

Le « sou du pauvre » : les municipalités, l'indigence et l'accès aux soins hospitaliers au début du XX^e siècle à Montréal

NOÉMIE CHAREST-BOURDON ET MARTIN PETITCLERC*

Cet article est consacré à l'histoire des hôpitaux généraux et du « sou du pauvre », une taxe municipale implantée en 1915 visant à rembourser les établissements hospitaliers montréalais pour leurs dépenses associées à la prise en charge de l'indigence. En comparant les réseaux hospitaliers québécois et ontariens, de même que la législation ayant encadré leur développement dans les deux provinces, nous éclairerons les raisons qui ont présidé à la mise en place du « sou du pauvre » qui rompait avec la tradition non-interventionniste des pouvoirs publics en matière de régulation de la pauvreté au Québec. L'étude de cette politique municipale importante, qui n'a fait l'objet d'aucune analyse jusqu'à aujourd'hui, nous permet d'apporter des précisions importantes quant à l'histoire de la régulation de la pauvreté, de la naissance de la médicalisation de l'hôpital et du processus de formation de l'État au début du XX^e siècle au Québec.

This article is devoted to the history of general hospitals and the “sou du pauvre,” a municipal tax instituted in 1915 to reimburse Montreal hospitals for their expenses associated with caring for the needy. Comparing the Quebec and Ontario hospital systems as well as the legislation that governed their development in both provinces sheds light on the rationale behind the imposition of the “sou du pauvre,” which broke with the authorities' non-interventionist tradition in regard to the regulation of poverty in Quebec. Studying this important municipal policy, which has undergone no analysis to date, yields some important insights into

* Noémie Charest-Bourdon est étudiante au doctorat à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Martin Petitclerc est professeur au département d'histoire de l'UQAM. Tous deux sont affiliés au Centre d'histoire des régulations sociales. Les auteurs aimeraient remercier François Guérard et Yvan Rousseau de leur avoir généreusement donné accès à leur importante base de données constituée à partir des rapports annuels du Bureau des statistiques de la Province de Québec et d'avoir commenté une première version du présent article. Les commentaires judicieux des évaluateurs anonymes ont permis d'affiner certains aspects de l'argumentation. Les auteurs remercient également Kim Petit qui a aidé à constituer le corpus de sources ayant servi à la rédaction de cet article. Cette recherche a été rendue possible par le soutien financier du Fonds de développement académique du réseau de l'Université du Québec, du Fonds de recherche Société et culture du Québec (subvention équipe) et du Programme de soutien à la recherche de Bibliothèque et Archives nationales du Québec (bourse de maîtrise).

the history of the regulation of poverty, the medicalization of hospitals, and the formation of the State in early-twentieth century Quebec.

Qu'est-ce que l'hôpital ? C'est une maison où l'on reçoit et soigne le malade pauvre [...] L'hôpital, à quelque dénomination religieuse qu'il appartienne, est et restera toujours la maison de charité par excellence¹.

HENRI HERVIEUX
 professeur de médecine à l'Université Laval, Montréal
 médecin à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1907

CETTE CITATION d'Henri Hervieux, universitaire convaincu des vertus curatives de l'institution hospitalière scientifique, laisse entrevoir une imbrication complexe entre les fonctions charitables et médicales de l'hôpital au tournant du XX^e siècle. Elle nous permet d'aller directement au cœur du problème de l'accès aux soins lors de la transition à l'hôpital « moderne », sujet qui a intéressé un nombre important de chercheurs. Dans ses travaux pionniers consacrés aux origines du *National Health Services Act* (1946) au Royaume-Uni, Brian Abel-Smith a insisté sur les contraintes que représentait l'existence d'un réseau d'hôpitaux généraux privés au début du XX^e siècle alors que la science et la technologie, de même que les demandes citoyennes quant à une protection sociale universelle, auraient exigé de passer à une administration publique, professionnelle et intégrée². Sur fond de crise du système public de santé, cette question a stimulé plusieurs nouvelles études. Celles-ci ont critiqué cette interprétation *whig* de « l'inévitabilité » du *National Health Services Act* en mettant en évidence, notamment, la variété et l'efficacité des arrangements locaux en ce qui concerne l'accès et l'organisation des services hospitaliers au début du XX^e siècle³. Cette interprétation est moins intéressante pour la polémique qu'elle a suscitée au sujet de la mise en place de l'État providence que pour son insistance sur le caractère non marchand de la distribution des soins hospitaliers lors du processus de médicalisation de l'hôpital au tournant du XX^e siècle.

Aux États-Unis, la transition a plutôt été analysée sous l'angle du passage de l'hôpital charitable à l'hôpital marchand, lieu technologique privilégié de production et de consommation de soins de santé. Les travaux de Paul Starr ont montré que les premiers hôpitaux généraux américains – des organismes

1 H. Hervieux, « Les hôpitaux devant l'opinion publique », *L'Union médicale du Canada, Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, vol. XXXVI, n° 11, 1^{er} novembre 1907, p. 628-629.

2 Brian Abel-Smith, *The Hospitals, 1800–1948: A Study in Social Administration in England and Wales*, Londres, Heinemann, 1964.

3 Barry M. Doyle, *The Politics of Hospital Provision in Early Twentieth-Century Britain*, Londres, Routledge, 2015 ; Martin Gorsky et Sally Sheard, *Financing Medicine: The British Experience Since 1750*, Londres, Routledge, 2006 ; Martin Gorsky, « Hospitals, Finance, and Health System Reform in Britain and the United States, c. 1910–1950: Historical Revisionism and Cross-National Comparison », *Journal of Health Politics, Policy & Law*, vol. 37, n° 3, 2012, p. 366-404.

sans but lucratif consacrés principalement à la prise en charge des pauvres – ont progressivement adopté, dans le dernier tiers du XIX^e siècle, une structure de financement reposant sur le paiement des frais médicaux et hospitaliers par les patients en mesure de payer⁴. Cette analyse a été reprise au Canada par les historiens Paul Gagan et Rosemary Gagan qui ont insisté sur la marchandisation des soins pour expliquer la transformation, au tournant du XX^e siècle, du vieil hôpital charitable en institution spécialisée s'adressant à des patients consommateurs de la classe moyenne : « Our analysis of the historical foundations of the modern hospital describes an institution ready, willing, and able at the end of the nineteenth century to cast off its Victorian identity as a charnel house for the sick poor and to become, in the new era of industrial and scientific progress, an efficient factory for the production of scientifically mitigated health for public consumption at a fair price commensurate with its value⁵. »

Cette interprétation a été confirmée par l'historiographie québécoise. François Guérard a souligné que l'histoire sociale de la santé, qui s'est développée à partir des années 1970, a été marquée par la volonté de contester la thèse du « retard » de la société québécoise⁶. Si cette historiographie s'est principalement penchée sur l'histoire de la médecine⁷ et de l'hygiène publique⁸, l'histoire des hôpitaux a également suscité l'intérêt de plusieurs⁹. Des monographies importantes ont ainsi analysé le long processus de sécularisation des hôpitaux catholiques, et cela, dès le dernier tiers du XIX^e siècle¹⁰. Pour François Hudon, qui a étudié l'Hôpital Notre-Dame, un hôpital laïque ayant recours à une main-d'œuvre religieuse, c'est entre les années 1870 et 1920 que « s'est accomplie la transformation de l'hôpital

4 Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, 1982. Voir également Morris J. Vogel, *The Invention of the Modern Hospital, Boston, 1870–1930*, Chicago, University of Chicago Press, 1980 ; Rosemary Stevens, *In Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century*, New York, Basic Books, 1989 ; Charles E. Rosenberg, *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*, New York, Basic Books, 1987.

5 David Paul Gagan et Rosemary Ruth Gagan, *For Patients of Moderate Means: A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890–1950*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2002, p. 11. Voir également James T. H. Connor, *Doing Good: The Life of Toronto's General Hospital*, Toronto, University of Toronto Press, 2000, et la thèse récente de Shay Sweeney, 'Holding open the door of healing', *An Administrative, Architectural, and Social History of Civic Hospitals: Toronto, Winnipeg, Calgary, and Vancouver, 1880–1980*, thèse de doctorat, McMaster University, 2017.

6 François Guérard, « L'histoire de la santé au Québec : filiations et spécificités », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, n° 17, 2000, p. 55-72.

7 Pour une synthèse récente sur l'histoire de la médecine, voir Denis Goulet et Robert Gagnon, *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000 : de l'art de soigner à la science de guérir*, Québec, Septentrion, 2014.

8 Voir par exemple Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Othmar Keel, *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998.

9 Ici comme ailleurs, l'histoire « internaliste » et apologique de l'hôpital « moderne », souvent écrite par d'anciens administrateurs ou médecins, a longtemps dominé l'historiographie. Pour un exemple récent, voir Joseph Hanaway et John H. Burgess, *The General: A History of the Montreal General Hospital*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2016. Pour un ouvrage commémoratif sur le Royal Victoria, voir Nevill Terry, *Royal Vic: The Story of Montreal's Royal Victoria Hospital, 1894–1994*, Montréal, McGill-Queen's Press, 1994.

10 Voir par exemple François Rousseau, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec II : (1892-1989)*, Sillery, Septentrion, 1994 ; Normand Perron, *Un siècle de vie hospitalière au Québec : les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi, 1884-1984*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1984 ; Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*, Montréal, VLB, 1993.

comme institution moderne »¹¹. Des recherches importantes s'inspirant de l'histoire urbaine ont porté sur le lien étroit unissant la médicalisation de l'hôpital et la généralisation des rapports sociaux typiques des milieux urbains industriels¹². Ainsi, à partir des années 1880 selon Guérard, « médicalisation, marchandisation des soins et urbanisation procurent un formidable essor à l'hôpital », dynamique qui pourra ensuite s'appuyer sur le développement de l'assurance privée¹³.

