

La structuration de la pratique médicale, 1800-1940

Par Denis Goulet



CONSULTER EN LIGNE

atlas.cieq.ca

Une fenêtre sur le passé québécois

Plus de 200 textes et cartes de référence
sur l'histoire du Québec en libre accès

POUR CITER CET ARTICLE, UTILISER L'INFORMATION SUIVANTE :

Goulet, Denis (1998). «La structuration de la pratique médicale, 1800-1940» dans Normand Séguin (dir.), *L'institution médicale*. Québec: Les Presses de l'Université Laval (coll. «Atlas historique du Québec»). [En ligne]: <https://atlas.cieq.ca/l-institution-medicale/la-structuration-de-la-pratique-medicale-1800-1940.pdf>

Tous droits réservés. Centre interuniversitaire d'études québécoises (CIEQ)
Dépôt légal (Québec et Canada), 1998.
ISBN 2-7637-7623-X

Les chercheurs du CIEQ, issus de neuf universités, se rejoignent pour étudier les changements de la société québécoise, depuis la colonisation française jusqu'à nos jours. Leurs travaux s'inscrivent dans trois grands axes de recherche: **les gens** : les populations et leurs milieux; **les ressources** : les moyens d'existence et les stratégies; **les régulations** : la norme, l'usage et la marge. Ils privilégient une approche scientifique pluridisciplinaire originale pour comprendre le changement social et culturel dans ses dimensions spatiotemporelles – www.cieq.ca

La structuration de la pratique médicale, 1800-1940

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

Du compagnonnage aux premières écoles de médecine

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

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

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

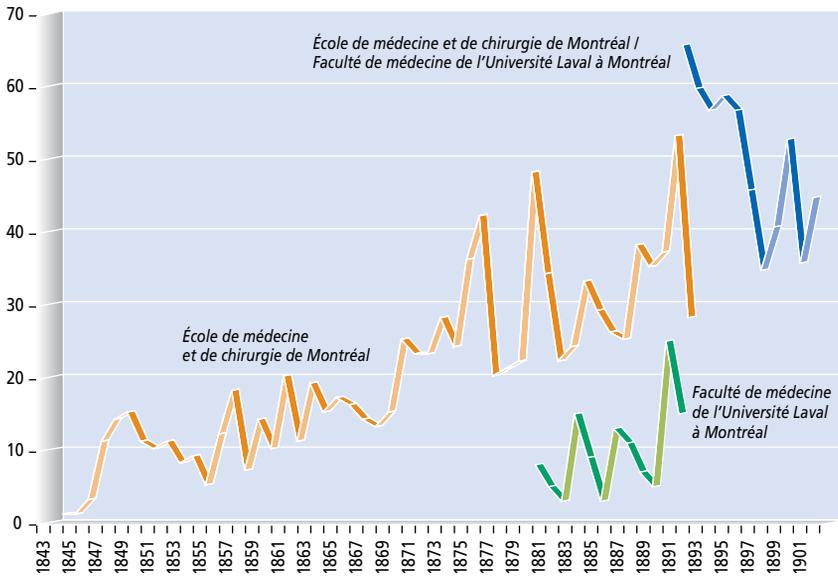
La même année, en 1823, des médecins anglophones du Montreal General Hospital (MGH) nouvellement créé — les docteurs William Caldwell, Andrew Fernando Holmes, H. P. Loedel et John Stephenson — décident de mettre sur pied une petite école de médecine destinée aux anglo-protestants de Montréal, dénommée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

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

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

FIGURE 1

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



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

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

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

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

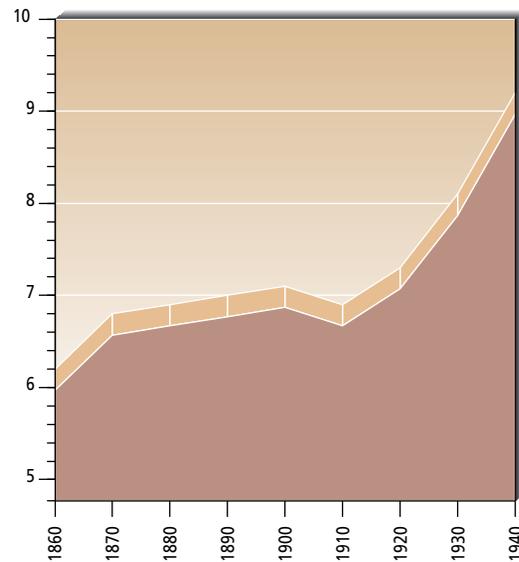
Ce sont des médecins du MGH qui ont mis sur pied la Faculté de médecine de l'Université McGill (FMUMG) et des médecins de l'Hôpital de la Marine et de l'Hôtel-Dieu de Québec qui ont créé la Faculté de médecine de l'Université Laval (FMUL). Quant aux médecins de l'École de médecine et de chirurgie de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

Dès 1847, l'adoption de ce modèle d'enseignement médical axé sur l'université et l'hôpital, d'inspiration largement britannique, est confirmée par la loi incorporant le Collège des médecins et chirurgiens. Cette « grande charte », ainsi la dénommait-on, conférait au Collège deux importants pouvoirs. Le premier permet de déterminer les conditions d'admission aux études de médecine : ainsi on exigera des premières cohortes d'étudiants un bon caractère moral et une connaissance suffisante du latin, de l'histoire, de la géographie, des mathématiques et de la philosophie naturelle. Le second permet d'édicter les critères d'obtention du certificat de pratique : la durée des études exigées, les cours obligatoires, l'âge requis de l'aspirant, etc. Aussi, la loi de 1847 fixe l'âge minimal du candidat à 21 ans et la durée des études à pas moins de 4 années d'apprentissage auprès de praticiens « dûment autorisés à pratiquer la médecine¹ ». Désormais, la simple cléricature n'est plus suffisante pour obtenir une licence. Le candidat est contraint de suivre pendant six mois des cours d'anatomie générale et de physiologie; d'anatomie pratique et de chirurgie ; de pratique de la médecine et de l'obstétrique ; et enfin, de chimie et de pharmacie.

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

FIGURE 2

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



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

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

En somme, depuis 1847, aucune école de médecine au Québec ne pouvait espérer un développement durable sans des affiliations hospitalière et universitaire². Sa faible population et un cadre institutionnel aussi contraignant expliquent que le Québec n'a pas suscité la création d'une large brochette d'écoles de médecine. Le ratio diplômés/population n'a connu que de légères fluctuations entre 1870 et 1920, passant de 6,8/1 000 à 7,3/1 000.

Les premiers régimes pédagogiques, 1847-1909

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



Jusqu'à la décennie 1870-1880, les étudiants disposaient d'une petite bibliothèque, d'un laboratoire de chimie équipé d'un microscope, d'un musée d'anatomie et d'une petite salle de dissection, devenue depuis peu indispensable à l'acquisition de certaines notions d'anatomie. Les écoles de médecine furent alors les pionnières de l'usage du microscope et de l'enseignement de quelques rudiments de chimie. Un démonstrateur d'anatomie veillait au bon déroulement des opérations et à l'approvisionnement, souvent difficile, en cadavres. Les étudiants pouvaient profiter de la nouvelle loi d'anatomie promulguée en 1843 qui ordonnait de remettre aux médecins ayant trois étudiants et plus les cadavres non réclamés des personnes trouvées mortes sur la voie publique et ceux des individus décédés dans un établissement recevant des octrois du gouvernement³. Cette loi rendait plus accessibles les sujets de dissection puis-

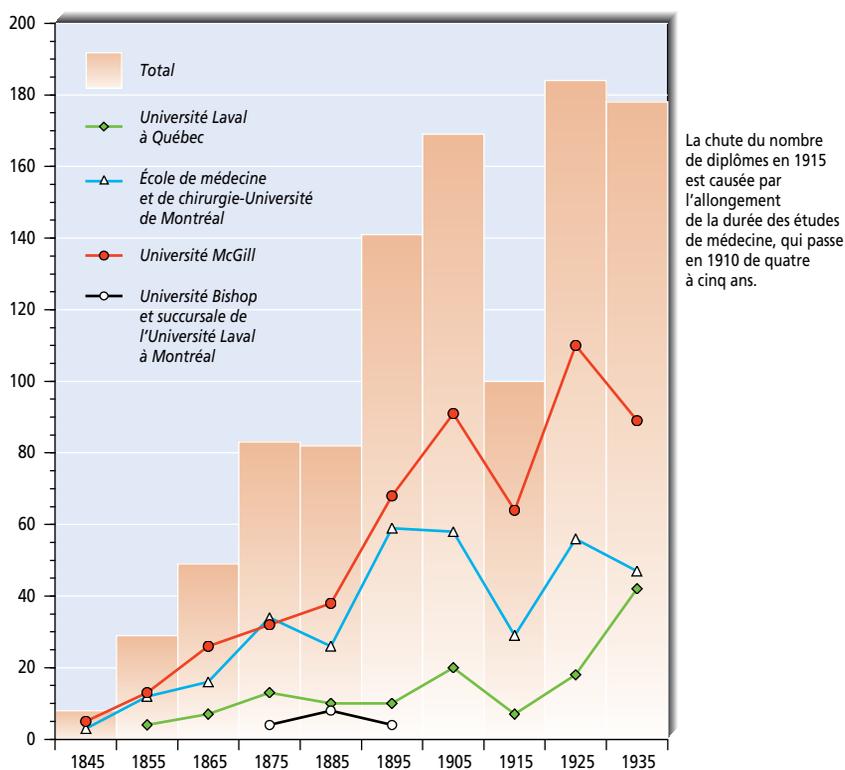
J. A. KLINLOCK GROUP, MCGILL MEDICAL STUDENTS, MONTRÉAL, QUÉBEC, 1884. Archives photographiques Notman, Musée McCord d'histoire canadienne, Montréal. II-73328.

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

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

FIGURE 3

Diplômes en médecine décernés annuellement au Québec, 1845-1935



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

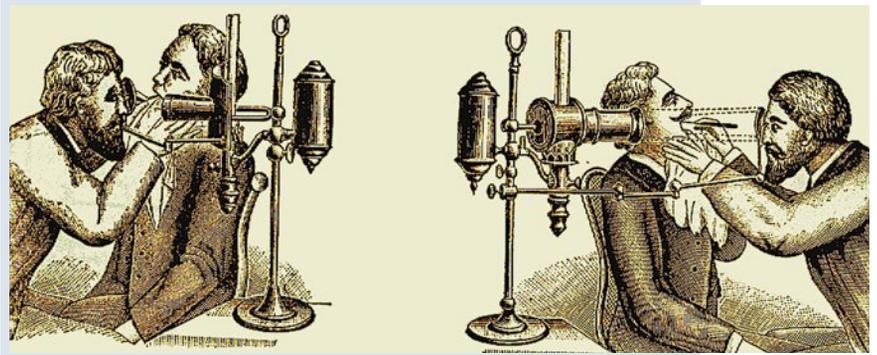
Depuis la décennie 1870-1880, les conditions d'enseignement s'améliorent, les programmes se diversifient et les techniques pédagogiques évoluent : des cours spécialisés sont ajoutés au cursus des études, les salles de dissection sont mieux organisées, les cadavres sont préalablement désinfectés et les tournées cliniques dans les hôpitaux se font de façon plus régulière. Mais les efforts de l'École de médecine et de chirurgie pour adapter son enseignement à l'évolution rapide du savoir médical ne lui assurent pas pour autant une réputation égale à celle de l'Université McGill. Grâce à des moyens financiers supérieurs et aux efforts de William Osler dans la promotion des travaux pratiques de pathologie, cette dernière orientera son enseignement vers une formation scientifique et pratique plus poussée. Les travaux d'Osler à titre de pathologiste du Montreal General Hospital et de professeur de la Faculté de médecine de l'Université McGill à partir de 1874 contribueront grandement à rehausser la réputation de cette faculté. Largement influencé par les travaux de Virchow au Pathological Institute de Berlin⁴, le docteur Osler organisera l'un des premiers véritables services de pathologie au Canada. Il pratiquera près de 800 autopsies qui, jusqu'en 1884, seront consignées dans une série de publications annuelles, une première du genre au Canada, intitulées *Montreal General Hospital : Reports Clinical and Pathological* (Cushing, 1925 : 179). Il contribuera largement au développement de l'histologie au Québec et publiera en 1882 un manuel de laboratoire intitulé *Students' Notes : Normal Histology for Laboratory and Class Use*. Cet ouvrage avait été conçu pour familiariser les étudiants avec les méthodologies de préparation et d'observation des tissus et à l'utilisation du microscope dans les investigations pathologiques⁵. Osler avait le mérite de systématiser une pratique plutôt empirique qui avait déjà cours depuis quelques années dans les facultés de médecine du Québec. Chacune possédait un musée anatomique contenant des préparations pathologiques et des planches illustrant les effets de la maladie sur les tissus et les organes.

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

considérable de ces champs médicaux rendait impossible leur enseignement conjoint. L'histologie exigeait désormais de nombreuses heures d'études pour rendre compte des tissus à l'état normal et pathologique, pour enseigner le maniement du microscope, son application à la clinique et au diagnostic et enfin, pour illustrer la préparation — injection, coloration, durcissement, division — des tissus microscopiques. Tout en rendant compte des principales fonctions normales du corps — nutrition, relation, reproduction — les cours de physiologie et de pathologie générale s'attachaient aux origines et à la nature des lésions ainsi qu'aux principales altérations des organes et des tissus causées par les maladies⁶. S'ajoutait aussi la nécessité de mettre à jour le contenu des cours. Par exemple, les cours d'accouchement et de maladies des femmes et des enfants abordent désormais l'utilisation des anesthésiques « durant le travail » ainsi que la présentation de pièces anatomo-pathologiques.

Reflet de l'importance accrue de l'enseignement clinique au lit du malade, la période de stage dans les hôpitaux fut allongée de six mois à un an et demi. Cependant, l'obstétrique demeurait dans l'esprit de l'élite de la profession une matière relativement marginale. Contraint à n'assister qu'à six accouchements durant leur période de formation, les candidats à l'exercice de la médecine étaient fort mal préparés aux nombreuses difficultés de la pratique obstétrique. Certes, les résistances des hospitalières à accueillir les étudiants en médecine dans les maternités francophones y sont-elles pour quelque chose, mais il demeure que les professeurs étaient peu enclins à promouvoir cet apprentissage pratique. Cela dit, l'Hospice de la Maternité de Sainte-Pélagie offre, grâce aux fonds fournis par les professeurs pour l'aménagement des salles, une grande variété de cas et de nombreux « accidents divers qui surviennent soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement⁷ ».

Même si l'enseignement théorique demeura dominant au sein des facultés de médecine jusqu'aux premières décennies du XX^e siècle, une place plus importante sera accordée à l'enseignement pratique. Par exemple, si les autorités de l'ÉMCM soulignent que « Montréal offre plus d'avantages pour l'étude de la médecine qu'aucune autre ville de la Puissance, c'est parce que sa population, ses fabriques de tout genre, son port, ses nombreuses maisons en construction, sont une source féconde (sic) d'accidents et conséquemment de cas de chirurgie⁸ ». De fait, les accidents constitueront, jusqu'aux premières décennies du XX^e siècle, une clientèle importante des hôpitaux généraux de Montréal et un terrain riche et varié d'observations pour l'étudiant en médecine. L'hôpital Notre-Dame était devenu, quelques années seulement après son ouverture, un centre d'urgence spécialisé dans les soins aux accidentés (Goulet, Hudon et Keel, 1993). À l'instar du MGH pour la Faculté de médecine de l'Université McGill et de l'Hôtel-Dieu de



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

Québec pour la Faculté de médecine de l'Université Laval, l'enseignement prodigué à l'Hôtel-Dieu de Montréal, un hôpital général de 225 lits, permettait d'offrir aux étudiants des « connaissances pratiques sur toutes les branches de la médecine ». Ceux-ci auront alors l'occasion d'examiner les « malades eux-mêmes, « prendre » des observations et s'exercer au diagnostic des maladies⁹ ». Les examens post-mortem se font un peu plus fréquents au sein de salles d'anatomie pathologique mises à la disposition des professeurs. Ainsi est-ce le cas de l'École de médecine et de chirurgie où « des autopsies minutieuses et répétées » sont effectuées pour « rendre compte des ravages causés par la maladie sur le corps humain¹⁰ ». Enfin les nombreux dispensaires, sorte de cliniques externes accessibles aux indigents de Québec et de Montréal offrent aux étudiants de médecine l'occasion de se familiariser avec les pathologies les plus fréquentes.

La précision du diagnostic dépendait surtout de la reconnaissance des signes cliniques. Elle s'effectuait selon des procédés en constante évolution, mais dont les principes de base remontent au dernier tiers du XVIII^e siècle. L'interrogation, l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation¹¹ constituaient alors les voies d'accès à la maladie. Tout au long du XIX^e siècle, on en perfectionne les techniques et les instruments. Outre le stéthoscope, inventé par Laennec en 1819, utilisé pour l'auscultation¹², mentionnons aussi le plessimètre, instrument de percussion médiate imaginé par Piorry en 1828. S'ajoutent aussi de nouveaux procédés endoscopiques tels que le laryngoscope¹³ ou l'ophtalmoscope¹⁴ dont les premières utilisations méthodiques remontent au milieu du XIX^e siècle. L'usage du thermomètre clinique s'est aussi répandu vers la même période de même que celui du spiromètre qui sert à mesurer la capacité respiratoire des poumons¹⁵.

Les étudiants étaient donc appelés à établir la valeur des symptômes spécifiques et accessoires découverts à l'aide du stéthoscope, du thermomètre ou du laryngoscope ainsi qu'à prescrire le traitement approprié. De telles cliniques, associées aux cours de chimie et de diagnostic, avaient pour but de « fournir au médecin praticien des moyens de reconnaître les maladies¹⁶ ». Les observations chimiques se bornaient la plupart du temps à une analyse quantitative et qualitative des « divers fluides de l'économie », à savoir l'examen chimique du sang, des urines (notamment des dépôts et calculs urinaires) et du lait. De telles observations effectuées directement sur la petite table de chevet du malade n'étaient pas rares.

