du malade, alors que le corps est particulièrement proche, que la peau du malade et celle de l'Hospitalière sont susceptibles d'entrer en contact. Les religieuses se voient interdire de soigner les hommes comme elles le feraient pour les femmes. À l'Hôpital Général du Puy-en-Velay, les sœurs sont autorisées à « donner les remèdes et panser les pauvres de leur sexe »⁶⁹⁴, de même qu'à Clermont-Ferrand les servantes de l'Hôtel-Dieu peuvent prodiguer, sous l'autorité de l'apothicaire, des soins

⁶⁹² *Règles et Constitutions pour les religieuses hospitalières de saint Joseph*, Autun, 1686, p.318.

⁶⁹³ « Règle de la sœur domestique des salle », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph, Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850, p. 215.

⁶⁹⁴ AD43/HSUP/2 E 10/s.d. : *Autres articles concernant les sœurs au service des pauvres malades de la paroisse de Chomelix*, art. 2.

nécessitant de directement toucher la peau des malades « dans les appartements des femmes »⁶⁹⁵.

Lorsqu'il s'agit de toucher directement la peau nue d'une personne malade, les prescriptions liées au sexe des malades s'imposent. Dêvêtir et revêtir le corps deviennent alors des activités strictement encadrées. Le toucher du corps des hommes relève des devoirs des soignants masculins. Cette disposition se retrouve autant dans les *Constitutions* et *Coutumiers*, qui émanent des communautés religieuses, que dans les règlements produits par les administrateurs laïcs des hôpitaux, tout autant attachés au respect de la séparation des sexes. Dans les deux types de textes, cette ségrégation genrée prime sur un pragmatisme qui s'en remettrait au nombre de femmes soignantes *versus* le nombre d'hommes malades. Au contraire, les dispositions prises pour que les femmes ne touchent pas la peau des hommes soulignent l'importance de l'interdit dans les prescriptions, mais nous laissent perplexes quant à leur application. C'est par le récit d'un voyageur en Nouvelle-France que l'on peut accéder à l'organisation quotidienne hospitalière, et notamment au respect de ces contraintes. Pehr Kalm visite l'Hôtel-Dieu de Québec en 1749, un de nos établissements marqués par une forte présence masculine parmi les malades. Son récit évoque la répartition genrée des tâches soignantes :

Ce matin, j'ai fait une promenade hors les murs avec M. Gauthier, le médecin du roi, pour collectionner des plantes et visiter un couvent de femmes à quelque distance de Québec. Ce monastère, magnifique édifice en pierre, occupe un site charmant, entouré qu'il est de champs, de prairies et de bois au travers desquels on voit Québec et la rivière St Laurent; un hôpital pour les vieillards indigents, les infirmes, etc., fait partie du monastère; il est divisé en deux salles : l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Les religieuses subviennent aux besoins des malades des deux sexes, avec cette différence, néanmoins, qu'elles ne font que préparer la nourriture des hommes, apporter leurs mets, enlever la nappe après le repas et leur donner des remèdes, laissant le reste du service aux domestiques; mais dans l'appartement des femmes, elles font tout le service elles-mêmes⁶⁹⁶.

⁶⁹⁵ BUP/A 107 104 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, « Concernant le devoir des servantes », art.12, vers 1773.

⁶⁹⁶ Pehr Kalm, *Voyages dans l'Amérique du Nord...* p. 113.

À travers ce récit, précieux car il constitue la seule trace à notre disposition de l'application pratique de cette division des soins, on remarque que les règlements sont appliqués à la lettre, puisque selon ce témoignage les religieuses s'occupent de tous les aspects des soins des femmes, mais, lorsqu'il s'agit des hommes, délèguent tout ce qui nécessite de toucher la peau à des domestiques masculins.

6.2.2.2 Des corps intouchables ?

Malgré ces interdits, les religieuses circulent dans les salles des hommes. Tout ce qui a trait au bien-être du corps, à l'application et la distribution de remèdes comme, plus largement, au repos et à la nourriture, relève du soin que les femmes laïques ou religieuses prodiguent quel que soit le genre des patients.

Ainsi, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, la règle des « semainières » détermine que ces soignantes doivent accompagner les Hospitalières dans la distribution des repas : « À deux heures après midy elles se trouveront dans les Salles pour aider aux sœurs Hospitalières à donner la collation aux malades »⁶⁹⁷. À l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, le règlement précise que les « veilleuses » sont responsables de cette tâche : « Elles distribueront les bouillons à trois heures & demi & à huit heure du matin, à midi, quatre, sept & onze heures du soir, & tiendront les écuelles garnies de pain, pour donner le potage aux convalescens [sic] à neuf heures du matin, midi et cinq heures du soir, l'ancienne veilleuse sera chargée de la distribution des bouillons potages du matin & midi, & la jeune de ceux du soir, & on leur donnera des filles pour les porter pendant le jour, & la nuit elles le feront elles-mêmes »⁶⁹⁸.

Pendant ces repas, les soignantes sont proches des hommes malades qui, alités, ne peuvent se lever pour manger. Il s'agit donc de moments où les femmes s'approchent des corps masculins sous une forme acceptée par le règlement. Il demeure néanmoins possible qu'à cette occasion les religieuses touchent la peau masculine : qu'elles prennent la main d'un

⁶⁹⁷ « Règle des Semainières pour le service des Pauvres », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 212.

⁶⁹⁸ BUP/A 107 104 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, « Concernant le devoir des servantes », art.12, vers 1773.

malade, l'aident à se relever et se nourrir. On peut de plus aisément concevoir que les « gestes de consolation » que les Hospitalières prodiguent aux malades les amènent à prendre la main ou le bras de ceux-ci. Ce n'est donc pas toute la peau qui tombe sous le coup de l'interdiction, mais uniquement celle qui se doit d'être dissimulée sous les vêtements. Recouvrir le corps est en effet une des préoccupations des règlements hospitaliers. Les instructions données aux Augustines parisiennes pour accueillir les femmes qu'elles reçoivent à l'Hôtel-Dieu demandent ainsi de revêtir la malade de la tête aux pieds. Elles sont vêtues d'une chemise, recouvertes d'une veste – dites « brassière » – et reçoivent des pantoufles et une robe de chambre. Couchées dans les lits, les jambes sont dissimulées par les draps. La tête est recouverte par des bandes et rubans qui retiennent les cheveux, puis une coiffe par dessus laquelle est fixée un bonnet la nuit et une « cornette » le jour. Des mouchoirs sont de plus noués autour du cou, couvrant les épaules et la gorge⁶⁹⁹. On comprend qu'ainsi revêtues, les malades sont habillées des pieds à la tête, la seule peau demeurant nue étant celle du visage et des mains.

Or, sous l'Ancien Régime, la propreté du corps s'entend comme la propreté du corps visible⁷⁰⁰. On insiste sur l'importance de laver directement les mains et le visage, mais pour le reste du corps c'est la propreté du linge qui importe, la vue étant le sens sollicité pour déterminer la propreté. En envisageant le corps d'une telle manière, on divise la peau entre le visible et l'invisible et, de fait, entre le corps *touchable* et le corps *intouchable*. En effet, si la seule peau que l'on doit laver est la peau visible, alors le reste du corps ne nécessite pas d'être touché. On soulignera néanmoins que les corps des malades ne sont pas systématiquement aussi habillés que les *Constitutions* des Augustines de Paris le laissent entendre. Ainsi, le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand fait état d'un décalage entre les prescriptions et la pratique :

⁶⁹⁹ « De la manière de recevoir les filles et femmes en l'hospital », *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris*, Paris, 1635. Merci à Suzanne Gousse pour ses lumières concernant les vêtements d'Ancien Régime, voir Suzanne Gousse, *Lexique illustré du costume en Nouvelle-France, 1740-1760*, Chambly, Fleur de Lyse, 1995.

⁷⁰⁰ Georges Vigarello, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1985, p. 49.

Lorsque M. le Médecin ou Chirurgien principal, auront permis à quelque homme ou garçon de se lever pour prendre l'air dans les salles ou au jardin qui leur est destiné, l'une d'elles lui portera sa culotte, & elles ne souffriront pas qu'aucun se lève sans l'avoir prise, parce qu'on a remarqué qu'il y en a qui ont des robes si étroites, & des chemises si courtes, qu'on leur voit à nud, non seulement les jambes, mais une partie des cuises, ce qui est très indécent & contre la pudeur. On donne des cotillons aux femmes qui ont des chemises longues & fermées, à plus forte raison doit-on donner la culotte aux hommes qui ont des chemises courtes et ouvertes⁷⁰¹.

En recouvrant les corps de vêtements qui protègent leur pudeur, on réduit du même geste les occasions pour les peaux de se toucher. Les règlements ajoutent d'autres précautions pour éviter les contacts entre les corps, sans toutefois spécifier de différences entre les soins à apporter aux hommes et aux femmes. Toutefois, certaines tâches qui ne sont prises en charge que par les Hospitalières leur donnent l'occasion de côtoyer les hommes malades.

C'est le cas de la distribution des repas, qui donne lieu à un encadrement des déplacements des Hospitalières responsables. Le *Coutumier* montréalais prend ainsi bien soin d'ajouter, à la suite des consignes concernant la distribution des repas, ces quelques lignes à destination des « servantes » : « Outre les heures des quatre repas que font les malades, elles n'iront point aux Salles si les Hospitalières n'en ont besoin »⁷⁰².

Les Hospitalières spécialement chargées des tâches médicales sont elles aussi soumises à plusieurs limitations. Le même *Coutumier* montréalais précise ainsi que la sœur domestique des salles « ne se familiarisera jamais avec les pauvres, ne leur parlant que pour scavoier leur besoin, pour les consoler et les encourager à souffrir, et cela en peu de mots, d'un accent doux et d'une voix modérée, évitant soigneusement toutes nouvelles et discours inutiles, tant avec les malades qu'avec les Serviteurs et autres personnes qui les visitent, tâchant de les édifier par sa modestie, en agissant avec ferveur et recollection quand à son savoir »⁷⁰³.

Dans ces deux situations, le corps des malades des deux sexes a été tellement désésexualisé par le dispositif hospitalier – vêtements de l'hôpital, qui recouvrent le corps – que

⁷⁰¹ BUP/A 107 104 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, « Concernant le devoir des servantes », art.12, vers 1773.

⁷⁰² « Règle des Semainières pour le service des Pauvres », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688) p. 213.

⁷⁰³ « Règle de la sœur domestique des salles », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph...* p. 218.

les rédacteurs du *Coutumier* ne jugent plus nécessaire pour les Hospitalières d'approcher les malades différemment en fonction de leur sexe. Les consignes, qui exigent une mise à distance des corps des soignantes et des soignés, semblent plutôt obéir aux principes de pudeur et de clôture religieuse qu'à un interdit lié au genre. Ainsi, si le genre du malade suscite la méfiance, c'est bien le corps lui-même qui est problématique⁷⁰⁴.

6.2.2.3. Toucher le prolongement du corps ?

Le soin du corps en général se décline en différentes actions qui supposent chacune un degré de proximité plus moins grand avec le corps du malade. Or, si, par exemple, l'administration des repas peut être considéré comme une tâche qui maintient la soignante à une plus grande distance du corps que le fait de laver ou habiller celui-ci, qu'en est-il de la prise en charge des linges ?

Habiller les hommes malades est une tâche dévolue aux « infirmiers », mais laver ces linges de corps, ainsi que les garnitures des lits, est une fonction qui revient aux femmes. Cette tâche s'inscrit dans le développement d'une proto-hygiène hospitalière. C'est dans cette perspective que les règlements hospitaliers détaillent l'obligation de surveillance des corps malades, ainsi que l'impératif de propreté du linge. Les administrateurs de l'Hôtel-Dieu du Puy-en-Velay précisent que les sœurs/donades « auront soin de laver ou de faire laver leur linge et de [tenir les malades] propres et nets, ne les laissant pas croupir dans la pourriture »⁷⁰⁵. À l'Hôtel-Dieu de Montréal, la description des tâches de la sœur domestique des salles comprend ce passage :

Elle aura soin que le linge trop sale soit mis à tremper, et que celui qu'on ôte de dessous soit lavé plus tôt qu'il se pourra, le donnant et recevant par comte; que les

⁷⁰⁴ On notera ici que si on attend des hommes soignants une distance équivalente avec les femmes à soigner, les constitutions et règlements ne s'y attardent pas. En ce qui concerne les *Constitutions*, comme ces textes s'adressent aux religieuses, de telles consignes n'ont pas lieu d'être. De manière générale, comme la seule raison de la présence des soignants masculins est le soin des hommes, préciser qu'ils ne doivent pas approcher les femmes est inutile.

⁷⁰⁵ AD43/HSUP/2 E 10/s.d : *Autres articles concernant les sœurs au service des pauvres malades de la paroisse de Chomelix*, art.1.

balières⁷⁰⁶ soient changées si souvent, qu'elles ne puissent s'encorcir ni incommoder les malades, et quans ils seront morts dessus, elles les fera vuider et mettre les toiles à la lessive⁷⁰⁷.

Alors, tandis que la séparation entre les corps masculins et féminins fait l'objet de tant de précautions, on ne trouve nulle part mention de différence de traitement dans le nettoyage des linges et garnitures de lit, qu'ils aient été ceux d'hommes ou de femmes. Les linges portés à même le corps, en revanche, marquent la différence entre le corps *touchable* et le corps *intouchable*. Ceux-ci sont-ils alors irrémédiablement *masculinisés*? Sont-ils porteurs de ce dont les Hospitalières sont justement éloignées?

Afin d'explorer cette hypothèse, nous proposons un rapide détour par l'usage des reliques et des objets dans l'hôpital. En effet, la manière dont le toucher imprime un caractère particulier aux objets de piété se trouve au cœur de ce qui fait la relique religieuse. En effet, « Outre les “reliques directes” (corps ou fragment de corps d'un saint personnage), tout élément concret ayant été en contact avec une relique directe devient une “relique indirecte”. Plus l'objet est directement lié au saint (objet lui ayant appartenu ou même sa signature sur une lettre), plus il est considéré comme étant porteur de sa *virtus* »⁷⁰⁸. Les objets deviennent ainsi porteurs d'une qualité de leur ancien possesseur, et c'est bien par le toucher que se transmet la *virtus*, dimension religieuse du saint attribuée aux reliques. De plus, la maladie est elle aussi suspecte de se propager par l'intermédiaire des vêtements et linges de lits. Puisqu'éviter de s'approcher des hommes d'une part, et éviter de toucher les corps d'autre part sont des comportements constitutifs du monde hospitalier religieux, on peut se demander si d'autres caractères que le sacré peuvent se déplacer sur les objets, par exemple le genre.

Ce sont donc les linges qui garnissent les lits et habillent les corps qui nous intéressent ici en tant qu'objets qui conservent potentiellement une trace du genre des personnes qui les

⁷⁰⁶ Garniture de lit, paillasse faite de balles d'avoine (régionalisme), *Glossaire aunisien*, La Rochelle, 1870, p. 68.

⁷⁰⁷ « Règle de la sœur domestique des salles », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph...* p. 216.

⁷⁰⁸ Emmanuelle Friant, *Le catholicisme matériel. Les objets de piété privée dans la France des XVI^e et XVII^e siècles*, thèse de doctorat (histoire), Université de Nancy 2, 2009, p. 658.

ont touchés. Manipuler ces éléments, en l'occurrence pour les nettoyer, nécessite de la part des soignantes de mobiliser leurs propres sens du toucher, de la vue et de l'odorat. Il s'agit ainsi d'un contact différé entre les corps des malades et ceux des soignantes, qui se fait par l'intermédiaire de ces linges souillés.

À première vue, le nettoyage de ces linges ne fait pas l'objet d'une surveillance particulière, contrairement au contact avec le corps. Les linges et autres objets en contact avec ces corps d'hommes interdits restent sous la responsabilité de femmes, religieuses ou soignantes laïques. On pourrait alors en déduire que l'interdiction pour les religieuses de soigner les corps des hommes ne s'attache pas au corps lui-même, mais bien au genre du malade.

Néanmoins, on ajoutera ici, au côté de cette interprétation théorique, une prise en compte des conditions de vie hospitalières. Ainsi, le règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, texte qui malgré ses objectifs normatifs s'attache à identifier les limites concrètes de la pratique hospitalière, consacre les deux paragraphes suivants aux servantes de l'établissement, en lien avec la propreté du linge :

10. Elles auront soin de tenir bien proprement les malades qui ne peuvent se lever pour aller au bassin ou siège couvert, elles ne les laisseront pas croupir dans l'ordure, mais tâcheront de les visiter souvent pour changer les linges piqués qu'elles auront fait couler sous eux & en remettront de nouveaux pour tenir les lits bien propres, hors d'infection et de pourriture.

11. Elles pourvoieront de chaises couvertes avec leur bassin dedans, ceux que la maladie ne permet pas de pouvoir aller aux commodités, elles auront soins de les vider le plus souvent qu'il se pourra, pour éviter l'infection & donneront à ceux qui crachent beaucoup des petits plats en forme d'écuelle, pour y ramasser leurs crachats, qu'elles videront aussi les plus souvent qu'elles pourront⁷⁰⁹.

Si le second paragraphe étend les objets à nettoyer au-delà des vêtements et linges souillés, le premier évoque les difficultés logistiques qui se manifestent lorsqu'il s'agit de récolter les vêtements, et plus encore les linges de lits, de malades alités. Les accords

⁷⁰⁹ BUP/A 107 104 : *Extrait de règlement de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, « Concernant le devoir des servantes », art.12, vers 1773.

grammaticaux, dans ces extraits, laissent supposer l'absence de différence de traitement selon le genre de la personne soignée.

Si la mise à distance du corps des religieuses vis-à-vis des pauvres et des malades se fait, quel que soit le genre du patient, selon les critères établis par la clôture intérieure des Hospitalières, cette distance est renforcée lorsqu'il s'agit de patients masculins. À travers le traitement du linge et des vêtements qui, bien que liés au corps, ne conservent pas d'empreinte du corps sexué lorsqu'ils sont détachés des malades, il semble évident que le motif de l'interdiction de contact entre les religieuses et les hommes malades est avant tout lié à l'identité de genre, et non pas au contact du corps. Malgré ces interdits et précautions, les pratiques quotidiennes hospitalières ne correspondent que partiellement aux idéaux dessinés par les règlements puisque les hommes reçus dans les hôpitaux sont nombreux, et que certaines tâches ayant trait au corps sont exclusivement effectuées par les femmes. Ainsi, on peut comprendre l'ensemble de ces mesures de ségrégation entre homme et femmes comme un dispositif supplémentaire qui s'ajoute à l'essentielle clôture intérieure.

6.3. Et les femmes ?

L'analyse de la répartition des tâches hospitalières entre hommes et femmes met en évidence la persistance de rapports de pouvoirs entre les sexes au sein des hôpitaux. Toutefois, la limiter à la question des rapports entre hommes et femmes revient à ignorer tout un pan des phénomènes qui se jouent dans le contexte hospitalier. Ainsi, en adaptant les travaux initiés par Judith Butler que nous avons présentés en ouverture de ce chapitre, c'est-à-dire en postulant la diversité des manières d'appartenir au genre féminin ou au genre masculin, nous proposons d'analyser certains groupes de personnes présents dans les hôpitaux d'Ancien Régime : soldats, femmes enceintes et « pénitentes ». Ces individus ont pour particularité d'appartenir à des groupes exclusivement masculin ou exclusivement féminin : les soldats ne peuvent être que des hommes, les « pénitentes » et les femmes enceintes ne peuvent être que des femmes. Identifiant dans un premier temps les critères d'appartenance à ces groupes, nous avançons dans un second temps que la cohabitation des différents modèles féminins agissant au sein des hôpitaux influence la construction de ces catégories féminines.

6.3.1. Modèles masculins, modèles féminins

Les Hôpitaux Généraux comme les Hôtels-Dieu organisent leurs populations en différentes catégories : séparant tout d'abord les hommes des femmes, puis les soldats des autres hommes, les filles perdues et les parturientes des autres femmes. Au cours du XVIII^e siècle, les Hôtels-Dieu se dotent de salles différentes en fonction des maladies (vénériens, galleux, scrofuleux) qui contribuent à cette ségrégation genrée du monde hospitalier. Les Hôpitaux Généraux, avec leurs origines politiques, séparent quant à eux leur public selon d'autres catégories. L'Hôpital Général et Charité de Lyon distingue ainsi les « adoptifs et adoptives », les « bâtards et bâtardes », les « vieux et les vieilles » et enfin les « mendiants et mendiante » : alors que l'Hôtel-Dieu sépare les patients selon des critères médicaux, l'Hôpital Général recourt à des critères sociaux. Dans un cas comme dans l'autre, chacune de ces catégories est déclinée pour les hommes et les femmes. Trois groupes échappent néanmoins à cette symétrie de genre, en raison de leur inexistence pour l'autre sexe : les soldats, les femmes enceintes et les filles perdues. Dans ces trois cas, il s'agit donc d'une qualité qui ne peut définir qu'un homme – dans le cas des soldats – ou qu'une femme – femme enceinte ou fille perdue. Ils et elles trouvent ainsi leur place dans les institutions hospitalières de manière un peu différente.

Les soldats sont très visibles dans l'organisation matérielle de l'hôpital, puisque les établissements leur dédient une salle spécifique. Leur séparation d'avec les autres hommes malades semble trouver ses racines à la fois dans la spécificité de leur condition de militaire, mais aussi dans le financement particulier de leur séjour. Le roi pourvoit en effet aux séjours des soldats, ce qui leur garantit un espace réservé dans l'hôpital. Leur présence est évidemment particulièrement perceptible en Nouvelle-France, mais l'Hôtel-Dieu de Clermont dédie également une place importante aux militaires en leur réservant une salle, à un étage où

ne séjournent ni les femmes malades ni les hommes civils⁷¹⁰. L'appartenance au monde de la guerre est durant notre période d'étude un élément constitutif du genre masculin⁷¹¹, et bien que cette catégorie ne soit pas propre au monde hospitalier, elle s'y transpose directement, jusqu'à influencer l'organisation de l'espace. Or, la distinction semble s'arrêter là : les règlements hospitaliers ne signalent pas de mesures particulières pour saisir cette population, dont rien ne nous indique qu'elle soit traitée différemment des autres hommes.

Il n'en va pas de même pour le groupe des « femmes grosses » et celui des « filles perdues ». En effet, si ces catégories de soldats, femmes enceintes et filles perdues ont en commun d'être exclusives à un sexe, le groupe des « soldats » renvoie à une fonction sociale, tandis que les catégories féminines sont inscrites à même le corps de ces femmes. Leur corps, sexualisé et genré, les caractérisent toutes entières.

6.3.2. Femmes enceintes et religion : méfiance et interdiction

Les femmes, envisagées comme groupe, font l'objet de productions discursives nombreuses. Dans le cadre hospitalier qui nous occupe, nous proposons de nous pencher sur les discours religieux et médical, de manière à saisir comment ceux-ci définissent les différents groupes de femmes des hôpitaux.

Les femmes enceintes sont signalées dans les sources hospitalières de deux manières. La première est celle de l'interdiction de leur admission à l'hôpital, la seconde celle de leur présence effective. Les *Constitutions* des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris indiquent ainsi que les religieuses « ne recevront point de femmes grosses d'enfants »⁷¹², lorsque que celles des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec précisent : « Il n'est aucunement permis aux Monastères de notre Congrégation de joindre à leurs œuvres le soin des femmes malades dans

⁷¹⁰ Voir chapitre 7 : Figure 20, Identification de l'espace hospitalier selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778; Figure 16 : Identification de l'espace hospitalier selon le genre, évolution de l'Hôtel-Dieu de Québec.

⁷¹¹ Hervé Drévilion, « Du viril au militaire » dans Georges Vigarello (dir.), *Histoire de la Virilité*, vol. 1, *L'invention de la virilité de l'Antiquité aux Lumières*, Paris, Seuil, 2011, p. 289.

⁷¹² « Quelles personnes et maladies doivent être reçues l'hôpital », *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin*, Paris, 1635, p. 57.

des cas d'obstétrique » tout en ajoutant que « pour les cas accidentels, les Religieuses se dévoueront auprès des dites personnes, comme auprès des autres, en toute charité »⁷¹³. À Montréal, le *Coutumier* des Hospitalières regroupées elles aussi sous la règle de saint Augustin souligne « qu'il ne sera reçu à l'Hôtel-Dieu [...] aucune femme grosse »⁷¹⁴. En Auvergne, on refuse les femmes enceintes dans plusieurs établissements hospitaliers⁷¹⁵. Or, cette interdiction ne se retrouve pas dans tous les établissements et la distinction entre Hôtel-Dieu et Hôpital Général ne s'applique pas dans ce cas. L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, par exemple, ne refuse pas les femmes enceintes. Inscrite dans les textes qui concernent la vie religieuse des établissements soignants, cette méfiance vis-à-vis des femmes enceintes trouve plutôt son origine dans le discours religieux, établi depuis les premiers siècles du christianisme.

Guy Bechtel évoque en effet « l'horreur » que la grossesse suscite pour les Pères de l'Église. L'attente d'un Jugement dernier imminent amène en effet les premiers chrétiens à faire de la virginité la seule bonne attitude vis-à-vis de la sexualité, non seulement parce qu'elle permet de dominer les passions du corps, mais aussi en raison des craintes de surpopulation. Ainsi, non contents de décourager les naissances nombreuses, les Pères de l'Église définissent le mariage idéal comme celui de Marie et de Joseph : un mariage d'amis dont on a évacué la dimension sexuelle. La méfiance envers la sexualité, associée à la vigilance envers le corps et le mépris pour les femmes, crée aussi un dédain pour l'état de grossesse, que Jérôme résume ainsi : « avoir des enfants, c'est se soumettre à un mari, voir son utérus enfler, être bientôt entourée d'une progéniture en pleurs »⁷¹⁶. Ces réflexions s'insèrent dans une perception de la grossesse qui transparaît dans le *Lévitique*, qui exclut la jeune accouchée du sanctuaire pendant quarante à soixante jours⁷¹⁷. La grossesse et les

⁷¹³ « De la réception des malades et de leur traitement », *Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus*, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), p. 104.

⁷¹⁴ « Des fondations », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 4.

⁷¹⁵ Notamment l'hôpital général de Riom, l'hôpital général et l'hôtel-Dieu de Clermont ainsi que l'hôpital de Mauriac; voir Joseph Coiffier, *L'assistance publique dans la généralité de Riom au XVIII^e siècle*, Clermont-Ferrand, Dumont, 1905, p. 66-71.

⁷¹⁶ Guy Bechtel, *Les quatre femmes de Dieu...*, p. 11.

⁷¹⁷ Respectivement dans le cas de la naissance d'un garçon ou d'une fille, *Ibid.*, 12.

menstruations sont traitées comme les marques d'une souillure qui exclut les femmes de l'espace sacré, et qui semble également contribuer à leur dévalorisation sociale.

L'aversion que développe le christianisme envers les mères est directement liée à son angoisse vis-à-vis de la sexualité⁷¹⁸. Cette obsession de la virginité va de pair avec un rejet de la sexualité. Le mariage est dans ce contexte envisagé comme un compromis qui permet à des passions irrépressibles de s'épanouir dans un cadre respectable. Bien que l'obsession de la virginité s'avère peu susceptible d'applications pratiques au fil des siècles, l'idéal originel demeure, et la sexualité reste entachée de soupçons. À cette méfiance envers la sexualité s'ajoute la misogynie de l'Église primitive, entretenue durant les siècles suivants⁷¹⁹. Responsables du péché originel d'une part, et groupe social marginalisé de l'autre, les femmes inspirent aux théologiens mépris et méfiance. La grossesse est ainsi la manifestation concrète de la faiblesse humaine vis-à-vis de la sexualité et le rappel de la souillure.

Il est donc compréhensible que les congrégations religieuses répugnent à prendre en charge les femmes enceintes et leurs corps si manifestement sexuels. Le soin du corps impose certes aux soignantes de toucher, jusqu'à un certain point, le corps des pauvres et des malades, et l'interdiction de recevoir des femmes enceintes accompagne le refus de recevoir des hommes : il s'agit de supprimer l'occasion pour les Hospitalières d'être en contact – physique – avec des corps qui ont un lien avec la sexualité et l'aura de péché qui l'entoure⁷²⁰.

En effet, si les femmes enceintes incarnent la figure de la femme charnelle, les Hospitalières symbolisent la virginité. Représentantes d'une autre figure féminine définie par l'Église – celle de la sainte – elles semblent craindre la proximité des femmes enceintes, dans

⁷¹⁸ Peter Brown, *Le renoncement à la chair. Virginité, célibat et continence dans le christianisme primitif*, Paris, Gallimard, 1995.

⁷¹⁹ Marcel Bernos, *Femmes et gens d'Église dans la France classique : XVII^e-XVIII^e siècles*, Paris, Cerf, 2003, p. 11-30.

⁷²⁰ Anne Jusseaume, dans un article sur les Petites Sœurs de l'Assomption qui, au XIX^e et XX^e siècles, pratiquent des accouchements, développe les liens entre pudeur, religion et rôle des Hospitalières dans les pratiques de génération. La période étudiée dans cet article ne nous permet pas d'en utiliser les conclusions pour notre propos. Néanmoins, soulignons comme l'auteure que les sources sont particulièrement discrètes sur le sujet au début du XIX^e siècle, mais permettent de déceler la participation d'Hospitalières à des accouchements, mues notamment par l'urgence du soin. Il n'est donc pas exclu que de telles situations se produisent lors de notre période d'étude, mais, ne pouvant confirmer cette théorie par quelques sources que ce soit, nous laissons ici l'hypothèse en suspens. Voir Anne Jusseaume, « Soigner des femmes en couches : un interdit levé pour évangéliser? » *Chrétiens et sociétés*, 19 (2012) [en ligne] URL : <http://chretiensocietes.revues.org/3342> (consulté le 28 juin 2013)

une logique que nous rapprochons de la compréhension de la contagion, sous sa forme morale. Les règlements de ces communautés semblent donner une explication « morale » au refus de recevoir les femmes enceintes : la nécessité de préserver la pureté des religieuses, la clôture intérieure n'apparaissant pas suffisante à première vue pour les protéger.

Il n'est donc guère étonnant que les femmes en couches soient principalement accueillies par des congrégations à vœux simples plutôt que par des communautés de religieuses ayant prononcé des vœux solennels. Nos sources nous signalent ainsi des femmes enceintes à l'Hôtel-Dieu du Puy-en-Velay, établissement pris en charge par des donades⁷²¹. À Clermont-Ferrand, les plans de l'Hôtel-Dieu de 1778 indiquent l'existence d'une salle consacrée à ces femmes, alors que sont des Filles de la Charité qui y tiennent le rôle d'hospitalières⁷²².

Le refus d'accueillir des femmes enceintes trouve donc ses racines dans une représentation religieuse de la grossesse, impure et dangereuse, que relaient les communautés soignantes qui répondent au modèle le plus classique et conservateur d'organisation religieuse, celui qui impose notamment la clôture matérielle et la prononciation de vœux solennels. Enfin, il est nécessaire de souligner que les limites que doivent respecter les congrégations religieuses ne correspondent pas parfaitement avec celles des établissements soignants. Ainsi, alors que les *Constitutions* des Augustines de Paris interdisent strictement le soin des femmes enceintes, on note dans les registres de comptes la présence de sages-femmes. Enfin, certaines sources font état de la présence d'une « mère d'office », terme attribué à l'Augustine chargée de superviser la salle des accouchées à l'Hôtel-Dieu de Paris⁷²³. La répartition des rôles entre religieuses et laïques est floue et les sources trop discrètes pour nous aventurer plus avant⁷²⁴.

⁷²¹ AD43/HSUP/HD Le Puy/1 E 04 : *Registre de délibérations*, 1674-1687 f. 81.

⁷²² Le niveau 1 de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand en 1778 prévoit ainsi une salle des femmes en couches ainsi qu'une cuisine qui leur est réservée (figure 20). En 1808, le même établissement nouvellement agrandi planifie deux salles pour les parturientes reliées par une « pièce de veille » dont nous ignorons si des religieuses ou des laïques l'occupent (figure 21). Voir chapitre 7 : Figure 20, Identification de l'espace hospitalier selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778; Figure 21 : Identification de l'espace hospitalier selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808.

⁷²³ A/AP-HP/HD/liasse 880 : tableau du personnel le 7 juillet 1744 : 23 mères d'office dont mère Saint Augustin responsable de la salle St Joseph des femmes enceintes et accouchées.

⁷²⁴ Les travaux de Marie-Claude Dinet-Lecomte mentionnent la présence d'Hospitalières formées pour procéder aux accouchements à la Charité de Lyon. L'auteure souligne néanmoins le caractère exceptionnel de cet

On soulignera néanmoins que les réticences religieuses à recevoir les parturientes sont régulièrement contournées par la fonction médicale des hôpitaux.

6.3.3. L'intérêt médical envers la grossesse : les sages-femmes et les obstétriciens⁷²⁵

La présence d'une sage-femme dans certains établissements soignants nous indique que les interdictions faites aux religieuses ne s'étendent pas à l'ensemble de l'institution hospitalière. Les sages-femmes alors remplissent une fonction semblable à celle des infirmiers : permettre aux congrégations soignantes de dépasser les limites liées à leur condition religieuse sans pour autant contrevenir à ladite condition. Si la présence des infirmiers remédie à un interdit de genre évident, le mouvement est similaire dans le cas des sages-femmes. Nous venons en effet de montrer que l'interdit envers les femmes enceintes a pour origine le regard que le christianisme porte sur le corps des femmes, et l'impureté qu'il y perçoit. Les sages-femmes apparaissent ainsi comme une solution laïque à un problème religieux. Il est toutefois nécessaire de replacer leur rôle dans le contexte de la société d'Ancien Régime, particulièrement dans le mouvement de proto-médicalisation qui se manifeste dans les établissements hospitaliers de notre enquête.

Le contrôle des autorités envers les femmes enceintes, soupçonnées d'être potentiellement infanticides, prend forme au milieu du XVI^e siècle. En 1556, un édit de Henri II punit de mort les femmes qui dissimulent leur grossesse et laissent l'enfant mourir sans baptême. La grossesse doit désormais être déclarée, tout comme le nom du père, et

établissement à cet égard. Marie-Claude Dinot-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles. La charité en action*, Paris, Honoré Champion, 2005, p. 356.

⁷²⁵ Accouchement et hôpital n'entretiennent pas sous l'Ancien Régime un lien fort. La plupart des femmes accouchent chez elles, et, comme nous venons de le signaler, les hôpitaux refusent souvent de recevoir les femmes enceintes. Conformément à l'objet d'étude que nous avons défini – l'analyse des relations entre les personnes qui se trouvent dans les hôpitaux – nous nous concentrons sur les situations où les accouchements se déroulent dans les hôpitaux.

l'accouchement se tenir en présence d'un témoin⁷²⁶. Si les autorités médicales, ecclésiastiques ou politiques soupçonnent tout autant les femmes enceintes que les « matrones » qui les aident à accoucher de participer à des infanticides, les sages-femmes jouent un rôle important dans la mise en place de cette nouvelle législation⁷²⁷. C'est donc un même mouvement qui, d'une part, discrédite le savoir des « matrones » et, de l'autre, reconnaît la profession de « sage-femme ». Les premières, décrites comme incompetentes et dangereuses par les autorités, forment le groupe de femmes qui aident les femmes à accoucher en dehors de tout contrôle étatique ou religieux. Les secondes sont en revanche reconnues par les autorités religieuses, médicales et politiques, qui légitiment leur savoir et leur donnent l'autorisation d'exercer en vérifiant notamment leur piété et leur vertu⁷²⁸. La reconnaissance de leur statut va néanmoins de pair avec une certaine surveillance des autres femmes. Elles dénoncent notamment celles qui n'ont pas déclaré leur grossesse, ou les interrogent pendant les douleurs de l'accouchement sur le nom d'un géniteur qui serait demeuré anonyme⁷²⁹.

Détentrices d'un savoir empirique, différent de celui des médecins, et reconnues pour détenir des connaissances contraceptives et abortives - les « funestes secrets » - qui n'ont pas les faveurs de l'Église, les accoucheuses qui échappent au contrôle de la monarchie représentent un modèle féminin soignant alternatif à celui des religieuses. Néanmoins, le potentiel subversif des sages-femmes hospitalières doit être nuancé, puisqu'elles sont, parmi les accoucheuses, celles qui répondent le mieux aux critères d'encadrement de la profession établis par les autorités masculines et médicales. De plus, en exerçant à l'hôpital, elles s'insèrent dans le fonctionnement de ces établissements où le pouvoir médical et masculin s'affirme.

⁷²⁶ Marie-Claude Phan, « Les déclarations de grossesse en France (XVIe-XVIIIe siècles) : essai institutionnel », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 22, 1 (1975), p. 61-88.

⁷²⁷ Elsa Dorlin, *La Matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, La Découverte, 2006, p. 137-138.

⁷²⁸ *Ibid.*, p. 141.

⁷²⁹ *Ibid.*, p. 140-414.

6.3.3.1. Formation médicale et déformation du savoir

Comme pour la pénétration des chirurgiens et des apothicaires au cœur des pratiques hospitalières⁷³⁰, l'arrivée des sages-femmes professionnelles est particulièrement perceptible à Paris. Elles y sont présentes avant le début de notre période d'étude, puisqu'on relève la mention d'une *maîtresse des accouchées* à l'Hôtel-Dieu à partir du XIV^e siècle. Le processus par lequel la sage-femme devient *sage-femme jurée*, c'est-à-dire officiellement reconnue par les autorités, mérite qu'on s'y attarde. Dès 1560, la formation des sages-femmes se construit autour d'un savoir théorique, dispensé par des chirurgiens reconnus, et qui s'oppose donc au savoir empirique des matrones. À l'issue de cette formation, la candidate au titre de sage-femme jurée est soumise à un examen oral, en présence de deux chirurgiens du roi, un médecin, et deux sages-femmes jurées. En cas de succès, la candidate prête le serment de sage-femme, reçoit un diplôme, et se voit ainsi autorisée à exercer⁷³¹.

Les hôpitaux parisiens, l'Hôtel-Dieu et le Châtelet, sont toutefois les seuls établissements de notre enquête dont les archives mentionnent une sage-femme au XVII^e siècle. Les livres de comptes nous permettent d'identifier la présence d'une « maîtresse sage-femme » à l'Hôtel-Dieu de Paris tout au long de notre période d'étude. Au XVIII^e siècle, elle est accompagnée de quatre assistantes, dont les salaires (environ 30 livres par an) sont largement inférieurs à celui de la maîtresse sage-femme (entre 100 et 400 livres annuelles), mais légèrement supérieurs à celui des filles de salle (autour de 25 livres annuelles), ce qui souligne leur qualité particulière⁷³².

Au Puy-en-Velay, les archives évoquent des « femmes grosses » à l'Hôtel-Dieu,⁷³³ mais rien ne nous indique qu'une personne s'occupe particulièrement des accouchements. Il en va de même à Clermont-Ferrand jusqu'au milieu du XVIII^e siècle. On peut émettre l'hypothèse

⁷³⁰ Voir chapitre 5 : « 5.1.3. Les apothicaires, un savoir technique au féminin? »

⁷³¹ Richard L. Pretelli, « The Regulation of French Midwifery During the *Ancien Régime* », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 3, 26 (1971) p. 278.

⁷³² Le salaire de la maîtresse sage-femme de l'Hôtel-Dieu de Paris se monte à 100 livres annuelles selon les *États des gages* de l'établissement. Ces gages sont élevés à 300 livres par an en 1696. Les sources nous indiquent 400 livres pour les années 1697 et 1699 pour la maîtresse sage-femme Claude Heneault veuve Langlois, ce qui équivaut aux gages versés aux médecins durant cette période. Selon les *registres de délibérations* de l'Hôtel-Dieu, la demoiselle Dugès, maîtresse sage-femme, reçoit une gratification de 400 livres en 1787. Voir Léon Brièle, *Inventaire sommaire des archives hospitalières antérieures à 1790, Hôtel-Dieu*, t. 2, Paris, Administration de l'Assistance Publique, 1884.

⁷³³ AD43/HSUP/HD Le Puy/1E04 : *Registre de délibérations*, 23 décembre 1681, f. 81.

d'une collaboration établie entre les sages-femmes et matrones de la ville et les établissements hospitaliers, comme cela se fait avec les apothicaires des villes, pour pallier les manques des hôpitaux.

Néanmoins, en 1749, l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand consacre un chapitre de son règlement au rôle de la « veuve accoucheuse ». À travers ces quelques paragraphes se dessinent les limites du rôle de cette sage-femme :

1. Étant avertie de l'arrivée des femmes à accoucher, elle se rendra auprès d'elles pour les interroger de la proximité de leur Couche, & pour prendre toutes les mesures nécessaires, afin qu'elles ne se trouvent point sans secours quand l'heure arrivera.
2. Les aiant interrogées, elle fera avertir le Prêtre chargé des salles des femmes, pour les porter à recevoir les Sacrements de Pénitence & de l'Eucharistie, afin d'obvier aux inconvénients qui pourroient survenir dans le tems des couches ou après.
3. Elle ne permettra pas qu'aucune personne inutile dans cet emploi entre dans l'appartement, spécialement dans le tems de l'accouchement; quand elle doutera de sa capacité & qu'elle verra le moindre danger, elle fera appeler le Chirurgien principal qui sera tenu de venir promptement, soit le jour, soit la nuit sans être accompagné d'aucun de ses Garçons, & lequel donnera tous les secours possibles⁷³⁴.

Le règlement souligne ainsi deux aspects de l'incapacité de l'accoucheuse hospitalière. La première concerne le domaine spirituel. En effet, alors que l'on sait que les sages-femmes qui opèrent à l'extérieur des hôpitaux possèdent le plus souvent le droit d'ondoier les nouveau-nés, geste simple qui consiste à verser de l'eau sur la tête du nouveau-né en prononçant certaines paroles rituelles. Toutefois l'Église n'approuve ce geste que dans les cas exceptionnels où aucun prêtre n'est présent, soulignant les abus rendus possibles par cette facilité d'accès au baptême et elle s'emploie, au cours du XVII^e, à rappeler la distinction entre ondoisement et baptême – ce dernier devant être prodigué par un prêtre et se faire devant

⁷³⁴ « Du devoir de la Veuve Accoucheuse », *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand...* 1749, p. 55.

témoins⁷³⁵. On comprendra alors que si on concède à la sage-femme le droit d'ondoyer un nouveau-né lors d'un accouchement à la campagne, loin du regard du curé, il en va différemment à l'Hôtel-Dieu, où les chapelains et aumôniers sont logés et peuvent donc intervenir jour et nuit pour dispenser les sacrements.

La seconde limite au rôle de l'accoucheuse qui transparaît dans le texte est la subordination de cette dernière au chirurgien, puisque c'est à lui que reviennent les cas les plus complexes et potentiellement mortels⁷³⁶. C'est le signe d'une inversion des rôles entre sages-femmes et chirurgiens qui s'opère entre le début du XVII^e siècle, où les accoucheuses sont encore détentrices d'un savoir empirique sur l'accouchement que leur envient les médecins et chirurgiens auxquels l'accès à la chambre de l'accouchée est encore interdit, et la fin du XVIII^e siècle, où elles deviennent dépendantes des hommes de science⁷³⁷.

Il existe ainsi initialement un effet de symétrie entre l'interdiction faite aux Hospitalières d'approcher et de toucher le corps des hommes, et celle faite aux hommes concernant le corps des femmes. L'accouchement cristallise cette interdiction, la pudeur rendant difficilement concevable la présence d'un homme au chevet de la femme en couches, et encore moins acceptable le regard masculin porté sur les organes génitaux de la parturiente. La mise en œuvre d'un nouveau régime de connaissances médicales qui se construit autour du corps féminin⁷³⁸ fait toutefois évoluer cette situation, et amène les médecins et chirurgiens à rendre inopérante cette interdiction fondée sur la pudeur.

Les diverses autorités masculines mettent en place au tout au long de l'époque moderne une véritable formation des sages-femmes, envisagée par ces hommes comme un progrès net

⁷³⁵ Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, collection Edmond-de-Nevers, 1985, p. 33.

⁷³⁶ On relèvera avec intérêt que cette hiérarchie n'est pas causée par la plus grande compétence du chirurgien, mais constitue en fait l'accès de ce dernier au lit de la parturiente. En imposant aux accoucheuses de recourir aux lumières chirurgicales sous peine de passer pour d'arrogantes incompetentes en cas de mort de la femme, les textes de loi ouvrent la porte de la chambre d'accouchement aux hommes. Ceux-ci, sans connaissance pratique du corps des accouchées introduisent dans les habitudes d'accouchements « difficiles » différents outils — forceps, crochets — qui ont le plus souvent de graves conséquences pour la mère et l'enfant. C'est à travers ces expériences que le corps des chirurgiens acquiert peu à peu un savoir obstétrique; Elsa Dorlin, *La matrice de la race...* p. 150.

⁷³⁷ Philippe Hecquet, *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation aux femmes de nourrir leurs enfants*, Paris, Trevoux, 1708.

⁷³⁸ Elsa Dorlin, *La matrice de la race...* p. 15.

par rapport aux « faux savoirs des matrones », qui sont alors stigmatisés⁷³⁹. La mise en place de ces formations, dont les plus réputées se déroulent à l'Hôtel-Dieu de Paris sous l'autorité des médecins et chirurgiens, est l'aboutissement du processus de subordination des sages-femmes. La formation qui est alors mise en place a pour but de faire d'elles « des assistantes et non des savantes »⁷⁴⁰. Lorsque Madame du Coudray bat la campagne auvergnate puis française dans la seconde partie du XVIII^e siècle pour former les matrones rurales⁷⁴¹, il ne s'agit pas de la diffusion du savoir empirique des accoucheuses. Originaire de Clermont-Ferrand, Madame du Coudray a en effet été sage-femme jurée de l'hôpital du Châtelet à Paris pendant seize années, et a donc été soumise à ce processus de formation dans lequel médecins et chirurgiens occupent une place grandissante. Ainsi, son entreprise d'éducation des matrones s'apparente à la diffusion de ce nouveau savoir obstétrique loin des centres urbains. Il est d'ailleurs intéressant que Madame du Coudray, après avoir tenté de s'adresser à ces femmes par le moyen de conférences reproduisant son enseignement parisien, ait entrepris de construire son célèbre mannequin d'accouchement⁷⁴². Si les avantages pédagogiques de l'outil sont évidents, il s'agit aussi d'une transformation du corps féminin en objet, ce qui finit de rendre le savoir obstétrique accessible aux femmes comme aux hommes : il n'est plus question de pudeur, et le savoir pratique a perdu sa dimension empirique pour devenir un savoir technique, aisément appropriable par les hommes de science⁷⁴³.

Lieux de formation des sages-femmes, les établissements hospitaliers parisiens sont logiquement ceux où la trace des sages-femmes est la plus perceptible. Toutefois, la majorité

⁷³⁹ *Ibid.*, p. 151.

⁷⁴⁰ *Ibid.*, p. 152.

⁷⁴¹ Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988, p. 114.

⁷⁴² Nathalie Sage-Pranchère, « Étude comparée de deux projets de cours d'accouchement à la fin du XVIII^e siècle », *Histoire, Économie et Société*, 28, 2 (2009) p. 37-58; voir aussi Roy Porter et Georges Vigarello, « Corps, santé et maladies », illustration 21, dans Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps en Occident*, Paris, Seuil, p. 335-372.

⁷⁴³ Les cours d'accouchements de Madame du Coudray, qui mettent en scène la manipulation du mannequin, ne sont pas uniquement destinés aux sages-femmes, mais aussi aux élèves chirurgiens. La position d'enseignante de cette femme face à des élèves masculins n'est pas sans susciter certains conflits. Elle demeure néanmoins un cas exceptionnel puisqu'à sa suite, ce sont uniquement des hommes qui reprennent le modèle de cours d'accouchement, et sont désormais ceux qui sont en position d'enseignants vis-à-vis de leurs confrères, mais aussi et surtout des futures sages-femmes; voir Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin...* p. 119-123; Scarlett Beauvalet-Boutourye et Jacques Renard, « Des sages-femmes qui sauvent les mères? 1777-1807 », *Histoire, Économie et Société*, 13, 2 (1994) p. 273.

d'entre elles exercent hors des murs hospitaliers et, lorsque l'on s'éloigne de Paris, la pratique de l'accouchement à l'hôpital reste marginale jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. À Clermont-Ferrand, une salle des femmes en couches apparaît dans les plans de l'Hôtel-Dieu de 1778⁷⁴⁴, tandis que le règlement de l'établissement prévoit la présence d'une accoucheuse⁷⁴⁵. Rien de tel ne se présente en Nouvelle-France. Les *Relations* des Jésuites nous permettent de distinguer quelques sages-femmes, comme Marie Leneuf qui, arrivant à Québec en 1636, officie comme sage-femme à Trois-Rivières quelques années après son arrivée. Néanmoins, la structure démographique de la colonie ne rend pas nécessaire la présence organisée d'accoucheuses avant le XVIII^e siècle, avec l'augmentation de la population et la politique de natalité encouragée par les autorités coloniales⁷⁴⁶. Le *Rituel du diocèse de Québec* de Mgr de Saint-Vallier, publié en 1703, établit les règles d'élection des sages-femmes, le rapport d'autorité qui les lie au curé de leur paroisse, ainsi que le serment qu'elles doivent prêter pour exercer leur fonction⁷⁴⁷. L'originalité coloniale revient à implanter dans la colonie une catégorie d'accoucheuses immédiatement placée sous l'œil des différentes autorités masculines à l'œuvre dans ce domaine, contrairement aux situations métropolitaines qu'il faut progressivement régler. Toutefois, la « sage-femmerie québécoise » se place exclusivement hors des hôpitaux⁷⁴⁸. Les *Constitutions* et *Coutumiers* des congrégations hospitalières semblent ainsi suffisants à repousser les femmes enceintes hors de leurs murs, d'autant que l'accouchement à domicile est la règle sous l'Ancien Régime.

⁷⁴⁴ Voir chapitre 7, Figure 20 : Identification de l'espace hospitalier selon le genre des occupants, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778.

⁷⁴⁵ On soulignera toutefois que Clermont-Ferrand est dans ce cas précis une ville particulière. C'est en effet en Auvergne que Madame du Coudray expérimente ses premiers cours d'accouchement, entre 1755 et 1760. On peut ainsi émettre l'hypothèse que non seulement la région ne manque pas de sages-femmes, mais que la formation de celles-ci les rend aisément aptes à pratiquer dans le cadre hospitalier. cf. Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin...* p. 114-126.

⁷⁴⁶ Renald Lessard, « De France à Nouvelle-France : la pratique médicale canadienne aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 95, 4 (1988) p. 421-433.

⁷⁴⁷ « Je jure & promet à Dieu le Créateur en votre présence, Monsieur, de vivre & mourir en foi Catholique, Apostolique et Romaine, & de m'acquitter avec plus de fidélité, & de diligence qu'il me sera possible, de la charge que j'entreprends, d'assister les femmes dans leurs couches, & de ne permettre jamais que ni la mère ni l'enfant encourent aucun mal par ma faute, & où je verrais quelque péril imminent, d'user du conseil & de l'aide des Médecins, Chirurgiens, & des autres femmes que je connoîtrai expérimentées, & entendues en cette fonction (...) », Mgr de Saint-Vallier, *Rituel du diocèse de Québec*, Paris, Simon-Langlois, 1703.

⁷⁴⁸ Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec...*

L'accouchement, univers exclusivement féminin au début de la période moderne, pénètre très progressivement le monde hospitalier d'Ancien Régime. Le rejet religieux des femmes enceintes d'une part, et l'interdiction longtemps faite aux hommes de science d'y participer d'autre part, fait des femmes enceintes des actrices marginales des établissements soignants de notre enquête. Cependant, leur présence est attestée, qu'il s'agisse comme à Clermont-Ferrand d'une salle spécifiquement dédiée à leur soin ou, plus simplement, de mentions d'un état de grossesse concernant une femme accueillie ou enfermée à l'hôpital pour d'autres raisons. Si la grossesse n'est pas étrangère aux institutions hospitalières qui accueillent des femmes, leur état n'est que rarement la cause de leur séjour. C'est dans le double processus de médicalisation des hôpitaux et de captation masculine des savoirs sur l'accouchement que celui-ci devient un acte médical, qui trouve sa place en milieu hospitalier. À ce titre, les sages-femmes, figures féminines offrant un modèle de femmes soignantes complémentaire à celui des religieuses, sont finalement assez marginales dans les hôpitaux d'Ancien Régime avant la fin du XVIII^e siècle. Cette mise à l'écart des sages-femmes au profit des chirurgiens et médecins n'est pas sans rappeler le processus de relégation des sœurs apothicaires au profit d'apothicaires masculins et laïcs, mis en évidence dans le chapitre précédent. Dans les deux cas, la professionnalisation de la fonction s'accompagne d'une prise de pouvoir masculine de tâches jusqu'alors féminines, ainsi que de la relégation des femmes concernées, laïques ou religieuses, au rang d'assistantes des hommes détenteurs désormais exclusifs du savoir. On tracera un dernier lien entre ces deux types de savoirs – apothicaire et sage-femme – en soulignant que les accoucheuses qui officient avant cette réorganisation des tâches ne distinguent pas les tâches de pharmaciennes de celles d'accoucheuses, et sont d'ailleurs réputées pour les potions qu'elles fabriquent. En encadrant la profession de sage-femme, c'est notamment de ce savoir – rapidement résumé aux « funestes secrets » abortifs - que les autorités masculines privent les désormais approuvées et nettement moins subversives sages-femmes jurées.