En insistant sur la marchandisation des soins dans le processus de médicalisation de l'hôpital moderne, ces études ont généralement laissé de côté l'analyse de la vocation charitable de l'hôpital, laquelle connaît des transformations majeures au tournant du XX^e siècle. En effet, comme le laisse entendre la citation du médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal, l'accès des indigents aux soins offerts par ces « maisons de charité » que sont les hôpitaux est toujours une préoccupation centrale à cette époque¹⁴. C'est cette préoccupation qui explique l'implantation du « sou du pauvre » à Montréal en 1915. Cette taxe d'un sou par billet d'admission vendu sur différents lieux « d'amusement » est la première intervention publique structurante destinée à assurer le développement des soins dans les hôpitaux généraux québécois. Cette mesure, qui n'a jamais été analysée par les historiens, vise à réformer la charité hospitalière pour qu'elle puisse répondre à la rapide croissance de la demande en matière de soins gratuits dans le contexte du capitalisme industriel.

L'étude de cette politique municipale permet d'apporter des précisions importantes quant à la compréhension du problème de l'accès aux soins hospitaliers. Elle nous renseigne en effet sur le processus ayant mené à l'adoption de la Loi de l'assistance publique en 1921 qui structurera l'accès des populations pauvres à l'hôpital québécois pendant plusieurs décennies¹⁵. Pour ses promoteurs, le sou

- 11 François Hudon, « L'hôpital comme microcosme de la société : enjeux institutionnels et besoins sociaux à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1960 », thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 1996, p. 15, 146.
- 12 François Guérard, « La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939 Trois-Rivières et Shawinigan », thèse de doctorat (histoire), UQAM, 1993 ; François Guérard, « Ville et santé au Québec un bilan de la recherche historique ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 53, n° 1, été 1999, p. 19-45.
- 13 François Guérard, « La ville et l'hôpital », dans Claude Bellavance et Marc St-Hilaire (dir.), *Le fait urbain* (CIEQ, coll. « Les chantiers de l'Atlas historique du Québec » : [www.atlas.cieq.ca](http://atlas.cieq.ca/Documents/ISBN978-2-921926-42-3.pdf)), 2014, <http://atlas.cieq.ca/Documents/ISBN978-2-921926-42-3.pdf> (consulté le 17 mai 2017). François Guérard et Yvan Rousseau, « Le marché de la maladie : soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, n° 3, hiver 2006, p. 293-329 ; Yvan Rousseau, Aline Charles et François Guérard, « L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec, 1939-1960 », *Études d'histoire religieuse*, n° 69, 2003, p. 29-49. Dans une perspective différente, voir Annmarie Adams et Thomas Schlich, « Design for Control: Surgery, Science, and Space at the Royal Victoria Hospital, Montreal, 1893-1956 », *Medical History*, vol. 50, n° 3, juillet 2006, p. 303-324.
- 14 L'appel à la charité a été par exemple au cœur du développement de l'Hôpital Sainte-Justine. Voir Denyse Baillargeon, *Naître, vivre, grandir : Sainte-Justine, 1907-2007*, Montréal, Boréal, 2007 ; « Persuader et contraindre. Les campagnes de souscription de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal, 1928-1950 », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 30, n° 1, 2013, p. 9-30 ; « Le peuple et l'argent du peuple : La première campagne de souscription pour la construction de l'Hôpital Sainte-Justine, 1951 », *Histoire sociale / Social History*, vol. 48, n° 97, novembre 2015, p. 425-443.
- 15 Martin Petitclerc, « À propos de "ceux qui sont en dehors de la société". L'indigent et l'assistance publique au Québec dans la première moitié du XX^e siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, n° 2-3, automne 2011-hiver 2012, p. 227-256.

du pauvre, que nous analyserons dans la troisième partie de cet article, devait permettre de résoudre deux problèmes qui feront l'objet des première et deuxième parties : la relative faiblesse de l'offre de soins hospitaliers et la grande insuffisance du financement des hôpitaux généraux par les municipalités. Tout comme le sou du pauvre, ces deux problèmes importants de l'histoire du réseau hospitalier québécois n'ont pas suffisamment attiré l'attention des chercheurs.

L'offre de soins hospitaliers au Québec

Au début du XIX^e siècle, le système hospitalier s'appuie toujours sur les vieilles institutions que sont les hôtels-Dieu. Fondés dès les débuts de la colonie à Québec et à Montréal, ces établissements ont principalement pour objectif de soigner les malades indigents. L'hôpital des ursulines de Trois-Rivières a la même vocation. Des hôpitaux généraux sont également fondés à Montréal et à Québec du temps de la Nouvelle-France, mais ceux-ci ont un rôle médical marginal. En fait, ils ne sont guère plus qu'un lieu d'hébergement ou d'enfermement d'une population indigente : vagabonds, infirmes, vieillards, aliénés, enfants trouvés et prostituées. Au XIX^e siècle, la création d'établissements relativement spécialisés, comme les hôpitaux, les asiles, les refuges, les hospices ou les crèches, explique le déclin de cette institution d'Ancien Régime. Ces hôpitaux généraux ne doivent pas être confondus avec les « general hospitals » consacrés, tout comme les hôtels-Dieu, au traitement médical de patients indigents à partir du début du XIX^e siècle. C'est le cas par exemple du Montreal General Hospital, fondé par la bourgeoisie philanthrope anglo-protestante en 1821, qui deviendra l'un des principaux hôpitaux du Québec.

Au cours du XIX^e siècle, le terme « hôpital général » en vient à désigner un établissement privé sans but lucratif offrant des soins médicaux à la population, gratuitement ou non. Dans la plupart des provinces du Canada, l'hôpital général est habituellement construit à l'initiative des municipalités¹⁶, ce qui témoigne d'une appropriation de la tradition anglaise de prise en charge de l'indigence par les pouvoirs publics locaux. Subventionnés par les municipalités, ces hôpitaux sont des corporations autonomes, dirigées par un conseil d'administration élu et indépendant qui en est le fiduciaire (*Board of Trustees*). En l'absence d'une tradition similaire d'assistance publique locale, la fondation des hôpitaux généraux québécois découle d'une initiative privée sans lien direct avec les municipalités. Ces hôpitaux, comme nous le verrons plus loin, ne reçoivent au XIX^e siècle aucune subvention directe des municipalités québécoises. À cette différence qui touche l'ensemble des hôpitaux québécois, il faut ajouter le fait que les établissements catholiques sont généralement la propriété de communautés religieuses qui en

16 « Such [general] hospitals are generally erected and supported by the municipality, their actual administration being in the hands of a board of trustees, and their revenue, in addition to that provided by the municipality, being derived in the main from grants from the Provincial Governments, from donations from individuals and societies, and from patient fees. Admission and treatment are free to all deserving persons who apply for it and whose resources are so limited as to prevent their otherwise receiving proper medical attention, while it is more or less generally expected of others that payments for services shall be made in proportion to costs and the ability of patients to defray them. » Dominion Bureau of Statistics (Canada), *The Canada Year Book 1926*, Ottawa, F. A. Acland, 1927, p. 905-906.

assurent la direction ; c'est le cas par exemple de l'Hôtel-Dieu de Montréal, qui appartient aux Hospitalières de Saint-Joseph. En 1880, l'Hôpital Notre-Dame incarne un modèle original, puisqu'il est administré par une corporation autonome dotée d'un conseil de fiduciaires élu et indépendant qui fait appel à la communauté des Sœurs grises pour la gestion quotidienne des soins¹⁷.

Grâce à l'initiative privée – religieuse et laïque –, on assiste à partir du dernier tiers du XIX^e siècle à une période de développement soutenu du réseau hospitalier dans les villes québécoises. La fondation de nouveaux hôpitaux, comme l'Hôpital Notre-Dame en 1880 et le Royal Victoria en 1893, témoigne de la consolidation de l'hôpital médical scientifique, bien que la charité y joue toujours un rôle très important. La progression est rapide : au tournant du XX^e siècle, le Québec compte une trentaine d'hôpitaux. Ce développement est nourri par plusieurs facteurs, dont la progression de la demande de soins hospitaliers engendrée par une croissance démographique soutenue. Les hôpitaux s'ouvrent alors progressivement à toutes les classes sociales, ce qui permet d'augmenter les revenus par la tarification des soins hospitaliers. Le bassin géographique de recrutement des institutions s'élargit pour atteindre les petits centres urbains et les campagnes¹⁸. Parallèlement, la demande de soins hospitaliers gratuits ou à faible coût est alimentée par le rapide développement, en milieu urbain, d'une classe ouvrière locataire et salariée. L'exode rural et l'immigration, qui font converger une population fragile vers les agglomérations urbaines, ont un impact important : ayant peu de moyens financiers et un espace habitable exigu, bien des familles sont contraintes de recourir à la charité hospitalière en cas de maladie. Cette double demande de soins payants et gratuits laisse penser que l'augmentation des revenus tirés de la tarification des soins ne vise pas seulement à fournir l'investissement nécessaire à la médicalisation de l'hôpital, mais également à répondre aux besoins croissants en soins à bon marché, voire gratuits, dans le contexte du capitalisme industriel.

Au tournant du XX^e siècle, le petit hôpital préindustriel accueillant les populations marginales est devenu une institution centrale au développement et à la reproduction de la société industrielle. Quelle est l'offre hospitalière québécoise à ce moment ? Bien qu'ils doivent être utilisés avec prudence, les premiers rapports du Bureau provincial des statistiques du Québec, publiés à partir de 1915, apportent des éléments de réponse. Ces rapports s'appuient sur des formulaires rudimentaires que les établissements doivent remplir et envoyer au secrétaire provincial. Ce dernier se charge de colliger les informations et de les mettre en tableaux statistiques. Le rapport de 1916 nous informe ainsi qu'il y aurait sur le territoire québécois 54 « hôpitaux, maternités et crèches », 108 « hospices, orphelinats, refuges de nuit, asiles et autres institutions où les indigents sont recourus » et 6 « sanatoria et dispensaires antituberculeux ». Il faut rappeler qu'il n'y a pas, alors, d'inspecteur des hôpitaux et des institutions d'assistance au Québec. La procédure de dénombrement et de catégorisation n'est pas très rigoureuse. L'utilisation de ces données nécessite donc des corrections

17 Voir Goulet et al., *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame*, p. 52 et suivantes.

18 François Guérard, « Les populations hospitalisées à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi de 1881 à 1942 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 41, n° 1, 2012, p. 55-85.

importantes¹⁹. Ces corrections faites, nous estimons qu'il y a 50 hôpitaux et maternités mettant 4 165 lits à la disposition de 47 091 patients. La chose la plus frappante est que cette offre est largement concentrée dans l'agglomération urbaine de Montréal, qui compte 40 % des hôpitaux, 62 % des lits et 66 % des patients du Québec. Rappelons qu'en 1911²⁰, les habitants de l'agglomération urbaine de Montréal ne constituaient que 26 % de la population québécoise. La métropole du Québec, la plus importante ville du Canada, domine à la fois l'économie de la province et son réseau hospitalier. La consultation des registres d'admission du Royal Victoria Hospital, de l'Hôtel-Dieu de Montréal et de l'Hôpital Notre-Dame pour l'année 1911 permet d'affirmer que plus du tiers des patients admis proviennent alors de l'extérieur de l'agglomération urbaine de Montréal²¹. Comme nous le verrons, la présence de ces patients « étrangers » est une préoccupation constante des hôpitaux montréalais dans les années 1910.

