

CHRISTIAN DUPERRON

LE CHOLÉRA À QUÉBEC EN 1832
Entre contagion et infection

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en histoire
pour l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.)

DÉPARTEMENT D'HISTOIRE
FACULTÉ DES LETTRES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

AVRIL 2006

© Christian Duperron, 2006



Résumé

En juin 1832, la ville de Québec est frappée par le choléra. La connaissance de la situation qui prévaut alors en Europe n'a pas empêché la ville d'éviter ce terrible fléau. Au Bas-Canada, comme dans plusieurs autres pays occidentaux, les autorités, les médecins et la population de Québec sont tiraillés entre deux grands schémas de pensée: l'infectionnisme (une maladie dont on attribue la cause à l'altération du milieu) et le contagionnisme (une maladie transmissible). À Québec, l'adoption par la Chambre d'Assemblée, avant l'arrivée de l'épidémie, de l'*Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* trouve son origine dans une approche contagionniste. À ses débuts, le Bureau de santé de Québec, composé de membres de l'élite locale, est convaincu de la contagiosité du choléra. Cependant, il change d'approche au cours de l'été devant les difficultés de mettre en application certaines mesures, devant les faibles résultats obtenus et devant les doutes soulevés par les tenants de l'infectionnisme. Par contre, du côté du corps médical et contrairement à ce qui a pu être observé dans plusieurs villes occidentales touchées par l'épidémie, la thèse contagionniste reste soutenue à Québec par une majorité de médecins durant toute l'épidémie.

Avant-propos

Ce mémoire n'aurait jamais vu le jour sans l'apport de plusieurs personnes qui m'ont toutes, à leur manière, épaulé au cours de cette aventure. Je me dois d'abord de remercier monsieur Jacques Bernier, qui a bien voulu m'accorder sa confiance et qui m'a aiguillé vers un objet de recherche passionnant. Merci pour votre présence, vos précieux conseils et, par-dessus tout, votre patience. Je suis aussi reconnaissant envers Donald Fyson et Johanne Daigle, qui ont bien voulu faire la lecture de ce mémoire et dont les commentaires ont grandement contribué au résultat final. L'appui financier du Hannah Institute for the History of Medicine, de Associated Medical Services, aura par ailleurs été le coup d'envoi de cette étude en me permettant de réaliser un premier projet de recherche avant les débuts officiels de ce mémoire.

La rédaction d'un mémoire, bien que travail solitaire, ne se fait pas sans l'apport de proches, parents et amis. Les gens que j'ai côtoyés au cours de ces quelques années ont su m'inspirer, me conseiller, m'encourager. Sans eux, les pages qui suivent ne seraient pas les mêmes. Un merci tout spécial, donc, à Marie-Hélène, Michel, Frédéric-Antoine, Philippe et Peter. Cette histoire n'aurait pas été la même sans vous! Enfin, merci à mes parents, Murielle et Michel, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont permis de devenir ce que je suis. Je vous dois tout... et même plus!

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| 1. L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DE 1832 EN OCCIDENT : REPRÉSENTATIONS ET DÉBATS | 16 |
| 1.1 À la base du débat: des théories toujours en construction..... | 16 |
| 1.1.1 Les théories infectionnistes..... | 17 |
| 1.1.2 Les théories contagionnistes | 20 |
| 1.1.3 Les mots de la maladie: un vocabulaire à définir | 22 |
| 1.2 Débats scientifiques et implications en Occident | 27 |
| 1.2.1 L'Angleterre..... | 27 |
| 1.2.2 La France | 30 |
| 1.2.3 Les États-Unis..... | 33 |
| 1.3 Québec à l'époque du choléra..... | 35 |
| 1.3.1 Québec, ville coloniale..... | 35 |
| 1.3.2 Le port et son importance | 38 |
| 1.3.3 Population et conditions de vie..... | 39 |
| 1.3.4 Le monde médical à Québec..... | 41 |
| 2. PRÉVOIR L'ÉPIDÉMIE À QUÉBEC : UNIR SAVOIR MÉDICAL ET POUVOIR POLITIQUE | 45 |
| 2.1 Les médecins comme conseillers politiques..... | 46 |
| 2.1.1 Le rapport contagionniste du Bureau de médecine de Québec..... | 47 |
| 2.1.2 Des opinions infectionnistes soumises au gouverneur | 49 |
| 2.2 Le contagionnisme, choix politique basé sur une logique prudente..... | 54 |
| 2.2.1 L'infectionnisme du gouverneur Aylmer | 55 |
| 2.2.2 Le débat en Chambre d'Assemblée | 57 |
| 2.2.3 L'expression du contagionnisme dans les résolutions adoptées..... | 60 |
| 2.2.4 La formation du Bureau de santé de Québec: sa composition et ses pouvoirs..... | 63 |
| 2.3 Les recommandations variées d'un Bureau de santé contagionniste..... | 67 |
| 2.3.1 Un appui officiel à la contagion..... | 67 |
| 2.3.2 Ordres et directions pour le respect de la quarantaine | 69 |
| 2.3.3 Inspecter et purifier pour vaincre les causes prédisposantes de l'infectionnisme ... | 70 |
| 2.3.4 La promotion de la tempérance | 72 |

| | |
|---|------------|
| 3. REPRÉSENTATIONS DU CHOLÉRA APRÈS L'EXPÉRIENCE DE L'ÉPIDÉMIE | 75 |
| 3.1 Le débat chez les médecins..... | 75 |
| 3.1.1 L'appui au contagionnisme..... | 76 |
| 3.1.2 Des médecins infectionnistes influents..... | 79 |
| 3.2 Le Bureau de santé: un glissement vers la thèse infectionniste | 83 |
| 3.2.1 Des mesures contagionnistes difficilement appliquées..... | 84 |
| 3.2.2 Un accent sur la salubrité des lieux et l'assainissement de l'atmosphère..... | 86 |
| 3.2.3 S'attaquer aux causes prédisposantes | 90 |
| 3.3 Contagion, crainte et méfiance dans la perception populaire | 94 |
| 3.3.1 La crainte du malade et de l'émigré..... | 95 |
| 3.3.2 La critique de l'inefficacité du Bureau de santé et de la quarantaine | 98 |
| 3.3.3 La présence de l'infectionnisme dans la population..... | 99 |
| CONCLUSION | 103 |
| ANNEXES | 107 |
| BIBLIOGRAPHIE | 114 |

Introduction

Au cours des XIX^e et XX^e siècles, sept épidémies de choléra ont frappé les populations à l'échelle de la planète. Ces pandémies trouvent leur origine au Bengale et en Inde, là où la maladie sévit à l'état endémique. En 1817, une première pandémie touche l'Extrême-Orient et atteint les limites de l'Empire russe. La seconde pandémie de choléra sévit de 1829 à 1837 et tire encore une fois son origine des Indes, se diffusant jusqu'en Europe à travers l'Empire russe. Cette pandémie atteint alors l'Amérique, tout comme les trois pandémies suivantes dans les années 1848, 1865 et 1883. Les deux dernières pandémies surviennent en 1899 et 1961, touchant peu l'Europe et, dans le cas de la septième pandémie, s'étendant jusqu'en Afrique¹.

Ainsi, le choléra touche l'Europe pour la première fois à la fin de l'année 1830. La maladie entre d'abord en Europe centrale et orientale pour ensuite se diriger vers le Nord-Ouest de l'Europe. Elle touche notamment les États allemands, la Pologne et la Scandinavie². Le fléau apparaît en Angleterre à la fin de l'année 1831, plus précisément à Sunderland, une ville portuaire située dans le Nord-Est du pays. Par les voies terrestres et maritimes, la maladie ne tarde pas à se propager à tout le Royaume-Uni et atteint Londres en février 1832. C'est bientôt l'Ouest et le Sud de l'Europe qui sont touchés, les mesures de protection et les quarantaines mises en place n'ayant pas suffi à contrer le terrible fléau. En mars 1832, le choléra entre à Paris où il fait des milliers de victimes. La Belgique, l'Espagne et le Portugal ne sont pas épargnés. L'impact du choléra est énorme et, sur le plan démographique, jusqu'à 70% des individus atteints meurent de la maladie au cours des premières pandémies³. Dans les villes touchées, la peur, la colère et le désespoir s'emparent des populations face aux symptômes effrayants d'une maladie dont on ne connaît ni la cause, ni le traitement et dont les modèles épidémiologiques connus n'expliquent pas la propagation.

¹ Patrice Bourdelais, «Présentation», *Peurs et terreurs face à la contagion*, Jean-Pierre Bardet *et al.*, dir., Paris, Fayard, 1988, p. 18.

² *Ibid.*

³ Reinhard S. Speck, «Cholera», *The Cambridge World History of Human Disease*, Kenneth F. Kiple, dir., Cambridge, Cambridge University Press, 1993, p. 642.

Au Bas-Canada, l'épidémie de choléra qui affecte les îles Britanniques oblige les autorités de la colonie à intervenir dès le mois de février 1832. Le projet de loi visant à former des bureaux de santé et établir un système de quarantaine reçoit la sanction royale du gouverneur en chef, lord Aylmer, le 25 février 1832⁴. Malgré ces précautions, les habitants de Québec, qui connaissent, par l'entremise des journaux, la situation grave qui prévaut en Europe, ne parviennent pas à éviter l'entrée et la propagation de cette maladie dans leur ville. Le 9 juin, le Bureau de santé est forcé «d'annoncer que le coléra s'est manifesté avec malignité»⁵ au cours de la journée précédente. Le Bureau de santé estimera que l'épidémie est presque disparue à partir du 15 septembre et il en annoncera officiellement la fin dans un avis daté du 3 novembre⁶.

En 1854, le *Central Board of Health* estime que 2218 résidents de la ville sont décédés des suites du choléra entre les mois de juin et septembre 1832⁷. Le taux de mortalité atteint alors 82/1000, ce qui, toutes proportions gardées, fait de Québec l'une des villes les plus touchées par ce terrible fléau⁸, aussi bien parmi les villes d'Europe que d'Amérique. Il semble, en effet, que la ville de Québec réunisse toutes les conditions propices au développement de cette maladie contagieuse, accueillant un grand nombre d'immigrants britanniques dans des quartiers surpeuplés aux conditions sanitaires déficientes. À Québec, comme partout ailleurs, le choléra entraîne la peur et suscite de vifs débats sur sa nature, son mode de propagation et les moyens pour le contrer.

Si les médecins de l'époque sont incapables de traiter efficacement avec la maladie, c'est qu'ils ignorent la nature même de celle-ci. Ce n'est qu'en 1855 que le médecin anglais John Snow met en évidence, à partir d'études statistiques de certains quartiers de Londres durement touchés par le choléra, le lien entre la distribution des eaux et la propagation du

⁴ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 27 février 1832.

⁵ *Ibid.*, 9 juin 1832.

⁶ *La Gazette de Québec*, 15 septembre 1832 et *The Quebec Gazette*, 5 novembre 1832.

⁷ Si les estimations varient entre 2000 et 3000, le chiffre de 2218 apparaît comme étant le plus probable dans les travaux de Dechêne et Robert (1979), de Bilson (1980) et de Hare, Lafrance et Ruddel (1987).

⁸ Louise Dechêne et Jean-Claude Robert, «Le choléra de 1832 dans le Bas-Canada: mesure des inégalités devant la mort», *Les Grandes mortalités : étude méthodologique des crises démographiques du passé*, Hubert Charbonneau et André Larose, dir., Liège, Ordina, 1979. p. 233.

choléra⁹. Pourtant, il faut attendre la diffusion de la découverte du vibrion cholérique par le médecin allemand Robert Koch, à Calcutta en 1883, avant de comprendre la véritable nature de la maladie et d'ouvrir la porte à la prévention et à des soins plus efficaces¹⁰.

Ainsi, nous savons aujourd'hui que le choléra est une maladie infectieuse intestinale causée par une bactérie. Le vibrion cholérique s'acquiert par voie buccale, par la consommation d'eau ou de nourriture, mais aussi, quoique plus rarement, par le contact direct entre individus¹¹. Le vibrion se loge dans l'intestin de l'individu atteint et empêche ce dernier d'absorber l'eau et les sels minéraux qui devraient normalement être retransmis dans son sang. Il se propage habituellement dans les eaux usées par les déjections des sujets infectés. Les épidémies sont donc provoquées par la présence d'une personne portant le vibrion cholérique dans son intestin et par des conditions d'hygiène propices à la transmission de la bactérie à des victimes potentielles¹². Le principal symptôme de la maladie est une grave diarrhée provoquant le rejet des éléments que le corps n'a pu absorber. D'autres symptômes ne tardent pas à apparaître: vomissements, crampes musculaires, baisse de la pression sanguine et teint bleuté caractérisent les cholériques. Au XIX^e siècle, le décès survient généralement assez rapidement, soit quelques jours ou même quelques heures après l'apparition des premiers symptômes.

En 1832, face à l'inconnu, diverses représentations sont donc imaginées afin d'expliquer la propagation du choléra. Les partisans de la contagion, d'une part, considèrent le choléra comme une maladie contagieuse se transmettant par le contact entre individus ou, selon certains, par l'intermédiaire d'objets matériels. D'autre part, les infectionnistes se représentent le choléra comme une maladie infectieuse, c'est-à-dire une maladie qui se propagerait dans l'air par le biais de miasmes. Ces miasmes, particules invisibles, attaqueraient les individus dont le corps est affaibli par diverses causes,

⁹ Dorothy Porter, *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, Londres et New York, Routledge, 1999, p. 70, 71 et 84. Voir aussi l'étude publiée par John Snow, *On the Mode of Communication of Cholera*, London, Churchill, 1855, 139 p.

¹⁰ Le vibrion cholérique fut, en réalité, découvert en 1854 à Florence par le scientifique italien Filippo Pacini. Sa découverte passe alors inaperçue dans la communauté scientifique. Reinhard S. Speck, *loc. cit.*, p. 642-643.

¹¹ Mary E. Wilson, *A World Guide to Infections: Diseases, Distribution, Diagnosis*. New-York;Oxford, Oxford University Press, 1991, p. 462.

¹² Reinhard S. Speck, *loc. cit.*, p. 643.

notamment par la malnutrition, le manque d'hygiène ou l'intempérance. Les connaissances scientifiques n'étant alors pas assez avancées, aucun des deux groupes n'arrive à faire la démonstration de son point de vue. Le débat soulève évidemment les passions parmi les médecins, mais également dans toutes les couches des sociétés affectées. La maladie n'épargne personne et tous sont concernés par sa propagation.

Les débats suscités par les premières épidémies de choléra du XIX^e siècle ont aussi soulevé l'intérêt des historiens. Erwin H. Ackerknecht fut l'un des premiers à souligner l'importance du débat entre contagionnistes et infectionnistes (ou anticontagionnistes)¹³. En 1948, il conclut à une opposition complète entre les partisans des deux théories et par une dominance très marquée de l'anticontagionnisme pour la période étudiée ici. Le discrédit de la théorie contagionniste est alors attribué à l'opposition politique contre la quarantaine et à la montée de la médecine sociale. Cette dominance est toutefois nuancée dans des textes plus récents de E.A. Heaman¹⁴ et de Patrice Bourdelais¹⁵. Pour ce dernier, la domination de la théorie infectionniste reflète plutôt le désir du maintien de la cohésion sociale, la thèse contagionniste n'étant abandonnée par plusieurs, en réalité, qu'en temps de crise.

Charles Rosenberg, dans un ouvrage devenu classique de l'histoire de la médecine, soutient qu'à New-York, si la profession médicale défend fermement l'infectionnisme, la population croit plutôt à la contagion du choléra. Aux États-Unis, la rhétorique du progrès et de la démocratie, liée aux besoins commerciaux, contribuerait au rejet de la théorie contagionniste par les scientifiques¹⁶. Rosenberg a aussi cherché à comprendre les modes d'explication élaborés pour répondre à la perception des épidémies¹⁷. L'auteur divise ces modes en deux catégories, soit la *contamination* et la *configuration*. La *contamination* implique la transmission de la maladie de personne à personne ou, du moins, par un agent

¹³ Erwin H. Ackerknecht, «Anticontagionism between 1821 and 1867», *Bulletin of the History of the Medicine*, vol. 22 (1948), p. 562-593.

¹⁴ E.A. Heaman, «The Rise and Fall of Anticontagionism in France», *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 12, no. 1 (1995), p. 3-25.

¹⁵ Patrice Bourdelais, «La construction de la notion de contagion: entre médecine et société», *Communications: La contagion*, Paris, Seuil, No. 66 (1998), p. 21-39.

¹⁶ Charles Rosenberg, *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849 and 1866*, Chicago, The University of Chicago Press, 1987 (1962), p. 80-81.

¹⁷ *Idem*, «Explaining Epidemics», *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 293-304.

pathologique responsable des problèmes de santé. Quant à la *configuration*, elle réfère aux modèles épidémiologiques faisant appel à un ensemble de circonstances (climat, salubrité, attitude et santé des individus) desquelles découlerait la maladie. Une telle division apparaît pertinente, car elle reflète la variété des représentations qui, comme nous le verrons au prochain chapitre, ne se limitent pas à une simple opposition entre contagionnisme et infectionnisme. Cette vision a le mérite de laisser la place à diverses interprétations, à diverses combinaisons. L'étiologie d'une maladie, comme le mentionne Rosenberg, est constamment influencée par des facteurs climatiques, hygiéniques, mentaux et moraux¹⁸.

Margaret Pelling tente aussi de nuancer l'opposition directe entre contagionnistes et infectionnistes. Elle démontre toute la complexité du débat en ce qui a trait à la pensée médicale, à la structure de la profession et aux décisions politiques qui en découlent¹⁹. Dans un article paru en 1993, elle insiste sur le fait que les concepts de contagion, d'infection et de miasme sont liés aux croyances et aux pratiques populaires ainsi qu'aux conditions scientifiques, épidémiologiques, économiques et politiques²⁰. La définition de ces concepts et les débats qui les entourent varient donc selon les périodes ; chaque période est en fait influencée par les théories élaborées lors de la précédente.

L'impact de l'opposition entre les classes sociales dans la construction du savoir est aussi un point qu'on ne peut ignorer. Dans son étude sur le choléra à Paris en 1832, François Delaporte présente la médicalisation de la ville et son dispositif de santé²¹. Il montre les divergences d'opinion dans les théories médicales et étudie précisément le débat entre contagionnistes et infectionnistes. L'historien s'attarde sur la logique et sur l'opposition entre les systèmes de pensée. Il démontre l'emprise des médecins, de la bourgeoisie et des administrateurs sur la classe la plus pauvre. Robert John Morris étudie aussi l'épidémie de choléra de 1832 en Grande-Bretagne en fonction de la perception des

¹⁸ Charles E. Rosenberg, «The Cause of Cholera: Aspects of Etiological Thought in Nineteenth-Century America», *Bulletin of the History of the Medicine*, vol. 34 (1960), p. 331-354.

¹⁹ Margaret Pelling, *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865*, Oxford, Oxford University Press, 1978, 342 p.

²⁰ *Idem*, «Contagion/Germ Theory/Specificity», *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 1, W.F. Bynum et Roy Porter, dir., New-York, Routledge, 1993, p. 309-334.

²¹ François Delaporte, *Le savoir de la maladie: essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, Presses Universitaires de France, 1990, 194 p.

différentes classes sociales. Pour lui, les mesures sanitaires, basées sur la théorie infectionniste dominante en Angleterre, «were an attempt by the ruling class [...] to compel the middle class to provide for the epidemic's primary victims, the working class»²². La thèse de Morris met donc l'emphase sur la relation de pouvoir et sur la dominance de la bourgeoisie.

La principale étude de l'épidémie de choléra qui sévit au Canada en 1832 est l'œuvre de Geoffrey Bilson, *A Darkened House: Cholera in Nineteenth-Century Canada*²³. Dans son ouvrage publié en 1980, Bilson étudie l'impact de l'épidémie sur la politique, la médecine et la société. Il s'intéresse notamment à la réglementation, à la réaction de la population et aux traitements proposés par les médecins. Concernant le débat sur la contagion, il rappelle qu'en plus des raisons scientifiques, des raisons sociales et politiques se mêlent au débat: «Men found convincing those theories which best fitted their attitudes toward immigration, quarantine, and the government's public health role.»²⁴ Il conclut que, devant l'impossibilité d'aposer un modèle épidémique connu sur le choléra, l'idée selon laquelle le choléra pourrait être contagieux dans certaines circonstances et non-contagieux dans d'autres aide à expliquer les irrégularités²⁵.

Mentionnons aussi les travaux de Logan Atkinson, qui, pour le Haut-Canada, a démontré le rôle majeur des règlements instaurés au niveau municipal: «The episode confirmed that law and regulation at the municipal level represented the principal defense against threats to the public health emerging from circumstances extraneous to political self-interest and ideology.»²⁶ Concernant le débat scientifique, Atkinson soutient que les preuves suggèrent que la population du Haut-Canada était principalement contagionniste,

²² Robert John Morris, *Cholera 1832: the Social Response to an Epidemic*, New-York, Holmes & Meier Publishers, 1976, 228 p.

²³ Geoffrey Bilson, *A Darkened House: Cholera in Nineteenth-Century Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1980, 222 p. Du même auteur, certains articles traitent d'aspects plus spécifiques concernant les épidémies de choléra au Canada, parmi ceux-ci, notons «The First Epidemic of Asiatic Cholera in Lower Canada, 1832», *Medical History*, vol. 21, no. 4 (1977), p. 411-433 et «Cholera and Public Health in Canada», *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique*, vol. 75, no. 5 (sept.-oct. 1984), p. 352-355.

²⁴ Geoffrey Bilson, *op. cit.*, p. 151.

²⁵ *Ibid.*, p. 152.

²⁶ Joseph Logan Atkinson, *The Upper Canadian legal response to the cholera epidemics of 1832 and 1834*, thèse de doctorat, University of Ottawa, 2000, p. 74.

mais que certains éléments tendent à démontrer que le lieutenant-gouverneur de la province, John Colborne, était plutôt attiré par le côté infectionniste²⁷. Il indique que si Colborne rejetait la quarantaine, c'est qu'il estimait illogique de confiner de nombreux malades en proie à une grande faiblesse dans des lieux qui accentueraient leur faiblesse face aux miasmes. Dans cette approche infectionniste, Colborne préfère disperser les immigrants dans la province le plus rapidement possible et ce, malgré les opinions qui lui parviennent de Londres et des médecins anglais²⁸.