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

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

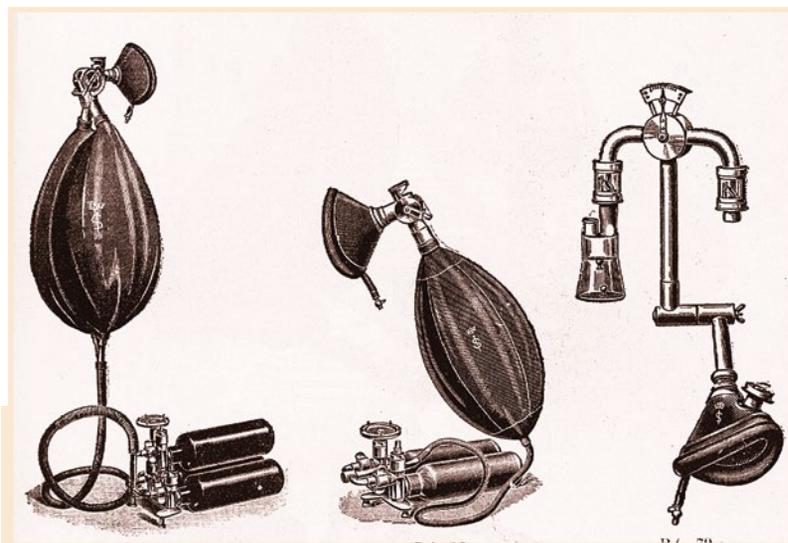
En 1909, la Législature québécoise adopte une refonte de la loi médicale de 1876¹⁷. Cette refonte modifie les cadres de l'enseignement de la médecine. Le programme des études, étendu à cinq années, fixe les matières et les modalités d'examens, définit les préalables à l'obtention de la licence et dresse la liste des cours obligatoires de médecine, y compris les cours de clinique. De nouvelles matières telles la bactériologie, la dermatologie et la pédiatrie sont rendues obligatoires. La refonte de 1909 reprend les dispositions d'une loi votée en 1890 qui rendait éligibles aux études de médecine les bacheliers ès lettres, ès arts et ès

sciences, sans qu'ils n'aient à se présenter devant le Collège des médecins¹⁸. Cette mesure constitue en principe une reconnaissance du cours classique des collèges même si leurs programmes de mathématiques et de sciences étaient largement déficients. Tous les autres aspirants non bacheliers doivent subir l'examen requis — oral ou écrit — par le Bureau provincial de médecine « sur les matières formant l'objet d'un cours classique¹⁹ ».

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

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

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

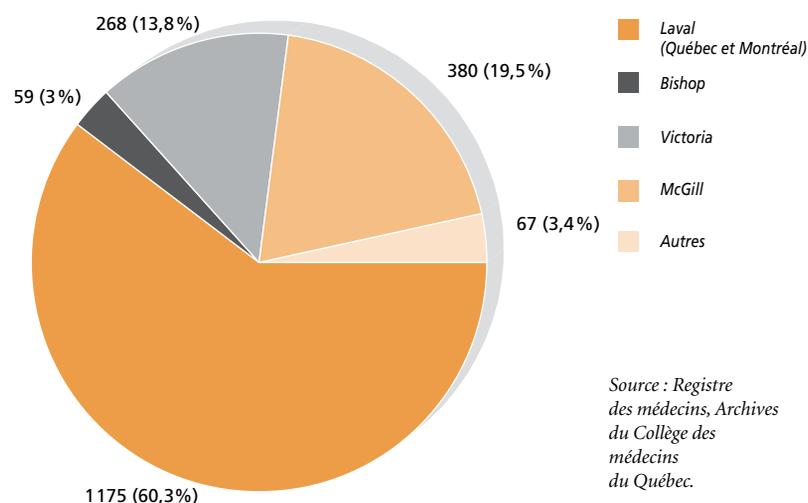


INHALATEURS À L'ÉTHER ET AU CHLOROFORME OFFERTS AUX MÉDECINS QUÉBÉCOIS PAR LA MAISON LIVERNOIS, 1895.

Catalogue illustré d'instruments de chirurgie, Maison J.-E. Livernois, Archives nationales du Québec à Québec, 1895.

FIGURE 4

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



En somme, la formation prodiguée visait essentiellement à préparer l'étudiant aux techniques fondamentales et parfois minimales du diagnostic, de la thérapeutique, de l'accouchement et de la chirurgie. L'enseignement donné dans les facultés francophones répondait généralement aux critères fonctionnels et pragmatiques d'une pratique médicale en cabinet privé et des soins d'urgence offerts par les hôpitaux, dont la demande était croissante en milieu urbain. La tradition clinique française, adoptée et transmise par les professeurs avec un enthousiasme non dénué d'une francophilie nationaliste, s'accordait fort bien à ce contexte. Tellement bien que l'ensemble des disciplines médicales, y compris les sciences de laboratoire, se plièrent, jusque tard au *XX^e* siècle, à la domination de la clinique, au détriment parfois de la recherche fondamentale. Dominait en effet une approche utilitariste. Une nouveauté biomédicale était jugée en terme d'efficacité prophylactique, diagnostique ou thérapeutique²⁰. À telle enseigne que souvent la formation et la recherche fondamentale étaient reléguées au second plan.

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

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

de l'enseignement au laboratoire se juxtaposaient aux finalités pragmatiques de l'enseignement clinique.

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

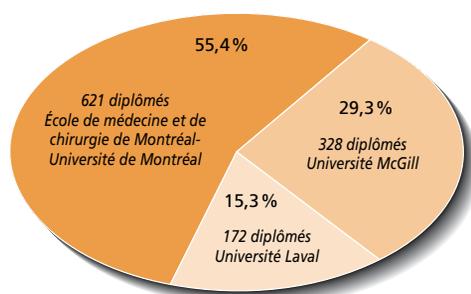
Entre-temps, au tournant du *XX^e* siècle, se répandait aux États-Unis l'idée, reprise notamment par Abraham Flexner en 1910, que toute pratique et toute recherche médicales devaient s'appuyer sur une rigoureuse méthodologie scientifique axée sur le laboratoire. Cette approche — largement teintée d'un positivisme médical — reposait sur l'idée que la médecine devait être envisagée comme une discipline expérimentale gouvernée par les lois de la biologie générale. Il fallait en définitive orienter la formation vers la recherche et l'enseignement plutôt que vers la pratique professionnelle²¹. Les facultés et les écoles devaient en conséquence promouvoir l'enseignement des sciences fondamentales, augmenter considérablement le temps alloué à la formation dans les laboratoires et embaucher des professeurs à temps plein. En somme, la formation des étudiants, après une période d'initiation aux sciences de base et aux fondements théoriques de la science médicale, devait être largement fondée sur la fréquentation régulière des laboratoires et des salles des hôpitaux. À partir de la décennie 1920-1930, les facultés de médecine s'orienteront peu à peu vers de tels modèles, mais il faudra pour cela des apports financiers importants, de source privée ou publique.

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

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

FIGURE 5

Origine universitaire des diplômés pratiquant au Québec, 1890-1929



Sources : *Annuaire des facultés de médecine, années concernées.*

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

C'est au XIX^e siècle que la médecine est devenue au sens actuel du terme une profession, c'est-à-dire un secteur d'activité où l'autonomie et l'hégémonie des membres ont été juridiquement reconnues. Le 28 juillet 1847, deux lois étaient adoptées qui reconnaissaient l'autonomie des professions médicale et notariale²³. Médecins et notaires acquéraient alors des pouvoirs importants en matière de contrôle de leur profession. Une étape majeure de la professionnalisation de la médecine et de l'unification du corps médical venait d'être franchie. À cet égard, l'intervention de l'État montre bien que la création du CMCBC n'émane pas seulement de la volonté de ses membres à des seules fins de défense des intérêts professionnels. Implicitement, le législateur donne au CMCBC un double mandat : protéger la santé publique et contrôler la pratique médicale.

Les fondements d'une nouvelle profession

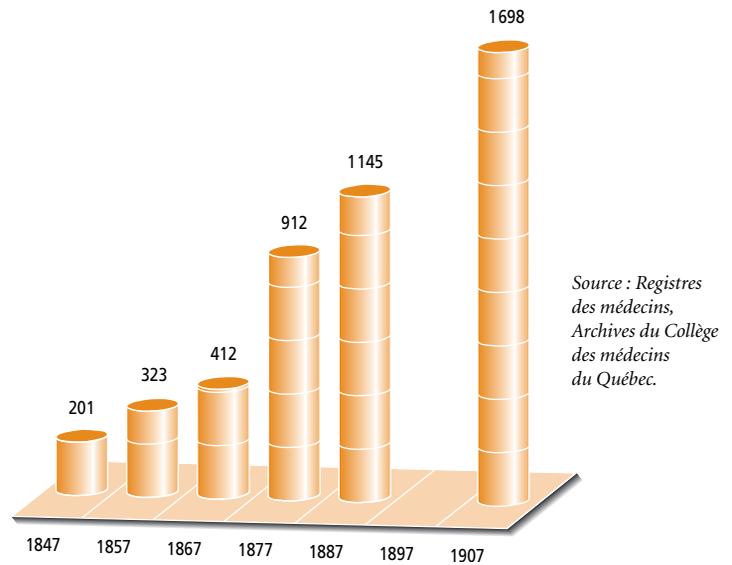
La « grande charte » de 1847 donnait au corps médical du Bas-Canada le pouvoir d'établir « ses propres règlements pour l'étude de la médecine et d'adopter ses propres statuts pour sa régie ». Il s'agissait d'un événement unique au Canada, voire en Amérique du Nord. Le Collège obtenait le droit de définir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

L'entrée en vigueur de la loi de 1847 accordait *ipso facto* le statut de membres du Collège aux 181 médecins signataires de la pétition. Parmi ceux-ci, on ne compte qu'une cinquantaine de médecins diplômés, les autres ayant obtenu leur licence à la suite d'une cléricature²⁴. Neuf nouveaux membres sont admis au cours de la première assemblée du 15 septembre. Le Collège, qui ne comprend alors que 190 membres, connaît des débuts difficiles. On lui reproche notamment certaines irrégularités dans le processus d'admission de ses membres et son manque de représentativité en milieu rural. Contesté par certains, il est le plus souvent ignoré par de nombreux médecins qui n'étaient pas obligés d'y adhérer pour pratiquer leur art au Québec. Un règlement adopté lors de la première réunion du Collège imposait une période de probation de quatre ans à tout nouveau détenteur d'une licence, désireux de devenir membre du CMCBC. De plus, la corporation se heurtait aux privilèges des facultés de médecine qui avaient conservé le droit de décerner des diplômes sans examen auprès du bureau d'examineurs du Collège. Il lui faudra attendre quelques décennies avant que les pouvoirs conférés par la loi de 1847 ne deviennent réellement effectifs. La profession médicale était encore loin d'avoir trouvé l'unité nécessaire à sa consolidation.

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

FIGURE 6

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



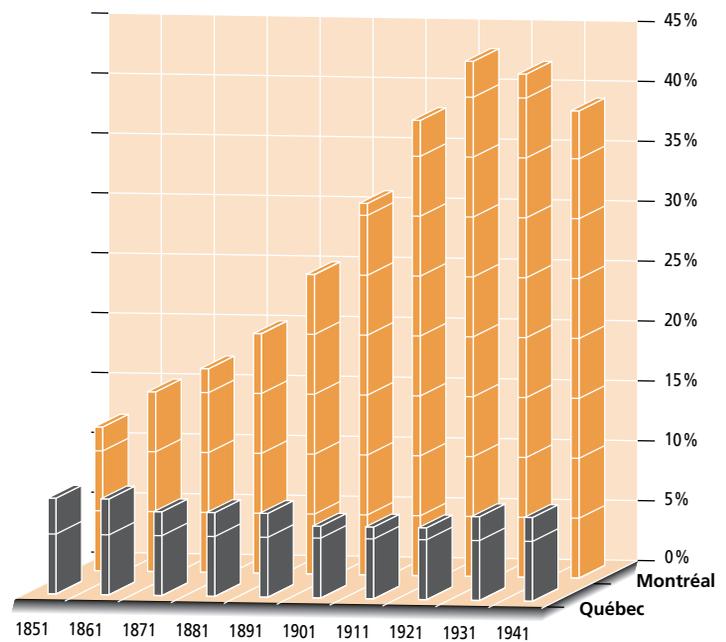
milieu du XIX^e siècle : la liberté du lieu d'exercice ; le pouvoir de fixer les honoraires, à partir de 1876²⁵ ; le pouvoir d'instaurer un code de déontologie et enfin, celui de sanctionner ses membres par l'instauration d'un conseil de discipline, à compter de 1898. Quant à la liberté d'exercice, l'État et le Collège ne sont jamais intervenus pour la limiter, sauf récemment, pour assurer une répartition équilibrée des médecins dans les régions.

Autre élément important, la loi de 1876 assurait une représentation des facultés de médecine au sein du CMCPQ. Or, cette initiative rendue nécessaire pour la concertation en matière d'admission aux études et d'adoption des programmes, renforce le pouvoir des médecins des grands centres urbains au détriment des médecins des régions. S'amorce ainsi la centralisation des pouvoirs décisionnels aux mains des médecins de Montréal et de Québec. Les ambitions de l'élite médicale urbaine sont telles que les mesures adoptées par la loi de 1876 sont jugées trop faibles. L'éditorialiste de *L'Union médicale du Canada* déplore la représentation insuffisante de Montréal : « les progrès et les réformes prennent surtout origine dans les grands centres, les médecins y étant toujours en relation, et la nature de leurs études et de leurs devoirs les mettant plus en état de juger les besoins de la profession que les médecins des districts ruraux, qui par leur isolement sont dans l'impossibilité de s'occuper autant des intérêts généraux de la profession²⁶ ».

L'urbanisation favorise la concentration des pouvoirs entre les mains des élites urbaines. Et ce processus s'accroît au moment où le Collège obtient un élargissement considérable de son membership en milieu rural²⁷. La loi de 1876 a donné une nouvelle vitalité au Collège puisqu'on lui accordait aussi d'importants pouvoirs d'intervention quant à l'accessibilité à la profession et à la monopolisation des actes médicaux au profit des médecins licenciés. Mais le Collège nourrissait d'autres objectifs ; notamment, il souhaitait accroître son autorité morale auprès de tous les membres de la profession afin de devenir un levier important d'intégration et de regroupement des médecins en territoire québécois. Certes, il y a des sociétés et des revues médicales qui tentent de rapprocher les membres de la profession, mais aucune ne dispose des moyens du CMCPQ. En tant que représentant légitime de toute la profession, grâce à l'inscription obligatoire des médecins, le CMCPQ peut prétendre participer activement à la quête d'unité, de respectabilité et de notabilité de la profession médicale. La volonté d'hégémonie en matière de production de soins exigeait non seulement le développement des savoirs et la standardisation des pratiques, mais aussi la crédibilité et le prestige social que des intérêts communs étaient de nature à favoriser. Mais encore fallait-il que cette démarche fût guidée par une autorité éclairée, en l'occurrence le Collège, « le gardien de l'honneur, de la

FIGURE 7

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



dignité et des intérêts de la profession²⁸ ». Aussi demande-t-on aux médecins de s'en remettre désormais au Collège « pour toute question concernant les intérêts de la profession » afin qu'aucune ne soit « soumise à la législature de la Province de Québec sans avoir été considérée par les gouverneurs du Collège, et, si ceux-ci le jugent opportun, soumise à la profession même²⁹ ». Le CMCPQ deviendra dès lors le pivot de toutes les questions professionnelles, législatives et éthiques concernant la pratique médicale. Et l'adoption de l'importante loi de 1909, qui constitue une étape fondamentale de la professionnalisation de la médecine, accroîtra encore les pouvoirs du Collège, non seulement dans la régie interne de la profession, mais aussi dans le contrôle des soins.

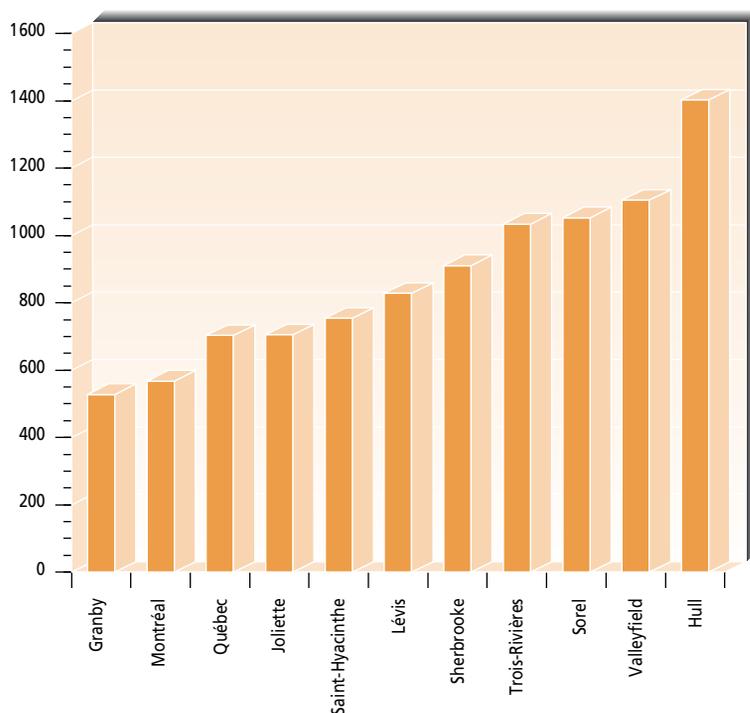
Sources : Recensement du Canada, 1851-1941.

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

La loi de 1909 constitue une autre étape importante dans l'histoire du Collège des médecins du Québec (CMQ) puisqu'elle inaugure son entrée dans la modernité professionnelle³⁰. Cette loi conférait de nouvelles prérogatives qui traceront les grandes lignes des activités du Collège jusqu'aux années 1940 : le privilège de rédiger un code de déontologie, l'autorisation de mettre sur pied un conseil de discipline, la permission de réformer les structures administratives et d'établir des contrôles comptables, le droit exclusif de décerner des licences de pratique, des pouvoirs accrus de répression à l'endroit des praticiens illégaux, pour ne citer que les plus importantes.