6.3.4. Les débauchées des Refuges : Marie et Madeleine

Au détour des archives mentionnant femmes enceintes et accoucheuses, on décèle une population féminine déjà signalée dans ces pages : celles des « filles perdues », « débauchées » et autres « femmes de mauvaise vie ». À Paris, « les femmes d'une débauche & prostitution publique & scandaleuse »⁷⁴⁹ sont accueillies à l'hôpital Sainte-Pélagie, puis la Salpêtrière, tandis qu'à Clermont-Ferrand le Refuge fondé en 1666 veut « donner moyen de revenir de leur désordre » à « plusieurs filles et femmes, qui par leur prostitution et le désordre de leur vie, se trouvant rebutées et sans recours pour s'en tirer [...] continuèrent leur mauvaise vie »⁷⁵⁰. Au Puy-en-Velay, ces femmes sont enfermées dans une section de l'Hôpital Général⁷⁵¹, comme c'est aussi le cas à Montréal, dans une aile de l'établissement nommée « Jéricho »⁷⁵².

Les raisons qui amènent ces femmes à l'intérieur des murs des Refuges sont variées, mais reposent toutes sur un même principe : l'exposition publique de la sexualité féminine doit être réprimée. Prostituées arrêtées par la police, femmes impliquées dans une liaison extra-conjugale, voire dans une grossesse résultant d'une telle union, ont en effet toutes en commun d'exposer ce qui est interdit et de contredire publiquement le modèle de la femme chaste mis en valeur par l'Ancien Régime. Ce rapport à la sexualité différencie les « filles perdues » des autres pensionnaires des Hôpitaux Généraux. La forme que prend la répression de ces femmes est ainsi intéressante à observer dans la perspective du genre, puisqu'elles sont confiées à la garde de femmes vertueuses, les Hospitalières. Comment se côtoient les Marie et les Madeleine? Le comportement des unes influence-t-il celui des autres? Comment les relations de pouvoir opèrent-elles entre elles?

La crainte de voir l'attitude des filles perdues influencer le comportement des Hospitalières est présente au XVII^e siècle. Les congrégations de séculières, dont on a vu

⁷⁴⁹ « Règlement du 28 avril 1684 », *Code de l'Hôpital Général ou recueil des principaux édits, arrêts, déclarations & règlements qui le concerne, ainsi que les Maisons & Hôpitaux réunis à son Administration*, Paris, chez la Veuve Thiboust, 1786.

⁷⁵⁰ AD63/90H10 : *Établissement du refuge*, 1666.

⁷⁵¹ AD43/HSUP/HG Le Puy/2E04 : *Registre de délibérations, 1715-1789*, p.31

⁷⁵² ASGM /G6/2M4/Aa Divers/Fond Jéricho/Historique/1687-1944

qu'elles sont nombreuses à cette époque, et tout particulièrement dans la prise en charge des Hôpitaux Généraux, sont sujettes à plusieurs critiques. En effet, alors que des communautés religieuses en bonne et due forme peuvent se consacrer au soin des pauvres et des malades, comme le font par exemple les Augustines, elles n'en exigent pas moins de leurs membres des valeurs spirituelles élevées, et de leurs postulantes une dot, un trousseau, et un minimum d'éducation, comme les autres ordres féminins. Ce prix d'entrée permet aux Augustines de se constituer en une élite hospitalière, qui ne recrute que dans les classes les plus aisées. À l'inverse, les congrégations séculières, qui se distinguent par leurs vœux privés et une clôture redéfinie, suscitent la méfiance auprès des promoteurs de la Réforme Catholique – si Vincent de Paul parvient à faire officialiser les Filles de la Charité, d'autres fondateurs et fondatrices de congrégations rencontrent des difficultés à parvenir au même résultat⁷⁵³. Les conflits qui en résultent avec les autorités de tutelle inspirent la méfiance aux familles respectables : « Faute de dotation suffisante [...] ces établissements misérables à l'origine [...] n'attiraient guère. De plus, la perspective de soigner les contagieux, les prisonniers, de catéchiser les enfants pauvres, les prostituées, les secourir à domicile... ne rassurait pas les parents et indignait tous ceux qui répugnaient au déclassement social et à l'idée d'assister la "populace" »⁷⁵⁴. Il existe donc une hiérarchie entre les établissements soignants, au sommet de laquelle se trouvent les Hôtels-Dieu, desservis le plus souvent par des communautés comme celle des Augustines, et des établissements moins prestigieux, où les congrégations séculières sont légion. Cette volonté de se distinguer se retrouve par exemple dans le *Coutumier* des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, qui précise qu'« on ne se chargera jamais d'un hôpital général sous quelques prétextes que ce soit »⁷⁵⁵. La proximité sociale entre les séculières des Hôpitaux Généraux et les femmes qu'elles y accueillent renforce les suspicions concernant la dignité des religieuses sans clôture ni vœux solennels.

⁷⁵³ Élisabeth Rapley, *Les dévotes. Les femmes et l'Église en France au XVII^e siècle*, Montréal, Bellarmin, 1995, p. 39.

⁷⁵⁴ Marie-Claude Dinot-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France...* p. 236.

⁷⁵⁵ *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 4.

Dans les Refuges comme dans les autres établissements hospitaliers, le corps de la pénitente est marqué. Les cheveux coupés et l'adoption d'un uniforme destiné à dissimuler le corps, tout comme le suivi d'un règlement qui aligne les actions quotidiennes des pénitentes sur celles des Hospitalières⁷⁵⁶ donnent l'impression que l'objectif est de conformer l'aspect et le comportement des débauchées à ceux des religieuses. Pourtant, cette lecture résiste mal à un examen plus attentif des pratiques

La brièveté des séjours de la plupart des « débauchées » limite l'action de rééducation des Refuges. De nombreuses femmes y sont en effet enfermées à la suite d'une arrestation policière, et pour un temps prédéterminé. À Clermont-Ferrand, au cours du XVIII^e siècle, on trouve quelques mentions de femmes condamnées à deux à trois mois d'enfermement au Refuge pour prostitution, les peines s'accompagnant d'une injonction de bannissement⁷⁵⁷. Le règlement de la Salpêtrière prévoit quant à lui une aggravation des peines à chaque fois qu'une femme se trouve à nouveau condamnée à passer du temps entre les murs de la maison⁷⁵⁸. Ces allers et retours entre les murs du Refuge et la vie extérieure favorisent l'apport sans cesse renouvelé de femmes non encore « soignées ». Plus concrètement, celles qui arrivent apportent à l'intérieur de l'institution des nouvelles et informations qui rendent l'isolement des filles caduc. Les registres de délibérations de l'Hôpital Général du Puy-en-Velay nous informent ainsi qu'en 1724 « on a mis trois filles au Reffuge, lesquelles enseignoient à d'autres filles qu'il malversoint [sic] des remèdes contre leur grossesse »⁷⁵⁹. À la figure symbolique de la débauche s'ajoute le risque concret d'échange de savoirs réprouvés par les autorités religieuses et qui entrent en conflit avec les volontés natalistes des élites politiques. Enfin, les instigateurs des projets de rédemption émettent eux-mêmes des réserves sur les espoirs qui concernent ces femmes. Gaston de Renty adresse dès 1662 des conseils aux personnes qui souhaiteraient se consacrer à l'aide aux filles perdues. Le dévot distingue « les femmes qui font commerce des

⁷⁵⁶ AD63/90H3 : *Mémoire pour ce qui concerne la maison du Bon Pasteur*, 1888.

⁷⁵⁷ Claire Garnier, « Les Refuges, expression du patriarcat d'Ancien Régime? Analyse des demandes d'enfermement au Refuge de Clermont-Ferrand, XVIII^e siècle », *Cahiers d'histoire*, 30, 2 (2011) p. 103-113.

⁷⁵⁸ A/AP-HP/45 FOSS F/Salpêtrière : « Quant aux femmes et grandes filles valides qui sont dans l'hôpital [...] que les femmes reprises par 3 fois seront rasées dans la maison. [...] Que les femmes et les grandes filles grosses ne seront reçues qu'au terme de 7 mois sur le certificat de la sage-femme de l'Hôtel-Dieu. Et quant à celles qui reviendraient grosses plusieurs fois, elles seront rasées et sera pris l'avis du médecin s'il y a péril de les fustiger. signé : Leschassier et Loiseau. » 6 novembre 1662, p. 583.

⁷⁵⁹ AD43/HSUP/HD Le Puy/1 E 06 : *Registre de délibérations, 1714-1743*, 10 septembre 1724, f. 68.

produire des filles », les « filles abandonnées & dans les grands désordres » et les « filles qui ont péché par fragilité, ou surprise, & dont la faute est ou unique ou secrète, et qui n'ont pas encore entièrement perdu la pudeur ». Pour Renty, ces raisons justifient l'enfermement au Refuge, mais il nuance toutefois les espoirs de rédemption des femmes : « Pour les premières, elles sont incurables à cause des habitudes qui ont passé en nature, & du mal enraciné. Les secondes, difficiles à cause des habitudes à la volupté, & des engagements. Les troisièmes, faciles, à cause de la pudeur qui reste ». Non content de considérer certaines de ces femmes irrécupérables dès leur entrée dans le Refuge, il encourage les responsables de ces institutions à se méfier de « Celles qui demandent d'entrer en condition, ou d'être mariées, parce que l'un est périlleux, et l'autre presque impossible »⁷⁶⁰. Trop entachées par la débauche et l'immoralité, la majorité des femmes qui composent la population des Refuges se voient donc exclues de la possibilité d'échapper à leur condition, autrement qu'en demeurant à vie entre les murs de l'institution, sans pouvoir même accéder au rang d'Hospitalière⁷⁶¹.

Nous émettons ici l'hypothèse que l'imperméabilité des deux groupes de femmes fonctionne à l'avantage des Hospitalières séculières. Le caractère déviant de ces pensionnaires justifie lors des fondations des Refuges et des Hôpitaux Généraux que les Hospitalières les plus respectables s'en détournent. Or, il est intéressant de mettre en parallèle l'évolution du rôle des Hospitalières dans les Hôtels-Dieu et dans ces Hôpitaux Généraux et Refuges. Alors que l'on observe une progressive subordination des religieuses des Hôtels-Dieu aux soignants masculins – chirurgiens, médecins, apothicaires – rien de tel ne se produit dans les Hôpitaux Généraux. Si médecins ou chirurgiens apparaissent dans leurs archives, c'est à la marge du

⁷⁶⁰ Gaston de Renty, *Manière de pratiquer solidement et avec facilité les œuvres de piété*, Lyon, chez la veuve Carteron, 1662. Alors que Renty publie ses prescriptions concernant les filles de mauvaise vie en 1662, on constate une série de fondations de Refuges, notamment dans l'ouest de la France durant le XVII^e siècle (Angers en 1640, Clermont en 1666, mais aussi Rennes en 1673, Hennebont et Guingamp en 1676, Vannes en 1683) et on peut donc envisager que sa position est partagée par le courant dévot qui est impliqué dans la fondation et l'administration de telles maisons.

⁷⁶¹ En ce qui concerne le XVIII^e siècle, nos sources ne nous permettent pas de savoir ce qu'il advient précisément des femmes une fois qu'elles sont entrées dans les Refuges, et encore moins ce qui arrive à celles qui en sortiraient. L'article de Christophe Regina sur le Refuge d'Aix-en-Provence au XVIII^e siècle met en lumière quelques cas de sorties du Refuge de femmes graciées par le Roi ou graciées par leur famille (plus rare) et fait état d'une demande en mariage. L'auteur souligne pourtant bien que c'est la réclusion à vie qui concerne la majorité des cas. Christophe Regina, « Brimer les corps, contraindre les âmes : l'institution du Refuge au XVIII^e siècle, l'exemple d'Aix-en-Provence, 1700-1787 », *Genre & Histoire*, 1 (2007).
[en ligne] URL : <http://genrehistoire.revues.org/index97.html> (consulté le 05 novembre 2010).

fonctionnement de telles institutions, lorsqu'il s'agit de questions médicales : un certificat de bonne santé à Clermont-Ferrand joint au dossier d'enferment au Refuge⁷⁶². Nous postulons qu'en plus de cette évolution qui donne aux Hospitalières des Hôpitaux Généraux plus d'autonomie qu'à leurs homologues des Hôtels-Dieu, elles accèdent au cours de la période étudiée à un statut de plus en plus valorisé. En incarnant une figure repoussoir, ces dernières garantiraient une distance symbolique confortable entre les « débauchées » et les Hospitalières, soulignant leur dignité. En effet, le cœur de l'action des Hôpitaux Généraux et des Refuges n'est pas médical, mais moral.

Or, au cours du XVIII^e siècle s'établit une définition renouvelée de la vertu féminine. Miroir d'une vertu masculine qui s'exerce dans le domaine public et politique, la vertu féminine se manifeste dans la sphère privée et repose largement sur l'idée de la chasteté⁷⁶³. Le rôle social des femmes est ainsi lié au contrôle de leur sexualité, ainsi qu'à leur effacement de l'espace public. Les Refuges s'inscrivent dans la définition de cette féminité morale, en tant que lieu qui retire de l'espace public les femmes qui y affichent leur non-respect de cette chasteté. Or, parce que les Refuges travaillent à la mise en application de cette vertu féminine, et que leurs agents sont des femmes qui incarnent elles-mêmes cette définition de la vertu, ce rôle ne leur est pas disputé. En investissant le domaine de la morale plutôt que celui du soin du corps, les Hospitalières séculières, reléguées à la prise en charge du public « déviant » des Hôpitaux Généraux et des Refuges, acquièrent la respectabilité qui leur fait défaut dans les années post-tridentines, et échappent au phénomène de masculinisation des Hôtels-Dieu, effet corolaire de leur médicalisation. La progressive séparation des Refuges des Hôpitaux Généraux que l'on observe au XIX^e siècle⁷⁶⁴ signale l'éloignement de ces séculières du monde médical pour celui de la morale, comme une continuité entre mission religieuse et moralité.

⁷⁶² AD63/90H8 : *Attestation du chirurgien Borrit*.

⁷⁶³ Marisa Linton, « Virtue Rewarded ? Women and the Politics of Virtue in 18th-Century France. Part I », *History of European Ideas*, 25 (2000), p. 40.

⁷⁶⁴ Françoise Tétard, Claire Dumas, *Filles de justice, du Bon Pasteur à l'éducation surveillée, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Beauchesne-ENPJJ, 2009.

Conclusion

Structurant la société d'Ancien Régime, le genre préside à l'organisation des institutions hospitalières. Les distinctions entre personnels soignants et patients, entre laïcs et religieux, doivent être superposées aux identités de genre. Malgré des idéaux de décence qui encouragent les Hospitalières à ne recevoir que des femmes, les établissements soignants de notre enquête accueillent un public mixte par nécessité, et embauchent un personnel mixte pour assurer au mieux le soin de ces individus des deux sexes.

Parce que le corps est à la fois l'outil par lequel la société d'Ancien Régime définit l'appartenance aux genres masculins et féminins, et l'objet sur lequel s'exercent les pratiques soignantes et hospitalières, c'est autour du soin du corps que la question non seulement de l'identité sociale du genre, mais aussi de la sexualité, se pose initialement dans la relation soignants-soignantes/patients-patientes. Nous avons ainsi montré que c'est le fait de toucher le corps du sexe opposé qui est l'objet de défiance et suscite plusieurs précautions, qu'il s'agisse de religieuses soignant des hommes – signifiant ainsi que les représentations sociales attachées au genre ne disparaissent pas avec la condition malade – ou de médecins et chirurgiens travaillant avec acharnement au cours des XVII^e et XVIII^e siècles pour s'approprier le seul rôle légitime d'accoucheurs⁷⁶⁵.

Il est intéressant de voir les relations de genre agir à différents paliers de l'organisation hospitalière. Alors que le genre est invoqué pour éloigner patient-e-s et soignant-e-s de sexe opposé, c'est le même argument qui justifie la progressive mise sous tutelle masculine des femmes soignantes. Le phénomène se produit discrètement avec l'augmentation du personnel de salle masculin et la disparition de salles de soin où seules les femmes dirigent les opérations. Le même mouvement met les sœurs apothicaires sous tutelle des apothicaires masculins et place les sages-femmes sous l'autorité des chirurgiens. Leur rôle spirituel déjà partagé avec les aumôniers et hommes d'Église, les Hospitalières voient leur autorité soignante remise en cause dans les Hôtels-Dieu et, plus largement, le rôle soignant des femmes est renvoyé aux marges de l'activité. La division genrée du travail dans l'espace hospitalier assure ainsi, logiquement, la subordination des femmes aux hommes, y compris

⁷⁶⁵ Elsa Dorlin, *La Matrice de la race...*, p. 137.

dans ce domaine du soin. L'importance de l'Hôtel-Dieu de Paris dans la mise en place d'un nouveau modèle hospitalier, et les conflits qui s'y déroulent entre les chirurgiens et médecins – tenants du nouveau modèle – et les Augustines – actrices de l'Ancien Régime – colore l'historiographie de cette période, qui accorde une grande importance à ces tensions⁷⁶⁶. Pourtant, alors que ces conflits sont l'occasion de souligner les limites de la formation médicale des Hospitalières ou leur méconnaissance des principes d'hygiène qui commencent à se mettre en place, il nous semble important de souligner la dynamique de genre qui se superpose à ces rivalités. En effet, la reconnaissance de la formation des chirurgiens, comme de celle des apothicaires, se fait dans un contexte où seuls les hommes peuvent y accéder. Ainsi, la valorisation de leurs compétences nouvelles, au détriment du travail des Hospitalières, est une manière de masculiniser le monde médical, les femmes ne pouvant officiellement acquérir que des connaissances moins approfondies, les destinant à des places subalternes. Toutefois, tout au long de la période – et même au-delà⁷⁶⁷ –, elles conservent dans les différents établissements un rôle important, notamment dans la direction du personnel soignant, tout particulièrement en Nouvelle-France puis au Québec où l'implication de l'Église dans les hôpitaux ne faiblit pas.

C'est en s'éloignant du rôle médical, et en poursuivant l'action morale, que les Hospitalières parviennent à se placer dans un espace non contesté par les hommes. Il est alors intéressant de souligner que c'est notamment par la prise en charge des femmes « débauchées » que s'effectue ce renforcement du pouvoir des Hospitalières. Le contraste entre deux manières d'adhérer à un modèle de féminité, l'une se plaçant sur le terrain de la morale et de la vertu, l'autre sur celui de l'expression de la sexualité incontrôlable, joue en faveur des premières. On peut ainsi constater une hiérarchie à l'intérieur de la catégorie « femmes ». C'est en participant à la punition genrée des femmes déviantes que certains groupes d'Hospitalières parviennent à délimiter pour eux-mêmes un territoire de respectabilité.

⁷⁶⁶ Marie-Claude Dinot-Lecomte, *Les sœurs hospitalières en France...*, p. 348.

⁷⁶⁷ Charlotte Butez, « L'institution et ses personnels jusqu'en 1940 », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 114-143.

Les institutions hospitalières ne sont donc pas indifférentes au genre des individus qui y circulent, qu'ils y soient soignants/soignantes ou patients/patientes, et les rapports de pouvoirs entre hommes et femmes accompagnent l'évolution des établissements soignants de l'époque moderne. La disposition des pauvres et des malades dans les établissements soignants constitue également une manière de séparer au mieux hommes et femmes : c'est l'analyse de l'espace hospitalier, que nous proposons de conduire dans le chapitre suivant, qui constitue l'outil le plus pertinent pour la compréhension du fonctionnement des institutions hospitalières d'Ancien Régime.

Chapitre 7. L'Hôpital d'Ancien Régime, un espace marqué par des pouvoirs variés

Simultanément projets politiques et outils stratégiques d'action religieuse, les institutions hospitalières d'Ancien Régime sont aussi, et peut-être avant tout, des lieux physiques. Aussi différentes que soient les archives que nous avons pu utiliser selon les régions de notre enquête, la description des bâtiments, et parfois leurs plans architecturaux, nous sont apparues comme une source essentielle à la compréhension des pratiques hospitalières. À partir de ces sources, nous voulons mettre en évidence dans ce dernier chapitre la manière dont les différents pouvoirs qui s'exercent dans les hôpitaux et sur les corps coexistent au sein d'un espace commun.

L'analyse des espaces fait l'objet d'études en sociologie, ainsi que dans certaines branches de l'histoire de l'architecture. Dans le sillage d'Émile Durkheim et de Marcel Mauss⁷⁶⁸, une sociologie des espaces se développe dans la première partie du XX^e siècle qui fait de l'espace et du temps des notions socialement construites, exprimant « les sociétés mêmes au sein desquelles elles se sont élaborées »⁷⁶⁹. Concevoir l'espace comme une production sociale amène à analyser les lieux dans lesquels vivent les individus et la manière dont ils en usent. Norbert Elias, dans *La société de cour*, reprend cette conception de l'espace comme « reflet » des structures sociales⁷⁷⁰. Dans cette perspective, l'environnement bâti constitue la traduction matérielle d'idées.

⁷⁶⁸ Émile Durkheim, Marcel Mauss, « De quelques formes primitives de classification : contribution à l'étude des représentations collectives », *Année Sociologique*, 6 (1903), Classiques UQAC, [en ligne] URL : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/essais_de_socio/T7_formes_classification/formes_classification.html (consulté le 6/03/2015).

⁷⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁷⁰ « S'il est vrai que le genre ou le type de ces rapports [d'interdépendance entre unités d'humains] ne saurait s'exprimer d'une manière essentielle et exhaustive par des catégories spatiales, ces dernières ont toujours *aussi* une signification précise. Car à toute "réunion" d'être humains répond une certaine organisation de l'espace leur permettant de se retrouver sinon dans leur totalité du moins par unités partielles. C'est pourquoi le reflet d'une unité sociale dans l'espace, le type de son organisation spatiale, représente d'une manière concrète, au sens le plus strict du terme, ses particularités. Envisagée sous cet angle, l'habitation des hommes de cour nous donne une

L'hypothèse selon laquelle les lieux sont eux-mêmes producteurs de pratiques est plus récente. Lindsay Prior, dans une synthèse critique de l'histoire de l'architecture hospitalière⁷⁷¹, en attribue les premières analyses à Erving Goffman, qui montre dans ses travaux sur les asiles comment les corps des enfermés s'adaptent aux lieux⁷⁷². Ces deux visions, celle de l'espace comme « manière dont les sociétés et cultures se concrétisent dans le monde réel »⁷⁷³ d'une part, et celle de l'espace comme outil de création de pratiques sociales d'autre part⁷⁷⁴, s'opposent traditionnellement, mais il nous semble plus pertinent de les combiner. En effet, aucune des deux ne permet de saisir complètement la manière dont l'espace structure les relations sociales, à moins de les voir comme les deux faces d'une même pièce et de concevoir l'espace à la fois comme produit et producteur des pratiques sociales⁷⁷⁵.

Dans le cadre de notre étude, il est nécessaire de prendre en compte non seulement les visions qui s'expriment à travers des plans d'hôpitaux projetés, tracés par des architectes qui, tout en s'adaptant aux besoins des établissements, traduisent les idéaux hospitaliers de leur époque, mais aussi la manière dont les établissements sont construits et habités. L'évolution architecturale des hôpitaux d'Ancien Régime se déroule sur un temps long. L'investissement financier que représente la construction d'un nouveau bâtiment de l'ampleur d'un hôpital n'est pas pris à la légère. Il ne s'effectue généralement que dans les cas d'absence de bâtiments – par exemple en Nouvelle-France –, de destruction des édifices précédents à la suite d'un incendie, ou encore d'inadaptation criante des lieux jusque là utilisés.

idée sûre et claire de certaines relations sociales caractéristiques de la société de cour »; Norbert Elias, *La société de cour*, Paris, Calmann-Levy, (1969) 1974, p. 182.

⁷⁷¹ Lindsay Prior, « The Architecture of the Hospital : A Study of Spatial Organization and Medical Knowledge », *The British Journal of Sociology*, 39, 1 (1988), p. 86-113.

⁷⁷² Erving Goffman, Robert Castel, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de minuit, 1968.

⁷⁷³ Bill Hilier, cité dans François Duffaux, Jérémie Bisson, *Le monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec. Une recherche sur la logique spatiale des bâtiments*, Québec, École d'Architecture de l'Université Laval, oct. 2008, p. 12.

⁷⁷⁴ C'est l'approche que présente Annmarie Adams en introduction de son ouvrage *Medicine by Design* : « In perhaps the most direct attempt to analyse medical building as artifacts of medical history, historian J.T.H Connor has illustrated how particular spaces, like the operating room, or building types, like the general hospital, the asylum, or even the physician's office, can illuminate significant stages in the history of medicine ». Annmarie Adams, *Medicine by Design. The Architect and the Modern Hospital, 1893-1943*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2008, p. xxi.

⁷⁷⁵ Lindsay Prior, « The Architecture of the Hospital : A Study of Spatial Organization and Medical Knowledge ... », p. 91.

La question de l'inadaptation des bâtiments reflète le fait que les pratiques évoluent à l'intérieur de bâtiments qui restent identiques. De plus, même lors de décisions de constructions architecturales nouvelles, les édifices ne sortent pas de terre rapidement, et sont parfois occupés avant d'être achevés, ce qui suppose là encore des adaptations. Ainsi, c'est plutôt la manière dont ces espaces « inadaptés » ou inachevés sont utilisés par la population hospitalière qui permettrait de saisir les pratiques sociales et leur évolution. Les sources ne nous permettent malheureusement pas une approche aussi précise, mais nous pouvons toutefois discerner certaines évolutions à travers la modification ou l'adjonction de bâtiments en complément du corps principal. L'accumulation de salles nouvelles et de bâtiments connexes traduit en effet l'évolution des besoins en matière d'effectifs, mais aussi des conceptions hospitalières des différentes époques de construction⁷⁷⁶. De plus, avoir connaissance des pièces qui composent les hôpitaux, et de leur agencement les unes par rapport aux autres, nous permet, dans une approche similaire à celle Bourdieu dans son analyse de la maison kabyle, de déterminer ce que signifie cet agencement, et ce que l'on peut en déduire des pratiques hospitalières⁷⁷⁷.

On gardera en tête que, alors que les schémas architecturaux auxquels nous nous référerons dans les pages suivantes montrent un espace hospitalier idéalement ordonné, la réalité est selon toute probabilité plus complexe. Enfin, soulignons que les incendies, les reconstructions subséquentes, ou encore les ajouts de pavillons aux bâtiments préexistants, ne sont pas sans effets sur le fonctionnement habituel de l'hôpital : la circulation des ouvriers nécessite ainsi un ajustement de la clôture ainsi que des espaces genrés dans l'hôpital.

Nous présenterons dans un premier temps les établissements de notre enquête pour lesquels nous disposons de sources adéquates. À l'aide de la typologie définie dans *Patrimoine*

⁷⁷⁶ Alexandra Weber, « Modélisation de l'espace hospitalier au XVII^e siècle à travers l'exemple bourguignon », dans Georges Viard (dir.) *Soins des corps, soins des âmes, Médecine et assistance en France et en Nouvelle-France au XVIII^e siècle*, Langres, Société archéologique de Langres, 2010, p. 112.

⁷⁷⁷ Pierre Bourdieu, « La domination masculine », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 84 (1990), p. 2-31 [en ligne] URL : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1990_num_84_1_2947 (Consulté le 8 mars 2015); Pierre Bourdieu, « La maison Kabyle ou le monde renversé » dans Jean Pouillon et Pierre Maranda (éd.) *Échanges et communications. Mélanges offerts à Claude Lévi-Strauss à l'occasion de son 60^e anniversaire*, Paris/La Hague, Mouton, 1970, p. 739-758.

*hospitalier : un parcours à travers l'Europe*⁷⁷⁸, nous proposons de déterminer la nature des hôpitaux étudiés, en tentant de montrer comment ces différents modèles architecturaux correspondent chacun à un contexte historique et géographique particulier. Nous confronterons ensuite les hypothèses des chapitres précédents à cette reconstitution spatio-temporelle des espaces hospitaliers en posant notamment les questions suivantes : comme la prise en compte du genre se traduit-elle dans l'espace hospitalier? Comment cohabitent religion et prémices de la médicalisation?

7.1. Typologie des espaces hospitaliers

7.1.1. Les hôpitaux dans les villes

L'hôpital d'Ancien Régime est-il situé au cœur des villes ou plutôt en périphérie urbaine? Nous avons évoqué brièvement, dans les premières pages de cette thèse, la diversité des édifices soignants et leur difficulté à se conformer à un idéal hospitalier⁷⁷⁹. En effet, devant remplir à la fois le rôle de couvent pour les religieuses, d'hôpital pour les malades et, jusqu'à un certain point, de lieu d'enfermement aux yeux des autorités laïques, les bâtiments hospitaliers se trouvent chargés de missions diverses difficilement conciliables en un seul lieu. En tant que couvents d'Hospitalières, les maisons religieuses devraient se conformer aux prescriptions que dresse Charles Borromée pour le monastère féminin post-tridentin idéal. Comme le résume Gabriella Zarri, « loin des édifices religieux masculins, des tours et murs de la ville, d'édifices plus élevés d'où les moniales pourraient être vues; séparé des places, marchés et lieux fréquentés ou bruyants; situé néanmoins dans une position évidente et non pas dissimulée. Un site qui permettrait en somme l'isolement et le recueillement sans être séparé de la ville où les monastères féminins devraient être une présence visible »⁷⁸⁰. Une bâtisse visible, mais des religieuses invisibles, voilà des consignes en accord avec ce que nous

⁷⁷⁸ Assistance publique-Hôpitaux de Paris, *Patrimoine hospitalier. Un parcours à travers l'Europe*, Paris, Monum, 2001.

⁷⁷⁹ Chapitre 2 : « 2.3.3. Direction des Hospitalières »

⁷⁸⁰ Gabriella Zarri, « La clôture des religieuses et les rapports de genre dans les couvents italiens (fin XVI^e-début XVII^e siècles) », *CLIO*, 26 (2007), p. 39.

avons pu déterminer des pratiques religieuses hospitalières, ainsi que des attentes des autorités municipales à leur endroit.

Toutefois, cette situation au cœur des villes ne va pas sans poser problème. Les craintes de la contagion notamment amènent les villes d'Ancien Régime à repousser autant que possible les hôpitaux à leur périphérie à partir du XVIII^e siècle⁷⁸¹. Il est également plus aisé de bâtir un nouvel hôpital en bordure de la ville qu'en son centre, ne serait-ce que pour des raisons de disponibilités des terrains. Certains de nos établissements hospitaliers sont toutefois situés en plein cœur de la ville, ce qui s'explique par leur longévité. En effet, l'Hôtel-Dieu de Paris, construit au XII^e siècle, est progressivement intégré dans une ville qui s'étend autour de lui, le plaçant au XVII^e siècle en son cœur. À Clermont-Ferrand, la construction de l'Hôtel-Dieu Saint-Barthélemy, plus récente, est achevée en 1571⁷⁸². Situé à l'entrée de la ville, l'hôpital est construit à l'intérieur des remparts⁷⁸³, et demeure en usage jusqu'en 1773, moment où l'activité de l'Hôtel-Dieu est déplacée dans de nouveaux bâtiments, situés cette fois en bordure de la cité⁷⁸⁴. À l'extérieur des remparts, ce nouvel édifice dispose d'assez d'espace pour répondre aux préoccupations hygiénistes et médicales de l'époque, il se trouve au sud de la cité, c'est-à-dire sous les vents dominants, de manière à éviter la diffusion des odeurs et des miasmes sur le reste de la population⁷⁸⁵.

Il existe donc des projets de constructions neuves en métropole, mais c'est particulièrement en Nouvelle-France qu'elles sont les plus fréquentes. Surtout, elles se produisent dès 1639, c'est-à-dire au début de notre période d'étude, alors que notre corpus métropolitain ne fait mention de projets de constructions ou de reconstructions hospitalières d'envergure que dans la seconde moitié du XVIII^e siècle. Bien que la vague de fondation des

⁷⁸¹ Cécile Flourey-Buchalin, « Assainir et protéger le corps de la ville. L'émergence de la santé publique à Lyon au XVII^e siècle », *Chrétiens et sociétés* [en ligne] URL : <http://chretienssocietes.revues.org/602> (consulté le 07 mars 2015).

⁷⁸² Jean-Luc Fray, « Des origines hospitalières à la fondation de l'Hôtel-Dieu », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 39.

⁷⁸³ Voir annexe 13 : « Localisation des hôpitaux de la ville de Clermont-Ferrand »

⁷⁸⁴ Philippe Bourdin, « Le nouvel Hôtel-Dieu de 1773 à l'Empire », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand...* p. 62.

⁷⁸⁵ *Ibid.*, voir aussi Annexe 13 « Localisation des hôpitaux de la ville de Clermont-Ferrand ».

Hôpitaux Généraux se déroule dans la seconde moitié du XVII^e siècle, ceux de notre enquête s'installent dans des bâtiments préexistants, à l'exception de l'Hôpital Général de Montréal, fondé en 1693. À Québec comme à Montréal, l'Hôtel-Dieu est situé aussi dans l'enceinte de la ville, à l'intérieur des fortifications à cause des guerres iroquoises⁷⁸⁶. On note par ailleurs que la faible densité de la population permet aux deux établissements d'être entourés de vastes jardins, ce qui n'est pas le cas, par exemple, de l'Hôtel-Dieu de Saint-Barthélemy à Clermont-Ferrand, ni de l'Hôtel-Dieu de Paris. De plus, l'espace qui entoure les premières constructions permet d'ajouter de nouvelles ailes à l'hôpital sans pour autant le priver de ses jardins⁷⁸⁷. Cette description de l'Hôtel-Dieu de Québec au milieu du XVIII^e siècle confirme l'isolement relatif dont jouissent les malades de la colonie :

La place de cet hôpital est très bien située dans un coin de la haute ville de Québec où on respire un très bon air, séparé de tous les côtés des maisons voisines, par des cours, des jardins, et par des rues ce qui a plusieurs avantages. Le premier c'est qu'on est toujours en paix avec ses voisins. Le second c'est que les malades sont dans cet hôpital ainsi bâti, et situé, sont éloignés du bruit et du tumulte, ce qui est une grande satisfaction pour eux et leur donne beaucoup de tranquillité⁷⁸⁸.

Cette construction d'un Hôtel-Dieu hors de la ville demeure néanmoins exceptionnelle pour notre cadre d'étude et s'explique par les particularités coloniales. Ce sont surtout les Hôpitaux Généraux, créations de l'époque moderne, qui s'établissent en périphérie des villes. À ceux-ci s'ajoutent les hôpitaux des contagieux, que les villes tentent de maintenir éloignés de la population. À Clermont-Ferrand, le plan dit de la cour des Aides⁷⁸⁹ nous permet de localiser l'Hôpital Général, fondé en 1658, à l'extérieur des remparts. À Paris, alors que l'Hôtel-Dieu se trouve en plein cœur de la ville, on remarque que les établissements qui ont

⁷⁸⁶ Voir Annexes 14 « Localisation des hôpitaux de la ville de Québec » et 12 « Localisation des hôpitaux de la ville de Montréal ».

⁷⁸⁷ En ce qui concerne Montréal, on fait ici référence à l'Hôtel-Dieu comme bâtiment indépendant de la maison de Jeanne Mance. Celle-ci tient en effet lieu d'Hôtel-Dieu pendant les 12 premières années de la présence française sur l'île de Montréal. À partir de 1659, les Hospitalières de Saint-Joseph de la Flèche et Jeanne Mance disposent d'un bâtiment spécifiquement dédié à leur œuvre, quoiqu'attaché à la maison de la fondatrice. Voir Robert Lahaise, *Les édifices conventuels du Vieux Montréal : aspects ethno-historiques*, Québec, Hurtubise HMH, 1980, p. 25-28.

⁷⁸⁸ *Mémoire concernant le rétablissement de l'hôtel dieu de Québec, c. 1755*, cité dans Renald Lessard, *Se soigner au Canada au XVII^e et XVIII^e siècles*, Hull (Québec), Musée Canadien des Civilisations, 1989, p. 51.

⁷⁸⁹ Voir annexe 13 : « Localisation des hôpitaux de la ville de Clermont-Ferrand »

été attribués à l'Hôpital Général lors de sa fondation en 1656 sont pour la plupart situés eux aussi dans la cité. Des constructions plus récentes se font néanmoins dans la campagne environnante : l'hôpital Saint-Louis, construit entre 1607 et 1612 hors de la ville et au nord, pour recevoir les pestiférés, ainsi que la maison de la Salpêtrière qui est quant à elle érigée à partir de 1656 sur l'emplacement d'une ancienne poudrière, au sud-est de la ville⁷⁹⁰. Ces deux établissements jouissent ainsi d'une situation proche de l'idéal : hors de la ville, avec l'espace nécessaire pour construire des bâtiments neufs, et un accès aisé à l'eau en ce qui concerne la Salpêtrière. À Montréal, l'Hôpital Général, alors sous la charge de la congrégation des frères Charon, est construit à l'extérieur des remparts de la ville dès 1694. Lorsque les Sœurs Grises de Marguerite d'Youville en prennent la tête en 1749, un des premiers investissements de la communauté consiste en la construction d'un imposant mur de pierre qui entoure l'hôpital et ses dépendances, de manière à protéger les Hospitalières et les pauvres des dangers extérieurs, notamment les guerres et les crues du fleuve. À Québec, l'installation des Augustines désignées pour prendre en charge l'Hôpital Général se fait dans l'ancien couvent des Récollets, acheté par Mgr de Laval en 1692, dont les travaux se poursuivent jusqu'en 1700. Construit dès 1615, le couvent, excentré, dispose de jardins qui garantissent un espace important aux Hospitalières et aux pauvres. La recherche d'espace permet à la fois de prévoir des agrandissements architecturaux et d'assurer un « air pur » qui relève de la thérapeutique de la fin de l'Ancien Régime. Les considérations sanitaires prennent ainsi le dessus sur les exigences religieuses exposées plus haut, puisque l'on s'attache idéalement à installer les nouveaux établissements soignants en périphérie de la ville. Ce sont toutefois les impératifs financiers qui priment, et on remarque dans notre corpus au moins un cas d'institution soignante installée dans des bâtiments conçus pour un autre usage – l'Hôpital Général de Québec installé dans le couvent des Récollets –, ou encore des établissements devenus trop exigus, dans lesquels l'activité soignante se poursuit, faute de mieux, comme c'est le cas à Clermont-Ferrand dans l'Hôtel-Dieu Saint-Barthélemy. On soulignera enfin que, alors que l'idéal sanitaire incite à repousser les institutions soignantes à leur périphérie, les villes de

⁷⁹⁰ Voir annexe 15 : « Localisation des hôpitaux de Paris »; voir aussi Louis Boucher, *La Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790, ses origines et son fonctionnement au XVIII^e siècle*, Paris, 1883.

l'époque moderne sont en perpétuelle expansion, ce qui après quelques décennies finit par insérer définitivement les hôpitaux dans le tissu urbain⁷⁹¹.

7.1.2. Formes des hôpitaux

Tout comme l'emplacement qu'ils occupent dans les villes, la forme des bâtiments et leur organisation traduisent une tension entre des idéaux religieux, des impératifs sanitaires et des contraintes matérielles. À l'aide d'une typologie des édifices hospitaliers empruntée aux études architecturales⁷⁹², nous proposons dans un premier temps de classer les établissements de notre enquête, en prenant en compte les lieux et les périodes où ils sont construits et/ou utilisés. Cette approche permet de mettre en évidence que l'évolution de l'architecture hospitalière d'Ancien Régime n'est pas uniforme, et que les établissements répondent à des logiques différentes selon le territoire où ils sont implantés.

7.1.2.1. Les hôpitaux neufs

L'ouvrage *Patrimoine hospitalier, un parcours à travers l'Europe*⁷⁹³ publié par l'Assistance Publique et Hôpitaux de Paris, définit neuf types de bâtiments hospitaliers qui incarnent les évolutions des conceptions hospitalières de la période médiévale à nos jours. Quatre modèles entrent dans notre cadre chronologique, ceux de la « halle médiévale », de la « maison hospitalière », du « plan en damier » ou « grille » et, enfin, du « palais hospitalier »⁷⁹⁴.

Dans le cas du modèle dit de la « halle médiévale », les patients sont tous placés dans une même pièce et leurs lits sont orientés de manière à ce que chacun puisse voir un autel. C'est dans ce modèle que la dimension religieuse de l'hôpital est la plus visible; la disposition

⁷⁹¹ Jeremy Whitehand, « Urban Fringe Belt. Development of an Idea », *Planning Perspectives*, 3, 1 (1988), p. 47-58.

⁷⁹² Assistance publique-Hôpitaux de Paris, *Patrimoine hospitalier...*

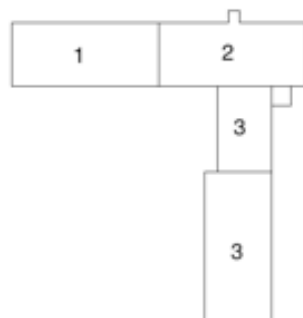
⁷⁹³ *Ibid.*

⁷⁹⁴ Annexe 16 « Typologie des modèles hospitaliers ».

est la même qu'une chapelle, les lits remplaçant les bancs. L'Hôtel-Dieu de Québec en constitue l'exemple le plus net, comme on peut le voir sur la figure 1 : l'unique salle des malades est accolée à la chapelle. Un regard à l'intérieur de cette salle confirme l'organisation en direction de la chapelle :

À l'Hôtel-Dieu de Québec, par exemple, la salle des malades est simple et dépouillée et donnant sur une chapelle généreusement éclairée et richement décorée : dans son dénuement, la salle symbolise le passage sur la terre, cette vallée de larmes, tandis que la chapelle, au contraire, préfigure le paradis, étape ultime de la vie, fin à espérer et à gagner. Les lits sont disposés de chaque côté de la salle, la tête donnant sur la muraille, les pieds vers l'allée centrale. Cet aménagement apparaît encore comme tel sur les stéréogrammes captés en 1877. Puisque la salle des hommes, contrairement à celle des femmes, ne donne pas directement sur la chapelle, on y a aménagé un autel qui dessert aussi les malades de la chambre des officiers. Les trois tableaux que l'on suspend en alternance au-dessus de cet autel évoquent la miséricorde divine et le mystère de la Rédemption⁷⁹⁵.

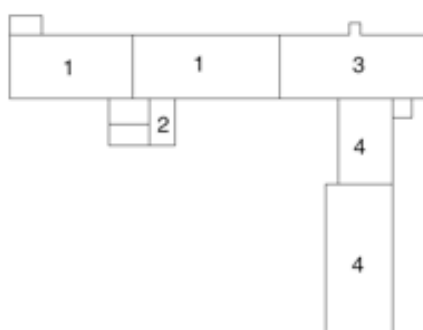
⁷⁹⁵ Brigitte Violette, « Guérir le corps et sauver l'âme : les religieuses hospitalières et les premiers hôpitaux catholiques au Québec. », dans Christina Bates, Dianne Dodd, Nicole Rousseau (dir.), *Sans frontières. Quatre siècles de soins infirmiers*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2005, p. 61.



1658

Reproduction du modèle de la « halle médiévale »

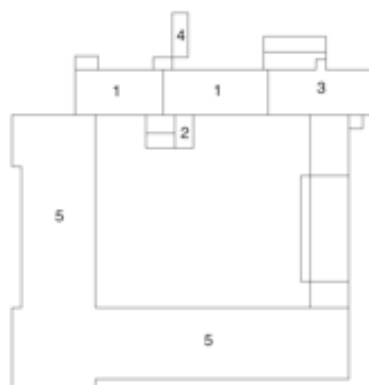
- 1 – salle des malades
- 2 – Chapelle
- 3 – Monastère



1698

Extension des bâtiments, ajout d'une salle pour les malades et d'une apothicairerie

- 1 – salle des malades
- 2 – Apothicairerie
- 3 – Chapelle
- 4 – Monastère



1739

Forme de la « maison hospitalière »

- 1 – Salle des malades
- 2 – Apothicairerie
- 3 – Chapelle
- 4 – logement des domestiques
- 5 – Monastère

Figure 1 - Évolution architecturale de l'Hôtel-Dieu de Québec⁷⁹⁶

⁷⁹⁶ D'après François Rousseau, *La Croix et le scalpel. Histoire des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec, t.1 : 1638-1892*, Sillery, Septentrion, 1989, p. 64-65.

On retrouve cette même organisation dans le *Coutumier* daté de 1688, en usage à l'Hôtel-Dieu de Montréal, qui mentionne qu'« on tachera de disposer tellement les salles des malades, qu'ils puissent de leurs lits voir le Prêtre à l'autel au travers d'un balustre; s'il ne se peut, il y aura un autel en haut des salles, d'où on pourra voir le Prêtre qui célébrera la messe, principalement aux Fêtes et Dimanches, afin que les malades ne soient pas privés de cette consolation »⁷⁹⁷. Comme la figure 2 le met en évidence, l'Hôtel-Dieu de Montréal obéit à ce même modèle de la halle médiévale. La séparation entre la salle des malades et l'espace des Hospitalières est dans ce cas matérialisé par l'église. Cette organisation s'apparente à celle de nombreux couvents où la chapelle se situe à la limite de la clôture, de manière à accueillir à la fois les membres de la communauté religieuse et les gens du dehors. Il s'agit donc d'un modèle classique de l'architecture religieuse, adapté au fonctionnement hospitalier. Toutefois, en formant plusieurs cours autour de ce corps central, certaines pour les pauvres et malades, les autres pour les religieuses et/ou les domestiques, ces mêmes bâtiments manifestent une prise en compte des évolutions hospitalières en matière architecturale puisqu'elles s'approchent du modèle de l'hôpital en « grille » que nous aborderons plus tard.

⁷⁹⁷ « Des bâtiments », *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), p. 11.

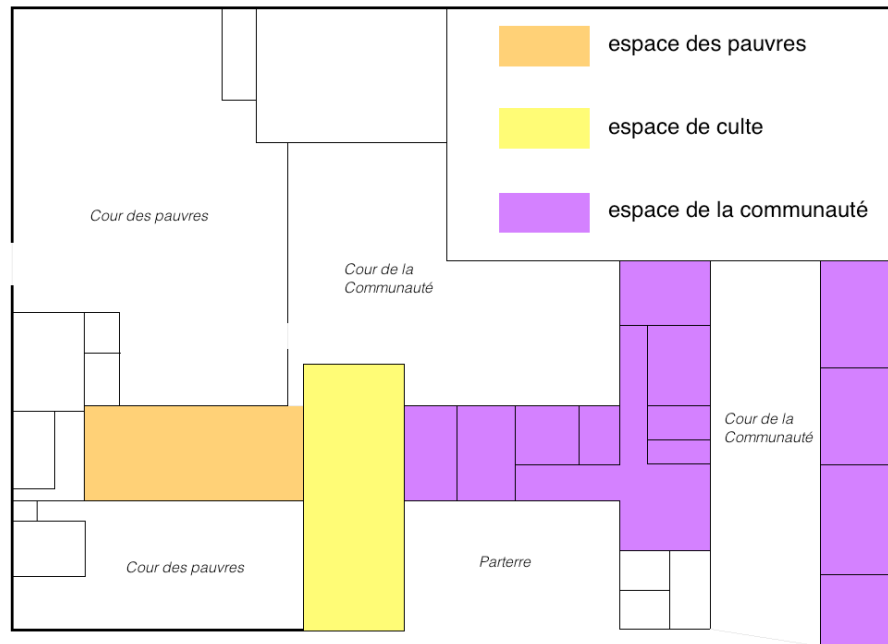


Figure 2 - Organisation de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1695⁷⁹⁸

Cette forme d'architecture médiévale caractérise particulièrement les établissements de Nouvelle-France. La documentation portant sur les premières années de construction des hôpitaux est disponible, et la forme de ces premiers hôpitaux est nettement visible sur les cartes des villes de Nouvelle-France. En métropole, l'ancienneté des établissements hospitaliers, et les agrandissements successifs qu'ils ont pu subir, rendent plus difficile la lecture des bâtiments. Nous relevons néanmoins que quelques établissements parisiens correspondent à ce modèle architectural qui accorde une place centrale à la chapelle. La maison Sainte-Pélagie, où sont enfermées les femmes de mauvaise vie, ou encore l'hôpital Saint-Jacques, obéissent à ce modèle, avec leur clocher accolé à la salle des pauvres et malades.

⁷⁹⁸ D'après le plan de Gédéon de Catalogne, reproduit dans Robert Lahaise *Les édifices conventuels du Vieux Montréal : aspect ethno-historiques*, Québec, Hurtubise HMH, p. 21.

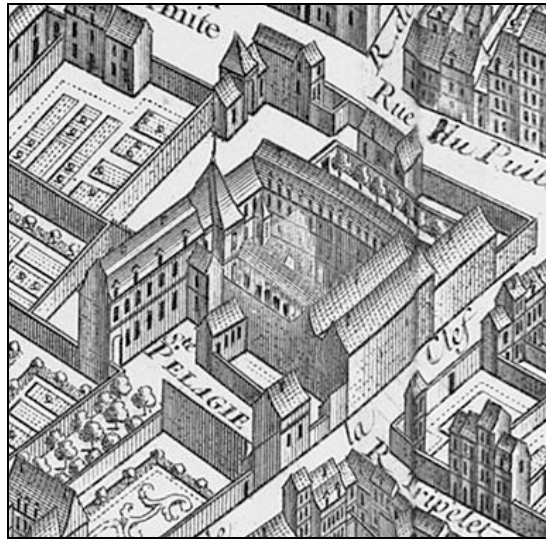


Figure 3 - Hôpital Sainte-Pélagie, Paris⁷⁹⁹

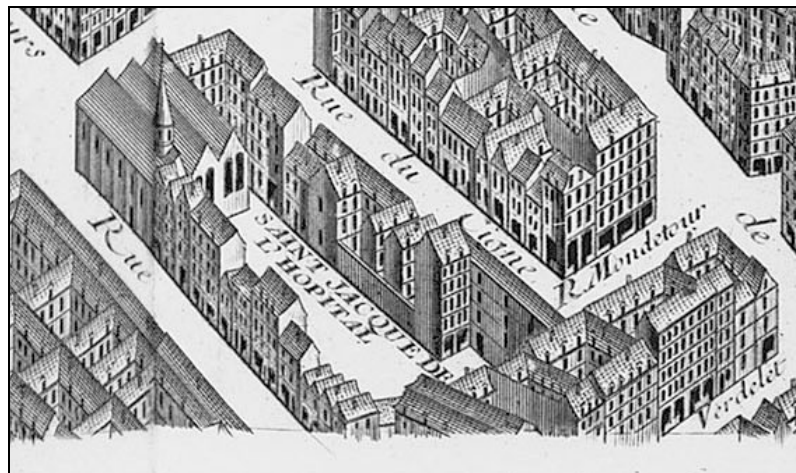


Figure 4 - Hôpital Saint-Jacques, Paris⁸⁰⁰

⁷⁹⁹ Détail de Louis Bretez, *Plan de Paris dit « Plan de Turgot »*, 1739, planche 7 [en ligne] http://fr.wikipedia.org/wiki/Plan_de_Turgot#/media/File:Turgot_map_Paris_KU_07.jpg (consulté le 14 avril 2015)

⁸⁰⁰ Détail de Louis Bretez, *Plan de Paris dit « Plans de Turgot »*, 1739, planche 10 [en ligne] http://fr.wikipedia.org/wiki/Plan_de_Turgot#/media/File:Turgot_map_Paris_KU_10.jpg (consulté le 14 avril 2015)

Le deuxième modèle identifié par les études architecturales, la « maison hospitalière », est contemporain de la Renaissance. Il est composé de bâtiments structurés autour d'une cour intérieure, rappelant le cloître, et il permet une séparation des personnes présentes dans l'hôpital selon les ailes, et selon les étages. À Paris, l'Hôpital Saint-Louis, érigé durant la première décennie du XVII^e siècle, forme un quadrilatère selon ce principe.

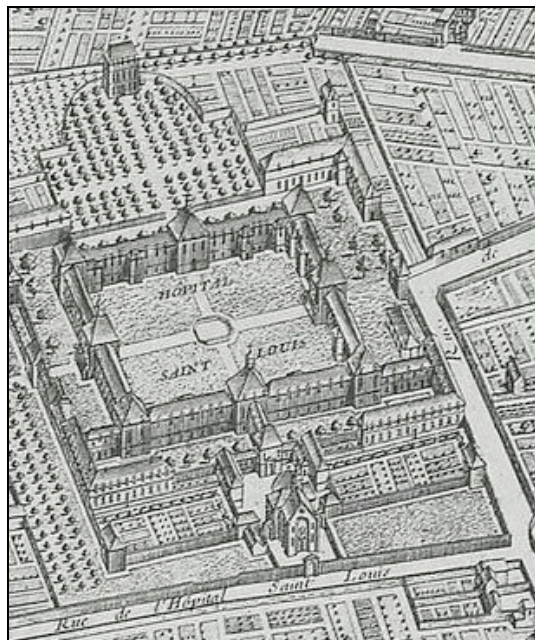


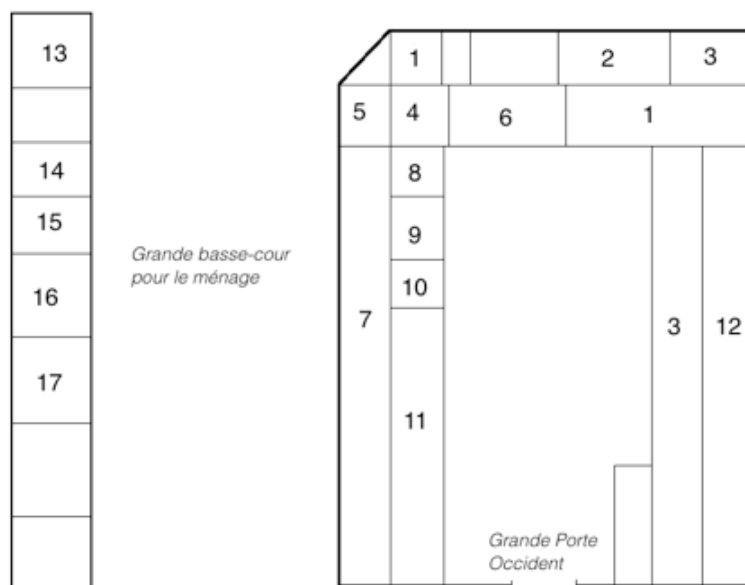
Figure 5 - Hôpital Saint-Louis, Paris⁸⁰¹

L'Hôtel-Dieu de Québec évolue quant à lui vers cette forme au cours des XVII^e et XVIII^e siècles⁸⁰², les formes nouvelles mises en pratique à Paris ne parvenant dans la colonie que quelques décennies plus tard. Ce décalage entre les pratiques parisiennes et coloniales se constate également dans le contexte provincial. La ville de Vichy, dans le diocèse de Clermont, se dote ainsi en 1748 d'un nouvel hôpital. Alors que le plan de l'établissement souligne la modestie de la ville et de ses besoins hospitaliers, on y retrouve, avec cette cour centrale, un plan similaire à celui de la « maison hospitalière », comme le montre la figure

⁸⁰¹ Détail de Louis Bretez, *Plan de Paris dit « Plans de Turgot »*, 1739, [en ligne] http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Plan_de_Turgot.jpg (consulté le 14 avril 2015)

⁸⁰² Voir figure 1 « Évolution architecturale de l'Hôtel-Dieu de Québec ».

suivante (figure 6). Néanmoins, dans le cas de cet établissement, le rattachement à un modèle architectural précis est plus hasardeux. Il nous semble plus pertinent de l'envisager comme un exemple des variations possibles autour des modèles clairement établis.