Cette estimation nous permet de conclure que l'offre hospitalière québécoise est nettement inférieure à celle de l'Ontario. C'est ce que donne à penser le tableau suivant, qui compare les données corrigées des rapports du secrétaire provincial du Québec et celles de l'inspecteur des hôpitaux et des institutions charitables de l'Ontario. Si on prend le nombre de lits et le nombre d'admissions par 1 000 habitants, on constate que l'offre hospitalière québécoise ne représente, en proportion de la population, que deux tiers de l'offre hospitalière de l'Ontario.

- 19 Ainsi, certaines institutions, qui n'ont pas soumis de rapports au secrétaire provincial, n'ont pas été comptabilisées, ce qui est d'ailleurs reconnu dans les rapports. Parmi celles qui l'ont fait, certaines ont envoyé des formulaires incomplets. À cela s'ajoute le simple fait que certaines institutions ne sont pas des hôpitaux ou des maternités et que d'autres se trouvaient manifestement à la frontière de l'hôpital, de l'hospice et du sanatorium. Si on se fie aux données recueillies, il semble que ce soit la présence de médecins et de gardes-malades qui ait été le critère déterminant pour distinguer les hôpitaux et maternités des autres institutions d'assistance. Province de Québec, Département du secrétaire, Bureau des statistiques [BSPQ], *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance, Année 1916*, Québec, E.-E. Cinq Mars, 1917, p. xxvii-xxxii. En nous appuyant sur l'ensemble des rapports entre 1915 et 1929, nous avons complété les données de 1916 en nous appuyant sur les tendances de longue durée (nombre de lits, de patients et de journées d'hospitalisation) pour l'ensemble des hôpitaux. Le croisement des données avec d'autres sources, comme les rapports annuels ou les journaux, nous a également permis d'affiner le dénombrement du nombre d'hôpitaux généraux pour l'année 1916.
- 20 Montréal et sa banlieue ne comptent que 528 397 personnes pour une population québécoise totale de 2 005 776 d'habitants. Paul-André Linteau, *Histoire de Montréal depuis la Confédération*, Montréal, Boréal, 2000, p. 314 ; Paul-André Linteau, René Durocher et Jean-Claude Robert, *Histoire du Québec contemporain*, Montréal, Boréal, 2002, p. 48.
- 21 François Guérard, Martin Petitclerc et Yvan Rousseau, « L'hôpital et ses patients au Québec en période de transition (1881-1921) : une sociographie des populations hospitalisées », Institute for Health and Social Policy & Center for Interdisciplinary Research on Montreal Conference, Montréal, Musée McCord, 1^{er} et 2 octobre 2015.

Tableau 1 : Comparaison des réseaux hospitaliers du Québec et de l'Ontario pour l'année 1916*

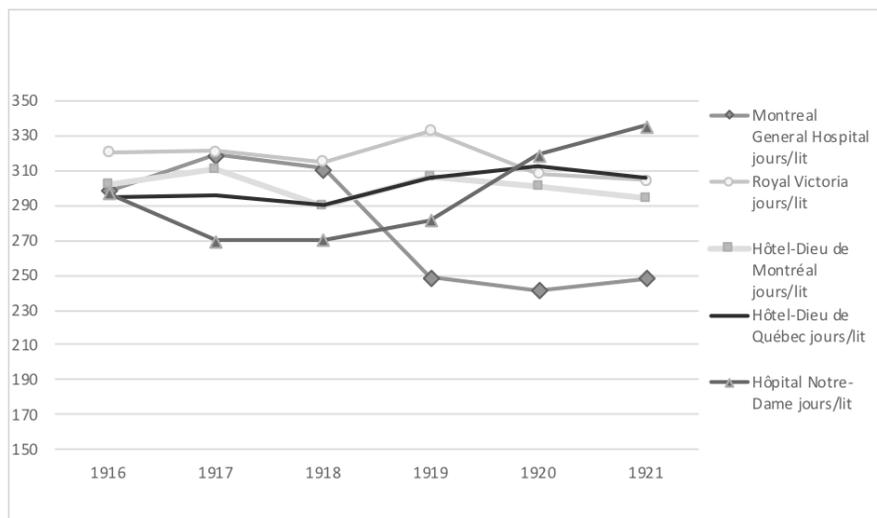
	Nombre d'hôpitaux généraux et de maternités sans but lucratif	Nombre de lits	Nombre de lits / 1 000 habitants	Patients admis	Patients admis / 1 000 habitants
Québec (données corrigées)	50	4 165	1,91	47 091	21,6
Ontario	81	7 554	2,80	91 948	34,1

Sources : BSPQ, *Statistiques annuelles [...] Année 1916*, et Inspector of Prisons and Public Charities [IPPC], *Forty-Seventh Annual Report of the IPPC upon the Hospitals and Charitable Institutions of the Province of Ontario Being for the Year Ending 30th September 1916*, Toronto, A. T. Wilgress, 1917.

* Estimation de la population en 1916 : Québec = 2 183 143 ; Ontario = 2 693 506 habitants. Ces statistiques ne tiennent pas compte des sanatoriums.

Cette offre hospitalière, nettement moindre que celle de l'Ontario, est-elle suffisante pour répondre aux besoins d'hospitalisation de la population québécoise au début du XX^e siècle ? Il est très difficile de répondre à cette question, d'autant plus que la mesure de la satisfaction des besoins est nécessairement relative. L'une des façons de procéder est de calculer le taux d'occupation des hôpitaux, en divisant le nombre total de journées d'hospitalisation de patients par le nombre de lits disponibles. Malheureusement, les données ne sont pas suffisamment fiables pour faire une comparaison à l'échelle des deux provinces. Une comparaison ciblée des grands hôpitaux québécois et ontariens permet néanmoins de préciser l'analyse. En effet, contrairement aux données de nombreux petits hôpitaux, celles des grands établissements peuvent être recoupées avec d'autres sources. La comparaison des cinq plus grands hôpitaux au Québec et en Ontario peut donner des résultats fiables, d'autant plus que ces derniers représentent une part considérable de l'offre hospitalière dans les deux provinces. À partir des données provinciales de 1916, nous savons que les cinq hôpitaux ontariens les plus importants accueillent 31 % de tous les patients de la province et détiennent 28 % des lits. Au Québec, les cinq principaux hôpitaux soignent 52 % de tous les patients de la province, alors qu'ils disposent de 35 % de tous les lits. La concentration de l'offre hospitalière québécoise est également perceptible dans le fait que quatre des cinq principaux hôpitaux sont situés dans l'agglomération urbaine de Montréal. En Ontario, deux des cinq principaux hôpitaux sont établis à Toronto, tandis que les trois autres desservent les villes de Hamilton, de London et d'Ottawa (Roman Catholic Hospital). La comparaison du taux d'occupation des lits des cinq hôpitaux québécois et ontariens qui admettent le plus de patients entre 1916 et 1921 est très instructive.

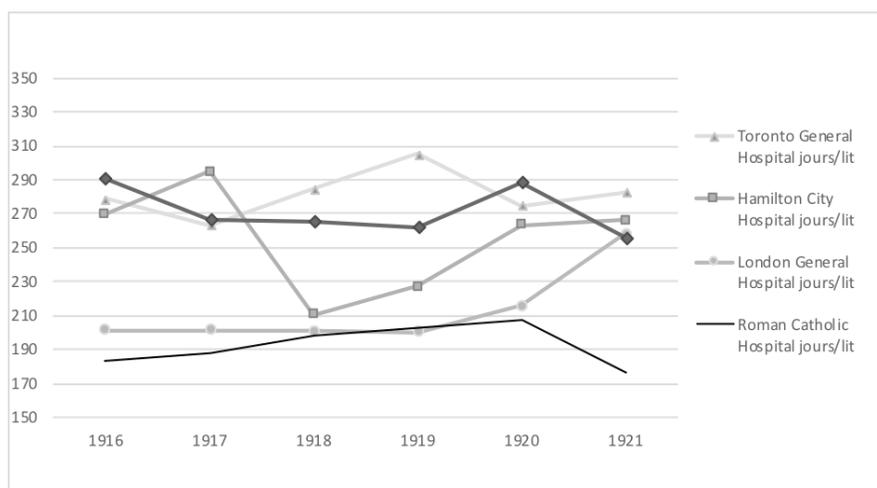
Graphique 1 : Occupation des cinq principaux hôpitaux généraux québécois entre 1916 et 1921 en nombre de jours / lit*



Sources : BSPQ, *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance*, 1916-1921, Québec, E.-E. Cinq-Mars / Ls-A. Proulx, 1917-1922.