En ce qui a trait à l'épidémie qui sévit au Bas-Canada, certains historiens ont rapporté les événements concernant l'épidémie de choléra qui sévit à Québec en 1832, mais peu ont effectué une analyse du débat scientifique, la plupart se concentrant sur la réponse étatique²⁹. Ainsi, Walter Sendzik, avec *The 1832 Montreal Cholera Epidemic: A Study in State Formation*, propose une étude centrée sur la Commission de santé de Montréal, les règlements sanitaires imposés, la médicalisation du gouvernement et l'implication des citoyens dans la crise. Il ne s'attarde pas au débat scientifique et médical, mais bien à l'impact de l'épidémie dans la formation de l'État. Les débats sur la nature de la maladie n'y sont abordés qu'en superficie et on constate, en filigrane, qu'il y a eu débat. Il situe notamment la création d'hôpitaux pour les cholériques dans la mouvance des mesures contagionnistes établies en Europe et indique que certains voyaient dans le choléra une maladie qui ne s'attaquait qu'aux pauvres, ce qui relèvent, comme nous le verrons plus loin, de la théorie infectionniste.

²⁷ Joseph Logan Atkinson, *op. cit.*, p. 78.

²⁸ *Ibid.*, p. 92-93.

²⁹ C'est le cas Martin Pâquet, «Diminuer le danger par de bons règlements intérieurs: État colonial et contrôle médical des migrations au Bas-Canada et au Canada-Uni, 1795-1854», *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, Vol. 16, no. 2 (1999), p. 271-291 et de Walter Sendzik, *The 1832 Montreal Cholera Epidemic: A Study in State Formation*. Mémoire de maîtrise, McGill University, 1997, 53 p.

Également, parmi les pionniers des études sur l'épidémie de choléra de 1832, mentionnons ici les travaux de V.A. Huard, «Le choléra asiatique à Québec», *Bulletin des recherches historiques*, vol. 12, no. 3 (mars 1906), p. 88-95, de Pierre-Georges Roy, «Le choléra de 1832», *Toutes petites choses du régime anglais, 1^{ère} série*. Québec, Garneau, 1946, p. 251-252, du même auteur, «Les épidémies à Québec», *Le Bulletin des Recherches Historiques*, , vol. 49 (janvier 1943), p. 204-215, de Bernard Dufebvre, «L'épidémie de choléra de 1832 à Québec», *Laval médical*, vol. 19, no. 5 (mai 1954), p. 696-712 et de Sylvio Leblond, « Québec en 1832 », *Laval médical*, vol. 36 (1967), p. 183-191.

Un incontournable paraît en 1979 alors que Louise Dechêne et Jean-Claude Robert publient «Le choléra de 1832 dans le Bas-Canada: mesure des inégalités devant la mort»³⁰. Le titre de cet article indique bien que cette étude de l'épidémie urbaine et de sa propagation dans les campagnes s'intéresse principalement aux conséquences démographiques. Il s'agit d'analyser l'impact de l'épidémie sur la population davantage que la réaction de la société face à cette épidémie. Les auteurs sont toutefois confrontés à la difficulté de chiffrer précisément le nombre de décès causés par le choléra, autant à la ville qu'à la campagne.

Les historiens Denis Goulet et Othmar Keel avancent, quant à eux, que «le fait que le choléra soit apparu si clairement au Québec comme une maladie de l'immigration, faisant en plus un grand nombre de victimes dans la population francophone, a sans doute surdéterminé dans cette population l'adhésion à une vision contagionniste de la maladie»³¹. Ces derniers s'appuient sur Bilson, qui fait remarquer les critiques formulées par les hommes politiques canadiens-français sur l'immigration en temps d'épidémie, et sur Bourdelais, pour qui la quarantaine et les restrictions à la libre-circulation instaurées au Bas-Canada relèvent de circonstances locales différentes de celles que connaît l'Europe³².

À travers la problématique développée ici, la maladie sera considérée comme construction sociale en ce sens que son apparition déclenche une quête de savoir, une recherche d'explication et certaines interactions, toutes influencées par la spécificité du contexte dans lequel elle se développe. C'est d'ailleurs sous cet angle que Charles Rosenberg conçoit la maladie : «No matter what its biological basis--and in the case of many supposed ills, a biological basis remains to be demonstrated--a disease is socially constructed, framed by a particular configuration of needs, perceptions, and expectations»³³. Le débat sur la notion de contagion permet de démontrer cette complexité derrière la construction des différentes représentations de la maladie. Ces représentations constituent des éléments mentaux utilisés par les individus pour comprendre leur

³⁰ Louise Dechêne et Jean-Claude Robert, *loc. cit.*, p. 229-270.

³¹ Denis Goulet et Othmar Keel, «Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIX^e siècle», *Anthropologie et sociétés*, vol. 15 (1991), no. 2-3, p. 209.

³² Geoffrey Bilson, *op. cit.*, p. 169 et Patrice Bourdelais, «Présentation», *loc. cit.*, p. 25.

³³ Charles Rosenberg, *op. cit.*, p. 238.

environnement et elles influencent leurs perceptions, leurs attitudes et leurs comportements à l'intérieur de la société où ils évoluent.

Il s'agit, d'abord, de vérifier la présence d'un débat opposant les défenseurs de la théorie contagionniste aux défenseurs de la théorie infectionniste à Québec en 1832. Cette étude devra aussi permettre de situer les perceptions, populaires ou scientifiques, dans un contexte occidental plus large. Il faudra également identifier les principaux acteurs ou groupes d'acteurs prenant part à ce débat à Québec. Médecins, hommes politiques, marchands et citoyens figurent parmi ces acteurs qui soulèvent la question de la nature du choléra et de son mode de propagation. Leurs discours seront mis en relation avec les contextes médical, social, économique et politique de la ville de Québec à l'époque. Enfin, l'étude voudra observer l'évolution des débats et des idées entourant l'épidémie de choléra tout au long de l'année 1832 afin de constater comment l'arrivée du choléra a pu influencer les perceptions.

Les différents discours, réactions ou règlements seront donc observés sous un angle qui permettra de déterminer les théories qu'ils représentent et les pensées qui les soutiennent. L'objectif, ici, n'est pas d'évaluer les ravages du choléra dans la population ou la justesse de la réponse étatique, mais bien de voir comment le débat scientifique s'est développé à Québec et de l'influence des théories contagionniste et infectionniste.

Notre hypothèse de départ veut que le contagionnisme, dans le discours officiel, semble dominant à Québec durant l'année 1832. La situation générale se distingue de la situation qui prévaut à Paris et à Londres, là où la théorie infectionniste domine nettement en 1832. La situation se compare davantage avec certaines villes américaines accueillant un grand nombre d'immigrants qui établissent elles aussi des mesures indiquant une pensée contagionniste. La majorité des ports américains de l'Atlantique, par exemple, établissent la quarantaine dès l'hiver 1831-1832. D'ailleurs, à ce chapitre, certains apparaissent beaucoup plus stricts quant à la rigueur de leur quarantaine, comparativement à la quarantaine établie à Québec.

Nous voudrions toutefois montrer que, en pratique, la théorie contagionniste semble appliquée avec peu de rigueur et se trouve appliquée à travers bon nombre de mesures relevant davantage de la théorie infectionniste. En fait, plusieurs médecins influents de Québec contestent la thèse contagionniste. La création du savoir des médecins est influencée par différents facteurs, propres ou non à la ville de Québec.

La situation coloniale qui prévaut au Canada pourrait expliquer en partie cette situation particulière. Le contagionnisme y est favorisé par la majorité, mais ne peut pas être pratiqué de façon efficace. En effet, l'émigration britannique représente un vecteur important pour la transmission de la maladie, un vecteur identifié par plusieurs à la suite de simples constatations empiriques. Toutefois, il s'agit d'un élément sur lequel les autorités locales ne possèdent que peu de contrôle, l'émigration étant gérée par la métropole elle-même. C'est donc l'histoire de la dynamique entre ces deux théories que nous nous proposons d'étudier au sujet du choléra de 1832.

Afin de trouver réponses aux questions soulevées plus haut, les journaux, les observations médicales et, dans une moindre mesure, les récits personnels seront mis à profit. Deux journaux sont retenus comme source dans le cadre de ce travail, il s'agit de *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec* et du journal *Le Canadien*. Ces deux journaux ont été choisis et dépouillés en entier pour l'année 1832 parce qu'ils permettaient d'obtenir un portrait relativement complet de la situation à Québec pour cette année et ce, à l'intérieur des contraintes de temps et de moyens imposées par le cadre de ce mémoire³⁴.

Le Canadien a été fondé pour faire contrepoids au *Quebec Mercury*, journal conservateur anglais, et pour «défendre les intérêts politiques des classes professionnelles canadiennes-françaises»³⁵. Plus précisément, *Le Canadien* «représente les intérêts du

³⁴ Le dépouillement du *Quebec Mercury*, n'a pas été réalisé principalement à cause de la contrainte de temps. Sa consultation aurait certainement pu apporter des compléments d'information et mieux faire connaître, entre autres, les points de vue du monde des affaires de la ville mais, d'après ce que nous avons pu constater, la plupart des éléments analysés, tels que les règlements du Bureau de santé, les discours ou les annonces, sont les mêmes dans les différents journaux.

³⁵ André Beaulieu et Jean Hamelin, *La presse québécoise des origines à nos jours*, Tome I: 1764-1859, Québec, Presses de l'Université Laval, 1973, p. 16.

groupe modéré de Québec»³⁶. De 1831 à 1842, Étienne Parent et Jean-Baptiste Fréchette en sont copropriétaires, le premier assumant la rédaction et le second, l'impression. Au début de l'année 1832, *Le Canadien* est un bihebdomadaire. Il devient trihebdomadaire à partir du 9 mai 1832.

En 1832, *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec* est dirigée par Samuel Neilson qui a pris la relève de son père, John Neilson, réformateur modéré dont la fonction de député au Parlement du Bas-Canada est devenue incompatible avec celle de propriétaire de journal. L'année 1832 marque un changement important dans la publication du journal. *La Gazette*, depuis sa création, est un journal bilingue qui publie une traduction française à la suite des nouvelles rédigées en anglais. À partir du 2 mai 1832, *The Quebec Gazette* et *La Gazette de Québec* sont publiées en deux éditions distinctes. Dès lors, l'édition anglaise paraît les lundi, mercredi et vendredi tandis que l'édition française paraît les mardi, jeudi et samedi.

Il aurait été pertinent de pouvoir compter sur l'étude d'un journal médical, comme c'est le cas pour les travaux historiens sur les épidémies en Europe et aux États-Unis, mais aucun n'est publié à Québec en 1832³⁷. À travers les journaux, un certain schème semble avoir été adopté lorsqu'il est question de l'épidémie, comme le remarque l'historien Robert John Morris: «There was a characteristic response from the religious periodicals and medical journals, from the radical newspapers and from magazines on household management; from the educational and temperance Press, and the literary and scientific papers. They all made some 'survey' of the literature and provided 'advice' for readers. The steady reporting of cases and death in the newspapers had the depressing effect of the tolling of a funeral bell.»³⁸ De fait, cette remarque s'applique aussi aux journaux de Québec qui, à travers leurs diverses sections, tentent de fournir le plus d'information possible à leurs lecteurs en ce qui concerne la nature de la maladie, son traitement et sa propagation.

³⁶ André Beaulieu et Jean Hamelin, *La presse québécoise des origines à nos jours*, Tome I: 1764-1859, Québec, Presses de l'Université Laval, 1973, p. 17.

³⁷ *Le Journal de Médecine de Québec / Quebec Medical Journal*, premier journal médical à paraître à Québec, n'est publié que pour les années 1826 et 1827.

³⁸ Robert John Morris, *op. cit.*, p. 14.

Les nouvelles étrangères occupent habituellement une part importante des journaux. Elles sont alimentées principalement par les journaux de la Grande-Bretagne, de la France et des États-Unis. Durant l'épidémie, les connaissances médicales de la Grande-Bretagne et de la France, surtout, occupent une place de choix dans les premières pages. L'évolution de l'épidémie, les comportements de la population et divers cas précis de choléra sont aussi présentés. Bien qu'on ne puisse mesurer avec précision l'impact des nouvelles britanniques et françaises, il ne fait aucun doute qu'elles influencent le débat qui nous intéresse puisqu'elles constituent une bonne part des informations transmises à la population³⁹.

Les textes locaux sont plus variés et devraient permettre une meilleure compréhension des thèses contagionnistes et infectionnistes soutenues à Québec. Les nouvelles locales, durant l'épidémie, sont essentiellement tournées vers le terrible fléau. Certains articles traitent spécifiquement de la nature du choléra, d'autres s'attardent aux mesures sanitaires annoncées, aux traitements médicaux proposés ou aux réactions de la population. Le lecteur peut aussi prendre connaissance des communications du Bureau de santé concernant les mesures sanitaires préconisées afin d'éviter la propagation du choléra. Ces journaux ouvrent également leurs pages aux lettres de leurs lecteurs. Malheureusement, la plupart de ces lettres sont signées de pseudonymes qui ne nous permettent pas de déterminer clairement l'occupation, le rang, les connaissances ou les intérêts de leurs auteurs. Par conséquent, il peut être difficile d'évaluer si les opinions émises représentent la population dans son ensemble ou les vues particulières de quelques individus.

De plus, lorsque les députés siègent à la Chambre d'Assemblée, on rapporte en résumé les travaux qui y sont effectués. À cette section s'en greffe habituellement une seconde dans laquelle on trouve retranscrit intégralement les principaux débats de la Chambre. Des projets de lois et des lois sont aussi publiés par les journaux lorsqu'ils

³⁹ De la même façon, les nouvelles en provenance du reste de l'Amérique du Nord britannique peuvent fournir matière à réflexion pour la population de Québec. Toutefois, pour ces villes touchées par le fléau après Québec, comme c'est le cas de Montréal, les informations diffusées dans les journaux semblent servir surtout à dresser un portrait de la progression du choléra.

présentent un grand intérêt pour la population⁴⁰. Ces nouvelles à caractère politique sont cependant absentes au cours des mois d'été où l'épidémie est à son paroxysme, les députés n'étant pas réunis en Chambre. Au passage, il convient de souligner ici l'intérêt des journaux de la Chambre d'Assemblée du Bas-Canada. Ces journaux présentent les rapports des travaux effectués à la Chambre, on y trouve donc les différents projets de lois ou règlements ayant été discutés ou adoptés. En outre, les appendices de ces journaux contiennent plusieurs documents se révélant d'une grande utilité dans le cadre de cette étude. Citons, par exemple, des rapports médicaux sur le choléra et la quarantaine de même que des pétitions adressées au gouverneur Aylmer faisant part des craintes et des opinions de la population.

Les règlements et observations de nature médicale constituent des sources plus hétéroclites. Les quelques textes à caractère scientifique dont nous disposons permettront évidemment de mieux comprendre les théories échafaudées et la logique derrière celles-ci⁴¹. On y trouve des indications générales sur la pensée scientifique de l'époque de même que des avis plus personnels de certains médecins de Québec. La publication des règlements du Bureau de santé, quant à elle, exprime l'opinion du Bureau sur la nature et le mode de propagation du choléra⁴². On y discute notamment de l'isolement des malades et des mesures de salubrités jugées les plus efficaces.

Ces textes ont pu être rédigés pendant l'épidémie, à la fin de cette dernière ou quelques années plus tard. Par ailleurs, certains textes destinés à renseigner la population sont moins étoffés, d'un point de vue scientifique, afin de favoriser la compréhension et, du même coup, le respect des règles imposées.

⁴⁰ C'est le cas, par exemple, de *l'Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* qui contient des règlements que les autorités croyaient suffisants pour arrêter la progression de l'épidémie.

⁴¹ Voir *Extrait d'une lecture sur le cholera asiatique faite, l'automne dernier, par M. le docteur Painchaud sous le patronage de l'Institut canadien de Québec*. Québec, Imprimerie du «Canadien», no. 9, 1849. 24 p. et *Faits et observations sur le choléra spasmodique*. Québec, Neilson et Cowan, 1832.

⁴² *Règlements sur le choléra, prescrits par le Bureau de santé de Québec; et par la commission centrale de Paris*, Québec, Neilson et Cowan, 1832.

De plus, les mémoires sont une source avec laquelle il convient d'être très critique puisqu'ils placent à l'avant-scène l'auteur lui-même⁴³. Il devient nécessaire de chercher à valider cette information avec une autre source. Bref, chacune des sources utilisées méritent une attention particulière et un sens critique éveillé. Cela étant dit, l'utilisation optimale des sources passe aussi par l'emploi de méthodes d'analyse adaptées.

Une attention particulière doit être portée aux termes scientifiques. Ceux-ci doivent être compris d'après les définitions données à l'époque et, à cette fin, un glossaire des termes médicaux pourra être consulté en annexe. Si les termes médicaux méritent d'être définis, c'est que ces derniers peuvent prendre, au début du XIX^e siècle, un sens bien différent de celui que nous, lecteurs du XXI^e siècle, pourrions leur attribuer: le cholera «revealed patterns of thought and reaction, especially in matters of medicine and religion, which were centuries away from our own»⁴⁴. En somme, le lecteur se trouve devant un monde conceptuel différent. L'apparition d'un terme scientifique, aussi précis puisse-t-il paraître, ne permet pas de classer immédiatement un texte dans l'une ou l'autre des idéologies opposées ici, soit le contagionnisme et l'infectionnisme. Par exemple, les termes «contagion» et «infection», selon les théories scientifiques élaborées à l'époque, sont des termes qui s'opposent. Toutefois, pour certains, ces termes deviennent synonymes et prennent le sens général d'«épidémie», de maladie se propageant à grande échelle.

Par conséquent, afin de mieux saisir le contexte scientifique de la première moitié du XIX^e siècle, le chapitre premier de ce mémoire sera consacré à la compréhension du savoir médical et des mesures sanitaires développés lors de l'épidémie de choléra de 1832 en Occident. L'histoire, la définition des théories médicales de l'infectionnisme et du contagionnisme, le sens des mots et des différents types de choléra seront ainsi définis le plus exactement possible. Puisque nous tentons de situer les représentations élaborées à Québec dans un contexte mondial, nous verrons ensuite comment les principales influences de la ville de Québec lors de l'épidémie de 1832, l'Angleterre, la France et les États-Unis

⁴³ Le fait que les mémoires de James Douglas aient été édités par son fils doit aussi être mentionné, bien que son fils affirme avoir publié les mémoires en entier.

⁴⁴ Robert John Morris, *op. cit.*, p. 17.

ont agi devant l'épidémie. Nous cernerons ensuite les éléments spécifiques au contexte de Québec qui ont pu jouer un rôle dans la perception de l'épidémie.

Le second chapitre devra nous permettre de comprendre comment les principaux acteurs impliqués dans la prévention de l'épidémie se représentaient le choléra avant même son arrivée à Québec. Nous étudierons donc les premiers avis scientifiques adressés au gouverneur et à la Chambre d'Assemblée par les médecins, avant de s'attarder aux opinions émises ensuite par le gouverneur et la Chambre. Enfin, il nous faudra examiner l' *Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* voté pour prévenir l'introduction du choléra. La composition et les pouvoirs du Bureau de santé, établi pour l'occasion, de même que les règlements que ce nouvel organe établira, nous permettront, nous l'espérons, de reconnaître sur quelle(s) théorie(s) furent fondées les premières mesures destinées à empêcher l'arrivée et la propagation de l'épidémie à Québec.

L'objectif du troisième et dernier chapitre sera d'étudier comment les perceptions du choléra ont évolué à la suite de l'apparition du fléau. Le débat chez les médecins sera d'abord considéré afin d'établir qu'elles sont les appuis aux thèses contagionniste et infectionniste et de dégager la prédominance de l'une sur l'autre. Nous observerons ensuite quelles ont été les idées véhiculées par le Bureau de santé pendant et après le choléra. Les mesures cherchant à restreindre la libre circulation permettront de démontrer l'application de la théorie contagionniste tandis que les mesures destinées à la purification de l'environnement et à l'élimination des causes prédisposantes seront autant d'indices d'une pensée infectionniste. Enfin, nous voudrions montrer comment les réactions populaires et les critiques vives vis-à-vis les mesures sanitaires sont l'expression chez la population d'une croyance générale dans le caractère contagieux du choléra.

1. L'épidémie de choléra de 1832 en Occident : représentations et débats

La percée du choléra en Europe au début des années 1830 démontre au monde occidental qu'il n'est pas à l'abri de ce fléau. C'est que le choléra a longtemps été considéré comme une maladie exotique ne pouvant atteindre les limites de la Civilisation. Les autorités, tout comme les médecins ou les populations, se trouvent donc devant un mal méconnu; mais elles doivent réagir. Elles sont alors tiraillées par les diverses théories qu'elles génèrent, par la variété des mesures mises en place dans les pays étrangers et par un contexte propre à chacun des pays impliqués, chacune des villes touchées. C'est dans ce contexte que les débats sur le choléra font rage dans les pays occidentaux, et la ville de Québec n'y échappe pas.

Ce chapitre fait état des deux principaux systèmes de pensée qui s'affrontent alors face à l'épidémie: l'infectionnisme et le contagionnisme. Deux systèmes basés sur des croyances médicales opposées qui, par le fait même, transposent cette opposition dans le choix des mesures visant à vaincre le choléra. Les mesures et les attitudes développées en Angleterre, en France et aux États-Unis méritent une attention particulière, étant trois pays touchés par le fléau, et avec lesquels le Bas-Canada entretient des relations. Leur influence est bien visible dans les débats qui prévalent dans le contexte local de Québec au cours de l'année 1832, un contexte particulièrement marqué par la division ethnique de la population, l'importance du commerce maritime dans l'économie et un corps médical encore peu unifié.

1.1 À la base du débat: des théories toujours en construction

De tout temps, l'être humain a cherché à expliquer la maladie. Les maladies furent longtemps considérées comme une punition divine attribuée aux hommes ayant manqué à leurs devoirs moraux ou religieux. Les premières explications « naturelles » des épidémies seraient apparues dans l'Antiquité. Tant pour la notion d'infection que pour celle de contagion, de nombreuses interprétations furent proposées au fil du temps, s'opposant, ignorant ou se superposant aux hypothèses déjà échafaudées. En 1832, à Québec comme dans le reste du monde Atlantique, deux visions du choléra s'affrontent. Ainsi, l'infectionnisme et le contagionnisme trouvent chacun leurs partisans et leurs détracteurs

qui, à travers diverses interprétations médicales, s'insèrent inévitablement quelque part entre ces deux pôles formés par ces théories antithétiques. Chacune des deux théories est donc le fruit d'une histoire dont les différents stades évolutifs marquent toujours, en 1832, la pensée médicale.

1.1.1 Les théories infectionnistes

La notion d'infection a été développée pour la première fois par Hippocrate (406-377 av. J.-C.). Dans le corpus hippocratique, les maladies épidémiques sont attribuées à la peste de l'air. L'air putride serait causé par l'émanation de miasmes : «ces fameux miasmes, émanations pathogènes de la fange des marais, lieux de putréfaction végétale et animale, souilleraient l'air et signeraient leurs maléfices par la puanteur»⁴⁵. Les épidémies proviendraient donc de ces émanations putrides, provoquant une atmosphère malsaine, impure, et capable de propager la maladie à un grand nombre de personnes.