Légende

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Salle des femmes | 9. Chambre pour la distillation |
| 2. Chambre des sœurs | 10. Apothicairerie |
| 3. Salle des hommes | 11. Église |
| 4. Cuisine | 12. Grenier |
| 5. Dépendance de la cuisine | 13. Boulangerie |
| 6. Réfectoire | 14. Étable des cochons |
| 7. Lingerie | 15. Étable des vaches |
| 8. Bureau | 16. Chambre du valet |
| | 17. Grange |

Figure 6 - Organisation de l'hôpital de Vichy, 1748⁸⁰³

Le plan « en damier » ou « grille », c'est-à-dire un établissement qui s'étend au point de pouvoir former plusieurs cours, apparaît dans quelques institutions parisiennes de notre corpus. C'est à ce modèle que répond La Salpêtrière. L'hôpital des Incurables, fondé en 1634, donne un autre exemple de cette architecture en grille, tout en accordant à la chapelle une place importante.

⁸⁰³ D'après le plan de l'Hôpital dans Vichy dans AD03/6h-DEPOT/6^E.

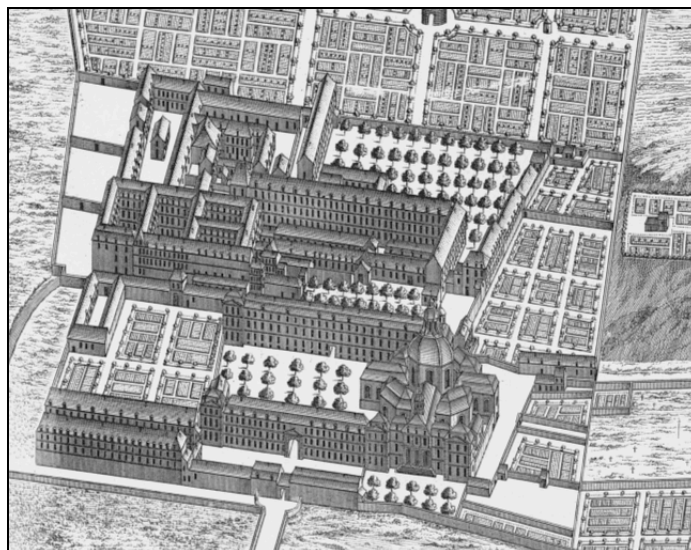


Figure 7 - Hôpital de la Salpêtrière, Paris⁸⁰⁴

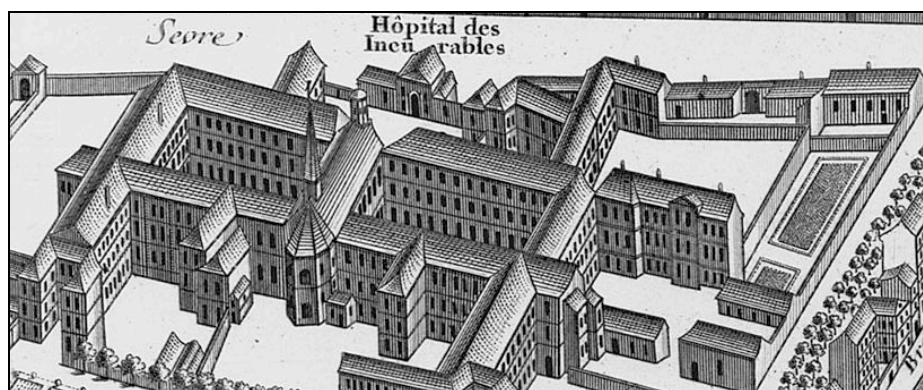


Figure 8 - Hôpital des Incurables, Paris⁸⁰⁵

À Québec, un projet d'agrandissement de l'Hôtel-Dieu par Gaspard-Joseph Chaussegros de Lery, en 1749, propose une d'extension de l'établissement sous la forme d'un damier, qui comporterait deux cours. L'incendie de 1755 en retarde la réalisation, et l'appauvrissement de

⁸⁰⁴ Détail de Louis Bretez, *Plan de Paris dit « Plans de Turgot »*, 1739, planche 3 [en ligne] http://fr.wikipedia.org/wiki/Plan_de_Turgot#/media/File:Turgot_map_Paris_KU_03.jpg (consulté le 14 avril 2015)

⁸⁰⁵ Détail de Louis Bretez, *Plan de Paris dit « Plans de Turgot »*, 1739, planche 12 [en ligne] http://fr.wikipedia.org/wiki/Plan_de_Turgot#/media/File:Turgot_map_Paris_KU_12.jpg (consulté le 14 avril 2015)

l'Hôtel-Dieu après la Conquête met définitivement fin à l'entreprise⁸⁰⁶. L'intention souligne néanmoins l'importation en Nouvelle-France des idées métropolitaines sur le sujet, à travers cet ingénieur français installé dans la colonie à partir de 1716.

Le plan en grille apparaît nettement dans le cas de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand construit à la fin du XVIII^e siècle, comme on peut le voir lorsque l'on confronte les plans de 1778 et ceux de 1808. La figure 10 propose une représentation de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand en 1778, tandis que la figure 11 présente les plans dessinés en 1808 qui montrent ce vers quoi se dirige l'architecture de cet hôpital. Originalité liée à la topographie clermontoise, l'établissement est construit sur un terrain avec une forte dénivellation, comme la figure 9 le met en évidence. Pour cette raison, nous avons choisi d'accompagner la dénomination de chaque niveau de l'établissement d'une numérotation permettant de situer les niveaux les uns par rapport aux autres tout en prenant en compte leur position par rapport à la dénivellation

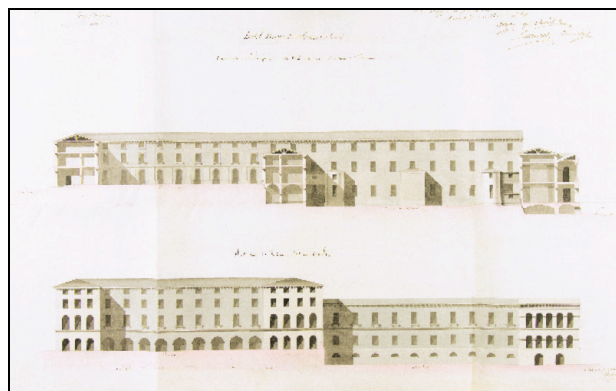
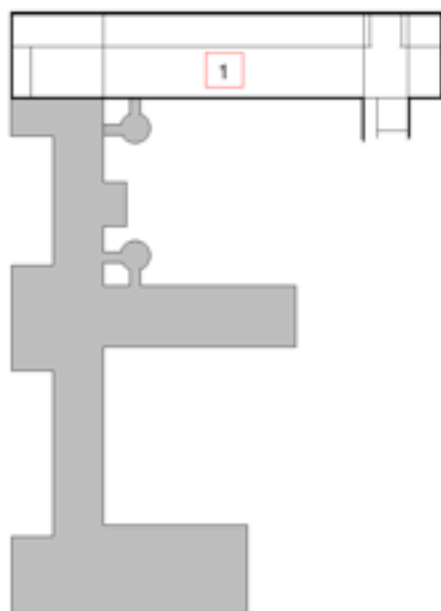


Figure 9 - Vue en longueur de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808⁸⁰⁷

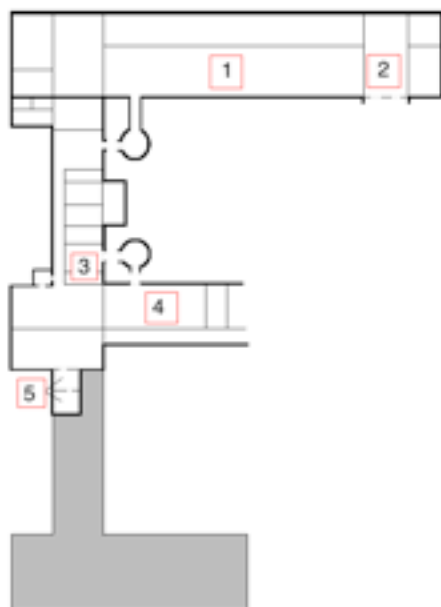
⁸⁰⁶ François Duffaux, *Le monastère des Augustines et l'Hôtel-Dieu de Québec, Une histoire opérationnelle des bâtiments*, Laval, École d'architecture de Laval, mars 2008 (en collaboration avec Matthieu Lachance, Jean Guérette, Marc-André Bouchard-Fortin), p. 113.

⁸⁰⁷ Pierre Rousseau, « coupe prise sur la longueur et au milieu des deux cours (en haut) face sur jardin, côté couchant, 1808 », reproduit dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 69.



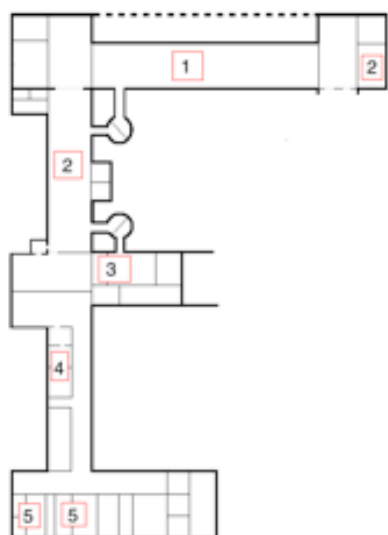
**Sous-bassement
(niveau -1)**

1. Serres de la pharmacie



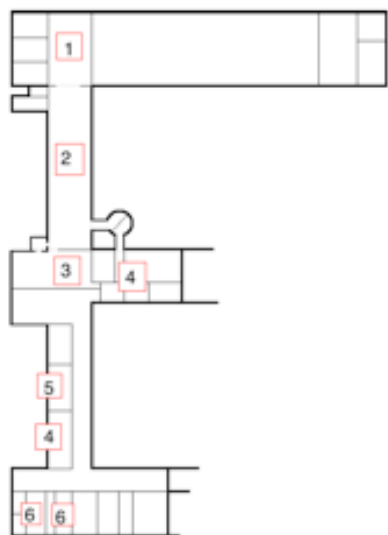
**Rez-de-chaussée sur jardin
(niveau 0)**

1. Salle des vénériens
2. Salle des galeux
3. Réfectoire du personnel laïc
4. Salle de bain des hommes
5. Salle des douches et bains sulfureux des hommes



**Rez-de-chaussée sur rue
(niveau 1)**

1. Salle Saint-Vincent
2. Salle des militaires
3. Salle des femmes en couches
4. Pièces de la pharmacie
5. Chambre, bureau et vestibule des chirurgiens

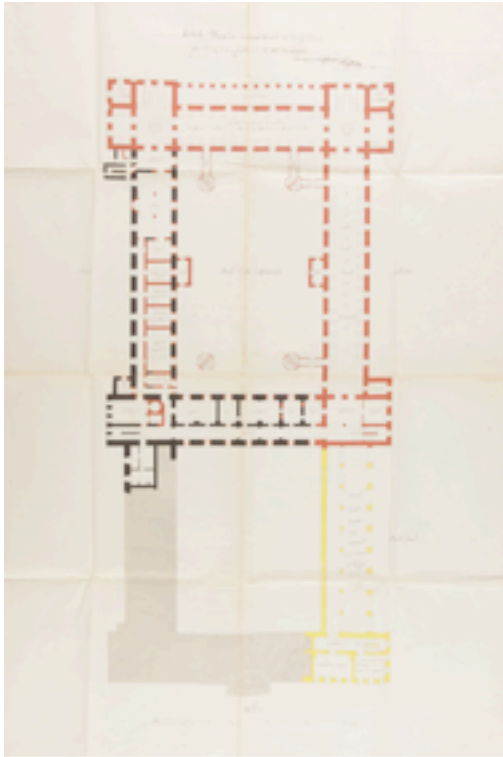


**Premier étage sur rue
(niveau 2)**

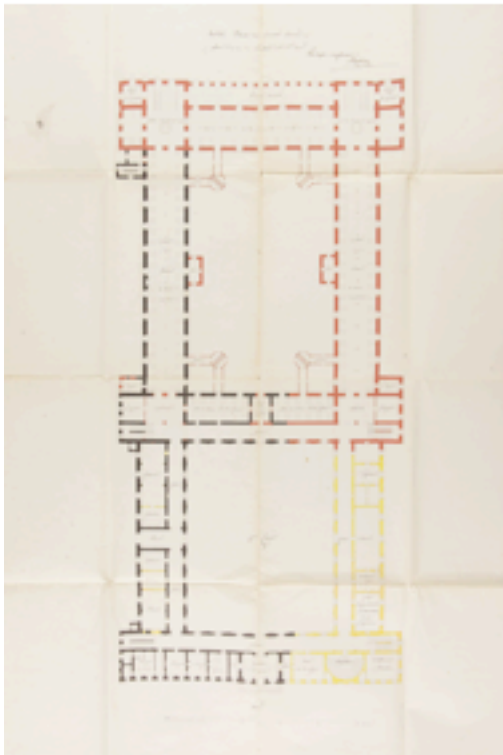
1. Salle des teigneuse
2. Salle des femmes
3. Pièces des galeuses
4. Salles des filles de service
5. Dortoir des religieuses
6. Chambre et bureau des deux aumôniers

Figure 10 - Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778⁸⁰⁸

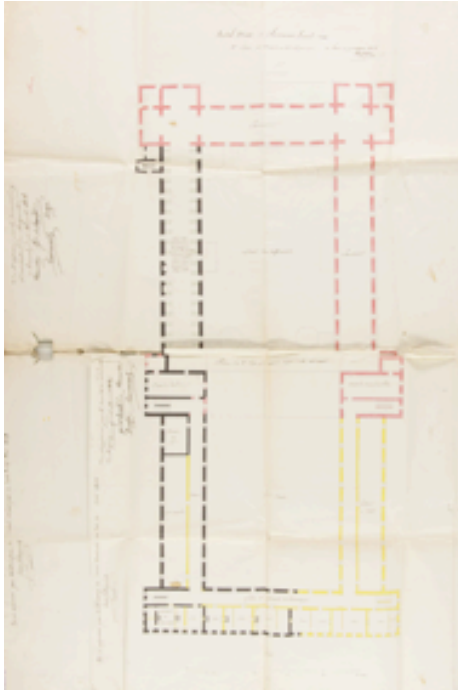
⁸⁰⁸ D'après le plan de l'Hôtel-Dieu de Clermont, 1778, BUP/CA 508 2-6



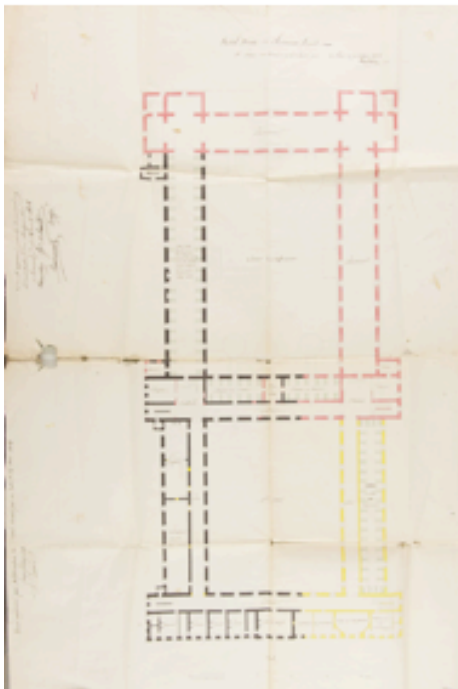
**Plan de l'étage de soubassements
(niveau -1)**



**Plan du Rez-de-Chaussé sur la cour des
infirmeries
(niveau 0)**



**Plan du premier étage sur la première cour
(niveau 1)**



**Plan du deuxième étage sur la première cour
(niveau 2)**

Figure 11 - Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808⁸⁰⁹

⁸⁰⁹ Pierre Rousseau, « Plan de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808 », reproduit dans Bernard Dompnier (dir), *L'Hôtel-Dieu de Clermont...*, p. 68.

Il résulte de cette architecture particulière qu'il faut attendre le *Rez-de-chaussée sur rue* (dénomination de 1778) ou le *Premier étage sur la première cour* (dénomination de 1808) – identifié ici comme le *niveau I* – pour voir l'ensemble de la surface hospitalière apparaître. Tout en reproduisant le schéma en damier qui forme deux cours intérieures – inachevées en 1778, fermées sur les plans de 1815, seule la seconde le sera dans les faits – le nouvel établissement est composé de plusieurs ailes qui permettent de répartir les personnes selon leur fonction ou leur statut dans l'hôpital.

Les études architecturales définissent enfin un autre type d'hôpital, celui du « palais hospitalier », qui se distingue notamment par sa façade imposante. Or, l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, malgré son plan en damier, emprunte cet élément. Une façade monumentale habille en effet le bâtiment. L'avant-corps de la façade, tout en pierres locales de Volvic, comporte trois portes-cochères qui forment l'entrée de l'Hôtel-Dieu. Ce bloc de pierre noire ferme la perspective de la rue, alignée en 1787 sur l'emplacement des anciennes fortifications⁸¹⁰. Les nouveaux bâtiments s'inscrivent donc dans le paysage urbain clermontois selon ce modèle qui croise le plan en damier, avec ses deux cours, et la dimension monumentale du palais hospitalier. On soulignera la chronologie de la construction, qui voit la première pierre posée en 1767, l'ouverture au public en 1773, et l'achèvement de cette façade au milieu du XIX^e siècle, grâce au legs d'un particulier⁸¹¹. Le temps écoulé entre les deux met en évidence les aspects concrets de la construction d'un nouvel hôpital : il s'agit d'une entreprise longue et coûteuse. Cela nous amène à nous pencher sur les situations où le quotidien hospitalier se déroule dans des lieux qui ne sont pas spécifiquement conçus pour être des hôpitaux, ou encore dans des établissements inachevés modifiés par des travaux en cours, et traversés par divers ouvriers : c'est-à-dire les situations où l'architecture ne semble pas mise au service de l'activité hospitalière.

⁸¹⁰ Philippe Bourdin, « Le nouvel Hôtel-Dieu de 1773 à nos jours », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d'un établissement hospitalier ...*, p. 57.

⁸¹¹ *Ibid.* p. 65.

7.1.2.2. Soigner dans des lieux inadaptés

Cette typologie architecturale s'applique aux édifices spécifiquement construits pour abriter des hôpitaux. Or, notre corpus d'étude comprend également des institutions hospitalières installées dans des bâtiments moins adaptés. Le contexte colonial offre des situations originales. Durant leurs premières années en Nouvelle-France, les Augustines œuvrent dans la réduction de Sillery, qu'elles quittent en 1644. Les bâtiments dans lesquels les Hospitalières opèrent ne semblent pas correspondre à un modèle hospitalier particulier. La mission comporte une maison qui fait office d'hôpital, où l'on peut recevoir « jusqu'à dix, douze, vingt ou trente [malades] à la fois », selon ce que rapporte le jésuite Paul le Jeune dans la *Relation* de 1640⁸¹². On peut toutefois supposer la présence d'un autel dans la salle, puisque nous sommes tout de même dans le contexte d'une mission religieuse, ce qui rapprocherait cet espace du modèle de la halle médiévale. Les Hospitalières sont quant à elles logées dans un monastère en pierre et chaux, de 50 pieds de long, avec deux cheminées et une chapelle intérieure. Le tout est modeste, mais les constructions correspondent aux besoins d'une communauté hospitalière. Le départ des Augustines pour Québec en 1644 sous l'effet des guerres iroquoises, alors qu'elles ne s'installeront entre les murs de l'Hôtel-Dieu construit pour elles qu'en 1658, donne lieu à quelques années d'improvisation : les religieuses reçoivent les malades dans la maison de la ville où elles sont logées⁸¹³.

Le contexte colonial marque également l'Hôtel-Dieu de Montréal. Le contrat de fondation de l'institution est signé à Paris le 12 janvier 1644 et la construction commence en 1645. De 1645 à 1654, l'établissement se compose d'un édifice en bois de 60 pieds de longueur et 24 de largeur, dans lequel sont installés quelques lits pour les malades. Une palissade et un fossé l'entourent. À partir de 1654 commence la construction d'un édifice plus vaste financé par Mme de Bullion. L'établissement est prêt lors de l'arrivée des trois premières Hospitalières de Saint-Joseph venues seconder Jeanne Mance, en 1659. L'annaliste de la communauté en fait cette description :

⁸¹² Lucien Campeau, *Monumentae Novae Franciae*, t. 4, *Les grandes épreuves (1638-1640)*, Montréal, Bellarmin, 1989, p. 627.

⁸¹³ François Rousseau, *La Croix et le scalpel. Histoire des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec (1639-1989)*, t.1 : 1638-1892, Sillery, Septentrion, 1989, p. 55.

Voisy, mes cheres sœurs, une description naïve de ce que c'étoit que les batiments, qui estois faits de colombages, c'est à dire motier pierre et motier bois. L'église avait 50 pieds de long sur 24 de large en dedans, la salle des hommes joignet la dite église et avoit environ 40 pieds de longt, de mesme largeur que l'église. Au bout de la dite salle, une grande et forte cheminée pour chauffer les malades et fournir à tous leurs offices. Derrière la dite cheminées, il y avait une chambre d'environ 15 pieds de long et d'egalle largeur que la salle, sans cheminée, pour mettre les femmes malades. Au dessus des deux dites salles pour les hommes et pour les femmes estoient l'appartement de nos cheres sœurs. On y montait par un petit escalier de 20 marches fort etroit. Tout ce monastère consistait en une chambre d'environ 15 pieds en carré pour laquelle il y a voit une cheminée à feu, une cellule pour la supérieure au bout de la dite chambre, sur la largeur du batiment un petit dortoir composé de 4 petites cellule avec un petit cabinet a costé de la dite cheminé pour serrer généralement ce qu'elles avoient de hardes et de provisions⁸¹⁴.

Si ces premiers bâtiments ne correspondent pas parfaitement aux types architecturaux présentés plus haut, ils permettent aux Hospitalières de disposer rapidement d'un environnement de travail adapté à leurs besoins. En revanche, on trouve en métropole, et plus tard dans l'histoire de la colonie, des exemples d'institutions soignantes placées dans des bâtiments conçus pour un autre usage, ou simplement inadaptés. C'est notamment le cas de l'Hôpital Général de Québec (figure 12) que l'évêque Saint Vallier installe dans l'ancien monastère des Récollets en 1694. Bâtisse conventuelle, l'ancienne demeure des Récollets permet aux Augustines de maintenir leur clôture. La chapelle est accessible à la fois aux malades et aux religieuses, mais il n'est pas nécessaire aux Hospitalières de passer par l'espace de culte pour atteindre les lieux de soins. L'usage de la chapelle comme espace de transition entre les lieux de soin et le monastère est ici moins net que dans le cas de bâtiments construits dans le but de servir d'hôpital, comme c'est le cas à l'Hôtel-Dieu de la même ville.

⁸¹⁴ Marie Morin, *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, Ghislaine Legendre (éd.), Montréal, Imprimerie des éditeurs limités, Presse de l'Université de Montréal, 1977 (1921), p. 102.

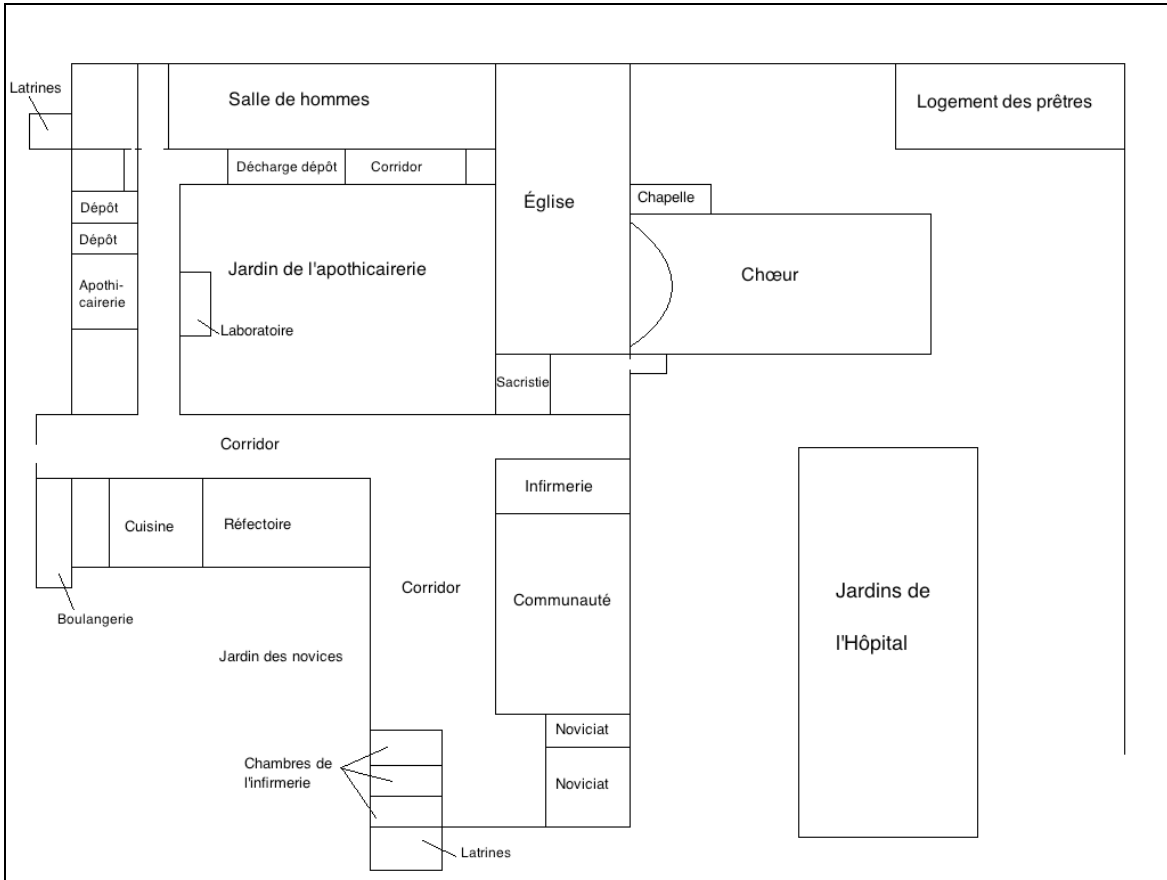


Figure 12 - Composition de l'Hôpital Général de Québec, 1785⁸¹⁵

À Clermont-Ferrand, l'Hôtel-Dieu de Saint-Barthélemy présente d'autres défis. En effet, c'est déjà autour d'un souci d'organisation des lieux que s'articule le conflit qui oppose les Augustines de l'Hôtel-Dieu et les élites municipales. Les religieuses prétendent qu'il leur est impossible de maintenir une forme de monastère à l'intérieur du bâtiment à cause de la petitesse des lieux d'une part et de l'agencement de l'espace d'autre part. La cour des Grands Jours débout les Hospitalières en 1666, justifiant leur départ en 1670. Mais ce sont surtout les multiples aménagements au cours des années qui rendent l'Hôtel-Dieu de la ville mal adapté pour remplir sa mission soignante⁸¹⁶.

⁸¹⁵ D'après le « Plan fait par Mlle S.Ours, 6 octobre 1785 », reproduit dans Micheline d'Allaire, *L'Hôpital Général de Québec, 1692-1764*, Montréal, Fides, 1971, p. 62.

⁸¹⁶ Philippe Bourdin, « Le nouvel Hôtel-Dieu de 1773 à nos jours »,..., p. 63.

Les plans dont nous disposons permettent de saisir que les bâtiments de l'Hôtel-Dieu sont alors imbriqués dans le tissu urbain, ce qui rend difficile, sinon impossible, tout agrandissement des lieux. Cet exemple d'un Hôtel-Dieu situé en plein cœur de la ville met en évidence les limites d'une telle localisation. En l'occurrence, celle-ci ne permet pas de répondre aux exigences des religieuses Augustines qui y officient, bien que la bâtisse reste utilisée comme Hôtel-Dieu jusqu'en 1773 par les Filles de la Charité qui suivent alors le déménagement de l'institution dans ses nouveaux murs.



Figure 13 - Hôtel-Dieu Saint-Barthelémy, Clermont-Ferrand⁸¹⁷

Datés ou inadaptés, ces bâtiments influencent la pratique soignante et religieuse. À Paris, l'échec de la mission d'enfermement de l'Hôpital Général de 1656 est partiellement attribuable à la perméabilité des bâtiments qui, d'abord hôpitaux au Moyen Âge, puis maison de charité avant d'être convertis en lieu de réclusion⁸¹⁸, n'ont jamais été construits ni pensés

⁸¹⁷ D'après le « Plan de l'ancien Hôtel-Dieu de Clermont, vers 1781 », BUP/CA 5032.

⁸¹⁸ « art. 4 : Et pour enfermer les pauvres qui seront de qualité à être enfermés, suivant le règlement, nous avons donné & donnons par ces présentes la maison & Hôpital, tant de la grande et petit Pitié, que du Refuge, sis au fauxbourg Saint-Victor, la maison & maisons et bâtiments qui en dépendent, ensemble les maisons &

pour constituer des lieux d'enfermement efficaces. Le but originel des édifices influence ainsi les activités qui s'y tiennent. Néanmoins les bâtiments destinés à être des hôpitaux ne répondent pas systématiquement non plus aux besoins hospitaliers, comme l'illustre le cas de l'Hôpital Général de Montréal. Fondé par les frères Charon (communauté des frères Hospitaliers de la Croix et de Saint-Joseph) en 1693 et confié en 1747 aux Sœurs Grises, cet hôpital n'est pas adapté aux besoins de l'œuvre de charité qu'elles comptent implanter.

Construit en périphérie de la ville⁸¹⁹, l'Hôpital Général des frères Charon est en effet constitué de trois bâtiments principaux, formant trois ailes, reliées entre elles : l'aile de la communauté (1693), l'aile des Pauvres, et la chapelle (1695)⁸²⁰. À ce noyau central s'ajoutent un moulin, une brasserie, un pressoir à cidre, une manufacture de bas, des puits, jardins et vergers, ainsi qu'un cimetière, le tout étant entouré d'une clôture en bois. Un pont de bois relie l'hôpital à la ville, puisque la rivière Saint-Pierre sépare la ville de Montréal de la Pointe à Callière où est établi l'hôpital. Si la taille de ce complexe hospitalier est impressionnante pour la colonie, les ressources de la communauté de François Charon sont insuffisantes pour le maintenir en état, et la situation devient catastrophique à la mort du fondateur en 1719. Lorsqu'en 1721 un incendie détruit l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Général accepte d'héberger les 49 Hospitalières désormais sans toit. Pourtant, lorsqu'un nouvel incendie touche à nouveau l'Hôtel-Dieu en 1734, les Hospitalières refusent de retourner à l'Hôpital Général, mettant en avant l'insalubrité des lieux⁸²¹.

Marguerite d'Youville et ses compagnes débutent ainsi leur prise en charge de l'Hôpital Général en 1747 par un grand travail de rénovation puis d'agrandissement des bâtiments. Les rénovations nécessaires demandent de « refaire les intérieurs, relever des niveaux de plancher

emplacemens de Bicêtre, circonstances & dépendances, que nous avons ci-devant donnés pour la retraite des Enfants-Trouvés, en attendant que les pauvres fussent enfermés : à quoi ledits bâtiments & lieux de Bicêtre ont été par nous affectés, révoquant, en tant que besoin seroit, tous autres brevet et concessions qui pourroient avoir été obtenus en faveur des pauvres soldats estropiés, ou pour quelque autre cause ou prétexte, dérogeant à toutes lettres à ce contraire », dans le *Code de l'Hôpital Général ou recueil des principaux édits, arrêts, déclarations & réglemens qui le concerne, ainsi que les Maisons & Hôpitaux réunis à son Administration*, Paris, chez la Veuve Thiboust, 1786, p. 412-413.

⁸¹⁹ Voir annexe 12 : « Localisation des hôpitaux de la ville de Montréal »

⁸²⁰ Jacques Des Rochers, Louise Pothier, *Étude en vue de rapatrier le patrimoine Youvillien dans le Vieux Montréal. Caractérisation de l'ancien Hôpital Général et des collections des Sœurs Grises de Montréal*, rapport final, entente sur le développement culturel de Montréal, mai 1999, p. 23.

⁸²¹ *Ibid.*, p. 25.

dans les corridors, refaire les toitures, les cheminées, ajouter des portes, réparer le portail et le clocher de l'église »⁸²².

Ce noyau en trois ailes – aile de la communauté, aile des pauvres, chapelle – montre que l'Hôpital Général de Montréal correspond au modèle de la « halle médiévale » défini plus haut⁸²³, tout comme les Hôtels-Dieu de Québec et de Montréal. Néanmoins, dans le cas de l'Hôpital Général de Montréal, l'état de délabrement des lieux influence lourdement le quotidien hospitalier. L'ampleur des travaux fournis par les Sœurs Grises durant les premières années de leur présence dans l'établissement met en lumière la quantité d'obstacles que peuvent rencontrer les soignantes : les corridors aux planchers dangereux entravent la circulation d'une pièce à l'autre, la toiture percée laisse l'intérieur des bâtiments à la merci des éléments, et les cheminées inutilisables ne peuvent lutter contre l'humidité et le froid du climat canadien qui pénètrent à l'intérieur par la toiture détériorée.

On imagine aisément qu'un tel contexte rende le soin des pauvres et des malades plus compliqué. Mais une fois les travaux entamés, la situation demeure complexe. Il faut en effet dix années de travaux pour que les réparations soient achevées, puis s'enchaîne la période d'agrandissement, à partir de 1757, ralentie par la guerre de Sept Ans. L'incendie de 1765 demande, enfin, de reprendre tout ce travail de reconstruction au début. Il faut donc envisager l'activité hospitalière comme étant perpétuellement aménagée autour de la présence des ouvriers. Les pauvres, comme les Hospitalières, sont déplacés selon la possibilité d'utiliser les différentes pièces de l'hôpital.

7.1.3. Des bâtiments toujours en évolution

L'état des édifices de soins, la manière dont ils sont construits et entretenus ont ainsi des conséquences sur le quotidien hospitalier et donc les pratiques soignantes, confortant la thèse selon laquelle les lieux produisent les pratiques⁸²⁴. Les ajouts, reconstructions et modifications des bâtiments sont ainsi des événements qui traduisent matériellement l'évolution des pratiques hospitalières.

⁸²² *Ibid.*, p. 24.

⁸²³ Voir annexe 16 : « Typologie des bâtiments hospitaliers »

⁸²⁴ Anthony Giddens, *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*, Berkeley, University of California Press, 1984.

Les reconstructions de bâtiments peuvent être distinguées selon qu'elles sont volontaires ou traumatiques. Les modifications volontaires sont le résultat de projets architecturaux pensés à long terme. Nous désignons comme traumatiques les adaptations imposées par des circonstances extérieures au développement hospitalier, comme, par exemple, des catastrophes telles que des incendies. À Montréal, ceux-ci sont fréquents (1721, 1734 et 1765 pour ne citer que les plus importants) et imposent la reconstruction des hôpitaux, perturbant de fait leur fonctionnement.

On reviendra ainsi rapidement sur la situation de l'hébergement de 49 Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal dans les bâtiments de l'Hôpital Général, entre 1721 et 1724. Pendant plus de trois ans, alors qu'un nombre important d'habitants de Montréal ont vu leurs demeures disparaître avec le feu, l'Hôtel-Dieu, qui fait figure de lieu de secours et de soin, est lui-même déplacé hors de l'enceinte de la ville, entre les murs décrépits de l'Hôpital Général. Les incendies ont ceci de particulier qu'ils marquent les mémoires tout en détruisant souvent les archives, laissant subsister peu de traces à partir desquelles reconstituer le quotidien hospitalier. On peut néanmoins envisager que, si certains espaces soignants sont conçus pour permettre une organisation idéale des soins, de tels événements en bouleversent radicalement la distribution, et ce alors que les besoins sont plus importants qu'en temps normal.

L'Hôtel-Dieu de Québec subit un incendie particulièrement marquant en 1755, qui détruit tous les bâtiments érigés depuis le début de la présence des Augustines dans la ville, à l'exception d'un des murs du cloître construit en 1695. L'incendie cause des dégâts qui bouleversent les possibilités de soins :

On ne sauva presque rien de tout ce qui était dans la lingerie, dans le dépôt et dans l'apothicairerie. La lingerie était surabondamment fournie d'effets de toutes sortes accumulés de longue main. L'Hospitalière avait même à sa disposition, pour les excédant de malades, de grandes réserves entassées au grenier dans des coffres et des armoires. Le dépôt était rempli de tout ce qui était nécessaire à l'hôpital pour plusieurs années : toiles de toutes façons, couvertures et rideaux de lits, vaisselle de cuivre et d'étain, ferrures, etc., sans compter les provisions de vin, d'huile, de sucre, de riz, etc., etc., [...] l'apothicairerie contenait une riche collection de remèdes, plusieurs

boîtes de chirurgie, outre celle du chirurgien-major qui venait d'y être apportée. La destruction de ce seul office fut estimée à plus de quarante mille francs⁸²⁵.

La perte des réserves de médicaments et de différents objets nécessaires au fonctionnement de l'hôpital s'ajoute au déménagement forcé des Augustines, hébergées au collège des Jésuites pendant les deux années qui suivent, où elles reçoivent les malades. Les mémoires de la communauté font état des religieuses participant elles-mêmes à la reconstruction des bâtiments : elles transportent les matériaux, posent les vitres, nettoient, peignent les murs⁸²⁶. L'Hôtel-Dieu est néanmoins réquisitionné pour loger les troupes anglaises dès la capitulation de 1759. Pendant vingt-cinq ans, les militaires occupent la plus grande partie des bâtiments et ne permettent l'admission que d'une cinquantaine de malades par année, uniquement des hommes⁸²⁷.

Évènements perturbateurs, les incendies sont aussi l'occasion de faire table rase de bâtiments insatisfaisants, pour reconstruire un hôpital enfin idéal. L'incendie de 1773 qui détruit une large partie de l'Hôtel-Dieu de Paris paraît remplir cette fonction :

C'était la nuit du 29 au 30 décembre 1773. Les ouvriers avaient fini leur travail, le 29, à 7 heures le soir. La flamme, concentrée dans l'atelier, ne fut aperçue qu'à une heure et demie du matin; elle gagna les écuries, les bouveries, les greniers à foin et à paille, embrasa en un instant le bâtiment de la communauté, l'infirmerie, la salle Jaune et celle du Légat. Le feu perça les planchers, et faisant explosion, se précipita dans les étages supérieurs. Il devint ce qu'il est en pareil cas, le spectacle le plus magnifique à la fois et le plus épouvantable. Une étendue de 943 toises (1886 m) de bâtiments s'étaient embrasés; des torrents de flammes s'échappaient avec une impétuosité de toutes les fenêtres comme autant de cratères, les charpentes s'écroulaient avec fracas. Les flammes, s'élançant dans les airs par masses, entraînaient dans leur essor les draps et les couvertures des malades, a demi consumés. Une lumière immense se projette pendant plusieurs heures aux extrémités des fauxbourgs où les cris *au feu!* sortent avec effroi de toutes les bouches [...]⁸²⁸

⁸²⁵ Henri-Raymond Casgrain, *Histoire de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Brousseau, 1878, p. 406.

⁸²⁶ Diane Bélanger, Lucie Rozon, *Les religieuses au Québec*, Montréal, Libre Expression, 1982, p. 77.

⁸²⁷ Omer-Denis Messier, Christine Veilleux, « 350 ans de soins hospitaliers : l'Hôtel-Dieu de Québec », *Cap-aux-Diamants : la revue d'histoire du Québec*, 4, 4 (1989), p. 38.

⁸²⁸ Félix Martin-Doisy, *Dictionnaire d'Économie charitable, ou Exposé historique, théorique et pratique : de l'assistance religieuse, publique ou privée, ancienne et moderne*, tome 4, Paris, JP Migne, 1857.

Bien que ce récit de l'incendie mette en évidence la dimension horrifique et humaine de l'évènement, les conclusions de l'évènement se veulent parfaitement rationnelles. Un débat sur la manière de reconstruire les bâtiments se poursuit dans les décennies qui suivent, pour que l'hôpital corresponde enfin à un établissement soignant qui réponde aux idéaux hospitaliers de la fin du Siècle des Lumières. De nombreuses brochures sont rédigées par des médecins, architectes, administrateurs, ou simples particuliers, qui proposent des solutions pour améliorer la situation. Deux commissions d'enquête sont réunies, l'une en 1777 et l'autre en 1785, pour tenter de trancher le sujet. Divers textes législatifs contradictoires en découlent, de 1773 à 1787. Aucun de ces plans ne sera toutefois appliqué, le contexte politique et économique de la Révolution se montrant peu propice à régler la question⁸²⁹.

Dans les exemples de Nouvelle-France, les incendies représentent des interruptions dans la construction d'hôpitaux perpétuellement soumis à des évolutions et améliorations. Les évolutions architecturales ne sont pas provoquées par les incendies, mais retardées, voire rectifiées à la suite de ceux-ci. Cette situation se rapproche finalement des bâtiments de l'Hôtel-Dieu de Clermont à la fin du XVIII^e siècle. La comparaison de plans de l'établissement en 1778 et de plans projetés en 1808 souligne le caractère inabouti de la construction de 1778. Ainsi, les différents modèles architecturaux présentés plus haut sont à comprendre comme des étapes dans l'évolution constante des bâtiments.

L'édification de l'Hôtel-Dieu de Québec connaît un temps d'arrêt avec l'incendie de 1755 et les suites de la Conquête. S'il est clair qu'au cours de la période étudiée l'institution passe du modèle médiéval, avec une unique salle, au modèle de la maison hospitalière qui comprend une cour intérieure, François Duffaux montre que les projets d'agrandissement de l'Hôtel-Dieu ne se limitent pas à la création de cette première cour. Ils prévoient en effet la construction de plusieurs bâtiments, agencés de manière à former trois cours intérieures

⁸²⁹ Christian Cheminade, « Architecture et médecine à la fin du XVIII^e siècle : la ventilation des hôpitaux, de l'Encyclopédie au débat sur l'Hôtel-Dieu de Paris », *Recherche sur Diderot et l'Encyclopédie*, 14 (1993), p. 88-89.

distinctes, faisant évoluer le bâtiment vers le modèle en grille⁸³⁰. Les bouleversements politiques de la seconde moitié du XVIII^e siècle ne permettent finalement la réalisation que d'une seule de ces cours, mais pendant la durée de notre période d'étude c'est ce modèle en grille qui est poursuivi. Le travail de recherche architecturale et archéologique permet de déceler les traces d'un projet contrarié par le changement de régime qui fait que ce modèle en damier ne fut jamais construit⁸³¹. Toutefois, même lorsque les murs de pierres parviennent à correspondre aux plans tracés sur le papier, les bâtiments ne cessent pour autant d'évoluer. Ainsi, même si notre étude ne s'aventure guère plus loin que la fin du XVIII^e siècle, nous invitons le lecteur à considérer le devenir de certains de ces établissements soignants à travers le temps : l'Hôtel-Dieu de Québec ne subit une reconstruction complète de ses bâtiments qu'en 1954, tandis que l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand a cessé d'être un lieu de soin en 2010⁸³². Pour survivre à deux siècles d'usage, les institutions-hospitalières ont modifié leurs bâtiments de façon notable⁸³³. De manière générale, la pérennité des hôpitaux s'accompagne de l'ajout d'ailes en fonction des besoins nouveaux, créant des plans accumulatifs, c'est-à-dire des établissements dans lesquels s'enchevêtrent les traces architecturales de chacune des périodes traversées⁸³⁴.

Au cours de la période moderne cependant, la reconstruction de bâtiments, planifiée ou imposée par les circonstances, perturbe largement le quotidien hospitalier, et ce d'autant plus que l'établissement est de taille modeste et de fondation récente. On vient de voir, à travers quelques exemples de traumatismes causés par des incendies, que les communautés hospitalières se trouvent à certains moments, comme leurs malades, sans toit au-dessus de leur tête, et que l'action soignante s'en trouve bouleversée. Mais même dans le simple cas de

⁸³⁰ François Duffaux, Mathieu Lachance, Jean Guérette, Marc-André Bouchard-Fortin, *Le monastère des Augustines de L'Hôtel-Dieu de Québec, une histoire opérationnelle des bâtiments*, mars 2008, Université Laval, Québec, p. 106.

⁸³¹ *Ibid.*, p. 107.

⁸³² *Ibid.*, p. 125.

⁸³³ On renverra alors le lecteur intéressé par le sujet aux travaux de François Duffaux, sur l'évolution architecturale de l'Hôtel-Dieu de Québec et du monastère des Augustines, et à Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, pour une histoire sur le temps long de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

⁸³⁴ Alexandra Weber, « Modélisation de l'espace hôtelier au XVII^e siècle à travers l'exemple bourguignon »,... p. 112.

travaux d'agrandissement ou de réparation qui, comme on le voit, constituent le quotidien des établissements hospitaliers, il faut composer avec la présence des ouvriers à l'intérieur des salles de soins, voire à l'intérieur de la partie réservée aux Hospitalières. On imagine alors, par exemple, des salles avec un mur en reconstruction qui laisse entrer le vent et le froid. Des salles dont seulement une portion est utilisable, et des malades alors serrés les uns contre les autres, ou encore des hommes et des femmes tenus de cohabiter dans la même pièce, au moins temporairement, faute d'espace disponible.

À partir des plans conservés dans les fonds d'archives, ainsi que d'une modélisation sommaire de certains établissements pour lesquels nous avons pu rassembler la documentation adéquate, nous proposons, dans les pages qui suivent, de nous servir de l'organisation de l'espace hospitalier pour examiner certaines des pratiques hospitalières et leur évolution. L'analyse de l'espace hospitalier sera alors l'occasion de tester deux des hypothèses avancées dans les chapitres précédents : la masculinisation de l'espace hospitalier dans un premier temps et, dans un second temps, l'importance croissante de la médicalisation au détriment du religieux de l'autre.

7.2. Un espace hospitalier de plus en plus masculin?

Le genre joue un rôle important dans l'organisation des établissements hospitaliers d'Ancien Régime et, en ce sens, la division de l'espace doit respecter la double contrainte de la clôture religieuse qui impose aux Hospitalières d'être tenues à l'écart des laïcs et celle qui suppose un contrôle strict des contacts entre hommes et femmes. Ce souci de ségrégation transparaît dans la construction et l'aménagement des espaces hospitaliers. Comment la clôture religieuse et la séparation entre hommes et femmes s'organisent-elles dans l'espace hospitalier de notre enquête? En quoi la forme de l'hôpital, l'époque ou encore le lieu de construction influencent-ils ces relations entre hommes et femmes dans les hôpitaux?

7.2.1. Séparer les malades selon leur genre

Le désir de séparer les hommes des femmes au sein des hôpitaux transparaît à travers les sources religieuses et les sources laïques comme une préoccupation importante. Suffisamment

pour qu'il s'agisse d'un des axes les plus constants de l'organisation des établissements hospitaliers.

En effet, même dans des petits établissements, comme c'est le cas en Nouvelle-France, l'espace est organisé de telle manière que l'on puisse séparer les hommes et les femmes. La pratique est si profondément intégrée dans les esprits qu'elle ne donne lieu qu'à une description laconique des lieux par l'annaliste Marie Morin :

La salle des hommes joignait ladite église et avoit environ 40 pieds de longt, de mesme largeur que l'église. Au bout de la dite salle, une grande et forte cheminée pour chauffer les malades et fournir à tous leurs offices. Derrière la dite cheminées, il y avoit une chambre d'environ 15 pieds de long et d'égalle largeur que la salle, sans cheminée, pour mettre les femmes malades. [...] On dressa six lits garnis dans la salle des hommes, et deux dans la salle des femmes⁸³⁵.

Dans cet espace hospitalier que nous avons schématisé à la figure 15, la distinction entre hommes et femmes malades est évidente.

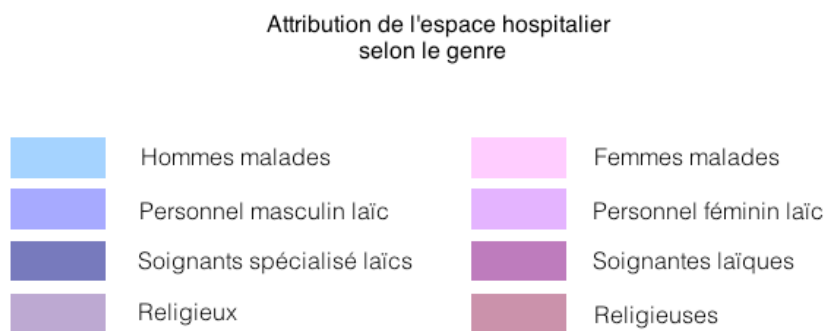


Figure 14 - Le genre de l'espace hospitalier, légende applicable aux figures 15 à 22

⁸³⁵ Marie Morin, Ghislaine Legendre (éd.), *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal...*, p. 102-103.

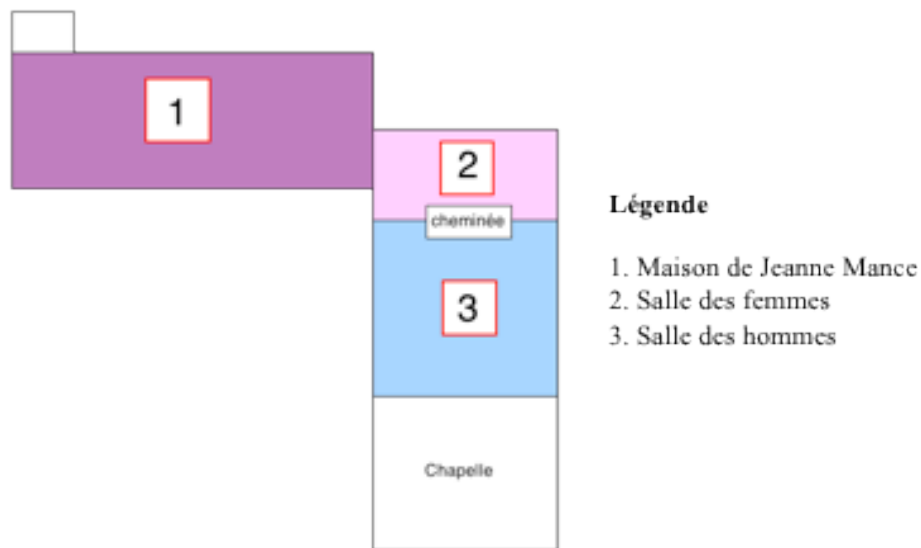


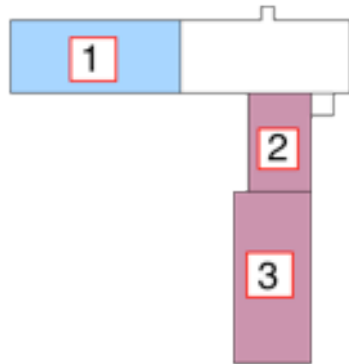
Figure 15 - Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Montréal, 1654-1660⁸³⁶

À Québec, en revanche, l'Hôtel-Dieu échoue à ses origines à inscrire dans la pierre une démarcation nette entre hommes et femmes. Ainsi l'établissement ne compte en 1658 qu'une unique salle des malades, et il faut attendre 1672 pour voir apparaître une salle des femmes, attenante à la salle des hommes, comme on peut le voir sur la figure suivante (figure 16).

On peut toutefois supposer que des femmes soient admises comme malades à l'Hôtel-Dieu de Québec durant ces premières années, sans que cela ne se traduise encore dans l'architecture parce qu'il faut parer au plus pressé. L'organisation de l'espace pourrait alors s'apparenter à celle que l'on retrouve dans certains établissements de métropole, comme celle que rapporte avec exaspération l'évêque du Puy-en-Velay en 1661 : « Les hommes et les femmes estoient couchées dans un mesme salle, se voyant les uns les autres, quand ils se levoient et se couchoient, et que cela estoict fort indessant et en danger de causer plusieurs offences à Dieu »⁸³⁷.

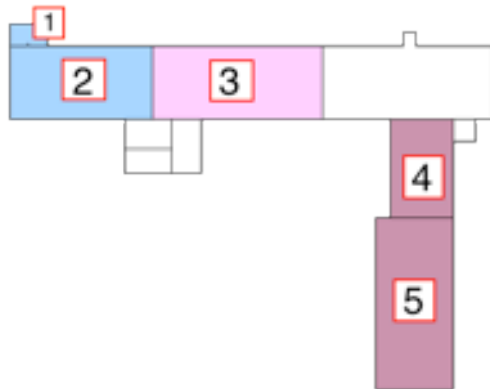
⁸³⁶ D'après Robert Lahaise, *Édifices conventuels du Vieux-Montréal...*, p. 25.

⁸³⁷ AD4/HSUP/HD/Le Puy/1E02 : *Registre de délibérations de l'Hôtel-Dieu*, 9 mai 1661, f. 14.