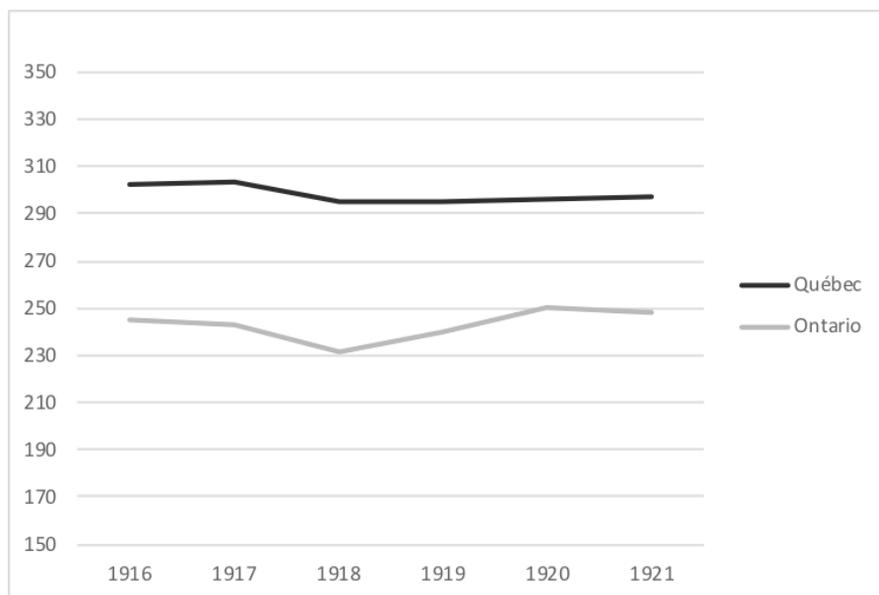
* Les données ont été vérifiées et corrigées à partir des rapports annuels des années 1916-1921 du Montreal General Hospital, du Royal Victoria Hospital et de l'Hôpital Notre-Dame et au moyen de l'annuaire de l'Hôtel-Dieu de Montréal de 1921. L'annuaire de l'Hôtel-Dieu de Montréal a été consulté aux Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph (ARHSJ), Fonds CH partie hôpital.

Graphique 2 : Occupation des cinq principaux hôpitaux généraux ontariens entre 1916 et 1921 en nombre de jours / lit



Sources : IPPC, *Annual Report of the IPPC upon the Hospitals and Charitable Institutions of the Province of Ontario*, 1916-1921, Toronto, A. T. Wilgress / Clarkson W. James, 1916-1921.

Graphique 3 : Moyenne d'occupation des cinq principaux hôpitaux généraux québécois et ontariens entre 1916 et 1921 en nombre de jours / lit*



* Ces données représentent la moyenne, pour chaque année, des cinq hôpitaux du Québec et de l'Ontario dont les taux de fréquentation respectifs sont présentés aux graphiques 2 et 3.

Ces données montrent que la moyenne d'occupation des cinq principaux hôpitaux québécois est nettement plus élevée que celui des principaux hôpitaux ontariens. Avec une moyenne d'occupation d'environ 300 jours par lit, les grands hôpitaux québécois semblent fonctionner au maximum de leur capacité²². Dans les conditions sociales de l'époque, une moyenne d'occupation plus élevée semble difficile à atteindre et à maintenir. En Ontario, seul le Toronto General Hospital dépasse le cap des 300 jours par lit pendant la période, et ce, pour la seule année 1919. De multiples facteurs limitent une utilisation plus intensive des lits. Ceux-ci ont trait à l'administration quotidienne des soins, au roulement des patients, aux cycles d'achalandage de l'hôpital, à la nécessité de laisser disponibles des lits pour les urgences, à la disponibilité du personnel ou à la rénovation et à l'entretien des meubles et des salles. Quoi qu'il en soit, l'encombrement des grands hôpitaux québécois est confirmé par plusieurs sources qualitatives. Le MGH, l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Notre-Dame n'ont de cesse de rappeler à cette époque qu'ils ne suffisent pas aux demandes d'hébergement. Alexandre Saint-Pierre, médecin spécialiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal, affirme par exemple en 1920 : « Depuis longtemps, les hôpitaux de Montréal se trouvaient chaque jour assiégés par une

22 Et cela, sans compter sur la politique du MGH, qui a volontairement réduit l'admission de patients indigents à partir de 1919 afin de faire pression sur les municipalités pour obtenir un meilleur financement public. C'est ce qui explique en bonne partie la baisse des admissions dans cet hôpital observée sur le graphique 1. Nous y reviendrons plus loin.

foule de malades auxquels il fallait bien à contrecœur refuser l'admission. "Tous les lits sont occupés, pas une seule place de libre ; revenez dans quelques jours." C'est la réponse dont devaient se contenter la moitié des malades indigents qui cherchaient à entrer dans un hôpital de la métropole²³. »

François Guérard a souligné avec raison que l'hôpital est étroitement lié au développement des rapports sociaux associés à la ville industrielle, ce qui explique que le rythme du développement urbain dicte en partie celui du réseau hospitalier²⁴. En conséquence, une partie de l'écart entre les provinces du Québec et de l'Ontario s'explique par le fait que la première compte 6 % moins d'habitants vivant en milieu urbain que la seconde. De plus, la population urbaine ontarienne, présente dans plusieurs villes de taille moyenne, est mieux répartie dans l'espace que la population urbaine québécoise, massivement concentrée à Montréal et, dans une moindre mesure, à Québec²⁵. Si l'urbanisation est une condition essentielle au développement des hôpitaux, celle-ci n'est probablement pas suffisante : la différence de la structure urbaine des deux provinces ne suffit pas à expliquer la différence de l'offre hospitalière. Comme nous le montrerons, le cadre législatif et l'appui financier des pouvoirs publics en Ontario favorisent le développement d'un réseau hospitalier de soins médicaux étendu sur le territoire de la province. Au Québec, un système de régulation sociale essentiellement privé favorise plutôt le développement du réseau hospitalier à Montréal, là où les ressources économiques privées de la bourgeoisie et du clergé sont les plus concentrées. Or, comme en témoignent la moyenne d'occupation des lits, le réseau hospitalier privé peine visiblement à répondre à la demande croissante de la population, y compris à Montréal. C'est pourquoi nous devons maintenant nous tourner vers l'analyse de l'appui des pouvoirs publics pour expliquer le développement différencié des réseaux hospitaliers des deux provinces. Nous comprendrons ainsi que le « sou du pauvre » est mis en place en 1915 pour tenter de remédier au problème politique qui découle du rôle très marginal des municipalités québécoises dans la prise en charge de l'indigence. Nous verrons également que cette question, qui relève du problème de l'offre de soins gratuits pour les pauvres, n'est pas sans lien avec le processus de marchandisation des soins hospitaliers.

L'État et le réseau hospitalier

Au tournant du XX^e siècle, les pouvoirs publics québécois n'ont nullement l'obligation d'assister les pauvres malades ou de soutenir des institutions charitables comme les hôpitaux. Le gouvernement provincial n'a pas d'obligations légales en cette matière, bien qu'il ait le pouvoir de légiférer dans le domaine de l'assistance sociale, ce qui comprend les hôpitaux, les asiles et les établissements de bienfaisance ; aussi préfère-t-il, à quelques exceptions près, s'en remettre à l'initiative des municipalités et à la charité privée. La législation reconnaît

23 Alexandre Saint-Pierre, « Au sujet de la "Loi des hôpitaux". Initiative et influence de la Société médicale de Montréal », *Union médicale du Canada*, vol. 49, n° 3, mars 1920, p. 160-162.

24 Guérard, « La ville et l'hôpital ».

25 L. S. Bourne et G. Gad, « Urbanization and Urban Growth in Ontario and Quebec: An Overview » dans L. S. Bourne et R. D. Mackinnon (dir.), *Urban Systems Development in Central Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2014, p. 7-35.

globalement aux municipalités le pouvoir d'adopter des règlements « pour soutenir et assister les pauvres résidant dans la municipalité, et qui, à raison d'infirmité, d'âge ou d'autre cause [*sic*], sont incapables de gagner leur vie » et celui « d'établir et administrer des maisons ou autres établissements d'aumône ou de refuge pour le soulagement des nécessiteux ; et pour aider aux institutions charitables²⁶ ». Toutefois, tout comme l'État provincial, les pouvoirs municipaux ne sont nullement tenus légalement de prendre en charge les indigents pauvres qui résident sur leur territoire.

Au début du XX^e siècle, les interventions des pouvoirs publics se limitent au paiement des frais d'hébergement de quelques milliers de personnes institutionnalisées à la suite d'un ordre judiciaire. Ainsi, des lois québécoises contraignent le gouvernement provincial et les administrations locales à payer les frais d'hébergement d'adultes détenus dans une institution carcérale²⁷ ou asilaire²⁸ et ceux d'enfants « négligés » ou délinquants dans les écoles d'industrie et de réforme²⁹. Cette judiciarisation de certaines catégories de miséreux est la seule politique qui s'apparente à une reconnaissance, de la part des pouvoirs publics, de certaines obligations en matière de prise en charge des problèmes sociaux³⁰. Quant aux hôpitaux et aux œuvres d'assistance gérés par des communautés religieuses ou des groupes laïques, ils reçoivent depuis 1801 une subvention discrétionnaire votée annuellement à l'Assemblée législative. Ces subventions sont progressivement augmentées pour atteindre un total d'environ 45 000 dollars au début des années 1870. Ce total restera inchangé jusqu'au tournant des années 1910 malgré l'intensification des problèmes sociaux et l'augmentation du nombre d'institutions. Cela correspond donc à une diminution de la part relative des subventions de l'État provincial dans les revenus globaux de chaque établissement, dont les hôpitaux³¹. Ces subventions ne comptent par exemple que pour 5,5 % des revenus des hôpitaux non montréalais en 1916³². Comme nous le verrons un peu plus loin, la situation est à peine plus favorable dans la métropole industrielle du Canada.

Comment se compare cet encadrement législatif à celui de l'Ontario ? Inspirée par les *Poor Laws* britanniques, qui obligent les pouvoirs publics locaux à prendre en charge les indigents sur leur territoire, l'Assemblée législative ontarienne en vient à encourager prudemment l'assistance publique municipale dans le dernier

26 Voir par exemple la « Loi concernant les cités et les villes », *Statuts du Québec*, 1903, 3^e Éd. VII, chap. 38. La situation est similaire dans les grandes villes, comme Montréal, dont les pouvoirs ont été définis par une charte d'incorporation particulière.

27 « Acte pour pourvoir aux moyens de recouvrer de la corporation de la cité de Montréal partie des dépenses encourues pour garder la prison commune de cette ville », *Statuts du Québec*, 1851, 14-15 Vict., chap. 129.

28 À partir de 1880, la loi prévoit un partage des frais relatifs aux aliénés entre la province et la municipalité où l'aliéné a eu sa dernière résidence. « Acte concernant les asiles d'aliénés subventionnés par le gouvernement de la province de Québec », *Statuts du Québec*, 1880, 43-44 Vict., chap. 14.