FIGURE 8

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



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

Autocontrôle et répression de l'exercice illégal de la médecine

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

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

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

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

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

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

Depuis le dernier tiers du ^{xix}e siècle, le Collège s'efforçait d'obtenir un droit de contrôle de la pratique des sages-femmes. En 1876, il n'obtient gain de cause qu'en partie puisque le législateur, tout en lui octroyant un droit de contrôle ferme en milieu urbain, ne lui consent qu'un contrôle restreint en milieu rural. Toutes les sages-femmes pratiquant en milieu urbain sont désormais obligées d'obtenir une licence du Bureau provincial de médecine et le CMCPQ entend se montrer très exigeant sur les qualifications des postulantes. Entre 1877 et 1880, il accorde 17 licences à des sages-femmes. Mais, par la suite, les licences sont délivrées parcimonieusement et, au tournant du ^{xx}e siècle, le nombre de sages-femmes en milieu urbain décroîtra de façon notable. Intensifiant ses efforts afin de mieux contrôler la formation des sages-femmes, le CMCPQ propose en 1879 des modifications à la loi qui l'autorisent à fixer « le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes

désirant pratiquer les accouchements³¹ ». Encore une fois, le législateur modifie la proposition du Collège afin que les sages-femmes des campagnes soient exclues de cette obligation. En revanche, celles-ci doivent désormais « obtenir un certificat d'un médecin licencié³² ». Le contrôle des sages-femmes en milieu rural se resserre, mais à un rythme beaucoup plus lent qu'en milieu urbain. Et peu à peu, la médicalisation de l'accouchement en milieu urbain va s'accélérer au profit des obstétriciens et au détriment des sages-femmes. D'autant plus que la loi de 1909 interdit à celles-ci l'utilisation des instruments médicaux, ce qui les oblige à faire appel à un médecin dans les accouchements difficiles. À défaut d'exclure les sages-femmes du champ de la pratique obstétrique, on les subordonne désormais à l'autorité du médecin, comme c'est le cas des infirmières.

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

Malgré ce succès, la campagne engagée par le CMCPQ dans la lutte contre les pratiques illégales de la médecine ne s'avère pas très populaire auprès des communautés rurales. Du reste, les services réciproques rendus entre médecins et rebouteurs semblent fréquents en ce milieu³⁴.

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

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



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

L'action répressive du CMCPQ emprunte parfois des avenues délicates. Ainsi, des actions intentées contre certains « guérisseurs de prières³⁵ » se heurtent à bon nombre de magistrats qui hésitent à les condamner pour pratique illégale de la médecine. Par ailleurs, on se demande en 1913 si les pédicures et les manucures sont assujettis à la loi médicale et s'il y a lieu d'intenter des poursuites contre eux. À partir de la décennie 1910-1920, la lutte à la concurrence ne souffre guère d'exception et on ne lésine pas sur les moyens utilisés pour protéger l'exclusivité des actes médicaux accordée aux médecins. Les sociétés médicales qui ont l'avantage d'être bien distribuées sur le territoire québécois sont aussi mises à profit dans cette démarche de monopolisation des soins : décentralisation des plaintes, visite des médecins des régions éloignées, explication des procédures à adopter, etc. En 1922, le Collège distribue aux sociétés médicales une brochure intitulée *Le charlatanisme au flambeau de la loi*. Encore en 1937, le président du Collège souhaite intensifier la lutte contre « tous les extra-médicaux qui font illégalement de la pratique médicale : infirmières, chiropraticiens, pharmaciens, colporteurs de remèdes, rebouteurs, etc.³⁶ ».

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

2. DIFFUSER LE SAVOIR MÉDICAL

Les sociétés médicales

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

lieu aux premiers efforts de syndicalisation. Un projet de loi proposant la formation d'un syndicat regroupant les sociétés médicales du Québec avec pour mandat d'assurer « la protection des membres de la profession³⁸ » est soumis au Comité de règlements et de législation du CMCPQ. Selon les promoteurs de cet ambitieux projet, la formation d'un syndicat provincial aurait l'avantage de favoriser la création de nouvelles sociétés médicales, de protéger les intérêts professionnels des médecins, « d'augmenter l'influence légitime des médecins auprès des pouvoirs et des autorités », de favoriser une action directe et commune, de hausser la somme des connaissances scientifiques de la province et enfin « de développer l'esprit de solidarité des membres de la profession³⁹ ».

Ce projet, qui contient une critique à peine voilée du rôle joué par le CMCPQ en matière de défense des intérêts professionnels des médecins, est sèchement rejeté par les autorités du Collège. Pour d'évidentes raisons, celles-ci ne souhaitent guère qu'un organisme parallèle affaiblisse ses pouvoirs auprès de la profession et particulièrement auprès des médecins des régions. Désireux de se rapprocher de sa base, le Collège forme en 1913 un comité des sociétés médicales chargé de promouvoir leur implantation dans les diverses régions et leur assigne la mission « d'aider à l'éducation scientifique des praticiens⁴⁰ ». Dans l'esprit des administrateurs du Collège, les sociétés médicales devaient surtout servir à la diffusion des connaissances scientifiques et à la mise à jour des connaissances des médecins. Aussi le comité des études médicales propose-t-il de souscrire des abonnements à un certain nombre de revues et d'acheter des thèses d'universités « étrangères » et de les distribuer aux sociétés médicales⁴¹. Mais les difficultés de distribution des revues médicales parmi les praticiens ruraux font avorter le projet. Le CMCPQ opte alors pour le financement de conférences « de médecine et de chirurgie » au profit des sociétés médicales rurales qui en font la demande⁴². Là aussi le Collège se heurte à une certaine inertie des membres des sociétés médicales qui préféraient de loin consacrer leurs réunions aux problèmes professionnels ou administratifs plutôt qu'à la causerie scientifique.

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

Mais le Collège doit ménager la chèvre et le chou, car si les médecins des régions, par l'intermédiaire des sociétés médicales, accroissent leurs pres-

sions ; à l'opposé, les pouvoirs publics se montrent toujours favorables à la reconnaissance de certaines pratiques thérapeutiques telles que l'homéopathie et l'ostéopathie. Même le premier ministre Taschereau en 1927 se porte à la défense des ostéopathes, au grand dam du CMCPQ.

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

Cette question est encore largement débattue au sein des sociétés médicales, dans les revues et les congrès médicaux. En 1928, une coalition formée de représentants de sociétés médicales régionales décide finalement de présenter à l'Assemblée générale du CMCPQ un projet très détaillé de formation de conseils médicaux régionaux dont les membres sont recrutés au sein des sociétés médicales. Cet ambitieux projet propose la création de 18 conseils médicaux correspondant aux 18 districts électoraux alors en vigueur. Chaque district, tout en faisant partie de la structure du CMCPQ, obtiendrait une autonomie par l'obtention « des droits et prérogatives actuellement dévolus au BPM [...] touchant la répression de l'exercice illégal de la médecine » et la promotion des « intérêts matériels et scientifiques de ses membres⁴³ ». Chaque conseil bénéficierait aussi d'une contribution annuelle obligatoire. Désormais, le BPM serait composé des délégués des conseils médicaux et des représentants des facultés de médecine. Une telle initiative remettait sérieusement en question le processus de centralisation des activités du CMCPQ en marche depuis le début du xx^e siècle : « Il s'agit de savoir, notait le président, si nous devons continuer à gouverner la profession en laissant à la base de nos lois et de nos règlements le principe de la centralisation inauguré en 1909, ou si nous devons revenir au principe de la décentralisation en vigueur de 1847 à 1909⁴⁴ ».

Or, la position du Collège était claire à cet égard. La loi de 1909 a centralisé « pour le bien commun » l'administration, la lutte à l'exercice illégal de la médecine, la régie interne et la discipline de la profession, sans pour autant décourager les initiatives régionales telles que l'émergence des sociétés médicales. Mais plus encore, cette centralisation des pouvoirs a permis, selon lui, de rendre la profession « maîtresse de sa destinée : elle y admet qui elle veut, elle en fait sortir qui n'est pas digne⁴⁵ » par le Conseil de discipline. Finalement, le projet est écarté par un vote majoritaire. Prenait ainsi fin la plus sérieuse menace de décentralisation des structures de contrôle de la profession.



L'essor de la presse médicale

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

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

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

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

S'il est difficile de mesurer l'impact de ces revues sur la mise à jour des connaissances des médecins, force est d'admettre que lorsque des nouveautés médicales renvoyaient à des considérations théoriques avancées, bien peu de médecins s'avéraient en mesure d'en saisir la pertinence ou la portée. L'apparition de certaines technologies telles que l'anesthésie ou l'électrothérapie ne causaient guère de problèmes. Mais il en était tout autrement des thèses relatives à la

vaccination, des théories étiologiques des maladies infectieuses et des nouveaux fondements des pratiques chirurgicales antiseptiques et aseptiques. Le renouvellement du savoir sur lequel reposaient ces transformations fondamentales exigera du praticien le mieux patenté un effort constant de mise à jour des connaissances. Mais encore fallait-il qu'il possède les éléments de base nécessaires à la compréhension de notions, de procédés et de techniques de plus en plus empruntés aux sciences connexes : biologie, chimie, physique, mathématiques, etc. Or, à la fin du XIX^e siècle, les facultés de médecine, sauf celle de l'Université McGill, ont négligé la formation scientifique de base des étudiants (Goulet, 1993 ; Ludmerer, 1985 ; Rothstein, 1987). De plus, elles ne se soucient guère d'établir des programmes de mise à jour des connaissances, jugeant que l'expérience sur le terrain suffit à maintenir et même à accroître les compétences du praticien. Malheureusement, le développement des connaissances biomédicales rendait en partie caduque une telle philosophie d'apprentissage.

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

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



Le Collège des médecins et l'uniformisation des connaissances

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

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

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

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

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

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



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

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

3. LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE

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

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



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

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

Les services internes et externes

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

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

À Québec, l'Hôtel-Dieu voit aussi s'accroître rapidement le nombre de malades traités dans les dispensaires et les cliniques externes. On estime qu'il serait passé de 2 537 en 1910 à 9 304 en 1925. Ces dispensaires ont surtout une fonction d'assistance aux indigents malades ou blessés. Une assistance qui a cependant l'avantage de favoriser l'exercice de nouvelles spécialités, telles que l'ophtalmologie, l'électrothérapie, la radiologie, la pédiatrie, la gynécologie, la dermatologie, la denturologie, les maladies nerveuses, mentales et vénériennes. Au sein des hôpitaux généraux d'Amérique, les dispensaires ont constitué les premières structures de spécialisation de la pratique médicale⁴⁶. En effet, plusieurs services internes spécialisés mis sur pied dans les hôpitaux ont d'abord vu le jour au sein des dispensaires, ce qui permettait de



WARD M., MONTREAL
GENERAL HOSPITAL.
MONTREAL, QUÉBEC, 1910.
Archives photographiques
Notman, Musée McCord
d'histoire canadienne,
Montréal. II-181192.



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

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

À partir du tournant des années 1930, le contrôle des soins médicaux à l'hôpital par un petit groupe de médecins laisse place progressivement au

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

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

Cette relation entre santé et productivité sociale était également bien affirmée au tournant du siècle dernier par les autorités et les médecins de l'Hôtel-Dieu de Québec. En 1901, un règlement est adopté qui oblige les médecins à consulter leurs collègues à propos des opérations graves, c'est-à-dire celles qui « sont de nature à mettre en péril la vie d'un malade ou à le rendre moins utile à la société » (Rousseau, 1989 : 290). Et un demi-siècle plus tard, en 1948, le surintendant de l'hôpital Notre-Dame croit opportun d'écrire que le « capital humain représente une valeur économique qu'il serait de mauvaise politique de négliger » et il exprime le souhait que les « gouvernants comprennent de plus en plus que la santé économique d'une nation est intimement liée à la santé physique des individus qui la composent⁴⁷ ».

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

SALLE D'ADMISSION
DANS LES DISPENSAIRES
DE L'HÔPITAL
NOTRE-DAME, 1929.
Archives de l'Hôpital
Notre-Dame.



du développement socio-économique, les soins hospitaliers devaient être dispensés non seulement aux individus défavorisés et aux travailleurs de force, mais plus généralement à toutes les couches sociales actives⁴⁸. La montée de la classe moyenne en tant que consommatrice de soins hospitaliers s'amorce après la Seconde Guerre mondiale. Elle correspond à la médicalisation de plus en plus généralisée des sociétés occidentales et participe à la mise en place d'une économie nouvelle des soins de santé⁴⁹.

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

Passée à la fin du XIX^e siècle du statut de l'art à celui de la science, la médecine s'est délestée peu à peu de son aspect artisanal et philanthropique pour revêtir celui d'un rapport marchand fondé sur le libre choix du patient et le paiement à l'acte. La logique économique s'étendra peu à peu à l'ensemble du système de santé⁵⁰.

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



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

secondent les sœurs hospitalières, le contrôle des visites, la coordination des interventions chirurgicales, l'établissement de diètes alimentaires, l'adoption de règlements interdisant de fumer, de cracher et même de parler à voix haute dans les corridors, etc. Dorénavant, les notions de dévouement, d'assistance et de charité sont des valeurs qui au premier chef relèvent de l'éthique personnelle. L'hôpital est alors confronté au double défi de répondre aux exigences techniques de la médecine moderne et de fournir des soins efficaces à une masse de citoyens de plus en plus exigeants. À cet égard, les statistiques hospitalières relatives aux taux de mortalité et de guérison leur donnent en partie raison. L'adage populaire selon lequel « on entre à l'hôpital pour y mourir » n'est plus guère appuyé par les taux de mortalité qui, de 1910 à 1930, oscillent entre 5 et 6 % dans les grands hôpitaux généraux de Montréal⁵¹.

La spécialisation des services hospitaliers

Amorcée à la fin du XIX^e siècle dans les grands hôpitaux affiliés aux facultés de médecine, la spécialisation des services hospitaliers se répand peu à peu à la majorité des établissements du Québec. Dans les années 1930, la plupart possèdent des services spécialisés de radiologie, d'anesthésie, d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie ou de gynécologie. L'introduction de certains services est plus prompte à Montréal et à Québec que dans les petits centres régionaux. Les facultés de médecine veillaient à ce que les cas cliniques exposés aux étudiants soient suffisamment variés pour leur assurer une formation adéquate. En ce qui concerne la radiologie, les motivations initiales sont surtout d'ordre diagnostique. Mais la découverte des propriétés curatives des rayons X incitent bientôt les grands centres antituberculeux et anticancéreux⁵² à se doter d'un tel service.

Quant aux services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, à l'instar de la chirurgie d'urgence, ils répondaient à des besoins pressants dans les établissements qui desservaient les milieux ouvriers. Les maladies et les accidents oculaires sont alors très fréquents, en raison en partie de l'insuffisance, voire de l'absence, de mesures de prévention. L'extirpation de corps étrangers dans les yeux constitue une activité quasi quotidienne de ce service. Par exemple en 1909 à l'hôpital Notre-Dame, 104 opérations ont pour motif la présence d'un corps étranger dans la cornée⁵³. Pour des raisons similaires, les pathologies ou les accidents touchant les organes auditifs sont largement répandus. De 1911 à 1923,

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



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

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

Un tel état de chose permet de constater d'une part, la faible fréquence des accouchements dans les hôpitaux généraux par rapport aux naissances à domicile ou, dans une moindre mesure, dans les hôpitaux spécialisés et, d'autre part, la faible médicalisation de l'accouchement jusqu'aux années 1940⁵⁴. Dans le mouvement de spécialisation et de standardisation de la médecine hospitalière, l'obstétrique a connu manifestement un retard. Néanmoins, les services de gynécologie connaissent dans certains hôpitaux une expansion fulgurante entre 1910 et 1940.

Le développement de la grande chirurgie

Durant les premières décennies du XX^e siècle, la chirurgie élargit son champ d'interventions aux opérations intra-abdominales, auparavant très rares en raison des risques élevés d'infection. Le perfectionnement des techniques anesthésiques et la mise en place de champs opératoires aseptisés rendent les chirurgiens plus interventionnistes et stimulent sensiblement la grande chirurgie. L'appendicectomie, peu pratiquée avant les années 1900 à cause des risques très importants d'infection du péritoine, progresse à un rythme très rapide dans certains grands hôpitaux de Montréal et de Québec. Par exemple, le pourcentage des opérations intra-abdominales pratiquées à l'hôpital Notre-Dame entre 1898 et 1903 fait un bond de 250 %. Elles doublent encore de 1910 à

1920. Au Royal Victoria Hospital en 1898 et à l'hôpital Notre-Dame en 1902, le pourcentage de décès est élevé : 14 et 18,4 % respectivement. Quoique devenu moins dangereux entre les années 1900 et 1920, les risques demeurent élevés dans les grands hôpitaux généraux de Montréal et Québec où les taux de mortalité oscillent globalement autour de 10 %.

On juge toutefois les résultats tellement convaincants que certains chirurgiens américains, européens ou canadiens optent bientôt, malgré les risques encourus, en faveur d'une intervention préventive. Toujours à l'hôpital Notre-Dame, le nombre d'appendicectomies passe de 31 à 113 entre 1899 et 1920. De tels engouements pour des ablations préventives — notamment les amygdalectomies, les hystérectomies et les ovariectomies — deviendront chose courante, jusqu'à récemment d'ailleurs, et posent le problème de la surmédicalisation. Les herniotomies sont aussi des interventions très fréquentes. De fait, durant les décennies 1910-1920 et 1920-1930 dans les grands hôpitaux généraux, les pathologies abdominales et gynécologiques constituent les principaux cas d'hospitalisation au service de chirurgie.

Les autres grandes interventions, dont la croissance est constante, se rapportent aux fistules, aux cystites, aux hémorroïdes et, dans les cas d'urgence, aux péritonites et aux pleurésies. La progression de ces types d'interventions chirurgicales est imputable pour une part aux médecins en cabinet privé, qui réfèrent plus fréquemment leurs patients au service chirurgical des hôpitaux. Parallèlement, les risques de décès décroissent suffisamment pour que l'opinion publique diminue sensiblement ses résistances par rapport à la chirurgie.

L'essor des grandes interventions chirurgicales, la spécialisation des services médicaux, l'efficacité accrue des interventions thérapeutiques et la fréquentation croissante de l'hôpital ont eu pour effet de relever le prestige social de la pratique hospitalière et de légitimer les pouvoirs de contrôle des médecins et des chirurgiens. En échange d'une pratique mieux encadrée et plus disciplinée, notamment dans le domaine chirurgical, de la délégation des actes médicaux aux infirmières et aux techniciens et de l'acceptation des normes professionnelles et scientifiques régissant le modèle hospitalier, ils obtenaient le contrôle médical de l'hôpital et l'accessibilité à des équipements sophistiqués parfois fort coûteux, ils profitaient de l'émulation suscitée par le travail d'équipe

SALLE DE RADIOLOGIE, HÔTEL-DIEU
DE QUÉBEC, CIRCA 1925.