1658 – légende

- 1. Salle des malades
- 2. Chœur des Religieuses
- 3. Monastère



1672 – légende

- 1. Salle des officiers
- 2. Salle des hommes
- 3. Salle des femmes
- 4. Chœur des Religieuses
- 5. Monastère

1698 – légende

- 1. Salle des officiers
- 2. Salle des hommes
- 3. Salle des femmes
- 4. Chœur des Religieuses
- 5. Monastère



1739 – légende

1. Salle des officiers
2. Salle des hommes
3. Salle des femmes
4. Chambres des domestiques
5. Maison des prêtres
6. Chœur des Religieuses
7. Monastère

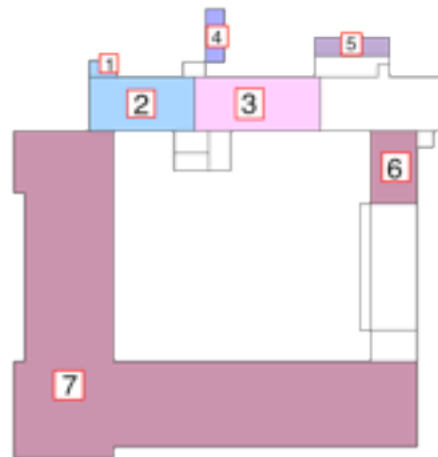


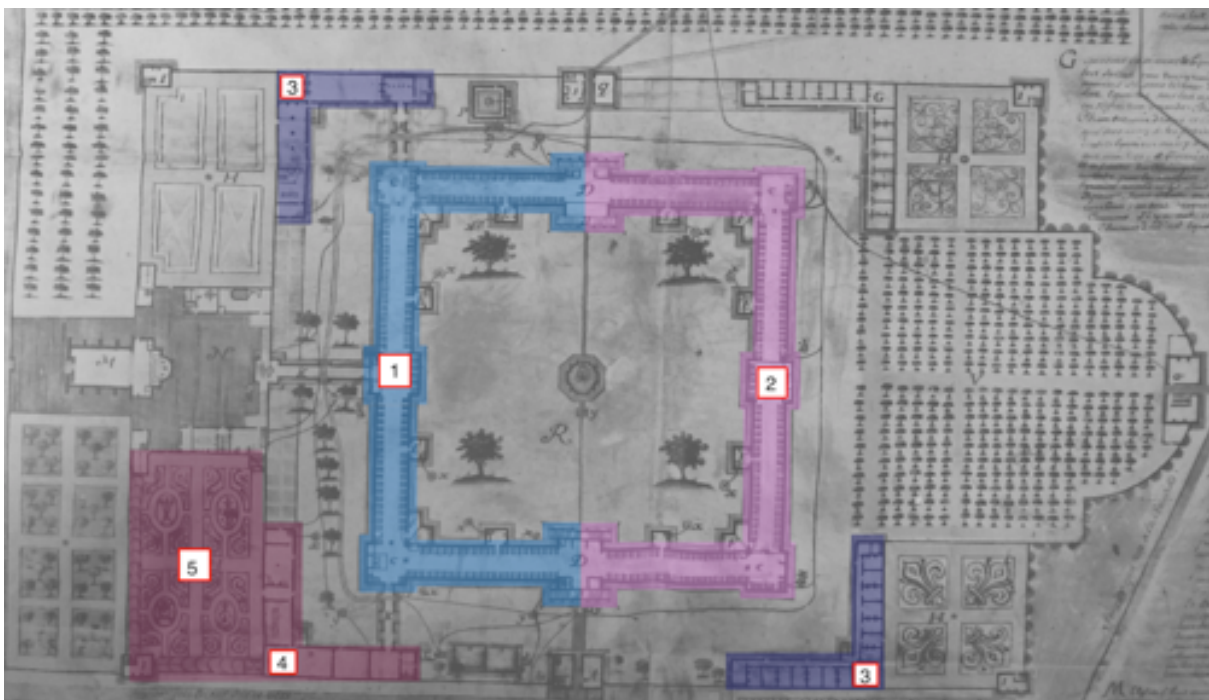
Figure 16 - Identification de l'espace hospitalier selon le genre, évolution de l'Hôtel-Dieu de Québec⁸³⁸

Bien que prescrite par les *Constitutions* et *Coutumiers*, la séparation des sexes n'est pas effective dans tous les bâtiments de notre enquête durant les décennies 1660 et 1670. Si, dans les premières décennies de leur existence, les hôpitaux canadiens résolvent le problème en construisant des salles pour les femmes – en 1659 pour l'Hôtel-Dieu de Montréal et 1672 pour l'Hôtel-Dieu de Québec – les établissements des provinces françaises peinent pour leur part à mettre en pratique cette division.

Les sources de certains établissements métropolitains nous permettent parfois d'approfondir la thématique de la mise en œuvre de la séparation des hommes et des femmes. Ainsi, les plans dessinés pour la construction de l'hôpital Saint-Louis en 1681 (figure 17), comme que ceux d'un projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1674 (figure 18) règlent cette question avant même la construction. Dans les deux hôpitaux, cette séparation des hommes et des femmes est mise en œuvre, notamment grâce à des salles de soins différentes conçues pour qu'hommes et femmes ne se côtoient pas. L'hôpital Saint-Louis prévoit ainsi un mur pour séparer la cour du quadrilatère des salles de soins. À la fin de notre

⁸³⁸ D'après François Rousseau, *Le Croix et le scalpel...*, p 64-65.

période, éloigner les hommes des femmes est non seulement admis, mais mis en pratique. La séparation est même poussée très loin, puisque sur les plans de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand de 1808, on distingue non seulement des salles de soins genrées, mais également deux morgues : l'une pour les femmes, l'autre pour les hommes. Toutefois, la ségrégation genrée des individus ne concerne pas uniquement les usagers des hôpitaux, mais aussi leurs agents.



Légende

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Salle des hommes | 4. Logement des infirmières |
| 2. Salle des Femmes | 5. Jardins des infirmières |
| 3. Logement des Officiers de Santé | |

Figure 17 - Identification de l'espace selon le genre, Hôpital Saint-Louis, 1681⁸³⁹

⁸³⁹ D'après Robert Davesme, « Plan du royal et somptueux édifice de l'hospital Saint Louis [...] proche de Paris », 1681, A/AP-HP/E 8736.

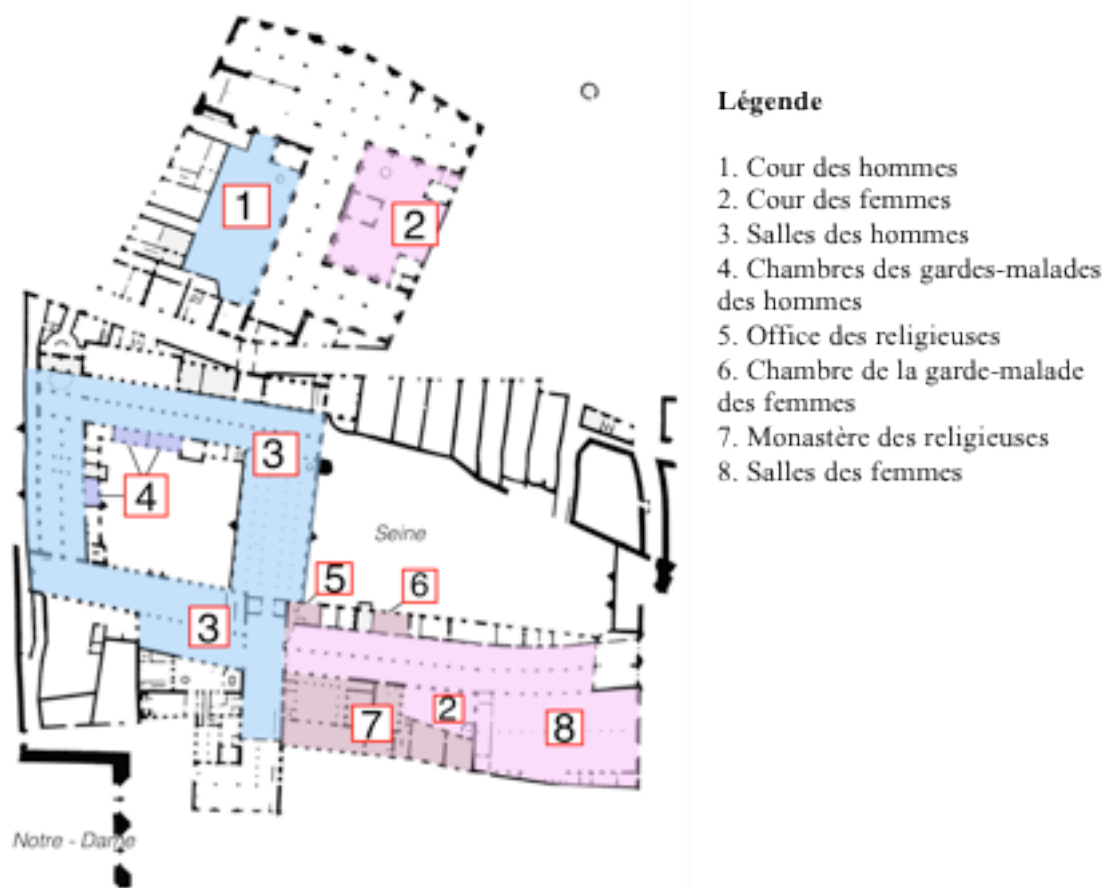


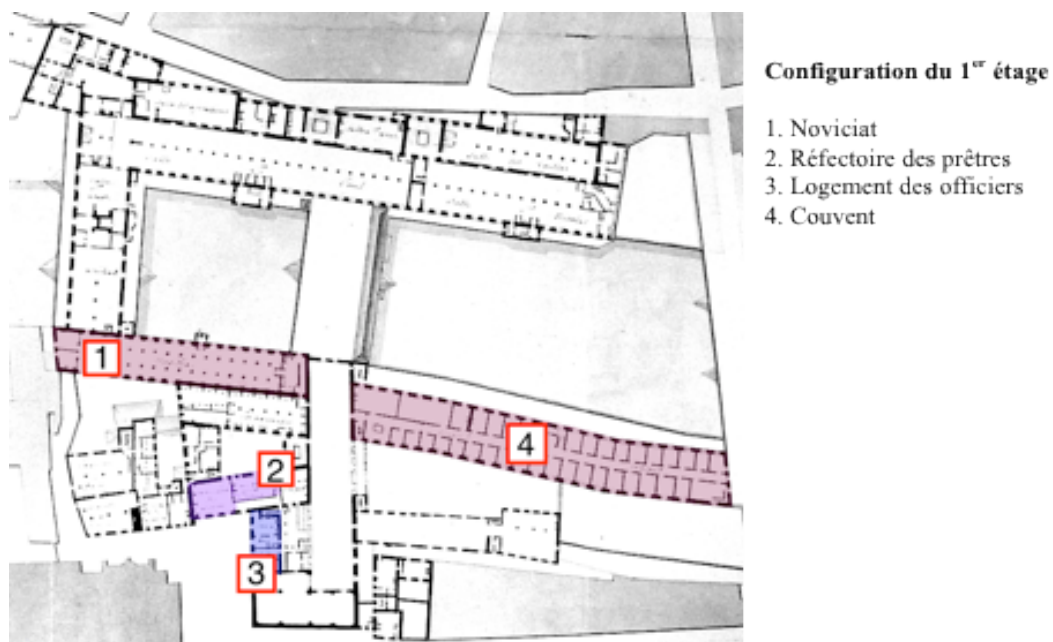
Figure 18 - Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Paris, 1674⁸⁴⁰

7.2.2. La clôture religieuse, contribution à la séparation genrée

L'organisation genrée de l'espace hospitalier concerne également les Hospitalières, qui se voient accorder des portions des bâtiments pour leur usage exclusif. Comme l'illustre la figure 16, le monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec représente un espace dédié aux femmes à l'intérieur de l'établissement, conformément aux principes de la clôture religieuse. À Montréal, les plans de l'Hôtel-Dieu de 1695 montrent également un espace conséquent accordé à la communauté (figure 2). À l'Hôtel-Dieu de Paris, établissement

⁸⁴⁰ D'après le « Plan général de l'Hôtel-Dieu de Paris avec un autre plan pour un faire un nouvel hôpital pour les convalescens [1674] », A/AP-HP/C 0006

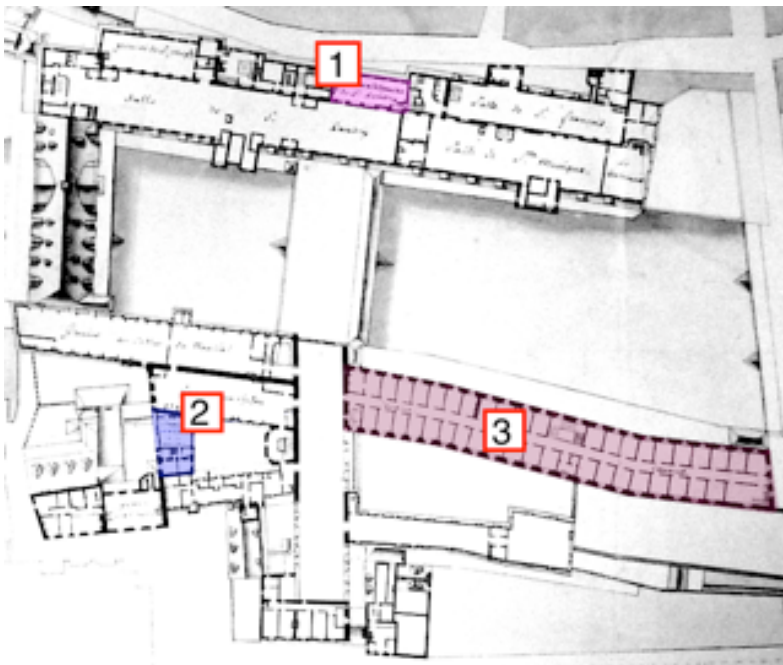
ancien, une partie importante de l'espace est dédié aux religieuses, et ce sur plusieurs étages. Ainsi, le plan de l'établissement dressé en 1760, reproduit ci-dessous (figure 19), détermine quatre niveaux, sur lesquels s'étend l'espace dédié aux religieuses, partagé entre le « couvent » et le « noviciat ». Tous situés sur la rive droite de la Seine, ces espaces sont séparés de ceux du quotidien des malades, les salles de soins étant situées sur l'autre rive, ainsi que sur les ponts qui surplombent ce bras du fleuve. Dans ces différentes situations, l'espace consacré aux religieuses ne se limite pas à une salle pour dormir, mais comprend un espace de culte qui leur est propre, ainsi qu'un réfectoire, et une infirmerie.





Configuration du 2^e étage

1. Salle des femmes
2. Les filles de la chambre du bas
3. Chambre des garçons de cuisine
4. Logement des prêtres
5. Couvent
6. Les filles de la chambre du haut



Configuration du 3^e étage

1. Convalescentes de Saint Landry
2. Chambre des garçons de cuisine
3. Couvent

Figure 19 - Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Paris, 1760⁸⁴¹

⁸⁴¹ D'après le « Plan général de l'Ancien Hôtel-Dieu de Paris, vers 1760 », A/AP-HP/D4 264 ; D4 265 ; D4 266 et D4 267.

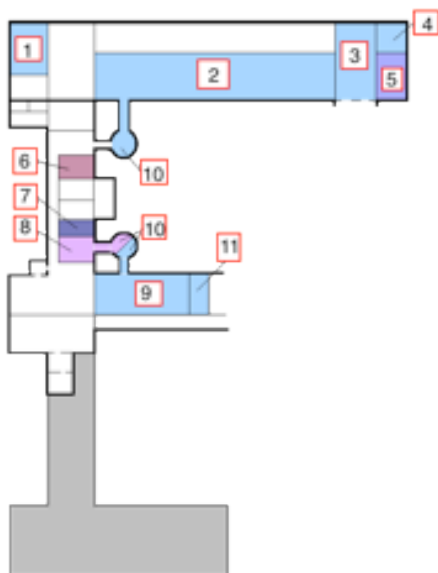
La présence persistante, depuis le début de notre période d'étude jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, d'un espace dénommé « monastère » à l'Hôtel-Dieu de Québec, et d'un « cloître » à l'Hôtel-Dieu de Paris nous invite à comparer ces plans avec ceux d'autres hôpitaux construits au cours du XVIII^e siècle.

À l'Hôpital Saint-Louis (figure 17), l'espace dédié aux religieuses change de forme, et les plans signalent un « logement des infirmières », séparé de l'église par un « jardin des infirmières ». Dans ce schéma, la portion de l'espace réservé aux religieuses est petite, à la fois au regard du grand quadrilatère dédié aux malades, mais aussi en comparaison avec les établissements plus anciens.

À Clermont-Ferrand, alors que l'impossibilité de maintenir un cloître décent à l'Hôtel-Dieu Saint-Barthélemy contribue au départ des Augustines, le nouvel Hôtel-Dieu dédie un espace à la nouvelle communauté responsable, la congrégation des Filles de la Charité, c'est-à-dire des Hospitalières à cette époque non astreintes à la clôture. Les plans de 1778 montrent l'Hôtel-Dieu en état de fonctionnement, mais inachevé. Ils prévoient au deuxième étage, là où se trouvent déjà les salles de soins de femmes, un « dortoir des sœurs » attenant à un « dortoir des filles de service ». La spécificité de la condition religieuse est ici à peine significative, au profit d'une organisation de l'espace selon le genre, et selon la fonction au sein de l'hôpital : les femmes sont au même étage, les malades d'un côté, les soignantes, religieuses et laïques, de l'autre (figure 20). On serait ici tentée de conclure à l'effacement progressif de l'espace dédié aux religieuses, ne seraient les plans du même établissement datés de 1808 (figure 21). Ceux-ci, loin de montrer la disparition des religieuses, leur attribuent un espace conséquent faisant fonction de cloître. Or, les Filles de la Charité, qui prennent en 1675 le relais des Augustines à l'Hôtel-Dieu de Clermont, sont à nouveau accueillies comme de nouvelles venues en 1807⁸⁴², ce qui signale donc leur absence pendant une période non déterminée. Nos

⁸⁴² Les Filles de la Charité, qui prennent en 1675 le relais des Augustines à l'Hôtel-Dieu de Clermont, sont également accueillies comme de nouvelles venues en 1807, ce qui signale donc leur absence pendant une période non déterminée. Nos sources ne font pas mention de leur départ, mais on peut supposer que la Révolution les exclut de l'établissement et qu'elles ne reviennent, donc qu'en 1807. Il est donc probable que les plans de cette extension qui laissent une véritable place aux Filles de la Charité traduisent des exigences posées par ces dernières. Voir Charlotte Butez, « L'institution et ses personnels jusqu'en 1940 », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d'un établissement hospitalier*, Clermont-Ferrand, PUBP, 2014p. 114.

sources ne font pas mention de leur départ, mais on peut supposer que la Révolution les exclut de l'établissement et qu'elles ne reviennent donc qu'en 1807. Il est ainsi probable que les plans de cette extension qui laissent une véritable place aux Filles de la Charité traduisent des exigences posées par ces dernières. Une aile de l'hôpital est ainsi consacrée, sur le plan, aux besoins de la communauté soignante, au niveau 1 de l'hôpital. On y remarque ainsi, outre le dortoir des sœurs, une chambre de la supérieure ainsi qu'une infirmerie et une « pièce dépendant de l'administration de la supérieure ». Le réfectoire des sœurs, séparé de celui des autres soignants de l'établissement, est éloigné du reste des pièces de la communauté pour ce que nous supposons être des raisons pratiques (proximité des autres réfectoires et de la cuisine notamment). Néanmoins, précisons que cette aile n'a jamais été construite, la première cour de l'Hôtel-Dieu demeurant jusqu'à ce jour ouverte en « U »⁸⁴³.



Configuration du rez-de-chaussée sur jardin (niveau 0)

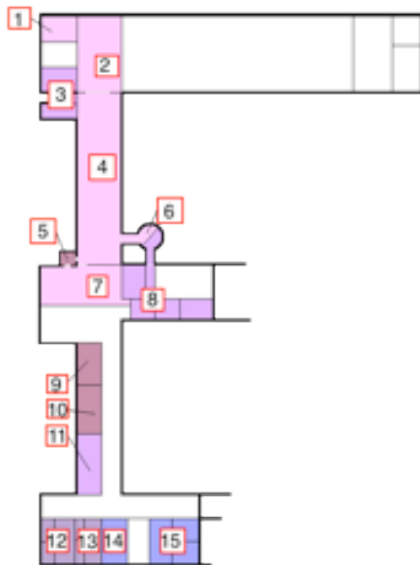
1. Salle neuve des consignés
2. Salle des vénériens
3. Salle des galeux
4. Salle de dépôt des vénériens
5. Salle de l'infirmier major
6. Réfectoire des sœurs
7. Réfectoire des employés
8. Réfectoire des filles
9. Salle de bain des hommes
10. Latrines
11. Salle de bain des voyageurs

⁸⁴³ N'ayant pas prolongé notre étude plus avant dans le XIX^e siècle, la question de la manière dont sont logées les Filles de la Charité dans l'Hôtel-Dieu de Clermont à cette époque ne pourra pas être résolue dans ces pages.



Configuration du rez-de-chaussée sur la rue (niveau 1)

1. Salle des militaires
2. Cuisine et cabinet des militaires
3. Latrines
4. Vestibule des militaires servant de repos des passagers
5. Cuisine des femmes en couches
6. Salle des femmes en couches
7. Corridor/chambre à coucher des filles des service
8. Chambre, vestibule et cabinet du chirurgien en chef
9. Chambre du chirurgien en second
10. Chambre de l'économe
11. Chambre du portier
12. Chambre de l'élève de garde

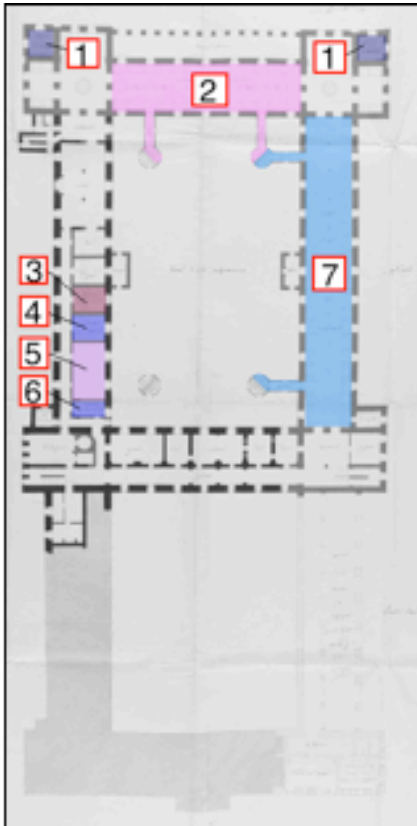


Configuration du 1^{er} étage (niveau 2)

1. Salle des vénériennes
2. salle des galeuses
3. cuisine et pièce pour les filles de service
4. salle des femmes
5. pièce pour la sœur de la salle des femmes
6. latrines
7. pièce pour les teigneuses
8. pièces pour les filles de service
9. chambre et cabinet de la mère supérieure
10. dortoir des sœurs
11. dortoir des filles de service
12. chambre et cabinet du 1^{er} aumônier
13. chambre et cabinet du 2^d aumônier
14. chambre de l'économe de l'Hôtel-Dieu
15. cabinet de l'administrateur

Figure 20 - Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1778⁸⁴⁴

⁸⁴⁴ D'après le « Plan de l'ancien Hôtel-Dieu de Clermont, 1778 », BUP/CA 508 2-6



Configuration rdc cour des infirmeries (niveau 0)

1. Salle des opérations
2. Salle des femmes en convalescence
3. Réfectoire des sœurs
4. Réfectoire des officiers
5. Réfectoire des filles de service
6. Réfectoire des domestiques
7. Salle des hommes en convalescence



Configuration rdc de la première cour (niveau 1)

1. Salle des opération
2. Salle des femmes opérées
3. Salle des hommes opérés
4. Salle des opération
5. Salle des femmes en état de maladie
6. Salle des hommes en état de maladie
7. Salle des femmes sous la clinique
8. Salle des hommes sous la clinique
9. Supérieure
10. Chœur
11. Infirmerie des sœurs
12. Pièce laissée à l'administration de la Supérieure
13. Chirurgien en chef
14. Chirurgien en second
15. Portier
16. Espace d'enseignement médical :
 - a. cour de médecine
 - b. amphithéâtre
 - c. salle de dissection



Configuration 1er de la première cour (niveau 2)

1. Pièce de la veille
2. Salle des femmes en couche
3. Laboratoire des filles de service
4. Dortoir des filles de service
5. Chambre et cabinet du 1^{er} aumônier
6. Économe
7. Chambre et cabinet du 2^d aumônier
8. Économe

Figure 21- Identification de l'espace selon le genre, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808⁸⁴⁵

7.2.3. Des étages féminins

Rechercher les espaces consacrés aux soignantes fait apparaître, auprès des Hospitalières, les soignantes laïques. Retrouver leurs traces à travers les plans des hôpitaux se heurte au problème de leur faible nombre : alors que les soignants masculins remplacent les religieuses dans les tâches qu'elles ne peuvent accomplir, les soignantes féminines – exception faite des sages-femmes – les secondent. Elles ne sont donc présentes que dans des établissements assez conséquents pour que les Hospitalières ne puissent pas prendre en charge seules les soins des femmes reçues.

⁸⁴⁵ D'après « Pierre Rousseau, Plan de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808 », reproduit dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand...*, p.68.

Les logements de ces femmes laïques n'apparaissent donc que sur les plans de quelques établissements. L'Hôtel-Dieu de Paris, avec son nombre important de malades et de soignants des deux sexes, en fait partie, tout comme l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, bâti à la fin du XVIII^e siècle.

Les plans de 1760 de l'Hôtel-Dieu de Paris (figure 19) signalent ainsi deux salles pour le logement des femmes qui ne sont ni religieuses ni malades. On remarque que le troisième étage de l'Hôtel-Dieu (Figure 19D) est majoritairement féminin, puisqu'on y trouve non seulement un espace dédié aux religieuses, mais aussi la « salle des accouchées », la « crèche » et la « salle des folles », ce qui nous laisse supposer que les autres salles de soins de cet étage sont probablement réservées aux femmes. Il est alors logique que le logement des soignantes laïques s'y trouve également, la séparation entre hommes et femmes étant d'autant plus efficace lorsque l'on place hommes et femmes sur des étages différents.

À Clermont-Ferrand, nous disposons des plans de 1778 et de 1808, tout deux dotés de légendes précises, qui permettent une analyse plus fine pour cet établissement (figure 20 et 21). En 1778, les espaces accordés aux femmes laïques varient en fonction et en superficie d'un niveau à l'autre. Au premier niveau, leur présence n'est signalée que par un réfectoire qui leur est dédié, proche de celui des employés masculins et de celui des religieuses. Au deuxième niveau, on remarque un « corridor servant de pièce à coucher pour les filles de service », astucieusement situé à l'entrée des deux salles consacrées aux femmes en couches. On peut ainsi supposer que ces trois pièces sont à la fois fréquentées par les soignantes laïques employées par l'Hôtel-Dieu, et par la « veuve accoucheuse » dont les fonctions sont décrites par le règlement de 1749⁸⁴⁶. C'est toutefois au troisième niveau du bâtiment que la présence des femmes est évidente, puisqu'on y retrouve, outre les salles attribuées aux femmes malades, le dortoir des religieuses, ainsi que pour les filles de service, un dortoir et trois pièces à l'usage non précisé.

⁸⁴⁶ « Du devoir de la Veuve Accoucheuse », *Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand, Que les chapelains, Officiers, Servantes & Valets de cette Maison doivent observer chacun suivant leur charge ou emploi*, Clermont-Ferrand, 1749; voir aussi chapitre 6 : « 6.3.3. l'intérêt médical envers la grossesse ».

En 1808, la complétion des bâtiments, sur le papier, ferme la cour sud et modifie à première vue cette organisation, puisque c'est dans ce nouveau corps du bâtiment que sont installés le nouveau cloître des religieuses au deuxième niveau, et le dortoir des filles de service au troisième niveau. À ce même étage, on note l'existence d'un « laboratoire des filles de service », que nous supposons consacré à la composition de plusieurs remèdes, ce qui signifierait l'emploi de plusieurs femmes dans la pharmacie.

Ce réaménagement de l'espace permet de situer au même étage les salles des femmes en couches et le dortoir des soignantes laïques. Si une « salle de veille » placée entre les deux salles des parturientes permet à la soignante responsable de surveiller l'ensemble des femmes, la proximité du dortoir laisse supposer la possibilité de recourir aisément aux Hospitalières en cas de problème nocturne.

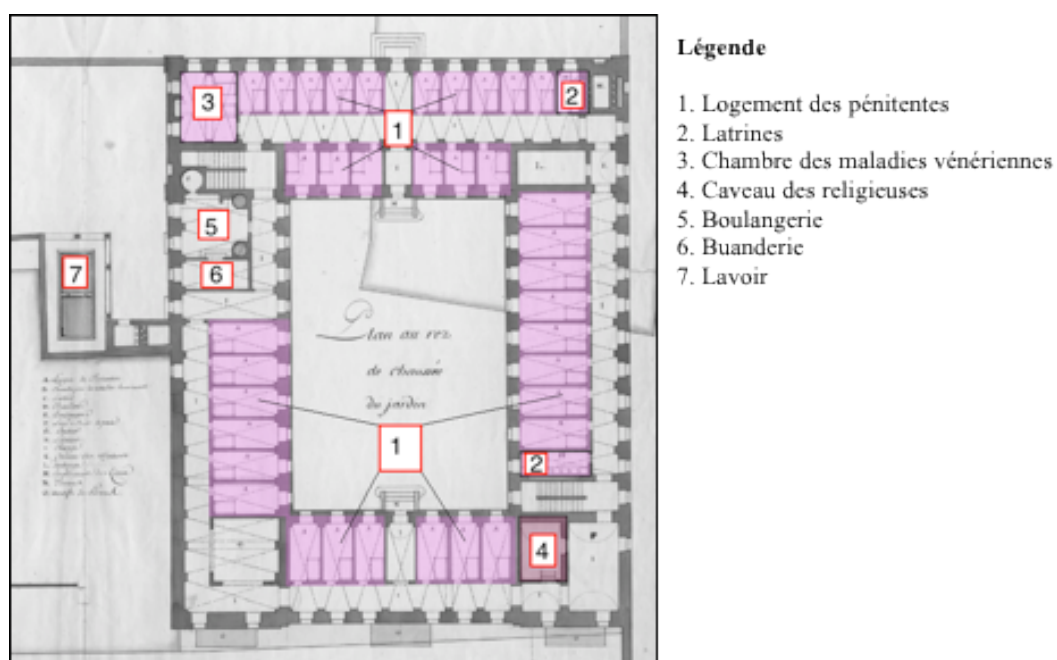


Figure 22 - Identification de l'espace selon le genre, Refuge de Clermont, fin XVIIIe siècle

Mentionnons enfin, le cas particulier du Refuge de Clermont-Ferrand (figure 22). Dans cette institution d'enfermement des « filles perdues », nulle trace masculine, mais uniquement des logements pour les pénitentes et les religieuses, ainsi que des lieux de passage que nous pouvons, au regard de la population du Refuge, considérer comme majoritairement féminins.

On le comprend donc, ces femmes sont réparties dans différentes pièces de l'hôpital selon leur état – malades, soignantes laïques, religieuses –, mais leur condition commune de femmes justifie une organisation de l'espace qui regroupe, autant que possible, ces différentes agentes et usagères des hôpitaux. La catégorie de genre à laquelle toutes appartiennent intervient ainsi encore, malgré les raisons différentes de leur présence dans l'hôpital.

7.2.4. Les hommes de l'hôpital

Enfin, qu'en est-il des soignants masculins? Des soignants masculins laïcs sont employés dans les hôpitaux qui prennent en charge des hommes. « Domestiques » ou « valets » se voient ainsi attribuer des espaces particuliers dans la plupart de nos établissements. À L'Hôtel-Dieu de Montréal, les plans de 1695 signalent une « chambre des domestiques » située proche de l'entrée, en face de l'écurie et du poulailler (figure 2). À Québec, les hommes employés n'apparaissent sur les plans qu'à partir de 1739 (figure 16), bien que nous ayons précédemment établi leur présence dès l'arrivée des Hospitalières en Nouvelle-France⁸⁴⁷. À Vichy, le logement du « valet » est placé dans le corps de bâtiment qui abrite étable et poulailler (figure 6). Cette proximité des employés masculins avec les espaces des animaux nous amène à supposer qu'ils tiennent à la fois un rôle de soignants auprès des hommes – aidant tout du moins à dévêtir et revêtir les hommes malades à leur arrivée, et remplir les autres fonctions que les Hospitalières ne peuvent effectuer –, mais aussi d'employés de ferme dans le quotidien des hôpitaux.

Dans les établissements parisiens à la fin du XVII^e siècle, et surtout au XVIII^e siècle, les fonctions soignantes des hommes sont plus clairement définies sur les plans. À L'hôpital Saint-Louis, on voit dès les plans de 1681 que des bâtiments nommés « logement des officiers de santé » encadrent le quadrilatère des salles de soins (figure 17). À L'Hôtel-Dieu de Paris, on note, grâce aux plans de 1760 (figure 19), la cohabitation d'employés remplissant des tâches non soignantes, avec d'une part le dortoir des gardes (dans les souterrains) et les

⁸⁴⁷ Voir chapitre 6 : « 6.1.1.2. Des laïcs de plus en plus présents? ».

chambres des garçons de cuisine (aux deuxième et troisième étages) et d'autre part le « logement des officiers » au premier étage, destiné aux soignants.

À Clermont-Ferrand, l'Hôtel-Dieu de 1778 tel que représenté (figure 20) pointe l'emploi de multiples laïcs : un réfectoire des employés (niveau 0), une chambre du portier ainsi qu'une pièce pour les gardes (niveau 1) nous indiquent des employés non soignants. Les quartiers de l'économe (niveau 1 et 2) ainsi que le cabinet de l'administrateur (niveau 2) nous signalent quant à eux des hommes laïcs remplissant les fonctions de direction au sein de l'établissement. Enfin, on remarque une forte présence de soignants masculins au titre reconnu à travers la « salle de l'infirmier major » (niveau 0) et, au niveau 1, la « chambre de l'élève de garde », et surtout les quartiers des chirurgiens, avec une chambre pour le chirurgien en second, et pour le chirurgien en chef un vestibule, un cabinet et une chambre. Au niveau 1, les différentes pièces attribuées à ces hommes sont attenantes les unes aux autres, tandis qu'au niveau 2 elles jouxtent les chambres et cabinets des deux aumôniers de l'établissement. Le tout forme ainsi, sur deux étages, un bloc masculin. Lorsque l'on compare ces plans à ceux de 1808 (figure 21), on comprend que cette partie du bâtiment est prolongée. L'extension comporte la salle dans laquelle se déroule le « cours de médecine » et la « salle de dissection », qui encadrent un amphithéâtre destiné aux étudiants médecins et chirurgiens. À l'étage suivant, nous retrouvons les aumôniers et économes de l'Hôtel-Dieu, et quelques infirmeries. Encore au-dessus, plusieurs « infirmeries des pensionnaires »⁸⁴⁸ sont desservies par un couloir, probablement pour être facilement visitées par les soignants qui abondent dans cette partie du bâtiment (figure 30, niveau 3). Cette nouvelle section de l'édifice est donc très marquée par la présence masculine : on y retrouve encore le bureau de l'administrateur, et les chambres des chirurgiens. Ces lieux masculins se situent de part et d'autre de l'entrée principale de l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur.

Avec l'agrandissement de l'hôpital, les soignants masculins gagnent donc ce nouvel espace. À ces différentes pièces masculines qui forment la façade du bâtiment doivent être ajoutés les deux « cabinets des médecins » et des « salles des opérations » situés à l'autre

⁸⁴⁸ Le mot « pensionnaires » ne nous permet pas de savoir s'il s'agit d'hommes ou de femmes.

extrémité de l'établissement. Il ne s'agit pas ici de logement d'un personnel soignant, mais des pièces où médecins et chirurgiens pratiquent leur art.

En effet, on aura remarqué que si, lorsqu'il s'agit du personnel féminin, les établissements hospitaliers prévoient des dortoirs pour leurs « filles de salles », leurs homologues masculins ne disposent pas systématiquement de logements, et lorsque tel est le cas, il s'agit de quelques chambres individuelles, comme les figures 6, 12 et 16 permettent de le constater, et non pas d'un dortoir comparable à celui des Hospitalières. Ayant précédemment montré⁸⁴⁹ que la présence de ces soignants masculins augmente au cours de la période d'étude, nous pensons qu'il s'agit ici d'une différence liée au genre. Comme nous l'avons exposé précédemment, tous les agents des hôpitaux ne bénéficient pas de la même liberté de circulation. Selon les règlements, le personnel laïc est logé sur place, tout comme certains des chirurgiens. Au regard des plans clermontois, seuls les femmes employées comme soignantes et les chirurgiens disposent d'un logement dans l'hôpital, tandis que les hommes aidant au soin sans être chirurgiens ou médecins ne sont signalés que par la présence d'un réfectoire. Le choix de l'institution d'héberger les « filles de salles » plutôt que les garçons n'est pas justifié dans les sources. Nous pensons néanmoins qu'il s'agit d'une volonté de ces institutions de s'assurer de la morale de ces femmes, célibataires, qui ne sauraient être livrées à elles-mêmes dans la ville. Logées sur place, elles se conforment à un quotidien hospitalier qui enchaîne prières et soin, très proche de celui des Hospitalières⁸⁵⁰.

L'analyse des espaces alloués aux hommes permet de souligner leur diversité et, plus précisément, traduit la hiérarchie qui existe entre les hommes dans l'hôpital. Ainsi, les logements des « domestiques » et des « valets » du début de notre période sont remplacés sur les plans du XVIII^e siècle par des dortoirs pour les employés des cuisines ou encore pour les gardes. Des chambres individuelles sont en revanche allouées aux chirurgiens, officiers de santé, ou encore aux aumôniers, tous représentants des fonctions prestigieuses au sein du monde hospitalier. Toutefois, si les hommes logés sur place sont au total peu nombreux, de

⁸⁴⁹ Voir chapitre 6 « graphique 1. Personnel laïc des salles de soin de l'Hôtel-Dieu de Paris »

⁸⁵⁰ Charlotte Butez, « L'institution et ses personnels jusqu'en 1940 »... p. 121

nouveaux espaces masculins apparaissent à la fin de notre période : les « cabinets des médecins » ainsi que les « salles d'opération ». Contrairement aux salles des malades ou au logement des soignants et soignantes, ces pièces ne sont pas occupées en permanence, et sont fréquentées par des malades des deux sexes, peut-être même parfois assistés de religieuses. Néanmoins, dans ces salles, médecins et chirurgiens sont les maîtres, ce qui nous autorise à les considérer comme relevant de l'autorité masculine.

Lorsque nous faisons abstraction des espaces alloués aux malades, il apparaît que l'espace accordé aux femmes sur les plans des hôpitaux est souvent plus important que celui accordé aux hommes. Les espaces dédiés aux soignantes laïques et ceux consacrés aux religieuses forment au total une portion importante des hôpitaux qui se trouve réservée aux femmes.

Or une analyse plus fine de la fonction de ces espaces nous permet de montrer que si, la surface accordée aux hommes est plus petite, les fonctions qu'ils y occupent sont non seulement plus prestigieuses, mais gagnent en importance au cours de la période. En effet, l'autorité masculine trouve à s'exercer à travers la médicalisation des consultations et des opérations – et donc des lieux où elles sont réalisées – et dont on a expliqué les mécanismes dans les deux chapitres précédents. Or cette médicalisation des lieux hospitaliers s'est accompagnée de leur masculinisation dans de nombreux espaces. L'analyse de l'espace peut-elle nous aider à comprendre comment s'est produite cette évolution, et comment elle s'articule avec la vocation religieuse des hôpitaux?

7.3. De la chapelle à la salle d'opération ?

7.3.1. Des hôpitaux religieux et une architecture adaptée (XVII^e siècle)

Institutions faisant acte de charité chrétienne, lieux où le soin du corps est un prétexte au salut de l'âme, les hôpitaux d'Ancien Régime occupent une place de choix dans les structures mises en place par la Réforme catholique. Ils sont pris en charge par des communautés féminines soutenues par les élites dévotes qui portent l'idéal réformateur. Ces origines

religieuses influencent de façon évidente l'aménagement de l'espace soignant comme en témoigne la présence d'une chapelle vers laquelle les malades tournent le regard. D'autres espaces traduisent aussi cette vocation religieuse des hôpitaux, nous proposons ici d'en détailler les diverses formes.

La première et la plus évidente est donc la chapelle, vision du futur paradis vers lequel les malades tendent le regard et leurs espoirs. Si la position idéale de la chapelle par rapport aux malades est connue, il nous semble important de souligner sa situation par rapport aux espaces réservés aux religieuses. Les établissements de Nouvelle-France proposent une organisation nette de cet espace : à Montréal comme à Québec, dans les Hôtels-Dieu comme dans les Hôpitaux Généraux, la chapelle est un lieu de transition entre le cloître des religieuses et les salles de soins⁸⁵¹. Cette séparation est d'ailleurs clairement identifiée dans les sources qui parlent d'« hôpital » pour désigner les salles des malades, et de « monastère » pour la partie de l'Hôtel-Dieu fréquentée exclusivement par les religieuses. Lieu de transition entre les deux mondes donc, la chapelle est avant tout un lieu de culte où les laïcs malades et les religieuses soignantes se retrouvent dans une situation où le soin du corps est secondaire, au profit de celui de l'âme. Évidemment, la présence dans la même chapelle des religieuses et des malades capables de se lever de leur lit pour assister à l'office ne signifie pas pour autant la proximité de leurs corps, et l'espace de la chapelle est lui aussi organisé de manière à séparer les deux groupes, comme c'est aussi l'usage dans les couvents et monastères dont la chapelle accueille des personnes extérieures à la communauté. On remarquera à cet effet l'organisation de l'Hôtel-Dieu de Québec, dont les plans nous indiquent le « chœur des religieuses », soulignant que malades et moniales se trouvent séparés pendant l'office. Construits dans l'élan de la Réforme catholique, les établissements de Nouvelle-France traduisent avec le plus de netteté la vocation religieuse des institutions hospitalières.

⁸⁵¹ Voir. figures 1, 2 et 12.



Figure 23 - Légende applicable aux figures 24 à 27 et 29 à 32

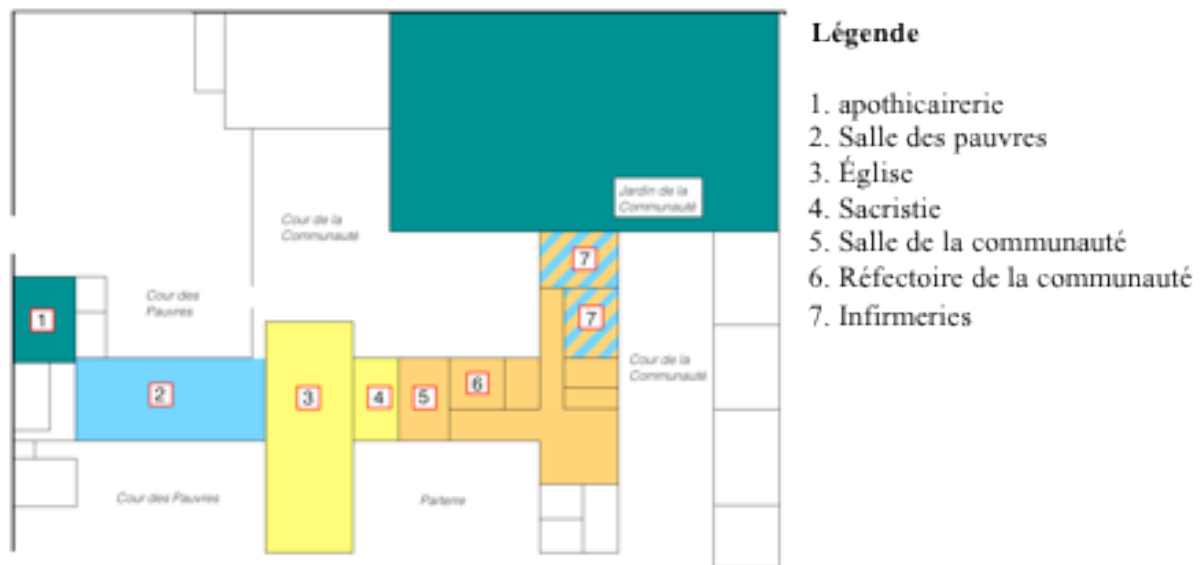
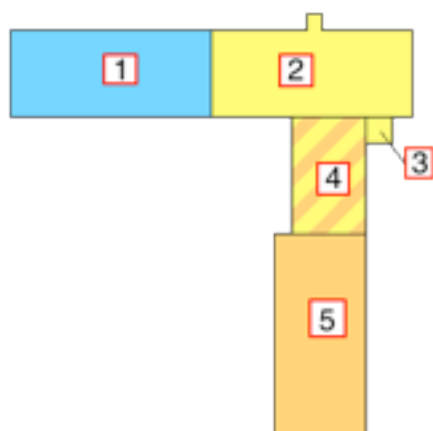


Figure 24 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Montréal, 1695⁸⁵²

⁸⁵² D'après Robert Lahaise, *Les édifices conventuels du Vieux Montréal...* p. 25

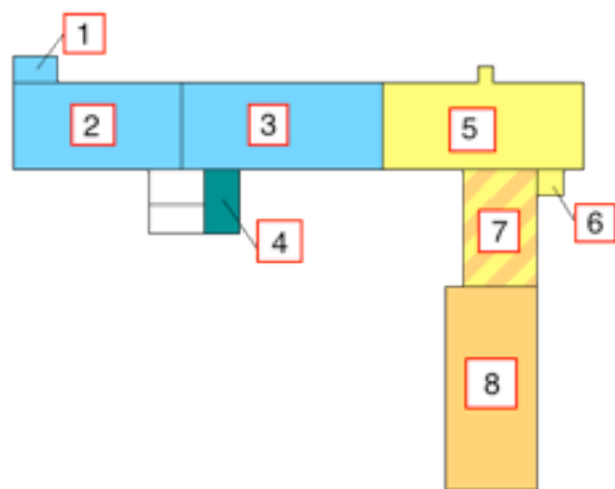
Configuration pour l'année 1658

1. Salle des hommes
2. Église
3. Sacristie
4. Chapelle des religieuses
5. Monastère



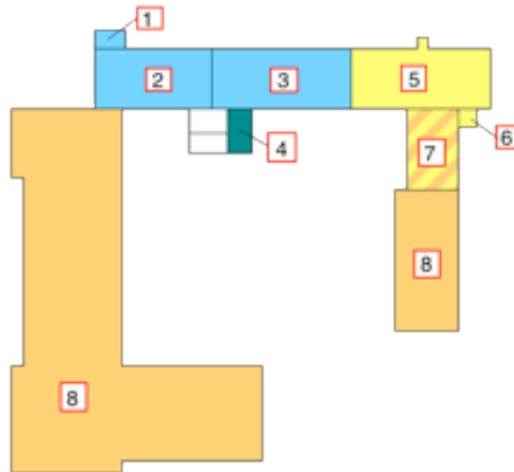
Configuration pour l'année 1672

1. Salle des officiers
2. Salle des hommes
3. Salle des femmes
4. Apothicairerie
5. Église
6. Sacristie
7. Chapelle des religieuses
8. Monastère



Configuration de 1698

1. salle des officiers
2. Salle des hommes
3. Salle des femmes
4. Apothicairerie
5. Église
6. Sacristie
7. Chapelle des religieuses
8. Monastère



Configuration de 1739

1. salle des officiers
2. Salle des hommes
3. Salle des femmes
4. Chambre des domestiques
5. Apothicairerie
6. Logement des prêtres
7. Église
8. Chapelle des religieuses
9. Sacristie
10. Monastère

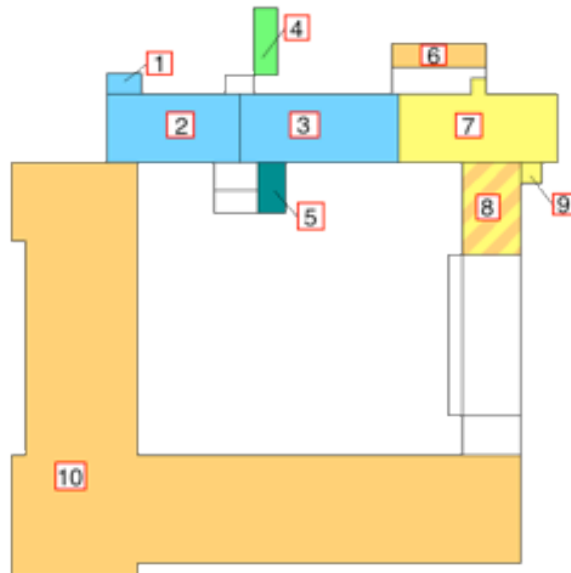


Figure 25 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, évolution de l'Hôtel-Dieu de Québec⁸⁵³

⁸⁵³ D'après François Rousseau, *La Croix et le scalpel...* p. 64-65.

En métropole, l'architecture de l'Hôtel-Dieu de Paris marque elle aussi son rôle religieux (figure 26). La proposition de reconstruction de 1674, qui ne montre qu'un niveau de l'établissement, propose un ensemble de pièces (cloître, réfectoire, chapitre, cuisine des religieuses ainsi qu'une salle des novices) qui forment un monastère à l'intérieur de l'établissement. Ici, la « chapelle de l'hospice » est située entre le monastère des religieuses et le logement des prêtres assignés à l'Hôtel-Dieu, et contiguë à la « chapelle du public ».

Ce plan de 1674 représente l'Hôtel-Dieu de Paris tel qu'il existe à cette époque, mais propose l'ajout d'un hôpital des convalescents, situé sur l'autre rive de la Seine. Dans ce bâtiment – jamais réalisé⁸⁵⁴ –, l'« église des convalescents » occupe une place importante, éloignée du reste des salles de soins, mais conçue comme le lieu de culte non pas de l'Hôtel-Dieu, mais du nouvel hôpital des convalescents. Là aussi, le public dispose d'une partie de l'espace, les malades d'une autre.

Le plan dessiné par Louis Bretez à la demande de Michel-Étienne Turgot, prévôt des marchands de Paris entre 1734 et 1739⁸⁵⁵, indique, pour l'Hôpital des Incurables (figure 8), le couvent Sainte-Pélagie (figure 3) ou encore l'Hôpital Saint Jacques (figure 4), trois établissements soignants aux vocations variées, la présence d'un clocher, signe qu'une chapelle trouve sa place dans les activités hospitalières.

⁸⁵⁴ Marcel Candille, *Catalogue des plans et dessins d'Architecture du fonds de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, avec autres études critiques sur les inventaires des archives de l'assistance publique*, Paris, Arpajon, 1973, p. 35.

⁸⁵⁵ Alfred Fierro, Jean-Yves Sarazin, *Le Paris des Lumières d'après le plan de Turgot : 1734-1739*, Paris, Réunion des musées nationaux, 2005.

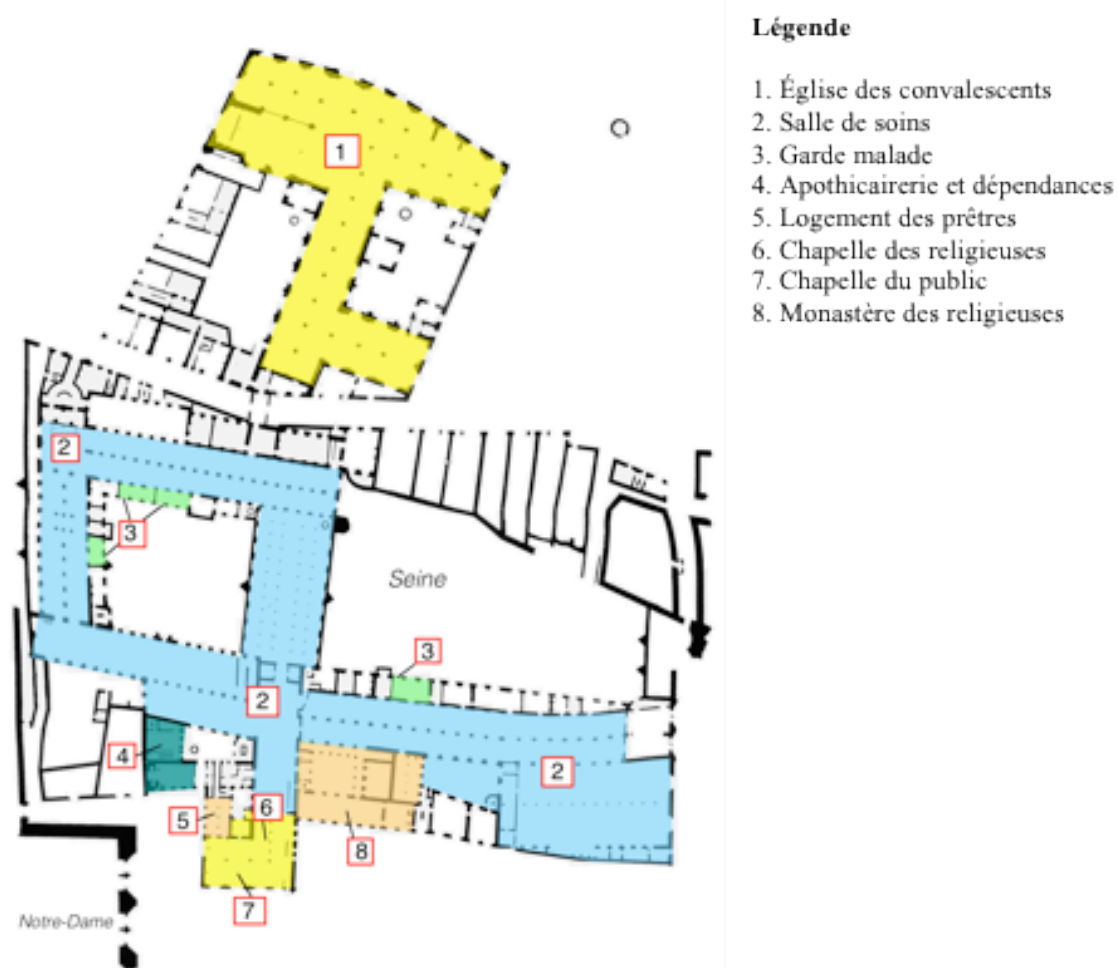


Figure 26 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Paris, 1674⁸⁵⁶

Enfin, à Clermont-Ferrand, nous ne disposons d'informations que pour le rez-de-chaussée de l'Hôtel-Dieu Saint-Barthélemy. On peut voir sur ce plan la chapelle et la sacristie, mais la source ne nous permet de situer ni les salles des malades ni les espaces des religieuses.⁸⁵⁷

⁸⁵⁶ D'après le « Plan général de l'Hôtel-Dieu de Paris avec un autre plan pour un faire un nouvel hôpital pour les convalescens [1674] », A/AP-HP/C 0006

⁸⁵⁷ Jean-Luc Fray, « Des origines hospitalières à la fondation de l'Hôtel-Dieu », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand...* p. 52.