29 « Acte pour amender l'acte 32 Victoria, chap. 17, concernant les écoles d'industrie », *Statuts du Québec*, 1884, 47 Vict., chap. 23 ; « Loi amendant la loi sur les écoles de réforme », *Statuts du Québec*, 1892, 55-56 Vict., chap. 27.

30 Kirkpatrick Strong, *Public Welfare Administration*, p. 121.

31 Guérard, « La formation des grands appareils sanitaires », p. 95.

32 BSPQ, *Statistiques annuelles... Année 1916*, p. 144-148.

tiers du XIX^e siècle³³. Cet appui au développement du réseau hospitalier se matérialise après que de graves difficultés financières eurent contraint le Toronto General Hospital à fermer ses portes en 1867. Le nouvel État provincial est plus ou moins contraint d'intervenir, car l'Église catholique propose de recourir au travail gratuit des Sœurs grises pour sortir de la crise cette institution étroitement associée à la bourgeoisie protestante³⁴. En 1874, l'Assemblée législative de l'Ontario adopte par conséquent le *Charity Aid Act* qui met fin aux subventions annuelles discrétionnaires et implante un système permanent de subventions par jour d'hébergement dans les établissements hospitaliers et d'assistance. À partir de ce moment, les hôpitaux publics ont l'assurance d'obtenir un minimum de vingt sous par jour d'hébergement pour chaque patient, qu'il soit indigent ou non. À cela vient s'ajouter une subvention provinciale complémentaire équivalente au quart des autres sources de revenus de l'hôpital, que ce soit par subventions municipales, souscriptions privées, paiements pour les frais d'hospitalisation, etc.³⁵ Cette subvention provinciale additionnelle sert donc de levier pour inciter les municipalités (et non les obliger, comme c'est le cas au Royaume-Uni) à prendre en charge l'hospitalisation d'un indigent ayant son domicile sur leur territoire³⁶.

Cette loi aura un impact considérable sur le développement du réseau hospitalier à la grandeur de l'Ontario³⁷. Grâce à elle, plus de la moitié des revenus des hôpitaux généraux ontariens proviennent des pouvoirs publics en 1890. Cette proportion de financement public diminue par la suite, mais reste bien plus importante qu'au Québec : elle compte pour 31 % des revenus hospitaliers en 1910³⁸. En 1914, cette loi est modifiée par le *Hospitals and Charitable Institutions Act* qui, pour la première fois, contraint légalement les municipalités à payer pour les indigents qui résident sur leur territoire³⁹. En 1915, les subventions publiques comptent ainsi pour près de 38 % des revenus des hôpitaux. Autre aspect essentiel, en accordant des subventions plus généreuses pour les dix premières années d'existence d'un hôpital, et en limitant le nombre d'hôpitaux pouvant recevoir des subventions par municipalité, la loi ontarienne encourage l'expansion du réseau hospitalier à l'extérieur des grands centres⁴⁰. Depuis 1874, la législation provinciale entend donc répondre à un problème soulevé par la crise du Toronto General Hospital, soit qu'en l'absence d'une loi « fixant » les pauvres sur leur territoire de résidence, cet établissement était devenu « the receptacle for the sick poor from all parts of the country who flock to it because there is no such place in

33 Kirkpatrick Strong, *Public Welfare Administration*, p. 119. Pour un tour d'horizon concernant l'influence des *Poor Laws* au Canada, voir Alvin Finkel, *Social Policy and Practice in Canada. A History*, Waterloo, Wilfrid University Press, 2006, p. 47-51, et Petitclerc, « À propos de "ceux qui sont en dehors de la société" », p. 233 et suivantes.

34 Connor, *Doing Good*, p. 90 et suivantes.

35 « *An Act to Regulate Public Aid to Charitable Institutions (The Charity Aid Act)* », *Ontario Statutes*, 1874, 37 Vict., chap. 33. Sur cette loi, voir Connor, *Doing Good*, p. 97 et suivantes, et Paula Maurutto, *Governing Charities: Church and State in Toronto's Catholic Archdiocese, 1850-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2003, p. 34 et suivantes.

36 Kirkpatrick Strong, *Public Welfare Administration*, p. 119-120.

37 Connor, *Doing Good*, p. 158 et suivantes.

38 Voir Gagan et Gagan, *For Patients of Moderate Means*, p. 195.

39 « *Hospitals and Charitable Institutions Act* », *Revised Statutes of Ontario*, 1914, chap. 300, art. 23-25.

40 IPPC, *Forty-Seventh Annual Report*, 1917, p. 11-12.

their own localities⁴¹ ». Cet enjeu sera encore plus prégnant dans les discussions sur le sou du pauvre à Montréal.

Avant d'en arriver là, il est utile de comparer la part du financement public du Toronto General Hospital (TGH) et du Montreal General Hospital (MGH), les plus grands hôpitaux de leur ville respective, afin d'évaluer les effets de la législation provinciale dans le développement de l'offre hospitalière. Le financement public représente respectivement 46 % et 39 % des revenus du TGH en 1890 et en 1910⁴². En comparaison, le MGH ne reçoit, en subventions publiques, qu'un montant de 5 000 dollars de l'Assemblée législative, soit l'équivalent d'un peu moins de 9 % de ses revenus en 1890⁴³. Cette subvention provinciale ne représente plus que 3,5 % de ses revenus en 1910. Quant à la Ville de Montréal, la première municipalité à subventionner des hôpitaux généraux sur une base régulière, elle commence à accorder au MGH des subventions annuelles discrétionnaires de quelques centaines de dollars au début du XX^e siècle. Celles-ci augmentent par la suite pour totaliser 4 000 dollars en 1910. Pourtant, ce financement municipal ne permet d'atteindre que 6,5 % de l'ensemble des revenus de l'hôpital, en combinant les subventions des deux ordres de gouvernement⁴⁴. Une telle différence dans le soutien des pouvoirs publics explique vraisemblablement le développement inégal de l'offre hospitalière dans les deux provinces.

Il semble également que les subventions publiques aient joué un rôle essentiel dans le processus de marchandisation des soins hospitaliers en Ontario. Ainsi, des subventions publiques importantes n'empêchent pas qu'un peu plus de 50 % des revenus du TGH proviennent, au tournant du XX^e siècle, des frais exigés pour les services hospitaliers fournis dans les salles « privées », « semi-privées », « semi-publiques » et « publiques » de l'établissement. Au MGH, les frais exigés aux patients ne représentent au même moment qu'environ 35 % des revenus. En fait, les souscriptions privées et les intérêts sur le capital accumulé comptent toujours pour 54 % des sources de revenus de l'hôpital en 1910. Même si Gagan et Gagan ont affirmé que des « intimations of the modern hospital could be found in the best of the late-Victorian metropolitan hospitals like the Toronto General or the Montreal General⁴⁵ », la comparaison de ces hôpitaux illustre clairement que le second, peu subventionné par rapport au premier, semble alors bien moins avancé dans le processus de marchandisation des soins. Des recherches poussées seraient toutefois nécessaires pour approfondir ce point.

41 Cité par Connor, *Doing Good*, p. 96.

42 Pour l'année 1890, voir le IPPC, *Twenty-First Annual Report of IPPC Upon the Hospitals of the Province of Ontario Being for the Year Ending 30th September 1890*, Toronto, Warwick & Sons, 1891, p. 18. Pour l'année 1910-1911, voir Toronto General Hospital, *Annual Report for the Year ending 30th September 1911*, Toronto, University of Toronto Press, 1911, p. 20.

43 MGH, *The 69th Annual Report of the MGH with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1890-91*, Montréal, John Lovell & Son, 1891, p. 14.

44 MGH, *The 79th Annual Report of the MGH and the Report of the Training School for Nurses with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1900-1901*, Montréal, Morton Philips & Co., 1901, p. 20 ; MGH, *The 89th Annual Report of the MGH and the Report of Training School for Nurses, with a list of the Governors, Officers and Subscribers for 1910*, Montréal, s.é., 1911, p. 25. Les revenus totaux pour cette année sont de 138 542 dollars, montant dont il faut soustraire 5 000 dollars versés en trop par le gouvernement provincial.

45 Voir Gagan et Gagan, *For Patients of Moderate Means*, p. 14.

On comprend mieux ainsi l'importance que prend la question d'une politique d'assistance aux hôpitaux québécois au début des années 1910. Depuis le début du XX^e siècle, les réformateurs montréalais ne manquent pas de souligner la situation exceptionnelle de la métropole industrielle en ce qui concerne l'assistance sociale. Ces réformateurs ne critiquent pas le prétendu laxisme d'une assistance publique trop généreuse, comme c'est le cas dans les grandes villes industrielles occidentales, mais bien son absence. En 1902, le greffier en chef de la Cour du Recorder, Alfred Bienvenu, qui deviendra le premier directeur du département de l'Assistance municipale, rappelle que la « plupart des grandes villes du monde » ne considéraient plus l'assistance sociale comme une « question de charité », mais bien comme une « obligation réelle »⁴⁶. La Charity Organization Society de Montréal, contrairement aux organisations similaires ailleurs, dénonce également la faiblesse de l'assistance publique aux indigents dans la métropole industrielle du Canada⁴⁷. Des pressions se font donc de plus en plus insistantes pour que les grands hôpitaux montréalais, qui ne suffisent plus à la demande de la population, puissent recevoir un financement public accru des municipalités de résidence des malades indigents, à commencer par Montréal.