Au II^e siècle de notre ère, Galien individualise en quelque sorte la pensée hippocratique en ajoutant à cette théorie aériste la notion d'équilibre des humeurs. Pour Galien, la santé n'est pas l'absence de maladie, mais bien l'équilibre des humeurs maintenu par un sain régime de vie qui favorise l'individu⁴⁶. Cet équilibre, physique et moral, est incompatible avec les excès de nourriture, l'intempérance et les passions trop fortes. Cette conception renforce aussi le lien avec les conditions cosmiques ou météorologiques, puisque les quatre humeurs (bile, sang, atrabile et pituite) sont liées aux tempéraments (froid, chaud, sec et humide) qui correspondent aux quatre éléments cosmiques (air, feu, terre et eau)⁴⁷.

Au Moyen Âge, cette conception se retrouve dans la médecine arabe pour bientôt revenir en Occident lors de la peste. Ce fléau épidémique, qui fait des ravages en Europe dès 1348, a fait l'objet de plus de deux cent cinquante ouvrages entre 1350 et 1500. Bien

⁴⁵ Bernard Paillard, «Petit historique de la contagion», *Communications: La contagion*, Paris, Seuil, No. 66 (1998), p. 13.

⁴⁶ Margaret Pelling, «Contagion... », *loc. cit.*, p. 317.

⁴⁷ Bernard Paillard, *op. cit.*, p. 16.

que plusieurs villes aient alors adopté des mesures de quarantaine (les villes portuaires d'Italie sont les premières à en faire usage), les auteurs accusent habituellement l'air ambiant d'être nocif et d'être la source de la maladie⁴⁸.

Au XIX^e siècle, toutes ces théories influencent la pensée médicale et, de façon moins consciente, les croyances populaires. La conception hippocrato-galénique est reprise abondamment par les infectionnistes qui attribuent la propagation des maladies à des facteurs extérieurs, environnementaux, ou à des facteurs intérieurs, contrôlés par l'individu. Ces deux types de facteurs, ou la conjugaison de ceux-ci, sont donc envisagés afin d'expliquer les progrès du choléra.

En 1854, la définition générale du terme donnée par *The Cyclopaedia of Practical Medicine* constitue une définition qui pourrait s'appliquer pour l'année 1832. On y indique que le terme infection «will be employed in this article to signify the deleterious or offensive qualities which certain matters designated by the terms malaria, matter of contagion, emanations, and effluvia, communicate to the air and other inert bodies; and likewise the pernicious effects which some of these substances produce on the human constitution»⁴⁹. Cette définition met donc l'accent sur le rôle de l'atmosphère dans la transmission des maladies.

Les facteurs environnementaux, imaginés à l'origine par Hippocrate, demeurent évoqués très fréquemment : « At any rate the notion that epidemic diseases were connected with weather and winds, seasons, floods, and earthquake remained firmly established until the second half of the nineteenth century. »⁵⁰ Ces facteurs environnementaux expriment donc une conception de la maladie où l'individu subit les vicissitudes de la nature et où la maladie frappe sans discernement. Il est cependant possible d'agir sur les foyers de la

⁴⁸ Jean Théodoridès, *Des miasmes aux virus: histoire des maladies infectieuses*, Paris, Éd. Louis Pariente, 1991, p. 24.

⁴⁹ Joseph Brown, «Infection», *The Cyclopaedia of Practical Medicine: Comprising Treatises on the Nature and Treatment of Diseases, Materia Medica and Therapeutics, Medical Jurisprudence, etc.etc.*, vol. 2, John Forbes et al., dir., Philadelphie, Blanchard and Lea, 1854, p. 693.

⁵⁰ Owsei Temkin, «An Historical Analysis of the Concept of Infection», *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*, Owsei Temkin, dir., Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977, p. 459.

maladie, c'est-à-dire sur les lieux d'où émanent les miasmes à l'origine de la maladie. Ainsi, de par des préoccupations analogues, les infectionnistes de la première moitié du XIX^e siècle se trouvent liés au mouvement hygiéniste qui se développe dans la foulée des épidémies, de l'industrialisation et de l'urbanisation naissante. Les infectionnistes obtiennent ainsi un écho favorable dans la première moitié du XIX^e siècle : «C'est que le thème de l'infection éveillait de profondes résonances. Il y avait convergence entre les initiatives de l'hygiénisme et celles du réformisme politique. Médecins, philanthropes et possédants réclamaient tous l'extraction des foyers générateurs de lèpres.»⁵¹

Afin d'éloigner les foyers d'infection, les propositions sont multiples. Le balayage, l'arrosage et le pavage des rues, la cueillette des ordures, du fumier et des matières organiques sont parmi les premières solutions envisagées pour la salubrité des villes où le «tout à la rue» crée bien des difficultés⁵².

On peut aussi chercher à corriger l'atmosphère miasmatique en purifiant l'air ambiant. Pour ce faire, différentes méthodes sont utilisées. La plus simple consiste à favoriser la circulation de l'air. L'air confiné, comme l'eau stagnante, est source de maladies⁵³. Les grands vents sont un exemple naturel permettant la purification de l'atmosphère, à cela s'ajoutent diverses méthodes allant de l'agrandissement des portes et fenêtres à l'utilisation de draps comme éventails.

Par ailleurs, l'élimination de la maladie passe non seulement par l'hygiène des villes et des habitations, mais aussi par l'hygiène personnelle, l'hygiène de vie. Les théoriciens infectionnistes considèrent généralement qu'un corps sain et équilibré ne peut contracter la maladie, l'infection ne pouvant y pénétrer. Les tenants de cette théorie parlent alors de causes prédisposantes. Une attention particulière doit ainsi être portée à la propreté du corps et à la pureté de l'esprit pour protéger l'individu des dangers provenant de l'environnement. Par conséquent, cette théorie dénonce les excès de toutes sortes, excès qui favoriseraient

⁵¹ François Delaporte, *op. cit.*, p. 162.

⁵² Jacques Léonard, *Archives du corps: La santé au XIX^e siècle*, Rennes, Éditions Ouest-France, 1986, p.77-78.

⁵³ *Ibid.*, p.75.



l'éclosion et l'action de la maladie. Des comportements comme l'intempérance dans la consommation d'alcool, la gourmandise ou la peur seraient autant de portes ouvertes aux maladies infectieuses. Ces causes prédisposantes permettent d'ailleurs d'expliquer pourquoi, dans un même lieu et avec le même air, certaines personnes sont atteintes de la maladie alors que d'autres en sont épargnées. Ces causes individuelles réfèrent de façon directe aux habitudes de vie et à l'hygiène personnelle et chaque individu devient responsable de sa condition.

Pour les fins de ce mémoire, le groupe désigné comme « infectionniste » sera ce groupe hétérogène dont les interprétations, quoique multiples et variées, demeurent basées sur l'aérisme, sur les notions d'impureté, de pollution et de déséquilibre et ce, autant dans le corps et l'esprit que dans l'environnement.

1.1.2 Les théories contagionnistes

Au XIX^e siècle, avant la découverte des micro-organismes, les maladies contagieuses sont « celles qui sont susceptibles de se transmettre d'un individu malade à un individu sain, soit par le contact immédiat de la personne (sic) malade, soit par le contact de vêtements ou d'effets provenant de cette personne »⁵⁴. Les partisans de la contagion prétendent donc qu'un sujet infecté peut transmettre la maladie à un sujet sain par le biais d'un germe encore invisible à l'époque.

L'idée n'est pas nouvelle, ayant déjà été formulée dans le passé par des penseurs qui, faute de pouvoir utiliser un microscope, avaient proposé « intuitivement » des théories se rapprochant de cette réalité. Ce fut le cas, par exemple, du Romain Terrentius Varron (116-27 av. J.-C.) qui affirmait déjà que des animaux minuscules et invisibles pouvaient transmettre la maladie. Selon l'historien de la médecine Owsei Temkin, la première recension systématique des maladies contagieuses provient d'un texte de médecine arabe, le *Book of Treasure*, compilé avant le X^e siècle. La maladie contagieuse est alors définie simplement comme « celle qui infecte les autres »⁵⁵. Au XVI^e siècle, un Italien, Girolamo

⁵⁴ É. Littré et Ch. Robin, «Contagieux, euses», *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*, Paris, J.B. Baillière et fils, 1865, p. 346.

⁵⁵ Owsei Temkin, *loc. cit.*, p. 460.

Fracastoro, imagine le rôle de semences vivantes invisibles dans la transmission des maladies par contact direct ou indirect⁵⁶. Ces conceptions faisant appel au monde de l'invisible bouleversent les esprits. Comme le dit Paillard:

[...] l'idée d'une transmission par le biais d'organismes vivants invisibles ne va pas de soi. Elle nécessite un véritable effort de pensée. À l'époque, imaginer des animalcules, c'était faire un pari sur l'inconnu. Peut-être plus. Car si l'on croyait à l'existence d'êtres invisibles, en aucun cas ceux-ci ne pouvaient avoir la forme dégradée d'un petit animal. L'invisibilité confère la supériorité des purs esprits que seuls possèdent les génies et les anges, les dieux et les démons.⁵⁷

Les anticontagionnistes considéraient une telle théorie comme un recul scientifique, une chimère, préférant la théorie des miasmes qui mettait l'accent sur l'hygiène, une théorie marquée par le sceau du progrès. Modernité bien relative évidemment, car il n'est plus besoin de montrer l'influence de la conception hippocratique sur ces dernières. Rappelons toutefois qu'au Moyen Âge Hippocrate est moins lu et étudié que Galien. Ainsi, à la Renaissance, au moment où on « redécouvre » Hippocrate, cette conception est nouvelle.

Nous savons aujourd'hui qu'une maladie peut être contagieuse par le contact direct entre individus, mais qu'elle peut aussi l'être par le contact indirect, c'est-à-dire par l'intermédiaire de vêtements, boissons, aliments ou animaux infectés. Le choléra, pour sa part, peut se transmettre de façon directe par voie buccale, mais, tel que mentionné précédemment, la maladie se transmet principalement par les eaux usées, ce qui en fait une maladie contagieuse, mais de façon indirecte. Cette contagion par contact indirect explique en bonne partie la présence d'un débat sur la propagation du choléra puisque ce mode de transmission rend l'étude de la maladie plus complexe. En effet, la tâche est d'autant plus ardue pour les contagionnistes qui doivent expliquer pourquoi des individus n'ayant pas été en contact avec un cholérique peuvent être atteints de la maladie. En définitive, les théories contagionnistes ne pourront être prouvées et comprises qu'après la découverte du rôle des bactéries dans la propagation des maladies, à la fin du XIX^e siècle⁵⁸.

⁵⁶ Bernard Paillard, *op. cit.*, p. 9.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 14.

⁵⁸ Erwin H. Ackerknecht, *loc. cit.*, p. 568 et 576.

Entre les deux pôles identifiés à l'infection et la contagion, se trouvent des hommes aux positions plus nuancées. Ceux-ci, appelés *contingent contagionists*, adoptent des attitudes de compromis qui consistent à accepter la théorie de la contagion comme possible, mais dans certaines circonstances seulement. Le choléra serait en premier lieu une infection, mais une infection susceptible d'évoluer en contagion. En pratique, ces *contingent contagionists* ont tendance à rejeter les mesures à caractères contagionnistes, comme la ségrégation et l'application de la quarantaine,⁵⁹ quoiqu'il y ait aussi parmi eux diverses positions.

Enfin, précisons que les infectionnistes ne contestent pas l'existence de maladies contagieuses, pas plus que les contagionnistes ne contestent l'existence de maladies atmosphériques. Les partisans de l'infection acceptent qu'une maladie soit considérée comme contagieuse à condition qu'elle réponde à certains critères précis tels que l'acquisition d'une immunité et l'inoculabilité du mal⁶⁰. Ainsi, la variole, les maladies vénériennes et la rougeole sont généralement considérées par les médecins comme des maladies contagieuses⁶¹. De leur côté, les contagionnistes admettent que certaines fièvres soient la conséquence directe d'une exposition à un air vicié, à condition qu'une influence générale ou locale soit démontrée. En somme, leurs points de vue divergent quant aux voies normales de la nature et aux exceptions envisageables.

1.1.3 Les mots de la maladie: un vocabulaire à définir

Au XIX^e siècle, à la base du vocabulaire des infectionnistes et contagionnistes se trouvent des théories médicales qui se situent dans un univers scientifique très différent du nôtre. Étudier les théories antérieures, c'est d'abord comprendre le sens des mots utilisés à l'époque, car, au début du XIX^e siècle, les mots prennent bien souvent un sens différent de ceux que nous, lecteurs d'aujourd'hui, pourrions leur attribuer. La signification des termes évolue avec les nouvelles connaissances et, par conséquent, certains nous paraissent maintenant énigmatiques et d'autres, carrément contradictoires.

⁵⁹ Erwin H. Ackerknecht, *loc. cit.*, p. 569.

⁶⁰ François Delaporte, *op. cit.*, p. 154.

⁶¹ Denis Goulet et Othmar Keel, *loc. cit.*, p. 205.

Les difficultés reliées au vocabulaire sont nombreuses. Au XIX^e siècle, les termes restent à définir et, dans des cadres différents, le sens des mots peut varier jusqu'à signifier l'opposé. La bataille entre les théories est aussi une bataille de mots qui, bien souvent, mène le commun des mortels dans le doute et l'incompréhension. Empruntant une approche socio-historique, Gérard Fabre décrit ainsi cette recherche de la vérité scientifique en l'absence du vocabulaire et des concepts appropriés :

«Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, il manque à la connaissance de la peste les mots précis pour comprendre et nommer le mécanisme de contagion. Pourtant, des croyances «naïves» induisent des actes de connaissance. De la méconnaissance naît, par des voies imprévisibles, la connaissance. L'impossibilité de démêler le vrai du faux, de départager en ces termes l'aérisme et le contagionnisme, en témoigne : entre ces deux doctrines, où se situe la connaissance, où se loge la méconnaissance? Il est arbitraire d'en juger.»⁶²

Au XIX^e siècle, comme aujourd'hui, le langage de la médecine est un langage que tous ne comprennent pas. La population, en général, éprouve de la difficulté à bien saisir les nuances du discours médical. Cette perception est confirmée par un lecteur du journal s'adressant à l'éditeur de *La Gazette de Québec*: «Je ne suis pas, monsieur l'éditeur, juge compétent pour décider la grande et sophistiquée question de la contagion ou de la non-contagion. Je laisse aux gens de l'art cette importante mine de discussions qu'ils sauront à coup sûr exploiter à leur avantage»⁶³. Un autre lecteur fait aussi remarquer qu'il n'entend rien à tout ce débat qui, selon lui, n'intéresse que le corps médical: «I am not competent to enter into the nice distinction with which medical men amuse themselves, and frequently, without intending it, mislead the public. I know nothing of contagious, infectious, epidemic, endemic or any other hard-named diseases [...]»⁶⁴. Il semble que le discours médical ne réussisse souvent qu'à confondre le public et à soulever le doute sur la profession médicale. C'est que le corps médical ne connaît pas l'origine de cette maladie et qu'il n'a pas, à son sujet, un point de vue clair. Il n'est donc pas rare de voir les médecins avancer des points de vue relevant de thèses divergentes. Mentionnons, pour le moment,

⁶² Gérard Fabre, *Épidémies et contagions : l'imaginaire du mal en Occident*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p. 121.

⁶³ *La Gazette de Québec*, 3 juillet 1832.

⁶⁴ *The Quebec Gazette*, 29 juin 1832.

que cette situation n'est pas unique puisque, en France par exemple, les médecins cultivent aussi l'ambiguïté en disant du choléra qu'il est épidémique, mais non contagieux.⁶⁵

Est-il possible d'affirmer ainsi la non-contagiosité d'une maladie tout en soulignant son caractère épidémique? Cette opposition entre maladie épidémique et maladie contagieuse représente, à première vue, une contradiction. Aujourd'hui, on définit l'épidémie comme la multiplication des cas d'une maladie contagieuse sur une très courte période de temps, mais ce n'est pas le sens qu'on lui donne à l'époque du choléra. Les termes «épidémie» ou «maladie épidémique» sont régulièrement attribués au choléra simplement pour signifier que la maladie touche un grand nombre d'individus, sans égard au procédé par lequel le nombre des cas s'accroît. Suivant cette définition, *Le Canadien* annonce dès le 16 juillet 1832: «nous tenons de plusieurs médecins que la maladie ne règne plus à Québec comme épidémie, qu'on ne peut plus même dire qu'elle règne encore»⁶⁶. Il faudra tout de même attendre encore plusieurs mois pour que le Bureau de santé de Québec affirme, dans un avis daté du 2 novembre 1832, «que le Coléra asiatique a cessé d'exister comme épidémie»⁶⁷.

Le terme «épidémie» peut aussi être employé dans un sens plus ancien qui associe la maladie à l'influence des conditions climatiques ou atmosphériques⁶⁸. C'est ce qui permet au comité de la Faculté de médecine de Québec⁶⁹ de se dire «pleinement convaincu que le choléra est contagieux, et non épidémique (auquel cas tout règlement de quarantaine serait inutile)»⁷⁰. En somme, dans tous les cas, l'épidémie représente la propagation d'une maladie à un grand nombre de personnes en même temps, dans un même lieu et avec une cause commune, quelle qu'elle soit. Néanmoins, ce terme est aussi utilisé dans un sens plus circonscrit, le terme épidémie référant alors spécifiquement à une maladie transmissible par l'influence de l'atmosphère.

⁶⁵ Pierre Guillaume, «Histoire d'un mal, histoire globale. Du mythique à l'économique», *Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Fayard, 1988, p. 170.

⁶⁶ *Le Canadien*, vol. 2, no. 30, 16 juillet 1832.

⁶⁷ *La Gazette de Québec*, 6 novembre 1832.

⁶⁸ Patrice Bourdelais, «La construction...», *loc. cit.*, p. 25.

⁶⁹ Le terme « Faculté de médecine » est alors utilisé pour désigner le regroupement du corps médical.

⁷⁰ *Le Canadien*, vol. 2, no. 90, 30 novembre 1832.

Le terme «choléra» est lui-même l'objet de discussions. Le mot est déjà utilisé dans l'Antiquité par Hippocrate, puis par des auteurs Grecs et Byzantins. Le terme grec Χολέρα ne représente cependant qu'un syndrome intestinal de nature bien différente du choléra épidémique originaire de l'Inde. C'est le cas aussi des épidémies dites de choléra qui ont touché l'Europe du XVI^e au XVIII^e siècle⁷¹. En 1832, tant pour les médecins que pour la population, il n'existe pas qu'un choléra, mais bien « des » choléras.

Une distinction s'impose donc entre le choléra-morbus et choléra ordinaire. Suivant la pensée médicale de la première moitié du XIX^e siècle, la première de ces maladies serait épidémique et très meurtrière, l'autre, endémique et peu meurtrière. Une maladie est dite endémique lorsqu'elle apparaît de façon latente et sporadique dans une région. Si le terme d'«endémie» se trouve peu ou pas utilisé dans les débats, la représentation d'une maladie apparaissant de façon sporadique est, elle, bien mise en évidence par la distinction entre ces deux types de choléra.

Tous les journaux font état de l'existence du choléra ordinaire, que l'on qualifie aussi de choléra commun ou de choléra du pays. Il s'agirait alors d'une maladie intestinale moins dangereuse et plus courante que le choléra-morbus, mais qui présente, au début, les mêmes symptômes que lui⁷². Le type de choléra le plus dangereux est sans contredit le choléra-morbus, celui qui proviendrait des Indes. La *Gazette* le considère comme le «vrai» choléra⁷³. C'est généralement celui auquel on adjoint les épithètes de «asiatique», «des Indes», «spasmodique» et «malin», sans oublier «choléra-morbus» qui est le terme scientifique le plus courant.

Le vocabulaire employé est aussi fonction de l'intensité ou de l'évolution de la maladie. Il serait inutile et fastidieux de détailler ici la variété des classifications qui ont pu être réalisées dans différents pays et par différents médecins. Mentionnons toutefois que, de façon générale, on reconnaît que le choléra-morbus se développe en plusieurs stades. La cholérine représente habituellement le premier stade alors que le choléra bleu, ou sec, par

⁷¹ Jean Théodoridès, *op. cit.*, p. 116.

⁷² *La Gazette de Québec*, 11 juin 1832.

⁷³ *Ibid.*, 14 août 1832.

exemple, en constitue le stade ultime. Le malade souffrant des premières douleurs caractéristiques du choléra est dit souffrir d'un « choléra mitigé, que les médecins appellent cholérine »⁷⁴. La guérison est généralement admise comme possible lorsque la maladie est détectée et traitée à ce stade: « Cette maladie peut devenir sérieuse si on la néglige dans le commencement et les gens qui en sont attaqués ne doivent pas perdre de temps, et envoyer aussitôt chercher le médecin, en se donnant bien garde de se livrer à une fausse alarme, dans l'assurance que prise de bonne heure, la maladie n'est nullement dangereuse. »⁷⁵

Compte tenu de la difficulté à faire la distinction entre les différents choléras évoqués, un certain doute persiste quant à l'identification de la maladie qui atteint Québec en juin 1832, cela même si le Bureau de santé annonce, dès le 9 juin, que le choléra s'est manifesté «avec malignité». Le doute demeure à Québec et à Montréal: «les médecins sont partagés d'opinion sur la nature de la maladie, les uns pensant que c'est le coléra asiatique, les autres le coléra ordinaire»⁷⁶. Il leur faudra bientôt admettre être en présence du véritable choléra-morbus. L'opinion générale admet également la présence du choléra-morbus dans les murs de la ville, malgré les réticences de certains. Ainsi, le comité de la Faculté de médecine de Québec confirme, dans un rapport publié dans le *Quebec Mercury* du 22 novembre 1832, que la maladie ayant affligé Québec au cours de l'été est bien le choléra asiatique⁷⁷. Il semblerait que cela ne suffise pas à effacer totalement les doutes puisqu'un lecteur anonyme s'interroge encore, à la fin du mois de décembre, au sujet du type de choléra qui a touché la ville: «Is there any doubt that the malignant disease which prevailed in the United Kingdom at the time of the departure of the shipping last spring, and which appeared at Quebec early in June, is a similar disease to that which has prevailed in India [...] ?⁷⁸» Diverses interprétations sont donc avancées par les médecins pour expliquer la nature du choléra, une maladie qui entraîne une variété de symptômes et qui peut se déclarer dans des conditions diverses.

⁷⁴ *Le Canadien*, vol. 2, no. 25, 4 juillet 1832.

⁷⁵ *Ibid.*, 4 juillet 1832. Notons au passage que si la majorité des médecins usent de ce terme, d'autres n'y voient qu'un apport à la confusion qui règne déjà. Ainsi, pour cette raison, le prêtre Dufresne de Saint-Nicolas se refuse à utiliser le terme de cholérine: « la colérine, suivant moi, n'est que le commencement du choléra; c'est pourquoi je ne me suis jamais servi de ce terme dans mes rapport (sic). » dans *Le Canadien*, vol 2, no. 33, 23 juillet 1832.