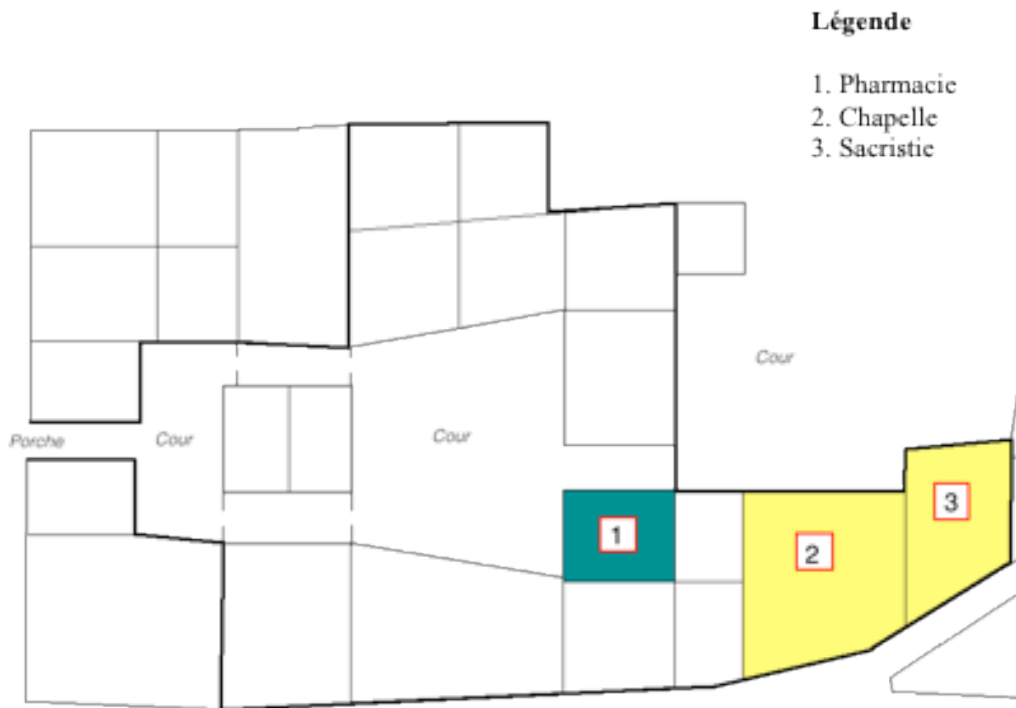


Figure 27 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu Saint-Barthélemy, Clermont-Ferrand⁸⁵⁸

On peut ainsi constater pour la plupart de ces établissements – et le supposer pour les autres – que la fonction religieuse des pratiques hospitalières est inscrite dans les murs. Tous ces établissements en activité au XVII^e siècle disposent d'une chapelle dans laquelle sont célébrés les offices. De plus, des pièces faisant fonction de monastère à disposition des religieuses sont construites. Enfin, dans quelques cas, nous trouvons même des logements pour les chapelains et aumôniers, c'est-à-dire pour les hommes chargés de l'administration des sacrements et de la célébration des offices. L'étude des plans des établissements canadiens, comparés à ceux des hôpitaux métropolitains, met en évidence dans un premier temps la

⁸⁵⁸ D'après le « Plan de l'ancien Hôtel-Dieu de Clermont, vers 1781 », BUP/CA 5032.

séparation nette entre l'espace dédié au monde religieux, qu'il s'agisse du culte ou du logement des religieux, et les espaces soignants.

On distingue dans un second temps que la portion de l'espace réservé aux religieuses est proportionnellement plus importante dans les établissements de Nouvelle-France, fruits de la Réforme catholique, que dans les établissements métropolitains, plus anciens et sujets à de nombreux aménagements au fil des siècles. Il apparaît également que dans les établissements canadiens, la surface allouée aux religieuses équivaut, voire dépasse, celle accordée aux malades, alors qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris par exemple, l'espace dédié aux religieuses semble tout à fait réduit et qu'à Clermont-Ferrand, les Augustines se plaignent de ne pouvoir établir de monastère. Nous lisons dans cette différence la volonté affirmée, en Nouvelle-France, de donner aux Hospitalières les moyens de respecter leur condition de religieuses tout en œuvrant comme soignantes, dans le strict respect du Concile de Trente. Cette hypothèse fort séduisante mérite toutefois d'être nuancée.

D'une part, nous disposons, pour les établissements de métropole cités, de plans qui ne détaillent qu'un seul niveau, ce qui est susceptible de fausser l'analyse. Mais, d'autre part, c'est surtout la taille des établissements qui doit ici être prise en compte. Plus grands, les établissements métropolitains accordent, logiquement, un pourcentage de l'espace plus petit que les hôpitaux canadiens, puisque l'écart entre le nombre de malades et celui des religieuses se creuse à mesure qu'un établissement croît. Soulignons toutefois que, par exemple pour les établissements représentés dans sur la figure 28, il faut savoir que l'Hôtel-Dieu de Paris compte au moins quatre niveaux, tandis que celui de Montréal se résume à ce qui est visible sur le schéma et, à l'étage, le logement des Hospitalières. La comparaison entre les situations canadiennes et métropolitaines atteint là sa limite.



Figure 28 - Comparatif d'échelle entre l'Hôtel-Dieu de Paris (1674) et l'Hôtel-Dieu de Montréal (1654-1660)⁸⁵⁹

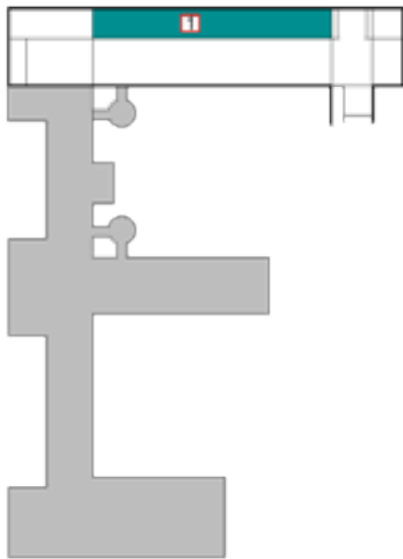
⁸⁵⁹ D'après le « Plan général de l'Hôtel-Dieu de Paris avec un autre plan pour un faire un nouvel hôpital pour les convalescens [1674] », A/AP-HP/C 0006, et Robert Lahaise, *Édifices conventuels du Vieux-Montréal...*, p. 25.

7.3.2. Des espaces soignants

Accompagnant le soin des âmes, le soin du corps marque aussi l'espace hospitalier. La première trace, la plus évidente, est celle de la présence des malades. Toutefois, comme on vient de le rappeler, ces salles sont, au début de notre période d'étude, porteuses d'une dénomination vague qui, au mieux, détermine le genre des patients qui y sont installés. Tournées vers la chapelle, elles nous renseignent peu sur les pratiques soignantes. Cependant, nous repérons d'autres traces de vocation soignante dans les établissements du XVII^e siècle. À partir de 1672, les plans de l'Hôtel-Dieu de Québec signalent une apothicairerie, à laquelle il faut ajouter le jardin où sont cultivées certaines des plantes qui y sont utilisées⁸⁶⁰. L'Hôtel-Dieu de Montréal possède lui aussi, en 1695, une apothicairerie accompagnée d'un jardin (figure 24). À Clermont-Ferrand, le plan de l'Hôtel-Dieu Saint-Barthélemy signale une « pharmacie » (figure 27), tandis que celui de l'Hôtel-Dieu de Paris montre une apothicairerie accompagnée de dépendances (figure 26). Dans le cas de ces établissements situés dans des centres urbains, les hôpitaux manquent visiblement de l'espace nécessaire pour cultiver sur place les plantes qui entrent dans la composition des remèdes. Ainsi, à Clermont-Ferrand, c'est lorsque le nouvel établissement soignant est construit, en périphérie de la ville, qu'une « serre de l'apothicairerie » à la surface conséquente est construite au niveau -1 et que l'on note, au niveau 1, une « pièce de dépôt des drogues », une « petite pharmacie » ainsi que trois autres pièces en enfilade désignées sommairement comme « pièces de la pharmacie » (figure 29). Cette multiplication d'espaces consacrés aux activités de pharmacie signale à la fois que l'on dispose de l'espace pour de telles nouveautés, mais aussi qu'on a appris à accorder, en un siècle, une plus grande importance à la préparation des.

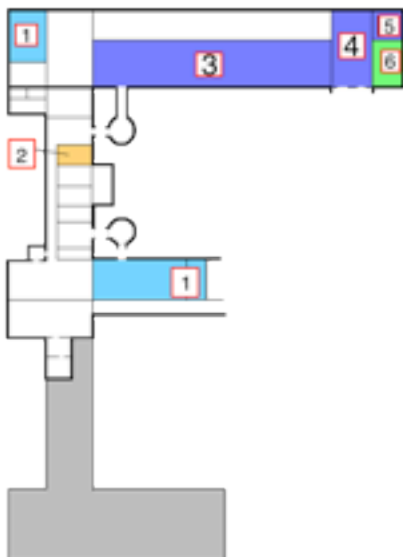
Enfin, si on peut considérer les infirmeries comme des lieux de soins, la plupart de celles qui apparaissent dans les hôpitaux du XVII^e siècle sont situées dans les bâtiments réservés aux religieuses, reproduisant le modèle de l'organisation du couvent comme lieu autosuffisant. Il ne s'agit donc pas d'une activité causée par l'action hospitalière.

⁸⁶⁰ Voir annexe 14 : « Localisation des établissements soignants de la ville de Québec ».



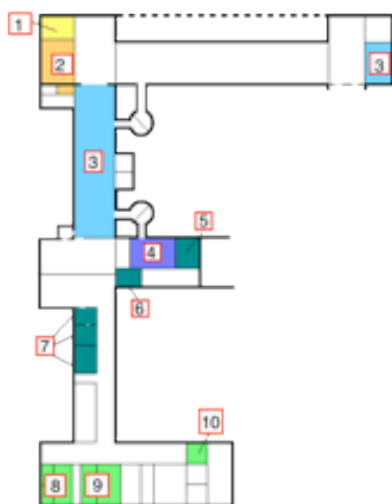
Configuration du niveau -1

1. Serres de l'apothicairerie



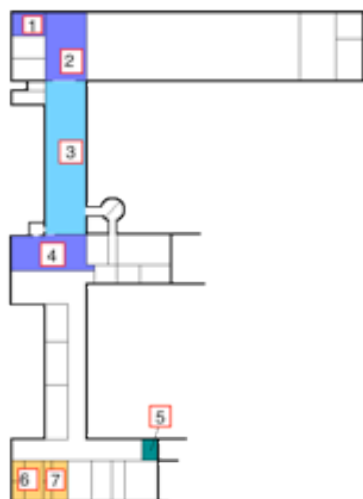
Configuration du niveau 0

1. Salle de soin des hommes
2. Réfectoire des sœurs
3. Salle des vénériens
4. Salle des galeux
5. Salle de dépôt des vénériens
6. Salle de l'infirmier major



Configuration niveau 1

1. Salle de la sœur St Vincent
2. Sacristie
3. Salle de soin des militaires
4. Salle des accouchées
5. Pièce de dépôt des drogues
6. Petite pharmacie
7. Pièce de la pharmacie
8. Vestibule, cabinet et chambre du premier chirurgien
9. Chambre du chirurgien en second
10. Chambre de l'élève de garde

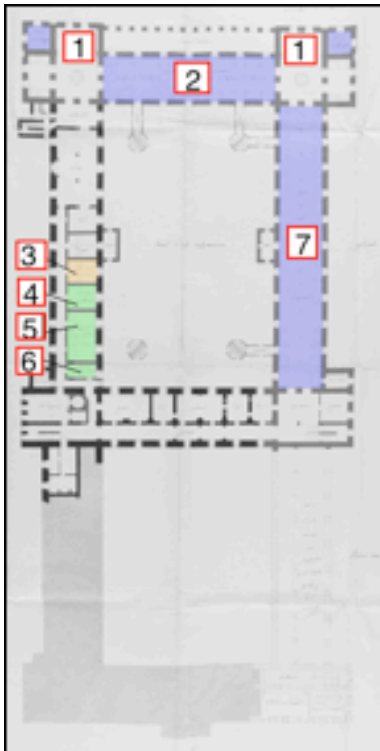


Configuration du niveau 2

1. Salle des vénériennes
2. Salle des galeuses
3. Salle des femmes
4. Pièce pour les teigneuses
5. Pièce pour les ustensiles de chimie
6. Chambre et cabinet du 1^{er} aumônier
7. Chambre et cabinet du 2^d aumônier

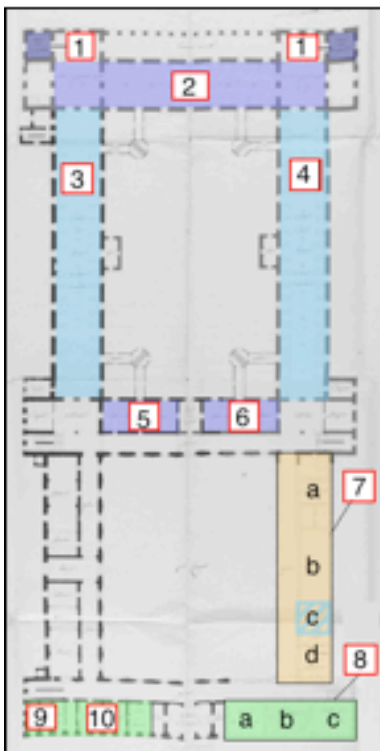
Figure 29 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Clermont, 1778⁸⁶¹

⁸⁶¹ D'après le « Plan de l'ancien Hôtel-Dieu de Clermont, 1778 », BUP/CA 508 2-6



Configuration niveau 0

1. Cabinet des médecins
2. Salle des femmes en convalescence
3. Réfectoire des sœurs
4. Réfectoire des officiers
5. Réfectoire des filles de service
6. Réfectoire des domestiques
7. Salle des hommes en convalescence



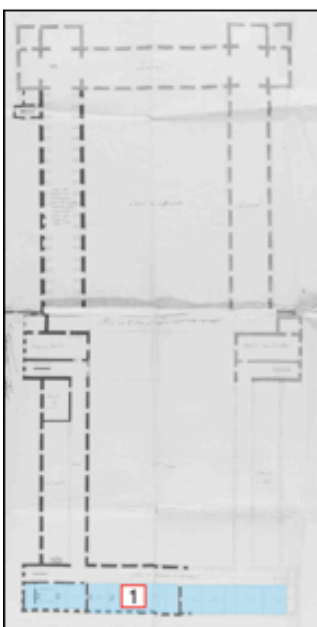
Configuration niveau 1

1. Cabinet pour les opérations
2. Salles pour les opérés
3. Salle des femmes en état de maladie
4. Salle pour les hommes en état de maladie
5. Salle des femmes sous la clinique
6. Salle des hommes sous la clinique
7. Espace des religieuses
 - a. Supérieure
 - b. Sœurs
 - c. Infirmerie des sœurs
 - d. pièce laissée à l'administration de la supérieure
8. Espace d'enseignement médical
 - a. Cours de médecine
 - b. Amphithéâtre
 - c. Salle de dissections
9. Chirurgien en chef
10. Chirurgien en second



Configuration niveau 2

1. Salles des femmes en couches
2. Laboratoire des filles de service
3. Dortoir des filles de service
4. Logement des premier et second aumôniers
5. Infirmerie des pensionnaires



Configuration du niveau 3

1. Infirmeries des pensionnaires

Figure 30 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808⁸⁶²

⁸⁶² D'après « Pierre Rousseau, Plan de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, 1808 », reproduit dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand...*, p.68.

À partir de l'architecture des établissements construits et aménagés en France au XVIII^e siècle, on peut néanmoins saisir les traces des progrès de la médicalisation. Le plan de l'Hôtel-Dieu de Paris de 1760 ne nous permet pas de connaître le rôle précis de chacune des salles de soins, celles-ci étant simplement indiquées du nom du saint ou de la sainte qui permet de les identifier. Néanmoins, certaines sont intitulées de manière plus précise – salle des femmes en couches, salle des convalescents notamment – informations à partir desquelles nous envisageons que la plupart des salles répondent à une fonction soignante de plus en plus précise au cours du XVIII^e siècle. Toutefois, c'est à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand que nous voyons avec le plus de netteté les salles de soins se spécialiser, puisque le nouvel établissement n'a plus de « salles des hommes » ou de « salles des femmes », mais des pièces distribuées selon la condition médicale des malades (vénéériens, scrofuleux, etc.).

Enfin, ces salles de soins spécialisées apparaissent en même temps que les salles d'opération et les logements pour les chirurgiens. C'est le cas de l'Hôtel-Dieu de Paris et de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Enfin, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, selon les plans du début du XIX^e siècle, deux « cabinets des médecins » sont aménagés. Ces diverses pièces à vocation soignante sont le signe d'un recours fréquent, au début du XIX^e siècle, à des pratiques soignantes médicalisées, dont les prémices sont visibles sur les plans du XVIII^e siècle (chambres des chirurgiens à demeure, accroissement de l'espace consacré à la pharmacie). On peut alors concevoir que les projets d'agrandissement de l'hôpital au XIX^e siècle répondent à l'évolution des pratiques soignantes.



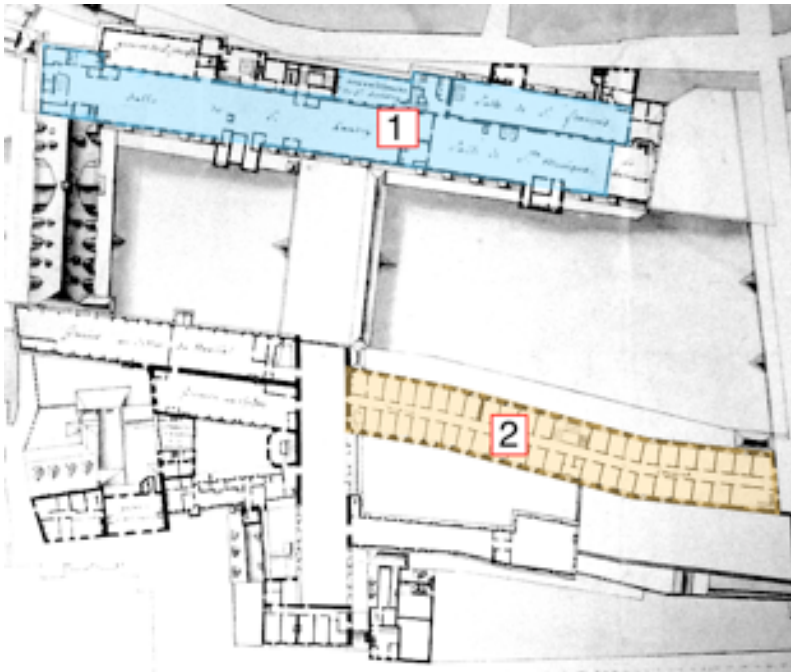
Configuration du 1^{er} étage

1. Salle des opérations
2. Salles des hommes
3. Noviciat
4. Apothicairerie
5. Couvent



Configuration du 2^e étage

1. Salle des femmes
2. Salle des accouchées
3. Crèche
4. Les Folles
5. Couvent



Configuration du 3^e étage

1. Salle de soin
2. Couvent

Figure 31 - Identification de l'espace selon la fonction soignante et religieuse, Hôtel-Dieu de Paris, 1760⁸⁶³

Dans notre corpus, la progression des chirurgiens à demeure puis des espaces pour les médecins, en plus des apothicairerie, diffère selon les régions. Les établissements de Nouvelle-France, construits au XVII^e siècle, traduisent par leur architecture les idéaux hospitaliers de la Réforme catholique, tandis que l'Hôtel-Dieu de Paris tel qu'aménagé en 1760 ou, plus nettement, l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand construit à partir de 1772, illustrent les premières traces de médicalisation. La chronologie des constructions hospitalières diffère donc entre la métropole et la colonie. Cela nous donne accès à des plans de bâtiments qui capturent chacun des visions différentes de ce que doit être un hôpital. Ainsi, puisque nous avons pu déterminer l'importance de la religion dans l'agencement des hôpitaux du XVII^e siècle, et celle de prémices de médicalisation dans les constructions du XVIII^e siècle, nous souhaitons désormais poser l'hypothèse selon laquelle le développement de cette proto-

⁸⁶³ D'après le « Plan général de l'Ancien Hôtel-Dieu de Paris, vers 1760 », A/AP-HP/D4 264 ; D4 265 ; D4 266 et D4 267.

médicalisation se fait au détriment de la fonction religieuse des hôpitaux. Le chapitre précédent a en effet démontré que les religieuses, en tant que soignantes féminines, sont progressivement marginalisées dans les Hôtels-Dieu de la métropole à mesure que les chirurgiens et médecins y prennent leur place dans la seconde moitié du XVIII^e siècle. Peut-on ajouter comme raison à cette perte de pouvoir le déclin du recours au religieux dans les pratiques soignantes?

7.3.3. L’effacement du religieux au fil du temps ?

Les hôpitaux de Nouvelle-France incarnent les idéaux tridentins dans la mesure où ils accordent une place centrale à la chapelle, tout en offrant aux religieuses un logement qui fait office de monastère. À partir de ces modèles, nous pouvons distinguer deux types d’espaces liés au monde religieux dans les hôpitaux : les lieux de culte et le logement des agents et agentes de la spiritualité hospitalière, c’est-à-dire les Hospitalières elles-mêmes ainsi que les aumôniers. Dans ce modèle architectural, le lieu de culte qu’est l’église se trouve au centre du complexe hospitalier.

Avec l’Hôpital Saint-Louis, construit en 1685 à Paris, un changement s’opère : l’église est séparée du quadrilatère des salles de soin (figure 32). Située à l’intérieur de l’enceinte, elle occupe néanmoins une place périphérique, que l’on peut peut-être interpréter comme une possibilité d’ouverture sur l’extérieur. Le logement des religieuses, dont la forme est identique à celui des soignants laïcs, est proche de l’église. Toutefois, celles-ci n’ont pas besoin de passer par l’église pour assister les malades. Par son architecture et le vocabulaire choisi – le logement des religieuses y est présenté comme le « logement des infirmières » –, l’Hôpital Saint-Louis rompt avec les modèles d’hôpitaux-monastères et propose une autre organisation, entre soin et religion.

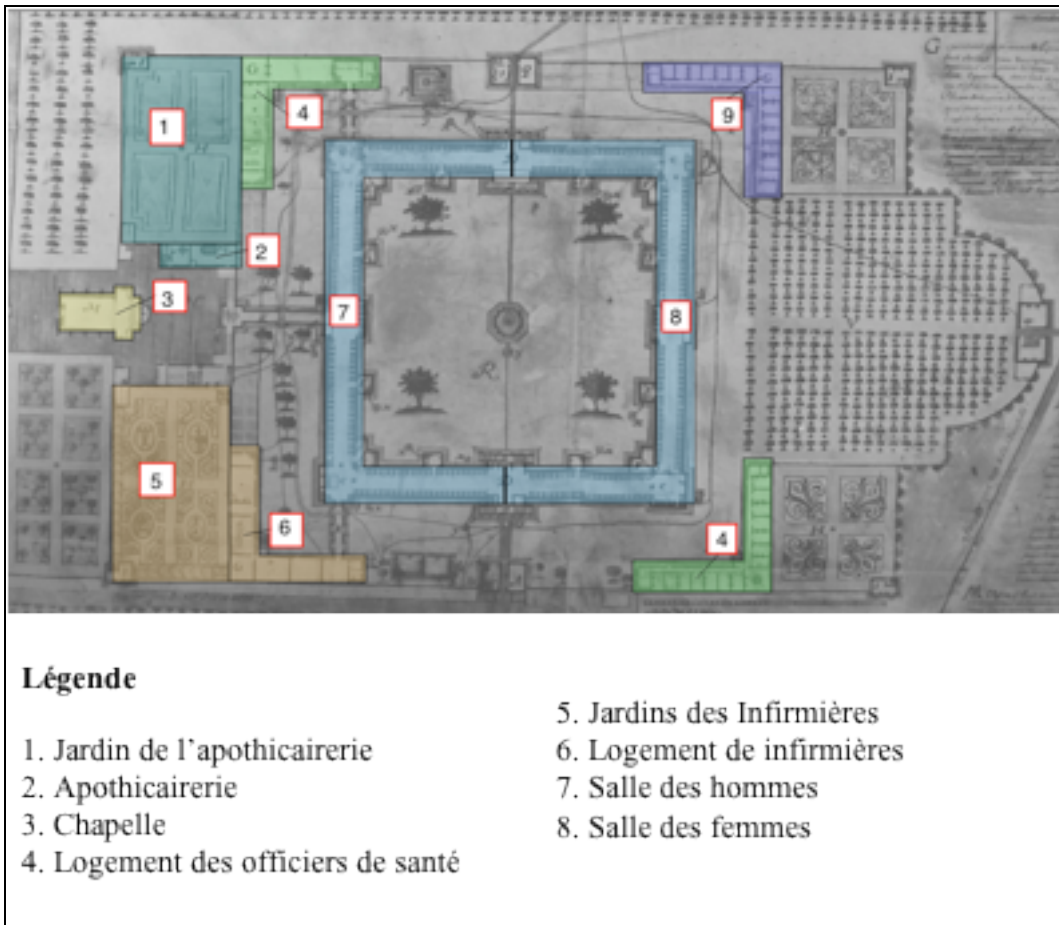


Figure 32 - Identification de l'espace selon la fonction religieuse et soignante, Hôpital Saint-Louis, 1681⁸⁶⁴

Ajoutons qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, comme on a pu le voir sur la figure 26, la chapelle n'est pas centrale, mais périphérique aux salles de soins.

Sur les plans de 1760 du même établissement (figure 31), la chapelle dessinée sur le plan de 1674 (figure 26) a disparu. Le monastère, qui s'étend sur plusieurs niveaux, comporte une

⁸⁶⁴ D'après Robert Davesme, « Plan du royal et somptueux édifice de l'hospital Saint Louis [...] proche de Paris », 1681, A/AP-HP/E 8736.

chapelle au deuxième étage⁸⁶⁵. Une chapelle destinée aux malades est également présente dans la salle Saint-Roch⁸⁶⁶.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, tel qu'il se présente sur la figure 29, entretient certaines similarités avec cette organisation parisienne. Dans les ailes de ce plan en grille incomplet, on note uniquement la présence d'une sacristie. Elle est située à l'extrémité sud-ouest de l'établissement, à l'opposé de l'aile du bâtiment où sont situés les chambres et cabinets des soignants et des administrateurs. Les Hospitalières ne disposent pas d'un monastère, mais d'un dortoir placé au même étage que les soignantes laïques et que les patientes. Le tout semble signifier un recul, voire une disparition du religieux dans l'établissement : lieu de culte très réduit et logement des religieuses à peine séparé de celui des autres femmes. La présence des bureaux des aumôniers témoigne toutefois de la persistance du recours au spirituel dans le quotidien hospitalier. De plus, bien qu'elle n'apparaisse pas sur le plan, une chapelle existe à l'Hôtel-Dieu⁸⁶⁷.

Pourtant, la comparaison avec les plans du début du XIX^e siècle modifie cette perception. En effet, si l'on se fie aux plans de 1808 (figure 30), la configuration est différente, notamment en ce qui concerne l'hébergement des religieuses, avec un ensemble de pièces qui leur permet d'être logées à l'écart des malades et des autres soignantes. Toutefois, si cet aménagement fournit aux Filles de la Charité un espace de vie plus conforme à leur statut, soulignons que, contrairement aux hôpitaux-monastères, les religieuses ne sont pas isolées de la partie hospitalière de l'établissement. Plus important, cette aile ne fut jamais construite, malgré la présence de huit Filles de la Charité en 1809⁸⁶⁸. Toujours sur ce plan, on prévoit de loger les soignantes laïques juste au-dessus du couvent, et l'extrémité de l'aile qu'elles occupent s'ouvre sur la galerie qui permet d'accéder aux salles de cours des chirurgiens et médecins. Enfin, les plans de l'hôpital ne signalent pas de chœur des religieuses ni aucun autre signe de leur vie spirituelle. Ainsi, malgré un hébergement pour les religieuses au sein de l'établissement, l'Hôtel-Dieu de Clermont ne renoue pas avec le modèle hospitalier tridentin

⁸⁶⁵ Celle-ci n'apparaît pas sur le plan de notre figure. Voir Jacques Tenon, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Méquignon, 1788, p. 122.

⁸⁶⁶ *Ibid.*, p. 121.

⁸⁶⁷ Charlotte Butez, « L'institution et ses personnels jusqu'en 1940 »... p. 112.

⁸⁶⁸ *Ibid.*, p. 116.

que l'on retrouve au Canada, mais se présente plutôt comme une nouvelle forme d'hôpital, où les préoccupations spirituelles sont déplacées hors de l'hôpital. Signalons enfin que sur ces plans de l'Hôtel-Dieu de Clermont du début du XIX^e siècle, une salle d'opération est désormais située à l'emplacement de la sacristie que l'on observait en 1778.

Cette évolution n'est pas sans ressembler aux projets de transformation des hôpitaux parisiens pendant les années de la Convention. Le *Mémoire sur la situation actuelle des hospices de malades de la ville de Paris* déposé par l'architecte Clavardeau le 8 germinal de l'an 8 (29 mars 1800) propose un projet de réorganisation des hôpitaux parisiens dans un souci d'efficacité. Il inclut à ses réflexions les plans des établissements concernés, parmi lesquels l'Hôpital Saint-Louis et l'Hôtel-Dieu. Peu loquaces sur le type de soins prodigués dans ces établissements réformés, les plans de l'architecte nous signalent une certaine originalité à l'Hôpital Saint-Louis : la transformation de la chapelle, visible sur la figure 32, en « clinique d'inoculation ». Dans ces hôpitaux réformés, plus une trace d'espace religieux – ni lieux de culte ni logement de religieuses ou d'aumôniers –, mais uniquement des espaces de soins du corps. Dans le contexte postrévolutionnaire, on serait tentée d'interpréter cette volonté comme une manière d'utiliser des lieux désaffectés à la suite de la suppression des congrégations enseignantes et hospitalières par la Convention le 18 août 1792⁸⁶⁹, tout en les mettant désormais au service des idéaux nouveaux. Il est cependant délicat de tirer des conclusions à partir de ces plans, puisque l'importance du religieux reviendra après l'épisode révolutionnaire. L'exemple clermontois est tout aussi difficile à lire. L'exclusion progressive des lieux de culte, si elle se constate sur les plans, ne se traduit pas forcément dans les bâtiments, puisqu'une chapelle existe bel et bien à Clermont. Ainsi, plutôt qu'une reproduction fidèle du contenu des hôpitaux, les plans à notre disposition traduisent peut-être plutôt les intérêts des élites laïques auxquelles ils sont soumis. La composition des bureaux d'administrateurs évoluant au cours de notre période, on l'a vu, pour laisser plus de place à des médecins, pourrait alors expliquer que les considérations soignantes prennent le pas sur les préoccupations religieuses, au moins sur le papier.

⁸⁶⁹ Jean Imbert, *Le droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire*, Paris, Sirey, 1954, p. 35.

Ainsi, alors qu'au début de notre période, la dimension religieuse de l'hôpital se matérialise par la présence d'une chapelle, d'un autel, et idéalement d'un monastère pour les Hospitalières, les plans du XVIII^e siècle, tout en accordant une place au religieux, le restreignent à une portion plus modeste de l'espace, mais, surtout, cessent d'en faire le principe autour duquel l'hôpital est organisé. Toutefois, le secours spirituel apporté par les religieuses et par les aumôniers ne disparaît pas pour autant. Moins soutenue par l'architecture hospitalière de la fin de la période que par celle qui émerge directement de la Réforme catholique, la spiritualité hospitalière pourrait alors subir un changement. On peut ainsi émettre l'hypothèse selon laquelle la spiritualité serait intériorisée, comme l'est la clôture, sous l'effet du processus de civilisation, comme nous l'avons exposé précédemment. Cela permettrait ainsi aux religieuses de prodiguer des paroles réconfortantes aux malades sans avoir besoin de se référer à la présence d'une chapelle vers laquelle on tournerait le regard.

Les établissements canadiens et métropolitains se distinguent également par la place accordée aux questions de soin dans l'organisation de l'espace. Alors qu'on peut voir dans les établissements métropolitains la progression d'espaces de soin spécialisés – salles de soin organisées en fonction des maladies, salles d'opération, cabinet de consultation médicale au début du XIX^e siècle –, rien de tel n'est perceptible dans nos sources canadiennes. Le décalage pourrait être dû à un biais des sources. Notre représentation de l'Hôtel-Dieu de Montréal (figure 2) s'appuie en effet sur le plan de Gédéon de Catalogne dessiné en 1695⁸⁷⁰, mais le travail de Robert Lahaise sur les édifices conventuels du Vieux Montréal précise que l'hôpital « évolue peu jusqu'au XIX^e siècle »⁸⁷¹. En ce qui concerne l'Hôtel-Dieu de Québec, le travail de François Rousseau confirme le décalage entre la métropole et la colonie. L'établissement est en effet occupé par les soldats à partir de 1755 et réquisitionné par les troupes britanniques de la Conquête de 1763 à 1790. Avec la Conquête, l'institution perd de plus ses ressources financières issues de la couronne française : le contexte n'est guère propice à des projets de développement laissant la place à des innovations médicales et chirurgicales.

⁸⁷⁰ F. J. Thorpe, « Catalogne, Gédéon », dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 2, Québec/Toronto, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/catalogne_gedeon_2F.html. (Consulté le 8 mars 2015).

⁸⁷¹ Robert Lahaise, *Les édifices conventuels du Vieux-Montréal...*, p. 28.

Dans ces bâtiments qui conservent leur forte identité religieuse, il est alors probable que se maintient une conception du soin qui, tout en faisant intervenir les avancées techniques et médicales, continue d'accorder une place centrale à la foi. Ainsi, comme le note François Rousseau, les agrandissements de l'Hôtel-Dieu qui s'achèvent en 1825 semblent directement sortis du milieu du XVIII^e siècle, puisqu'il s'agit à nouveau de grandes salles communes, de séparation des religieuses d'avec les séculiers, et de renforcement de la clôture des Augustines avec l'extérieur, toutes préoccupations qui semblent bien éloignées des hôpitaux métropolitains de la fin de notre période⁸⁷². De plus, alors que les hôpitaux sont nationalisés en France en 1794 par la Convention, puis confiés aux municipalités en 1796, c'est-à-dire officiellement placés sous la tutelle des autorités laïques⁸⁷³, rien de tel ne se produit au Québec. Au contraire, l'Acte de Québec de 1774 accorde une reconnaissance de l'Église catholique dans la province qui se limite à l'encadrement spirituel de la population. Désormais exclue du pouvoir politique, l'Église catholique canadienne renforce son action envers la population, par l'entremise des prêtres et des communautés religieuses⁸⁷⁴. Dans ce contexte, les hôpitaux, loin de s'émanciper de cette tutelle, continuent d'être des outils de l'Église dans la province. Il est ainsi intéressant de noter que l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe (1840), l'Hôpital Saint-Eusèbe de Joliette (1855) ou encore l'Hôpital Général de Sorel (1862)⁸⁷⁵ comportent tous trois une chapelle, en position centrale du complexe hospitalier, comme une réinterprétation canadienne-française du modèle hospitalier tridentin.

Conclusion

En abordant la problématique de l'organisation hospitalière sous l'angle de l'aménagement de l'espace, nous avons pu mettre à l'épreuve les hypothèses principales

⁸⁷² François Rousseau, *La croix et le scalpel...*, p. 192.

⁸⁷³ Jean-Charles Sournia, *La médecine révolutionnaire, 1789-1799*, Paris, Payot, 1989.

⁸⁷⁴ Francis G. Morrisey, « La situation juridique de l'Église catholique au Bas-Canada de 1791 à 1840 », *Sessions d'étude – Société canadienne d'histoire de l'Église catholique*, 39 (1972), p. 65-89.

⁸⁷⁵ Voir annexe 17 : « Modèles hospitaliers québécois du XIX^e siècle ».

élaborées dans les chapitres précédents. Ainsi, notre typologie de l'architecture des établissements soignants permet de situer l'évolution des idéaux hospitaliers tout au long de la période étudiée, mais aussi à travers les territoires analysés. Nous pouvons ainsi confirmer que les établissements de Nouvelle-France, édifiés dans le courant missionnaire et tridentin du XVII^e siècle, s'organisent de manière à accorder une place centrale aux considérations religieuses. En revanche, les établissements construits sur le territoire métropolitain témoignent, dès la fin du XVII^e siècle pour Paris, et la fin du XVIII^e siècle pour l'Auvergne, de la mise en périphérie des considérations spirituelles au profit des pratiques médicales et chirurgicales. Le rôle des administrateurs laïcs des hôpitaux métropolitains semble ici s'exprimer⁸⁷⁶.

L'analyse de l'espace hospitalier selon le genre des occupants nous amène néanmoins à nuancer cette relégation du religieux au profit du médical. En effet, les établissements restent marqués par une forte présence féminine, largement des Hospitalières qui continuent d'agir comme soignantes dans les hôpitaux, mais également agentes des idéaux catholiques dans leurs actions soignantes quotidiennes.

Enfin, l'analyse des plans d'hôpitaux met en relief des différences importantes dans l'évolution hospitalière métropolitaine et coloniale. Alors que les établissements français se sécularisent, le maintien au Canada d'une architecture attribuant une place prédominante au religieux résulte de plusieurs causes, parmi lesquelles la taille modeste du peuplement français dans la vallée du Saint-Laurent qui n'est guère propice au développement de grands projets hospitaliers. Enfin, les événements de la seconde moitié du XVIII^e siècle qui modifient radicalement le contexte politique tant pour la métropole que pour la colonie entraînent les deux modèles sur des voies différentes : le renforcement du contrôle religieux dans la nouvelle province du Québec d'une part, les débuts d'une médicalisation où les religieuses agissent alors comme relais entre les médecins d'une part et les malades de l'autre⁸⁷⁷.

⁸⁷⁶ Jean-Pierre Gutton, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'Ancien Régime. Actes des tables rondes des 12 décembre 1997 et 20 mars 1998*, Lyon, PUL, 1999, p. 15.

⁸⁷⁷ Charlotte Butez, « L'institution et ses personnels jusqu'en 1940 »... p. 116-117.

Conclusion Générale

En ouverture de cette thèse, nous faisons connaissance avec la demoiselle Dequienne, enfermée au Refuge de Clermont en 1721 sur décision des autorités laïques et religieuses. Au terme de cette étude, nous pouvons imaginer ce qui lui est arrivé une fois les portes franchies.

La sœur qui l'a accueillie lui a sûrement coupé les cheveux, conformément à l'usage à Montréal et à Paris. Elle a ensuite été revêtue de l'habit de pénitente en vigueur dans le Refuge de Clermont. Les Hospitalières séculières qui tenaient l'établissement l'ont alors gratifiée d'un discours sur la nécessité de réformer sa conduite dans le but de sauver son âme. Elle a ensuite été conduite dans une des loges du Refuge, sa nouvelle résidence. Tout au long de son séjour, ses journées se sont déroulées selon un rythme monotone similaire à celui des religieuses, alternant travail et prière dans le silence, comme ses homologues montréalaises. En imaginant que notre demoiselle se soit rebellée contre ce régime, elle a alors probablement été enfermée dans un cachot, selon un sort similaire à « Jeanneton » du Puy-en-Velay, peut-être même a-t-elle tenté de s'échapper pour rejoindre son compagnon cordonnier.

Mais peut-être s'est-elle contentée de se plier à la discipline des lieux, trop fatiguée pour s'enfuir. Nous pouvons aisément imaginer que son nouveau rythme de vie a altéré sa santé, déjà dégradée par ses conditions de vie antérieures. Elle a alors possiblement passé quelques jours à l'infirmerie, sous l'œil de l'Hospitalière qui a surveillé son état de santé tout en l'incitant à la prière et à rechercher le réconfort dans la parole divine. Mais la sœur a peut-être pu découvrir, en aidant la pénitente à se coucher ou à satisfaire un besoin pressant, que celle-ci était enceinte. Elle aurait alors fait appel au chirurgien de la ville, probablement celui de l'Hôtel-Dieu, non seulement pour confirmer la chose, mais surtout pour demander le transfert de la pécheresse à l'Hôtel-Dieu pour la fin de sa grossesse, comme c'était l'usage, par exemple, à la Salpêtrière.

Si le pénible travail au sein du Refuge pendant l'essentiel de sa grossesse ne l'avait pas mené à faire une fausse couche, la demoiselle Dequienne se serait donc retrouvée à l'Hôtel-Dieu Saint Barthélémy. Aurait-on, à ce moment-là, à nouveau changé ses vêtements et lavé ses pieds? Elle aurait, en tout cas, trouvé sa place dans la salle des femmes, partageant son lit

avec une autre malade. À moins que les Hospitalières, redoutant son influence de femme débauchée, ne se soient plutôt assurées de l'isoler du reste des femmes, soit en la reléguant dans un coin de la salle, soit peut-être, en utilisant une salle d'infirmier. Peut-être aurait-elle accouché là, sous l'œil d'une Fille de la Charité ou d'une soignante laïque. Quelques décennies plus tard, elle aurait pu disposer de l'aide d'une sage-femme ayant bénéficié des enseignements de Madame du Coudray et aurait été livrée, en cas de complications, à un chirurgien s'essayant à des opérations nouvelles et risquées.

À supposer qu'elle et son enfant aient survécu, que serait-il advenu d'eux ? L'enfant serait allé grossir les rangs des orphelins de l'Hôpital Général. Sa mère serait peut-être retournée au Refuge, ou bien, sous l'effet de ces diverses expériences traumatisantes, aurait pu se rebeller ou perdre contact avec la réalité. Elle se serait alors retrouvée parmi les « folles » de l'Hôpital Général de la ville, à moins qu'un homme de son entourage n'ait demandé et obtenu sa libération, ce qui semble toutefois bien compromis. Sinon, elle aurait terminé ses jours dans l'institution, finissant peut-être par trouver un réconfort dans les paroles religieuses qui lui auraient été répétées en permanence. À la fin de sa vie, elle se serait éteinte sous les exhortations d'une Fille de la Charité à demeurer digne dans la mort, cherchant à contrôler ses gestes pour essayer d'accéder dans l'au-delà à une vie meilleure.

Notre enquête permet donc cela : ouvrir une lucarne sur le fonctionnement interne des établissements hospitaliers, comprendre comment les gens ont pu y être traités. Sans nous livrer au même exercice pour les différentes catégories de personnes qui peuplent les hôpitaux d'Ancien Régime, nous pouvons toutefois proposer ici un bilan de ce que notre thèse apporte dans la compréhension des hôpitaux, de ce qu'ils font aux corps et pour quelles raisons.

Alors qu'observer le quotidien hospitalier depuis le point de vue de la demoiselle Dequienne fait apparaître les rapports de pouvoirs qui s'exercent sur les pauvres et les malades dans les diverses structures hospitalières, cette unique perspective fait cependant l'impasse sur la manière dont les agents qui y opèrent sont affectés par leur rôle/travail au sein de ces mêmes établissements, effaçant d'un même mouvement toutes relations hiérarchiques entre ceux-ci. Nous nous sommes donc attachées à montrer la complexité des hiérarchies qui se tissent dans le cadre hospitalier. Analysant l'ensemble de la population des hôpitaux selon la

possibilité laissée à chacun des groupes – malades, soignants laïcs, religieuses, aumôniers, filles perdues, etc. – d’entrer et de sortir librement de l’établissement, nous avons mis en évidence les trois manières dont la population hospitalière peut être organisée dans un rapport hiérarchique. Les diptyques religieux/laïcs, soignants/soignés et hommes/femmes ressortent en effet de manière flagrante, soulignant que c’est bien la religion, le médical et le genre qui structurent le quotidien hospitalier et constituent donc les forces qui s’expriment sur les corps de toutes les personnes qui fréquentent l’institution.

Nous avons choisi d’aborder le dressage du corps à travers l’angle du pouvoir religieux. En effet, c’est par le biais des Hospitalières, agentes de la Réforme catholique, et selon des normes de comportement édictées par des ecclésiastiques dans le mouvement de la civilité, que les corps des pauvres et des malades sont amenés à être disciplinés. Ce processus passe par la mobilisation de l’ensemble des sens des malades – écouter la messe et sa musique, respirer l’encens, regarder les tableaux de dévotions, toucher les objets de piété et même goûter l’hostie – qui forme donc une véritable emprise sur les corps.

Or, nous avons montré que ce processus qui s’applique au corps des malades correspond très largement à celui qui s’exerce sur les corps des Hospitalières. Par le processus d’intériorisation de la clôture, phénomène qui résulte d’un compromis entre exigences spirituelles élevées et exercice concret du soin, les corps des Hospitalières sont en effet marqués par une discipline proche de celle qui est imposée aux malades : plus précisément, les Hospitalières répercutent sur les soigné-e-s la discipline qui caractérise leur quotidien. La clôture intérieure, soit l’intériorisation de la séparation d’avec le monde que suppose le fait d’embrasser la vie religieuse, nécessite en effet pour les Hospitalières de conserver une distance avec les malades qui se manifeste aussi dans les comportements qui sont prescrits par ces derniers : le vêtement uniforme, le fait de dissimuler la peau, la retenue dans tous les gestes, l’étouffement des passions.

Mais les hôpitaux ne sont pas seulement caractérisés par un discours religieux. L’État, c’est-à-dire la monarchie en voie d’affermisssement, s’y intéresse également de près et participe au premier chef à la réforme hospitalière qui se met en place dès le milieu du XVII^e siècle. Progressivement, son investissement envers les hôpitaux se déplace de la volonté de

répression de la mendicité – manifeste dans la création des Hôpitaux Généraux – vers des éléments/institutions de contrôle de la santé de la population — les Hôtels-Dieu. Ce déplacement des intérêts monarchiques s’accompagne d’une évolution de la présence étatique dans les hôpitaux. Ainsi, alors qu’il s’agit au milieu du XVII^e siècle d’encadrer juridiquement l’existence des hôpitaux et d’imposer la présence d’agents du pouvoir royal au sein des bureaux d’administrateurs, c’est plutôt l’encadrement des professions soignantes – médecin, chirurgien, mais aussi apothicaire et même sage-femme – qui signale le rôle du gouvernement central dans l’institution hospitalière dans la seconde moitié du XVIII^e siècle. Sous l’effet de cet intérêt politique pour les questions de santé, les hôpitaux deviennent, à partir de cette période, des lieux de formation des soignants laïcs : chirurgiens et apothicaires peuvent y gagner leur maîtrise, les médecins doivent observer les malades à l’Hôtel-Dieu.

La présence de ces hommes aux professions reconnues bouleverse progressivement la répartition des rôles au sein des hôpitaux. Nous avons montré que les sœurs apothicaires subissent un changement de rôle similaire à celui des sages-femmes, à savoir la relégation à des tâches subalternes sous l’autorité de soignants masculins. Au sein même des salles de soins, on assiste à une masculinisation grandissante de l’autorité. Cela touche donc les Hospitalières, placées sous le regard des chirurgiens et des médecins, mais aussi les soignantes laïques qui, par exemple à l’Hôtel-Dieu de Paris, sont placées au cours de la période étudiée sous l’autorité d’infirmiers masculins. Nous avons à ce sujet mis en évidence que cette dévalorisation de la fonction s’accompagne d’un rapprochement avec le corps des malades, comme si la hiérarchie soignante s’établissait en fonction du degré d’éloignement de ce dernier.

Les relations entre hommes et femmes s’avèrent donc déterminantes dans l’organisation de l’hôpital. Dans un premier temps, l’espace alloué aux malades est organisé selon leur genre. Comme nous l’avons établi, la distinction des hommes et des femmes pauvres et malades passe d’abord par leur répartition dans des salles différentes, mais aussi par un ensemble de mesures qui limitent au maximum le nombre de lieux de rencontre possibles entre les personnes de sexes opposés. Or, à la séparation des malades selon leur sexe répond une répartition des tâches des soignants selon leur genre. En effet, alors que l’embauche d’infirmiers permet de pallier les tâches interdites aux Hospitalières – dévêtir et revêtir un

malade, toucher son corps directement – tout un ensemble de tâches ayant trait au corps et au soin demeurent, et ne sont pas réparties selon le sexe des malades, mais bien selon le genre des soignants. Ainsi, ce qui a trait au soin du linge et à la nourriture, tâches qui se situent en bas de la hiérarchie hospitalière, sont des activités dévolues aux femmes, souvent des laïques. La surveillance des salles ou l'administration des remèdes relève au début de notre période de la responsabilité des Hospitalières – et le reste en Nouvelle-France – pour devenir des fonctions masculines en métropole. Enfin, cette répartition des tâches selon le genre se retrouve même au sein des fonctions religieuses et spirituelles, puisque les Hospitalières et les aumôniers remplissent les rôles différents qui reproduisent la hiérarchie entre hommes et femmes établie au sein de l'Église.

La relation entre les Hospitalières et les soignantes laïques, témoigne de l'existence de rapports de pouvoirs entre les femmes. En comparant l'évolution du rôle des Hospitalières dans les Hôtels-Dieu et les Hôpitaux Généraux, nous sommes ainsi parvenues à la conclusion que, en choisissant de se concentrer sur une mission morale et non pas médicale, les Hospitalières des Hôpitaux Généraux gagnent en légitimité. Au terme de notre enquête, il nous apparaît que la coexistence avec les filles perdues joue un rôle dans cette légitimation, ces dernières tenant un rôle de repoussoir.

Enfin, il ressort de notre enquête que ces pouvoirs religieux, médicaux et de genre s'exercent de concert, sur les mêmes personnes, et dans le même espace.

L'étude de la répartition de l'espace alloué aux hommes et aux femmes a ainsi mis en évidence le fait que l'hôpital reste tout au long de notre période un lieu plutôt féminin, au sens où les femmes représentent une part importante des malades et des pauvres, mais surtout constituent l'essentiel du personnel soignant logé sur place. Cette situation ne se vérifie toutefois pas en Nouvelle-France, où les femmes hospitalisées sont rares au début et à la fin de la période, et où le personnel hospitalier se résume aux religieuses assistées de quelques hommes. Cette déduction tirée des sources écrites et de l'analyse de l'organisation des lieux nous a permis d'envisager que, à la fin du régime français, les religieuses, poussées par les circonstances, sont plus logiquement amenées à toucher les corps des hommes que les règlements ne les y autorisent.

L'examen de l'espace hospitalier que nous avons mené nous a permis de montrer que la cohabitation entre les différents pouvoirs relève aussi de rapports de force qui évoluent au cours de la période. Ainsi, nous avons souligné la prédominance du religieux dans l'espace hospitalier du début de notre période, et tout particulièrement en Nouvelle-France où la Réforme catholique s'exprime plus librement. Les trois territoires évoluent alors selon des chronologies différentes. Nous avons ainsi noté une première marginalisation du religieux au profit d'un début de médicalisation dans certains hôpitaux parisiens dès la fin du XVII^e siècle, phénomène que nous retrouvons à Clermont-Ferrand dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, mais qui ne se produit pas réellement durant le régime français canadien. Cela s'explique notamment par le caractère religieux de la fondation de la Nouvelle-France, qui permet aux Hospitalières de remplir elles-mêmes les fonctions d'administratrices des hôpitaux, alors qu'en métropole elles sont placées sous la tutelle d'un bureau d'administrateurs.

L'étude de l'espace hospitalier nous a donc permis de mettre en lumière les différences qui séparent les pratiques du territoire colonial des espaces métropolitains. Toutefois, dans la première moitié du XVIII^e siècle, de la fin des guerres amérindiennes jusqu'à l'intensification du conflit entre la France et l'Angleterre, le fonctionnement des hôpitaux canadiens tend à ressembler à celui des établissements métropolitains, notamment ceux de la province auvergnate.

Ce que ces conclusions ne nous disent pas c'est si les différences entre les hôpitaux canadiens et métropolitains témoignent de particularités qui seraient communes à un ensemble colonial. Notre travail à partir des plans des hôpitaux nous a en effet permis de souligner les différences d'évolution entre les hôpitaux métropolitains et coloniaux. Or, il reste à élargir la question des hôpitaux canadiens dans le cadre d'une étude qui modifierait le cadre géographique. En convoquant les récents développements historiographiques de l'histoire de la Nouvelle-France intégrée dans le cadre de l'Amérique française⁸⁷⁸, il s'agirait d'intégrer à l'étude les autres hôpitaux de ce territoire. Comment sont conçus et aménagés les hôpitaux

⁸⁷⁸ Voir Catherine Desbarats et Thomas Wien, « Introduction : La Nouvelle-France et l'Atlantique », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 64, 3-4 (2011) p. 5-29 ; Catherine Desbarats et Allan Greer, « Où est la Nouvelle-France ? », *Ibid.*, p. 32-61.

militaires de Louisbourg (Acadie) et de La Nouvelle-Orléans (Louisiane)⁸⁷⁹ ? Retrouve-t-on dans ces établissements des traits similaires à ceux des établissements de la vallée du Saint-Laurent, ou bien leur caractère militaire en modifie-t-il radicalement le fonctionnement ? Dans le cas de La Nouvelle-Orléans, la question de la race se pose-t-elle et, si oui, de quelles manières ? En étudiant les hôpitaux de Québec et de Montréal comme appartenant à l'espace français, nous avons pu mettre à jour les différences qui les séparent des institutions métropolitaines. Une seconde enquête qui affinerait cette analyse en les comparant avec des établissements situés dans l'espace colonial de l'Amérique française pourrait permettre de déterminer des caractéristiques spécifiquement coloniales et de mesurer leur influence à Québec comme à Montréal au regard des situations différentes de Louisbourg, de La Nouvelle-Orléans, voire des établissements qui peuvent se trouver dans les Antilles.