Le sou du pauvre

Le problème des hôpitaux montréalais fait l'objet de nombreuses discussions publiques au début du XX^e siècle, signe de la place centrale qu'occupent ces établissements dans le capitalisme industriel. Il semble que ce soit à partir de 1908 qu'on commence à évoquer sérieusement la mise en place d'une taxe locale destinée au remboursement des dépenses pour l'hospitalisation charitable des indigents⁴⁸. En 1914, la question devient plus urgente lorsqu'une délégation d'une vingtaine de médecins et administrateurs du MGH, de l'Hôpital Notre-Dame (HND) et du Western Hospital (WH) se présente au Bureau de contrôle de la Cité de Montréal afin de réclamer un soutien financier accru. Appuyant l'intervention de la délégation, le journal *Le Canada* écrit : « Ces institutions ne font-elles pas partie, en quelque sorte, du rouage administratif de la métropole [?] Celle-ci les subventionne, il est vrai, mais que peut pour chacune une subvention de \$1,000 ou \$2,000 ? » La lettre de la délégation, présentée par le directeur du MGH, Sir Montagu Allen, l'un des bourgeois les plus puissants du Canada, insiste sur le caractère dérisoire de cette contribution en comparaison des subventions municipales reçues par les hôpitaux généraux des autres villes du Canada, dont Toronto. La délégation se fait alors menaçante :

En face de cet état des choses, les hôpitaux ne se croient pas tenus de pourvoir aux besoins des pauvres de la cité, à moins qu'ils ne reçoivent une aide pécuniaire suffisante pour couvrir le déficit prévu pour l'année courante. À défaut de quoi, ils se verront obligés, soit de limiter immédiatement leurs sphères d'action ou de fermer

46 Jean-Marie Fecteau, « Un cas de force majeure : le développement des mesures d'assistance publique à Montréal au tournant du siècle », *Lien social et politiques*, n° 33, printemps 1995, p. 110.

47 Francis McLean, « Effect Upon Private Charity of the Absence of All Public Relief », *Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections*, 1901, p. 139-146.

48 « Free Medical Treatment », *Daily Witness* (Montréal), 26 décembre 1908.

tout à fait les salles communes. [...] En conséquence, nous prions respectueusement votre honorable Bureau d'insérer ce montant dans votre budget et de la voter, afin qu'il soit distribué aux trois hôpitaux en proportion du nombre de lits maintenus par chacun d'eux dans leurs salles communes. Nous croyons que l'application de cette méthode de soulagement aux institutions existantes est un moyen plus économique de parer aux éventualités que de les contraindre à fermer leurs portes et de faire retomber tout le fardeau sur la Cité⁴⁹.

Le maire Médéric Martin, récemment élu grâce au vote ouvrier francophone, amorce alors un premier règne tumultueux de dix ans à la mairie, qui sera marqué par la mise en tutelle de l'administration municipale entre 1918 et 1921⁵⁰. Reconnaisant l'important travail effectué par les hôpitaux, le maire répond toutefois sèchement à la délégation bourgeoise « qu'il devrait se trouver à Montréal, des millionnaires assez généreux pour combler ce déficit de \$85,000. Il y en a tant qui ne savent que faire de leur argent⁵¹ ». Peu de temps après, Martin propose tout de même une modification à la charte de la Ville afin de constituer un « fonds de charité publique », ce qu'il appelle un « droit des pauvres » qui serait financé à partir d'une taxe de 0,1 % sur la propriété foncière. Cette proposition d'une taxation progressive est formulée après quelques décennies de résistance à l'augmentation de l'impôt foncier de la part d'une bourgeoisie majoritairement anglo-protestante. La suggestion de Martin a beau viser une classe de propriétaires parmi les moins taxées en Amérique du Nord, elle est vite abandonnée en raison de cette résistance opiniâtre⁵². Au lieu d'une taxe progressive sur la propriété foncière, on envisage plutôt une taxe régressive sur les billets d'admission vendus sur les lieux de divertissements fréquentés en bonne partie par la classe ouvrière⁵³. Dernière cette question de la taxation municipale se joue évidemment un conflit politique fondamental autour des principes de la redistribution de la richesse et de la justice sociale⁵⁴.

49 « Hôpitaux dans un état précaire », *Le Canada* (Montréal), 19 novembre 1914, p. 1-5. Voir également, « La situation de l'Hôpital Général », *La Presse* (Montréal), 21 novembre 1914, p. 7 ; « De l'aide à nos hôpitaux », *La Patrie* (Montréal), 19 novembre 1914, p. 4-5. Dans *The 93th Annual Report of the MGH for 1914*, p. 25-26.

50 La politique municipale et le développement de l'administration montréalaise ont été étudiés par Michèle Dagenais, dans *Des pouvoirs et des hommes. L'administration municipale de Montréal, 1900-1950*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2000. Sur Médéric Martin, voir également Robert-Maurice Migner, « Le Bossisme politique à Montréal : Camillien Houde remplace Médéric Martin (1923-1929) », *Urban History Review / Revue d'histoire urbaine*, n° 1, juin 1974, p. 2-8 ; Claude-V. Marsolais, Luc Desrochers et Robert Comeau, *Histoire des maires de Montréal*, Montréal, VLB, 1993, p. 217-223.

51 « Hôpitaux dans un état précaire », *Le Canada* (Montréal), 19 novembre 1914, p. 5.

52 « Une taxe pour les hôpitaux », *La Presse* (Montréal), 19 novembre 1914.

53 « L'art et les Artistes », *Le Passe-Temps*, 27 février 1915, p. 64-77. Voir également « Le sou du pauvre », *La Patrie* (Montréal), 10 juillet 1915, p. 4 ; « La perception du sou du pauvre », *Le Canada* (Montréal), 3 août 1915, p. 5-8 ; « Le sou du pauvre », *La Patrie* (Montréal), 24 décembre 1915, p. 4.

54 Elsbeth Heaman, *Tax, Order, and Good Government: A New Political History of Canada, 1867-1917*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2017 (voir notamment le chapitre 5) ; Shirley Tillotson, *Give and Take: The Citizen-Taxpayer and the Rise of Canadian Democracy*, Vancouver, UBC Press, 2017. Voir également Michèle Dagenais, « Gouverner Montréal, gouverner les Montréalais : taxation de l'eau et qualification électorale, 1860-1920 », dans Harold Bérubé et Stéphane Savard (dir.), *Pouvoir et territoire : acteurs, enjeux et processus de 1850 à nos jours*, Québec, Septentrion, 2017, p. 61-89.

Entre les divers groupes en présence – échevins, propriétaires de lieux de divertissements, directeur de l'Assistance municipale, hôpitaux, institutions d'assistance et autres –, les négociations sont très complexes. Les hôpitaux généraux réussissent toutefois à imposer une formule qui leur garantirait le versement annuel de l'ensemble des revenus de la taxe, en proportion du nombre de lits gratuits mis à la disposition des malades indigents montréalais. De leur côté, les autres institutions charitables, qui ont également d'énormes besoins, sollicitent l'intervention de l'archevêque de Montréal, M^{gr} Paul Bruchési. Habile politicien, celui-ci réussit à faire modifier le projet de loi d'amendement, dont discute alors l'Assemblée législative, pour faire ajouter les institutions de charité aux bénéficiaires des revenus de la taxe⁵⁵. Sanctionnée le 5 mars 1915, la Loi amendement la charte de la cité de Montréal donne finalement au conseil de ville le pouvoir de prélever le sou du pauvre. Toutefois, cette taxe est réduite au montant fixe de un sou par billet d'admission dans les divers lieux de divertissements sur le territoire de la municipalité, depuis le théâtre jusqu'aux vues animées, en passant par les terrains de jeu et les patinoires. Si la taxe vise les lieux fréquentés par la classe ouvrière, le fait qu'elle soit fixée à un sou par billet d'admission, peu importe sa valeur, lui donne en outre un caractère particulièrement régressif. Celui-ci n'a toutefois rien de surprenant dans le contexte de la politique municipale montréalaise⁵⁶.

L'intervention tardive de M^{gr} Bruchési a fait en sorte que les revenus de la taxe allaient être redistribués à tous les hôpitaux et institutions de charité en proportion du nombre de lits mis gratuitement à la disposition des indigents ayant résidé sur le territoire de la ville pendant au moins six mois⁵⁷. Dès l'amorce de la perception de la nouvelle taxe, les hôpitaux généraux en bloquent la redistribution pour ne pas avoir à partager « leurs » revenus de la taxe avec les autres institutions de charité. Au début de l'année 1916, le conseil d'administration du MGH fait une critique à peine voilée de M^{gr} Bruchési :

The effort referred to in our last Annual Report, regarding the securing of permanent aid from the City, resulted in the establishing of what is known as the Tax on Amusements for Hospital purposes. There has been a considerable amount collected, but no distribution has been made so far. The insertion at the last moment in the committee stage of the bill, of the words, "and other charitable institutions," upset calculations that had been made by the Hospitals interested. Certain amendments, however, have been suggested by the City, and are before the House at present,

55 Archives du Diocèse de Montréal (ADM), Fonds Département de l'Assistance municipale, Document 1915-01-15, amendement à la charte. Voir également MGH, *The 94th Annual Report of the MGH for 1915*, Montreal, *John Lovell & Son Limited*, 1916, p. 25-26.

56 Heaman, *Tax, Order and Good Government*, p. 229-230.

57 « Loi amendement la charte de la cité de Montréal », *Statuts du Québec*, 1915, 5 Geo. V, chap. 89, art. 26. Voir également AVM, VM001, S33, SS02, D050, « Règlement imposant une taxe de un sou sur chaque personne admise à un lieu d'amusement (Règlement n° 567) », adopté le 14 juin 1915. https://archivesdemontreal.ica-atom.org/no-567-reglement-imposant-une-taxe-dun-sou-sur-chaque-personne-admise-un-lieu-damusement?sf_culture=fr (page consultée le 27 octobre 2017)

which, if adopted, will definitely arrange for the proportion of the amount that is to go to the Hospitals, and the proportion to other charitable institutions⁵⁸.

Il faut donc attendre de nouvelles modifications apportées à la charte au début de l'année 1916 pour que soient redistribués les revenus de la taxe sur les divertissements, qu'on évalue à 200 000 dollars par année⁵⁹. Encore une fois, les négociations entourant la modification de la charte sont complexes ; en plus, elles se déroulent au moment où l'administration Martin est paralysée par les conflits. L'enjeu se déplace vers la formule de redistribution des revenus de la taxe : selon le projet d'amendement formulé par le directeur de l'Assistance municipale, et fortement appuyé par les grands hôpitaux, les deux tiers des revenus de la taxe devraient être consacrés aux hôpitaux généraux, le reste devant être partagé entre les autres institutions. Cette recommandation est adoptée par la Commission de la législation, et le directeur de l'Assistance municipale transmet alors le projet d'amendement à M^{re} Bruchési. Ce dernier émet alors « de graves objections » et s'oppose à ce que les hôpitaux généraux soient privilégiés aux dépens des « asiles pour les vieillards, [d]es orphelinats, [d]es crèches pour les enfants abandonnés, etc. »⁶⁰. Cette fois-ci, l'archevêque n'obtient qu'une demi-victoire. Le projet de loi adopté stipule que cinq hôpitaux généraux se partageront la moitié des revenus perçus par la taxe sur les divertissements, le reste devant être distribué aux hôpitaux spécialisés (1/3) et aux institutions de charité non médicalisées (1/6)⁶¹. Manifestement, cette taxe devait servir avant tout au développement d'une médecine hospitalière pour les pauvres.