Fonds Livernois. Archives nationales
du Québec à Québec, D123123, P2.

et de consultation, ils se voyaient offrir l'occasion de se spécialiser et la possibilité d'assurer à leurs patients de meilleurs services.

L'amélioration de la formation clinique et la complexification du système hospitalier conféraient au médecin la reconnaissance sociale et professionnelle tant recherchée.

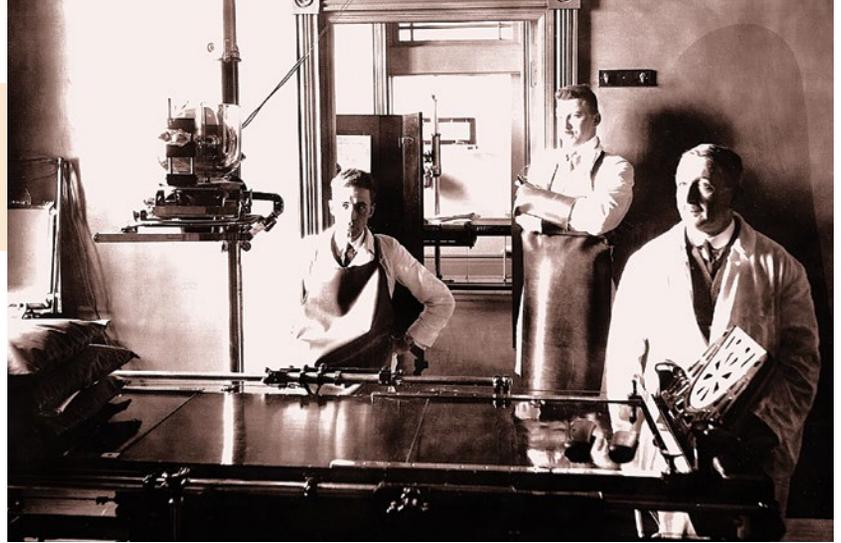
À partir des années 1920, les médecins, assistés des infirmières laïques qui prennent de plus en plus le relais des sœurs hospitalières, s'efforcent d'étendre leur contrôle des soins à l'ensemble des hôpitaux généraux du Québec. Plusieurs hôpitaux cherchent à obtenir la cote maximale de qualité selon des critères imposés par l'*American College of Surgeons* qui cherche à standardiser les pratiques hospitalières, selon le modèle américain dominant. Un contrôle semblable est exercé par la Fondation Rockefeller sur les facultés de médecine du Québec.

C'est donc finalement au moment où le pouvoir médical devient le pivot de la structuration des soins que les grands hôpitaux du Québec ont amorcé, à leur rythme respectif, la transition vers un système hospitalier dont certaines caractéristiques n'ont guère changé jusqu'à aujourd'hui : le contrôle par les médecins de la structure de soins, l'introduction de savoirs médicaux et chirurgicaux renouvelés par le progrès des sciences fondamentales ; une formation médicale solidement appuyée sur l'enseignement clinique ; l'uniformisation et la quête de nouveaux procédés diagnostiques et thérapeutiques ; la spécialisation des soins et du personnel ; les efforts manifestes pour accroître l'admission d'une clientèle payante et pour diminuer la durée de séjour des patients. Au début de la décennie 1940-1950, l'hospitalo-centrisme axé sur un système professionnel de type libéral et contrôlé en grande partie par le pouvoir médical est bien implanté en territoire québécois. Comme nous l'avons vu précédemment, l'hôpital devient peu à peu une pièce essentielle dans la mise en place d'un système de protection sociale par lequel l'État accentue ses interventions dans le domaine de la santé.

4. LA RECHERCHE MÉDICALE

Les débuts de la recherche biomédicale au Québec

Au début du xx^e siècle, les activités de recherches médicales demeurent surtout le fait des professeurs de la Faculté de médecine de l'Université McGill et elles alimentent principalement des travaux de pathologie. À compter de la décennie 1890-1900, la Faculté et ses hôpitaux affiliés implantent des structures de recherche en pathologie. Les créations du *Molson Pathological Institute* de l'Université McGill, du laboratoire de pathologie du Royal Victoria Hospital en 1894 et du *Pathological Building* du Montreal General Hospital l'année suivante ont



posé les prémisses du développement de la recherche clinique au Québec. Certes, des travaux de pathologie sont aussi effectués çà et là au sein de l'ÉMCM et de la FMUL ainsi que dans les hôpitaux généraux francophones de Québec et de Montréal, mais ces recherches sont ponctuelles, peu soutenues et souvent mal définies.

À partir des années 1900, la Faculté de médecine de l'Université McGill, qui dispose de moyens financiers largement supérieurs à ses rivales, accorde de plus en plus d'importance aux travaux de recherche et à l'embauche de professeurs permanents. Ce qui ostensiblement y marque le triomphe du modèle américain qui unit très étroitement l'enseignement, la recherche et la clinique. L'influence de William Osler, passé à Johns Hopkins depuis 1882, y est encore manifeste. Les relations privilégiées que noue l'Université McGill avec les grands organismes médicaux américains favorisent l'obtention d'une généreuse contribution de la Fondation Rockefeller en 1924 pour financer la création de la clinique universitaire du Royal Victoria Hospital. Dirigé par Jonathan Meakins, ce centre de recherche clinique inaugure des travaux en endocrinologie, en cardiologie et sur la respiration.

Durant les premières décennies du xx^e siècle, les développements de la médecine de laboratoire et l'essor des grandes interventions chirurgicales suscitent la hausse des examens pathologiques. Pour répondre à ces besoins croissants, la FMUMG, à la suite d'un octroi de 1 million \$ du gouvernement du Québec, inaugure le 9 octobre 1924 son Institut de pathologie dirigé par un chercheur d'origine allemande, Horst Oertel. Décidément, il s'agit d'une année faste pour cette faculté.

Cependant, contrairement aux décennies précédentes, les universités francophones emboîtent cette fois le pas rapidement. En 1928, la Faculté de médecine de l'Université Laval transforme son département d'anatomie pathologique en Institut d'anatomie pathologique qui réunit tout le matériel des laboratoires des hôpitaux affiliés à la faculté. Dirigé par les docteurs Arthur Vallée et Louis Berger, il a pour tâche de répondre aux demandes d'examen des hôpitaux et des médecins. Cet institut est affilié en 1930 à l'Institut du cancer de l'Université Laval. Un autre institut d'anatomie pathologique affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal voit le jour en 1937 sous la direction du docteur Pierre Masson. Centre d'enseignement et de recherche, il réunit les labora-

toires de la FMUM, de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital Notre-Dame, de l'hôpital Sainte-Justine et de l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville⁵⁵. Certains travaux du docteur Masson effectués dans cet institut auront une résonnance internationale.

Les initiatives en matière de recherche ne se limitent pas à l'anatomie pathologique. En 1920, les fondations de la Faculté des sciences de l'Université de Montréal et de l'École supérieure de chimie de l'Université Laval « permettent pour la première fois à des Canadiens français de poursuivre une carrière de scientifiques professionnels et même parfois de s'initier à la recherche sans avoir à étudier à l'Université McGill ou hors du Québec » (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987). C'est à partir de 1922 que les premières bourses d'études supérieures du Conseil national de recherche du Canada sont décernées à des étudiants francophones, mais les demandes sont peu nombreuses⁵⁶. Les étudiants intéressés à la recherche médicale et à la santé publique peuvent aussi bénéficier d'une bourse de la Fondation Rockefeller. Cependant, là aussi, les demandes sont plutôt rares. En 1920, grâce aux pressions exercées par les recteurs et les doyens des universités de Montréal et de Laval, une loi provinciale, « Loi des bourses d'Europe », encourage la poursuite d'études supérieures et le développement de la recherche en milieu francophone.

Par ailleurs, dans le but de promouvoir des activités scientifiques en milieu francophone, un groupe de professeurs des facultés des sciences et de médecine de l'Université de Montréal fonde, en 1922, la Société de biologie de Montréal présidée par le docteur Arthur Bernier, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine. On y trouve, entre autres membres, le doyen Louis de Lotbinière-Harwood, le professeur de radiologie Léo Pariseau, le professeur de chimie Georges-H. Baril et le professeur de botanique frère Marie-Victorin. Cette société avait pour but « l'étude et la vulgarisation des sciences biologiques, le développement de travaux de recherche et le développement de rapports scientifiques entre les biologistes canadiens et étrangers » (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 249-250). Est aussi mise sur pied le 15 mai 1923, toujours avec la collaboration des facultés des sciences et de médecine de l'Université de Montréal, l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), « qui aura pour tâche de favoriser le développement scientifique de la société par la recherche, l'enseignement et la vulgarisation » (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 251). Le 22 janvier 1927, Louis-Janvier Dalbis et Édouard Montpetit inaugurent l'Institut scientifique franco-canadien, grâce à la collaboration financière des gouvernements québécois et français et de l'Université de Montréal. Inspiré en grande partie par la francophilie des membres de la FMUM, l'Institut visait principalement « à resserrer les liens scientifiques entre la France et le Canada

[francophone] en invitant au pays les maîtres les plus éminents de la science française pour donner des séries de cours ou de conférences » (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 253). Une portion importante des conférences qu'on y prononce est consacrée aux sciences médicales.

Les actions conjuguées de la Faculté des sciences et de la Faculté de médecine inscrivent l'Université de Montréal au cœur même de cet important mouvement, notamment grâce aux initiatives et au dynamisme du frère Marie-Victorin, de Louis de Lotbinière-Harwood ou de Dalbis. Durant les décennies 1920-1930 et 1930-1940, les facultés de médecine de Montréal et de Laval adoptent plusieurs mesures pour encourager la spécialisation des diplômés et promouvoir certaines activités de recherche, mais celles-ci demeurent reliées à l'enseignement. Et il ne faut guère y voir encore une volonté de structurer de grandes activités biomédicales.

Bien souvent, la FMUL et la FMUM n'encourageaient les activités de recherche qu'en fonction d'objectifs à court terme. Pis encore, certains médecins intéressés à mettre sur pied une structure de recherche ne reçoivent aucun encouragement des autorités universitaires. Ainsi en est-il du docteur Roméo Boucher qui offre en vain ses services au recteur pour organiser un laboratoire de médecine expérimentale (Yanacopoulos, 1992). Quant au Rockefeller Institute, il n'offre des bourses de spécialisation qu'aux médecins recommandés par les écoles de médecine. Or, celles-ci ne choisissent que les candidats susceptibles de combler des postes d'enseignement. Certes, les activités de recherche fondamentale étaient parfois souhaitées, mais elles demeuraient généralement perçues par la plupart des professeurs comme des pratiques secondaires par rapport aux objectifs des facultés. Généralement, les pratiques de laboratoire étaient encore considérées comme un appendice de l'investigation clinique. Cette indifférence vis-à-vis les travaux de recherche est probablement due au fait que les médecins se souciaient moins d'assurer la progression de leurs activités de recherche que de procurer un bon enseignement à leurs étudiants et des soins adéquats à leurs patients.

À Québec, la recherche demeure embryonnaire à la Faculté de médecine de l'Université Laval jusqu'au début des années 1920 et elle se limite à la clinique et à quelques travaux anatomo-pathologiques. La nomination du docteur Arthur Rousseau à titre de doyen de la faculté modifie un peu la situation : modernisation des laboratoires de biologie et d'histologie, abonnement à des revues internationales, accueil de professeurs étrangers, fondation de la Société médicale des hôpitaux universitaires, etc. Il faudra cependant attendre le début des années 1930 avant que les professeurs de la faculté ne lancent des activités de recherche soutenues orientées vers des études cliniques du cancer, du goitre, de l'amiantose

ou des effets de la pénicilline. Dans l'esprit des membres de la faculté, le développement de la recherche médicale ne doit pas répondre seulement à des impératifs scientifiques, mais aussi à des visées humanitaires ou à des fonctions « de service au milieu ». Le recteur de l'Université Laval ne manque pas de souligner que les travaux de physiologie et de pathologie de l'Institut de bactériologie et d'hygiène alimentaire doivent « servir d'une façon immédiate les intérêts économiques et sanitaires de notre population » (cité dans Hamelin, 1995 : 160). De fait, pareille conception utilitariste de la recherche scientifique est largement répandue chez les francophones. Le docteur Armand Frappier ne l'entend pas autrement en fondant l'Institut de microbiologie et d'hygiène.

À Montréal, l'évolution de la recherche est plus rapide et mieux structurée, grâce surtout aux initiatives de l'Université McGill et, dans une moindre mesure, à celles de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Alors que l'Université McGill poursuit le développement de ses activités de recherche avec l'embauche des docteurs Wilder Penfield et James Bertram Collip qui introduisent les premiers véritables travaux de recherche en neurologie et en endocrinologie, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal entreprend, durant les années 1920, des travaux de recherche clinique sur le BCG et sur le radium sous la direction respective des docteurs Joseph-Albert Baudouin et Ernest Gendreau.

En 1926, après la découverte par Albert Calmette et Camille Guérin d'un nouveau procédé de prévention de la tuberculose, une subvention de 10 000 \$ avait été accordée au docteur Baudouin par le Conseil national de recherches scientifiques afin d'étudier ce procédé controversé de prévention de la tuberculose humaine et bovine⁵⁷. La préparation et l'administration d'un vaccin vivant atténué étaient alors considérées de ce côté-ci de l'Atlantique comme un procédé hautement dangereux. Peu familier avec la méthode expérimentale, le docteur Baudouin limita ses travaux aux aspects épidémiologiques et statistiques⁵⁸. Plus de 2 000 sujets reçurent ce vaccin par voie orale entre 1926 et 1931. Parallèlement, de nouveaux projets de recherche clinique voyaient le jour aux universités McGill et de Montréal.

Directeur des études de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et professeur de physique à la Faculté des sciences, le docteur Ernest Gendreau, formé à l'Institut du radium de Paris, recevait en 1923 le mandat de diriger un nouvel institut. Gendreau, qui avait dénoncé à maintes reprises l'indigence financière des universités canadiennes-françaises (Gendreau, 1924 : 10), voyait ses efforts récompensés. Le Québec s'engagea à faire l'acquisition d'un gramme et quart de radium ainsi que de l'appareil nécessaire au coût total de 100 000 \$. En 1926, l'Institut du radium de Montréal obtient de la ville de



Montréal l'usage gratuit de l'ancien hôtel de ville de Maisonneuve. Celui-ci est transformé en petit hôpital de 23 lits destiné au dépistage et au traitement des cancéreux. Cette installation devait être temporaire puisque l'on projetait d'aménager l'Institut au sein de l'hôpital universitaire que voulait établir la Faculté de médecine de l'Université de Montréal sur son nouveau campus. En 1928, l'Institut du radium de Montréal hospitalise 365 malades, il en traite au radium 274 et il effectue 1 318 analyses dans ses laboratoires. L'étude comparative des différentes méthodes de traitement et la mise au point des appareils et des techniques constituaient les activités essentielles de recherche. Encore une fois, les questions cliniques de dépistage et de traitement des cancers étaient au cœur des préoccupations de l'Institut. En 1937, il mène 7 680 consultations, il hospitalise 409 malades et il procède à 29 008 traitements ; 1 069 malades sont traités au radium, 6 598 analyses de laboratoire sont exécutées et 24 699 traitements de radiologie sont administrés. Jusqu'aux années 1940, il demeure, malgré la vétusté des locaux, le centre de traitement et de recherche en cancer le plus important au Québec.

Les instituts de recherche biomédicale

En matière de recherche clinique deux modèles principaux durant l'entre-deux-guerres avaient été envisagés. Le premier, emprunté aux grandes universités américaines, favorisait la création d'hôpitaux universitaires à proximité des facultés de médecine. Il permettait de concilier l'enseignement théorique et l'enseignement pratique, il renforçait les relations entre les sciences fondamentales et les sciences cliniques et il encourageait la formation de spécialistes et le recrutement de chercheurs. Or, si l'idée d'un centre médical universitaire érigé sur le campus avait rallié de nombreux partisans, elle suscita aussi de nombreuses oppositions. On craignait que la centralisation de l'enseignement n'éloigne le futur praticien des conditions réelles de sa pratique, isole le professeur et le chercheur et subordonne les hôpitaux affiliés au centre médical universitaire.

Le second modèle, inspiré des structures de recherche allemandes, françaises et américaines, consistait à créer des instituts de recherche associés aux facultés de médecine, mais dotés d'une autonomie administrative et financière. Tout en favorisant l'établissement de liens entre la recherche scientifique et la formation médicale, ce modèle semble avoir mieux répondu aux besoins de structuration, de spécialisa-

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL, 1898. Fonds Service des communications, Archives de l'Université Laval.

tion et de consolidation des activités de recherche. C'est ainsi qu'apparaissent au Québec, outre les instituts de pathologie et l'Institut du radium mentionnés ci-haut, l'Institut de bactériologie et d'hygiène alimentaire de l'Université Laval (1930), l'Institut de neurologie de Montréal (1934), l'Institut d'anatomie pathologique de Montréal (1937), l'Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal (1938), l'Institut du cancer de Montréal (1941) et l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal (1945).

Ces instituts, qui encouragent l'établissement de liens étroits entre la recherche clinique et la recherche scientifique, fonctionnent selon différentes traditions de recherche. Le modèle de fonctionnement de l'Institut du radium est semblable à celui de son *alma mater* à Paris ; les instituts de pathologie répondent au modèle franco-allemand ; l'Institut de neurologie, dont les structures sont certes originales, se rapproche passablement des modèles européens. Quant à l'Institut de microbiologie et d'hygiène de Montréal (1938), il correspond sur plusieurs points à l'institut Connaught de Toronto, mais il est aussi largement influencé par l'institut Pasteur de Paris.