Enfin, durant les dernières années, certains hôpitaux de notre étude ont parfois fait l'actualité. Ainsi, les portes de l'Hôtel-Dieu de Clermont, ouvertes en 1773, se sont fermées en 2010, tandis que les services de l'hôpital se sont déplacés dans le nouveau Centre Hospitalier Universitaire d'Estaing. À Paris, la fermeture du service des urgences de l'Hôtel-Dieu a été décidée en 2013. À Montréal enfin, les services soignants déménagent progressivement dans le nouveau Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. Les raisons qui président à ces déménagements et fermetures sont similaires à celles qui poussent, par exemple, les autorités clermontoises à se lancer dans la construction d'un nouvel hôpital vers la fin du XVIII^e siècle : les bâtiments sont vétustes, inadaptés, situés en plein cœur de la ville donc peu accessibles, et l'évolution des techniques de soin ne saurait s'accommoder de ce cadre d'exercice. Un cycle de vie hospitalière semble donc prendre fin, la plasticité des établissements ayant atteint ses limites d'adaptation au modèle hospitalier contemporain. Ce moment particulier semble tout à fait opportun pour jeter sur cette histoire hospitalière un regard à la fois proche et distancié.

⁸⁷⁹ Des premières pierres sont posées en ce domaine par Marion Stange, « Urban Governance in French Colonial North America : Hospital Care in Québec City and New Orleans in the 17th and 18th Centuries », *Zeitschrift für Kanada Studien*, 2009, p. 108-119.

Bibliographie & Sources

Fonds d'archives

Canada

Archives du Monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec :

- B1, Ms 7 : *Recueil des endroits de l'Écriture les plus consolants pour les pauvres pécheurs.*

Archives des Pères de Saint Sulpice à Montréal :

- P1-13.2-23 : *Recueil des Règles et Constitutions des Frères Charon, des religieuses de l'Hôpital Général, mars 1692-28 février 1790, p.33.*

Archives des Sœurs Grises de Montréal :

- Ancien Journal, volumes 1 et 2
- Fonds du Jericho : G6/2M4/Aa Divers/Historique/1687-1944 : 1/historique du Jericho; 8/Lettre de l'Intendant Bigot, 17 août 1750.; 10/Règlement pour les filles et femmes pénitentes, 1687; *Recueil de règles et constitution à l'usage des filles séculières administratrices de l'Hôpital Général de Montréal dites sœurs de la Charité, recueilli sur les anciens titres et usages de la Communauté divisé en trois parties, à Montréal, 1781.*

Bibliothèque et Archives nationales du Québec :

- Bennett, *A plan & view of the town and fortifications of Montreal in Canada*, 1760 [en ligne] <http://services.banq.qc.ca/sdx/cep/document.xsp?db=notice&app=ca.BAnQ.sdx.cep&id=0002663037> (consulté le 14 avril 2015)
- *Coutumier et petites règles des religieuses hospitalières de la congrégation de saint Joseph*, La Flèche, Jourdain, 1850 (1688), 246 p.
- « Fin de l'Association », dans le *Règlement de la Confrérie de l'adoration perpétuelle du Saint-Sacrement et de la bonne mort, érigée dans l'église paroissiale de Ville-Marie, en l'isle de Montréal*, vers 1776.
- Mgr de Saint-Vallier, *Rituel du diocèse de Québec*, Paris, Simon-Langlois, 1703.
- *Québec : ville de l'Amérique septentrionale dans la Nouvelle France avec titre d'évêché, contrefaçon hollandaise* basée sur une carte manuscrite de Robert de Villeneuve, 1696. [en ligne] <http://services.banq.qc.ca/sdx/cep/document.xsp?db=notice&app=ca.BAnQ.sdx.cep&id=0002663554> (consulté le 14 avril 2015)

France

Auvergne

Archives départementales de l'Allier

Série 4H-DEPOT - Moulins :

- 4H-DEPOT/01 : Extrait des registres de délibération de l'Hôpital Général de Moulins, 7 septembre 1730
- 4H-DEPOT/02 : Règlement de fonctionnement de l'Hôpital de Moulins, 1697; Distribution d'emplois entre M. les administrateurs de l'Hôpital Général, 1731.
- 4H-DEPOT/09 : Table alphabétique des registres de délibérations et délibérations : du 27 juin 1707 au 16 février 1722; Règlement de la journée pour les pauvres de l'Hôpital Général
- 4H-DEPOT/10 : *Table alphabétique des registres de délibérations et délibérations : du 6 mars 1713 au 26 novembre 1735*; Délibération sur l'habillement des pauvres de différentes couleurs », 7 septembre 1730; Acte portant injonction à la soeur Moreau de ne plus donner de remèdes aux pauvres de la maison, 11 mai 1746.
- 4HDEPOT/11 : Registre des délibérations du 17 décembre 1735 au 9 floréal an IV

Série 6H-DEPOT - Vichy :

- 6HDEPOT/6 E 1 : Nouvelles constructions pour l'hôpital (fin XVIII^e siècle)

Archives départementales du Cantal

Série HDEP 2 : Murat

- 1E : Revenus de l'hôpital, 1640-1674, Confirmation royale des fondations, 3 février 1740.

Série HDEP 4 : Chaudes Aigues :

- 12/3 : Legs et donations, rentes et créances, XVII^e–XIX^e siècle

Archives départementales de la Haute-Loire

Série B : donations et succession:

- 2 B 176 : Succession Claude de la Roche-Aymon« Testament de Claude de la Roche-Aymon, évêque du Puy », 17 mai 1720

Série E : Administration et Comptabilité :

- HD Le Puy/1 E 01 : Registre de délibérations de l'Hôtel-Dieu, 1651-1660.
- HD Le Puy/1 E 02 : Registre de délibération de l'Hôtel-Dieu, 1660-1665.
- HD Le Puy/1 E 06 : Registre de délibérations de l'Hôtel-Dieu, 1714-1743.
- HD Le Puy/1 E 07 : Registre de délibérations de l'Hôtel-Dieu, 1741-1759.
- HD Le Puy/1 E 10 : Registre de délibération de l'Hôtel-Dieu, 1775-1787.
- HD Le Puy/1 E 19 : Règlement pour les sœurs donades de l'Hôtel-Dieu, XVIII^e siècle.
- HG Le Puy/2 E 02 : Registre de délibérations, 1687-1701.
- HG Le Puy/2 E 03 : Registre de délibérations, 1701-1715.
- HG Le Puy/2 E 04 : Registre de délibérations, 1715-1789
- HG Le Puy/2 E 08 : Règlement de l'Hôpital Général du Puy [s.d.]
- HG Le Puy/2 E 10 : Autres articles concernant les sœurs au service des pauvres malades de la paroisse de Chomelix [s.d.]
- HG Le Puy/2 F 5/1784 : État des personnes qui composent la maison de l'hôpital général de cette ville à commencer le 1er janvier 1784.

Série F : Mouvement et état de la population – personnel :

- HD Le Puy/1 F 01 : Registre de la population.
- HD Le Puy/1 F 06 : Réceptions de sœurs donades, 1697-1759.
- HD Le Puy/1 F 07 : Personnel de l'Hôtel-Dieu, 1422-1792.
- HG Le Puy/2 F 05 : État du personnel et de la population, 1784.
- HG Le Puy/2 F 10 : Interrogatoire et information contre Marie-Anne Chouchy, condamnée pour vol au préjudice de l'Hôpital Général à la peine du carcan et chassé de l'établissement après l'exécution de sa peine, 1777.
- HG Le Puy/2 F 13 : Billets d'admission
- HG Le Puy/2 F 15 : Admission d'enfants, de vieillards, de fous 1785-1792)
- HG Le Puy/2 F 17 : Admission à l'Hôpital Général de Claudine Coucoulagne (1783) ; Demande d'admission à la maison de force (1776)

Série G : Repenties, Refuge, Maison de force :

- HG Le Puy/2 G 8 : Demande d'union du Refuge à l'Hôpital Général, 1714-1716
- HG Le Puy/2 G 10 : Pièces relatives aux enfermées, 1757-1791
- HG Le Puy/2 G 11 : 69 billets d'entrée dans la maison de force (1772-1791)

Archives départementales du Puy-de-Dôme

Série C (Justice) :

- 1 C 957 : *Règlement général pour la direction et économie de l'Hôpital Général de cette ville de Clermont-Ferrand, 1773.*
- 1 C 1024 : *Lettre pour protester contre le projet de réunion de la charité de Marcenat avec l'hôpital de Besse, 18 juin 1752.*

- 1 C 1312 : aliénés « lettre de monsieur Labaume », 1760

Série 2HDEP (Hôpitaux) :

- 3135 : Population, 20 cahiers « des hommes et des garçons » (1760-1788), 1 cahier « Bicêtre des hommes » (1788)
- 3136 : Population, 12 cahiers des « femmes » (1767-1787), 9 cahiers des « filles » (1765-1788)
- 3137 : Population, 6 cahiers « Bicêtre des femmes » (1771-1787), 7 cahiers « maison de force » (1775-1784)
- 3251 : Inventaire du mobilier de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, rapport des commissaires, 15 octobre 1792.
- 3333 : État de la situation de l'Hôtel-Dieu en 1790.
- 3405 : Registres des entrées de l'Hôtel de Clermont-Ferrand, 1778.
- 3466 : Registre des sépultures, 1764-1779.

Série 90 H (Refuge de Clermont) :

- 90 H 05 : « Enfermement de Gilberte Casler », 1724; « Enfermement de « Magdeleine » », 1709
- 90 H 08 : « Enfermement de la Demoiselle Dequienne », 1721; « Enfermement de Magdeleine de Venuste », 1721; « Enfermement de Anne Varzeille », 1721; « Enfermement de Manon de la paroisse de St Genest », 1721; « Enfermement de Marie Anne Coupon et Caterine Pion pour prostitution, » 1722; « Enfermement de Françoise Brunet », 1722; « Enfermement de Jeanne Boyer », 1722; « Attestation du chirurgien Borrit », 1722; « Enfermement de Antoinette Armand », 1722; « Enfermement de Jeanette de Gannat », 1722; « Enfermement de Marie Savignier », 1723; « Enfermement d'une anonyme durant les dragonnades », 1723; « Enfermement de Antoinette Bouchet », 1724; « Enfermement d'« une gueuze » », 1724; « Enfermement de la fille Amable, dite « Forez » », 1724; « Enfermement de Isabelle Larré et Madeleine Martin », 1724; « Enfermement de Marie Baptiste par son mari », 1724; « Enfermement de Marie Bresoni », 1724; « Enfermement de Marie Douvy », 1724; « Enfermement de Marion », 1724; « Enfermement de Antoinette Bourdieu dite Bonbé ». 1726; « Enfermement d'une dénommée Babon », 1727; « Enfermement d'une « fille » par les membres de la cavalerie de Montferrand », 1727; « Enfermement de Anne Sapanel », 1728.
- 90 H 09 : Comptes du Refuge, XVIII^e siècle.
- 90 H 10 : Établissement du refuge, 1666.
- 90 H 12 : « Tableau des administrateurs » dans le *Mémoire historique de la Maison du Refuge de la ville de Clermont-Ferrand dénommée le Bon Pasteur*, 1888.

Bibliothèque du Patrimoine, Clermont-Ferrand :

Hôpitaux de Clermont-Ferrand :

- A 10 381 : Mémoire pour les administrateurs du Grand Hôtel-Dieu de Clermont, 1742.

- A 10 620 2 : Lettres Patentes accordées pour l'Hôpital Général de Clermont dans « Extrait des registres de Grands Jours, 1666.
- A 10 620 4 : Règlement supplémentaire de l'Hôpital Général de Clermont, 1732.
- A 10 620 16 : Extrait des registres des Grands Jours, contre les religieuses de l'Hôtel-Dieu, 1666.
- A 10 620 17 : Lettres patentes pour le gouvernement de l'Hôtel-Dieu de Clermont, 1725.
- A 10 620 20 : État de l'Hôtel-Dieu de Clermont au 30 novembre 1790
- A 10 710 : Extraits du règlement de l'Hôtel-Dieu, vers 1773 : 1. Concernant la charge de Mr. le Médecin; 2. Concernant la charge du chirurgien principal.; 3. Concernant la charge de l'apothicaire; 4. Concernant la charge des servantes; 5. Concernant la charge des veilles; 6. Concernant la charge des garçons chirurgiens.
- A 30 123 : *Coutumier des religieuses hospitalières de l'ordre de Saint Augustin, Établies dans le diocèse de Clermont*, à Clermont, Chez Damien Boujon, maître imprimeur, 1692, 351 p.
- A 30 253 : Règlement général pour la direction et économie de l'Hôpital Général de cette ville de Clermont-Ferrand, 1773.
- A 45 905 : Ordre service des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu (XVIIIe siècle)
- CA 196 : Plan de l'ancien Hôtel-Dieu Saint- Barthélemy de Clermont, 1780.

- CA 508 : *Plan de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand*, 1778 : 2. Rez-de-chaussée sur Jardin; 3. Premier étage sur le jardin formant le rez-de-chaussée sur la deuxième cour; 4. Rez-de-chaussée sur la rue; 5. Premier étage; 6. Deuxième étage sur jardin.
- MS 1112 - Divers documents HD/HG Clermont, 13e - AN VIII

Hôpitaux de Riom :

- A 70 107 2 : Lettres patentes du Roy pour l'établissement d'un hôpital général dans la ville de Riom, 1658.
- A 10 620 1 : Dessein de l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand, 1658.
- MS 679 : Pièces relatives à Riom

Hôpitaux du Puy-en-Velay :

- A 11 359 : *Lettres Patentes du Roi accordées à l'Hôpital-Général de la ville du Puy*, 1694.
- A 70 015 : Inauguration de l'Hôpital Général du Puy-en-Velay

Charité de Lyon :

- 46 299 : Statuts et règlements de l'Hôpital Général de la Charité et aumône général de Lyon, Aimé Delaroche, Lyon, 1742, 262 p.

Paris

Archives de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris.

Fonds Fossoyeux :

- 5 FOSS : Mémoire sur la situation actuelle des hospices de malades de la ville de Paris, An VIII.
- 45 FOSS/B/4/b-c : médecins, chirurgiens, apothicaires, 22 août 1620.
- 45 FOSS/F : Chirurgiens, Hôtel-Dieu, Délibération de la maison de Salpêtrière, 6 novembre 1662.
- 108 FOSS/1 : Distribution journalière du pain, 12 juin 1788.
- 176 FOSS 1 : Extrait du registre des séances du bureau de l'Hôpital Général sur le règlement général de ce qui doit être observé chaque jour dans la maison de Saint-Louis de la Salpêtrière, précédé des devoirs d'une sœur de l'hôpital, 1703.

Liasses de l'Hôtel-Dieu :

- HD/liasse 0880 : Délibération du bureau, états des gages et appointement des médecins, chirurgiens, domestiques et autres membres du personnel de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis, XVIIe XVIIIe, 84 pièces.
- HD/liasse 882 : Délibérations qui fixent le nombre des médecins ordinaires et expectant et leurs appointements, et un règlement pour les médecins, 4, 11 et 18 mai 1735.
- HD/Liasse 885 : Projet d'un arrangement utile et nécessaire entre l'Hôtel-Dieu de Paris et l'Hospital Général, mai 1754; Règlement du 27 avril 1656; Mémoire au sujet des pauvres envoyés par l'Hôtel-Dieu à la Salpêtrière.

Liasse de l'Hôpital Général :

HG/liasse 12 : Jugement rendu présidiallement et en dernier renfort, en la chambre criminelle du châtelet de Paris, 1758.

Cartes :

- C 0006 : Plan Général de l'Hôtel-Dieu de Paris avec un autre plan pour faire un nouvel hôpital pour les Convalescens (sic) sortans dud. Hôtel Dieu pour le bien de la santé des pauvres [...], 1674.
- C 0007 : Plan de l'Hôtel-Dieu et des environs » « fait et dessinez par Charles Tournant le fils, dit Saint-Germain, 1697.
- D 3764 : Plan de partie de l'Hôtel-Dieu à l'étage au-dessus de l'église et des salles saint-Denis, St-Thomas, St-Cosme et des salles des femmes, 1746.
- D 4264 : Plan général des sousterrein de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1760.
- D 4265 : Plan général du premier étage de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1760.
- D 4266 : Plan général du deuxième étage de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1760.
- D 4267 : Plan général du troisième étage de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1760.

- D 4268 : Plan Général du quatrième étage de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1760.
- E 8736 : Plan du royal et somptueux édifice de l'hospital Saint-Louis proche de Paris destiné pendant la contagion aux pestiférez... et qui sert à présent à faire prendre lair aux convalescens de l'hostel Dieu de Paris et à retirer les malades dudit hostel Dieu affligés du scorbut et d'autres maux, 1681.

Bibliothèque Historique de la Ville de Paris :

- *Code de l'Hôpital Général ou recueil des principaux édits, arrêts, déclarations & règlements qui le concerne, ainsi que les Maisons & Hôpitaux réunis à son Administration*, chez la Veuve Thiboust, Paris, 1786, 642 p. C : 103498.
- *Constitutions des religieuses hospitalières de la Charité Notre Dame, de l'Ordre de Saint Augustin, établies à Paris par l'autorité de Monseigneur l'Illustrissime & reverendissime Messire Jean François de Gondy*, Archevêque de Paris, à Paris, 1635. C : 943703

Instruments de recherche

BRIÈLE, Léon, *Inventaire sommaire des archives hospitalières antérieures à 1790, Hôtel-Dieu, T.2, Paris*, Administration de l'Assistance Publique, 1884, 343 p.

[en ligne] <http://tinyurl.com/m7ueupq> (consulté le 12 avril 2015)

CANDILLE, Marcel, *Catalogue des plans et dessins d'architecture du fonds de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, avec autres études critiques sur les inventaires des archives de l'assistance publique*, Paris, Administration générale de l'assistance publique, 1973, 692 p.

JOUANNE, René, Pierre GASCAR, Étienne DELCAMBRE, *Inventaire sommaire des archives départementales antérieures à 1790 : série H supplément, archives hospitalières du Puy*, Fonds de l'Hôtel-Dieu du Puy, Le Puy, 2 volumes, impression de la Haute-Loire, 1931-1937, 346 p.

RICHÉ, Sophie, Sylvain RIQUIER, *Des Hôpitaux à Paris, États des fonds des Archives de l'AP-HP, XII^e-XX^e siècle*, Paris, la Documentation française, 2000, 864 p. Le contenu de cet ouvrage a été mis en ligne, sous forme de fichier téléchargeables par article sur le site internet des Archives de l'Assistance Publique et Hôpitaux de Paris entre 2011 et 2013. Depuis septembre 2014, le contenu en ligne a été retiré. Ayant travaillé à partir des fichiers téléchargés (identiques au contenu de l'ouvrage mais non paginés) l'URL correspondante à chaque fichier a été indiqué dans les notes de bas de pages ainsi que la date de consultation. Comme elles ne renvoient plus au contenu consulté, il est préférable de se référer à l'ouvrage imprimé.

Sources publiées

BOUCHER, Louis, *La Salpêtrière son histoire de 1656 à 1790 ses origines et son fonctionnement au XVIII^e siècle*, Paris, 1883, 138 p.

[en ligne] <http://hdl.handle.net/123456789/3419> (consulté le 12 avril 2015)

CAMPEAU, Lucien, *Monumentae Novae Franciae, VIII, Le témoignage du sang (1647-1650)*, Montréal, Bellarmin, 1994, 887 p.

CAMPEAU, Lucien, *Monumenta Novae Franciae, VI, Recherche de la paix, (1644-1646)*, Montréal, Bellarmin, 1992, 805 p.

CAMPEAU, Lucien, *Monumentae Novae Franciae, IV, Les grandes épreuves (1638-1640)*, Montréal, Bellarmin, 1989, 808 p.

CASGRAIN, Henri-Raymond, *Histoire de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Brousseau, 1878, 612 p.

[en ligne] <http://tinyurl.com/qcd3h5a> (consulté le 12 avril 2015)

COIFFIER, Joseph, *L'assistance publique dans la généralité de Rion au XVIII^e siècle*, Clermont-Ferrand, Dumont, 1905.

Constitutions de la congrégation des religieuses Hospitalières de la Miséricorde de Jésus, Québec, archidiocèse de Québec, 1936 (1664), 301 p.

Édits, ordonnances royaux, déclarations et arrêts du Conseil d'État du Roi concernant le Canada : imprimés sur une adresse de l'Assemblée législative du Canada : revus et corrigés d'après les pièces originales déposées aux archives provinciales, Québec, presse à vapeur de E.R. Fréchette, vol.2, 1855,

[en ligne] URL : <http://tinyurl.com/pcfer3e> (consulté le 12 avril 2015)

HECQUET, Philippe, *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation aux femmes de nourrir leurs enfants*, Trevoux, Paris, 1708, 145 p.

[en ligne] <http://tinyurl.com/oadhwm4> (consulté le 1er octobre 2014)

JUCHEREAU de Saint Ignace, Françoise, *Histoire de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Montauban, 1751, 556 p.

[en ligne] <http://tinyurl.com/kgllrkd> (consulté le 13 août 2014)

KALM, Pehr, L.W. Marchand (trad.), *Voyages dans l'Amérique du Nord, 1749*, Montréal, Mémoires de la société historique de Montréal, 1880, 256 p.

[en ligne] <http://tinyurl.com/lp63dac> (consulté le 1er octobre 2014)

L'Hospital Général de Paris, 1676, brochure anonyme

[en ligne] <http://tinyurl.com/ml7evk3> (consulté le 12 avril 2015)

LA SALLE (de), Jean-Baptiste, *Les règles de la bienséance et de la civilité chrétiennes*, à l'usage des écoles chrétienne, à Troyes et se vend à Reims, 1703, 280p.

[en ligne] <http://tinyurl.com/kt7h32c> (consulté le 11 février 2015)

MONDOUX, Maria, s.s.j., *L'Hôtel-Dieu, premier hôpital de Montréal : 1642-1763 : d'après les annales manuscrites, les documents originaux de l'Institut des religieuses hospitalières de Saint-Joseph et autres sources*, Montréal, archidiocèse de Montréal, 1942, 417 p.

MORIN, Marie, Ghislaine Legendre (éd.), *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, Montréal, imprimerie des éditeurs limités, Presse de l'Université de Montréal, (1921) 1977.

NADEAU, Gabriel, *La bufothérapie sous le Régime français : Mme d'Youville et ses crapauds*, Québec (Province), 1944, 14 p.

PAUL (de) Vincent de, Pierre Coste (éd.) *Correspondances, Entretiens et documents*, vol. 1 à 13, Paris, librairie Lecoffre, 1920-1926

[en ligne] <https://archive.org/details/correspondanceen09vinc> (consulté le 25 février 2015)

PEGHOUX, Auguste, *Recherche sur les Hôpitaux de Clermont-Ferrand précédés de considérations générales sur l'origine des établissements de bienfaisance*, Thibaud-Landriot, Clermont-Ferrand, 291 p.

POUTET, Yves, *Charles Démia (1637-1689). Charles Demia en son temps. Documents fondamentaux. Journal de 1685-1689*, Cahiers lasalliens, Rome, Maison Saint-Jean-Baptiste de La Salle, 56 (1994) pp. 114-116

[en ligne] <http://biblio.lasalle.org/handle/001/366> (consulté le 25 mars 2015).

Règlement général pour la direction et économie du Grand Hôtel-Dieu de cette ville de Clermont-Ferrand, Que les chapelains, Officiers, Servantes & Valets de cette Maison doivent observer chacun suivant leur charge ou emploi, Clermont-Ferrand, Pierre Boutaudon, 1749

[en ligne] <http://tinyurl.com/nxaatl> (consulté le 12 avril 2015)

Règles et Constitutions pour les religieuses hospitalières de saint Joseph, Autun, 1686, 396 p.. Renty (de) Gaston, *Manière de pratiquer solidement et avec facilité les œuvres de piété*, Lyon, chez la veuve Carteron, 1662, 208 p. [en ligne] <http://tinyurl.com/m9by8gn> (consulté le 1er octobre 2014)

RONDENNEAU de la Motte, *Projet d'un hôpital des malades ou Hôtel-Dieu, Dans lequel les Malades, couchés chacun seul dans un Lit, recevraient le meilleur secours avec le moins de frais*, Londres, 1776, 24 p. [en ligne] <http://tinyurl.com/osbo2bm> (consulté le 10 mars 2014)

SAINT JURE (de), Jean-Baptiste, *De la connaissance et de l'amour de N.S. Jésus-Christ*, Veuve de S. Mabre-Cramoisy, 1688, 906p [en ligne] <http://tinyurl.com/qfzfzqw> (consulté le 26 février 2015)

TENON, Jacques, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Méquignon, 1788, 472 p.[en ligne] <http://gallicalabs.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6275882s/f242.planchecontact> (consulté le 3 mars 2015)

Dictionnaires anciens

CHOMEL, Noël, *Dictionnaire œconomique, contenant divers moyens d'augmenter son bien, et de conserver sa santé*, Paris, Le Conte & Montalant, 1709 [en ligne] <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?01208> (consulté le 12 avril 2015)

FURETIÈRE, Antoine, *Dictionnaire universel, t.3, partie 2*, La Haye, Brutel de la Rivière, 1725, 775 p.

LAVOISIEN, Jean François, *Dictionnaire portatif de médecine, d'anatomie, de chirurgie, de pharmacie, de chymie, d'histoire naturelle, de botanique et de physique*, Paris, chez Théophile Barrois, 1793.

MARTIN-DOISY, Félix, *Dictionnaire d'Économie charitable, ou Exposé historique, théorique et pratique : de l'assistance religieuse, publique ou privée, ancienne et moderne*, tome 4, Paris, Jean-Paul Migne, 1857.

Études et ouvrages généraux

- ABAD, Reynald. *La grâce du roi, les lettres de clémence de Grande Chancellerie au XVIII^e siècle*. Paris, PUPS, 2011, 964 p.
- ACKER, Joan. « From Sex roles to gendered institutions ». *Contemporary Sociology*, 21, 5 (1992) p. 565-569 [en ligne] URL : <http://www.jstor.org/stable/2075528>. (consulté le 10 janvier 2015)
- ADAMS, Annmarie. *Medicine by Design: The Architect and the Modern Hospital, 1893-1943*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 2008, 169 p.
- ALEIL, Pierre-François. « Les destructions du patrimoine bâti de la ville de Clermont-Ferrand depuis la Révolution ». *Revue de l'Académie du Centre*, « Le patrimoine disparu, Actes du 65^e congrès de la Fédération des sociétés savantes du Centre de la France », (2006), p. 151-160.
- ANDERSON, Karen. *Chain her by one foot: The subjugation of Women in Seventeenth-Century New-France*. Londres, Routledge, 1991, 247 p.
- ANDRIEU, Bernard. « Quelle épistémologie du corps ? ». *Corps*, 1, 1 (2006) p. 13-21.
- ANDRIEU, Bernard. *Le corps dispersé. Histoire du corps au XX^e siècle*. Paris, l'Harmattan, 1993, 451 p.
- ANNAERT, Philippe. « Monde clos des cloîtres et société urbaine à l'époque moderne : les monastères d'ursulines dans les Pays-Bas méridionaux et la France du Nord ». *Histoire Économie et Société*, 3 (2005) p. 329-341.
- ANTOINE, Michel. *Le conseil du roi sous le règne de Louis XV*, Genève, Droz, 1970.
- ARIÈS, Philippe et Rocher Chartier (dir.). « De la Renaissance aux Lumières », tome 3, dans *Histoire de la vie privée*. Paris, Seuil, 1985, 634 p.
- ARIÈS, Philippe. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris, Plon, 1960, 506 p.
- ARIÈS, Philippe. *L'homme devant la mort*. Paris, Seuil, 1977, 641 p.
- ARNOLD, Odile. *Le corps et l'âme, la vie des religieuses au XIX^e siècle*. Paris, Seuil, 1984, 373 p.
- ARTIÈRES, Philippe. « L'historienne et l'enfermée », *Clôtures, Clio, Histoire, femmes et sociétés*. (26) 2006, p. 181-188.

- Assistance publique-Hôpitaux de Paris. *Patrimoine hospitalier : Un parcours à travers l'Europe*. Paris, Monum, 2001, 63 p.
- AUBERT, Guillaume. « “The Blood of France” : Race and Purity of Blood in the French Atlantic World ». *The William and Mary Quarterly*, 61, 3 (2004) p. 439-478.
- AUZÉPY, Marie-France et Joël CORNETTE. *Histoire du poil*. Paris, Belin, 2011, 350 p.
- AZIZA, Judith. « Soigner et être soigné à l'Hôtel-Dieu de Marseille aux XVII^e et XVIII^e siècles. ». *Rives méditerranéennes* [en ligne] URL : <http://rives.revues.org/index963.html>. (consulté le 15 juillet 2010)
- BANKS, Kenneth J. *Chasing Empire Accross the Sea: Communication and the State in the French Atlantic, 1713-1763*. Montréal, Kingston, McGill-Queen's University Press, 2002, 319 p.
- BARDATI, Flaminia. « La “salle du légat” de l'Hôtel-Dieu de Paris. Une architecture oubliée de la Renaissance française ». *Livraisons d'histoire de l'architecture*, 11 (2006) p. 119-148.
- BARIL, Audrey. « De la construction du genre à la construction du « sexe » : les thèses féministes post-modernes dans l'œuvre de Judith Butler ». *Recherches féministes*, 20, 2 (2007) p. 61-90.
- BEAUVALET-BOUTOURYE, Scarlett et Jacques RENARD. « Des sages-femmes qui sauvent les mères? 1777-1807 ». *Histoire, Économie et Société*, 13, 2 (1994), p. 269-290.
- BEAUVALET-BOUTOURYE, Scarlett. *Les femmes à l'époque moderne : (XVI^e-XVIII^e) siècles*. Paris, Belin, 2003, 270 p.
- BECHTEL, Guy. *Les quatre femmes de Dieu, La putain, la sorcière, la sainte & Bécassine*. Paris, Plon, 2000, 330 p.
- BENABOU, Erica-Marie. *La prostitution et la police des mœurs au XVIII^e siècle*. Paris, Perrin, 1987, 547 p.
- BERNOS, Marcel. « De l'influence salutaire ou pernicieuse de la femme dans la famille et la société ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 29, 3 (1982), p. 453-461 [en ligne] URL : <http://www.jstor.org/stable/20528966>. (consulté le 19 novembre 2012)
- BERNOS, Marcel, Charles DE LA RONCIÈRE, Jean GUYON et Philippe LÉCRIVAIN. *Le fruit défendu, les chrétiens et la sexualité de l'Antiquité à nos jours*. Paris, Le Centurion, 1985, 320 p.

- BERNOS, Marcel. *Femmes et gens d'Église dans la France classique: XVII^e-XVIII^e siècle*. Paris, Cerf, 2003, 404 p.
- BERRIOT-SALVADORE, Evelyne. « Corps humain ou corps humains ? Homme, femme, enfant dans la médecine de la Renaissance ». *Le corps à la Renaissance*, Actes du 30^e colloque de Tours, 1987, p. 435-445.
- BERRY, Lynn. « Le Ciel et la Terre nous ont parlé », Comment les missionnaires du Canada français et de l'époque coloniale interprètent le tremblement de terre de 1663 ». *Revue d'Histoire de l'Amérique française*, 60, 1-2 (2006) p. 11-35.
- BERTAUX, Roger. *Pauvres et marginaux dans la société française*. Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1994, 379 p.
- BESANÇON, Jean-Noël. « Le corps dans la tradition chrétienne », dans Geneviève Comeau (dir.), *Le corps, ce qu'en disent les religions*. Paris, Les éditions ouvrières, 2001, 174 p.
- BESNARD, Thiphaine. « Une folle débauche. Les prostituées à la Salpêtrière et dans le discours médical (1850-1914) ». *Genre & Histoire*, 6(2010) [en ligne] URL : <http://genrehistoire.revues.org/997>. (consulté le 24 mars 2015)
- BIRABEN, Jean-Noël. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens, Tome 2, Les hommes face à la peste*. Paris, Mouton, 1975-1976, 416 p.
- BLAIN, Jean. « Économie et société en Nouvelle-France : le cheminement historiographique dans la première moitié du XX^e siècle ». *Revue d'Histoire de l'Amérique française*, 26, 1, (1972), p. 3-31.
- BLAIN, Jean. « Économie et société en Nouvelle-France, l'historiographie des années 1950-1960 ». *Revue d'Histoire de l'Amérique française*, 28, 2, (1974), p. 163-186.
- BLAVIGNAC, Corinne. « Les ordres religieux féminin ». *Vocations d'Ancien Régime, Les gens d'Église en Auvergne aux XVII^e et XVIII^e siècles*, *Revue d'Auvergne*, 544-545, (1999), p. 43-54.
- BLUCHE, François. « Dissidents et marginaux », dans *La vie quotidienne au temps de Louis XIV*. Paris, Hachette, 1984. p. 331-357.
- BOIVIN, Bernard. « Gaultier, Jean-François », dans *Dictionnaire biographique du Canada*. vol. 3, Université Laval/Université de Toronto, 2003. [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/gaultier_jean_francois_3F.html. (consulté le 4 avril 2015)
- BOLTANSKI, Luc. « Les usages sociaux du corps ». *Annales ESC*, 26 (1971) p. 205-233.

- BONNENFANT, Paul et Alice BRIOD. « L'assistance et les pauvres dans le pays de Vaud du commencement du moyen âge à la fin du XVI^e siècle ». *Revue belge de philologie et d'histoire*, 6,1 (1927), p. 420-423.
- BOSHER, John F. « Government and private interests in New France ». *Canadian Public Administration*, 10 (1967) p. 244-257.
- BOTTOMLEY, Franck. *Attitudes to the Body in Western Christendom*. Londres, Lepus Books, 1979, 257 p.
- BOUFFART, Mickaël, Jean-Alexandre Perras et Érika Wicky (dir.). *Le corps dans l'histoire et les histoires du corps (XVII^e-XVIII^e siècles). Travaux de jeunes chercheurs précédés d'entretiens avec Georges Vigarello*. Paris, Herman, 2012. 206 p.
- BOURDIN, Philippe. « Le nouvel Hôtel-Dieu de 1773 à l'Empire », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d'un établissement hospitalier*. Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 61-109.
- BOURDIEU, Pierre. « La domination masculine ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 84 (1990) p. 2-31 [en ligne] URL : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335-5322_1990_num_84_1_2947. (consulté le 8 mars 2015)
- BOURDIEU, Pierre. « La maison Kabyle ou le monde renversé » dans Jean Pouillon et Pierre Maranda (éd.) *Échanges et communications : Mélanges offerts à Claude Lévi-Strauss à l'occasion de son 60^e anniversaire*. Paris/La Hague, Mouton, 1970, p. 739-758.
- BOUTRY, Philippe. Pierre-Antoine Fabre et Dominique Julia, *Reliques modernes cultes et usages chrétiens des corps saints des Réformes aux révolutions*. Paris, Éditions de EHESS, 2009, 2 volumes, 903 p.
- BREJON DE LAVERGNÉE, Matthieu. *Histoire des Filles de la Charité*. Paris, Fayard, 2011, 690 p.
- BROCKLISS, Laurence et Colin Jones. *The Medical World of Early Moderne France*. Oxford, Clarendon Press, 1997, 960 p.
- BROWN, Peter. *Le renoncement à la chair, virginité, célibat et continence dans le christianisme primitif*. Paris, Gallimard, 1995, 597 p.
- BRUNDAGE, James A. et Elizabeth M. MAKOWSKI. « Enclosure of nuns: the decretal Periculoso and its commentators ». *Journal of Medieval History*, 20, 2 (1994) p. 143-155. [en ligne] URL : [http://dx.doi.org/10.1016/0304-4181\(93\)00749-E](http://dx.doi.org/10.1016/0304-4181(93)00749-E) (consulté le 13 mars 2014)

- BURKE, Peter. *The French Historical Revolution. The Annales School 1929-98*. Stanford, Stanford University Press, 1990, 152 p.
- BUTEZ, Charlotte. « L'institution et ses personnels jusqu'en 1940 », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d'un établissement hospitalier*. Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 114-143.
- BUTLER, Judith. *Trouble dans le genre, pour un féminisme de la subversion*. Paris, La Découverte, 2005, 284 p.
- CASTAN, Nicole. *Histoire des galères, bagnes et prisons en France de l'Ancien Régime*. Toulouse, Privat 2002, 221 p.
- CAULIER, Brigitte. « Bâtir l'Amérique des dévots ». *Revue d'Histoire de l'Amérique française*, 46, 1 (1992) p. 45-66.
- CHEMINADE, Christian. « Architecture et médecine à la fin du XVIII^e siècle : la ventilation des hôpitaux, de l'Encyclopédie au débat sur l'Hôtel-Dieu de Paris ». *Recherche sur Diderot et l'Encyclopédie*, 14 (1993), p. 88-89.
- CLASSEN, Constance. *The Deepest Sense. A Cultural History of Touch*. Urbana, University of Illinois Press, 2012, 227 p.
- CORBIN, Alain, Jean-Jacques Courtine et Georges Vigarello. *Histoire de la virilité de l'Antiquité aux Lumières*. t.1, Paris, Seuil, 2011, 578 p.
- CORBIN, Alain. *L'harmonie des plaisirs, Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*. Paris, Perrin, 2008, 542 p.
- CORBIN, Alain. *Les filles de nocés. Misère sexuelle et prostitution aux XIX^e et XX^e siècles*. Paris, Aubier Montaigne, 1978, 168 p.
- CORBIN, Alain et Michelle Perrot. « Des femmes, des hommes et des genres ». *Vingtième siècle, revue d'histoire*, 75, 3 (2002) p. 167-176.
- CORNETTE, Joël. *Histoire de la France : l'affirmation de l'État absolu : 1515-1652*. Paris, Hachette livre, 1994, 254 p.
- COURTINE, Jean-Jacques et Claudine Haroche. *Histoire du visage : exprimer et taire ses émotions, XVI^e-début XIX^e siècle*. Paris, Rivage, 286 p.
- CRENSHAW, Kimberle et Bonis ORISTELLE. « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur ». *Cahiers du Genre*, 2, 39 (2005) p. 51-82.

- D'ALLAIRE, Micheline. *L'Hôpital Général de Québec, 1692-1764*. Montréal, Fides, 1971, 251 p.
- DAKHLIA, Jocelyne. « Harem : ce que les femmes, recluses, font entre elles ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 26 (2007) [en ligne] URL : <http://clio.revues.org/5623>. (consulté le 21 mars 2015)
- DAVELUY, Marie-Claire. « Jeanne Mance », dans *Dictionnaire biographique du Canada*. vol. 1, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/mance_jeanne_1F.html. (consulté le 3 mars 2015)
- DECHÊNE, Louise. *Le peuple l'État et la guerre au Canada sous le régime français*, édition posthume préparée par Hélène Paré, Sylvie Dépatie, Catherine Desbarat et Thomas Wien. Montréal, Boréal, 2008, 664 p.
- DEPAUW, Jacques. *Spiritualité et pauvreté à Paris au XVII^e siècle*. Paris, Boutique de l'histoire, 1999, 360 p.
- DESJARDINS, Lucie. « De la « surface trompeuse » à l'agréable imposture. Le visage au XVII^e siècle ». *Intermédialités : histoire et théorie des arts, des lettres et des techniques / Intermediality: History and Theory of the Arts, Literature and Technologies*, 8 (2006) p. 53-66 [en ligne] URL : <http://id.erudit.org/iderudit/1005539ar>. (consulté le 5 mars 2015)
- DESLANDRES, Dominique. *Croire et faire croire, les missions françaises au XVII^e siècle*. Paris, Fayard, 2003, 633 p.
- DESLANDRES, Dominique, John A. Dickinson et Ollivier Hubert (dir.). *Les Sulpiciens de Montréal, une histoire de pouvoir et de discrétion, 1657-2007*. Montréal, Fides, 2007, 675 p.
- DESPLAND, Michel. *Christianisme, dossier corps*. Paris, Cerf, 1987, 139 p.
- DETREZ, Christine. *La construction sociale du corps*. Paris, Seuil, 2002, 257 p.
- DINET-LECOMTE, Marie-Claude. « Du « bon usage » de la clôture et de l'enfermement dans les établissements charitables aux XVII^e et XVIII^e siècles ». *Histoire, Économie et Société*, 24, 3 (2005), p. 355-372.
- DINET-LECOMTE, Marie-Claude. « L'Assistance et les pauvres à Blois aux XVII^e et XVIII^e siècles ». *Histoire, économie et société*, 1 (1989) p. 3-7.
- DINET-LECOMTE, Marie-Claude. « Les faux-semblants et les avatars de l'enfermement à l'époque moderne », dans Isabelle HEULLANT-DONAT, Julie CLAUSTRE et Élisabeth LUSSET (dir.), *Enfermements, le cloître et la prison (VI^e-XVIII^e siècles)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2010, p. 275-288.

- DINET-LECOMTE, Marie-Claude. « Les hôpitaux d’Ancien Régime, des entreprises difficiles à gérer ? ». *Histoire, économie et société*, 3 (1999) p. 527-545.
- DINET-LECOMTE, Marie-Claude. *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles, La charité en action*. Paris, Honoré Champion, 2005, 595 p.
- DOMPNIER, Bernard. « Continuité de la Réforme catholique », dans Jean-Marie Mayeur, Charles et Luce Pietri, André Vauchez, Marc Venard, *Histoire du Christianisme, T.9, L’âge de raison (1620-1750)*. Paris, Desclée, 1997, p. 208-249.
- DOMPNIER, Bernard. « Les mutations des modèles confraternels en France aux XVII^e et XVIII^e siècles », *Les confréries de Corse. Une société idéale en Méditerranée*, Ajaccio, France, 2010, p. 79-91.
- DOMPNIER, Bernard (dir.). *L’hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d’un établissement hospitalier*. Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, 239 p.
- DORLIN, Elsa. « De l’usage épistémologique et politique des catégories de « sexe » et de « race » dans les études sur le genre ». *Cahiers du Genre*, L’Harmattan, 39, 2 (2005) p. 83-105.
- DORLIN, Elsa. *La Matrice de la race, généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*. Paris, La Découverte, 2006, 308 p.
- DOUGLAS, Mary. *De la souillure, étude sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte. 2001, 205 p.
- DRÉVILLON, Hervé. « Du viril au militaire », dans Georges Vigarello (dir.), *Histoire de la Virilité, vol. 1, L’invention de la virilité de l’Antiquité aux Lumières*. Paris, Seuil, 2011, p. 289-321.
- DRÉVILLON, Hervé. « La monarchie des Lumières : réformes ou utopie », dans Joël Cornette (éd.), *Histoire de la France politique. La monarchie. Entre Renaissance et Révolution, 1515-1792*. Paris, Seuil, 2006, p. 294.
- DROLET, Antonio. « Florent Bonnemere », dans *Dictionnaire biographique du Canada*. vol. 1, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/bonnemere_florent_1F.html. (consulté le 6 avril 2015)
- DUBY, Georges. « Les pauvres des campagnes dans l’occident médiéval jusqu’au XIII^e siècle ». *Revue d’histoire de l’Église de France*, 52, 149 (1966), p. 25-32.
- DUBY, Georges, Michelle Perrot. « Écrire l’histoire des femmes », dans *Histoire des femmes*, vol.1, Paris, Plon, 1991, p.9-18

- DUFAUX, François et Jérémie BISSON. *Le monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec, une recherche sur la logique spatiale des bâtiments*. École d'Architecture de l'Université Laval, Québec, 2008, 66 p.
- DUFAUX, François, Matthieu LACHANCE, Jean GUÉRETTE et Marc-André BOYUCHARD-FORTIN. *Le monastère des Augustines et l'Hôtel-Dieu de Québec, Une histoire opérationnelle des bâtiments*. Laval, École d'architecture de Laval, mars 2008.
- DUMONT, Micheline. *Les religieuses sont-elles féministes?* Montréal, Bellarmin, 1995, 217 p.
- DURKHEIM, Émile et Marcel MAUSS. « De quelques formes primitives de classification : contribution à l'étude des représentations collectives ». *Années Sociologiques*, 6 (1903), Classiques UQAC, [en ligne] URL : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/essais_de_socio/T7_formes_classification/formes_classification.html. (consulté le 6 mars 2015)
- DUVAL, Sylvie. *L'observance au féminin. Les moniales dominicaines entre réforme religieuse et transformations sociales, 1385-1461*. thèse de doctorat (histoire) Université Lyon 2 – Università degli Studi di Firenze, 2012, 554 p.
- ELIAS, Norbert et Pierre KAMNITZER. *La civilisation des mœurs*. Paris, Calmann-Lévy, (1^{re} éd. 1939) 1991, 342 p.
- ELIAS, Norbert. *La société de cour*. Paris, Calman-Levy, (1969) 1985, 330 p.
- ERNOT, Isabelle. « L'histoire des femmes et ses premières historiennes, XIX^e-début XX^e siècle ». *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, 16, 1 (2007) p. 165-194.
- FABRE, Gérard. « Conflits d'imaginaires en temps d'épidémie ». *Communications*, 57 (1993) p. 43-69
- FABRE, Gérard. *Épidémies et Contagions, l'imaginaire du mal en Occident*. Paris, Presses universitaires de France, 1998, 239 p.
- FARGE, Arlette. *Le goût de l'archive*. Paris, Seuil, 1989, 152 p.
- FERLAND-ANGERS, Albertine. *Mère d'Youville, vénérable Marie-Marguerite du Frost de la Lajemmerais Veuve d'Youville 1701-1771, Fondatrice des Sœurs de la Charité de l'Hôpital général de Montréal, dites Sœurs Grises*. Montréal, Beauchemin, 1945, 385 p.
- FERLAND-ANGERS, Albertine. « Charon de la Barre, François », dans *Dictionnaire biographique du Canada*. vol. 2, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/charon_de_la_barre_francois_2F.html. (consulté le 30 mars 2015)

- FIERRO, Alfred et Jean-Yves SARAZIN. *Le Paris des Lumières d'après le plan de Turgot : 1734-1739*. Paris, Réunion des musées nationaux, 2005.
- FLOURY-BUCHALIN, Cécile. « Assainir et protéger le corps de la ville. L'émergence de la santé publique à Lyon au XVII^e siècle ». *Chrétiens et sociétés* [en ligne] URL : <http://chretienssocietes.revues.org/602>. (consulté le 7 mars 2015)
- FONTANEL, Béatrice. *L'éternel féminin, une histoire du corps intime*. Paris, Seuil, 2001, 142 p.
- FONTANIER, Fabien. « Des malades aux pensionnaires, l'évolution d'une vocation ». *Vocations d'Ancien Régime, Les gens d'Église en Auvergne aux XVII^e et XVIII^e siècles, Revue d'Auvergne*, 544-545 (1999) p. 147-155.
- FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 1972, 613 p.
- FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*. Paris, PUF, 1963, 212 p.
- FOUCAULT, Michel. *Surveiller et Punir, Naissance de la prison*. Paris, Gallimard, 1975, 318 p.
- FOUQUET, Catherine. « Le détour obligé ou l'histoire des femmes passe-t-elle par celle de leur corps ? », dans Michelle Perrot (dir.), *Une histoire des femmes est-elle possible ?* Paris, Rivages, 1984, p. 72-84.
- FRAY, Jean-Luc. « Des origines hospitalières à la fondation de l'Hôtel-Dieu », dans Bernard Dompnier (dir.), *L'hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, Histoire d'un établissement hospitalier*. Clermont-Ferrand, PUBP, 2014, p. 18-57.
- FRÉGAULT, Guy. *Le XVIII^e siècle canadien, études*. Montréal, éditions HMH, 1968, 387 p.
- FRIANT, Emmanuelle. *Le catholicisme matériel, les objets de piété privée dans la France des XVI^e et XVII^e siècles*, thèse de doctorat (histoire) Université de Nancy 2, 2009, 839 p.
- FRIANT, Emmanuelle. « Toucher et être touché. Sensorialité des espaces et matérialité de la dévotion privée (France, XVI^e-XVII^e siècles) », présentation dans *Society for the Study of French History*. Durham (UK), juillet 2014.
- GARNIER, Claire. « Les Refuges, expression du patriarcat d'Ancien Régime ? Analyse des demandes d'enfermement au Refuge de Clermont-Ferrand, XVIII^e siècle ». *Cahiers d'histoire*, 30, 2 (2011) p. 103-113.
- GAUTHIER, Jean-Richard. *Michel Sarrazin, un médecin du roi en Nouvelle-France*. Sillery, Septentrion, 2007, 126 p.

- GAUTIER, Arlette. *Les Sœurs de Solitude : Femmes et esclavage aux Antilles du XVII^e au XIX^e siècle*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2010, 276 pages
- GAUVREAU, Danielle. *Québec, une ville et sa population au temps de la Nouvelle-France, Québec*. Presses de l'Université du Québec, 1991, p. 25.
- GÉLIS, Jacques. « Le corps, l'Église et le sacré », dans Georges VIGARELLO (dir.), *Histoire du Corps, T.1, De la Renaissance aux Lumières*. Paris, Seuil, 2005, p. 17-107.
- GÉLIS, Jacques. *La sage-femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie*. Fayard, 1988, 560 p.
- GEREMECK, Bronisław. *La potence ou la pitié : l'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*. Paris, Gallimard, 1987, 330 p.
- GIDDENS, Anthony. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Berkeley, University of California Press, 1984, 402 p.
- GOFFMAN, Erving. *Asiles; études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, Éditions de minuit, 1968, 451 p.
- GOUBERT, Jean-Pierre. « L'art de guérir, médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790 ». *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, 32, 5 (1977) p. 908-926.
- GREER, Allan et Nicole DAIGNAULT. *Brève histoire des peuples de la Nouvelle-France*. Montréal, Boréal, 1998, 165 p.
- GUIGNET, Philippe. « État béguinal, demi-clôture et "vie mêlée" des filles dévotes de la Réforme Catholique dans les Pays-Bas méridionaux à l'époque moderne ». *Histoire, Économie et Société*, 24, 3 (2005) p. 373-386.
- GUTTON, Jean-Pierre. « À l'aube du XVII^e siècle idées nouvelles sur les pauvres ». *Cahiers d'Histoire*, Lyon, 1965, p. 87-97.
- GUTTON, Jean-Pierre. « Assistance » dans François Bluche, *Dictionnaire du Grand Siècle*, Paris, Fayard, 2005, p. 72-75.
- GUTTON, Jean-Pierre. *Dévots et société au XVII^e siècle, Construire le Ciel sur le Terre*. Paris, Belin, 2004, 220 p.
- GUTTON, Jean-Pierre. *La société des pauvres en Europe, l'exemple de la généralité de Lyon, 1534-1789*. Bibliothèque de la faculté des lettres et sciences humaines de Lyon, Paris, société d'édition « les Belles Lettres », 1970, 499 p.

- GUTTON, Jean-Pierre. *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'ancien régime: Actes des tables rondes des 12 décembre 1997 et 20 mars 1998*. Lyon, PUL, 1999, 210 p.
- GUYOTJEANNIN, Charles. « Dix siècles d'activités hospitalières au Puy-en-Velay », *Revue d'histoire de la pharmacie*, 316 (1997) p. 433.
- HABIB, Claude (dir.). *La pudeur : la réserve et le trouble*. Paris, Éditions Autrement, 1992, 207 p.
- HAVARD, Gilles. « Virilité et « ensauvagement » ». *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, 27 (2008) [en ligne] URL : <http://clio.revues.org/index7392.html>. (consulté le 21 mars 2015)
- HÉMARDINQUER, Jean-Jacques. *Pour une histoire de l'alimentation*. Paris, Armand Colin, 1970, 315 p.
- HEULLANT-DONAT, Isabelle et Julie CLAUSTRE, Élisabeth LUSSET. *Enfermements, Le cloître et la prison (VIe-XVIIIe siècle)*. Paris, Publication de la Sorbonne, 2010, 379 p.
- HICKEY Daniel. *Local Hospitals in Ancien Régime France Rationalization, Resistance, Renewal, 1530-1789*. Montréal, McGill-Queen's University Press, 1997, 275 p.
- HICKEY, Daniel. « Les mécanismes de la stratégie sociale. Bienfaiteurs et administrateurs des hôpitaux locaux en France aux XVII^e et XVIII^e siècles », dans Jean Pierre GUTTON, *Les administrateurs d'hôpitaux dans la France de l'ancien régime: actes des tables rondes des 12 décembre 1997 et 20 mars 1998, Université Lumière Lyon 2*. Lyon, PUL, 1999, p. 19-41.
- HICKEY, Daniel. « Bâtir un hôpital au Nouveau Monde : Sœur Marie Morin et sa vision de l'Hôtel-Dieu de Montréal » dans Georges Viard (dir.) *Soins des corps, soins des âmes, Médecine et assistance en France et en Nouvelle-France au XVII^e siècle*. Langres, Société archéologique de Langres, 2010, p. 151-160.
- HOWES, David. « Charting the Sensorial Revolution ». *The Senses and Society*. 1, 1 (2006) p. 113-128 [en ligne] URL : <http://genrehistoire.revues.org/index997.html>. (consulté le 04 novembre 2010)
- HUBERT, Ollivier. « Féminin/masculin : l'histoire du genre ». *Revue d'Histoire de l'Amérique française*, 57, 4 (2004) p. 473-479.
- IMBERT, Jean. *Le droit hospitalier de la révolution et de l'empire*. Paris, Sirey, 1954, 455 p.
- INGLIS, David et Mary HOLMES. « Toiletry time: Defecation, temporal strategies and the dilemmas of modernity » dans *The Body, Critical Concepts in Sociology*. The Aberdeen Body Group (ed.), vol. III, London and New-York, Routledge, 2004, p. 341-363.