⁷⁶ *La Gazette de Québec*, 14 juin 1832.

⁷⁷ *Ibid.*, 5 décembre 1832.

⁷⁸ *The Quebec Gazette*, 28 décembre 1832.

1.2 Débats scientifiques et implications en Occident

Suivant les différentes interprétations scientifiques construites, les réactions et les mesures sanitaires proposées varient grandement. De par leurs liens avec le Bas-Canada, l'Angleterre, la France et les États-Unis constituent les pays qui exercent le plus d'influence sur les autorités et la population de la ville de Québec. Pour chacun de ces pays, nous examinerons ici les mesures mises en place par les autorités, les représentations de la maladie développées chez les médecins ainsi que les réactions de la population face au choléra. Cela nous permettra éventuellement de situer Québec dans un contexte mondial.

1.2.1 L'Angleterre

L'influence de la métropole sur sa colonie s'exprime non seulement par la correspondance qui s'établit entre le gouverneur Aylmer et le ministre des colonies, mais aussi par la place que les journaux de Québec accordent à cette maladie à l'intérieur de leurs nouvelles étrangères. Dès l'automne 1831, la population de Québec peut lire sur la progression du choléra en Europe et sur les craintes qu'il suscite en Angleterre. Le 13 janvier 1832, la *Gazette de Québec* indique, suivant les journaux européens de la première moitié du mois de novembre 1831, que: «[I]es opinions sont toujours partagées sur la nature contagieuse du choléra-morbus. Les gouvernemens anglais et français cependant continuent à le considérer contagieux, et cela sur des représentations de médecins après des connaissances acquises dans les parties du continent de l'Europe où la maladie s'était fait sentir le plus. »⁷⁹

En 1831, le Conseil privé de Londres apprend que le choléra s'est déclaré à Riga et réagit en imposant la quarantaine à tous les vaisseaux en provenance de la Russie, de la Baltique, du Cattégat et de l'Elbe. Cet ordre est plus tard étendu à d'autres ports d'Europe, plus à l'ouest, au moment où le choléra frappe Hambourg. Ces efforts ne pourront éviter la propagation du fléau aux îles Britanniques. Les premiers cas de choléra y apparaissent au mois d'octobre 1831, l'épidémie se déclarant d'abord dans le nord-est de l'Angleterre, à Sunderland, petite ville portuaire qui entretient notamment des relations avec les pays

⁷⁹ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 13 janvier 1832.

scandinaves et du nord de l'Europe. La maladie fera 23 000 victimes en Grande-Bretagne, mais épargnera en grande partie la capitale, Londres⁸⁰.

Le 21 juin 1831, une proclamation royale donne naissance au *Central Board of Health* dont le rôle principal est de prévenir l'entrée du choléra. Les médecins s'y trouvent en majorité puisque sept des membres de ce Bureau, dont le président le docteur Henry Halford, sont membres du *Royal College of Physicians*. Le Bureau est complété par six membres qui occupent des positions dans la marine, le Bureau des douanes, les hôpitaux de l'armée, le ravitaillement et dans la gestion de la quarantaine⁸¹. Les premières recommandations du Bureau indiquent que le choléra doit être considéré comme contagieux et que des mesures d'isolement doivent être envisagées. On y suggère aussi la création de bureaux de santé locaux à travers tout le pays. Dans les mois qui suivent, le Bureau s'emploie à résoudre la question de la transmission de la maladie par les personnes ou par les biens. Il conclut à la nécessité d'instaurer la quarantaine complète pour quatorze jours, suivant alors l'opinion courante⁸².

Le 1^{er} novembre 1831, le *Central Board of Health* reçoit de Sunderland un avis mentionnant la présence du choléra dans la ville. Il fait alors part de la nouvelle au Conseil privé de Londres dont la réaction ne tarde pas. Le 9 novembre, le Conseil privé nomme un nouveau *Central Board of Health*. Les médecins membres du premier Bureau seront dorénavant interpellés sous le vocable de comité de médecins et le Conseil privé n'ira quérir leur opinion que sur les questions médicales. Les nouveaux membres sont plus près des autorités et s'acquitteront de leur tâche à temps plein.

Le premier changement d'importance apporté par ce nouveau comité vise la réduction de la période de quarantaine. En effet, la quarantaine cessera d'être appliquée dès le mois de novembre et ce, malgré l'opposition du comité de médecins. Le fait d'avoir vu le choléra toucher les îles Britanniques en dépit de la quarantaine ainsi que les difficultés que

⁸⁰ Margaret Pelling, *Cholera, Fever...*, *op. cit.*, p. 18.

⁸¹ Fraser Brockington, «Public Health at the Privy Council 1831-4», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 16, no. 2 (avril 1961), p. 162.

⁸² *Ibid.*, p. 167.

la quarantaine pose au commerce sont les deux arguments qui viennent convaincre Londres de revenir sur sa décision.

Les médecins anglais, comme leurs collègues étrangers, se perdent en conjectures pour expliquer la maladie. Diverses interprétations sont avancées : « Cholera could be due to a morbid state of the blood, to an interruption of the functions of certain organs, to an idiopathic affliction or to a morbid poison of unknown nature. »⁸³ Les docteurs admettent d'ailleurs leur incompréhension et soumettent leurs patients à différents traitements traditionnels ou expérimentaux. Les produits tels que le laudanum, le calomel ou l'opium sont fréquemment utilisés. Certains préconisent la saignée alors que d'autres optent pour les cataplasmes de moutarde ou les bains chauds afin de rétablir la chaleur du corps.

Notons une idée originale, l'injection saline, proposée pour la première fois en 1832 par le docteur Thomas Latta de Leith. Ce dernier se base lui-même sur les travaux du docteur W.B. O'Shaughnessy, dont les analyses du sang cholérique ont démontré une déficience en eau et en sel. Le manque d'autorité des médecins impliqués et les résultats divergents et peu impressionnants expliqueraient le manque d'intérêt envers ce traitement⁸⁴. De plus, avec les conditions non-stériles et le manque de ressources, le traitement est voué à l'échec. Par exemple, le Dr Needham Goodramgate, de York, injecte une solution saline à ses patients cholériques : seulement quatre patients sur trente recouvrent la santé.⁸⁵

Tout compte fait, la conception contagionniste qui primait avant l'arrivée du choléra sur les îles Britanniques connaît un recul dans plusieurs milieux tout au long de l'épidémie, sauf peut-être chez la population qui continue d'associer maladie et nouveaux arrivants. La formation d'un nouveau *Central Board of Health* et le relâchement de la quarantaine marquent de façon précise ce changement dans l'attitude des autorités qui délaisseront progressivement la pensée contagionniste pour se tourner vers une conception infectionniste.

⁸³ Margaret C. Barnet, «The 1832 Cholera Epidemic in York », *Medical History*, vol. 16, no. 1 (1972), p. 29.

⁸⁴ Robert John Morris, *op.cit.*, p. 166.

⁸⁵ Margaret C. Barnet, *op. cit.*, p. 34.

1.2.2 La France

Dès les derniers mois de l'année 1831, le Conseil supérieur de santé de la France ordonne l'organisation d'un service sanitaire sur les frontières du Nord et de l'Est du royaume. À la suite des dangers épidémiques qui se dessinent en Angleterre et en Allemagne, on décide de mettre en application la loi du 3 mars 1822 et l'ordonnance du 7 août 1822 visant à protéger les frontières terrestres et maritimes des maladies pestilentielles⁸⁶. En janvier 1832, on apprend à Québec que, dès le mois de novembre précédent, la France avait interdit la communication aux bâtiments venant d'Angleterre, excepté après une quarantaine. Le roi de France a durci les règlements concernant l'admission de navires en provenance d'Angleterre. Seuls les détenteurs de certificats de santé pourront débarquer et les navires en provenance de lieux touchés par le choléra ne pourront se rendre que dans certains ports⁸⁷. Les mesures prises pour contrer le choléra se révèlent cependant inutiles, car le choléra est dans Paris dès la fin du mois de mars 1832. Le 1^{er} mai suivant, une ordonnance royale supprime les intendances et les commissions sanitaires établies précédemment⁸⁸. La contagion prendra alors moins de place dans le discours du gouvernement et les autorités locales tenteront de rassurer la population en niant le caractère contagieux du choléra.

Les médecins français, de leur côté, élaborent diverses interprétations quant à la nature du choléra: troubles intestinaux, circulatoires, nerveux ou sanguins figurent parmi les principales explications. L'un d'eux, le célèbre docteur Broussais, prend comme point de départ les crampes et les lésions intestinales. Selon sa vision, le choléra vient d'une irritation gastro-intestinale, elle-même résultat de l'infection. Les deux journaux de langue française de Québec, *La Gazette de Québec* et *Le Canadien*, exposent à la mi-juillet 1832 les trois « leçons » du Dr Broussais⁸⁹.

⁸⁶ Patrice Bourdelais et Jean-Yves Raulot, *Histoire du choléra en France, 1832-1854: une peur bleue*, Paris, Payot, 1987, p. 53.

⁸⁷ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 13 et 23 janvier 1832.

⁸⁸ François Delaporte, *op. cit.*, p. 23.

⁸⁹ Ces trois leçons qui traitent du mode de propagation, des symptômes et des traitements paraissent dans *La Gazette de Québec* des 12, 17 et 19 juillet 1832 ainsi que dans *Le Canadien* des 9, 13 et 16 juillet 1832.

Le mode de propagation y est aussi fortement discuté et la prédominance des théories infectionnistes est très visible, du moins pour ce qui est de la ville de Paris. Jusqu'en 1831, Alexandre Moreau de Jonnés est la figure de proue de la thèse contagionniste. L'opinion contagionniste est alors dominante à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine. Progressivement toutefois, les partisans de la thèse contagionniste, au sein du corps médical, se feront plus rares. Les rapports émanant de l'étranger, les expériences personnelles et la fréquentation du choléra dans les hôpitaux parviendront à rallier, semble-t-il, une majorité de médecins à la thèse infectionniste. Les informations qui parviennent jusque dans les journaux de Québec dénotent d'ailleurs une forte tendance infectionniste. Ces journaux publient l'opinion des médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris qui « n'ont pu remarquer aucuns symptômes qui puissent les porter à croire que la maladie est pestilentielle » de même que l'opinion des médecins de l'Hôpital Saint-Louis qui « adhèrent pleinement à la délibération de leurs honorables collègues de l'Hôtel-Dieu sur le caractère non-contagieux du coléra »⁹⁰. On peut aussi lire dans *Le Canadien* que le docteur Foy se serait inoculé le sang d'un cholérique sans éprouver aucune atteinte de contagion, une expérience qui apporte un appui à la thèse infectionniste.

Il semblerait toutefois que la quasi-unanimité qui transparait dans les journaux soit trompeuse. Après l'épidémie, certains médecins continuent tout de même à défendre la thèse contagionniste : « Velpeau, chargé du service accueillant les cholériques à l'hôpital de la Pitié, le premier s'exprime en faveur de la contagion »⁹¹. Il semblerait en effet que plusieurs médecins aient réfuté le caractère contagieux du choléra dans l'unique but de calmer la population. Une fois l'épidémie terminée, ils s'affirment de nouveau comme contagionnistes. À l'extérieur de la capitale, la situation est bien différente. Une majorité de médecins de campagnes, qui se trouvent dans une situation épidémique toute autre, ont toujours penché en faveur du système de contagion. Dans les villages de la campagne, il est

⁹⁰ *La Gazette de Québec*, 12 mai 1832 et 29 mai 1832. Ces opinions ont été émises officiellement à Paris le 31 mars et le 6 avril. L'emploi du terme « maladie pestilentielle », pouvant désigner une maladie se propageant par la voie de l'infection, rendrait l'opinion des médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu ambiguë si leurs collègues de l'Hôpital Saint-Louis n'affirmaient pas, par la suite, être du même avis en étant convaincu du caractère non-contagieux de la maladie.

⁹¹ Patrice Bourdelais et Jean-Yves Raulot, *op. cit.*, p. 74.

plus facile de suivre la progression de la contagion que dans une ville où les habitants sont très nombreux, où les contacts sont fréquents et variés, où les sources potentielles d'émanations nuisibles sont aussi plus nombreuses⁹². Les médecins contagionnistes de la campagne trouvent cependant peu d'écho dans la capitale et cela explique que les journaux de Québec n'en fassent pas mention.

Ces mêmes journaux ne manquent toutefois pas de souligner les troubles qui secouent la population française. Comme en Angleterre, la population semble accorder peu de crédit à la thèse infectionniste qui prévaut dans le discours officiel des préfets et sous-préfets, comme le démontre une communication du Préfet de l'Aisne au Ministre de l'intérieur : « Le plus grand nombre des habitants, malgré les efforts qu'on fait pour les détromper, persistent à regarder le choléra comme contagieux »⁹³. La population française, et parisienne surtout, est particulièrement troublée par les rumeurs d'empoisonnement qui circulent dans la capitale française.

Le contexte historique, d'abord, se fait menaçant : « On sait que depuis 1789 révolutions et contre-révolutions se succèdent. Les journées de Juillet étaient encore dans toutes les mémoires. Ce climat de suspicion général était dû à l'atmosphère révolutionnaire qui, depuis vingt mois, demeurait chaude et menaçante »⁹⁴. La rumeur qui court veut d'ailleurs que le gouvernement cherche à éclaircir les rangs de la plèbe afin de remédier à un manque de ressources. La population se représente donc l'épidémie de choléra comme une contagion orchestrée, une contagion se propageant à travers divers vecteurs tels que boissons, aliments ou chiffons. Cette perception associant le choléra à un empoisonnement s'explique aussi en partie par la similarité des symptômes: vomissements, crampes, teint bleuté⁹⁵.

⁹² François Delaporte, *op. cit.*, p. 158-159. La plus grande facilité à reconnaître la contagion du choléra en des lieux moins peuplés est déjà évoquée au XIX^e siècle. On a remarqué que l'observation, dans des petites localités, confirme généralement le caractère contagieux du choléra qui n'atteint souvent que les gens entourant les cholériques. É. Littré et Ch. Robin, «Choléra», *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*, Paris, J.B. Baillière et fils, 1865, p. 290.

⁹³ Patrice Bourdelais et Jean-Yves Raulot, *op. cit.*, p. 73.

⁹⁴ François Delaporte, *op. cit.*, p. 38-39.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 38

1.2.3 Les États-Unis

Les mouvements de population entre le Bas-Canada et les États-Unis de même que la présence d'importantes villes portuaires aux conditions similaires à celle de Québec expliquent l'intérêt des journaux de la ville de Québec envers la situation qui prévaut sur la côte-est américaine. Réagissant aux craintes que suscite le choléra, la quarantaine est établie à New York dès septembre 1831. D'autres villes suivront bientôt son exemple: Boston, Philadelphie, Charleston et Baltimore prennent des mesures quaranténaires dans le but de préserver la santé publique. La quarantaine est d'abord mise en oeuvre pour les navires en provenance de la Russie et de la mer Baltique avant d'être étendue aux vaisseaux britanniques⁹⁶. Durant l'été 1832, c'est principalement les mesures prises dans la ville de New York qui attirent l'attention de la ville de Québec. En avril 1832, l'officier de santé de New York, John T. Westerwelt, répond à Buchanan, agent d'émigration britannique à Québec, qui s'informait des mesures prises à New York à l'égard des navires en provenance de la Grande-Bretagne et de l'Irlande:

«Les vaisseaux venant des ports où il n'y aura point de maladie, ne seront détenus que le temps nécessaire pour en faire l'examen. Ceux qui viendront de ports où le cholera-morbus existe, mais qui n'auront pas eu la maladie à bord, demeureront en quarantaine jusqu'à ce qu'ils aient été nettoyés et aérés; tout le bagage des passagers et de l'équipage doit être aéré et purifié; [...] Pour les vaisseaux à bord desquels le cholera se sera manifesté durant le passage, ils seront sujets à une quarantaine bien stricte; mais je ne puis dire quelle sera la durée de leur détention et de celle des passagers, vu qu'elle dépendra des circonstances qui pourront se présenter lors de l'arrivée du vaisseau.»⁹⁷

À New York, cette mesure de précaution sera, comme ce fut le cas en Angleterre et en France, éventuellement retirée après l'introduction de la maladie. Encore une fois, l'incapacité de préserver la ville du choléra a raison des mesures sanitaires contagionnistes.

Le Bureau de santé de la ville de New York compte sur un conseil médical spécial composé de sept médecins. C'est sur les recommandations de ce conseil que le Bureau appuie ses décisions, lesquels sont résolument à caractère infectionniste. C'est que, au début des années 1830, peu de médecins américains soutiennent la thèse contagionniste. C'est là une conclusion de l'historien de la médecine Charles E. Rosenberg : «A sample of

⁹⁶ Charles E. Rosenberg, *op. cit.*, p. 14-15.

⁹⁷ *Le Canadien*, vol. 1, no. 101, 21 avril 1832.

the opinions expressed by 109 American physicians during the years 1832-34 shows that 90 did not consider the disease to be at all contagious, while only 5 considered it to be primarily non-contagious but admitted that under some circumstances cholera might become communicable (contingent-contagionism).»⁹⁸

La plupart des médecins considèrent alors que le choléra est une maladie atmosphérique, une maladie trouvant sa source dans un changement de constitution de l'atmosphère. Des émanations de la terre ou de lieux insalubres, les miasmes, sont aussi évoquées pour expliquer le fléau. Aux États-Unis, déjà dans les années précédentes, les épidémies successives de fièvre jaune avaient favorisé la croyance en la théorie des miasmes⁹⁹. Suivant cette logique, le Bureau de santé de New York identifie, comme cela se fait partout ailleurs, des éléments prédisposants à la maladie : l'intempérance, les nourritures malsaines, le froid, l'humidité ou de mauvais médicaments. Comme nous l'avons déjà constaté, ces causes prédisposantes permettent ainsi d'expliquer pourquoi tous ne sont pas atteints alors que tous respirent la même atmosphère.

À l'inverse, la population perçoit plutôt le choléra comme une sorte de maladie contagieuse et craint particulièrement les immigrants qui arrivent entassés dans des conditions insalubres susceptibles de propager la contagion. Cette crainte s'exprime clairement lorsque vient le temps de dispenser les soins de santé : « Despite the soothing words of physicians, it was almost impossible to rent even the meanest sort of building for use as a cholera hospital. It was equally difficult to hire nurses to work in them. »¹⁰⁰

Ce bref survol des pays occidentaux doit suffire à montrer l'attitude générale des gouvernements, des médecins et de la population face au choléra de 1832. Les gouvernements comptent principalement sur des bureaux ou comités chargés d'abord d'enquêter sur la nature et le mode de propagation du choléra pour établir, ou du moins proposer, des moyens pour neutraliser le fléau. Les médecins, pour leur part, élaborent en majorité des thèses infectionnistes basées sur le rôle de l'atmosphère, de l'insalubrité

⁹⁸ Charles E. Rosenberg, *op. cit.*, p. 75.

⁹⁹ Dorothy Porter, *op. cit.*, p. 82.

¹⁰⁰ Charles E. Rosenberg, *op. cit.*, p. 81.

(foyers d'infection) et des causes prédisposantes. L'incapacité de prouver la contagion de personne à personne ou d'appliquer un modèle connu (petite vérole, gale, lèpre) mine l'appui au principe contagieux qui peut tout de même compter sur certains partisans qui adaptent leurs connaissances selon leurs observations personnelles et sur ce qui demeure encore une intuition. La population, elle, a tôt fait d'associer l'arrivée du choléra aux relations extérieures et aux nouveaux arrivants.

Il en ressort également que dans chacun de ces lieux s'opèrent des changements, souvent majeurs, dans les mois qui suivent les débuts de l'épidémie. En effet, devant l'inefficacité patente des quarantaines et le coût associé au maintien de telles mesures, plusieurs sont rapidement délaissées par les autorités. Alors que la thèse contagionniste est apparue d'abord comme thèse dominante, c'est bientôt la thèse infectionniste qui prend le dessus devant l'incapacité des mesures contagionnistes à contenir la maladie¹⁰¹. Les représentations de la maladie élaborées à Québec le seront donc par l'entremise de ces influences extérieures, mais s'inscriront aussi dans un contexte qui pourra contribuer à l'établissement de représentations nouvelles menant à des attitudes et actions spécifiques à la ville de Québec.

1.3 Québec à l'époque du choléra

L'épidémie de choléra qui sévit à Québec en 1832 s'inscrit dans le contexte médical dont nous venons de parler. Elle s'inscrit aussi dans un contexte propre à la ville de Québec qui façonne à sa manière les représentations qui y seront développées. L'épidémie se déclare dans des cadres administratif, social et médical particuliers qu'il faudra définir ici brièvement.

1.3.1 Québec, ville coloniale

L'année 1832 marque l'histoire de la ville de Québec non seulement par la terrible épidémie de choléra qui y sévit, mais aussi par la sanction royale qui est accordée à l'acte

¹⁰¹ La théorie de l'infection par les miasmes conservera le plus grand nombre de partisans, chez les médecins et les gouvernements, au moins jusqu'à l'épidémie de choléra de 1849. À ce moment seulement, et encore davantage dans la première moitié des années 1850, les travaux statistiques de John Snow et les études microscopiques ouvriront la voie à une meilleure compréhension du choléra-morbus, de son mode de propagation et du lien à établir avec l'approvisionnement en eau.

d'incorporation de la ville. Les événements dramatiques de l'été empêcheront cependant son application¹⁰². Au point de vue physique, c'est la proclamation du 7 mai 1792 qui définit encore les limites de la cité de Québec. En 1832, les quartiers centraux de la cité, la Haute-Ville et la Basse-Ville, sont entourés des faubourgs Saint-Roch, Saint-Jean et Saint-Louis¹⁰³.

C'est donc dire que, encore en 1832, la ville demeure administrée par des juges de paix, un système calqué du modèle britannique. En fait, les «Commissions de la paix du Bas-Canada sont les organismes responsables de la mise en application des lois et ordonnances provinciales et locales concernant le développement urbain»¹⁰⁴. Ces «administrateurs à temps partiel», nommés par le gouverneur, sont au nombre de 41 en 1831¹⁰⁵. La tâche de ces juges de paix est grande. Ils doivent veiller au développement urbain et ce, sous plusieurs aspects. Ils administrent les politiques concernant la voirie, les égouts, l'eau et la construction d'édifice d'intérêt public en plus d'établir des règlements commerciaux relatifs, par exemple, aux marchés publics et aux ports. Ils sont aussi chargés du maintien de l'ordre et de la protection contre les incendies¹⁰⁶. Bref, «dès le début du XIX^e siècle, les juges de paix ont leur mot à dire sur la plupart des aspects importants du développement urbain»¹⁰⁷, et un grand nombre de ces aspects sont reliés à la santé publique et, par conséquent, à la prévention d'épidémies telles que le choléra.