La création d'autres instituts de recherche a aussi été envisagée, mais des contraintes financières, parfois doublées du manque d'intérêt des autorités des facultés, ont fait échouer des projets qui auraient entraîné l'essor plus rapide de la recherche, notamment en milieu francophone. Par exemple, lors du congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord tenu à Trois-Rivières en 1906, un comité avait été formé pour étudier la possibilité d'implanter un institut Pasteur en territoire québécois. Cette initiative n'aura pas de suite. On imagine quels auraient été les effets positifs d'un tel institut sur la promotion des activités de recherche en laboratoire. Autre exemple, en 1941, le docteur Henri Laugier, professeur titulaire de la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, proposait de mettre sur pied un Institut de physiologie sous la double direction de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences. Cependant, les membres du conseil se montrèrent peu enthousiastes et le projet demeura sur les tablettes.

Avortés, à trois décennies d'intervalle, ces deux projets illustrent deux constantes qui ont marqué l'histoire des recherches biomédicales et cliniques : jusqu'aux années 1940, plusieurs médecins fortement intéressés à implanter de modestes structures de recherche se sont heurtés aux résistances d'autorités peu enclines à fournir les locaux et à investir les fonds requis à leur réalisation. En somme, le consensus des autorités universitaires, médicales, hospitalières et gouvernementales sur l'importance d'organiser la recherche biomédicale sur de solides bases ne sera pas atteint en milieu francophone avant la fin de la Seconde Guerre mondiale. Même les hôpitaux gravitant autour

de la Faculté de médecine de l'Université McGill, laquelle était pourtant largement favorable au recrutement de professeurs-chercheurs étrangers et à l'implantation de structures de recherche, manifestent des résistances devant certaines initiatives de recherche expérimentale. Par exemple, au début des années 1930, les administrateurs et le bureau médical du Royal Victoria Hospital se montrent peu intéressés par les travaux de recherche de Wilder Penfield. Ils souhaitent qu'il se consacre plutôt à la neurochirurgie (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 358). Cependant, la ténacité de Penfield et son sens de la diplomatie lui permettront d'obtenir les appuis médicaux, universitaires et gouvernementaux nécessaires à la création de son important institut de recherche.

Dans le monde médical francophone, il y eut aussi d'heureuses exceptions comme le docteur Armand Frappier qui obtiendra les appuis politiques et financiers nécessaires à la création de son institut de recherche et de production en microbiologie. On peut mentionner aussi le cas plus tardif du docteur Hans Selye, chercheur de grande réputation, qui met sur pied son institut de recherche et de chirurgie expérimentale à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

L'absence d'une politique scientifique et d'organismes subventionnaires imposait aux intervenants des efforts constants de lobbying : « des individus lancent une idée, la font cautionner par des associations, établissent des contacts politiques, assiègent l'antichambre d'un ministre » (Hamelin, 1995 : 164). Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, la recherche biomédicale a largement reposé sur les initiatives de quelques individus et sur les activités de quelques instituts. Cependant, la situation allait bientôt se modifier favorablement.

À la veille du grand déménagement sur le nouveau campus de la montagne, le recteur résumait l'état général de la recherche à l'Université de Montréal. Il avouait que « l'une des pires conséquences du manque de ressource de l'Université a été de l'empêcher de remplir une de ses missions essentielles : la recherche scientifique ». L'enseignement, précisait-il, « accapare tout le temps des professeurs et l'Université ne les rémunère que pour leur tâche d'éducateur ». Il se montrait désolé que peu de finissants « soient disposés à se consacrer uniquement à la science » et déplorait que les quelques rares activités de recherche, mises à part les instituts du radium et de microbiologie, se « poursuivent le plus souvent dans l'ombre⁵⁹ ». Selon lui, « l'enseignement supérieur doit être accompagné d'une initiation plus ou moins poussée à la recherche ». Il souhaitait enfin que soit aménagé dans les nouveaux pavillons sur le mont Royal un centre de recherches qui « établirait avec les facultés et les écoles des relations de nature à promouvoir les recherches, à les sanctionner, soit par la publication ou par l'octroi de titres appropriés comme ceux de la Maîtrise et du Doctorat⁶⁰ ».



CONCLUSION

Deux mouvements interreliés, mais néanmoins distincts, marquent l'évolution de l'institution médicale : la professionnalisation de l'exercice de la médecine et la monopolisation des soins par les médecins. La professionnalisation renvoie principalement à la reconnaissance de statut et aux impératifs d'efficacité, d'organisation et de standardisation des pratiques. Elle constitue de ce fait une condition nécessaire mais insuffisante du mouvement de monopolisation des soins, un processus de très large portée. Pour s'accomplir, la monopolisation des soins devra s'appuyer sur une véritable révolution des savoirs, des procédés préventifs, diagnostiques et thérapeutiques. Il lui faudra pour cela passer par la médicalisation des hôpitaux et la transformation radicale par la science de l'exercice et de l'enseignement de la médecine.

Les médecins, suffisamment nombreux en milieu urbain, forment alors des groupes de pression pour défendre des intérêts communs et pour obtenir le contrôle de l'accès à la pratique. Ils signent des pétitions à la législature, ils se réunissent pour créer des écoles de médecine, pour proposer l'incorporation du Collège des médecins et pour établir une certaine standardisation des pratiques. La médecine clinique s'implante alors et l'enseignement se détache de l'apprentissage pour adopter une formation largement inspirée des modèles européens. L'apparition de quelques revues et sociétés médicales améliore la circulation des savoirs pendant que les connaissances empiriques des maladies infectieuses suscitent la mise sur pied de meilleures mesures préventives. La législation sanitaire se précise en prenant appui sur la consultation des médecins. D'ailleurs plusieurs d'entre eux siègent à l'Assemblée législative.

Le second mouvement, celui de la monopolisation des soins, s'amorce vers la fin du XIX^e siècle pour s'accroître durant les quatre premières décennies du XX^e siècle. Jamais le Collège, les sociétés médicales régionales et l'ensemble de la profession n'auront mis autant d'efforts pour s'accaparer, non sans difficultés d'ailleurs, le marché des soins de santé. Auparavant, l'État se montrait plutôt réticent à confier l'exclusivité des soins médicaux à la profession médicale. Le législateur avait accordé aux homéopathes en 1859 un statut de corporation autonome semblable à celui des médecins. Quant aux pratiques des sages-femmes et des rebouteurs, elles étaient encore tolérées en milieu rural. Mais à partir des années 1900, le législateur a tendance à accorder progressivement aux médecins le monopole d'exercice de la plupart des activités diagnostiques et thérapeutiques. Fait important, la profession médicale obtient, lors de l'adoption de la loi médicale de 1909, une délimitation plus précise de la notion d'exercice de la médecine⁶¹. Cette clarification aura pour effet d'exclure la majorité des concurrents et de faciliter les mesures répressives à leur endroit. Or, il faut souligner que les efforts concertés de

monopolisation des soins médicaux, qui apparaissent près de 50 ans après la création du CMCPQ, se produisent au moment même où la médecine accroît ses possibilités d'interventions préventives, diagnostiques et curatives, où les interventions chirurgicales sont plus efficaces et moins dangereuses et où les facultés de médecine de Montréal et de Québec constituent des lieux structurés de formation scientifique et clinique dont les standards correspondent à ceux des facultés de médecine nord-américaines.

Les performances de la médecine moderne ont fortement contribué à légitimer et à valoriser, sinon à survaloriser, le rôle du médecin dans l'organisation des soins. L'effet de science, les arguments d'autorité et le mythe du progrès médical ont-ils aussi joué un rôle important dans l'imaginaire public ? C'est probable. Jusqu'à la loi des hôpitaux adoptée en 1962, le législateur laisse à la profession médicale une liberté quasi complète en matière de contrôle et de régulation des soins médicaux. Or, cet autocontrôle de la profession confié au Collège était parfois lacunaire. Ainsi, durant la première moitié du XX^e siècle, de nombreux petits hôpitaux privés ont offert des services médicaux sans aucun contrôle sur la qualité et la pertinence des soins prodigués. Le CMCPQ affichait une nette propension à fonctionner en vase clos et à solutionner les problèmes à la pièce sans toujours chercher à les prévenir. Peu efficace en matière de régulation de la pratique, de répartition de l'effectif médical et de formation continue, il se montre peu enclin jusqu'à la décennie 1950-1960 à obtenir de nouveaux pouvoirs d'intervention visant à standardiser les pratiques médicales.

Avant la charnière de 1950, la notion de protection du public était inféodée à l'idée que la pratique médicale relève de savoirs si complexes et spécialisés qu'elle ne peut incomber qu'aux médecins eux-mêmes, lesquels, en appliquant une saine autogestion, assureront à la population les meilleurs soins possibles. Cette conception, largement acceptée par les autorités politiques et les autres acteurs sociaux, reflète l'importante légitimité qu'avait réussi à acquérir la profession médicale au Québec.

De ce développement de l'institution médicale jusqu'à la Seconde Guerre mondiale se dégage une tendance assez marquée de la société québécoise, notamment par le truchement de l'État, à déléguer, sinon à concentrer, la structuration des soins entre les mains de l'élite médicale au détriment des autres professionnels de la santé. En somme, l'accélération de la médicalisation de la société québécoise entre les années 1910 et 1940 a eu pour effet de renforcer l'institution médicale qui a resserré ses contrôles sur la formation et l'offre de soins. De mieux en mieux organisée, grâce aux efforts du Collège des médecins, elle avait déjà acquis, à l'aube des grandes réformes des années 1960, une puissance remarquable au sein de la société québécoise.

Notes infrapaginales

Chapitre IV : La structuration de la pratique médicale, 1800-1940

1. *Statuts de la Province du Canada*, 1847, chapitre 26.
2. Sur les difficultés de l'EMCM à assurer sa viabilité sans une affiliation universitaire stable, voir Goulet, 1993.
3. « Acte pour régler et faciliter l'étude de l'anatomie », *Statuts de la Province du Canada*, 1843, chapitre 5. La loi de 1859 intitulée « Acte concernant la pratique de la médecine et de la chirurgie, et l'étude de l'anatomie » contraint les surintendants de ces établissements à déclarer chaque décès et à tenir un registre des personnes décédées et oblige les médecins qui veulent profiter des dispositions de la loi à déposer préalablement une somme d'argent pour garantir l'inhumation décente des cadavres disséqués et pour obtenir le droit d'ouvrir une chambre de dissection, *Statuts refondus du Canada*, 1859, chapitre 76.
4. Les démonstrations pathologiques sont faites « [...] as far as possible, in the same way as that of Professor Virchow, at the Berlin Pathological Institute », Cushing, 1925 : 74.
5. En 1892, Osler expliquera en détail sa philosophie médicale dans un ouvrage devenu célèbre intitulé *The principles and practice of medicine : designed for the use of practitioners and students of medicine*.
6. *Annuaire de l'École de médecine et de chirurgie*, 1878-1879, p. 12.
7. *Idem.*, p. 8.
8. *Idem.*, p. 6.
9. *Idem.*, p. 7.
10. *Ibid.*
11. La percussion est proposée pour la première fois par le docteur viennois L. Auenbrugger lors de la publication de son traité *Inventum novum ex percussione thoracis humani*, paru à Vienne en 1761. L'ouvrage sera peu lu jusqu'à ce que Corvisart en fasse la traduction et la promotion en 1808.
12. Il semble bien que le stéthoscope est introduit au Canada par le docteur P. Beaubien, de retour de Paris en 1825 (Goulet et Paradis, 1992 : 450).
13. Le laryngoscope, inventé par le médecin tchèque J. N. Czermak en 1857, est présenté pour la première fois dans une revue médicale québécoise en 1864 (Goulet et Paradis, 1992 : 453).
14. Le *Canada Medical Journal and Monthly Record* en fait mention dans une édition de 1866. Le docteur Brosseau en présentera les avantages lors d'une conférence donnée à la Société médicale de Montréal en 1873. Voir Goulet et Paradis, 1992 : 454 et 456.
15. Le *Canada Lancet* en fait mention dans un numéro de l'année 1863, (Goulet et Paradis, 1992 : 452).
16. *Annuaire de l'École de médecine et de chirurgie*, 1875-1876, p. 12.
17. Sur l'impact de cette loi sur l'enseignement médical, voir Bernier, 1988 : 65-78.
18. « Acte reconnaissant le diplôme de bachelier ès arts comme suffisant pour l'admission à l'étude des professions légale, médicale et notariale », *Statuts de la Province de Québec*, 1890, chapitre 45.
19. *Annuaire de l'Université Laval à Montréal*, 1910, p. 358.
20. Mentionnons à titre d'exemple, les engouements pour les antiseptiques, la radiologie, l'électrothérapie.
21. « *Flexner's approach to medical education emphasized research and academic education rather than professional training. He relegated to a secondary consideration the need for medical schools to provide the nation with an adequate number of physicians and scarcely mentioned the problems confronting low income medical students* », Rothstein, 1987 : 147.
22. Pour une histoire détaillée du Collège des médecins du Québec, voir Goulet, 1997.
23. Les notaires avaient en effet obtenu la reconnaissance juridique d'une Chambre des notaires.
24. La cléricature consiste en un stage d'apprentissage de la pratique médicale auprès d'un médecin licencié.
25. Après avoir obtenu le pouvoir de fixer « un tarif d'honoraires pour les villes et les campagnes ; ce tarif [ayant] force de loi devant les tribunaux », la nouvelle administration, dirigée par le docteur Jean-Philippe Rottot, ancien directeur de l'Union médicale du Canada, adopte dès septembre 1877 une échelle de prix pour les différents actes médicaux posés par ses membres, *L'Union médicale du Canada*, 1877, p. 83.
26. *L'Union médicale du Canada*, 1877, p. 83.

27. Ceci se reflète dès l'assemblée triennale de 1877, tenue à Trois-Rivières alors que le nombre de médecins présents se chiffre à 119 contre seulement 23 lors de l'assemblée de 1874. Les votes par procuration étant permis, on enregistre plus de 500 bulletins contre 50 en 1874. Trois ans plus tard, 140 médecins assisteront à l'assemblée triennale.
28. *Procès-verbaux du CMCPQ*, 14 juillet 1880.
29. *Ibid.*
30. Le docteur E.-P. Lachapelle, à titre de président du Collège de 1898 à 1907, aura été un acteur de premier plan dans ce processus de transformation et de structuration des activités internes et externes du Collège.
31. *Statuts de la Province du Canada*, 1879, chapitre 37.
32. « Acte pour amender et refondre de nouveau les actes relativement à la profession médicale et la chirurgie dans la province de Québec », *Statuts de la Province de Québec*, 1879, chapitre 37.
33. *Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine du CMCPQ*, 1911, p. 13.
34. Mentionnons à titre d'exemple qu'en 1916, le docteur Polydore Dansereau, à la suite d'une poursuite intentée par le Conseil de discipline, est déclaré coupable « d'avoir, le 12 mai 1915, administré le chloroforme à un nommé Philibert Bienvenu, dans le but de permettre à un rebouteur du nom de Dragon de panser le patient et de réduire une luxation ou fracture de la jambe droite ». Il est suspendu pour un mois et condamné à payer au CMCPQ les frais de poursuite encourus.
35. En vertu de leur septième rang de garçon dans la famille, on croyait que ces guérisseurs de prière possédaient le pouvoir de guérir les maladies.
36. *Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine du CMCPQ*, 1935-1938, p. 80.
37. *Procès-verbaux du CMCPQ*, 3 juillet 1908, p. 14.
38. *Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine du CMCPQ*, 1911, p. 44.
39. *Idem.*, p. 44-45.
40. *Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine du CMCPQ*, 1913, p. 25.
41. *Idem.*, p. 35.
42. *Idem.*, 1914, p. 29.
43. *Idem.*, 1929, p. 58-59.
44. *Idem.*, p. 13-14.
45. *Idem.*, p. 13.
46. « *The original development of specialties in the general hospital was as out patient departments. These were established at Boston City Hospital, for example, in dermatology (1868), otology (1869), gynecology (1873), neurology (1877), and laryngology (1877). At Massachusetts General, laryngology and neurology were established as outpatient departments in 1872, ophthalmology in 1873, and otology in 1884* », Vogel, 1980 : 88 ; voir aussi : Rosenberg, 1974.
47. *Rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame*, 1948, p. 49.
48. « L'Hôpital [Notre-Dame] est devenu une oeuvre nationale et on ne concevrait pas aujourd'hui la population canadienne-française sans lui », *L'Union médicale du Canada*, 1918, p. 461.
49. En 1948 en Ontario, près de 90 % des naissances et 40 % des décès ont lieu à l'hôpital. Au Québec, 41,3 % des décès ont eu lieu à l'hôpital en 1951, un taux voisin de celui de l'Ontario. Ce taux montera jusqu'à 55,5 % en 1961, (*Annuaire du Québec*, 1966-1967, p. 336-337). Par contre, en 1948, le taux d'accouchements à l'hôpital n'est que de 41 %. Cependant, en une dizaine d'années seulement, la progression a été considérable, car cette proportion n'était que de 10,5 % en 1935 (*Enquête sur les services de santé*, 1948, Québec, Ministère de la Santé, tome 2). En une vingtaine d'années, l'accouchement à l'hôpital se généralise au Québec.
50. Rappelons que les indigents qui bénéficiaient de soins gratuits dans les dispensaires et les hôpitaux n'avaient aucun droit de regard sur le médecin traitant et étaient tenus de se prêter aux leçons cliniques.
51. À l'Hôtel-Dieu de Québec, ils seraient bien inférieurs à ceux-ci, se situant entre 4,8 % en 1909 et 3,5 % en 1929 (Rousseau, 1989 : 73).
52. L'Institut Bruchési (1911), l'Institut du radium de Montréal (1927), le dispensaire de la Ligue antituberculeuse de Québec (1922), l'Hôpital Laval de Québec (1923), le Centre anticancéreux de l'Université Laval (1930), etc.
53. *Rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame*, 1909, p. 104.
54. Au début des années 1930, le département d'obstétrique de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke connaît de sérieux problèmes de fréquentation.
55. *Procès-verbaux de l'exécutif de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal*, 12 novembre 1937, p. 450. L'Université McGill avait inauguré un tel institut en 1924. L'Université Laval s'était aussi dotée d'un institut d'anatomie pathologique en 1928 (Boissonnault, 1953 : 367).
56. Entre 1922 et 1937, seulement une douzaine de francophones obtiennent des bourses du CNRC. De fait, peu de Canadiens français avant la Seconde Guerre mondiale obtiendront une telle bourse (Chartrand, Duchesne et Gingras, 1987 : 247). En 1930, « une seule bourse sur soixante-cinq avait été attribuée à un Canadien français », *Université de Montréal, Annuaire général, 1942-1943*, p. 67.
57. « À la demande du National Research Council et avec l'aide d'un généreux octroi accordé à notre université par cette commission, la Faculté de Médecine organise un département de recherches sur la tuberculose », *Annuaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1926-1927*, p. 97.
58. Celui-ci était responsable des essais du vaccin sur les nouveaux-nés à l'Assistance maternelle alors qu'un chercheur délégué de l'Institut Pasteur s'occupait de sa préparation.
59. *Université de Montréal, Annuaire général, 1942-1943*, p. 70.
60. *L'Action universitaire*, 01/09/1942.
61. « Pratiquer des accouchements obstétricaux, prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, soit en administrant des médicaments, soit en faisant usage de procédés mécaniques, physiques ou chimiques, ou de radiothérapie, ou de rayons X, constituent l'exercice de la médecine. »

Annexe III : Horaire d'une journée d'été à l'asile de Beauport en 1876*

* D'après les règlements officiels de la maison — *Documents de la Session*, n° 26, 1874-1875, p. 25 et suivantes.