- JAHAN, Sébastien. *Les renaissances du corps en Occident (1450-1650)*. Paris, Belin, 2004, 318 p.
- JAMET, Catherine. « Les confréries de dévotion dans le diocèse de Rennes (XVII^e-XVIII^e siècle). Piété et spiritualité : de l'idéal au quotidien ». *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 87, 3 (1980) p. 481-491.
- KERN Paster, Gail. *The Body Embarrassed : Drama and the Disciplines of Shame in Early Modern England*. Ithaca N.Y, Cornell University, 1993, 287 p.
- KLEIN, Alexandre et Séverine PARAYRE, (dir.). *Histoire de la santé (XVIII^e-XX^e siècles). Nouvelles recherches francophones*. Québec, PUL, à paraître 2015.
- KNIBIEHLER, Yvonne (dir.). *Cornette et blouses blanches. Les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Paris, Hachette, 1984, 366p.
- KNIBIEHLER, Yvonne, Catherine FOUQUET. *L'histoire des mères, du Moyen-Âge à nos jours*. Paris, Montalba, 1980, 365 p.
- LABEY, Pauline. « L'histoire du malade. Croisement de deux anthropologies ». *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 7 (2010)
[en ligne], URL : <http://acrh.revues.org/index1985.html>. (consulté le 06 juillet 2010)
- LAFORCE, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, collection Edmond-de-Nevers, 1985, 237 p.
- LAGET, Pierre-Louis, Claude LAROCHE et Georges BEISSON (et al.). *L'Hôpital en France, histoire et architecture*. Lyon, Éditions Lieux dits, 2012, 592 p.
- LAHAISE, Robert. *Les édifices conventuels du Vieux Montréal: aspects ethno-historiques*. Québec, Hurtubise HMH, 1980, 597 p.
- LANÇON, Bertrand et Marie-Hélène DELAVALD-ROUX. *Anthropologie, mythologies et histoire de la chevelure et de la pilosité : le sens du poil*. Paris, l'Harmattan, 2011, 353 p.
- LANDRY, Yves. *Orphelines en France, pionnières au Canada : les Filles du Roi au XVII^e siècle*. Montréal, Bibliothèque québécoise, 2013, 276 p.
- LAPERRIÈRE, Guy. *Histoire des communautés religieuses au Québec*. Montréal, vlb éditeur, 329 p.
- LARIN, Robert. *Brève histoire du peuplement européen en Nouvelle-France*. Sillery, Septentrion, 2000, 226 p.
- LE GOFF, Jacques et Pierre NORA (dir.). *Faire de l'histoire*. Paris, Gallimard, 1974, 253p.

- LE GOFF, Jacques Nicolas TRUONG. *Une histoire du corps au Moyen Âge*. Éditions Liana Levi, Mayenne, 2003, 240 p.
- LEBIGRE, Arlette. *Les Grands Jours d'Auvergne. Désordres et répression au XVII^e siècle*. Paris, Hachette, 1976, 198 p.
- LEBRUN, François. *Les hommes et la mort en Anjou aux 17^e et 18^e siècles: essai de démographie et de psychologie historiques*. Paris, Mouton, 1971, 562 p.
- LEBRUN, François. *Se soigner autrefois, Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Paris, Seuil, 1995, 205 p.
- LECLERCQ, Jean. « Le cloître est-il une prison? ». *Revue d'ascétique et de mystique*, 47 (1971) p. 407-420.
- LEGEAIS, Benoîte. *La pudeur dans le discours éducatif de la fin du XVII^e siècle français*, Mémoire de maîtrise (histoire) Université de Montréal, 2006, 185 p.
- LERNER, Gerda. « New Approaches to the Study of Women in American History ». *Journal of Social History*, 4, 4 (1969) p. 333-356.
- LESSARD, Renald. *Pratique et praticiens en contexte colonial : Le corps médical canadien aux 17^e et 18^e siècles*. thèse de doctorat (histoire), Université Laval, 1994, 795 p.
- LESSARD, Renald. « De France à Nouvelle-France : la pratique médicale canadienne aux XVII^e et XVIII^e siècles ». *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 95, 4 (1988) p. 421-433.
- LESSARD, Renald. *Se soigner au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Musée canadien des Civilisations, Hull, Québec, 1989, 160 p.
- LESSELIER, Claudie. *Les femmes et la prison (1815-1939)*. thèse de doctorat (histoire) Université Paris 8, 1982.
- LINTON, Marisa. « Virtue Rewarded? Women and the Politics of Virtue in 18th-century France. Part I ». *History of European Ideas*, 25 (2000), p. 35-49.
- LITTLE, Ann M. « Cloistered Bodies: Convents in the Anglo-American Imagination in the British Conquest of Canada ». *Eighteenth-Century Studies*, 39, 2 (2006), p. 187-200 [en ligne] URL : <http://www.jstor.org/stable/30053435>. (consulté le 12 mars 2013)
- LUNEL, Alexandre. *La maison médicale du roi : XVI^e-XVIII^e siècles, le pouvoir royal et les professions de santé, médecins, chirurgiens, apothicaires*. Seyssel, Champ Vallon, 2008, 442 p.

- LUX-STERRITT, Laurence. « Les religieuses en mouvement. Ursulines françaises et Dames anglaises à l'aube du XVII^e siècle ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52, 4 (2005), p. 7-23.
- LUX-STERRITT, Laurence. « Mary Ward et sa Compagnie de Jésus au féminin dans l'Angleterre de la Contre-Réforme ». *Revue de l'histoire des religions*, 3 (2008) p. 393-414.
- MANDRESSI, Rafael. « Le corps et l'histoire. De l'oubli aux représentations », dans Dominique MEMMI, Dominique GUILLO et Olivier MARTIN (dir.), *La tentation du corps, corporéité et sciences sociales*. Éditions EHESS, Paris, 2009, 273 p.
- MANDRESSI, Rafaël. *Le regard de l'anatomiste, dissection et invention du corps en Occident*. Paris, Seuil, 2003, 339 p.
- MARDON, Aurelia. « Intimité », dans Bernard Andrieu (dir.), *Le Dictionnaire du Corps en sciences humaines et sociales*. Paris, CNRS Édition, 2006, p. 271-272.
- MATTHEWS-GRIECO, Sara F. « Corps et sexualité dans l'Europe d'Ancien Régime », dans Georges Vigarello (dir.), *Histoire du Corps, T.1, De la Renaissance aux Lumières*. Paris, Seuil, 2005, 167-234 p.
- MAUSS, Marcel. « Les techniques du corps ». *Journal de Psychologie*, 32, 3-4-5 (1936) [en ligne] URL : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/techniques_corps.pdf. (consulté le 12 mars 2015)
- MECHTLICH, Albert. « L'éloquence du corps – Conversation et sémiotique corporelle au siècle classique ». *Germanische Romanische monatsschrift*, 39, 2 (1989) p.156-179.
- MESSIER, Omer Denis et Christine Veilleux. « 350 ans de soins hospitaliers : l'Hôtel-Dieu de Québec ». *Cap-aux-Diamants : la revue d'histoire du Québec*, 4, 4 (1989), p. 37-40.
- MOLLAT, Michel. « La notion de pauvreté au Moyen Âge : position de problèmes ». *Revue d'histoire de l'Église de France*, 52, 149 (1966) p. 5-23.
- MOLLAT, Michel. *Les pauvres au Moyen Âge : étude sociale*. Paris, Hachette, 1978.
- MORRISEY, Francis G. « La situation juridique de l'Église catholique au Bas-Canada de 1791 à 1840 ». *Sessions d'étude – Société canadienne d'histoire de l'Église catholique*, 39 (1972) p. 65-89.
- MOUSNIER, Roland. *Les institutions de la France sous la monarchie absolue*, t.2. Paris, PUF, 1980, 670 p.

- MUCHEMBLED, Robert. *L'invention de l'homme moderne : sensibilités, mœurs et comportements collectifs sous l'Ancien Régime*. Paris, Fayard, 1988, 513 p.
- MURPHY, Gwénaél. « Hygiène et soins du corps dans les couvents de femmes du Poitou au XVIII^e siècle ». *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, 110, 3 (2003) p. 77-86.
- NADEAU, Gabriel. « Bonamour, Jean de », dans *Dictionnaire biographique du Canada*. vol. 1, Université Laval/University of Toronto. 2003 [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/bonamour_jean_de_1F.html. (consulté le 4 avril 2015)
- NAGY, Piroska. *Le don des larmes au Moyen Âge: un instrument spirituel en quête d'institution, Ve-XIIIe siècle*. Paris, Albin Michel, 2000, 444 p.
- NOIRIEL, Gérard. « La naissance du métier d'historien ». *Genèse*, 1 (1990) p. 58-95.
- NUMBERS, Ronald (dir). *Medicine in the New World : New Spain, New France, and New England*. Knoxville, University of Tennessee Press, 1987, 175 p.
- ODON-HUREL, Daniel. « La prison et la charité : les enjeux contradictoires de l'enfermement pour faute grave dans l'ordre de Saint-Benoît à l'époque moderne », dans Isabelle Heullant-Donat, Julie Claustre et Élisabeth Luset (dir), *Enfermements, le cloître et la prison (VI^e-XVIII^e siècles)*. Paris, Publications de la Sorbonne, 2010, p. 119-135
- PAILLARD, Bernard. « Petit historique de la contagion ». *Communications*, 66 (1998) p. 9-19.
- PARAVICINI BAGLIANI, Agostino. « Démembrement et intégrité du corps au XIII^e siècle ». *Terrain*, 18 (1992), [en ligne] URL : <http://terrain.revues.org/3028>. (consulté le 21 décembre 2013)
- PARAVICINI BAGLIANI, Agostino. « L'Église médiévale et la renaissance de l'anatomie ». *Revue médicale de la Suisse romande*, 109 (1989), p. 89.
- PARAVICINI BAGLIANI, Agostino. *Le corps du pape*. Paris, Seuil, 1997, 391 p.
- PARDAILHÉ-GALABRUN, Annik. *La naissance de l'intime, 3000 foyers parisiens, XVII^e-XVIII^e siècles*. Paris, PUF, 1988, 523 p.
- PELLEGRIN, Nicole. « La Clôture en voyage (fin XVI^e-début XVIII^e siècle) ». *CLIO. Histoire, femmes et sociétés*, 28 (2008) [en ligne] URL : <http://clio.revues.org/index7942.html>. (consulté le 14 février 2015)
- PERROT, Michelle. *Les femmes ou les silences de l'histoire*. Paris, Flammarion, 1998, 493 p.

- PERROT, Michelle. *Mon histoire des femmes*. Paris, Seuil, 2006, 245 p.
- PERROT, Philippe, *Le travail des apparences. Ou les transformations du corps féminin, XVIII^e – XIX^e siècle*. Paris, Seuil, 1984, 284 p.
- PERROY, Édouard. *L'Hôtel-Dieu de Montbrison aux XIII^e et XIV^e siècles : essai d'interprétation économique*, *Bulletin de la Diana*. 26 (1937), p. 103-137
- PHAN, Marie-Claude. « Les déclarations de grossesse en France (XVI^e-XVIII^e siècles) : essai institutionnel ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 22, 1 (1975) p. 61-88.
- PRETELLI, Richard L. « The Regulation or French Midwifery during the *Ancien Régime* », ». *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 26, 3 (1971), p. 276-292.
- PRIOR, Lindsay. «The Architecture of the Hospital : A Study of Spatial Organization and Medical Knowledge». *The British Journal of Sociology*, 39, 1 (1988), p. 86-113.
- RANUM, Orest. « Les usages de la civilité » dans Philippe Ariès, Georges Duby (dir), *Histoire de la vie privée*, T.3. Paris, Seuil, p. 211-265.
- RAPLEY, Élisabeth. *Les dévotes, les femmes et l'Église en France au XVIII^e siècle*. Montréal, Bellarmin, 1995, 342 p.
- REGINA, Christophe. « Brimer les corps, contraindre les âmes : l'institution du Refuge au XVIII^e siècle, l'exemple d'Aix-en-Provence, 1700-1787 ». *Genre & Histoire*, 1 (2007) [en ligne] URL : <http://genrehistoire.revues.org/index97.html>. (consulté le 5 novembre 2010)
- REVEL, Jacques. « Masculin/Féminin : sur l'usage historiographique des rôles sexuels », dans Michelle Perrot (dir.) *Une histoire des femmes est-elle possible ?* Marseille, Rivages, 1984,
- REVEL, Jacques. *Histoire de la vie privée, de la Renaissance aux Lumières* T.3, Philippe Ariès et Georges Duby (dir), Paris, Seuil, 1985, p. 169-209.
- RHÉAULT, Marcel. *La médecine en Nouvelle-France, les chirurgiens de Montréal, 1642-1760*. Sillery, Septentrion, 2004, 334 p.
- RIDEAU, Gaël. « Vie régulière et ouverture au monde aux XVII^e et XVIII^e siècles : la Visitation Sainte-Marie d'Orléans ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52, 4 (2005), p. 24-49.
- RIPA, Yannick. *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au XIX^e siècle*. Paris, Aubier, 1986

- ROSCIONI, Lisa. « Soins et/ou enfermement ? Hôpitaux et folie sous l'Ancien Régime ». *Genèses* 82, 1 (2011), p. 31-51 [en ligne] URL : www.cairn.info/revue-geneses-2011-1-page-31.htm. (consulté le 15 mars 2015)
- ROSSIAUD, Jacques. « Prostitution, jeunesse et société au XV^e siècle ». *Annales ESC*, 2 (1976), p. 289-325.
- ROSSIAUD, Jacques. *La Prostitution médiévale*. Paris, Flammarion, 1988, 286 p.
- ROUSSEAU, François. « Hôpital et société en Nouvelle-France : L'Hôtel-Dieu de Québec à la fin du XVII^e siècle ». *Revue d'Histoire de l'Amérique française*, 31, 1 (1977), p. 29-47.
- ROUSSEAU, François. *La croix et le scalpel, Histoire des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec, (1639-1989)*. Tome 1 : 1638-1892, Sillery, Septentrion, 1989, 454 p.
- ROUSSEAU, Jacques. « Michel Sarrazin », dans *Dictionnaire biographique du Canada*. vol. 2, Université Laval/University of Toronto, 2003 [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/sarrazin_michel_2F.html. (consulté le 4 avril 2015)
- SAGE-PRANCHÈRE, Nathalie. « Étude comparée de deux projets de cours d'accouchement à la fin du XVIII^e siècle ». *Histoire, Économie et Société*, 28, 2 (2009) p. 37-58
- SASSIER, Philippe. *Du bon usage des pauvres : histoire d'un thème politique (XVI^e-XX^e siècle)*. Paris, Fayard, 1990, 450 p.
- SCHIEBINGER, Londa. « Feminist History of Colonial Science ». *Hypatia*, 19, 1 (2004) p. 233-254.
- SCHULTE VAN KESSEL, Elisja. « Vierges et mères entre Ciel et Terre, Les chrétiennes des premiers temps modernes », dans Natalie Zemon-Davis et Arlette Farge (dir.), *Histoire des femmes en Occident, XVI^e-XVIII^e siècle*. tome III, Paris, Seuil, 1991, 2002 (1^{re} édition 1991) p. 169-211.
- SCOTT, Joan W. « Gender, a Useful Category of Historical Analysis ». *American Historical Review*, 91, 5 (1986) p. 1053-1075
- SCOTT, Joan W. *De l'utilité du genre*. Fayard, 2012, 219 p.
- SCOTT, Joan W. Éléni Varikas, « Genre : une catégorie utile d'analyse historique ». *Cahiers du GRIF*, 37-38 (1988), *Le genre de l'histoire*, p. 125-153.
- SOURNIA, Jean-Charles. « Les religieuses dispensatrices de médicaments en ville et à l'hôpital ». *Revue d'histoire de la pharmacie*, 306 (1995) p. 83-89.

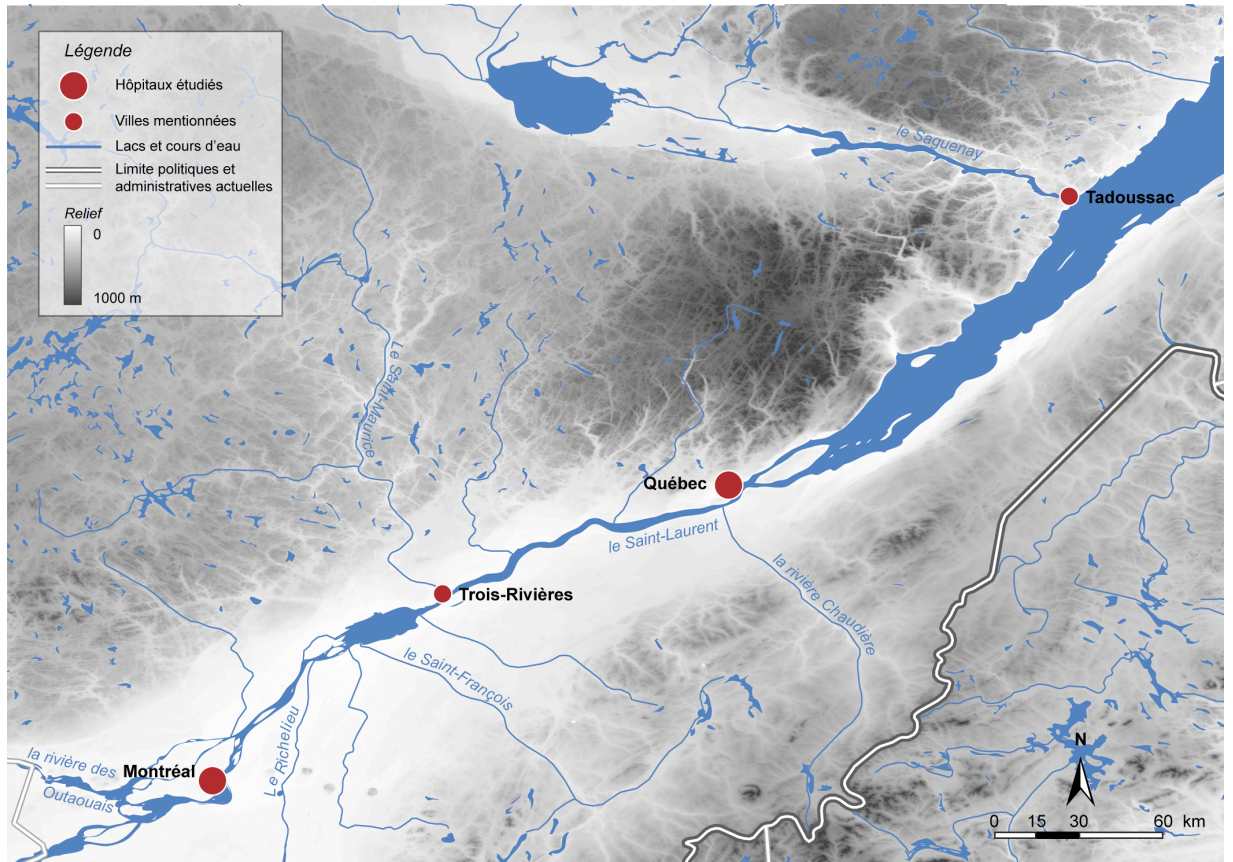
- THÉBAUD, Françoise. *Donner la vie. Histoire de la maternité en France entre les deux guerres*. thèse de doctorat (histoire) Université Paris 8, 1982, 563 p.
- THÉBAUD, Françoise. *Écrire l'histoire des femmes*. ENS édition, Lyon, 2001, 227 p.
- THÉBAUD, Françoise. *Quand nos grands-mères donnaient la vie. La Maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. Presses universitaires de Lyon, Lyon, 1986, 315 p.
- THOMAS, Jérôme. *Corps violent corps soumis, le policement des mœurs à la fin du Moyen Âge*. Paris, l'Harmattan, 2003, 214 p.
- THORPE, F. J. « Catalogne, Gédéon », dans *Dictionnaire biographique du Canada* vol.2. Université Laval/University of Toronto, 2003, [en ligne] URL : http://www.biographi.ca/fr/bio/catalogne_gedeon_2F.html. (consulté le 8 mars 2015)
- TOUATI, François-Olivier. *Maladie et société et Moyen Âge : la lèpre, les lépreux et les léproseries dans le province de Sens*. Bruxelles, De Bœck, 1998, 866 p.
- TOURNAY, Virginie. « Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative ». *Politix*, 1, 77 (2007) p. 173-199.
- TUCAT, Danielle. *Les Sages-Femmes à Paris, 1871-1914*. thèse de doctorat (histoire) Université Paris 8, 1983, 248 p.
- TURCOT, Laurent. « L'émergence d'un espace plurifonctionnel : les boulevards parisiens au XVIII^e siècle ». *Histoire urbaine*, 12, 1 (2005) p. 80-115.
- VANASSE, Claudie. *Les saintes cruautés. La mortification corporelle dans le catholicisme français moderne (XVI^e-XVII^e siècle)*, thèse de doctorat (histoire) Université Clermont 2 / Université de Montréal, avril 2005, 502 p.
- VENARD, Marc. « Les formes de piété des Confréries dévotes de Rouen à l'époque moderne » dans *Histoire, économie et société, Prières et charité sous l'Ancien Régime*, 3, 1991, p. 283-297.
- VERDIER, Yvonne. *Façon de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris, Gallimard, 1979, 376 p.
- VIGARELLO, Georges (dir.). *Histoire du Corps, T1, De la Renaissance aux Lumières*. Paris, Seuil, 2005, 573 p.
- VIGARELLO, Georges. *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Paris, Seuil (1993) 1999, 390 p.
- VIGARELLO, Georges. *Histoire du viol: XVI^e-XX^e siècle*. Paris, Seuil, 1998, 357 p.

- VIGARELLO, Georges. *Le Corps redressé : histoire d'un pouvoir pédagogique*. Paris, Éditions Armand Colin, (1978) 2004, 237 p.
- VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale l'hygiène du corps depuis le Moyen Age*. Paris, Seuil, 1985, 284 p.
- VIOLETTE, Brigitte. « Guérir le corps et sauver l'âme : les religieuses hospitalières et les premiers hôpitaux catholiques au Québec. », dans Christina BATES, Dianne DODD, Nicole ROUSSEAU (dir.), *Sans frontières, Quatre siècles de soins infirmiers*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2005, p. 57-71
- VOVELLE, Michel. *La mort et l'Occident: de 1300 à nos jours*. Paris, Gallimard, 1983, 793 p.
- VOVELLE, Michel. *Mourir autrefois; attitudes collectives devant la mort aux XVII^e et XVIII^e siècles*. Paris, Gallimard, 1974, 250 p.
- WEBER, Alexandra. « Modélisation de l'espace hospitalier au XVII^e siècle à travers l'exemple bourguignon », dans Georges Viard (dir) *Soins des corps, soins des âmes, Médecine et assistance en France et en Nouvelle-France au XVII^e siècle*. Langres, Société archéologique de Langres, 2010, p. 111-129.
- WHITEHAND, Jeremy. « Urban Fringe Belt: Development of an Idea ». *Planning Perspectives*, 3, 1 (1988) p. 47-58.
- ZARRI, Gabriella. « La clôture des religieuses et les rapports de genre dans les couvents italiens (fin XVI^e- début XVII^e siècles) ». *CLIO, Clôture*, 26 (2007) p. 37-59.

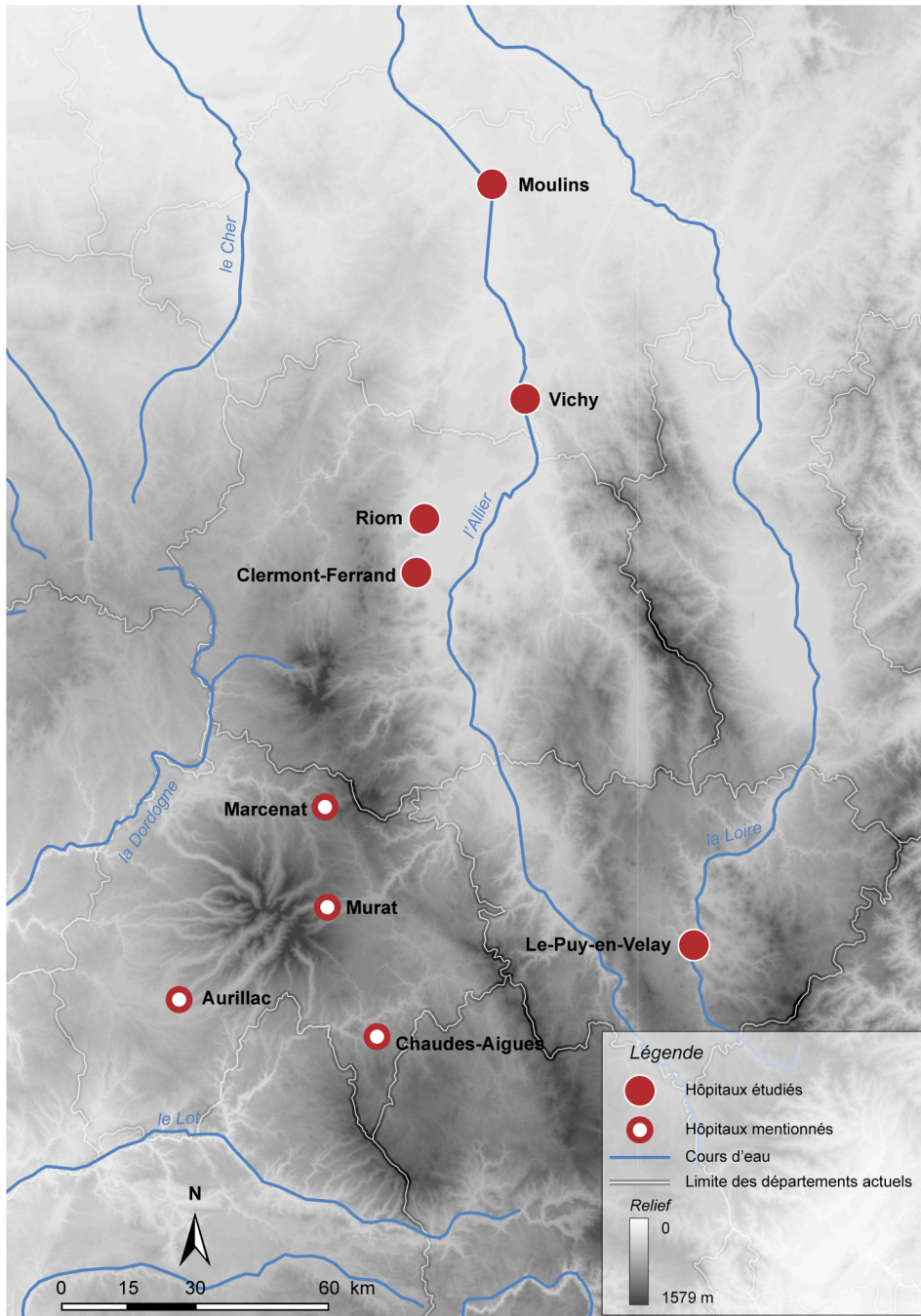
Annexe 1 : Situation géographique des principales villes étudiées



Annexe 2 : Situation des villes de Nouvelle-France



Annexe 3 : Situation des villes d'Auvergne



Annexe 4 : Règlement de la journée des pauvres de l'Hospital Général de la ville de Moulins, 6 janvier 1776.

Nous soussignés Directeurs dudit hôpital assemblé au Bureau de la direction en la manière accoutumée a considéré que dans son établissement la vraie [mission] a été de subvenir à la nécessité des indigents de cette ville. [Il faut] rompre chaque jour le pain matériel de leur rompre aussi le spirituel qui se la parole de Dieu. Nous avons crü [sic] pour la rendre plus fructueuse et pour le bon ordre de cette maison qu'il était à propos de leur prescrire quelque exercices pendant le jour qui passent les tenir recueillis et unis à dieu dans leur travail, et que nous avons fait de la manière suivante :

Pendant les mois d'avril, mais, juin, juillet aoust [sic] et septembre :

- 1 — On se lèvera à cinq heures à l'exception des malades, les infirmes, avec modestie
- 2 — À cinq heures et demie, on fera la prière commune en chaque salle, ou toutes les personnes se trouveront
- 3 — Après la prière on balayera les sales, et on fera les lits jusqu'a sept heures précises
- 4 — À sept heures, la messe de la communauté ou tous les pauvres de la maison qui seront valides assisteront sans aucune exception
- 5 — à sept heures trois quarts le déjeuner jusqu'a huit heures seulement
- 6 — à huit heures les leçons jusqu'à neuf heures, ou neuf heures et demie, si il est nécessaire, pendant lesquels temps ceux qui ne diront pas travailleront à leurs ouvrages ordinaires.
- 7 — À neuf heures jusqu'a dix le silence pendant le travail et où commencement du silence on fera une lecture spirituelle jusqu'à neuf heures un quart pour tenir l'esprit occupé de Dieu pendant tout ce temps là
- 8 — à dix heures le diner pendant lequel temps on fera aussi une lecture spirituelle dans chaque salle
- 9 — depuis le diner jusqu'à onze heures la récréation

- 10 — onze heures le travail jusqu'à une heure
- 11 — de une heure jusqu'à deux les leçons pendant lequel temps on ceux qui ne liront pas travailleront à leurs ouvrages
- 12 — à deux heures jusqu'à trois le silence et le travail comme le Matin
- 13 — à trois heures jusqu'à la demie vêpres et le chapelet, et depuis la demie de catéchisme jusqu'à quatre heures
- 14 — a quatre heures jusqu'à cinq heures le travail
- 15 — à cinq heures le souper, et pendant ce temps et une lecture spirituelle comme le matin
- 16 — Depuis le souper jusqu'à sept heures le travail
- 17 — a sept heures la récréation jusqu'à huit heures un quart
- 18 — à huit heures un quart la prière commune et l'examen, et ensuite le coucher en sorte que tous les pauvres et gens de la maison soient couché a neuf heures sans exception.

Pendant les mois d'octobre, novembre, décembre, janvier, février et mars :

- 1 — on se lèvera à six heures excepté les malades et infirmes
- 2 — à six heures et demye la prière en commun dans chaque salle, ou tous les pauvres se trouveront
- 3 — Après la prière faite on balayera les sales, on fera les lits et une lecture spirituelle jusqu'à huit heures seulement dans les salles ou sont fait les leçons
- 4 — À huit heures précises la messe de Communauté ou tous les pauvres satisferont sans exception que des malades et infirmes, et ensuite le déjeuner
- 5 — À neuf heures les leçons, le filement [sic], et pendant ce temps le travail avec une autre lecture spirituelle d'un quart d'heure pour les salles qui n'ont pas de leçons
- 6 — À dix heures, le diner, et pendant ce temps une lecture spirituelle dans toutes les salles
- 7 — Depuis le diner jusqu'à onze heures la récréation
- 8 — À onze heures le travail jusqu'à une heure
- 9 — À une heure jusqu'à deux les leçons, et le travail pour ceux qui ne liront point
- 10 — Depuis deux heures jusqu'à trois le silence et le travail comme le matin
- 11 — À trois heures jusqu'à Vêpres et le Chapelet
- 12 — À trois heures la demie jusqu'à quatre heures, on fera le catéchisme

13 — À quatre heures le souper, et pendant ce temps une lecture spirituelle

14 — Depuis le souper jusqu'à cinq heures et de demie la récréation

15 — À cinq heures et demie la prière commune, l'examen et ensuite le souper en telle sorte qu'à six heures tous seront couchés ainsi que dans l'été

16 — Les sœurs de l'hôpital veilleront au soin des pauvres en droit, selon le présent règlement exécuté régulièrement pour la gloire de dieu et le salut des Pauvres

17 — Elles donneront aussi a Mrs les Directeurs de semaine ce qui y avons convenu afin qu'ils pourvoient sur le champ soit par châtiment ou au serment suivant l'exigence des cas

18 — Le présent règlement sera lui affiché dans toutes les salles

Fait la délibération du Bureau de la direction par notre directeur soussigné le lundi sixième janvier de l'an mil sept cent seize.

AD03/4H-DEPOT 9 : Extrait du *Registre de délibération de l'Hôpital Général de Moulins*,
1707-1722, p. 35-36.

Annexe 5 : Sur le conflit qui oppose les administrations de l'Hôpital Général et de l'Hôtel-Dieu de Paris au sujet des pauvres malades de l'Hôpital Général, mai 1754.

Depuis longtemps on se plaint que l'Hôtel-Dieu est trop petit et trop serré pour la multitude des malades qui y affluent de toutes part.

On ne gémit pas moins de voir transporter tous les jours de la Salpêtrière et de Bicêtre à l'Hôtel-Dieu des malades de toute espèce au risque de leur vie et au grand danger de tous ceux qui se rencontrent sur leur route. Transport d'ailleurs très difficile et très coûteux soit qu'on le fasse à bras, soit qu'on le fasse en carriole.

Il y a un moyen facile d'obvier à ces deux grands inconvénients

L'Hôtel-Dieu possède dans Paris une maison grande et vaste dont on ne fait aucun usage depuis longues années. C'est la Sancté [sic], Maison qui est à portée de deux grands hôpitaux La Salpêtrière et Bicêtre.

L'Hôtel-Dieu peut céder cette Maison à l'hôpital Général pour en faire sa maladrerie.

Par ce moyen, l'Hôtel-Dieu sera chargé du grand nombre de malades qui lui causent le plein embarras et lui est le plus à charge.

L'Hôtel-Dieu ainsi déchargé sera suffisamment grand pour tous les autres malades, il ne sera plus nécessaire de penser à en augmenter les bâtiments encore moins faudra-t-il le transporter ailleurs. 1er avantage.

Le 2e avantage c'est que les malades des hôpitaux ne seront plus exposés à demeurer à l'injure de voir pendant des heures entières, à verser sur le chemin ou à être blessé, sois en montant, soit en descendant des voitures, ou à s'échapper comme ils font, ce qui est encore

plus funeste pour la famille et pour le public.

Outre cela il n'y aura plus de mésintelligence entre les deux administrations, plus de plainte et de murmure réciproque, les malades traités par les sœurs gouvernantes de l'hôpital seront pour être mieux soigné et plus heureusement gardé. D'ailleurs l'hôpital épargnera les frais de voiture et la fatigue des voyages perpétuels. Du moins on n'aura pas le désagrément de voir revenir des malades sans être guéris, on ne sera pas forcé de faire repartir sur-le-champ des moribonds qui quelquefois en prirent en chemin.

La dépense ne sera point trop en cause à l'hôpital. Le médecin de la Salpetriere et de Bicetre visitera aisément la santé au pis aller un aspirant le soulagera.

Un seul chirurgien major aux deux chirurgiens avec der gagnants maitrise suffira pour ces malades.

Deux prêtres tirés, un de la Salpetriere, l'autre de Bicetre administreront les sacrements et diront la messe.

On tirera de la Salpetriere une sœur gouvernante pour être en chef et deux autres pour l'aider avec des filles de services tant qu'il en sera nécessaire tant qu'il en sera nécessaire.

Bicetre fournira de même des garçons de services tant qu'on en aura le soin.

Scipion fera la fourniture des vivres

Les revenus et biens attachés à la Santé y seront une bonne partie

Dans ces arrangements personne ne perd et le public gagnera beaucoup

2. Addition au mémoire pour les administrateurs de l'Hôtel-Dieu; Contre les administrateurs de l'Hôpital Général

Les Administrateurs de l'Hôpital Général présentent un nouveau système qui exige une nouvelle réponse.

Ils disent : L'état horrible où sont réduits les gens détenus de force à l'Hôpital Général, quand ils sont malades de maladie formée, exige qu'on vienne à leur secours : puisqu'on leur conserve la vie, il faut qu'on leur donne dans leurs maladies les secours nécessaires pour leur guérison, l'humanité le veut; il s'agit de trouver le moyen d'y parvenir.

On ne peut les laisser à l'Hôpital Général, il n'y a point d'infirmierie pour les traiter, & il n'est pas possible d'y en construire.

Premièrement, parce que les Administrateurs n'ont pas le droit : l'Hôpital n'étant créé que pour recevoir les pauvres valides, ce serait de leur part excéder l'objet de la création de l'établissement dont ils sont les Administrateurs, & aller au-delà de leur mission que d'établir des Infirmeries pour traiter les malades.

Secondement, parce que dans l'ordre de la politique le mélange des malades avec les gens en santé est une chose pernicieuse : on ne doit point garder des malades dans un Hôpital destiné à recevoir les gens en santé.

Les gens détenus de force dans l'Hôpital Général ne peuvent donc y rester en cas de maladies pour y être traités & médicamentés ni dans le moment actuel ni à l'avenir.

Les inconvénients exposés par les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu, qui sont résultats de l'admission des gens de force dans leur maison & qui sont encore à joindre par la suite, peuvent sans doute déterminer les Magistrats à affranchir la maison matrice de l'Hôtel-Dieu de l'obligation de les y recevoir; il faut donc former un établissement nouveau pour les placer, il n'est plus question que de décider laquelle des deux administrations doit en être chargée; tout se réunit à en charger l'Hôtel-Dieu.

Premièrement, l'administration de l'Hôtel-Dieu est dans l'habitude de veiller au traitement des malades, elle le fait avec autant de zèle que d'intelligence.

Secondement, la Manse de l'Hôtel-Dieu est destinée aux pauvres malades. Les gens de force qu'on veut envoyer à l'Hôtel-Dieu font des pauvres qui ne payent point de pension à l'Hôpital Général; ils ont droit à ce titre à la Manse destinée pour traiter les pauvres malades.

Troisièmement, il dépend de l'Hôtel-Dieu des bâtiments commodes & construits où on peut les placer; l'Hôpital Sainte Anne ou de la Santé qui est située dans les environs de toutes les maisons dépendantes de l'Hôpital Général est propre à recevoir les malades de force; on

vient d'en faire l'épreuve cette année; le nombre des malades de force s'étant trouvée assez considérable pour donner lieu de craindre une contagion, on les a transférés dans l'Hôpital sainte Anne où ils ont été reçus & traités par l'Hôtel-Dieu, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient; il est vrai que cet Hôpital a été destiné par sa fondation primitive pour servir de retraite dans le cas d'une maladie contagieuse & épidémique; mais la crainte d'un mal à venir doit céder au mal réel & présent.

Au contraire, l'administration de l'Hôpital Générale est établie pour veiller sur des pauvres valides, le traitement des malades n'est pas l'objet de ses soins.

La Manse de l'administration est destinée aux gens en santé, il n'y a rien pour les malades.

Il ne dépend de l'Hôpital aucune maison inutile où l'on pût placer les malades de force; il faudrait acquérir un terrain & y construire des bâtiments.

Ces considérations ne permettent pas d'hésiter à charger l'administration de l'Hôtel-Dieu de l'établissement nouveau qu'il paraît indispensable de former pour placer les malades de force.

Si cependant on croyoit qu'il fût possible d'en charger l'Hôpital-Général, comme la formation d'un pareil établissement exige du temps, il faut du moins ordonner par provision que les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu seront tenus de recevoir les malades de force dans l'Hôpital sainte Anne. L'état des gens de force exige un remède prompt; l'humanité élève sa voix pour eux, en attendant que l'Hôpital Général ait pu faire les dépenses nécessaires pour la formation du nouvel établissement, il faut que les malades de force soient logés & traités.

Les Administrateurs de l'Hôpital Général n'ont pas pris de conclusions sur ce provisoire, mais ils annoncent qu'ils se persuadent que le Ministère public en prendra pour eux.

Tel est le système nouveau auquel il s'agit de répondre.

Les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu ont déjà dit qu'il leur serait facile de présenter des tableaux aussi effrayants que ceux de l'Hôpital Général sur l'état où ils sont forcés de laisser les malades, parce que le peu d'étendue de bâtiments ne permet pas de les recevoir de manière plus commode, & que l'insuffisance des fonds de la caisse leur ôte les moyens de construire de nouveaux bâtiments; ils font de leur mieux relativement à leur situation, c'est tout ce qu'on peut exiger de leur part; & gémissant avec le public de ne pouvoir remédier aux maux dont ils

sont les témoins, ils se contenteront de déposer leurs peines dans le sein des Ministres & des Magistrats supérieurs.

Il y a eu de tout temps dans l'Hôpital Général des Infirmeries pour les malades, il en existe encore à présent : il y a un Médecin en Chef, des Chirurgiens qui gagnent la maîtrise par leur travail dans l'hôpital. Si les Infirmeries ne sont pas assez vastes, on peut en faire construire une nouvelle, les Administrateurs ne céderont point leur pouvoir & leur mission, & cette construction nouvelle ne sera point une chose dangereuse dans l'ordre de la politique.

Dans tous les temps les Officiers établis dans les Maisons dépendantes de l'Hôpital Général, les Prêtres préposés pour administrer les secours spirituels, les Domestiques chargés du service, & le nombre en est considérable, tous ont été traités et médicamentés en cas de maladie dans la maison de l'Hôpital Général.

Depuis que l'on y reçoit des gens de force, un grand nombre y paye des pensions, & quelquefois des pensions assez fortes : il n'y a point de maison particulière où on les transfère en cas de maladie; on convient qu'ils ne sont point dans le cas d'être conduits à l'Hôtel-Dieu; ils sont donc traités & médicamentés dans les Maisons où ils sont renfermés.

Si les Officiers, les Prêtres & les Domestiques qui résident dans les Maisons dépendantes de l'Hôpital Général, si les gens de force qui payent pension peuvent être traités & médicamentés dans la maison, sans qu'il en résulte d'inconvénient, où peut peut-être l'inconvénient d'y traiter & médicamenter les gens de force qui ne sont pas en état de payer une pension? Le *mauvais air* qu'occasionne la maladie n'est pas plus dangereux quand le malade est renfermé de force et pauvre, que quand le malade est un Officier attaché à la maison, ou qu'étant renfermé de force, il est en état de payer une pension.

Les Administrateurs de l'hôpital Général n'ont point à craindre qu'on leur reproche d'excéder leur pouvoir en construisant un nouveau bâtiment pour y placer les malades de force qui sont pauvres : on ne leur a jamais fait un crime de traiter & médicamenter dans la maison des Officiers, les Prêtres & les Domestiques : on ne leur a point reprocher de faire traiter dans la maison les malades de force qui ne sont pas en état de payer, ils ne seront pas plus dans le cas d'essuyer des reproches.

Au contraire, on ne peut & on doit dire qu'à l'instant où ils ont consenti à recevoir des gens de force dans l'Hôpital Général, soit en obéissant à des ordres supérieurs, soit en y donnant les mains volontairement, tant en santé qu'en maladie; il importe à l'État que celui

qu'il a condamné à gémir dans les liens d'une captivité perpétuelle ne puisse pas briser ses fers : le seul moyen de s'en assurer est qu'il soit renfermé, tant en santé qu'en maladie, & qu'il reçoivent les secours qui lui sont nécessaires lorsqu'il est malade dans la prison où il vit en santé.

C'est une erreur que de prétendre qu'il est contraire à l'ordre de la politique de souffrir des Malades dans un lieu destiné à recevoir des gens en santé.

Dans toutes les Maisons de Charité où l'on reçoit les Pauvres, il y a des Infirmeries pour les traiter en cas de maladie : nous en avons sous les yeux des exemples frappants. 400 pauvres sont logés dans l'Hôpital des petites maisons, il y a une Infirmerie pour cent Malades, il en est de même à l'Hôtel des Invalides.

Rien ne s'oppose donc à ce que les gens détenus de force dans l'Hôpital Général y soient traités & médicamentés; ce que l'on fait pour les Officiers, les Prêtres & les Domestiques de la maison, & pour les gens détenus de force qui sont pauvres; il n'y a pas plus d'inconvénients à l'un qu'à l'autre.

Mais au surplus, il ne s'agit pas dans le Cause de savoir si les gens détenus de force à l'Hôpital Général y seront traités & médicamentés, les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu ne concluent pas à ce que leurs Adversaires soient tenus de les garder; tout ce qu'ils demandent, c'est qu'on ne les oblige point de les recevoir. Voilà où se réduit la Cause pour eux.

On a démontré dans le premier Mémoire, que l'admission des gens de force ans l'Hôtel-Dieu est contraire à l'objet de l'institution de la Maison, & à la nature de l'établissement, qu'elle apporte un trouble réel au service des autres malades, & qu'elle compromet l'existence même de l'établissement : les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu en ont conclu qu'on ne pouvoir les astreindre à recevoir les malades de force.

Cette conséquence a paru si sensible & si évidente que les Administrateurs de l'Hôpital Général sont forcés de convenir qu'on ne doit pas exiger des Administrateurs de l'Hôtel-Dieu de recevoir les malades de force dans la maison qu'ils appellent *Matrice*. Ils disent qu'il est indispensable de former un établissement nouveau; mais ils prétendent que la charge et la dépense de cet établissement doivent retomber sur l'Hôtel-Dieu, & ils indiquent la maison de l'Hôpital Sainte Anne comme le lieu propre à former cet établissement, par rapport à sa proximité des maisons dépendantes de l'Hôpital Général.

Sur ce projet on les arrête dès le premier pas, & l'on dit : s'il est nécessaire de former un établissement nouveau, il faut s'adresser au Souverain : en le permettant, on lui demandera les secours qui seront nécessaires pour le former : l'Hôtel-Dieu qui ne le demande pas, n'a point de démarche à faire pour les obtenir; aucun motif ne peut exister pour se soumettre à la charge de la formation d'un établissement nouveau inutile pour le service des pauvres auxquels il doit des secours

On affecte de se servir de l'expression de Maison *Matrice*, en parlant de l'Hôtel-Dieu : c'est la première fois qu'elle voit le jour : l'Hôtel-Dieu ne consiste que dans une seule maison, où vivent des Religieuses qui se consacrent au service des pauvres, ils y reçoivent tous les secours que leur état exige; il n'y a point de maisons accessoires.

Il est vrai que l'Hôtel-Dieu est propriétaire des deux Hôpitaux de Saint Louis & de Sainte Anne, destinés pour servir de retraite dans le cas d'une nécessité absolue, qu'on y fait le service qui serait impraticable s'il était continuel : l'Hôtel-Dieu ne peut exister, le service ne peut s'y faire, les Administrateurs ne peuvent y veiller qu'autant qu'il n'existera qu'une seule Maison, où les Religieuses seraient réunies, & où tout se passe sous leurs yeux.

Si l'on forme un établissement nouveau, ce ne sera plus l'Hôtel-Dieu; l'administration n'y peut prendre aucune part, & ne peut être tenue de s'en charger à aucun titre.

Qu'elles font d'ailleurs les considérations qu'on présente aux Magistrats pour les déterminer à soumettre l'administration de l'Hôtel-Dieu à cette charge?

On dit d'abord que les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu ont l'expérience & l'habitude de veiller aux secours nécessaires aux malades; mais on ne peut dire, à bien plus juste titre, que les Administrateurs de l'hôpital Général ont l'expérience nécessaire pour contenir des gens de force, soit en santé, soit en maladie : c'est dans les Maisons qui en dépendent qu'on renferme les gens de force, soit en santé, soit en maladie : c'est dans les Maisons qui en dépendent qu'on renferme les gens de force; ceux qui payent pension y sont traité & médicamenté en cas

de maladie. Le médecin, les Chirurgiens, les Domestiques sont habitués à voir, à traiter, à servir des gens de force. L'administration d'une Maison où l'on ne recevrait que des gens de force, ne peut certainement être confiée qu'aux administrateurs de l'Hôpital Général.

On dit ensuite que la manse de l'Hôtel-Dieu est destinée à fournir des secours à tous les malades qui sont pauvres; mais cette proposition vague & générale n'est pas vraie.

L'administration de l'Hôtel-Dieu ne doit des secours aux pauvres malades, qu'autant qu'ils viennent les recevoir dans la Maison établie à cet effet : ceux qui ne veulent point, ou qui par quelque raison que ce soit, ne peuvent pas y être admis, n'y ont aucun droit.

Beaucoup de pauvres à Paris restent dans leur habitation, & attendent les secours de la charité : l'Hôtel-Dieu ne leur en doit point, & ne leur en donne point : ils peuvent à tout instant se présenter dans la Maison, ils y seront reçus & traités : quand ils n'y viennent pas, ils n'ont rien à demander : l'objet de l'institution est de traiter les malades dans la Maison établie à cet effet, & non de fournir des secours aux malades qui sont ailleurs.

On doit bien moins encore à ceux qui, par quelque raison que ce soit, doivent être exclus de l'Hôtel-Dieu : dès qu'il ne peuvent y être admis, ils n'ont pas droit aux secours que l'on y administre aux malades.

On est obligé de convenir que les gens de force ne peuvent pas être admis dans l'Hôtel-Dieu : leur admission dans cette Maison répugne à la nature de l'établissement, elle en compromet l'existence, on ne peut pas les recevoir; dès là l'Hôtel-Dieu ne leur doit rien; si l'on fait un établissement particulier pour eux, l'Hôtel-Dieu ne peut être tenu d'en faire la dépense.

L'établissement de l'Hôtel-Dieu n'a pu se former qu'avec la permission du Souverain, parce qu'aucun établissement ne peut exister dans l'État sans l'autorité du Prince, il a reçu de grands privilèges de nos Rois : mais tous les biens dont il jouit viennent de la piété et de la libéralité des Citoyens; les Fondateurs, en donnant leurs biens, ont voulu que des gens pauvres, mais honnêtes, trouvassent dans le Maison de l'Hôtel-Dieu les secours que leur

indigence de leur permet pas de se procurer chez eux dans leurs maladies; ce serait aller contre leur vœu, que d'en détourner les revenus pour les appliquer à former un établissement destiné à recevoir des scélérats.

On oppose enfin que la Maison de l'Hôpital Sainte Anne, dépendante de l'Hôtel-Dieu, est propre à recevoir les malades de force, que les bâtiments y sont construits; que les gens de force y seront logés surement & commodément, & sans qu'il en résulte aucun inconvénient pour l'Hôtel-Dieu; on cite pour exemple ce qui s'est passé dans le cours de cette année au mois d'avril.

On a répondu dans le Mémoire à ce projet d'établissement des malades de force dans l'Hôpital Sainte Anne.

On a dit que cet Hôpital était destiné à servir de retraite dans un cas de contagion; la destination en est sacrée, il n'est pas possible d'y porter atteinte, & d'en disposer sous prétexte de remédier à un mal présent : on nous reproche souvent de ne songer qu'au moment, & de ne pas prévoir l'avenir : c'est surtout dans cette matière qu'il est essentiel de ne pas mériter un pareil reproche.

On a dit que le service dans la Maison de l'Hôtel-Dieu serait impossible, si l'on formait un établissement perpétuel & continu dans l'Hôpital Sainte Anne à la charge de l'Hôtel-Dieu. Le nombre de Religieuses qui existent dans la Maison suffit à peine pour le service de la Maison, il faut y suppléer souvent par des femmes à gages.

Le nombre de novices diminue de jour en jour; & si le projet présenté par les Administrateurs de l'Hôpital Général était adopté, ne serait-il pas à craindre que quelques-unes des Novices, effrayées des dangers qu'elles auraient à courir lorsqu'elles seraient envoyées au service des gens de force, ne prissent le parti de se retirer, & que cet exemple ne détournât plusieurs des jeunes personnes qui désirent se consacrer au service des pauvres malades, de se présenter au Noviciat de l'Hôtel-Dieu?

Enfin on a dit que la formation d'un établissement continuel entraînerait la ruine de l'Hôtel-Dieu; c'est une vérité que n'est susceptible d'aucune contradiction; les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu ont fourni au Ministre & à M. le Procureur Général un état de leurs dépenses & de leur recette.

Les revenus suffisent à peine pour acquitter les charges. Il ne leur est pas possible de supporter la charge d'un établissement nouveau; si on les y soumettait, l'établissement anéanti avant la révolution de quelques années.

Puisque les Administrateurs de l'Hôpital Général ont parlé de l'ouverture de l'Hôpital Sainte Anne faite cette année, & qui a duré près de deux mois, pendant lesquels on y a reçu les gens de force de l'Hôpital Général, on est en droit de rendre compte aux Magistrats & au Public de ce qui s'est passé à ce sujet.

Dans la Semaine Sainte les Administrateurs de l'Hôpital Général, induits en erreur par des Officiers subalternes, firent part aux Magistrats supérieurs de leurs alarmes sur le danger d'une maladie contagieuse & épidémique, par rapport la grande quantité de malades atteints du scorbut qui étaient alors enfermés à Bicêtre; le danger fut annoncé comme très pressant, & comme pouvant s'étendre jusque dans le Ville. On indiqua en même temps l'Hôpital de Sainte Anne comme un lieu propre à servir d'asile aux malades.

Les magistrats supérieurs effrayés des dangers dont on leur présentait le tableau, invitèrent quelques-uns des Administrateurs de l'Hôtel-Dieu à se rendre chez M. le Premier Président le mardi 14 Avril dernier : on leur demanda de prêter, pour un temps court, les bâtiments de l'Hôpital Sainte Anne, à cause de l'urgence nécessitée. On les engagea à mettre en état les deux Salles qui y sont, pour recevoir les malades de force atteints du scorbut, & à faire à l'avance de toutes les dépenses de réparations, clôture, nourriture & médicaments dont le Magistrat chargé de la Police fit espérer le remboursement.

Les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu cédèrent à la nécessité des circonstances. Dès le lendemain les Ouvriers travaillèrent : cette dépense a été considérable; le lundi 27 avril, on y

reçut des malades. Il y en a eu 130 placés dans la première Salle, & 120 dans la seconde.

Par la visite que firent les Médecins & Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, il a été constaté qu'il n'y a eu dans la première Salle que 27 malades attaqués vivement du scorbut, & 44 dans la seconde.