Distribués en 1916, les revenus de la taxe pour les hôpitaux augmentent sensiblement la part du financement public dans les revenus généraux des hôpitaux. Selon les rapports du secrétaire provincial, cette part pour les trois hôpitaux montréalais pour lesquels nous avons des données fiables, c'est-à-dire le MGH, l'Hôtel-Dieu de Montréal et l'Hôpital Notre-Dame, passe de 5 à 12 % entre 1915 et 1920⁶². Malgré cette augmentation, les subventions publiques restent nettement inférieures à celles accordées aux hôpitaux ontariens. D'ailleurs, la part de ces revenus additionnels procurés par la taxe fixe de un sou diminue rapidement dans un contexte de forte inflation. À la recherche de nouveaux revenus, le gouvernement du Québec centralise la gestion de la taxe sur les divertissements et en étend les dispositions à l'ensemble des municipalités qui désiraient y avoir recours, à la fin de l'année 1916⁶³. La taxe est alors augmentée et varie désormais de un à dix sous en proportion du prix d'entrée. Cela dit, le gouvernement provincial s'approprie les surplus engendrés par cette augmentation et ne verse à Montréal que l'équivalent du montant fixe de un sou par billet d'entrée, montant

58 MGH, *The 94th Annual Report of the MGH for 1915*, p. 25-26.

59 « La taxe du sou du pauvre et les hôpitaux », *La Patrie* (Montréal), 7 février 1916, p. 5.

60 ADM, Fonds du Sou du pauvre (759.114.5), 916-1, Paul Bruchési à Albert Chevalier, 8 janvier 1916.

61 « Loi amendant la charte de la cité de Montréal », *Statuts du Québec*, 1916, 6 Geo. V, chap. 44, art. 22. Les cinq hôpitaux sont : l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu, le Montreal General Hospital, le Royal Victoria Hospital et le Western Hospital.

62 BSPQ, *Statistiques annuelles...*, *Années 1916 à 1920*, Québec, E.E Cinq-Mars et Ls. A. Proulx, 1917-1921.

63 « Loi amendant la loi sur les licences de Québec », *Statuts du Québec*, 1916, 7 Geo. V, chap. 17, art. 1292.

à redistribuer aux institutions hospitalières et d'assistance. Cette centralisation favorise donc la convergence des demandes des hôpitaux, des institutions d'assistance et des représentants municipaux vers le gouvernement provincial⁶⁴. Ces pressions mèneront à des changements législatifs importants à partir de 1920. Nous y reviendrons.

Au-delà des montants en cause, le financement public de la charité hospitalière amène son lot de contradictions dans le système de régulation sociale montréalais et québécois. Contrairement à l'Ontario, qui avait pris des mesures en ce sens à partir du *Charity Aid Act* de 1874, on n'a toujours pas trouvé, dans les années 1910, une réponse à l'épineuse question de la responsabilité des municipalités québécoises dans la gestion de l'indigence. Par conséquent, les hôpitaux montréalais doivent répondre aux besoins croissants d'une population pauvre provenant de Montréal, certes, mais aussi de régions plus ou moins éloignées. Depuis plusieurs années, on condamne ainsi les « faux » indigents et les « étrangers » qui convergent vers les institutions hospitalières montréalaises pour y obtenir des soins. En 1909, le médecin Zéphir Rhéaume, secrétaire de la Société médicale de Valleyfield, dénonce d'ailleurs le fait que « n'importe quel individu aujourd'hui peut obtenir un certificat d'indigence, soit du maire, soit du curé, soit du médecin de sa localité. C'est ce qui explique la présence dans [les hôpitaux montréalais] d'un nombre considérable de faux indigents. » Pour lui, comme pour la très grande majorité des intervenants montréalais, l'Assemblée législative doit reconnaître le principe « que chaque municipalité soit responsable du soutien de ses pauvres » et donc que « tout hôpital puisse réclamer de la municipalité d'où vient un patient indigent une somme déterminée et uniforme »⁶⁵. Dans son rapport de 1911, le directeur de l'Assistance municipale propose à son tour que la Ville s'adresse à l'Assemblée législative « pour faire établir le domicile de secours pour les indigents »⁶⁶. M^{gr} Bruchési, de son côté, demande en 1914 qu'une partie des coûts des soins soit payée « non par Montréal uniquement, mais par les municipalités d'où viennent les malades et les pauvres »⁶⁷. De l'avis de la très grande majorité des intervenants, le temps est venu de répondre au problème qui avait traditionnellement miné le système de régulation sociale québécois, soit l'absence d'implication des pouvoirs municipaux dans la prise en charge de l'indigence.

Comme le montre l'exemple de l'Ontario, seule une loi provinciale aurait pu reconnaître ce principe de la responsabilité de l'ensemble des municipalités à l'égard de « leurs » indigents. Il fallait toutefois convaincre un grand nombre de députés non montréalais à l'Assemblée législative. En mars 1915, la modification à la charte municipale de Montréal, qui avait donné le pouvoir à la Ville de prélever le sou du pauvre, avait tenté de restreindre l'emploi des revenus de la nouvelle taxe aux indigents montréalais « résidant dans la cité depuis au moins

64 « La taxe des théâtres au profit des hôpitaux », *Le Canada* (Montréal), 20 décembre 1917, p. 8.

65 Z. Rhéaume, « Suggestions à propos de la réglementation de l'admission des indigents dans les hôpitaux », *Union médicale du Canada*, vol. 38, n° 6, juin 1909, p. 339-341.

66 Département de l'Assistance municipale (Ville de Montréal), *Rapport annuel du Département de l'Assistance municipale pour l'année 1911*, Montréal, A. P. Pigeon, 1912, p. 31, 35.

67 ADM, Fonds du Département de l'Assistance municipale (759.106), 914.3, Paul Bruchési à Albert Chevalier, 9 décembre 1914.

six mois »⁶⁸. Or, de nouveaux amendements, adoptés du début de 1916, sont venus abroger cette disposition relative à la résidence des indigents, qui faisait pourtant largement consensus parmi les intervenants montréalais⁶⁹. Comme nous le verrons plus loin, on peut supposer que cette abrogation résultait des pressions des nombreux députés ruraux de l'Assemblée législative.

La distribution du sou du pauvre à Montréal à partir de 1916 se fait donc sans qu'il y ait d'obligation, pour les municipalités, de payer une partie des frais d'hospitalisation des indigents établis sur leur territoire. L'extension des dispositions relatives au sou du pauvre à l'ensemble des municipalités à la fin de l'année 1916 ne change que bien peu de choses à ce problème de fond. D'une part, bien des municipalités ne peuvent pas compter, comme Montréal, sur une « industrie de l'amusement ». D'autre part, nombre d'entre elles n'ont aucune envie de taxer leurs citoyens afin de contribuer à la prise en charge des pauvres par les hôpitaux des grands centres. Par conséquent, malgré l'extension des dispositions concernant le sou du pauvre, on interpelle toujours le gouvernement provincial pour qu'il vienne au secours des hôpitaux montréalais. M^{gr} Bruchési persiste par exemple à revendiquer une loi générale « obligeant les municipalités et la province à payer leur quote-part de l'entretien des malades dans les hôpitaux de la métropole »⁷⁰. La Société médicale de Montréal, en étroite collaboration avec les directions des hôpitaux, met sur pied un comité d'étude qui, en 1918, appuie un projet de loi provincial visant à contraindre les municipalités à payer les frais hospitaliers de « leurs » indigents⁷¹. Ce projet, qui aurait reconnu le principe de l'assistance publique obligatoire, est toutefois rejeté rapidement en première lecture à l'Assemblée législative⁷². L'année suivante, le président du Canadien Pacifique affirme qu'« il est temps que les choses changent et que dans la province de Québec, ainsi que cela a lieu ailleurs déjà, les municipalités paient pour leurs pauvres »⁷³.

Reprenant leur stratégie de 1915, les représentants du MGH, de l'Hôtel-Dieu, du Royal Victoria Hospital, de l'Hôpital Notre-Dame, du Western Hospital et de l'Hôpital Sainte-Justine informent les pouvoirs locaux québécois qu'aucun « malade indigent venu d'une municipalité étrangère ne sera reçu dans un des hôpitaux soussignés à moins que la municipalité s'engage d'avance à payer \$2.00 par jour d'hospitalisation »⁷⁴. En fait, il semble que seul le MGH ait eu recours

68 « Loi amendant la charte de la cité de Montréal », *Statuts du Québec*, 1915, 5 Geo. V, chap. 89, art. 26.

69 « Loi amendant la charte de la cité de Montréal », *Statuts du Québec*, 1916, 6 Geo. V, chap. 44, art. 22 ; Ville de Montréal, *Règlement n° 597 amendant le règlement n° 567 intitulé : « Règlement imposant une taxe d'un sou sur chaque personne admise à un lieu d'amusement »*, 17 mai 1916. Ces modifications prévoyaient la distribution des revenus de la taxe entre les institutions qui mettent « en permanence et gratuitement au moins vingt-cinq lits à la disposition de patients ou sujets indigents résidant dans la cité ou ailleurs ».

70 HND, *Trente-septième rapport annuel* (1917), p. 26-27.

71 « Société médicale de Montréal – Motion faux indigents », *Union médicale du Canada*, vol. 5, no 4, avril 1916, p. 182-187, et ADM, Fonds Hôpital Notre-Dame (778-846), 918-2, *Lettre envoyée aux Commissions administratives des hôpitaux de la province de Québec*, 14 novembre 1918.

72 Saint-Pierre, « Au sujet de la "Loi des hôpitaux" » p. 160-162.

73 « Les hôpitaux de Montréal ne seront satisfaits que lorsqu'ils auront justice », *La Patrie* (Montréal), 8 octobre 1919, p. 1-3.