Annexe V : La transformation de la pratique médicale par la bactériologie : essai de périodisation, 1870-1940

1. C.-E. Rosenberg souligne à propos du développement de la science médicale que « *No single aspect of this new knowledge was more important in reshaping the hospital than the germ theory and anti-septic surgery* », 1987 : 144.
2. Depuis déjà le XVIII^e siècle en Europe, certains médecins, par exemple John Hunter, invoquaient les « virus » pour expliquer des maladies spécifiques comme la morve, la rage, la pourriture d'hôpital, la rougeole, la scarlatine, la syphilis ou la gale. Le virus recouvrait « les poisons morbides qui communiquent facilement, par simple contact, certaines maladies contagieuses » (Lécuyer, 1986 : 95).
3. Plusieurs médecins, tels que Carl Braun, considéraient la fièvre puerpérale comme une maladie zymotique causée par des germes véhiculés par l'air. En 1864, Joseph Skoda, Karl Rokitansky et Jean Oppolzer attribuent les épidémies de fièvre puerpérale aux miasmes. Cependant, Carl Mayrhofer, s'appuyant sur les travaux de Jacob Henle et de Louis Pasteur, décrit en 1865 des organismes variés présents dans les sécrétions utérines et les dénomme selon l'usage de l'époque, des vibrions. Il en isole quelques-uns et, après expérimentation chez des lapins, il conclut que la fièvre puerpérale est une maladie contagieuse causée par certains vibrions. Codell Carter, 1985 : 36-39.

Annexe VI : Principales associations médicales québécoises fondées au XIX^e siècle*

* Les tirets suivant les dates de fondation indiquent que ces associations poursuivent leurs activités au-delà de 1900.

Bibliographie*

- ABBOTT, Maude E. (1931), *History of Medicine in the Province of Quebec*, Montréal, McGill University Press, 97 p.
- AGNEW, George Harvey (1974), *Canadian Hospitals, 1920 to 1970 : a Dramatic Half Century*, Toronto, University of Toronto Press, 276 p.
- AHERN, Michael Joseph, et Georges Ahern (1923), *Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada*, Québec, Imprimerie Laflamme, 563 p.
- À la faveur d'un centenaire, une porte close s'entrouvre : album-souvenir (1949), Québec, Sœurs de la Charité de l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
- ANCTIL, Hervé, et Marc-André Bluteau (1986), *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, Québec, Santé Société, édition spéciale, 127 p.
- ARIENO, Marlene Ann (c.1989), *Victorian Lunatics : A Social Epidemiology of Mental Illness in Mid-Nineteenth Century England*, Selinsgrove [Pa.], Toronto, Susquehanna University Press, Associated University Presses, 140 p.
- BAILLARGEON, Denyse (1996), « Fréquenter les Gouttes de lait. L'expérience des mères montréalaises, 1910-1965 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 1 (été), p. 29-68.
- BAILLARGEON, Denyse (1994), « Care of Mothers and Infants in Montreal between the Wars : the Visiting Nurses of the Metropolitan Life, Milk Deposits and Assistance maternelle », dans Dianne Elizabeth Dodd et Deborah Gorham (édit.), *Caring and Curing : Historical Perspectives on Women and Healing in Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 163-182.
- BEAUDET, Céline (1976), *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec, 1880-1963 : le cas de l'Hôpital de Verdun*, Québec, Cahiers de l'Institut supérieur des sciences humaines, 6, Université Laval, 126 p.
- BERNIER, Jacques (1988), *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 207 p.
- BERNIER, Jacques (1984), « Le corps médical québécois à la fin du XVIII^e siècle », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 36-64.
- BERNIER, Jacques (1979) « Les praticiens de la santé au Québec 1871-1921. Quelques données statistiques », *Recherches sociographiques*, 20, 1 (janvier-avril), p.41-58.
- BILSON, Geoffrey (1988), « Public Health and the Medical Profession in Nineteenth Century Canada », dans Roy M. McLeod, et Milton James Lewis (dir.), *Disease, Medicine and Empire : Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, Londres et New York, Routledge, p. 156-176.
- BILSON, Geoffrey (1985), « Dr Frederick Montizambert (1843-1929) : Canada's First Director General of Public Health », *Medical History*, 29, 4, p. 386-410.
- BILSON, Geoffrey (1983), « Science, Technology and 100 Years of Canadian Quarantine », dans R. A. Jarrell et A. E. Ross (dir.), *Critical Issues in the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, Thornhill, HSTC Publications, p. 89-100.
- BILSON, Geoffrey (1980), *A Darkened House : Cholera in Nineteenth-Century Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 222 p.
- BLISS, Michael (1993), *Montréal au temps du grand fléau. L'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre Expression, 349 p.
- BOISCLAIR, Guy (1989), « La perception de la folie au Québec au XVIII^e siècle », Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Sherbrooke, 183 p.
- BOISSONNAULT, Charles-Marie (1953), *Histoire de la faculté de médecine de Laval*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 438 p.
- BOUCAULT, Nicolas-Gaspard ([1754] 1921), « État présent du Canada, dressé sur nombre de mémoires et connaissances acquises sur les lieux, par le sieur Boucault (1754) », *Rapport de l'archiviste de la province de Québec pour 1920-1921*, Québec, Ls-A. Proulx, p. 11-50.
- BOUCHARD, Gérard (1996), « Naissance d'une élite : les médecins dans la société saguenayenne (1850-1940) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49, 4 (printemps), p. 521-549.
- BOUDREAU, Françoise (1984), *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 274 p.
- BOUGAINVILLE, Louis-Antoine de (1924), « Conversation avec le sieur Blondeau », *Rapport de l'archiviste de la province de Québec pour 1923-1924*, Québec, Ls-A. Proulx, p. 69-70.
- BURGESS, Thomas Joseph Workman (1898), « A historical Sketch of our Canadian Institutions for the Insane », *Proceedings and Transactions of the Royal Society of Canada*, sect. V, p. 2-222.
- CAHN, Charles H. (1981), *Hôpital Douglas. 100 ans d'histoire et de progrès*, Montréal, Hôpital Douglas, 238 p.
- (CANADA), COMMISSION ROYALE DES RELATIONS ENTRE LE DOMINION ET LES PROVINCES (1940), *Rapport de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* (3 volumes), Ottawa.
- (CANADA), BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (1932-), *Statistique des hôpitaux*.
- CANGUILHEM, Georges (1973), *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 224 p.
- CASH, Philip, Eric H. Christianson et J. Worth Estes (édit.) (1980), *Medicine in Colonial Massachusetts, 1620-1820. A Conference Held 25-26 May 1978 by Colonial Society of Massachusetts*, Boston, The Colonial Society of Massachusetts, 425 p.
- CASSEL, Jay (1987), *The Secret Plague. Venereal Disease in Canada, 1838-1939*, Toronto, University of Toronto Press, 340 p.
- CASTEL, Robert (1976), *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit, 334 p.

- CELLARD, André (1991), *Histoire de la folie au Québec de 1660 à 1850. « Le désordre »*, Montréal, Boréal, 280 p.
- CELLARD, André, et D. Nadon (1986), « Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 39, 3 (hiver), p. 345-369.
- CHAPALAIN-NOUGARET, Christine (1989), *Misère et assistance dans le pays de Rennes au XVIII^e siècle*, Nantes, Cid Éditions, 468 p.
- CHARBONNEAU, Hubert (1992), « Les varioleux de Saint-François-de-Sales en 1733 », *Mémoires de la Société généalogique canadienne-française*, 43, 4 (hiver), p. 291-300.
- CHARLTON, Miss (1923-1924), « Outlines of the history of medicine in Lower Canada », *Annals of medical History*, V, 2 (juin 1923), p. 150-174 ; V, 3 (septembre 1923), p. 263-278 ; VI, 2 (juin 1924), p. 222-235 ; VI, 3 (septembre 1924), p. 312-354.
- CHARTRAND, Luc, Raymond Duchesne et Yves Gingras (1987), *Histoire des sciences au Québec*, Montréal, Boréal, 488 p.
- Chirurgie complète suivant le système des modernes* (1757), 2^e édition, Paris, Veuve de Charles-Maurice d'Houry, 2 vol.
- CHRISTIANSON, Eric H. (1987), « Medicine in New England », dans Ronald L. Numbers (édit.), *Medicine in the New World. New Spain, New France, and New England*, Knoxville, University of Tennessee Press, p. 101-153.
- CLICHE, Marie-Aimée (1988), *Les pratiques de dévotion en Nouvelle-France. Comportements populaires et encadrement ecclésial dans le gouvernement de Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval (coll. « Ethnologie de l'Amérique française »), 354 p.
- CODELL CARTER, K. (1985), « Ignaz Semmelweis, Carl Mayrhofer, and the rise of germ theory », *Medical History*, p. 33-53.
- COHEN, Yolande, et Louise Bienvenue (1994), « Émergence de l'identité professionnelle chez les infirmières québécoises, 1890-1927 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 11, p. 119-151.
- COHEN, Yolande, et Michèle Dagenais (1987), « Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41, 2 (automne), p. 155-177.
- COHEN, Yolande, et Michèle Gélinas (1989), « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique », *Histoire sociale*, xxii, 44 (novembre), p. 219-246.
- COHEN, Yolande, et Éric Vaillancourt (1997), « L'identité professionnelle des infirmières canadiennes-françaises à travers leurs revues », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 4 (printemps), p. 537-570.
- COLEMAN, William (1982), *Death is a Social Disease, Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, Madison, Wis., The University of Wisconsin Press, 322 p.
- COLLIN, Johanne, et Denis Béliveau (1994), *Histoire de la pharmacie au Québec*, Montréal, Musée de la pharmacie du Québec, 334 p.
- COMACCHIO, Cynthia R. (1993), « Nations are Built of Babies » : *Saving Ontario's Mothers and Children, 1900-1940*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 340 p.
- COMEAU, Michèle (1989), « Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française 1930-1950 », Mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 152 p.
- COMITÉ D'ENQUÊTE SUR L'HYGIÈNE À MONTRÉAL (1928), *Enquête sur les activités en hygiène publique*, Montréal, The Metropolitan Life Insurance Company, 156 p.
- COPP, Terry (1982), « The Health of the People : Montreal in the Depression Years », dans David A.E. Shephard et Andrée Lévesque (édit.), *Normand Bethune, his Times and his Legacy*, Ottawa, Canadian Public Health Association, p. 129-137.
- COPP, Terry (1978), *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 213 p.
- COURTEAU, Bernard (1989), *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine. Évolution historique de l'hôpital psychiatrique de Montréal*, Montréal, Éditions du Méridien, 211 p.
- Coutumier et Petites règles des Religieuses Hospitalières de la Congrégation de S. Joseph* (1688), Angers, Chez Olivier Avril.
- CRELLIN, John K. (1968), « The Dawn of the Germ Theory : Particles, Infection and Biology », *Medicine and Society in the 1860s*, Londres, Wellcome Institute of the History of Medicine, p. 79-94.
- CRELLIN, John K. (1967), « Airborne Particles and the Germ Theory : 1860-1880 », *Annals of Science*, p. 46-60.
- CUSHING, Harvey Williams (1925), *The Life of Sir William Osler*, Oxford, Clarendon Press, 2 vol.
- D., M. (1753), *Introduction à la matière médicale en forme de thérapeutique*, Paris, Veuve Quillau, 551 p.
- DAIGLE, Johanne (1990), « Devenir infirmière : le système d'apprentissage et la formation professionnelle à l'Hôtel-Dieu, 1920-1970 », Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 617 p.
- DAIGLE, Johanne, Nicole Rousseau et Francine Saillant (1993), « Des traces sur la neige... La contribution des infirmières au développement des régions isolées du Québec au XX^e siècle », *Recherches féministes*, 6, 1, p. 93-103.
- D'ALLAIRE, Micheline (1971), *L'Hôpital-Général de Québec (1692-1764)*, Montréal, Fides (coll. « Fleur de Lys »), 251 p.
- DARMON, Pierre (1986), *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Librairie académique Perrin, 503 p.
- DAVIS, Loyal Edward (1960), *Fellowship of Surgeons : A History of the American College of Surgeons*, Springfield, Ill., Thomas Publishers, 523 p.
- DE LA BROQUERIE, Fortier (1966), *Au service de l'enfance. L'Association québécoise de la goutte de lait 1915-1965*, Québec, Éditions Garneau, 146 p.
- DECHÊNE, Louise, et Jean-Claude Robert (1979), « Le choléra de 1832 dans le Bas-Canada : mesure des inégalités devant la mort », dans Hubert Charbonneau et André Larose, *Les grandes mortalités : étude méthodologique des crises démographiques du passé*, Liège, Ordina, p. 229-255.
- DEFRIES, Robert Davies (1940), *The Development of Public Health in Canada*, Toronto, Canadian Public Health Association, 184 p.
- DEMESY-MAURENT, Jeannine (1988), « Un maître chirurgien dans la Haute Provence drômoise à la veille de la Révolution », *Cahiers d'histoire* (Lyon), 33, 1, p. 43-70.
- DESJARDINS, Édouard, Suzanne Giroux et Eileen C. Flanagan (1970), *Histoire de la profession infirmière au Québec*, Montréal, Les Éditions du Richelieu, 270 p.

- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1993), « Le réseau de santé public au Québec de la fin du XIX^e siècle au milieu du XX^e siècle : une opportunité d'engagement politique et social pour des médecins hygiénistes de l'époque », *Socialisme*, Hors série 2, p. 67-84.
- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1991), *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comtés : 1926-1975*, Montréal, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, 239 p.
- DESROSIERS, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel (1989), « L'évolution des structures d'enseignement universitaire spécialisé de santé publique : 1899-1970 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 6, 1 (été), p. 3-26.
- DIDIER, Chantal (1976), « Aperçu sur les médecins et chirurgiens à Colmar au XVIII^e siècle », dans *Médecine et assistance en Alsace, XVI^e-XX^e siècles*, Strasbourg, Librairie Istra, p. 87-111.
- Discours de l'Hon. L. P. Pelletier sur la question des asiles d'aliénés prononcé à l'Assemblée législative le 28 février 1889* (1889) Québec, Presses à vapeur de la Justice, 80 p.
- DODD, Dianne Elizabeth et Deborah Gorham (édit.) (1994), *Caring and Curing : Historical Perspectives on Women and Healing in Canada*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 218 p.
- DORATT, John (1839), « State of the Hospitals, Prisons, Charitable Institutions, &c., in Lower Canada », dans *Appendix (A.) to Report on the Affairs of British North America, from the Earl of Durham...*
- DOUSSET, Jean-Claude (1985), *Histoire des médicaments des origines à nos jours*, Paris, Payot, 405 p.
- DOUVILLE, Raymond (1975), *Yves Phlem dit Yvon le Breton ancêtre des familles Hivon. Les tribulations d'un guérisseur à Sainte-Anne-de-la-Pérade au 18^e siècle*, Trois-Rivières, Éditions du Bien public, 27 p.
- DREW, Robert (édit.) (1968), *Commissioned Officers in the Medical Services of the British Army, 1660-1960*, Londres, Wellcome Historical Medical Library, 2 vol. (coll. « Wellcome Historical Medical Library, Publications », 14).
- DROLET, Antonio (1961) « La bibliothèque du Collège des Jésuites », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 14, 4 (mars), p. 487-544.
- DUBÉ, Joseph-Edmond (1928), *La situation hospitalière à Montréal*, Montréal, s.é., 44 p.
- DUCHARME, Jacques (1973), « Les revenus des Hospitalières de Montréal au XVIII^e siècle », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 209-244.
- DUCHESNE, Raymond (1978), *La science et le pouvoir au Québec (1920-1965)*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 126 p.
- DUFFY, John (1990), *The Sanitarians : A History of American Public Health*, Urbana, University of Illinois Press, 330 p.
- DUPONT, Antonin (1972), *Les relations entre l'Église et l'État sous Louis-Alexandre Taschereau, 1920-1936*, Montréal, Guérin, 366 p.
- EARLE, S. (1969), « The Germ Theory in America : Antisepsis and Asepsis (1867-1900) », *Surgery*, p. 502-522.
- ESTES, J. Worth (1980), « Therapeutic Practice in Colonial New England », dans Philip Cash, Eric H. Christianson et J. Worth Estes (édit.) (1980), *Medicine in Colonial Massachusetts, 1620-1820. A Conference Held 25-26 May 1978 by Colonial Society of Massachusetts*, Boston, The Colonial Society of Massachusetts, 425 p.
- EVEN, Pascal (1986), « L'assistance et la charité à La Rochelle sous l'Ancien Régime XVII^e et XVIII^e siècles », Thèse de doctorat (histoire), Université de Paris I, 763 p.
- FABER, Knud Helge (1978), *Nosography. The Evolution of Clinical Medicine in Modern Times*, New York, AMS Press, réimpression de l'édition de 1930, 222 p.
- FARKAS, Maryann (1987), « Best of Enemies : Quebec Doctors and the State, 1930-1970 », Mémoire de maîtrise (histoire), Université Concordia, Montréal, 97 p.
- FARLEY, Michael, Peter Keating et Othmar Keel (1987), « La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du 19^e siècle : pratiques, obstacles et résistances », dans Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 87-127.
- FARLEY, Michael, Othmar Keel et Claude Limoges (1995), « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) », dans Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec : XIX^e-XX^e siècles*, Montréal, Boréal, p. 85-114.
- FAURE, Olivier (1982), *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 269 p.
- FISET, Paul-A. (1957), « Une correspondance médicale historique : Blake à Davidson [...] », *Laval médical*, 23, 1 (septembre), p. 419-448.
- FONTAINE, Michel (1985), « Histoire de la médecine à Rochefort de sa création (1666) à 1745 », Thèse de doctorat d'État (médecine), Université de Bordeaux II, 204 p.
- FOUCAULT, Michel (1976), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 583 p.
- FOURNIER, Marcel, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.) (1987), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 210 p.
- FOX, Nicholas J. (1988), « Scientific Theory Choice and Social Structure : the Case of Joseph Lister's Antisepsis, Humoral Theory and Asepsis », *History of Science*, p. 367-397.
- FROST, Stanley Brice (1980), *McGill University for the Advancement of Learning, volume 1 (1801-1895)*, Montréal et Toronto, McGill-Queen's University Press, 2 vol., 1980-1984.
- GAUCHER, Dominique (1979), « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : de la santé publique à la médecine préventive », *Recherches sociographiques*, 20, 1 (janvier-avril) p. 50-85.
- GAUMER, Benoît, Georges Desrosiers, Othmar Keel et Céline Déziel (1994), « Le service de santé de la ville de Montréal. De la mise sur pied au démantèlement : 1865-1975 », *Cahiers du Centre de recherches historiques* (EHES), 12 (avril), p. 131-158.