Les autres n'avoient que des maladies ordinaires & chirurgicales, plusieurs n'étaient que des insensés, quelques-uns enfin n'avoient pas la moindre maladie.

Le service de cet Hôpital était d'une difficulté singulière.

Plusieurs de ces gens étaient attachés à leurs lits avec des chaînes aux pieds. Il falloit leur fournir tout ce qui était nécessaire pour leurs besoins.

Malgré les précautions de sûreté prises par M. de Sartine, deux de ces malheureux ont tenté l'évasion; il ne leur plus qu'une demie-heure pour se sauver et procurer aux autres la même facilité.

Enfin, les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu dans leur rapport de ce qui se passait à Sainte Anne, fait à l'Assemblée du Bureau Général, composé des Chefs de l'Administration & des Administrateurs, tenus dans la grande salle de l'Archevêché le 23 mai dernier, exposeront tous les abus qui résultaient de l'ouverture de cet Hôpital, & conclurent à ce que les malades qui y restaient fussent renvoyés à L'Hôpital-Général.

Le Magistrat de la Police demanda un délai de *15 jours*, & en effet l'Hôpital Sainte Anne a été fermé vers la fin du mois de juin.

Cette tentative n'a servi qu'à faire connaître de plus en plus qu'il n'était pas possible de former un établissement continuel & journalier dans l'Hôpital Sainte Anne & d'en charger l'Hôtel-Dieu.

Ce n'était pas la première fois que l'on avait fait un pareil essai, & que l'on y avait renoncé; il est consigné dans les Registres de l'Hôtel-Dieu qu'en l'année 1678 il fut proposé d'enfermer à Sainte Anne les femmes débauchées; mais sur la représentation des grands inconvénients qui en résultaient, le projet fut abandonné.

Le provisoire sur lequel les Administrateurs de l'Hôpital-Général insistent, sans avoir pris des conclusions, de manière qu'on n'a pas été en état d'y défendre, est absolument

inadmissible.

On a démontré que l'Hôtel-Dieu ne pouvait pas être tenu de recevoir les malades de force.

On a également démontré que la formation d'un établissement nouveau dans l'Hôpital de sainte Anne, à la charge de l'Hôtel-Dieu, était inconciliable avec la destination de cette maison, qu'elle était impossible dans l'exécution, & qu'elle entraînait la ruine de l'Hôtel-Dieu.

On ne saurait trop remettre sous les yeux des magistrats & du Public, cette dernière considération, qui malheureusement est trop vraie pour qu'on puisse craindre de la voir contredire; si l'on charge l'administration de l'Hôtel-Dieu d'une dépense nouvelle qui soit journalière & continue, les revenus ne pourront pas y suffire; il faudra que l'établissement d'une maison nécessaire à 30 mille [sic] Citoyens honnêtes et utiles à la société soit sacrifié, pour procurer un logement plus commode à des gens proscrits, condamnés à gémir dans les liens d'une captivité perpétuelle.

Les Administrateurs de l'Hôtel-Dieu ne peuvent se permettre aucune inquiétude sur le sort d'une pareille contestation. On ne peut pas leur imposer par provision, une charge dont ils ne doivent pas être tenus en définitive; leur cause est celle de l'État intéressé à la conservation de leur établissement : ils osent croire que les Magistrats applaudiront au zèle courageux avec lequel ils ont résisté à une demande qu'ils auraient voulu pouvoir admettre, mais qu'il est de leur devoir de combattre.

Monsieur JOLY DE FLEURY, Avocat Général

Me SAVIN DU MONTY, Avocat

LASNIER, Proc.

A/AP-HP/HD/Liasse 885 : Projet d'un arrangement utile et nécessaire entre l'Hôtel-Dieu de Paris et l'hospital Général, may 1754

Annexe 6 : Liste des médecins de l'hôtel-Dieu de Montréal de 1642 à 1763.

JEAN POUPPEE, présumé le premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu (1642). Son nom est rencontré au cours de notre histoire

ÉTIENNE BOUCHARD s'engagea à La Flèche au compte de la Compagnie de Notre-Dame de Montréal le 10 mai 1653, pour servir la colonie en qualité en chirurgien sous les ordres de M. de Maisonneuve. Desservant l'hôpital, il donna ses soins à Jeanne Mance en 1657.

L'abbé GABRIEL SOUART, sulpicien, arriva à Ville-Marie en 1657. Il y aurait occasionnellement exercé la médecine. Sœur Morin écrit, dans ses Annales, qu'il en avait obtenu la permission de Roma.

MICHEL GAMELIN dit Lafontaine aurait été attaché à l'Hôtel-Dieu entre 1670 et 1674.

JEAN GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de 1672 et 1680.

ANDRÉ RAPIN dit LA MUSETTE, 1679 à 1686. Durant ses années de services à l'Hôpital, il demeurait à l'encoignure des rue Saint-Jacques et Saint-Pierre.

JEAN MARTINET DE FONBLANCHE. Son contrat d'engagement, comme médecin de « L'hospital de ville-marie » est daté du 10 aout 1681. En 1713, son nom apparaît encore dans les livres de comptes de l'hôtel-Dieu.

ANTOINE FORESTIER s'oblige à servir les pauvres de l'Hôtel-Dieu conjointement avec Jean martinet de Fonblanche. Leur acte d'engagement est peut-être le plus ancien contrat passé par les Hospitalières de Montréal avec des médecins. [...] Le sieur Forestier, un des chirurgiens

les plus en vue de Montréal, était souvent requis par les autorités judiciaires pour expertises médico-légales.

N.GASTRIN ou CATRIN, porté sur la liste des médecins de l'Hôtel-Dieu vers 1690. Nous n'avons trouvé son nom nulle part, fait remarquer M. Massicote.

J-B LE RICHE dit LA SONDE figure sur la liste des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de 1694 à 1698. Il est mentionné dans le testament du sieur Sarrazin (1692)

DOMINIQUE THAUMUR DE LA SOURCE, dont le nom apparaît dans nos registres en 1707 et dans les années précédentes. Il traita son célèbre confrère de Québec, Michel Sarrazin ; celui-ci lui légua par testament, tous ses livres de chirurgie (août 1692), dont qu'il devra partager avec MM. Maublant dit Saint-Amand et Le Riche dit La Sonde. Venu à Montréal en qualité de médecin des troupes, Michel Sarrazin tomba grièvement malade et fit transporter à l'hôpital où il séjourna plusieurs semaines.

JOSEPH BENOIT. Dans nos livres de comptes, son nom figure en 1718, 1722, 1725 et 1726. Cependant, opine M.Massicotte, il semble n'avoir cessé de soigner que quelques mois avant sa mort survenue en novembre 1742. Il prenait le titre de chirurgien-major et parfois celui de « Médecin de Sa Majesté »

TIMOTHEE SYLVAIN (Timothy Sullivan) 1725 à 1730, né en Irlande. « À l'aide d'influence il décrocha un brevet de médecin (7 mars 1724) qui l'autorisait à pratiquer à Montréal sous les ordres du Sieur Sarrazin, médecin du roi à Québec »

SIMON LAFOND, soldat et chirurgien, Il commença à pratiquer à l'Hôtel-Dieu vers 1730.

PIERRE PUIBAREAU signe « maître chirurgien de l'Hôtel-Dieu » sur le contrat de mariage du chirurgien Olivier Durocher, le 16 septembre 1741. Le sieur Puibareau demeura longtemps rue Saint Joseph (saint Sulpice) donc à proximité de l'hôpital.

CHARLES JOSEPH ALEXANDRE FERDINAND DE FELTZ, 1740-1760. MM de Beauharnois et Hocquart lui rendent ce témoignage dans une lettre adressée au ministère de la Marine le 22 septembre 1740 : « C'est un bon chirurgien. La vérité est qu'il a fait à Montréal quelques opérations délicates de chirurgie avec succès ; qu'il a la confiance et l'approbation du public de celle ville même dans sa façon de traiter comme médecin les autres maladies ; c'est luy que les hospitalières de Montréal ont choisi pour avoir soin des habitants malades dans leur hôpital. Elles en sont contentes au deffaut du sieur Benoist. » Le docteur Feltz prenait le titre de chirurgien major des hôpitaux.

LOUIS-NICOLAS LANDRIAUX dit LA LANCETTE, soldat de la Compagnie du Chevalier de la Corne faisait « fonctions de chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal » avant 1748 ; cette même année, il partait pour le fort Saint-Frédéric.

PHILIPPE JEAN-JACQUES LABOISSIÈRE dit LUANDRE, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, 1757-1763.

Maria Mondoux, *L'Hôtel-Dieu, premier hôpital de Montréal*, Montréal, Joseph Charbonneau, 1942, p. 393-394.

Annexe 7 : Règlement pour les sœurs donades de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame du Puy, XVIII^e siècle.

Comme les emplois ordinaires des sœurs donades consistent en des perpétuels exercices de Charité et que la Charité demande indispensablement un ordre de celui qui comme dit le sage l'avait réglé en son épouse, elles doivent à l'exemple de toutes les communautés que nous voyons dans l'église observer un règlement qui remplisse toutes les heures de la journée puisqu'il n'y en a pas une seule de laquelle elles ne doivent rendre à dieu un compte très exact.

Primo : Elles se lèveront depuis Pâques jusques à la feste de Toussaints à cinq heures du matin, et depuis la Toussaint jusques à pâques à six heures au son de la cloche qui sera sonnée régulièrement à ces heures là par la sœur qui se trouvera de garde pour les malades depuis la nuit précédente. Les sœurs seront diligentes à se lever à ce premier coup de cloche pour être prêtes au second qui se sonnera un quart d'heure après.

2e : Au second coup de cloche elles se rendront en silence et modestie à la chapelle des salles pour y vaquer [sic] pendant une demi-heure à l'oraison mentale dont le sujet sera tiré de quelque livre qui en traite, et ce par la supérieure ou par la sœur seconde, et parce que pendant la les sœurs malades pourraient avoir besoin de quelque chose, celle qui sera de garde pourra demeurer à genoux hors du balustre pour être en liberté de les servir sans interrompre les autres; lesdites sœurs sont exhortées de s'appliquer avec toute la ferveur possible à ce saint exercice comme le plus efficace pour procurer leur perfection et pour leur inspirer les moyens de s'acquitter de leurs emplois de la journée selon la volonté de Dieu auquel seul elles doivent s'étudier à plaire

3e : à la fin de l'oraison elles se lèveront et se rendront à la salle des malades pour la balayer ce qu'elles feront en silence qui leur est recommandé sur toutes choses, évitant

particulièrement l'élévation de la voix lorsque par nécessité elles seront obligées de parler n'y ayant rien de si contraire à la modestie des personnes qui vivent dans quelque régularité que le bruit et le ton de voix impétueux, après avoir balayé la salle on sonnera le déjeuner des malades que les sœurs leur administreront suivant la qualité de leurs maladies.

4e : Ensuite elles se rendent derechef dans leurs chambres pour s'habiller au cas pourtant que la sœur qui aura été de garde le soir auparavant soit levée, ne leur étant pas permis de laisser jamais la salle sans quelqu'une d'entre elles pour le service pressant des malades et après s'être habillées elles se rendent dans ladite salle pour chacune rendre aux malades le service auquel elles sont obligées.

5e : Elles assisteront à la messe qui se dira dans leur chapelle autant qu'elles pourront plutôt qu'ailleurs à moins que pour des raisons particulières d'une dévotion raisonnable leur supérieure ne le juge autrement.

6e : Après la messe elles iront déjeuner dans le réfectoire et prendre ce que la sœur économe ou son assistante leur auront préparé ne s'y arrêtant que le temps nécessaire pour cela.

7e : Après le déjeuner elles se rendront auprès de leurs malades jusques à l'heure de leur dîner auquel elles assisteront indispensablement jusques à la fin; leur administrant soigneusement tout le nécessaire, et pour cela sera employé une demi-heure pendant laquelle elles ne se pourront occuper ailleurs, et le repas fini, la sœur supérieure dira les grâces dans lesdites salles.

8e : Immédiatement après le dîner des malades la sœur économe et son assistante se rendront dans le lieu de la communauté ou elles doivent préparer le dîner des sœurs lequel étant prêt qui sera à onze heures on les y appellera par le son de la cloche domestique, et elles seront exactes à s'y trouver y venant avec toute la modestie et le silence qui leur a été recommandé.

9e : pendant le commencement du repas la lecture sera faite par une des sœurs par tour de quelques chapitres de l'imitation de Jésus Christ, ou de quelqu'un autre livre spirituel, à

laquelle elles tâcheront de se rendre attentives pour en retenir ce qui sera propre à chacune en particulier et pour cet effet la lectrice prendra soin de lire très distinctement et posément, laquelle lecture spirituelle ne durera qu'un demi-quart d'heure afin que les sœurs soient plus attentives pouvant s'entretenir le reste du repas sans bruit, le repas fini et grâces rendues, la prière ordinaire pour les morts bienfacteurs [sic] sera faite exactement.

10e : Ensuite, toutes les sœurs iront ensemble faire leur récréation, et comme dieu bénit particulièrement tous les exercices de communauté aucune ne se dispersera de s'y trouver à moins que la supérieure ne l'ait jugé à propos, la récréation durera une heure qui sera réglée par le sablier que la sœur supérieure tiendra en mains dès le commencement.

11e : Après la récréation toutes les sœurs s'en iront ensemble à la chapelle du Saint esprit pour adorer le très saint sacrement et demander la bénédiction pour tout le reste des emplois de leur journée.

12e : Aussitôt après elles se rendront vers leurs malades pour faire leurs lits ou les nettoyer auquel employ elles seront pendant demi-heure sans qu'il leur soit permis de vaquer à autre chose à deux heures elles donneront à goûter à leurs malades avec du fruit, ou du Bouillon selon la qualité de leur maladie; cela fait, elles se retireront dans un endroit de l'une des salles pour réciter leur chapelet et assister à la lecture spirituelle qui leur sera faite l'espace d'environ demi-heure.

13e : La lecture finie, elles reviendront vers les malades ou elles seront jusques au souper qu'elles leur distribueront de la même manière qui leur a été prescrite pour le diner ou il faut observer que l'heure du diner desdits malades sera toujours à dix heures du matin comme celle du souper à cinq heures du soir.

14e : le souper des sœurs viendra ensuite à six heures du soir ou la sœur économe et sa assistante observeront pour le préparatif ce qu'a été dit ci-dessus touchant le diner des sœurs, de même pour la lecture et la récréation, et parce que l'intervalle du souper à la retraite est un peu long leur récréation finie elles pourront encore rendre une dernière visite à les [sic]

malades pour prévenir les nécessités de la nuit les recommandant soigneusement à la sœur qui doit être de garde selon leurs besoins particuliers.

15e : Les huit heures du soir étant sonnées la sœur qui sera de garde appellera les sœurs au son de la cloche à la chapelle ou s'étant rendues la prière sera faite par la sœur supérieure ou autre commise pour cela, ensuite la lecture du sujet de méditation pour le lendemain laquelle finie elles se retireront dans leurs chambres gardant alors principalement le silence ainsi qu'il s'observe dans toutes les communautés régulières ou cette heure est appelée le temps du grand silence, et à neuf heures, la sœur supérieure visitera toutes leurs chambres pour voir si elles sont couchées. Le petit règlement que dessus n'ayant été dressé que pour la distribution des heures de la journée, les sœurs doivent prendre garde qu'on ne prétend pas qu'aucun d'iceux préjudice au service des malades, et que dans les heures marquées pour les susdits exercices si la nécessité le demande toutes choses laissées elles se rendront auprès d'eux pour y être tout le temps nécessaire.

16e : Les sœurs pour éviter parmi elles tout sujet de contestation comme une chose très pernicieuse à leur esprit et à leur employ se soumettront tant pour ce qui les regarde que pour leurs malades aux ordres de la supérieure et ne recevront aucune chose, ni ne s'approprient l'usage d'aucun meuble ni ustensile que sous son agrément. Elles ne sortiront pas de la maison sans une grande nécessité et sans une campagne telle que la sœur supérieure trouvera à propos. Elles ne sortiront jamais de la maison sans permission de la sœur supérieure, laquelle ne fera rien que dans la dépendance des messieurs les maîtres auxquels les sœurs pourront s'adresser si elles ont quelque sujet de plainte contre ladite supérieure.

17e : Elles seront libres de faire le choix d'un confesseur auquel elles auront le plus de confiance et les jours qu'elles devront se confesser elles tacheront de prendre un temps pour cela le moins incommode qui se pourra au service des malades.

18e : Elles seront exactement soigneuses d'observer ponctuellement l'article du statut qui leur défend de ne rien s'approprier ni de donner aucune chose de celles qui appartiendront à la maison. Ce qui serait pour elles une faute non seulement contre l'obéissance, mais encore

contre la justice, et s'il arrive qu'il reste quelque argent aux pauvres qui mourront dans ledit hôpital elles le rendront fidèlement a messieurs les maitres ou à l'administrateur qui s'en chargera dans son compte.

19e : La supérieure sera tenue de donner avis à messieurs les maîtres lorsqu'une des sœurs aura manqué deux ou trois fois aux susdits règlements sans cause légitime, sera permis à la supérieure de donner congé auxdites sœurs donades un jour de chaque semaine pour aller prendre l'air à la promenade, ainsi qu'il a été pratiqué pourvu qu'elles y aillent ensemble, et qu'il en reste deux ou trois dans la maison pour avoir soin des malades, lesquelles pourront prendre un autre jour pour la promenade.

20e : Elles ne recevront aucun malades sans billet ou permission de messieurs les maitres.

Il est finalement défendu auxdites sœurs très expressément de faire des rapports à des personne du dedans ni du dehors de ce qu'elles auront vu ou entendu, ayant été remarqué par le passé que lesdits rapports ont causé des divisions dans la communauté.

Ces règlements seront lus tous les premiers samedis de chaque mois par la supérieure; elle aura soin de les lire posément et distinctement, et les sœurs les écouteront attentivement, chacune les regardant à son particulier comme le moyen le plus facile et le plus assuré de sa sanctification si elle y est fidèle, et hausse comme le sujet de sa condamnation à l'heure de la mort si il n'y est pas fidèle.

Enfin chacune fera une attention particulière aux infidélités qu'elle y commettra pour s'en corriger au plus tôt, et pour cela elle sera bien aise et priera messe la supérieure et les autres sœurs de l'avertir quand elle y manquera.

Règlement pour les sœurs donades de l'Hôtel-Dieu Notre-Dame du Puy (XVIIIe siècle)

AD43 - H SUP - HD Le Puy - 1 E 19 - XVIIIe siècle

Annexe 8 : « De la clôture des sœurs », concernant les Sœurs Grises de l'Hôpital Général de Montréal.

Il n'est pas ici question d'une clôture religieuse; elle ne saurait convenir aux Filles de la Charité.

Séculières par leur état, elles peuvent souvent se trouver dans le cas d'avoir des rapports extérieurs auxquels il leur serait nécessaire de se prêter.

Il sera d'ailleurs toujours consolant pour elles-mêmes, et souvent édifiant pour les peuples qu'elles aient la liberté d'assister quelquefois aux offices de la paroisse, et à certaines cérémonies d'éclats et d'édification, selon les règles qui leur seront prescrites si après.

Mais cependant, comme elles doivent faire profession d'une vie retirée, et saintement occupée aux exercices de la charité et de l'obéissance; il sera à propos, pour entretenir le recueillement et le bon ordre, qu'elles observent ce qui suit :

Elles tâcheront premièrement d'avoir dans la maison une chambre de noviciat, et secondement des lieux réguliers pour tous les exercices de la Communauté. Le tout séparé des salles et des appartements destinés pour le logement et service des pauvres, et des pensionnaires qui seront dans l'hôpital.

Il n'y aura que la supérieure, et la maîtresse des novices qui puissent entrer dans le noviciat. Les autres sœurs n'y entreront qu'avec une permission expresse qu'on n'accordera pas aisément, et jamais les séculiers n'y entreront sans une véritable nécessité.

Les séculiers ne devront pas non plus, entrer dans les lieux réguliers, destinés pour les exercices de la Communauté.

On tachera d'avoir une salle, ou parloir, pour recevoir ceux qui viendront en visite, ou pour affaires; et dans ces occasions, pour éviter la dissipation, et il n'y aura que celles qui seront expressément demandées, ou qu'on jugera nécessaires, qui devront se présenter après en avoir obtenu la permission.

Elles ne sortiront pas non plus sans permission, des appartements destinés pour les exercices de la communauté, à moins que ce ne fût pour se rendre à leurs offices, ou aux emplois dont elles seraient personnellement chargées.

Encore bien moins sortiront-elles de l'enclos de l'hôpital, si ce n'est dans les circonstances et aux conditions suivantes :

1/Aux jours de fêtes et de dimanche, et d'autres d'une dévotion particulière, la supérieure nommera celles qui devront assister à l'office de la paroisse. Elles s'y rendront toutes ensemble, marchant deux à deux avec modestie et en silence. Elles se placeront dans le banc qui leur est assigné pour cela. Aucune ne se séparera des autres, et à la fin de l'office, elles reviendront dans le même ordre qu'elles y étaient allées, sans s'arrêter nulle part.

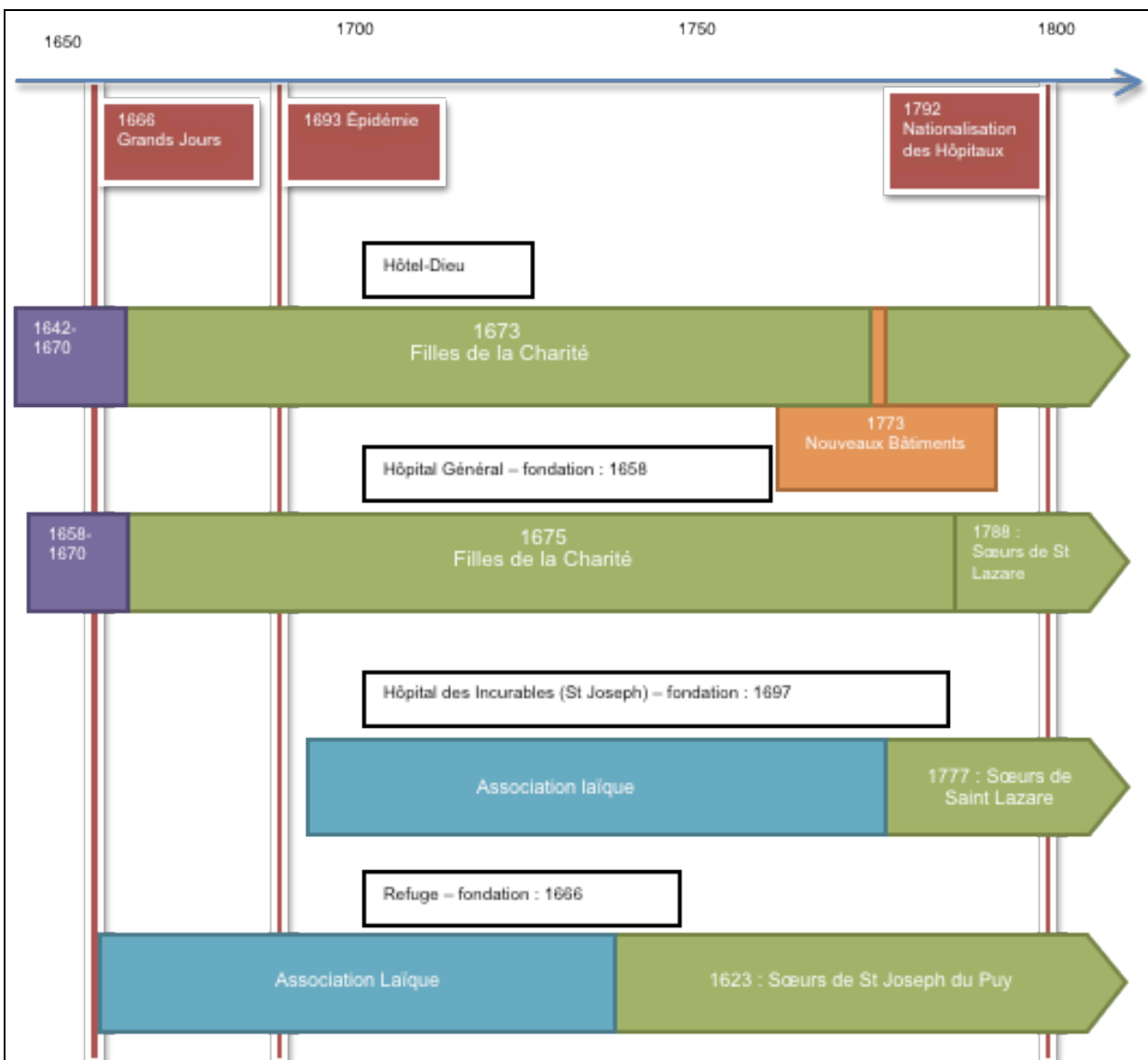
Celles qui, pendant l'office de la paroisse, seront restées dans la maison, réciteront ensemble à la tribune l'office de la très Sainte Vierge, et à leurs autres prières.

2/La supérieure pourra aussi leur permettre quelquefois, pour leur santé, d'aller plusieurs ensembles prendre l'air de la campagne, et même un repos, dans quelque une de leurs fermes; mais jamais chez des étrangers, elles n'admettront point non plus des séculiers en leur compagnie. Et elles ne se sépareront; ni surtout ne découcheront jamais sans une permission expresse du supérieur de la maison.

3/Quant aux sorties particulières, on ne les permettra jamais sans nécessité, et sans donner une compagne. Elles n'entreront que dans les maisons qui leur seront marquées; et elles n'y mangeront jamais, même chez leurs parents, à moins d'un besoin très pressant, dont elles auront soin de rendre compte à la supérieure, aussitôt en rentrant à la maison.

ASGM, Recueil de règles et constitutions à l'usage des filles séculières administratrices de l'Hôpital Général de Montréal dites sœurs de la charité recueilli sur les anciens titres et usages de la Communauté divisé en trois parties, à Montréal, 1781.

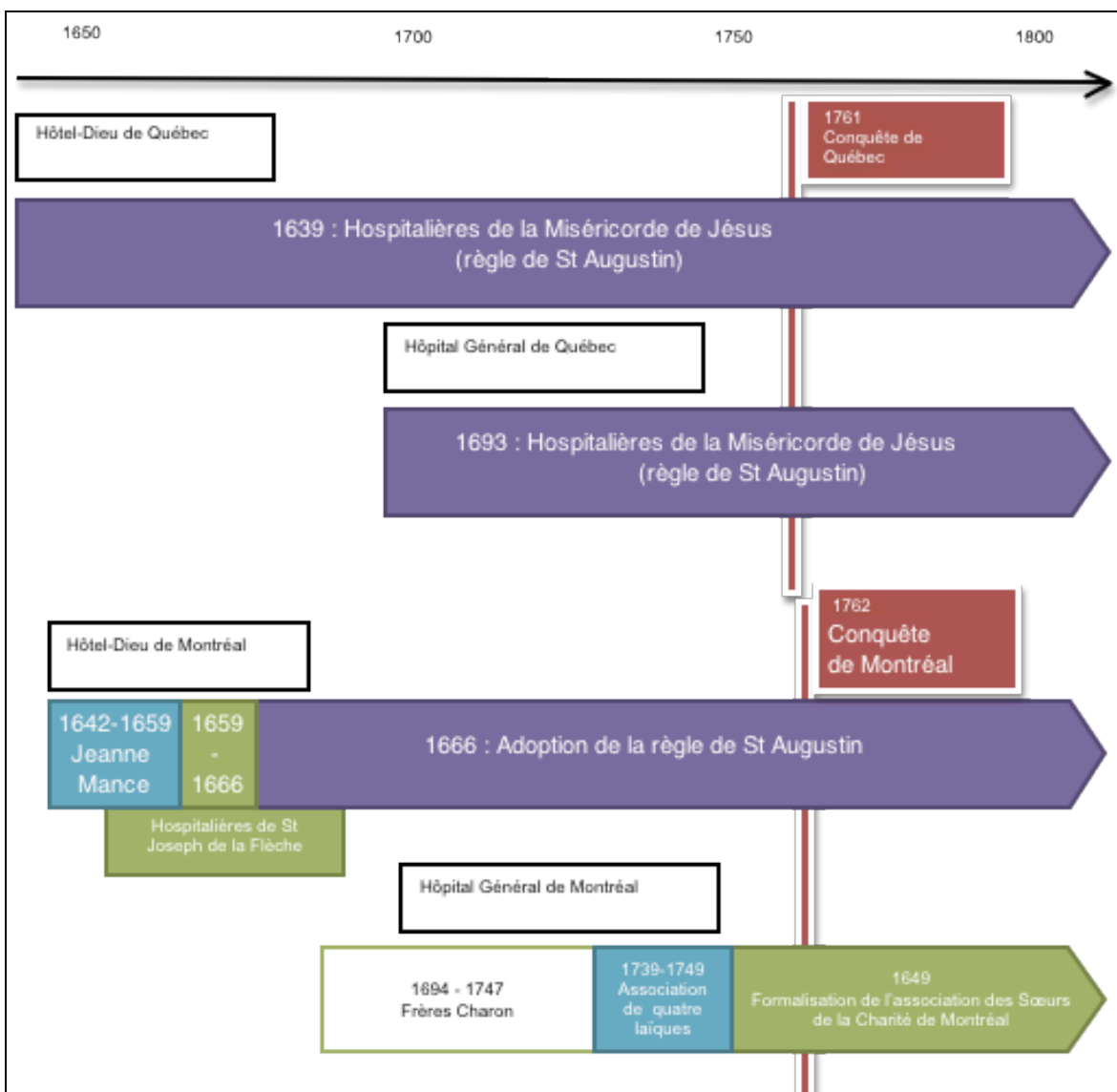
Annexe 9 : Communautés hospitalières de Clermont-Ferrand



Légende :

- Communauté à vœux solennels
- Communauté de séculières
- Associations de laïques
- Évènement historique
- Évènement en lieu avec l'institution

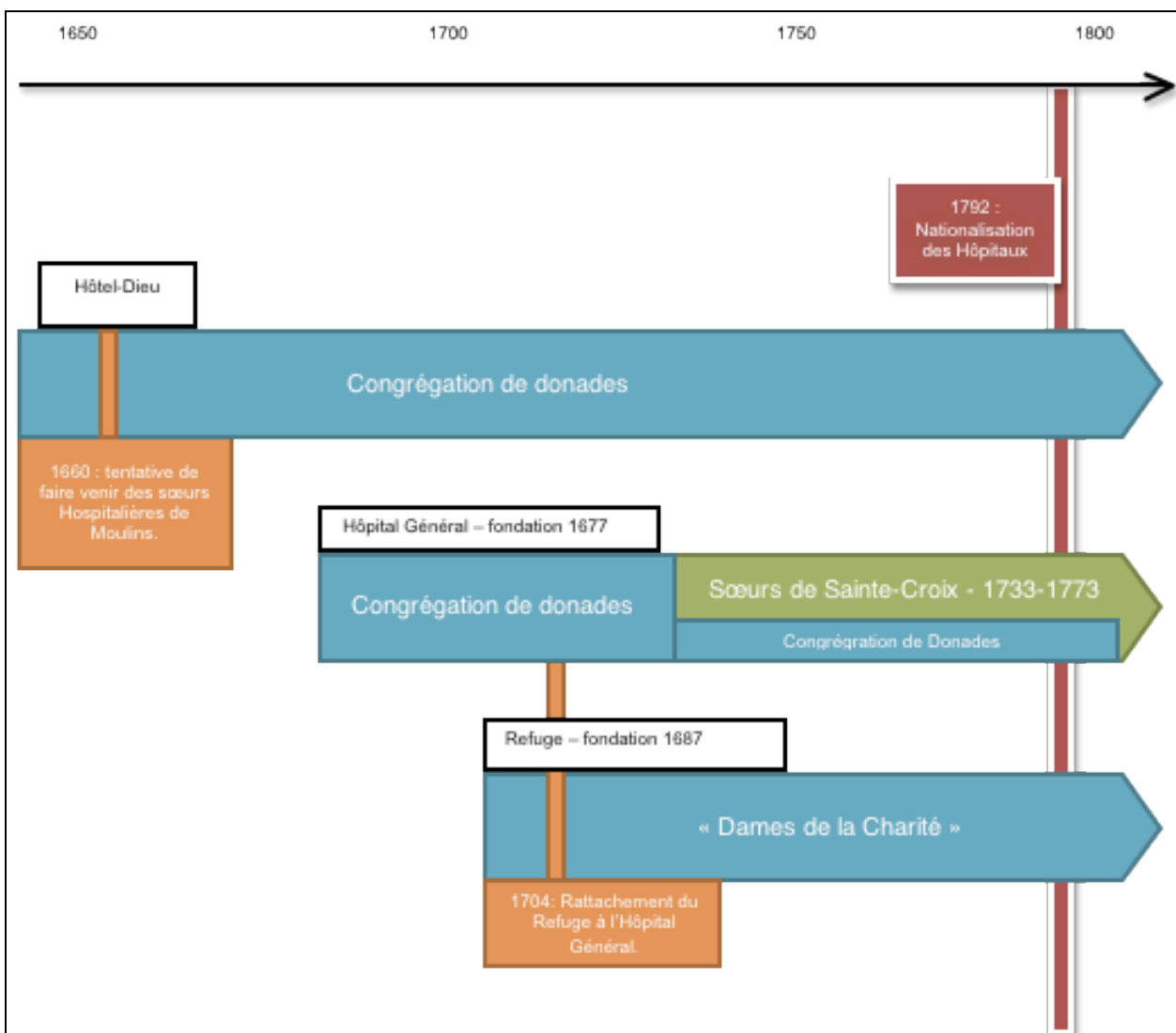
Annexe 10. Communautés hospitalières canadiennes



Légende :

- Communauté à vœux solennels
- Communauté de séculières
- Associations de laïques
- Évènement historique
- Évènement en lieu avec l'institution

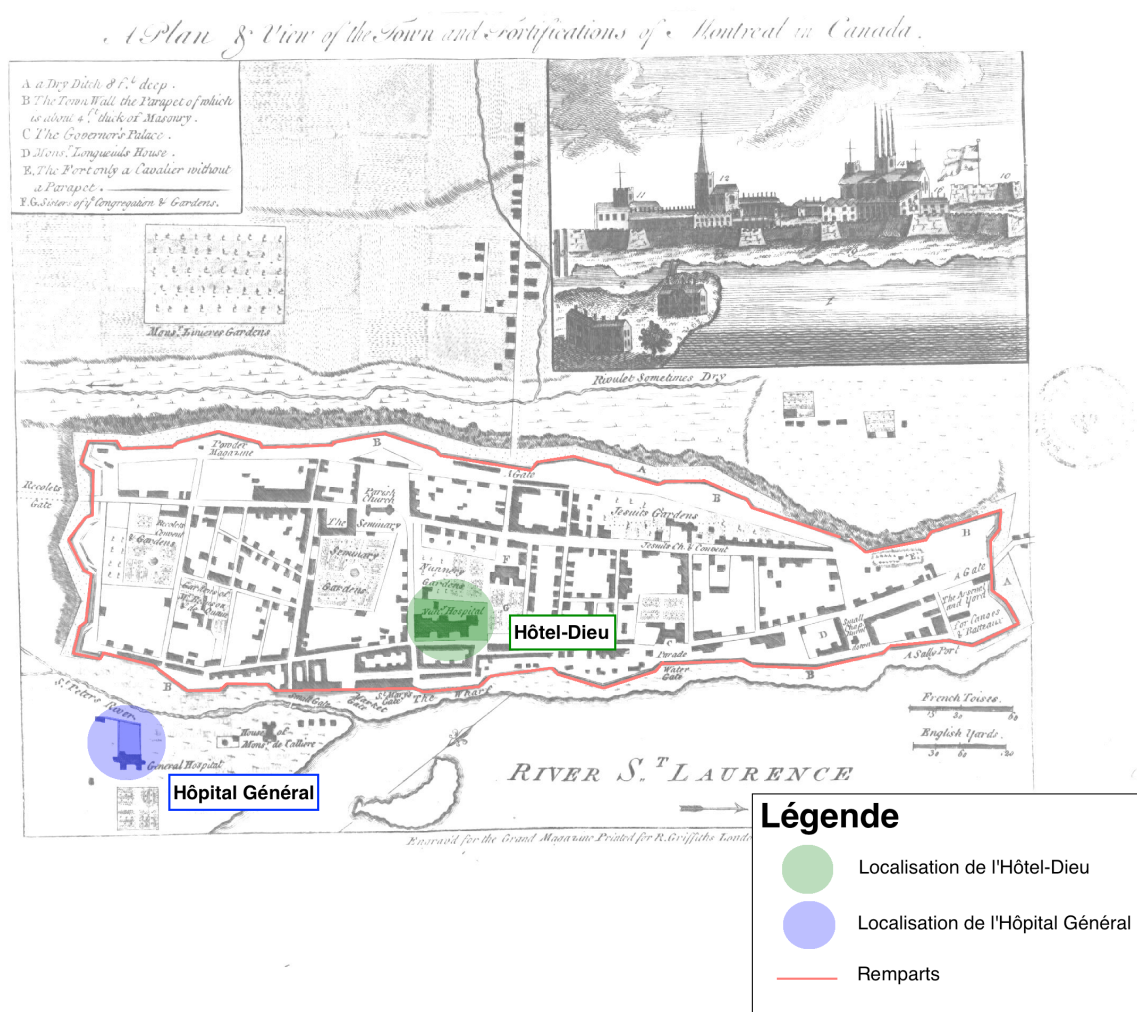
Annexe 11 : Communautés hospitalières du Puy-en-Velay



Légende :

- Communauté à vœux solennels
- Communauté de séculières
- Associations de laïques
- Évènement historique
- Évènement en lieu avec l'institution

Annexe 12 : Localisation des hôpitaux de la ville de Montréal, 1760.



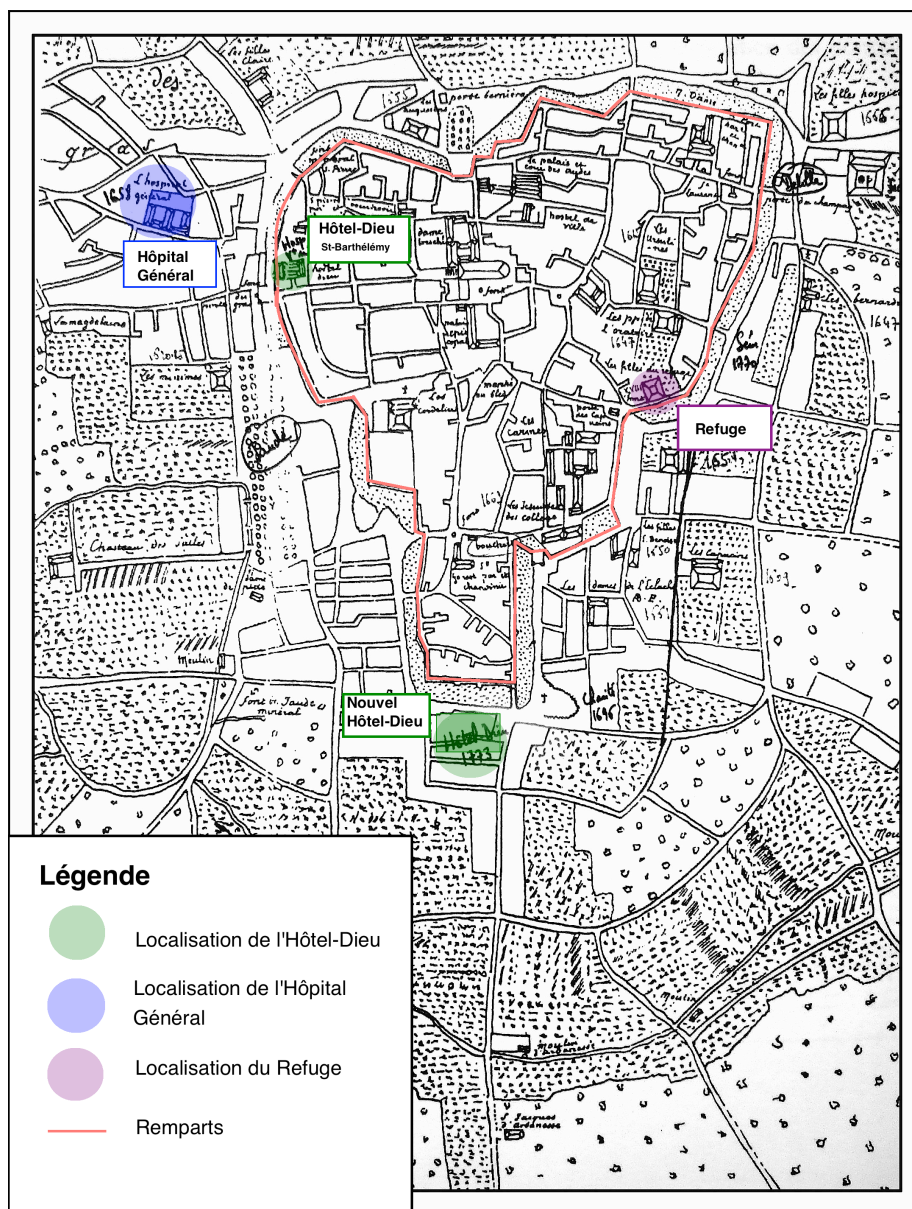
D'après Bennett, *A plan & view of the town and fortifications of Montreal in Canada*, 1760

[en ligne]

<http://services.banq.qc.ca/sdx/cep/document.xsp?db=notice&app=ca.BAnQ.sdx.cep&id=0002>

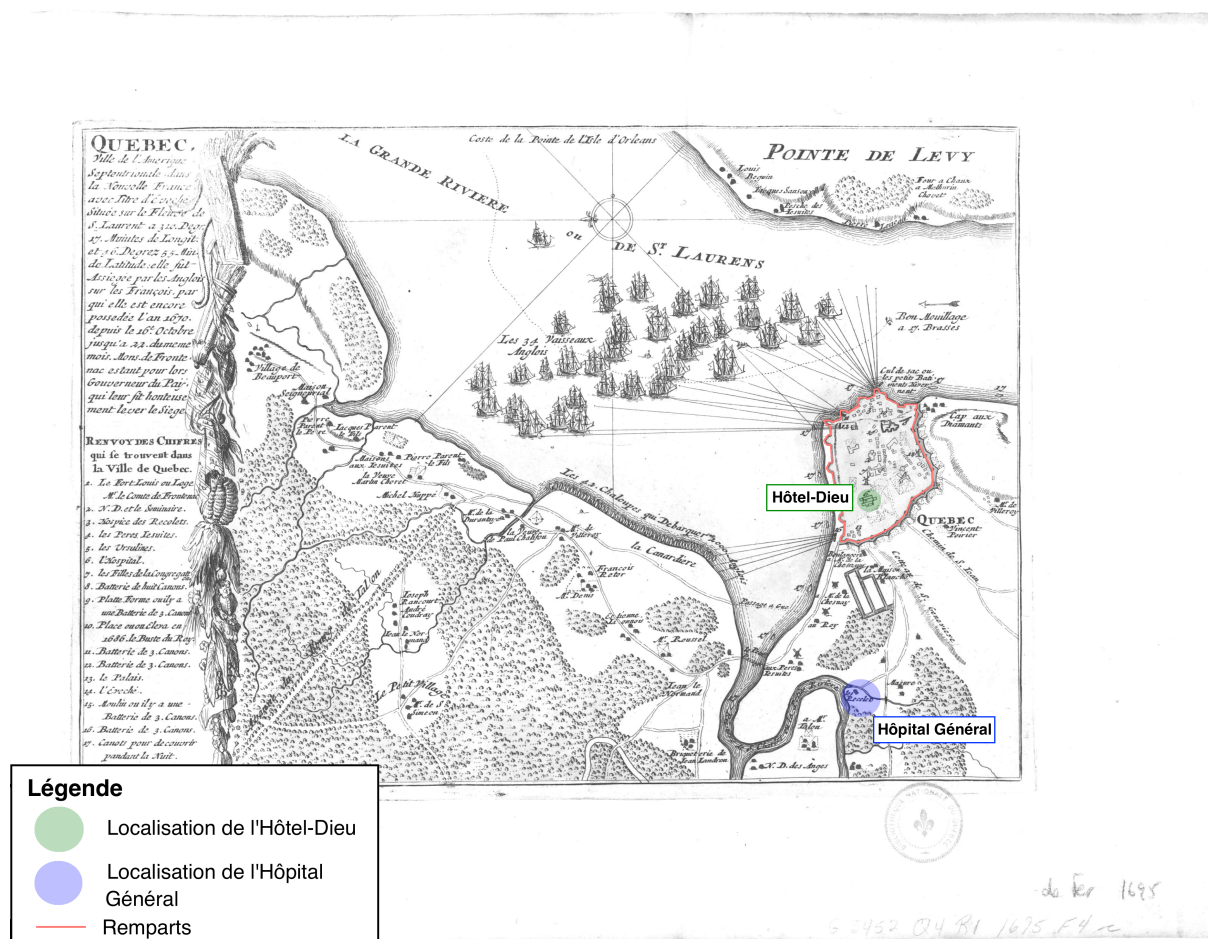
[663037](#) (consulté le 14 avril 2015)

Annexe 13 : Localisation des hôpitaux de la ville de Clermont.



AD63/MAP 964 : Clermont et ses environs. Plan dit de la Cour des Aides, vers 1689.

Annexe 14 : Localisation des hôpitaux de la ville de Québec, 1696.



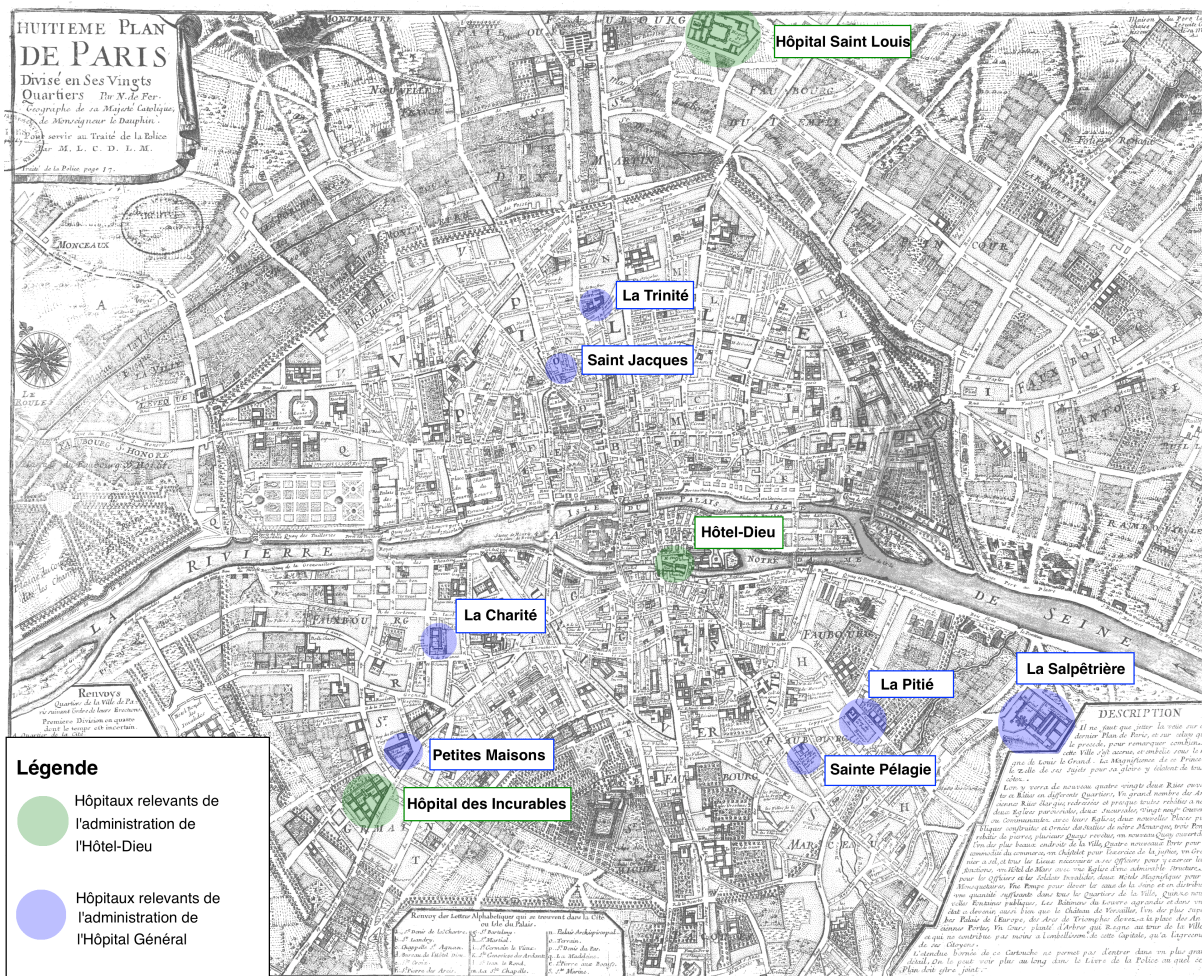
D'après *Québec : ville de l'Amérique septentrionale dans la Nouvelle France avec titre d'évêché, contrefaçon hollandaise* basée sur une carte manuscrite de Robert de Villeneuve,

1696. [en ligne]

<http://services.banq.qc.ca/sdx/cep/document.xsp?db=notice&app=ca.BANQ.sdx.cep&id=0002>

[663554](#) (consulté le 14 avril 2015)

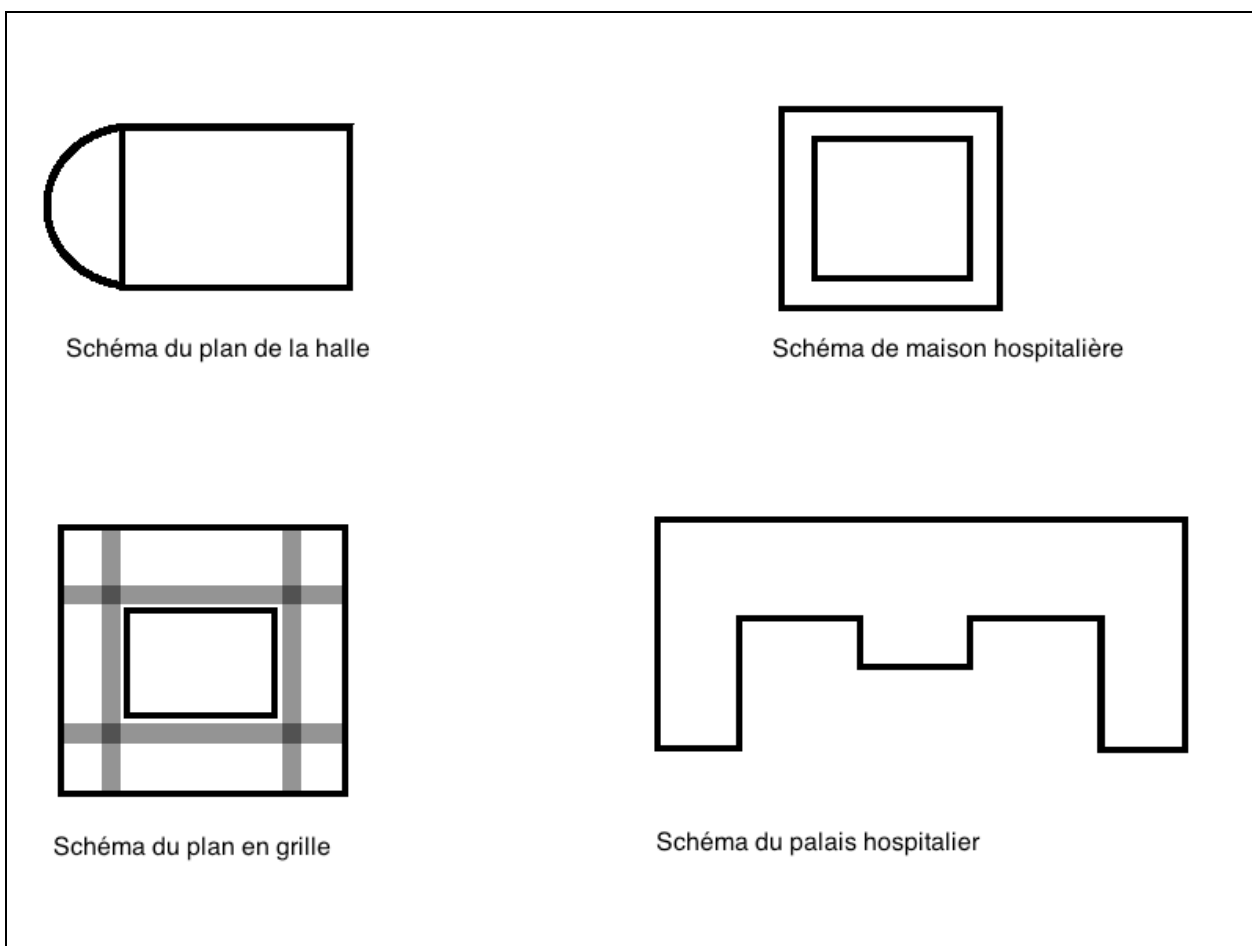
Annexe 15 : Localisation des hôpitaux dans la ville de Paris.



D'après Nicolas de Fer, *Huitième plan de Paris divisé en ses vingt quartiers*, Paris, 1705.

[en ligne] <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b77107008> (consulté le 12 avril 2015)

Annexe 16 : Typologie des modèles hospitaliers.



D'après François Dufaux, et Jérémie Bisson, *Le monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec, une recherche sur la logique spatiale des bâtiments*, École d'Architecture de l'Université Laval, Québec, oct. 2008, p. 90.

Annexe 17 : Modèles hospitaliers québécois du XIX^e siècle.



BAnQ/CP 020451 : *Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe (Québec)*



BAnQ/CP 11083 : Allard, *Hôpital Saint-Eusèbe, Joliette (Québec)*



BAnQ/CP 2307 : Hôpital Général de Sorel, XX^e siècle