Selon Ruddel, la minorité britannique exerce une forte influence dans ce système. En 1832, 63% des juges qui habitent Québec sont anglophones et le groupe le plus fortement représenté est celui des marchands (Britanniques et Canadiens)¹⁰⁸. On y retrouve aussi des officiers et des membres des professions libérales. Entre 1800 et 1840, les affaires

¹⁰² La première charte ne sera en vigueur qu'à partir de 1833 et le premier maire, Elzéar Bédard, ne sera nommé par le Conseil qu'au mois de juin 1833.

¹⁰³ L'annexe 2 présente un plan de la cité de Québec de 1830, incluant les différents quartiers et les principaux établissements.

¹⁰⁴ David-Thierry Ruddel, *Québec, 1765-1832: l'évolution d'une ville coloniale*, Hull, Musée canadien des civilisations, 1991, p. 162.

¹⁰⁵ John Hare, Marc Lafrance et David-Thierry Ruddel, *Histoire de la ville de Québec 1608-1871*, Montréal, Boréal/Musée canadien des civilisations, p. 232.

¹⁰⁶ Antonio Drolet, *La ville de Québec, histoire municipale*, Tome II: *Régime anglais jusqu'à l'incorporation (1759-1833)*, Québec, La Société historique de Québec, 1965, p. 29.

¹⁰⁷ David-Thierry Ruddel, *op. cit.*, p. 167.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 168 et 267.

locales sont donc contrôlées principalement par les marchands britanniques et les autres membres de la même origine. Les intérêts économiques en jeu ici pourront évidemment influencer la perception du choléra chez ce groupe et, par le fait même, les mesures qui seront prises pour le contrer.

La ville de Québec se trouve aussi impliquée plus directement dans le débat entourant le choléra en raison de la présence, en ses murs, du gouvernement du Bas-Canada créé par l'Acte constitutionnel de 1791. Cet acte créait les provinces du Haut-Canada et du Bas-Canada, mais aussi, pour chacune d'elle, une assemblée législative formée de députés élus par la population et chargés d'exercer la fonction législative conjointement avec le gouverneur et le Conseil législatif¹⁰⁹. Les institutions parlementaires présentes à Québec jouent un rôle important lors de l'épidémie de choléra et ce, bien que leurs décisions surviennent avant et après l'épidémie, les députés ne siégeant pas durant l'été, période où sévit l'épidémie.

Depuis 1791, la Chambre d'Assemblée du Bas-Canada s'est progressivement scindée en deux partis représentant les deux options politiques qui se disputent le pouvoir à Québec et au Bas-Canada : un parti britannique (*Tory*) et un parti canadien (ou patriote). Cette assemblée élective est devenue l'outil de pouvoir du peuple canadien qui profite de sa majorité pour s'y faire entendre. Vers 1832, les conditions économiques difficiles autant dans les campagnes que dans les villes, la question des subsides, les événements de Montréal de mai 1832 qui font trois morts, l'immigration britannique massive et l'épidémie de choléra contribuent à la radicalisation du mouvement patriote¹¹⁰.

En contrepartie, la bourgeoisie britannique compte sur le gouverneur et sur deux conseils nommés par Londres, soit le Conseil législatif et le Conseil exécutif, pour protéger ses intérêts et ceux de la métropole. Il s'agit de deux conseils « qui peuvent bloquer les mesures de l'Assemblée, mais qui dépendent d'elle également pour la passation de lois et le

¹⁰⁹ Henri Brun, *La formation des institutions parlementaires québécoises 1791-1838*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1970, p. 14. Coll. Droit et science politique, no. 1.

¹¹⁰ Fernand Ouellet, *Le Bas-Canada 1791-1840 : changements structureaux et crise*, Ottawa, Éditions de l'Université d'Ottawa, 1976, p. 348. Coll. Cahiers d'histoire de l'Université d'Ottawa, no. 6.

vote de crédits publics »¹¹¹. Le Conseil législatif, par contre, n'est pas nécessairement composé uniquement de membres protégeant les intérêts politiques et commerciaux britanniques. C'est vraiment à l'Assemblée, et non pas entre celle-ci et le Conseil Législatif que la tension entre Britanniques et Canadiens se fait davantage sentir¹¹².

Le gouverneur est la figure dominante de la politique coloniale. Il est le chef de l'Exécutif et le chef civil et militaire, représentant de la monarchie dans la colonie¹¹³. Henri Brun résume ainsi les pouvoirs importants du gouverneur : «Aucune loi ne peut parvenir à maturité sans sa participation. Il possède le droit d'initiative et, de toute façon, par l'exercice de la sanction, reste toujours le dernier à devoir donner ou refuser son assentiment aux projets de loi»¹¹⁴. L'exercice de la sanction, c'est la sanction royale que peut accorder ou non le gouverneur aux projets de lois issus de la Chambre d'Assemblée. Le gouverneur Aylmer dispose donc d'un droit de veto (qu'il n'exercera pas dans le cas qui nous intéresse) et de deux budgets qu'il gère à sa guise pour les dépenses civiles et militaires. Il sera intéressant de voir dans quelle mesure ce système parlementaire constitué d'un «duopole social autour du pouvoir»¹¹⁵ influence le cours du débat et les décisions qui en découlent.

1.3.2 Le port et son importance

Dans les premières décennies du XIX^e siècle, la croissance démographique de la ville de Québec est liée à ses activités commerciales florissantes. Le port de Québec est le seul port de mer des deux Canadas, ce qui donne à la ville une position stratégique sur le plan des relations commerciales avec la Grande-Bretagne. De fait, le commerce est pratiqué presque exclusivement avec la Grande-Bretagne ou les colonies britanniques et «[l]es privilèges et l'accès aux grands réseaux impériaux décernent au groupe britannique assez restreint une proportion plus que proportionnelle de la richesse proto-industrielle et

¹¹¹ Gilles Paquet et Jean-Pierre Wallot, *Le Bas-Canada au tournant du 19^e siècle: restructuration et modernisation*, Ottawa, La société historique du Canada, 1988, p. 10.

¹¹² Henri Brun, *op. cit.*, p. 14.

¹¹³ Fernand Ouellet, *op. cit.*, p. 39.

¹¹⁴ Henri Brun, *op. cit.*, p. 32.

¹¹⁵ Gilles Paquet et Jean-Pierre Wallot, *op. cit.*, p. 18.

commerciale. »¹¹⁶ En 1830, le trafic maritime de Québec n'est surpassé, en Amérique du Nord, que par les ports de New-York et de la Nouvelle-Orléans¹¹⁷. C'est le commerce du bois qui profite le plus aux marchands de la ville: entre 1829 et 1835, il compte pour près des deux tiers de la valeur des exportations¹¹⁸. La forte activité entourant le commerce maritime entraîne l'augmentation du nombre des quais. On compte 37 quais en 1829 et, en 1830, l'espace entre le pont Dorchester sur la rivière Saint-Charles et l'Anse-des-Mères sur le Saint-Laurent est presque entièrement occupé par les quais¹¹⁹.

À chaque printemps, dès lors que le fleuve est libéré de ses glaces, arrive à Québec un grand nombre de navires chargés d'immigrants en provenance des îles britanniques. Il s'agit, pour les armateurs, de rentabiliser au maximum la longue traversée de l'Atlantique. C'est ainsi qu'on estime à plus d'un million le nombre d'Anglais, d'Écossais et d'Irlandais qui débarquent à Québec de 1829 à 1865 afin de fuir le surpeuplement, la famine et le chômage qui sévissent alors au Royaume-Uni. En 1832, l'agent d'émigration britannique en poste à Québec évalue à plus de 49 000 le nombre d'immigrants arrivés durant l'été¹²⁰. La plupart de ceux-ci poursuivront leur route vers Montréal, le Haut-Canada ou les États-Unis, souvent après être demeurés quelques temps à Québec pour amasser l'argent nécessaire à leur établissement, ou à leur survie. Cette population flottante a un impact marqué dans une ville qui compte, selon le recensement de 1831, une population de 27 264 habitants¹²¹.

1.3.3 Population et conditions de vie

Nous le voyons déjà, l'un des faits qui marquent la ville de Québec au début du XIX^e siècle reste certainement la présence de groupes de population se distinguant autant sur les plans linguistique, culturel que religieux. Canadiens français catholiques, Anglo-Écossais protestants et Irlandais catholiques se partagent l'espace urbain. Si le commerce

¹¹⁶ Gilles Paquet et Jean-Pierre Wallot, *op. cit.*, p. 14.

¹¹⁷ John Hare, Marc Lafrance et David-Thiery Ruddel, *op. cit.*, p. 181.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 360.

¹¹⁹ David-Thiery Ruddel, *op. cit.*, p. 162.

¹²⁰ *The Quebec Gazette*, 14 décembre 1832. Dechéne et Robert, pour leur part, estiment le nombre d'immigrants à 51 746.

¹²¹ David-Thiery Ruddel, *op. cit.*, p. 261.

est dominé par les Britanniques de façon générale, les conditions socio-économiques des Irlandais s'apparentent à celles des Canadiens français, avec qui ils sont en compétition pour les emplois de journaliers et de manœuvres.

La Cité de Québec voit la Haute-Ville occupée majoritairement par des membres de l'administration, des membres des professions libérales et des commerçants alors que la Basse-Ville, située au pied du Cap-Diamant et le long des quais commerciaux, regroupe une population reliée davantage au monde des affaires et de la navigation: négociants, artisans, fabricants, débardeurs et journaliers. En outre, les classes ouvrières doivent se retirer dans les faubourgs. En 1831, les faubourgs Saint-Jean et Saint-Roch sont les quartiers les plus peuplés avec respectivement 8502 et 7983 habitants, comparativement à la Basse-Ville et la Haute-Ville qui regroupent 4963 et 4496 résidents¹²².

Les conditions des rues de la Basse-Ville et des faubourgs sont plutôt misérables et l'arrivée massive d'immigrants durant la saison chaude n'améliore pas la situation. À la recherche d'un logis, les immigrants débarquent au Cul-de-sac, partie de la ville que le Bureau de santé de Québec n'hésite pas à qualifier de «partie la plus basse, la plus malpropre, et la moins aérée de cette ville»¹²³. En 1834, le chirurgien William Kelly décrit les conditions sanitaires pénibles de la ville de Québec qu'il soupçonne d'être nuisibles à la santé publique:

Within the walls the paving is tolerably good; but there has been as yet no regular system of cleansing the streets. The public sewers are in such a state, that some houses, in one of the principal streets, are scarcely habitable at times, in consequence of the stench proceeding from the sewers, and the mode in which several of them open in the Lower Town is most offensive. The suburbs, with few exceptions beyond the streets that form thoroughfares, or avenues to the country, have neither the advantage of paving or sewers. Prior to 1832 some of the streets in the suburbs were disgustingly filthy; [...] After the melting of the snows in April and May, several streets in the flats suburb of St. Rochs are no better than sloughs; and very offensive sloughs too, from the accumulated filth that was hidden by the snow in winter.¹²⁴

¹²² David-Thierry Ruddel, *op. cit.*, p. 261.

¹²³ *La Gazette de Québec*, 12 juillet 1832.

¹²⁴ William Kelly, «On the Medical Statistics of Lower Canada», *Transactions of the Literary and Historical Society of Quebec*, Vol. 3 (1837), p. 210-211.

L'approvisionnement en eau potable est difficile, le premier aqueduc public ne sera construit qu'en 1852. On utilise plutôt l'eau des puits, des sources et des cours d'eau naturels comme la rivière Saint-Charles et le fleuve Saint-Laurent. Des porteurs d'eau vendent l'eau à travers la ville pour ceux qui n'ont pas d'autres moyens¹²⁵. Trop souvent, l'eau est impropre à la consommation puisque les eaux usées s'infiltrent dans le sol avant d'atteindre les puits. Les ordures sont laissées dans les rues ou jetées dans le fleuve ou la rivière Saint-Charles, sans compter la présence d'animaux domestiques tels que chevaux, vaches ou porcs dans les rues. En fait, les autorités se préoccupent peu de la santé publique, sauf en situation de crise.

1.3.4 Le monde médical à Québec

La situation médicale à la veille du déclenchement de l'épidémie de choléra est à peu près la suivante. À l'été 1832, la ville de Québec compte 29 médecins, Montréal n'en comptant que 18¹²⁶. Pour obtenir le droit de pratiquer comme médecin, un certificat est exigé et il est délivré par le gouverneur, sous la recommandation d'un des deux Bureaux d'examineurs¹²⁷. En 1831, des bureaux d'examineurs électifs ont été créés: ses douze membres sont alors nommés par le corps médical lui-même pour une année de trois ans. Le docteur Joseph Painchaud devient le premier président du Bureau de Québec¹²⁸. Les bureaux se réunissent, tous les trois mois, afin de juger de la valeur des candidats et d'en faire rapport au gouverneur qui délivre les certificats de pratique. Fait à noter, même si la majorité des médecins sont alors d'origine britannique, la composition du Bureau de médecine, comme celle du Bureau de santé, démontre une grande implication des médecins d'origine française.

La ville de Québec comprend des praticiens civils et des praticiens militaires britanniques. Les premiers sont au service de la population de façon générale alors que les

¹²⁵ Antonio Drolet, *op. cit.*, p. 100-101.

¹²⁶ Geoffrey Bilson, *op. cit.*, p. 184. Consulter l'annexe 3 pour la liste des médecins pratiquant à Québec en 1832. La répartition des praticiens de la santé dans le district de Québec pourra être consultée à l'annexe 4.

¹²⁷ Les termes de Bureau des examineurs, Bureau médical et Bureau de médecine renvoient tous à la même entité.

¹²⁸ La liste des membres du Bureau des examineurs est mentionnée à l'annexe 5.

seconds consacrent principalement leurs soins aux militaires et à l'élite¹²⁹. En outre, les médecins sont jugés d'après les études qu'ils ont réalisées. Les diplômés d'universités britanniques et les chirurgiens qui ont pratiqué dans l'armée pendant un certain nombre d'années peuvent exercer sans se présenter devant le Bureau des examinateurs. Les autres aspirants peuvent se tourner vers les écoles de médecine ou les universités américaines, mais ils doivent subir l'examen du Bureau¹³⁰. Enfin, un dernier groupe de médecins est présent à Québec, soit celui des médecins formés par apprentissage, c'est-à-dire en agissant comme apprenti sous les ordres d'un médecin certifié¹³¹.

Du reste, le monde médical n'est pas limité au monde des médecins « certifiés ». La médecine, comme la pharmacie ou la chirurgie, n'est pas l'apanage d'un cercle de gens limité. Apothicaires, guérisseurs, ramancheurs et charlatans sont bien souvent les premiers consultés par les habitants en quête de soins, le médecin étant considéré comme une solution de dernier recours. Pour la population, ces solutions moins coûteuses sont tout aussi valables étant donné la relative inefficacité des méthodes empiriques et éclectiques des médecins¹³². Toutefois, le débat scientifique et étiologique demeure l'affaire des médecins certifiés et les activités des praticiens de cette médecine parallèle demeurent cantonnées dans la thérapeutique.

Dès les premiers jours après l'écllosion de l'épidémie dans la ville, il devient évident que les hôpitaux de Québec ne peuvent recevoir un flot aussi considérable d'immigrants atteints d'une maladie contagieuse. En 1830, l'Hôpital des fébricitants avait été fondé à la Pointe-Lévy, sur la rive sud de Québec, afin d'accueillir «les malades atteints de fièvres diverses, descendant de navires encombrés qui les amenaient d'Angleterre, d'Écosse et

¹²⁹ Jacques Bernier, *La médecine au Québec: naissance et évolution d'une profession*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1989, p. 33.

¹³⁰ Luc Chartrand, Raymond Duchesne et Yves Gingras, *Histoire des sciences au Québec*, Montréal, Boréal, 1987, p. 113-114.

¹³¹ Des cours de médecine ont eu lieu à Québec dans la première moitié du XIX^e siècle, mais il faut attendre 1848 pour qu'y soit établie une première véritable école de médecine. Cependant, déjà à cette époque, Montréal peut compter sur le collège de médecine de McGill, fondé en 1829. Claude Galarneau a déjà présenté la question du système d'apprentissage des praticiens de Québec, des cours de médecine offerts et des études réalisées en Europe, voir Claude Galarneau, «L'enseignement médical à Québec (1800-1848)», *Les Cahiers des Dix*, no. 53 (1999), p.37-64.

¹³² Jacques Bernier, *op. cit.*, p. 52.

surtout d'Irlande»¹³³. Mais le Bureau de santé, au printemps 1832, avait pris la décision de fermer cet hôpital en invoquant les difficultés qui découlent du transport des malades en chaloupes sur le fleuve Saint-Laurent et de la difficulté de leur assurer des soins médicaux nécessaires¹³⁴.

Les cholériques ne pourront donc compter que sur quelques hôpitaux incapables de les accueillir adéquatement : l'«Hôpital des Emigrés pouvait loger jusqu'à 200 malades, mais n'acceptait pas de contagieux. L'Hôtel-Dieu n'avait que 30 lits, l'Hôpital Général était devenu un hospice, et l'Hôpital militaire était réservé à la troupe»¹³⁵. C'est vers l'Hôpital des émigrés que seront dirigés les cholériques, mais l'établissement ne peut bientôt plus suffire à la demande¹³⁶. Des hôpitaux temporaires seront alors mis sur pied dans les environs du port. L'Hôpital de Près-de-Ville, situé sur la rue Saint-Paul, entre en opération le 15 juin sous la direction des docteurs O'Callaghan et Von Iffland¹³⁷. Le Bureau de santé loue le hangar Jones sur les quais pour y installer des lits et obtient du gouverneur Aylmer la mise en place de tentes sur les plaines d'Abraham pour y loger cinq cent personnes¹³⁸.

En définitive, la pression que l'épidémie met sur les ressources de la cité de Québec est énorme. Le choléra vient s'ajouter à des conditions de vie déjà difficiles en temps normal et qui le sont toujours davantage l'été en raison de la forte activité portuaire.

Voilà qui achève de dresser le portrait du contexte général et des influences extérieures à partir desquels le débat entre contagionnistes et infectionnistes se construit à Québec. C'est dans un cadre théorique pour le moins indécis et imprécis que se propage l'épidémie de choléra dans les pays occidentaux. La nature et les causes du choléra demeurent inconnues et l'inefficacité des thérapeutiques témoigne de l'ignorance des médecins devant le fléau. Le choléra ne s'insère pas dans les modèles épidémiologiques qui prévalent alors, les comparaisons avec les infections ou contagions mieux connues de

¹³³ Sylvio Leblond, *loc. cit.*, p. 185.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 188.

¹³⁵ Sylvio Leblond, *loc. cit.*, p. 187.

¹³⁶ Déjà le 19 juin, dix jours après le premier cas déclaré de choléra, l'Hôpital des émigrés a admis 450 malades dont 257 sont décédés. Sylvio Leblond, *loc. cit.*, p. 189.

¹³⁷ *Le Canadien*, vol. 2, no. 17, 15 juin 1832.

¹³⁸ *Ibid.*

l'époque demeurent insatisfaisantes. Devant cette situation complexe, les États et les villes qui se sentent menacées par la pandémie cherchent à développer leur savoir en consultant leurs médecins et en enquêtant sur les connaissances acquises en terre étrangère.

À Québec, les influences les plus marquées sur le plan des connaissances et de la construction du savoir scientifique sont l'Angleterre, la France et les États-Unis. On cherchera surtout à profiter de l'expérience des villes déjà touchées par le choléra et on observera les mesures prises par les plus importants ports de mer. En ces différents endroits, les autorités misent d'abord sur l'instauration d'une quarantaine afin de se prémunir de la maladie. Cependant, les autorités perdent bien vite leur foi en la théorie contagionniste alors que les mesures quaranténaires se révèlent insuffisantes et permettent l'introduction de la maladie. La théorie infectionniste, qui n'offense pas les intérêts économiques et s'insère dans une logique hygiéniste, devient dès lors un choix logique. Les autorités comme les médecins, dans une relative majorité, appuient la thèse infectionniste. Les populations, quant à elles, restent sceptiques et demeurent craintives face aux nouveaux arrivants.

À Québec, le débat qui entoure le choléra est certainement lié à ces influences extérieures, mais doit forcément s'imprégner des conditions particulières présentes à Québec. Le rôle de capitale coloniale, la forte immigration, la division ethnique, les conditions de vie difficiles et les ressources limitées sur le plan médical façonnent le débat développé à Québec, un débat où la thèse contagionniste demeurera prépondérante.

2. Prévoir l'épidémie à Québec : unir savoir médical et pouvoir politique

À Québec, comme ailleurs dans le monde Atlantique, le débat sur le mode de diffusion du choléra s'engage avant même l'arrivée de la maladie. Devant la progression de la maladie sur le Vieux Continent, le gouvernement du Bas-Canada se doit d'étudier la question et de prendre les mesures nécessaires à la protection de la population. C'est le gouverneur qui s'adressera aux députés siégeant à la Chambre d'Assemblée afin qu'ils mettent en vigueur les lois qu'ils jugent susceptibles d'arrêter la progression de l'épidémie, lois qui, suivant la procédure, devront cependant être approuvées par le gouverneur.

Le chapitre qui suit veut donc retracer les opinions qui prévalent au sein des élites à Québec avant l'arrivée du choléra, les opinions qui mènent à l'acceptation de la théorie contagionniste et à l'adoption de l'*Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine*, c'est-à-dire à la création du Bureau de santé de Québec et à l'établissement de la quarantaine à la Grosse-Île. À travers ces opinions, c'est aussi l'influence des modèles européens qui sera démontrée compte tenu du contexte colonial et parce que les médecins pratiquant à Québec sont confrontés au choléra pour la première fois. En outre, il pourra être constaté que les enjeux de cette question ne sont pas uniquement d'ordre scientifique, mais bien aussi d'ordre socio-économique. L'immigration, le commerce et le maintien de l'ordre interviennent en effet de façon importante dans la manière d'aborder la maladie.

Dans une première partie, c'est l'opinion du corps médical qui sera étudiée. Les hommes politiques, dans une situation fondée sur un débat de nature scientifique, doivent se tourner vers les hommes de science. Ce sont donc les médecins qui, par l'entremise du Bureau de médecine ou en leur nom personnel, émettent les premières opinions destinées à influencer la gestion de la crise.

Le débat proprement politique sera considéré dans la seconde partie, d'abord en prenant appui sur l'opinion transmise par le gouverneur à la Chambre d'Assemblée. Cette Chambre, placée devant des documents soutenant des opinions diverses, chargera un

comité spécial d'étudier la question. L'examen des résolutions présentées en Chambre et résultant en l'adoption de l'*Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* nous permettra d'interpréter la position alors adoptée par cette Chambre dont l'objectif principal demeure alors la protection de la population.

C'est au Bureau de santé que reviendra la tâche ingrate d'élaborer un système de défense pour prévenir l'introduction de cette maladie de nature inconnue dans la colonie. La troisième partie s'attardera donc aux premières mesures mises en place par ce dernier afin de comprendre à quelle croyance il s'associe davantage.