- GAUVREAU, Danielle (1991), *Québec. Une ville et sa population au temps de la Nouvelle-France*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 232 p.
- GELFAND, Toby (1987), « Medicine in New France », dans Ronald L. Numbers (édit.), *Medicine in the New World : New Spain, New France, and New England*. Knoxville, University of Tennessee Press, p. 64-100.
- GELFAND, Toby (1984 a), « A "Monarchical Profession" in the Old Regime : Surgeons, Ordinary Practitioners, and Medical Professionalization in Eighteenth-Century France », dans Gerald L. Geison (édit.), *Professions and the French State, 1700-1900*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, p. 149-180.
- GELFAND, Toby (1984 b), « Who Practised Medicine in New France ? A Collective Portrait », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 16-35.
- GELFAND, Toby (1980 a), « Deux cultures, une profession : les chirurgiens français au XVIII^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, xxvii (juillet-septembre), p. 468-484.
- GELFAND, Toby (1980 b), *Professionalizing Modern Medicine. Paris Surgeons and Medical Science and Institutions in the 18th century*, Westport, Greenwood Press (coll. « Contributions in Medical History », 6), 271 p.
- GÉLIS, Jacques (1988), *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 560 p.
- GENDREAU, Ernest (1924), *La fondation de l'Institut du radium de l'Université de Montréal et de la Province de Québec*, Montréal, s. é., 14 p.
- GERMAIN, Robert (1985), *Le mouvement infirmier au Québec, 50 ans d'histoire*, Montréal, Éditions Bellarmin, 565 p.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1992), *Médecins d'hier, médecins d'aujourd'hui. Le cas du docteur Lavergne (1756-1831)*, Paris, Éditions Publisud, 249 p.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1987), « La réputation du médecin : corps médical et subdélégués dans la France pré-révolutionnaire », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 4, 1 (été), p. 25-31.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1977), « The Extent of Medical Practice in France around 1780 », *Journal of Social History*, 10, 4 (juin), p. 410-427.
- GOUBERT, Jean-Pierre (1974), *Malades et médecins en Bretagne. 1770-1790*, Rennes, Institut armoricain de recherches historiques, 508 p.
- GOULET, Denis (1997), *Histoire du Collège des médecins du Québec 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 263 p.
- GOULET, Denis (1996), « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique 1886-1926 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49, 4 (printemps), p. 491-520.
- GOULET, Denis (1994), « Du modèle européen au modèle américain. Le développement de l'enseignement médical à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (1843-1980) », *Cahiers du Centre de recherches historiques (EHES/CNRS)*, 12 (avril), p. 116-130.
- GOULET, Denis (1993), *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal 1843-1993*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 502 p.
- GOULET, Denis (1992), « Des miasmes aux germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870-1930) », Thèse de Ph.D. (histoire), Université de Montréal, 435 p.
- GOULET, Denis, François Hudon et Othmar Keel (1993), *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 452 p.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1993), « Les hommes-relais de la bactériologie en territoire québécois et l'introduction de nouvelles pratiques diagnostiques et thérapeutiques (1890-1920) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 46, 3, p. 417-442.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1991 a), « Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIX^e siècle », *Anthropologie et Sociétés (L'univers du sida)*, 15, 2-3, p. 205-228.
- GOULET, Denis, et Othmar Keel (1991 b), « L'introduction du listérisme au Québec : entre les miasmes et les germes », *Actes du XXXI^e Congrès international d'histoire de la médecine*, Bruxelles, Fierens, p. 397-405.
- GOULET, Denis, et André Paradis (1992), *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, VLB éditeur (coll. « Études québécoises »), 530 p.
- GRAUER, Albert Edward (1939), *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Imprimeur du roi, 134 p.
- GRMEK, Mirko Drazen (1997), *Histoire de la pensée médicale en Occident, Tome 2, De la Renaissance aux Lumières*, Paris, Seuil, 376 p.
- GROB, Gerald N. (1994), *The Mad among Us : A History of the Care of America's Mentally Ill*, New York, Free Press, 386 p.
- GROB, Gerald N. (1983), *Mental Illness and American Society (1875-1945)*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 428 p.
- GUÉRARD, François (1997), « L'État, l'Église et la santé au Québec de 1887 à 1939 », *Cahiers d'histoire*, vol. xvii, n^{os} 1-2 (printemps-automne), 1997, p. 76-94.
- GUÉRARD, François (1996 a), *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 124 p.
- GUÉRARD, François (1996 b), « L'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939 : centralisation, normalisation et médicalisation », *Recherches sociographiques*, (mai-août), p. 203-227.
- GUÉRARD, François (1995), « Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 48, 3 (hiver), p. 375-401.
- GUÉRARD, François (1993), « La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939. Trois-Rivières et Shawinigan », Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 525 p.
- GUYOT (1776-1783), *Répertoire universel et raisonné de jurisprudence civile, criminelle, canonique et bénéficiale*, Paris, Chez Panckoucke, 64 vol., vol. 10.

- HALLER, John S. (1981), *American Medicine in Transition, 1840-1910*, Urbana, Chicago, Londres, University's Illinois Press, 457 p.
- HAMELIN, Jean (1995), *Histoire de l'Université Laval : les péripéties d'une idée*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 341 p.
- HAMILTON, Bernice (1951), « The Medical Profession in the Eighteenth Century », *The Economic History Review*, 2^e série, IV, 2, p. 141-169.
- HARE, John, Marc LaFrance et David-Thierry Ruddle (1987), *Histoire de la ville de Québec, 1608-1871*, Montréal, Boréal/Musée canadien des civilisations, 399 p.
- HEAGERTY, John Joseph (1928), *Four Centuries of Medical History in Canada, and a Sketch of the Medical History of Newfoundland*, Toronto, The MacMillan Company of Canada, 2 vol.
- HELVÉTIUS, [Adrien] (1739-1748), *Traité des maladies les plus fréquentes, et des remèdes propres à les guérir*, Paris, Le Mercier, 2 vol. Nous avons également utilisé l'édition en deux tomes de 1756.
- HÉRAULT, Pascal (1993), « Soigner en Montmorillonnais au début du XVIII^e siècle », *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest (Anjou, Maine, Touraine)*, 100, 1, p. 61-120.
- HÉRITIER, Jean (1987), *La sève de l'homme de l'Âge d'or de la saignée aux débuts de l'hématologie*, Paris, Denoël, 178 p.
- HOAD, Linda M. (1979), *La chirurgie et les chirurgiens de l'île Royale*, Ottawa, Parcs Canada (coll. « Histoire et archéologie », 6), p. 237-403.
- L'Hôtel-Dieu de Montréal : 1642-1973* (1973), Montréal, Hurtubise HMH, 346 p.
- HUDSON, Robert P. (1993), « Concepts of Disease in the West », dans Kenneth F. Kiple (édit.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, p. 45-52.
- HURD, Henry Mills (1917), *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 4 vol.
- IMBERT, Jean (1982), *Histoire des hôpitaux en France*, Paris, Privat, 559 p.
- IMBERT, Jean (1993), *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime*, Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Histoires »), 307 p.
- JADELOT, M. (1784), *Pharmacopée des pauvres ou formules des médicaments les plus usuels dans le traitement des maladies du peuple*, Nancy, H. Haener, 212 p.
- JANSON, Gilles (1973), « Joseph Benoît, chirurgien à l'Hôtel-Dieu (1711-1742) », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 153-182.
- JANSON, Gilles, Lise Lapointe et Édouard Desjardins (1975), « Les médecins militaires au Canada : Charles-Elemy-Joseph-Alexandre-Ferdinand Feltz », *L'Union médicale du Canada*, 104 (août), p. 1260-1273.
- JANSON, Gilles, Lise Lapointe-Manseau et Édouard Desjardins (1974), « Les médecins militaires au Canada : 1. André Arnoux », *L'Union médicale du Canada*, 103 (février), p. 304-311.
- JUCHEREAU DE SAINT-IGNACE, Jeanne-Françoise, et Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène (éditées par Dom Albert Jamet) (1984), *Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec 1636-1716*, Québec, L'Hôtel-Dieu de Québec, 444 p. (réimpression de l'édition de 1939).
- KALM, Pehr ([1749] 1977), *Voyage de Pehr Kalm au Canada en 1749*, traduction annotée du journal de route par Jacques Rousseau et Guy Béthune avec le concours de Pierre Morisset, Montréal, Pierre Tisseyre, 674 p.
- KEATING, Peter (1993), *La science du mal : l'institution de la psychiatrie au Québec : 1800-1914*, Montréal, Boréal, 208 p.
- KEATING, Peter (1986), « L'Institutionnalisation de la psychiatrie au Québec », Thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 323 p.
- KEATING, Peter, et Othmar Keel (dir.) (1995), *Santé et société au Québec : XIX^e-XX^e siècles*, Montréal, Boréal, 272 p.
- KETT, Joseph F. (1981), « American and Canadian Institutions 1800-1870 », dans Samuel Edward Dole Shortt (édit.), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, p.189-205.
- KIPLE, Kenneth F. (édit.) (1993), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, 1176 p.
- KOPPERMAN, Paul E. (1979), « Medical Services in the British Army », *Journal of the History of Medicine and allied Sciences*, xxxiv, 4 (octobre), p. 428-455.
- LACHANCE, André (1969), « Le Bureau des Pauvres de Montréal, 1698-1699 : contribution à l'étude de la société montréalaise de la fin du XVII^e siècle », *Histoire sociale*, 1, 4 (novembre), p. 99-110.
- LAFORCE, Hélène (1985), *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 237 p.
- LAHAISE, Robert (1973), « L'Hôtel-Dieu du Vieux-Montréal », dans Michel Allard, Robert Lahaise, Édouard Desjardins et al., *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 13), p. 11-56.
- LAHAISE, Robert (1980), *Les édifices conventuels du Vieux Montréal. Aspects ethno-historiques*, Ville LaSalle, Hurtubise HMH (coll. « Les Cahiers du Québec », 50), 597 p.
- LAMBERT, Jules (1995), *Mille fenêtres*, Beauport, Centre hospitalier Robert-Giffard, 137 p.
- LAMOTHE, Gustave, Christophe Alphonse Geoffrion, Siméon Pagnuelo (1886?), *Consultations légales relatives aux conventions intervenues entre le gouvernement de la province de Québec et la communauté des Sœurs de charité de la Providence*, s. l., s.é., 14 p.
- LANDRY, Yves, et Rénald Lessard (1996), « Causes of Death in Seventeenth and Eighteenth-Century as Recorded in the Parish Registers », *Historical Methods*, 29, 2 (printemps), p. 49-57.
- LANGELIER, Charles (1890), *La question des asiles : discours de l'Hon. Chs Langelier, secrétaire de la province, sur l'adresse en réponse au discours du trône*, Québec, Belleau & cie, 16 p.
- LAPOINTE, Lise, Gilles Janson et Édouard Desjardins (1974), « Les médecins militaires au Canada : Charles Alavoine (1695-

- 1764) », *L'Union médicale du Canada*, 103 (octobre), p. 1690-1705.
- LATERRIÈRE, Pierre de Sales (1789), « *A Dissertation on the Puerperal Fever* », delivered at a Public Examination for the Degree of Bachelor in medicine, Boston, Mass., printed by Samuel Hall, 18 p.
- LAURIN, Nicole, Danielle Juteau et Lorraine Duchesne (1991), *À la recherche d'un monde oublié. Les communautés religieuses de femmes au Québec de 1900 à 1970*, Montréal, Le Jour, 431 p.
- LEAVITT, Judith Walzer (1982), *The Healthiest City. Milwaukee and the Politics of Health Reform*, Princeton, N. J., Princeton University Press, 294 p.
- LEBRUN, François (1983), *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux 17^e et 18^e siècles*, Paris, Temps actuels (coll. « La passion de l'histoire »), 206 p.
- LEBRUN, François (1975), *Les hommes et la mort en Anjou aux XVII^e et XVIII^e siècles. Essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris, Flammarion (coll. « Science / Flammarion »), 382 p.
- LÉCUYER, Bernard P. (1986), « L'hygiène en France avant Pasteur », dans Claire Salomon-Bayet (dir.), *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, p. 65-139.
- LEGENDRE, Napoléon (1890), *Nos asiles d'aliénés*, Québec, Belleau & Cie, 63 p.
- LÉMERY, Nicolas (1748), *Pharmacopée universelle contenant toutes les compositions de pharmacie*, Amsterdam, aux dépens de la Compagnie, 758 p.
- LÉMERY, Nicolas (1747), *Chirurgie complete suivant le système des modernes*, Paris, Veuve de Charles-Maurice d'Houry, t. 2.
- LEMIEUX, Vincent, et al. (1994), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 370 p.
- LEMOINE, Réjean (1983), « La santé publique : de l'inertie municipale à l'offensive hygiéniste », dans G.-Henri Dagneau (dir.), *La ville de Québec, Histoire municipale. IV : de la Confédération à la charte de 1929*, Québec, La société historique de Québec, p. 153-180.
- LÉONARD, Jacques (1981), *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs, histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier-Montaigne (coll. historique), 386 p.
- LESSARD, Rénald (1996), « Aux XVII^e et XVIII^e siècles. L'exportation de plantes médicinales canadiennes en Europe », *Cap-aux-Diamants*, n° 46 (été), p. 20-24.
- LESSARD, Rénald (1995 a), « Direction pour la guérison du Mal de la Baie st Paul : la première publication médicale canadienne », *Le Bulletin de la Société canadienne d'histoire de la médecine*, 12, 2, p. 369-372.
- LESSARD, Rénald (1995 b), « Le livre médical au sein du corps de santé canadien aux 17^e et 18^e siècles », *Le Bulletin de la Société canadienne d'histoire de la médecine*, 12, 2, p. 215-240.
- LESSARD, Rénald (1994), « Pratique et praticiens en contexte colonial : le corps médical canadien aux 17^e et 18^e siècles », Thèse de doctorat (histoire), Université Laval, 2 vol.
- LESSARD, Rénald (1989 a), *Le mal de la Baie Saint-Paul*. Québec, CELAT, Université Laval (coll. « Rapports et Mémoires de recherche du CELAT »), 107 p.
- LESSARD, Rénald (1989 b), *Se soigner au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Hull, Musée canadien des civilisations (coll. « Mercure »), 160 p.
- « Lettres de mère Marie-Andrée Duplessis de Sainte-Hélène, Supérieure des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec » (1926-1931), *Nova Francia*, II, 2 (déc. 1926), p. 67-78 ; 3 (fév. 1927), p. 132-137 ; III, 1 (oct. 1927), p. 39-56 ; 2 (déc. 1927), p. 94-110 ; 3 (fév. 1928), p. 162-182 ; 4 (avril 1928), p. 220-237 ; 5 (juin 1928), p. 279-308 ; 6 (août 1928), p. 355-361 ; IV, 1 (janv.-févr. 1929), p. 33-58 ; 2 (mars-avril 1929), p. 110-123 ; 4 (juil.-août 1929), p. 230-247 ; 5 (sept.-oct. 1929), p. 283-292 ; 6 (nov.-déc. 1929), p. 368-380 ; V, 2 (mars-avril 1930), p. 92-96 ; 4 (juil.-août 1930), p. 248-252 ; 5 (sept.-oct. 1930), p. 311-313 ; 6 (nov.-déc. 1930), p. 359-379 ; VI, 1 (janv.-févr. 1931), p. 41-56 ; 2 (mars-avril 1931), p. 109-120.
- LÉVESQUE, Andrée (1984), « Mères ou malades : les Québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38, 1 (été), p. 23-37.
- LEWIS, David Sclater (1969), *Royal Victoria Hospital, 1887-1947*, Montréal, McGill University Press, 327 p.
- LOUDON, Irvine (1986), *Medical Care and the General Practitioner 1750-1850*, Oxford, Clarendon Press, 354 p.
- LOUDON, Irvine (1985), « The Nature of Provincial Medical Practice in Eighteenth-century England », *Medical History*, 29, 1 (janvier), p. 1-32.
- LUDMERER, Kenneth Marc (1985), *Learning to Heal. The Development of American Medical Education*, New York, Basic Books Inc., 346 p.
- LYONS, Albert S., et R. Joseph Petrucelli ([1978] 1987), *Medicine. An Illustrated History*, New York, Harry N. Abrams Inc., 615 p.
- MacDERMOT, Hugh Ernest (1967), *One Hundred Years of Medicine in Canada (1867-1967)*, Toronto et Montréal, McClelland and Stewart Limited, 224 p.
- MacDERMOT, Hugh Ernest (1950), *A History of the Montreal General Hospital*, Montréal, Montreal General Hospital, 135 p.
- MARIE DE STE-ALIX, sœur (1945), *Chronologie de l'établissement des hôpitaux canadiens tenus par des communautés religieuses 1639-1945*, Québec, Association catholique des hôpitaux des États-Unis et du Canada, Conférence de Québec, cahier 3, 8 p.
- MARTIN, Charles-A. (1983), *le premier demi-siècle de la psychiatrie à Québec : de l'Asile provisoire de Beauport à l'Hôpital St-Michel-Archange*, Beauport, Audio-visuel et information, Centre hospitalier Robert-Giffard.
- MATHIEU, Lise (1955), « Étude sur la législation sociale du Bas-Canada 1760-1840 », Thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 100 p.
- MAULITZ, Russell Charles (1987), *Morbid Appearances. The Anatomy of Pathology in the Early Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 277 p.
- MILNER, Elizabeth Hearn (1985), *Bishop's Medical Faculty, Montreal, 1871-1905 : Including the Affiliated Dental College, 1896-1905*, Sherbrooke, René Prince, 530 p.
- MINVILLE, Esdras (1939), *La législation ouvrière et le régime social dans la province de Québec. Étude préparée pour la*

- Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Ottawa, Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, Imprimeur du roi, 98 p.
- MITCHINSON, Wendy, et Janice Dickin McGinnis (1988), *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland & Stewart, 218 p.
- MONDOUX, Maria (1942), *L'Hôtel-Dieu de Montréal. Premier hôpital de Montréal 1642-1942*, Montréal, s. é., 417 p.
- MONGEAU, Serge (1967), *Évolution de l'assistance au Québec*, Montréal, Éditions du Jour, 123 p.
- NADEAU, Gabriel (1951-1952), « Le dernier chirurgien du roi à Québec. Antoine Briault 1742-1760 », *L'Union Médicale du Canada*, 80 (juin 1951), p. 705-726 ; 80 (juillet 1951), p. 855-861 ; 80 (août 1951), p. 991-998 ; 80 (septembre 1951), p. 1106-1116 ; 81 (janvier 1952), p. 51-63 ; 81 (février 1952), p. 192-200 ; 81 (avril 1952), p. 439-443 ; 81 (mai 1952), p. 580-588.
- NAYLOR, C. David (édit.) (1992), *Canadian Health Care and the State : A Century of Evolution*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 241 p.
- NUMBERS, Ronald L. (édit.) (1987), *Medicine in the New World : New Spain, New France, and New England*, Knoxville, University of Tennessee Press, 175 p.
- NUMBERS, Ronald L. (édit.) (1979), *The Education of American Physicians : Historical Essays*, Los Angeles, University of California Press, 345 p.
- NYSTEN, Pierre-Hubert ([1806] 1814), *Dictionnaire de médecine, et des sciences accessoires à la médecine, avec l'étymologie de chaque terme ; suivi de deux vocabulaires, l'un latin, l'autre grec*, 3^e édition, Paris, Chez J.-A. Brosson, 692 p.
- O'REILLY, Helena, dite Saint-Félix (1882), *Monseigneur de Saint-Vallier et l'Hôpital Général de Québec : histoire du monastère de Notre-Dame-des-Anges*, Québec, C. Darveau, 743 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977-1978), *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2 vol.
- PARADIS, André (1997 a), « Le sous-financement gouvernemental et son impact sur l'administration des asiles francophones au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 4 (printemps), p. 571-598.
- PARADIS, André (1997 b), « Thomas J.W. Burgess et l'administration du Verdun Protestant Hospital for the Insane (1890-1916) », *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 14, 1, p. 5-35.
- PARADIS, André (1996), « En mémoire des années 70 », dans *20 ans de Santé mentale au Québec, Regards critiques des acteurs et des collaborateurs*, Cahier souvenir de la revue *Santé mentale au Québec*, Cap-Saint-Ignace, Sainte-Marie-de-Beauce, p. 29-33.
- PARADIS, André (1994), « L'asile québécois et les obstacles à la médicalisation de la folie », *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 11, 2, p. 297-334.
- PARADIS, André (1993 b), « De Condillac à Pinel ou les fondements philosophiques du traitement moral », *Philosophiques*, xx, 1, p. 69-112.
- PARADIS, André (1993 a), « Correspondance » (à propos de l'opportunité des ouvrages de référence et des travaux synthèses sur l'histoire de la médecine au Canada), *Canadian Bulletin for the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 10, 2, p. 175-178.
- PARADIS, André (1992), « Ethnie et folie : visages pluriels de l'anormalité », *Santé mentale au Québec*, xii, 2, p. 13-24.
- PARADIS, André (1991 a), « L'histoire de la médecine québécoise : problèmes de construction de l'objet », dans Jacques Mathieu (dir.), *Les dynamismes de la recherche au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 171-185.
- PARADIS, André (1991 b), « Note critique : André Cellard : Histoire de la folie au Québec (1650-1850) », Boréal, 1991 », in *Santé mentale au Québec*, xvi, 2, p. 321-331.
- PARADIS, André (1989), « Un bilan de l'évolution de l'intérêt des médecins québécois pour les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux (1826-1899) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 43, 1 (été), p. 63-91.
- PARADIS, André (1988), « L'histoire de la médecine : une porte ouverte sur l'histoire sociale », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 42, 1 (été), p. 73-83.
- PARADIS, André (1978), « L'asile temporaire de Toronto (1841-1850) ou l'impossibilité provisoire de l'utopie asilaire », *Santé mentale au Québec*, iii, 1, p. 18-35.
- PARADIS, André, et al. (1977 a), « L'émergence de l'asile québécois au XIX^e siècle », *Santé mentale au Québec*, ii, 2, p. 1-44.
- PARADIS, André, et al. (dir.) (1977 b), *Essais pour une préhistoire de la psychiatrie au Canada (1800-1885)*, Université du Québec à Trois-Rivières (coll. Cahiers « Recherches et Théories », n^o 15) 345 p.
- PARADIS, André, et al. (dir.) (1975), *Bibliographie sur la préhistoire de la psychiatrie au Québec et en Ontario : le XIX^e siècle*, UQAM et UQTR (coll. Cahiers « Recherches et Théories », n^o 10,) 125 p.
- PARADIS, André, et Hélène Naubert (1995), *Recension bibliographique. Les maladies nerveuses et mentales dans les périodiques médicaux québécois*, Centre interuniversitaire d'études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières, 136 p.
- PARADIS, André, et Hélène Naubert (collaborateur : D. Goulet) (1988), *Recension bibliographique : les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux québécois du XIX^e siècle*, Centre de recherche en études québécoises, Université du Québec à Trois-Rivières, 237 p.
- PELLETIER, Michel, et Yves Vaillancourt (1974), *Les politiques sociales et les travailleurs*, cahier I, *Les années 1900 à 1929*, Montréal, s. é., 132 p.
- PERRON, Normand (1984), *Un siècle de vie hospitalière au Québec. Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 439 p.
- PETER, Jean-Pierre (1993), « Trois « propos sur la douleur ». Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur », dans Jean-Pierre Peter (édit.), *De la douleur*, Paris, Quai Voltaire / Histoire, La cité des Sciences et de l'Industrie, p. 7-66.

- PETERSON, Mildred Jeanne (1978), *The Medical Profession in Mid-Victorian London*, Berkeley, University of California Press, 406 p.
- PETITAT, André (1989), *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 412 p.
- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine (1981), « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 (hiver), p. 355-375.
- PIERRE-DESCHÊNES, Claudine (1980), « La tuberculose au Québec au début du XX^e siècle : problème social et réponse réformiste », Mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 225 p.
- PONTAUT, Alain (1985), *Santé et sécurité. Un bilan du régime québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*, Montréal, Boréal Express, 249 p.
- PORTER, John R. (1977), « L'Hôpital Général de Québec et le soin des aliénés (1717-1845) », *Société canadienne d'histoire de l'Église catholique, Sessions d'études*, 44, p. 23-55.
- PORTER, Margaret (1984), *Mille en moins! Histoire du Centre hospitalier de Charlevoix (1889-1980)*, Baie-Saint-Paul, s.é., 263 p.
- PORTER, Roy (1992), « The Patient in England, c.1660 - c.1800 », dans Andrew Wear, *Medicine in Society. Historical essays*, Cambridge, Angleterre, Cambridge University Press, p. 91-118.
- PORTER, Roy (1987), *Disease, Medicine and Society in England 1550-1860*, Londres, Macmillan Education, (coll. « Studies in Economic and Social History »), 79 p.
- POULIN, Gonzalve (1955), *L'assistance sociale dans la province de Québec 1608-1951*, Québec, Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, Annexe 2, 201 p.
- QUÉBEC (PROVINCE) (1988), COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 803 p.
- QUÉBEC (PROVINCE), COMMISSION DES ASSURANCES SOCIALES DE QUÉBEC (1932-1933), *Commission des assurances sociales de Québec* (4 rapports).
- QUÉBEC (PROVINCE), COMMISSION PROVINCIALE D'ENQUÊTE SUR LES HÔPITAUX (1943), *Rapport de la Commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux*, Québec, Imprimeur du roi, 2 vol.
- QUÉBEC (PROVINCE), CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC, SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, série des rapports annuels de ces organismes.
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE, BUREAU DES STATISTIQUES, *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance... 1915-1918* (le titre change).
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE, BUREAU DES STATISTIQUES, *Statistiques des institutions d'assistance (asiles, hôpitaux, hospices, sanatoria), pour l'année... 1919-1928* (le titre change).
- QUÉBEC (PROVINCE), DÉPARTEMENT DU SECRÉTAIRE PROVINCIAL, SERVICE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, *Rapport du directeur de l'assistance publique pour l'année... 1923 à 1937*.
- QUÉBEC (PROVINCE), MINISTÈRE DE LA SANTÉ, J.-ERNEST SYLVESTRE ET AL., *Enquête sur les services de santé : 1948, 1951*, 9 tomes.
- QUÉBEC (PROVINCE), ROYAL COMMISSION ON LUNATIC ASYLUMS OF THE PROVINCE OF QUEBEC, « Report of the Royal Commission on Lunatic Asylums of the Province of Quebec, 1888, *Documents de la Session*, 1890, vol. 24, n° 53.
- QUETEL, Claude, et Pierre Morel (1979), *Les fous et leurs médecins : de la Renaissance au XX^e siècle*, Paris, Hachette, 302 p.
- Règles et Constitutions des Religieuses de l'ordre de Saint Augustin dites les Filles de la Miséricorde, établies à Dieppe* (1631), France, s.é., 747 p.
- REVEL, Jacques, et Jean-Pierre Peter (1974), « Le corps. L'homme malade et son histoire », dans Jacques Le Goff et Pierre Nora (dir.), *Faire l'histoire*, Tome III, *Nouveaux objets*, Paris, Gallimard (coll. « Folio/Histoire »), p. 226-256.
- RIOUX, Christian (1981), « L'hôpital militaire à Québec : 1759-1811 », *La Société canadienne d'histoire de la médecine. Nouvelles*, (avril), p. 16-19.
- RIOUX, Denise (1993), *La grippe espagnole à Sherbrooke et dans les Cantons de l'Est*, Sherbrooke, Études supérieures en histoire, Université de Sherbrooke, 132 p.
- RISSE, Guenter B. (1993), « History of Western Medicine from Hippocrates to Germ Theory », dans Kenneth F. Kiple (édit.), *The Cambridge Word History of Human Disease*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, p. 11-19.
- RIVARD, Jean-Yves, et al. (1970), *L'évolution des services de santé et des modes de distribution de soins au Québec*, Annexe 2, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 125 p.
- ROBERT, Jean-Claude (1988), « The City of Wealth and Death : Urban Mortality in Montreal, 1821-1871 », dans Wendy Mitchinson et Janice Dickin McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland & Stewart, p. 18-38.
- RODRIGUE, Laurent (1994), « Fondation et développement d'un hôpital laïc sous contrôle médical : l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke (1917-1943) », Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Sherbrooke, 131 p.
- ROLAND, Charles G. (édit.) (1984), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 464 p.
- ROLAND, Charles G., et Paul Potter (1979), *An Annotated Bibliography of Canadian Medical Periodicals, 1826-1975*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 77 p.
- ROMIEUX, Yannick (1986), *De la hune au mortier ou l'histoire des compagnies des Indes, leurs apothicaires et leurs remèdes*, Nantes, Éditions ACL, 440 p.
- ROSEN, George (1974), « The Hospital. Historical Sociology of a Community Institution », dans George Rosen, *From Medical Police to Social Medicine : Essays on the History of Health Care*, New York, Science History Publications, p. 274-303.
- ROSENBERG, Charles E. (1987), *The Care of Strangers : the Rise of America's Hospital System*, New York, Basic Books, 437 p.
- ROSENKRANTZ, Barbara Gutmann (1972), *Public Health and the State : Changing Views in Massachusetts, 1842-1936*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 259 p.

- ROSNER, David (1982), *A Once Charitable Enterprise. Hospitals and Health Care in Brooklyn and New York, 1885-1915*, Cambridge, Mass., Cambridge University Press, 234 p.
- ROTHSTEIN, William G. (1987), *American Medical Schools and the Practice of Medicine : a History*, New York, Oxford University Press, 408 p.
- ROUSSEAU, François (1994), *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Tome 2 : 1892-1989, Québec, Septentrion, 488 p.
- ROUSSEAU, François (1989), *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Tome 1 : 1639-1892, Sillery, Septentrion, 454 p.
- ROUSSEAU, François (1983), *L'œuvre de chère en Nouvelle-France. Le régime des malades de l'Hôtel-Dieu de Québec*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- ROUSSEAU, François (1977), « L'hospitalisation en Nouvelle-France : l'Hôtel-Dieu à la fin du XVII^e siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 31, 1 (juin), p. 29-47.
- RUDDEL, David-Thierry (1988), *Québec City 1765-1832. The evolution of a colonial town*, Hull, Musée canadien des civilisations (coll. « Mercure »), 291 p.
- SAINT-PIERRE, Arthur (1932), *L'œuvre des congrégations religieuses de charité : dans la province de Québec*, Montréal, Bibliothèque canadienne, 245 p.
- SHORTT, Samuel Edward Dole (édit.) (1981), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 506 p.
- SHRYOCK, Richard Harrison (1977), *Medicine and Society in America : 1660-1860*, 4^e édition, Ithaca, Cornell University Press, 182 p.
- SŒURS DE LA PROVIDENCE (1937), *Activités hospitalières des Sœurs de charité de la Providence (au Canada et en pays de missions)*, Montréal, Providence Maison-mère, 120 p.
- STARR, Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, New York, Basic Books, 514 p.
- STEVENS, Rosemary (1989), *In Sickness and in Wealth. American Hospitals in the Twentieth Century*, New York, Basic Books, 432 p.
- TACHÉ, Joseph-Charles (1885), *Les asiles d'aliénés de la province de Québec et leurs détracteurs*, Hull, La Vallée d'Ottawa, 51 p.
- TÉTREAU, Martin (1991), *L'état de santé des Montréalais, 1880-1914*, Montréal, Regroupement des chercheurs-chercheuses en histoire des travailleurs et travailleuses du Québec (coll. « Études et documents »), 225 p.
- THILLAUD, Pierre-Léon (1983), *Les maladies et la médecine en Pays Basque Nord à la fin de l'Ancien Régime (1690-1789)*, Genève, Librairie Droz, 232 p.
- THORNTON, Pat, Sherry Olson et Q. Thuy Thach (1988), « Dimensions sociales de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIX^e siècle », *Annales de démographie historique*, p. 299-325.
- TUKE, Daniel Hack (1885), *The Insane in the United States and Canada*, Londres, H. K. Lewis, 158 p.
- TUKE, Daniel Hack (1884), « The Public Asylum in the Province of Quebec », *Canada Medical and Surgical Journal*, 13, p. 129-143.
- TUNIS, Barbara (1984), « Inoculation for Smallpox in the Province of Quebec, a Reappraisal », dans Charles G. Roland (édit.), *Health, Disease and Medicine : Essays in Canadian History*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, p. 171-193.
- TUNIS, Barbara (1981), « Medical Licensing in Lower Canada », dans Samuel Edward Dole Shortt (édit.), *Medicine in Canadian Society : Historical Perspectives*, Montréal, McGill-Queen's University Press, p.137-163.
- Un héritage de courage et d'amour ou la petite histoire de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Longue-Pointe. 1873-1973* (1975), Montréal, Communauté des Sœurs de la Providence, 119 p.
- UPTON, E. Frances (1946), *25 années de collaboration, 1920-1945*, Montréal, Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec, 178 p.
- VAILLANCOURT, Yves (1988), *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 513 p.
- VAILLANCOURT, Yves (1975), *Les politiques sociales et les travailleurs*, Cahier II, *Les années 1930*, Montréal, l'auteur, 424 p.
- VALLÉE, Arthur (1927), *Un biologiste canadien. Michel Sarrazin. 1659-1735. Sa vie, ses travaux et son temps*, Québec, Ls-A. Proulx, 291 p.
- VALLÉE, Arthur (1890), *Les asiles d'aliénés de la province de Québec*, Québec, Belleau & Cie, 75 p.
- VIGROUX, Jean-Marie (1985), « Le XVIII^e siècle, époque clé de la chirurgie française », Thèse de doctorat d'État (médecine), Université Paul Sabatier (Toulouse, France), 180 p.
- VOGEL, Morris J. (1980), *The Invention of the Modern Hospital : Boston, 1870-1930*, Chicago, University of Chicago Press, 171 p.
- VOYER, Christiane (1954), « Étude de la législation sociale du Bas-Canada 1841-1867 », Thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 156 p.
- WADDINGTON, Ivan (1973), « The Struggle to Reform the Royal College of Physicians, 1767-1771 : a Sociological Analysis », *Medical History*, xvii, 2 (avril), p. 107-126.
- WALLOT, Hubert (1979), « Perspectives sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : le cas de l'asile de Québec », *Santé mentale au Québec*, iv, 1, p. 102-123.
- WEISZ, George (1987), « Origines géographiques et lieux de pratique des diplômés en médecine au Québec de 1834 à 1939 » dans Marcel Fournier, Yves Gingras et Othmar Keel (édit.), *Sciences et médecine au Québec, perspectives socio-historiques*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 129-170.
- WHERRETT, George Jasper (1977), *The Miracle of the Empty Beds : a History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 299 p.
- YANACOPOULO, Andrée (1992), *Hans Selye ou la cathédrale du stress*, Montréal, Le Jour.