74 Commissions permanentes de Trois-Rivières, *Aux municipalités de la province de Québec*, 1^{er} mai 1919.

à cette stratégie, ce qui explique en partie le déclin du nombre d'admissions constaté plus haut au graphique 1⁷⁵. L'action semble porter des fruits, puisque 77 municipalités s'engagent à payer pour leurs indigents auprès de ces hôpitaux⁷⁶. En 1919, à la faveur du retour à l'économie de paix, une solution au problème du financement public semble à portée de main. Le gouvernement provincial décide en effet de redonner l'ensemble des revenus de la taxe sur les divertissements aux municipalités, et donc les montants supplémentaires découlant de la modification de l'échelle de la tarification évoquée plus haut. Or, si le « sou du pauvre » pour les hôpitaux est toujours perçu, les municipalités entendent conserver les sommes supplémentaires afin de les intégrer dans leur fonds consolidé. À leurs yeux, il s'agit d'un transfert fiscal du gouvernement provincial vers les administrations municipales, et non vers les hôpitaux. Les hôpitaux montréalais, qui recueillent l'appui de 15 000 citoyens et du maire mis en tutelle Médéric Martin, exigent que ces revenus supplémentaires servent plutôt exclusivement à l'hospitalisation des indigents⁷⁷. Les municipalités, dont la Commission administrative de Montréal qui s'oppose à Martin sur ce point, auront gain de cause.

En janvier 1920, les six hôpitaux montréalais reviennent à la charge et réussissent à faire présenter un nouveau projet de loi réclamant l'obligation, pour les municipalités québécoises, de payer pour l'hospitalisation des indigents. De l'avis de l'un de ses principaux promoteurs, le médecin spécialiste Alexandre Saint-Pierre de l'Hôtel-Dieu de Montréal, ce projet de loi s'attaque enfin à « la liberté sacrée des conseils municipaux »⁷⁸. La Loi concernant l'hospitalisation des indigents, qui est sanctionnée en février 1920, ne va toutefois pas aussi loin : elle ne fait que suggérer la prise en charge des indigents par leur municipalité de résidence, au coût de 1,50 dollar par jour d'hospitalisation⁷⁹. Les hôpitaux sont insatisfaits de cette loi, même si elle est plutôt mal conçue. D'abord, la loi n'annonce aucune subvention provinciale ; en outre, elle ne prévoit aucune nouvelle source de revenus autre que ceux de la taxe sur les divertissements, dont le prélèvement est laissé à la discrétion des conseils municipaux. Ensuite, elle oblige les indigents à se présenter à l'hôpital munis d'un certificat d'indigence accordé par le maire (ou son représentant) de la dernière municipalité où ils ont résidé pendant plus de six mois, s'ils veulent bénéficier des services hospitaliers. Selon la loi, la décision de délivrer un certificat d'indigence est laissée à l'entière discrétion du pouvoir municipal. Enfin, si la loi respecte intégralement l'autonomie

Circulaire citée dans Guérard, « La santé publique dans deux villes du Québec », p. 349.

75 MGH, *The 98th Annual Report of the MGH with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1919*, Southern Press Limited, 1920, p. 23-26.

76 MGH, *The 98th Annual Report of the MGH for 1919*, p. 25.

77 « Loi amendant les Statuts refondus, 1909, en ce qui concerne la perception, par les municipalités, d'une taxe sur les personnes qui entrent dans un lieu d'amusements », *Statuts du Québec*, 1919, 9 Geo. V, chap. 61, art. 5956u à 5956za. Voir « Toute la taxe serait versée aux hôpitaux », *Le Devoir* (Montréal), 13 mai 1919, p. 3 ; « Les hôpitaux auront-ils toute la taxe sur les amusements ? », *La Patrie* (Montréal), 13 mai 1919, p. 3 ; « Les subtilités de M. Décaray », *Le Devoir* (Montréal) 15 mai 1919, p. 1.

78 Saint-Pierre, « Au sujet de la "Loi des hôpitaux" », p. 161.

79 Les représentants des hôpitaux de Montréal, « Projet de loi pour faire payer par les municipalités le coût de l'hospitalisation des malades indigents », 26 janvier 1920, ARHSJ, Fonds CH partie hôpital, 4A06, boîte 3.3.4.4., chemise 959. Voir également « Loi concernant l'hospitalisation des indigents dans les hôpitaux de la province », *Statuts du Québec*, 10 Geo. V, chap. 61.

des conseils municipaux dans l'attribution des certificats, les hôpitaux, eux, n'ont pas la même autonomie : ces derniers sont en effet dans l'obligation d'accueillir les indigents munis d'un certificat de leur municipalité. Selon Saint-Pierre, ce résultat décevant s'explique par l'opposition « intransigeante » de députés provenant de circonscriptions rurales. C'est pourquoi il aurait « été impossible d'obtenir l'imposition directe de l'obligation pour les municipalités de payer pour leurs malades indigents [...] »⁸⁰. En fait, la loi sera abrogée moins d'un an après sa sanction, faute d'avoir été vraiment appliquée.

C'est en partie pour contourner le blocage des milieux politiques ruraux qu'est adoptée, en 1921, la Loi établissant le Service de l'assistance publique. Cette loi, qui remplace celle de 1920, est une nouvelle tentative pour généraliser l'expérience du sou du pauvre à l'ensemble de la province. La loi instaure un système de subventions publiques pour les hôpitaux généraux, les hôpitaux spécialisés et les institutions d'assistance qui hébergent gratuitement des indigents. Elle prévoit une échelle de tarifs d'hébergement des indigents pour chaque catégorie d'institution, les deux tiers de ce tarif devant être payés en parts égales par la municipalité de résidence et le nouveau Service d'assistance publique, le tiers restant devant être assumé par la charité hospitalière. La loi oblige les municipalités à imposer une « taxe d'amusement » de 10 % sur les prix d'entrée et à verser, en parts égales, la totalité des sommes ainsi perçues dans les fonds de l'assistance municipale et de l'assistance publique de la province. Le fonds provincial est donc constitué de la moitié de ces revenus provenant de la taxe locale sur les lieux de divertissements, à laquelle s'ajoutent les sommes perçues par l'État provincial sur les permis d'exploitation des lieux de divertissements et des champs de courses. En interdisant aux municipalités d'utiliser les revenus augmentés de la taxe sur les lieux de divertissements à d'autres fins qu'au fonctionnement du système d'assistance publique, l'Assemblée législative espère remédier à l'absence d'une contrainte légale directe obligeant les municipalités québécoises à prendre en charge leurs indigents. Parallèlement, toujours soucieuse de respecter la « liberté sacrée des conseils municipaux », l'Assemblée législative reconnaît au maire ou à son représentant, tout comme dans la loi de 1920, le pouvoir de délivrer les certificats d'indigence devant être présentés lors de l'admission dans un hôpital ou une institution d'assistance. Ce pouvoir est discrétionnaire, puisque rien n'oblige la mairie à reconnaître une demande de certificat qui respecterait des normes prédéfinies⁸¹. Ce sera par la suite la source de nombreuses difficultés en ce qui a trait à la prise en charge de la pauvreté et, évidemment, une limite importante à la pleine reconnaissance du droit des indigents à des soins médicaux, malgré l'obligation municipale de prélever la nouvelle taxe⁸².

80 Saint-Pierre, « Au sujet de la “Loi des hôpitaux” », p. 160-162. Voir également Petitclerc, « À propos de “ceux qui sont en dehors de la société” », p. 239.

81 « Loi établissant le service de l'assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1921, 11 Geo. V, chap. 79.

82 Voir Petitclerc, « À propos de “ceux qui sont en-dehors de la société” » et « “Je ne serais ni Bleu ni Rouge, je serais de la Commission des Assurances Sociales” : l'impartialité de la commission Montpetit à l'épreuve de la partisanerie politique dans le Québec des années 1930 », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 23, n° 3, 2015, p. 38-59.

Conclusion

Cette absence de droit pour les indigents ne choque personne à l'époque. L'objectif du sou du pauvre a toujours été de soutenir et de réformer la vocation charitable de l'hôpital, non de reconnaître un quelconque droit aux indigents de Montréal ou d'ailleurs. La taxe vise plus particulièrement à contourner les problèmes associés au système privé et confessionnel d'assistance sociale montréalais et québécois. En effet, l'absence de financement public représente une contrainte politique majeure au développement du réseau hospitalier québécois au début du XX^e siècle. Les hôpitaux québécois se trouvent alors dans une situation nettement moins favorable que les hôpitaux ontariens, qui peuvent compter sur d'importantes subventions publiques depuis 1874. Au Québec comme en Ontario, les institutions hospitalières entrevoient dans le marché des soins une source de financement importante pour leur développement. Tant qu'une part considérable de leurs ressources financières privées est consacrée au financement des services gratuits aux indigents, les hôpitaux québécois peuvent toutefois difficilement s'engager sur cette voie. Ainsi, le recours à la tarification d'une partie des services, au début du XX^e siècle, relève plutôt d'une logique charitable de redistribution des ressources entre patients payants, semi-payants et indigents à l'intérieur de l'hôpital que d'une logique marchande de vente individuelle de services hospitaliers à leur valeur sur le marché. En ce sens, la transition de l'hôpital charitable à l'hôpital « moderne » est probablement un processus plus complexe que le laisse généralement entendre l'historiographie. Puisqu'il y a sans doute plus qu'une coïncidence entre le financement public des hôpitaux ontariens et l'avancement plus poussé de la marchandisation des soins dans cette province, l'idée d'une étroite imbrication entre la formation de l'État et le développement des marchés apparaît vraisemblable⁸³. Cette idée n'est pas inconnue des directions hospitalières montréalaises qui militent activement, à partir du début du XX^e siècle, pour un financement public des soins charitables offerts aux malades indigents, prélude à une véritable tarification de leurs services à leur valeur marchande. Du même coup, cette intervention consolide les principes d'une prise en charge locale de la pauvreté qui verrouillera, pour plusieurs années, la formulation de la nouvelle demande sociale en matière d'accès aux soins hospitaliers dans les termes dépolitisés de la charité et du marché.

83 Nous avons également abordé cette question sous l'angle de la mutualité québécoise dans Martin Petitclerc, « *Nous protégeons l'infortune* ». *Les origines populaires de l'économie sociale au Québec*, Montréal, VLB éditeur, 2007, p. 185 et suivantes.