2.1 Les médecins comme conseillers politiques

Le premier débat concernant la nature du choléra est initié par le gouverneur Aylmer au mois d'octobre 1831, à la suite de la réception de documents transmis par le Conseil de Londres. La correspondance rappelle le danger qui pèse sur les colonies britanniques et insiste sur la nécessité de prendre les mesures sanitaires nécessaires. On y retrouve divers documents portant sur le choléra tels que rapports de médecins anglais et de médecins étrangers ayant vu l'épidémie. Toutefois, même ces documents ne fournissent pas de réponse claire quant à la nature du choléra. Selon le journal *Le Canadien*, «[l]es principales pièces sont des rapports transmis de Russie par divers médecins, qui, à ce qu'il paraît, ne fournissent pas les renseignements les plus exacts, ni les plus satisfaisants du monde»¹³⁹. On retrouve aussi dans ces papiers l'opinion du Collège des médecins de Londres qui est d'avis que la maladie est contagieuse, qu'elle se transmet par les grandes voies du commerce et des communications, mais qui ignore si la maladie est transmissible par la voie des marchandises. Enfin, le Conseil de Londres demande également aux médecins locaux de contribuer en faisant rapport de leur expérience du choléra.

Le Bureau de médecine, appelé à conseiller le gouvernement en prévision de l'épidémie, doit identifier la maladie et émettre des recommandations basées sur les faits et les opinions rapportées d'Europe. Ce faisant, il sera appelé à exprimer une première

¹³⁹ *Le Canadien*, vol. 1, no. 48, 19 octobre 1831.

opinion médicale officielle concernant le choléra au Bas-Canada. Les recommandations émises par le Bureau de médecine dénotent sa croyance en la contagiosité du choléra. Ce point de vue cache en réalité un débat qui a cours au sein de la profession médicale, car la thèse contagionniste, même si elle semble appuyée par la majorité des médecins, compte aussi d'ardents opposants. De fait, des opinions infectionnistes sont aussi transmises au gouverneur par l'officier de santé du port de Québec, le docteur François-Xavier Tessier, et par le docteur George Roberts.

2.1.1 Le rapport contagionniste du Bureau de médecine de Québec

C'est dans la circulaire du 14 octobre 1831 que le gouverneur Aylmer fait part de ses interrogations sur le choléra-morbus au Bureau de médecine de Québec et s'enquiert de son opinion. Le président du Bureau, le docteur Joseph Painchaud, annonce alors qu'une assemblée générale extraordinaire du Bureau se tiendra le 24 octobre suivant. C'est au cours de cette assemblée que les médecins obtiennent copie des documents transmis par Londres au gouvernement de la province du Bas-Canada. Les documents remis à la profession médicale contiennent donc des renseignements variés sur la nature, les symptômes et l'extension du choléra-morbus de même que sur les précautions recommandées contre l'introduction de cette maladie en Angleterre¹⁴⁰. À la suite de l'assemblée du 24 octobre, les membres du Bureau se réunissent à plusieurs reprises en comités généraux pour finalement adopter leur rapport le 12 novembre 1831 à l'Hôtel-Dieu. Le rapport remis au gouverneur compte douze points, incluant huit suggestions sur les mesures à instaurer.

L'influence des médecins anglais et européens sur les médecins de la ville de Québec, avant le déclenchement de l'épidémie, est clairement exprimée dans le rapport du Bureau de médecine. Il s'agit en fait de la source de renseignements la plus importante pour les médecins : «Nous, le Président et les Membres du Bureau de médecine de Québec, ayant eu plusieurs assemblées convoquées à cet effet, considéré avec soin le Document sur le Choléra Morbus qui nous a été transmis par ordre de son Excellence le Gouverneur-en-

¹⁴⁰ *Le Canadien*, vol. 1, no. 48, 19 octobre 1831.

Chef, nous sommes accordés à faire le rapport suivant»¹⁴¹. Le rapport indique d'ailleurs, en guise de conclusion, «[q]ue le Bureau a donné toute l'attention dont il était capable aux documens qui ont été mis devant lui et autres qui étaient en sa possession, et il se propose de continuer avec zèle ses recherches sur le sujet du Choléra Morbus, et de recourir à toutes les sources d'où on peut attendre des informations, et plus particulièrement à tous les documens officiels qui pourront être par la suite mis devant lui.»¹⁴²

Sur cette base, la première constatation du Bureau établit que la menace d'épidémie est sérieuse et que les risques de voir apparaître le choléra au moment où la navigation reprendra sont élevés. Pour le Bureau, «il ne peut y avoir de doute qu'une maladie pestilentielle connue sous le nom de Choléra Morbus règne depuis quelque tems dans le Nord et l'Orient du Continent Européen, et continue à s'avancer vers l'Occident»¹⁴³. La menace est donc réelle. Il ne s'agit pas du choléra ordinaire et le Bureau suggère d'ailleurs de répandre les renseignements médicaux aux médecins de tout le pays, «afin que dans le cas où le Choléra Morbus y paraîtrait, ils soient plus en état de le distinguer du Choléra ordinaire du pays»¹⁴⁴. La maladie est ainsi identifiée comme le vrai choléra, mais comment le Bureau perçoit-il ce choléra?

Le Bureau qualifie d'abord la maladie de «pestilentielle», mais les recommandations subséquentes permettent toutefois de clarifier la pensée du Bureau. Comme les médecins de Londres, il associe le choléra à une maladie contagieuse. La première recommandation du Bureau consiste en effet en l'établissement, «à l'imitation des nations les plus civilisées d'Europe et d'Amérique [...] d'un système régulier de quarantaine»¹⁴⁵. Plus précisément, le Bureau suggère l'établissement d'un lazaret dans le bas du fleuve Saint-Laurent afin d'y arrêter chaque vaisseau suspect et de le soumettre à l'examen d'une autorité médicale. Advenant la présence de choléra, une stricte quarantaine devrait être imposée aux individus à bord, de même que la désinfection complète de ses

¹⁴¹ «Premier rapport du Bureau de Médecine de Québec», 12 novembre 1831 dans le *Journal de la Chambre d'Assemblée du Bas-Canada (JCABC)*, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832, Appendice N.N.N.

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ *Ibid.*

gens et du navire. Toutes communications de la station de quarantaine avec l'extérieur devraient aussi être interdites et des ordres devraient être donnés, «défendant aux habitants ou autres de l'un et de l'autre côté du fleuve, d'avoir aucune communication avec cet établissement.»¹⁴⁶ L'application de la quarantaine, la désinfection des individus et l'interdit des communications avec les côtes sont autant d'éléments qui démontrent la pensée contagionniste du Bureau de médecine de Québec. Cette pensée contagionniste est énoncée explicitement dans la dernière suggestion du Bureau qui propose «[q]u'on adhérât aux précautions salutaires recommandées sur les meilleurs moyens d'empêcher la contagion de se répandre»¹⁴⁷. Par ce dernier énoncé, le Bureau fait référence aux mesures de ségrégation et de purification adoptées en Europe et renvoie le lecteur au pamphlet publié à Londres sur l'ordre du Conseil Privé.

Ce rapport exprime donc clairement un appui à la thèse contagionniste. Il est basé en grande partie sur la pensée et les mesures présentes en Angleterre ou ailleurs en Europe. De fait, parmi les douze énoncés du rapport, six établissent des liens ou des comparaisons avec ce que proposent les médecins de Londres, avec des États et des villes d'Europe. N'ayant jamais été confrontés au choléra asiatique, les médecins doivent s'en remettre au savoir médical européen. Mais ce rapport, bien qu'il émane du Bureau de médecine de Québec, ne fait pas l'unanimité parmi les médecins.

2.1.2 *Des opinions infectionnistes soumises au gouverneur*

En décembre 1831, le docteur François-Xavier Tessier, dans son rapport en tant qu'officier de santé au port de Québec pour l'année 1831, donne un appui à la thèse infectionniste¹⁴⁸. Le docteur François-Xavier Tessier a d'ailleurs été envoyé à New York au

¹⁴⁶ «Premier rapport du Bureau de Médecine de Québec», *loc. cit.*, Appendice N.N.N.

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ François-Xavier Tessier est très impliqué dans le milieu médical à Québec. Il occupe le poste d'officier de santé depuis le 7 juillet 1830. Il y avait été nommé par le gouverneur, sur la recommandation de Louis-Joseph Papineau. Il avait aussi été nommé, à l'été 1830, administrateur de l'hôpital des fébricitants à Pointe-Lévy. Auparavant, il avait occupé différents postes tels que apothicaire à l'hôpital des émigrés et aide-chirurgien du 1^{er} bataillon de milice de la ville de Québec. Il a fondé le *Journal de médecine de Québec* qui paraît en 1826 et 1827 et a été élu membre du Bureau de médecine de Québec en 1831. Malgré des démêlés avec le Bureau de santé reliés à l'épidémie de 1832, il sera choisi par le conseil de ville en 1834, à la recommandation du Bureau de médecine, comme médecin de l'hôpital de la marine. Voir Gilles Janson, «Tessier, François-Xavier», *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. VI (1987), p. 841-843.

mois d'octobre 1831 pour y étudier les méthodes utilisées dans l'organisation des mesures sanitaires et de quarantaine dans ce port¹⁴⁹. À propos du choléra-morbus, il affirme : «Les faits qui confirment l'impossibilité de sa communication et de sa transportation d'un lieu à un autre par des causes au pouvoir de l'homme, ainsi que les seuls moyens de s'en préserver, si la cause venait à naître parmi nous, sont maintenant reconnus et admis par tous ceux qui ont vu et observé cette Epidémie»¹⁵⁰. Il attribue plutôt le choléra à «une condition particulière de l'atmosphère»¹⁵¹. Contrairement à certains partisans de la thèse infectionniste, il ne rejette pas la quarantaine. Il considère ainsi la quarantaine utile, mais inefficace dans sa forme présente. En tant qu'officier de santé du port de Québec, il souhaite l'adoption d'une loi moins complexe ainsi que l'obtention des moyens et des pouvoirs qui permettraient à l'officier de santé d'exécuter les fonctions de sa charge.

Le docteur Tessier n'est pas le seul à émettre une opinion infectionniste dans les mois qui précèdent les débuts de l'épidémie. Dans une lettre qu'il fait parvenir au président du Bureau de médecine et au gouverneur, le docteur George Roberts fait valoir son opinion et réfute la contagiosité du choléra. Étant plus long dans sa forme et plus complet dans son contenu que les exposés du Bureau de médecine et du docteur Tessier, ce texte constitue l'un des textes les plus complets rédigés de la main d'un médecin infectionniste de Québec et, à ce titre, mérite pleinement notre attention¹⁵².

D'entrée de jeu, le docteur Roberts se dit «convaincu [...] qu'il n'y a pas le plus léger sujet de craindre que cette maladie ait aucun caractère contagieux»¹⁵³. Ses propos sont fondés sur deux arguments, soit: les documents reçus du Bureau de médecine, notamment les rapports des médecins de Russie; de même que sur son expérience personnelle des maladies contagieuses et des maladies pouvant être «assimilées» au choléra.

¹⁴⁹ Denis Goulet et André Paradis, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec: chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, VLB, 1992, p. 206-207.

¹⁵⁰ François-Xavier Tessier, «Rapport résumé de l'Officier de Santé au Port de Québec, pour l'année 1831» dans le *JCABC*, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832, 14 janvier 1832, p. 272.

¹⁵¹ Gilles Janson, *loc. cit.*, p. 843.

¹⁵² Le texte du docteur Roberts occupe quatre pages dans l'appendice N.N.N. du journal de la Chambre d'Assemblée, comparativement à un peu plus d'une page pour le rapport du Bureau de médecine.

¹⁵³ George Roberts, lettre du 30 novembre 1831 dans le *JCABC*, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832, Appendice N.N.N., 3 février 1832.

Le choléra est, pour le docteur Roberts, «une maladie endémique, susceptible de devenir épidémique par une combinaison des mêmes causes produites par des circonstances locales liées avec un certain état de l'Atmosphère, avec la constitution et les habitudes des malades, et l'agitation particulière du temps.»¹⁵⁴ De plus, il se dit assuré que le choléra «ne peut se communiquer par les hardes, les lits, ni aucun effets, et nullement surtout par les marchandises», pas plus qu'il ne croit à l'existence d'«émanation du corps d'un cholérique, capable de produire la même maladie spécifique qu'avait cette personne»¹⁵⁵. On reconnaît ici les caractéristiques d'une pensée infectionniste typique, où les causes atmosphériques et météorologiques se trouvent liées à des causes prédisposantes individuelles d'ordre physique ou moral.

Le docteur Roberts est cependant bien imprécis quant au type de conditions météorologiques pouvant mener à la condition épidémique du choléra. Ne faisant référence qu'à une «agitation particulière du temps», il laisse place aux nombreuses interprétations possibles. Doit-on blâmer le temps chaud ou le temps froid? Le temps sec ou le temps humide? Peut-être l'alternance trop rapide entre ces conditions opposées? Doit-on y voir une référence aux vents ou aux tempêtes? Le docteur demeure muet sur toutes ces questions et ne cherche pas non plus à s'appuyer sur des auteurs célèbres. Les altérations atmosphériques auxquelles il fait allusion sont quant à elles mieux définies. Les marais, eaux stagnantes, maisons malpropres et voies insalubres sont tour à tour pointés du doigt. Les lieux fangeux seraient propices à la putréfaction et la fermentation et constitueraient de cette façon les foyers d'infection. L'atmosphère ainsi viciée affecterait plus particulièrement la classe pauvre et ouvrière, la classe «la plus exposée aux vicissitudes des changements atmosphériques»¹⁵⁶.

En effet, les caractéristiques particulières de la population pauvre et ouvrière font de cette dernière une cible idéale pour le choléra. Le manque d'emploi et la crainte en temps de fléau entraîneraient un changement dans les habitudes de subsistance. La classe ouvrière

¹⁵⁴ George Roberts, lettre du 27 octobre 1831 dans le *JCABC*, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832, Appendice N.N.N., 3 février 1832.

¹⁵⁵ *Ibid.*

¹⁵⁶ *Ibid.*

se trouverait alors dans la nécessité de quitter ses lieux habituels et modifierait ainsi ses habitudes physiques et mentales¹⁵⁷. La seule pensée qui occupe alors les plus pauvres est la crainte d'être attaqué par la maladie «contre laquelle ils sont incapables de se fortifier, pas plus qu'ils n'en comprennent la nature»¹⁵⁸. S'ajoutent à cela la diversité des opinions médicales qui se veut peu rassurante pour la population et la croyance qu'il n'existe aucun moyen curatif. Selon le docteur Roberts, il s'agirait d'éléments qui contribuent à amplifier la crainte et la négligence face à la maladie, bref, «des causes que tous les Médecins conviennent être suffisantes pour prédisposer le système à recevoir une légère altération atmosphérique»¹⁵⁹.

Cette théorie voulant que la maladie s'attaque principalement à la classe ouvrière est commune avant l'arrivée du choléra à Québec et mérite qu'on s'y attarde un instant. Selon cette opinion, les «gens biens» ne seraient pas touchés. Par l'intermédiaire de *Charles Guérin, roman de mœurs canadiennes*, un roman dont l'action se situe à Québec à l'été de 1832, Pierre-Joseph-Olivier Chauveau décrit bien l'assurance qui circulait dans ce milieu à l'hiver 1831: «Je ne sais qui, d'ailleurs, avait inventé une théorie du choléra à l'usage des salons, la plus rassurante du monde. Il ne devait y avoir absolument que les gens pauvres, malpropres, intempérants, vicieux, la canaille enfin, qui seraient emportés par l'épidémie. Le choléra *n'oserait* certainement point s'attaquer aux gens *comme il faut*.»¹⁶⁰ Aux yeux de Roberts, le choléra tiendrait donc avant tout à certaines prédispositions physiques et psychologiques aggravées par des conditions climatiques ou atmosphériques malsaines répandues dans quelques milieux. Le docteur Roberts, dans son exposé au gouverneur, présente ainsi une représentation typiquement infectionniste.

Par son argumentation, le docteur George Roberts s'emploie aussi à discréditer les contagionnistes et les mesures qu'ils proposent telles que la mise en place d'un Bureau de santé et l'application de la quarantaine. La peur, autre cause prédisposante importante, serait alimentée par le discours contagionniste. Les mesures contagionnistes entraîneraient

¹⁵⁷ George Roberts, lettre du 27 octobre 1831..., *loc. cit.*

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ Pierre-Joseph-Olivier Chauveau, *Charles Guérin, roman de mœurs canadiennes*, Montréal, Fides, 1978 (1853), p. 216.

selon le docteur Roberts des effets néfastes pour toute la population et spécialement chez la classe ouvrière, effets «qu'on aurait pu prévenir, ou qui aurait passé inaperçus sous des circonstances plus favorables que celles que produisent des Bureaux de Santé et des restrictions de Quarantaine, dont l'établissement ne peut manquer de créer de l'inquiétude, une dépression mentale et physique et mille privations, accompagnées de tous leurs effets ordinaires»¹⁶¹.

Dans la vision du docteur Roberts, partout ailleurs où ils ont été créés, les bureaux de santé «ont servi à jeter la terreur parmi les Habitants; les relations commerciales sont gênées, les gens en santé sont obligés de souffrir des inconvénients considérables»¹⁶². La quarantaine, sur le plan économique, cause de grands dommages à tous. Les premiers touchés sont évidemment les maîtres de vaisseaux, les équipages et les passagers. Mais ce sont aussi les propriétaires et les marchands de Québec qui «outre les inconvénients et dangers personnels auraient encore à souffrir des dommages dans les chargemens, la perte du marché et le délai dans le retour à une saison si avancée»¹⁶³. De cette façon, le docteur Roberts cherche à défendre les intérêts économiques de la colonie, mais aussi ceux de la métropole. Pour lui, «de tels établissements dans cette Colonie, même sous les meilleurs réglemens possibles, ne peuvent manquer d'être désavantageux à l'émigration, au Commerce général, à l'industrie et aux intérêts de l'empire en général, de même qu'à la Colonie elle-même, objets que la Mère-Patrie se montre disposer à encourager.»¹⁶⁴ Roberts défend donc explicitement les intérêts du monde des affaires.

Son argumentation cherche aussi à démontrer que les contagionnistes agissent dans leur propre intérêt et que les mesures contagionnistes seraient très néfastes pour la colonie et sa population. La position du docteur Roberts quant à la pertinence des mesures de quarantaine diffère d'ailleurs de la position du docteur François-Xavier Tessier évoquée précédemment. Contrairement à Tessier qui reconnaît une certaine valeur à la quarantaine, le docteur Roberts rejette les mesures quaranténaires en bloc : «On ne peut jamais mener à

¹⁶¹ George Roberts, lettre du 27 octobre 1831..., *loc. cit.*

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ *Ibid.*

perfection un système aussi erroné; [...] une mesure qui doit sa naissance aux préjugés, à l'ignorance et à l'intérêt personnel.»¹⁶⁵

La principale motivation des contagionnistes serait donc liée à des intérêts personnels, puisqu'ils chercheraient à améliorer leur sort par la création de postes prestigieux et bien rémunérés à l'intérieur d'organes officiels. Ce ne serait que «souscrire aux motifs intéressés de certains individus [que de créer] des Bureaux de Santé, des Inspecteurs et autres Officiers de Quarantaine, pour l'avantage de ceux qui sont portés là»¹⁶⁶. À ce chapitre, la conclusion de ce médecin infectionniste est claire : «Que retireront les contagionnistes de leur opinion, qui ne se trouve appuyée d'aucune preuve valide, d'aucun argument conclusif, d'aucune raison pathologique? *des places et des honoraires.*»¹⁶⁷ Le caractère étoffé de ce texte, les conditions difficiles prévues pour la population et, surtout, les difficultés économiques qu'il laisse entrevoir ne pouvaient passer inaperçus aux yeux du gouverneur Aylmer à qui ce texte s'adresse directement.

2.2 Le contagionnisme, choix politique basé sur une logique prudente

Pour se faire une opinion sur ce qui doit être fait afin de prévenir l'introduction du choléra dans la colonie, le gouvernement dispose donc des documents transmis par le Conseil de Londres, du rapport contagionniste du Bureau de médecine de Québec et des opinions infectionnistes présentées par l'officier du port de Québec François-Xavier Tessier et par le médecin George Roberts. Sur ces bases, le gouverneur Aylmer fera part de son opinion à la Chambre d'Assemblée tout en lui transmettant les documents sur lesquels la Chambre pourra asseoir son opinion. Devant l'incertitude qui règne quant au mode de propagation du choléra, les députés se voient dans l'obligation de ne négliger aucune possibilité. Le comité spécial chargé d'étudier la question, présenté plus loin, remettra donc des résolutions proposant la création de bureaux de santé et l'établissement de la quarantaine, résolutions qui seront acceptées par les députés de la Chambre d'Assemblée. L'examen de ces résolutions démontrera la pensée contagionniste qui les sous-tend. Nous

¹⁶⁵ George Roberts, lettre du 27 octobre 1831..., *loc. cit.*

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ *Ibid.*

nous attarderons plus spécialement sur la composition et les pouvoirs du Bureau de santé qui sera alors créé.

2.2.1 *L'infectionnisme du gouverneur Aylmer*

Dans une adresse communiquée à la Chambre d'Assemblée le 3 février 1832, le gouverneur Aylmer fait part des craintes que suscite le choléra et invite les députés à voter les mesures nécessaires afin de prévenir l'entrée de l'épidémie dans la colonie¹⁶⁸. Pour le gouverneur, la présence du choléra asiatique dans la métropole, jumelée au grand nombre d'immigrants britanniques attendu au cours de l'été «makes it necessary to adopt some precautionary measures calculated to avert the introduction of this dreadful malady into the Canadas»¹⁶⁹. Ainsi, c'est par cette adresse que le gouverneur fait part à la Chambre d'Assemblée de son opinion sur les mesures à prendre. L'opinion qu'il émet est bien sûr basée sur les informations qui lui ont été transmises, mais elle est aussi liée au contexte socio-économique du Bas-Canada.

La première recommandation concernant les mesures à prendre pour contrer le choléra parvient au gouverneur du Bas-Canada de la part du Conseil de Londres, par l'intermédiaire des documents dont nous avons déjà fait mention. Il est alors conseillé au gouverneur «d'user de rigueur à faire exécuter les lois de quarantaine»¹⁷⁰. Selon cette missive, la sûreté du peuple dépend des mesures sanitaires mises en place et si Londres a pu amoindrir l'impact du fléau, cela n'est dû qu'aux précautions prises par les autorités. Cette première recommandation émanant de Londres et celle, subséquente, du Bureau de médecine de Québec, devraient donc inciter le gouverneur à soutenir la théorie contagionniste et à encourager la Chambre d'Assemblée à mettre en place la quarantaine.

Mais le gouverneur ne prend pas en considération ces deux opinions dans l'adresse qu'il fait parvenir à la Chambre d'Assemblée. En effet, Lord Aylmer dirige plutôt

¹⁶⁸ L'adresse est présentée à l'Orateur de la Chambre d'Assemblée par l'Honorable M. Panet, membre du Conseil Exécutif. Le message en son entier est reproduit dans le *JCABC, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832*, p. 366-367. L'édition du 6 février de *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec* en présente aussi une copie fidèle.

¹⁶⁹ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 6 février 1832.

¹⁷⁰ *Le Canadien*, vol. 2, no. 1, 9 mai 1832.

l'attention de la Chambre vers la lettre résolument infectionniste du docteur George Roberts. On remet alors les documents concernant le choléra asiatique à la Chambre, «whose attention is particularly directed to the letter of Dr Roberts»¹⁷¹. Manifestement, le gouverneur préfère baser ses propositions suivant l'opinion infectionniste du docteur Roberts, ce qui se reflète d'ailleurs dans l'adresse lue à la Chambre d'Assemblée.

Dans sa communication à la Chambre d'Assemblée, le gouverneur Aylmer convient que des mesures de précautions doivent être envisagées afin de préserver la population du fléau qui la menace. Toutefois, il ne considère pas que la quarantaine soit une solution viable et efficace. Pour lui, les mesures qui devront être employées se devront de donner des résultats concrets, de se révéler entièrement efficaces. En ce sens, la quarantaine ne peut garantir la sécurité de la colonie puisqu'elle comporte des inconvénients trop importants¹⁷².

Le gouverneur remarque d'abord les conséquences néfastes que la quarantaine apporterait au commerce puis aux individus. L'établissement d'un lazaret dans le fleuve Saint-Laurent «would inevitably be attended with the greatest injury to the Commercial Interests of the Colony, and to the individuals to be affected by such regulations»¹⁷³. Le commerce de la métropole, par le fait même, serait lui aussi grandement affecté. Il rappelle d'ailleurs qu'une telle mesure obligerait la prise en charge de milliers d'immigrants dans un court laps de temps. Il deviendrait alors nécessaire non seulement de procéder au débarquement des passagers, mais aussi de les abriter, eux et leur bagage. À cela s'ajouterait ensuite l'approvisionnement en nourriture et en soins médicaux.

Suivant ces considérations, le gouverneur conclut que «to attempt the strict enforcement of Quarantine Regulations at any point on the river St. Lawrence would be attended with certain loss and inconvenience, and would prove at the same time altogether

¹⁷¹ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 6 février 1832.

¹⁷² *JCABC, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832*, p. 366.

¹⁷³ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 6 février 1832.

ineffectual when applied to large numbers of persons arriving in the Colony within a limited period of time»¹⁷⁴.

Ainsi, malgré les discours contagionnistes émanant des autorités de Londres et du Bureau de médecine de Québec, le gouverneur ne voit pas la nécessité de mettre en place de mesures quaranténaires. Les arguments de Lord Aylmer ne s'appuient pas sur des notions scientifiques, l'adresse qu'il fait parvenir aux députés ne discute aucunement des théories médicales ou du mode de diffusion du choléra. Si le gouverneur se réfère à la lettre soumise par le docteur Roberts, c'est davantage pour son aspect pratique que scientifique. La volonté du gouverneur d'instaurer des mesures préventives efficaces reste subordonnée à sa volonté de ne pas bousculer l'ordre socio-économique. Le gouverneur perçoit dans la quarantaine une menace au bien-être des immigrants et de la population locale en même temps qu'une menace au commerce, tributaire des activités du port de Québec. Après avoir confié à la Chambre son point de vue, il se dit tout de même prêt à collaborer avec la Chambre et ce, peu importe les mesures qui seront votées. Le gouverneur acceptera de donner son appui aux mesures votées et ce, même si le débat en Chambre d'Assemblée se conclut sur l'adoption de mesures qu'il ne favorisait pas¹⁷⁵.

2.2.2 *Le débat en Chambre d'Assemblée*

L'implication des députés de la Chambre d'Assemblée est majeure car c'est à eux que revient la tâche d'étudier les faits et d'établir les mesures qu'ils jugent nécessaires afin d'empêcher le choléra de faire son apparition dans le Bas-Canada. Les décisions de la Chambre doivent nécessairement être prises avant même l'arrivée du choléra, d'abord parce qu'il faut prévenir l'entrée de la maladie, mais aussi parce que la session parlementaire courante se termine le 25 février. Les députés ne siégeant pas durant l'été, ils se feront par la suite plutôt discrets dans le débat qui a lieu après l'apparition de l'épidémie.

C'est à un comité spécial que revient la tâche d'étudier les documents remis à la Chambre d'Assemblée. Ce comité est chargé de faire rapport à la Chambre sur les mesures

¹⁷⁴ *JCABC, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832*, p. 366.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 367.

qu'il juge nécessaire d'établir afin de prévenir l'introduction de l'épidémie dans le Bas-Canada. C'est sur ce rapport que se prononceront ensuite les députés de la Chambre d'Assemblée. Ainsi, tous les documents transmis par le gouverneur Aylmer sont référés au «Comité Spécial auquel a été référé le Compte des Commissaires pour la régie de l'Hôpital Temporaire des Fièvres, à la Pointe Lévi»¹⁷⁶. Mais pourquoi référer l'étude de la menace du choléra à ce comité?

Le comité spécial auquel a été référé le compte des commissaires pour la régie de l'Hôpital Temporaire des Fièvres, à la Pointe-Lévy est créé par la Chambre au début de la session parlementaire, le 18 novembre 1831, et compte à ce moment cinq membres qui sont les députés Thomas Ainslie Young, Alexis Demers, Jacques Dorion, John Neilson et Michel Clouet¹⁷⁷. Or, la tâche de ce comité est rapidement élargie et le nombre de ses membres est augmenté en conséquence. Au lendemain de sa création, le 19 novembre, le comité est chargé d'étudier une pétition du Dr Charles-Norbert Perrault «demandant une compensation, pour services professionnels, rendus comme Médecin à l'Hôpital des Émigrés à Québec»¹⁷⁸. Se joindront alors au comité six autres députés, soit messieurs Rémi Séraphin Bourdages, Austin Cuvillier, Jean-Baptiste-Isaïe Noël, François Quirouet, Hugues Heney et James Leslie.

Ces députés sont pour la plupart associés au parti patriote, quoique plusieurs soient modérés. Les médecins Jacques Dorion et Rémi-Séraphin Bourdages, députés de Richelieu et de Rouville, sont des Patriotes, tout comme le marchand Michel Clouet, député de Québec et aussi membre du Bureau de santé. Jean-Baptiste-Isaïe Noël, médecin et député de Lotbinière, et James Leslie, marchand et député de Montréal-Est, appuient généralement les Patriotes. Le député de Québec John Neilson, imprimeur et libraire, le député de Laprairie Austin Cuvillier, homme d'affaires, le député d'Orléans François Quirouet, marchand, et le député de Montréal-Est Hugues Heney, avocat, se sont éloignés des Patriotes au cours des dernières années ou des derniers mois. Le député de Vaudreuil et quatrième médecin du groupe, Alexis Demers, est neutre à ce moment. Enfin, Thomas

¹⁷⁶ *JCABC, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832, 3 février 1832, p. 367.*

¹⁷⁷ *Ibid.*, 18 novembre 1831, p. 20.

¹⁷⁸ *Ibid.*, 19 novembre 1831, p. 33.

Ainslie Young, député de la basse-ville de Québec qui a occupé plusieurs postes dans l'administration publique, est un bureaucrate. Rappelons d'ailleurs que ce dernier est également secrétaire du Bureau de santé¹⁷⁹.

Ce comité, qui n'est pas un comité médical et qui est fondé d'abord avec l'objectif de faire rapport sur les comptes courants de l'hôpital des fébricitants, devient, au cours de cette session parlementaire, le comité auquel sont référées les diverses questions touchant la santé publique, notamment celles portant sur le soutien financier accordé aux hôpitaux et à la rémunération de certains médecins¹⁸⁰. C'est donc dans cette optique que ce comité spécial sera chargé d'étudier l'épineuse question du choléra. Le débat concernant le *projet de loi pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* du comité a lieu le 17 février 1832. À ce moment, quarante-six résolutions sont lues à la Chambre et ensuite votées individuellement¹⁸¹.

Bien que l'information rapportée dans le *Journal de la Chambre d'Assemblée* démontre la présence d'un débat en Chambre, elle établit aussi clairement que la majorité des députés présents optent pour une approche contagionniste. Il est possible de se référer à *La Gazette de Québec* pour observer les discours tenus à cette occasion et pour qualifier plus précisément les débats qui ont entouré le vote menant à l'approbation de ces recommandations¹⁸². Selon Louis-Joseph Papineau, les autorités doivent prévenir l'épidémie étant donné la situation à risque du pays qui accueille un grand nombre d'immigrants provenant d'une classe pauvre et misérable. Même si certains médecins affirment que la maladie n'est pas contagieuse, la considération de la santé publique

¹⁷⁹ Pour plus de détails, chacun de ces députés fait l'objet d'une biographie dans le *Dictionnaire biographique du Canada*.

¹⁸⁰ Les divers travaux de ce comité se trouvent dans le *JCABC*. Par exemple, le comité fait rapport sur les dépenses engendrées par l'Hôpital des émigrés (9 décembre 1831, p. 150), sur la construction d'abris à l'Hôpital des émigrés (20 décembre 1831, p. 199), sur le secours des personnes dérangées dans leur esprit, des enfants trouvés et des malades dans les districts de Québec, de Montréal et des Trois Rivières (24 décembre 1831, p. 211). Il étudie aussi la demande de rémunération du Dr Charles-Norbert Perrault pour des soins donnés à l'Hôpital des Émigrés (20 décembre 1831, p. 198), la pétition des membres des Bureaux de Médecine de Québec et de Montréal demandant une aide financière afin de payer leurs secrétaires respectifs (20 décembre 1831, p. 199) et la demande de rémunération du Dr Tessier pour services rendus en tant qu'officier de santé (17 février 1832, p. 462).

¹⁸¹ *JCABC, depuis le 15 Novembre 1831, jusqu'au 25 Février 1832*, 17 février 1832, p. 465.

¹⁸² Les principales interventions des députés au cours du débat sont reproduites dans *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, le 7 mars 1832.

demande qu'on la traite comme telle, peu importe les sentiments personnels. Il considère ainsi que la Chambre ne peut prendre la responsabilité de définir immédiatement la maladie comme non-contagieuse. Les recommandations basées sur la thèse contagionniste du Bureau de santé doivent être suivies. John Neilson se range du côté des arguments de Papineau, affirmant que la menace est bien réelle.

En fait, les quarante-six propositions sont acceptées par la Chambre sans grande opposition. Une seule résolution soulève un débat: la proposition visant à accorder 10,000£ au gouverneur est contestée par le député Lee qui demande une réduction à 5000£. Pour lui: «It was evident from the accounts received from England that the cholera was a mere bugbear, a piece of quackery got up to put money into some people's pockets, and perhaps for political purposes.»¹⁸³ Il doute que la menace soit réelle. Le député Laterrière, un médecin, appuie cet amendement. Ce dernier croit pour sa part que la peur cause plus de dommage que la maladie elle-même. Ces deux députés peuvent donc être associés au courant infectionniste. Le docteur Laterrière se dit d'accord avec le fait d'adopter toutes les précautions possibles et ce, même s'il est porté à croire que la maladie ne soit pas contagieuse¹⁸⁴. La proposition de Lee et Laterrière est finalement rejetée par vingt-six voix contre sept. Le fait que les résolutions proposées, notamment celles menant à l'imposition de la quarantaine, soient adoptées si rapidement laisse croire que la pensée contagionniste est alors dominante à la Chambre d'Assemblée. L'aspect scientifique n'est toutefois pas discuté et l'argumentation de Papineau, axée sur la prudence face à l'immigration massive, paraît constituer une raison suffisante pour voter en faveur de mesures sanitaires reposant sur le contagionnisme. Les résolutions qui formeront l'*Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* expriment la croyance en la théorie contagionniste.

2.2.3 L'expression du contagionnisme dans les résolutions adoptées

Les résolutions énoncées dans cet acte gravitent autour de trois axes généraux que sont la création d'un Bureau de santé et l'organisation d'une police sanitaire publique,

¹⁸³ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 7 mars 1832.

¹⁸⁴ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 7 mars 1832.

l'identification et l'élimination des risques de contagion puis l'établissement de la quarantaine. La création d'un Bureau de santé, mesure calquée sur les modèles européens, est une réponse typique en temps de crise. Nous reviendrons plus en détails sur les droits et devoirs de ce Bureau dans la partie suivante. Pour le moment, ce sont les deux derniers thèmes mentionnés plus haut qui nous permettent de montrer en quoi elles laissent transparaître une attitude contagionniste.

Dans la théorie contagionniste, l'identification rapide des porteurs de la maladie et l'élimination de ces vecteurs de la contagion sont essentielles pour qui veut contenir l'épidémie. Plusieurs résolutions de *l'Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* sont prévus à cet effet. D'abord, les commissaires de santé jouent un rôle important dans le dépistage de la maladie. Le rôle qui leur est confié consiste à visiter «toutes les personnes malades atteintes de maladies dont on aura fait rapport au Président du Bureau sanitaire ou aux Commissaires de santé, ou au Bureau Sanitaire»¹⁸⁵. De plus, les commissaires de santé devront s'assembler chaque jour au Bureau de santé lorsque celui-ci jugera la chose nécessaire en plus de communiquer quotidiennement les rapports qui leur seront faits. Cela, dans le but que le Bureau de santé dispose de toutes les informations disponibles et nécessaires à sa tâche et qu'il «soit mieux en état de conserver la Santé de la Cité»¹⁸⁶.

Toujours dans le but d'identifier le plus efficacement possible les individus potentiellement dangereux, tous les médecins seront tenus de faire rapport «de tout malade sous ses soins qui sera attaqué de quelque maladie pestilentielle ou contagieuse, et cela dans douze heures après qu'il se sera assuré ou qu'il aura soupçonné la nature de la maladie»¹⁸⁷. À la demande du Bureau de santé, les médecins pourront se voir forcés de faire rapport des malades sous leurs soins en précisant la maladie spécifique dont ils sont atteints. De la même façon, ils pourraient devoir rapporter les décès des malades sous leurs soins et le nom spécifique de la maladie ayant causé leur décès.

¹⁸⁵ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 5.

¹⁸⁶ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 7.

¹⁸⁷ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 14.

La crainte de la contagion apportée par l'étranger est aussi évidente. Le Bureau de santé, son président et les commissaires de santé obtiennent le pouvoir d'envoyer dans les hôpitaux de Québec (à l'exception de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital-Général) «toutes personnes dans le Port, la Cité ou la Banlieu de Québec, mais qui n'y sont pas résidentes, et qui se trouveront attaquées de quelque maladie contagieuse ou maligne»¹⁸⁸. De plus, tout aubergiste ou personne qui donne à loger ou à coucher devra rapporter les noms «de chaque Marinier, Pensionnaire ou Passager venant de la mer, qui se trouvera malade dans sa Maison»¹⁸⁹ et ce, dans un délai de douze heures. Un tel rapport est aussi requis de la part des maîtres, propriétaires ou consignataires des vaisseaux stationnés dans le port.

La contagion à partir des navires présents dans le port suscite aussi de l'inquiétude. Ainsi, ce sera la tâche de l'officier de santé «de se rendre à bord de chaque vaisseau arrivant dans le Havre de Québec, immédiatement après son arrivée, et de faire une recherche stricte, et s'enquérir de la condition sanitaire des officiers, de l'équipage et des passagers et de celle de tel vaisseau et de sa cargaison et de faire rapport de ses observations à cet égard sans délai»¹⁹⁰. Le rapport de l'officier de santé devra faire mention des caractéristiques des vaisseaux, mais il doit surtout vérifier si des maladies se sont déclarées à bord lors du voyage. De plus, il doit s'assurer qu'il n'y avait pas de maladies pestilentielles dans aucun des endroits touchés lors de son voyage, ou durant le mois ayant précédé son départ.

Il est à noter que l'officier de santé doit non seulement inspecter les individus présents sur le navire, mais aussi la cargaison. Devant l'incompréhension du mode de diffusion du choléra, rien n'est laissé au hasard. Tous les vecteurs sont suspects et risquent de propager la contagion. Ainsi, l'acte prévoit que le Bureau de santé, le plus ancien magistrat et les Commissaires de santé ont le pouvoir de faire «détruire ou déplacer telle Cargaison [...] qui pourr[a] se trouver dans un état de putréfaction, ou qui sera autrement dangereuse (sic) à la santé publique»¹⁹¹. Notons que si cet énoncé peut être interprété

¹⁸⁸ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 12.

¹⁸⁹ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 15.

¹⁹⁰ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 9.

¹⁹¹ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 11.

comme une mesure contagionniste, c'est-à-dire une mesure visant à éliminer les vecteurs de la maladie, il peut aussi être interprété comme une mesure infectionniste, une mesure visant à éliminer les foyers de l'infection.

Enfin, l'acte prévoit aussi l'établissement de la quarantaine à la Grosse-Île, probablement le symbole le plus fort de la pensée contagionniste. L'île est choisie, entre autres, pour la distance qui la sépare de Québec et pour les possibilités d'abordage qu'elle offre aux navires. L'administration des lieux est confiée à l'armée et c'est le docteur Griffin, médecin du 32^e régiment, qui est nommé officier de santé de la station de quarantaine¹⁹². On prévoit y bâtir des casernes en bois et des logements pour les malades, en plus d'y installer une force militaire, des vivres, des médecins, des médicaments, des fournitures d'hôpitaux¹⁹³. Nul besoin de s'étendre ici sur les détails du fonctionnement de la quarantaine, si ce n'est que pour en faire ressortir le caractère strict qui y est rattaché. La volonté d'intercepter tous les navires est mise en évidence : «tout vaisseau arrivant de mer mettra à l'ancre aussi proche que possible de la dite ou des dites cazernes (sic) ou fortins, et il ne lui sera pas permis de continuer son voyage jusqu'à ce qu'il ait été visité et qu'il ait obtenu (sic) permission de continuer son dit voyage de l'officier visiteur»¹⁹⁴ Les vaisseaux devront produire leur certificat de santé à l'officier de santé une fois arrivés au port de Québec et ceux qui auront passé Grosse-Ile sans obtenir de certificat devront y retourner.

En somme, les résolutions adoptées expriment nettement une représentation contagionniste du choléra. On prévoit aussi la création d'un Bureau de santé qui sera chargé de mettre en vigueur toutes les autres mesures qu'il jugera bon d'instaurer et qui aura le pouvoir de les faire respecter. Le Bureau de santé de Québec deviendra l'acteur principal dans la lutte au choléra.

2.2.4 La formation du Bureau de santé de Québec: sa composition et ses pouvoirs

L'idée de la création d'un Bureau de santé est suggérée pour la première fois dans le *Premier rapport du Bureau de médecine de Québec sur le Choléra Morbus* du 12

¹⁹² Geoffrey Bilson, *op. cit.*, p. 9-10.

¹⁹³ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 22 et 23.

¹⁹⁴ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 24.

novembre 1831. En effet, la neuvième recommandation indique «[q]ue ce Bureau est d’avis qu’il devrait être formé à Québec un Bureau de Santé, lequel serait composé d’après les principes de ceux dernièrement établis dans quelques-unes des principales Villes et Cités d’Europe»¹⁹⁵.

De fait, la mise en place d’un Bureau de santé, de ses droits et de ses devoirs, est établie par les quatre premières résolutions de l’*Acte pour l’établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine*. Cependant, les disputes qui opposeront tout au long de l’année les médecins expriment le mécontentement de la profession médicale face au Bureau de santé ainsi créé. Sa composition laisse peu de place aux membres du corps médical. Le Bureau, auquel les médecins se trouvent subordonnés, devient donc l’acteur principal en temps d’épidémie.

La première résolution de l’acte étudié ici a pour effet d’établir un Bureau de santé pour le district de Québec. C’est le gouverneur qui détient le privilège de nommer les membres du Bureau de santé selon les instructions précisées dans l’acte¹⁹⁶. Le Bureau créé doit être composé de quinze membres en plus du président du Bureau de santé, une charge attribuée au plus ancien magistrat de la Cité, c’est-à-dire au plus ancien juge de paix. Jean Baptiste Juchereau Duchesnay occupera, le premier, le poste de président pour être remplacé en cours d’année par Jacques Voyer. Parmi les quinze membres, huit seront choisis parmi les magistrats (juges de paix) et sept parmi les principaux citoyens de Québec¹⁹⁷. Le quorum est fixé à cinq membres. De plus, les membres du Clergé qui en manifesteront le désir par écrit seront considérés comme membres *ex-officio* et auront les mêmes pouvoirs que les quinze autres membres nommés. Le gouverneur nommera aussi deux médecins résidents et un commissaire de santé qui auront tous trois le titre de commissaires de santé dont nous avons déjà vu la responsabilité.

Le Bureau de santé laisse donc peu de place à la profession médicale alors que seulement trois médecins deviendront membre du Bureau de par leur qualité de juge de

¹⁹⁵ «Premier rapport du Bureau de Médecine de Québec», Appendice N.N.N.

¹⁹⁶ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 1.

¹⁹⁷ La composition du Bureau de santé, pour l’année 1832, est présentée à l’annexe 6.

paix ou de citoyen, soit Antoine G. Couillard, Thomas Fargues et Joseph Skey. C'est une chose que ne manque pas de reprocher le député du Saguenay, le docteur Laterrière. Selon lui, les médecins sont les plus aptes à décider de la nature de la maladie et des précautions à prendre. À savoir, le Bureau de santé devrait même être composé entièrement de médecins¹⁹⁸. Plusieurs arguments lui sont opposés par Louis-Joseph Papineau à ce sujet. En temps d'épidémie, on considère que la tâche des médecins est trop grande pour leur permettre de s'acquitter d'une autre tâche qui, d'ailleurs, relève davantage d'une question de police. Toute leur attention doit être tournée vers leur science et les malades. De plus, un Bureau de santé formé entièrement de médecins pourrait s'attirer des critiques et provoquer l'animosité populaire en établissant et en faisant respecter les règlements. Il s'ensuivrait une perte de confiance envers les médecins qui se trouveraient dans une position de conflit d'intérêts. Aussi, dit Papineau, la composition du Bureau de santé a été planifiée afin que le Bureau soit efficace et réponde aux exigences, non pas pour être confiné à une seule classe ou une seule profession.

Le député John Neilson précise : «Physicians would of course be to be consulted, and would have the greatest influence – but to compose the directing body of none but medical men, would be to place the lives and fortunes of all classes, without relief or appeal, in the hands of one class, and that perhaps an interested one.»¹⁹⁹ Enfin, il convient de préciser que les médecins ne sont pas exclus des charges du Bureau de santé, car en plus des postes de commissaires de santé, il pourra se trouver des médecins parmi les quinze autres membres, magistrats et citoyens. Les actions du Bureau de santé devront donc être celles d'un corps que l'on espère le plus hétérogène possible et peu susceptible d'être mêlé à l'épidémie par des intérêts personnels.

Le Bureau de santé de Québec obtient le pouvoir de donner les directions et d'adopter les mesures qu'il jugera nécessaires pour conserver la santé publique. Le Bureau peut nommer des gardiens de santé ou d'autres officiers qui veilleront à l'application des règlements. Ces officiers pourront entrer et visiter, le jour, «toutes Bâtisses, terrains ou lieu

¹⁹⁸ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 7 mars 1832.

¹⁹⁹ *The Quebec Gazette / La Gazette de Québec*, 7 mars 1832.

de quelque description que ce soit dans la Cité et Banlieu de Québec, et tous Vaisseaux, Chaloupes et Cajoux qui se trouveront dans le Port de Québec»²⁰⁰ afin de faire état de la situation au Bureau de santé. Le Bureau de santé pourra aussi faire importer les remèdes jugés nécessaires en cas d'introduction du choléra-morbus. Les pouvoirs accordés au Bureau de santé de Québec sont donc très importants et permettent à celui-ci d'agir comme il l'entend afin d'assurer la santé publique. Il obtient d'ailleurs le pouvoir de faire respecter les règles qu'il établira.

Les articles 18, 19, 20, 32, 33 et 35 de l'*Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* prévoient des peines sévères pour qui ne respecterait pas les consignes établies. Ainsi, toute personne qui violera les ordres du Bureau de santé encourra une «pénalité n'excédant pas cent livres courants, et sera emprisonnée jusqu'à ce que telle amende ait été payée, ou pendant un terme n'excédant pas six mois»²⁰¹. Les maîtres, propriétaires ou consignataires de vaisseaux stationnés au port de Québec qui ne rempliront pas leurs obligations pourront être mis à l'amende pour une somme n'excédant pas 100£ courant et seront détenus en prison jusqu'à ce que cette somme ait été acquittée. Il en sera de même pour qui permettra à tout passager de débarquer à terre au-dessous de Québec. Les aubergistes ou personnes offrant à coucher ou à loger négligeant leurs obligations pourront aussi se voir punis d'une amende n'excédant pas 100£ courant et seront emprisonnés jusqu'au paiement de l'amende, pour un terme maximal de six mois. Enfin, il est stipulé que «toutes les pénalités imposées par cet Acte seront poursuivies et recouvrées d'une manière sommaire devant un Juge de Paix [...] et tel Juge de Paix aura le pouvoir de condamner la partie contrevenante à être détenue dans la Prison Commune pendant le terme ci-devant prescrit»²⁰².

Par conséquent, les pouvoirs du Bureau de santé sont clairement établis. L'objectif est de s'assurer de la collaboration de tous afin de conserver la santé publique, mais ces pouvoirs ont aussi pour effet direct d'établir l'ascendance du Bureau de santé sur les médecins de la ville. Le Bureau fait paraître, en prévision de l'arrivée du choléra, une suite

²⁰⁰ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 4.

²⁰¹ *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 19.

²⁰² *Statuts provinciaux du Bas-Canada*, 2 Guillaume IV, 1832, chap.16, art. 35.

de recommandations, ou règlements, qui nous permettrons d'étudier la pensée de ses membres face au choléra.

2.3 Les recommandations variées d'un Bureau de santé contagionniste

Une fois formé, la première tâche du Bureau de santé de Québec consiste à prévenir l'introduction de la maladie dans la ville de Québec. Il doit décider des mesures à prendre, les publier et s'assurer que la population de Québec respecte ces mesures. Les avis, ordres et directions publiés avant même l'arrivée du choléra, ou dans les premières journées de l'épidémie au milieu du mois de juin, nous permettent d'étudier la pensée du Bureau de santé. Le Bureau de santé, au moment où l'épidémie frappe la ville, exprime clairement sa croyance en la théorie contagionniste. Ses recommandations et la publication des règlements de quarantaine viennent appuyer ses dires. Pourtant, comme nous le verrons, plusieurs mesures relèvent aussi de l'infectionnisme. Elles visent l'élimination des foyers de la maladie et des causes prédisposantes. L'emphase est alors placée sur la salubrité par des mesures prônant le nettoyage, la désinfection et l'inspection des maisons, des commerces et des voies publiques. De plus, la tempérance est fortement conseillée, autant face aux excès d'ordre physiques que moraux. L'étude des premières mesures nous permettra donc de nuancer la position du Bureau de santé de Québec.

2.3.1 Un appui officiel à la contagion

Le Bureau de santé de Québec exprime clairement son opinion contagionniste dans la publication des règlements du 11 juin, soit deux jours après l'arrivée officielle du choléra à Québec. La première de six recommandations positionne immédiatement le Bureau dans le débat et vise la limitation des contacts avec les cholériques: «Comme nous sommes fondés à croire que la maladie est contagieuse, quoique ce ne soit pas l'opinion générale, il est bon de s'interdire toutes communications inutiles avec les personnes infectées.»²⁰³. Le Bureau de santé ajoute plus loin «qu'il est du devoir de tous d'arrêter la contagion dès le commencement» et que «s'il paraissait probable que la maladie se manifestât parmi nous, il faudrait empêcher autant que possible la communication des malades avec les personnes en

²⁰³ *La Gazette de Québec*, 11 juin 1832.

santé»²⁰⁴. Ainsi, à première vue, il ne peut subsister aucun doute quant à l'opinion du Bureau de santé. Selon ses déclarations émises en prévision de l'arrivée de la maladie, le Bureau considère que le contact direct avec les cholériques entraîne des risques de contagion.

Cependant, le Bureau de santé est préoccupé par les réactions que pourrait susciter une telle annonce et s'empresse de calmer les esprits: «Ceci n'est pas une raison d'abandonner les malades»²⁰⁵. Ainsi, il ne faut pas suspendre l'aide aux personnes atteintes de la maladie, mais plutôt la limiter aux personnes nécessaires. Le Bureau ajoute d'ailleurs, à la fin de ce premier règlement: «on peut sans danger rendre à ses amis tous les services et les soins qu'exigent leur maladie, pourvu que l'appartement; le linge et le lit de la personne soient nets, et que l'appartement soit bien aéré et purifié à l'aide de fumigations»²⁰⁶. Le Bureau attribue donc aux objets, vêtements et draps une part de responsabilité dans la propagation du choléra et admet que le contact indirect pourrait contribuer à la transmission de la maladie. Cette croyance est aussi répétée dans le troisième règlement du 11 juin puisqu'il y est statué que le lit, les couvertures et le linge des individus atteints par le choléra devront être lavés et aérés.

Les exhalaisons émanant des corps des malades sont aussi identifiées comme des vecteurs potentiels de la maladie. Le quatrième règlement émis le 11 juin prévoit que les mauvaises odeurs présentes dans les chambres des malades pourront être éliminées par l'utilisation de chlorure de chaux. En outre, les exhalaisons continuent de présenter un danger après le décès des cholériques. Ce même règlement prévoit, à cet effet, que ceux qui meurent du choléra «doivent être enveloppés dans les habits qu'ils portaient lorsqu'ils sont morts, et aussitôt qu'on sera certain de leur mort, ils doivent être placés dans un cercueil bien fermé et enduit de goudron: ils doivent être immédiatement inhumés, sans être portés à l'église»²⁰⁷.

²⁰⁴ *Ibid.*

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ *La Gazette de Québec*, 11 juin 1832.

²⁰⁷ *Ibid.*

En somme, le Bureau de santé se représente le choléra comme une maladie contagieuse, susceptible de se propager par les exhalaisons des malades ou par le biais de leurs effets personnels. Cet appui au contagionnisme est renforcé par la publication des ordres et directions concernant la quarantaine.

2.3.2 Ordres et directions pour le respect de la quarantaine

L'établissement de la quarantaine à la Grosse-Ile est une mesure marquée par le sceau du contagionnisme. On observe d'ailleurs que le Bureau de santé de Québec établit, en conformité avec les exigences de la quarantaine, des ordres et directions pour les pilotes, maîtres de vaisseau, maître du hâvre de Québec, officiers de la douane à Québec et officier de santé à Québec. Plusieurs des directives publiées dans *Le Canadien* du 20 mars 1832 témoignent d'une pensée contagionniste et s'ajoutent aux résolutions adoptées par la Chambre d'Assemblée et mises en vigueur par l'*Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine*.

Les règles concernant le débarquement de passagers et des objets demeurent très strictes. En plus de devoir effectuer un arrêt obligatoire à Grosse-Ile, les maîtres de vaisseau se voient rappeler l'interdiction de débarquer aucun passager au-dessous de la Grosse-Ile de même qu'entre la Grosse-Ile et l'embouchure de la rivière Saint-Charles. On applique la même règle en ce qui a trait à la cargaison, au bagage ou à tout autre article présent sur les vaisseaux²⁰⁸. Les maîtres de vaisseau doivent aussi jouer un rôle dans le dépistage des maladies, ayant pour consigne de faire un rapport écrit dans les douze heures après chaque cas de maladie en mentionnant le nom de chaque personne malade. C'est toutefois l'officier de santé du port de Québec qui reçoit les instructions les plus précises concernant l'identification de la maladie contagieuse.

Le Bureau de santé soumet à l'officier de santé les questions qui devront être adressées à l'équipage et aux passagers des vaisseaux visités afin de déceler les cas de choléra²⁰⁹. Les questions touchent évidemment les ports touchés par les navires, les

²⁰⁸ *Le Canadien*, vol. 1, no. 95, 31 mars 1832.

²⁰⁹ *Ibid.*

passagers embarqués et l'existence de maladies, comme le choléra asiatique, dans les ports touchés. L'officier de santé doit également s'enquérir de l'état de santé général à bord du navire. La maladie s'est-elle déclarée? Combien de malades se sont trouvés à bord? Combien de personnes sont décédées, à quand remonte le dernier décès et quelle maladie a causé leur mort? Pour plus de précisions, le Bureau de santé demande à l'officier de santé de questionner la famille des individus décédés. On cherche à connaître la maladie qui affligeait le malade et les circonstances du décès. L'officier de santé doit notamment s'enquérir de la présence de crampes et de vomissements chez les individus décédés, probablement les deux symptômes les plus facilement reconnaissables du choléra. Enfin, advenant le cas où l'officier de santé soupçonne l'existence du choléra dans le vaisseau, il est stipulé qu'il devra ordonner immédiatement le retour du vaisseau à Grosse-Ile.

L'attention portée aux individus, à leur mouvement et à leur état de santé expose la crainte de la contagion. Il y a donc, dans la pensée du Bureau de santé, des composantes qui soutiennent clairement le contagionnisme. Le Bureau en fait explicitement mention dans les règlements qu'il publie en plus de fixer plusieurs de ses mesures en s'appuyant sur la théorie contagionniste. Le Bureau de santé de Québec serait donc, avant le déclenchement de l'épidémie, un partisan du contagionnisme. Pourtant, un bon nombre de mesures proposées s'insèrent plus difficilement dans une logique contagionniste, relevant plutôt de l'infectionnisme.

2.3.3 *Inspecter et purifier pour vaincre les causes prédisposantes de l'infectionnisme*

La vigilance du Bureau de santé de Québec en matière de salubrité publique apparaît rapidement dans les travaux effectués par ce dernier. Dès le 2 avril 1832, le Bureau adopte des ordres et directions ciblant la salubrité des habitations, des commerces et des voies publiques. Après cette assemblée du 2 avril, quatre avis sont publiés dans le *Canadien* du 14 avril suivant. Ces avis poursuivent le même objectif, mais pointent vers différentes cibles. Des règlements d'ordre général sont d'abord établis «pour mettre en force un système de propreté dans la Cité et Banlieue et le Port de Québec»²¹⁰. D'autres règlements définissent la conduite des propriétaires, locataires, sous-locataires et occupants

²¹⁰ *Le Canadien*, vol. 1, no. 99, 14 avril 1832.

des maisons. Enfin, une série de règlements contrôle la conduite des bouchers et revendeurs de viande alors qu'une autre vise les aubergistes et les personnes tenant pension qui vendent de la bière et du cidre.

À travers ces divers règlements, une attention particulière est portée à la propreté des voies publiques. Selon le système de propreté instauré, «[n]ulle personne ne jettera ou ne fera jeter de l'eau sale, des cendres, suie, saletés d'aucune espèce dans aucune des rues de la ville, de la banlieue et le port de Québec»²¹¹. Plus encore, les décombres, fumiers et ordures devront être transportés par une voiture fermée dans un des quatre endroits prescrits par le règlement. Les lieux désignés sont tous des quais, la rivière Saint-Charles et le fleuve Saint-Laurent faisant alors office de dépotoir pour les ordures organiques²¹². Dans le même sens, il ne sera plus permis aux bouchers et revendeurs de viande d'avoir un abattoir dans la Cité de Québec ailleurs que sur les bords de la rivière Saint-Charles et du fleuve Saint-Laurent. Tout rebut engendré par les abattoirs «ne sera jeté dans aucun cas dans les rues publiques, ruelles, ou sur les rivages, et que toutes les entrailles seront coupées en morceaux de manière à les faire caler au fond.»²¹³

En outre, les locataires ou les propriétaires pourront être conjointement ou séparément poursuivis «pour ordure, fumier, ou incommodité d'aucune description qui sera trouvé dans la rue vis-à-vis de la maison occupée par eux, ou dans la cour, lieux privés ou aucune autre place appartenant à telle maison»²¹⁴. La responsabilité des locataires et propriétaire s'accroîtra d'ailleurs avec le temps. Un avis daté du 9 juin explique qu'à partir de ce jour, et ce jusqu'au 15 novembre, «tous propriétaires, locataires ou occupants de maisons situées en cette ville, seront respectivement tenus et obligés d'arroser et balayer ou faire balayer la devanture de leur maison et terrain, [...] aussi de mettre les ordures qui en proviendront en tas le long des trottoirs afin qu'elle soient enlevées par des voitures qui

²¹¹ *Ibid.*

²¹² Les lieux désignés sont les suivants : le quai de John Anderson, du côté Ouest de la rue Dalhousie, le quai de John Bell, au bout de la rue Arthur, le quai de John Munn, au bout de la rue Crown ainsi que le quai des héritiers Pozer et d'autres quais ou places que le Bureau de santé se réserve le droit de désigner ultérieurement. *Ibid.*

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ *Ibid.*

seront pourvues par la police pour cet objet.»²¹⁵ Devant la multitude des mesures liées à la salubrité, nous sommes en mesure de constater que le Bureau de santé attribuait probablement un rôle aux immondices dans la propagation de la maladie. Cette idée faisant des lieux insalubres des foyers de la maladie relève de la théorie infectionniste, la contagion directe ou indirecte pouvant s'effectuer sans égard à l'environnement.

Le Bureau de santé combat aussi les odeurs malsaines indisposantes. Tout boucher ou revendeur de viande est tenu de garder «propre et exempte d'odeur offensante, la place où il tue ses animaux»²¹⁶. Les étals et boucheries devront être désinfectés avec une préparation de chlorure de chaux et il sera dorénavant interdit d'emmagasiner ou d'exposer du poisson dans les marchés de la Haute-Ville et de la Basse-Ville. Le système de propreté prévoit que les «faiseurs de chandelles, de savon et de saucisses et tanneurs ne seront permis de garder aucun article requis pour leur métier, respectif, ni à exposer dans aucune bâtisse ou place en dedans de la cité ou banlieue de Québec, si par là le voisinage ou les passants dans les rues ou chemins publics en sont importunés.»²¹⁷ Ces considérations soulignent la crainte des odeurs nauséabondes, odeurs associées aux miasmes et à la maladie dans la théorie infectionniste. Mais les liens avec l'infectionnisme ne s'arrêtent pas là puisque le Bureau de santé s'applique aussi à enrayer les excès en tout genre commis dans la population.

2.3.4 La promotion de la tempérance

Dès les premiers jours de l'épidémie, le Bureau de santé appelle la population à la tempérance dans sa consommation et son attitude :

Il en est une [précaution], la plus importante, et que toutes personnes peuvent prendre, qui est la première que ce Bureau doit indiquer, savoir: la nécessité de la tempérance, la régularité dans la manière de vivre, la propreté sur soi et dans l'intérieur des maisons. L'expérience a prouvé dans tous les pays que le coléra [s]pasmodique saisit et détruit aussi vite que la foudre, ceux qui font des excès soit des liqueurs fortes ou par tout autre moyen. Les individus adonnés à la débauche,

²¹⁵ *La Gazette de Québec*, 14 juin 1832

²¹⁶ *Le Canadien*, vol. 1, no. 99, 14 avril 1832.

²¹⁷ *Le Canadien*, vol. 1, no. 99, 14 avril 1832.

les fainéants, les gens d'une malpropreté habituelle en deviennent les victimes, tandis que les personnes tempérantes, propres et industrieuses y échappent.²¹⁸

Un tel avertissement s'inscrit parfaitement dans la logique infectionniste en s'attaquant aux différentes formes d'excès soupçonnées d'affaiblir le corps et l'esprit. Le Bureau de santé s'applique aussi à calmer les esprits afin d'éviter que la peur s'empare de la population, ce qui diminuerait toujours davantage sa résistance à la maladie.

Le Bureau de santé commence par affirmer qu'il croit improbable que le choléra se déclare à Québec, à la fois parce qu'une grande distance sépare Québec de l'Europe et parce que la quarantaine établie à Grosse-Ile pourra stopper les individus qui présentent un risque pour la population. Le Bureau ajoute, suivant une opinion courante à l'époque, que le peuple canadien cultivateur est généralement considéré comme étant à l'abri des attaques de ce fléau, habitant dans un climat sain et se distinguant par la sobriété et la propreté : «[s]i le coléra spasmodique se manifestait parmi un tel peuple, il serait probablement très limité, et sa sévérité serait très adoucie»²¹⁹. Ces affirmations contrastent toutefois avec les efforts déployés afin d'assurer la salubrité de la ville de Québec.

Enfin, le Bureau de santé clarifie sa croyance au danger des causes prédisposantes: «La négligence de ces précautions ne produirait pas assurément la maladie appelée le coléra spasmodique, mais elle disposerait infailliblement les individus vivans dans un atmosphère infecté à être attaqués, lorsqu'autrement il auraient pu échapper.»²²⁰ Cette affirmation qui trouve son fondement dans l'infectionnisme apparaît dans les règlements du Bureau de santé publiés le 11 juin, quelques paragraphes seulement après que ce même Bureau eut annoncé qu'il se trouvait fondé à croire la maladie contagieuse.

Ainsi, les avis du Bureau de santé ne concordent pas toutes avec la théorie contagionniste qu'il affirme défendre. Le Bureau, bien qu'affirmant adopter la pensée contagionniste, agit aussi en fonction de la théorie infectionniste. Les lieux insalubres sont

²¹⁸ *La Gazette de Québec*, 11 juin 1832.

²¹⁹ *La Gazette de Québec*, 11 juin 1832.

²²⁰ *Ibid.*

soupçonnés d'engendrer la maladie ou d'en favoriser la diffusion et le public est formellement averti des dangers liés aux causes prédisposantes.

Finalement, le débat scientifique qui s'est installé à Québec avant l'arrivée du choléra n'a pas trouvé une nette conclusion. Bien que le Bureau de médecine affirme sa croyance en la contagiosité du choléra, d'autres médecins, comme George Roberts, font valoir un point de vue différent. Le gouverneur, quant à lui, estime qu'il serait trop coûteux et trop risqué d'établir des mesures strictes de quarantaine. Il constate les difficultés inhérentes à un tel projet et demande à la Chambre d'Assemblée d'agir selon sa propre conscience. Les députés se trouvent alors devant des documents qui font valoir des opinions opposées, documents qui n'apportent pas de preuves suffisantes permettant de trancher le débat. La Chambre choisit donc d'agir dans l'intérêt général de la population, c'est-à-dire en prévoyant le pire scénario et en basant ses mesures sur celles adoptées de l'autre côté de l'Atlantique. On craint la contagion, il faudra agir en conséquence.

Un Bureau de santé chargé de préserver la santé de la ville de Québec est ainsi créé, en plus d'une station de quarantaine qui est installée à Grosse-Ile. Le Bureau, de par sa composition et les pouvoirs qui lui sont conférés, devient rapidement l'acteur principal dans la prévention du choléra. Au cours des mois de mars, avril, mai et juin, de nombreux règlements, ordres et directions sont émis dans le but d'empêcher la pénétration du choléra. Ces différentes mesures sont adoptées, bien sûr, dans le but d'arrêter la contagion, mais d'autres sont plutôt destinées à arrêter l'infection. Malgré un appui officiel à la théorie contagionniste, le Bureau de santé a donc choisi de ne négliger aucune avenue pour assurer la santé publique, d'autant plus qu'il lui reste encore à faire connaissance avec le choléra-morbus.

3. Représentations du choléra après l'expérience de l'épidémie

Au moment où le choléra frappe Québec, dans la première moitié de juin 1832, la thèse infectionniste a déjà trouvé un appui majoritaire en Angleterre et en France. Dans ces pays, comme nous l'avons vu, l'expérience du choléra et de sa marche destructrice conduit les médecins et les autorités à soutenir la thèse infectionniste plutôt que la thèse contagionniste qui, pourtant, avait semblé valable avant l'apparition du choléra. En est-il de même à Québec? Ce chapitre étudiera d'abord les thèses développées par les médecins de Québec grâce à leur propre expérience de l'épidémie. Il étudiera ensuite le discours public du Bureau de santé par l'intermédiaire des avis émis par ce dernier pendant et après l'épidémie. Enfin, nous verrons comment la population de Québec se positionne et réagit face aux idées et actions des médecins et du Bureau de santé.

3.1 Le débat chez les médecins

Ce n'est qu'avec l'arrivée du choléra à Québec que les médecins sont en mesure d'observer l'épidémie, d'expérimenter, bref, de se créer une opinion propre. Comme partout ailleurs, les médecins se divisent en deux camps axés essentiellement sur les théories contagionniste et infectionniste.

Les historiens Denis Goulet et Othmar Keel ont écrit, à la suite de Geoffrey Bilson, que «les tenants de la conception non contagionniste se sont heurtés, à Québec, à la majorité de la profession médicale, lors du choléra de 1832»²²¹. Cette affirmation s'appuie principalement sur deux arguments, soit les propositions du Bureau de médecine présentées à Lord Aylmer avant l'épidémie en novembre 1831 et les conclusions d'un comité médical chargé, un an plus tard, en novembre 1832, de représenter la profession face au Bureau de santé. Toutefois, affirmer sur ces bases que les médecins contagionnistes ont dominé la scène médicale à Québec ne rend pas bien compte de la situation. La réalité est plus complexe.

²²¹ Denis Goulet et Othmar Keel, *loc. cit.*, p. 209.

Pour cette première partie, nous chercherons à évaluer l'importance respective de la thèse contagionniste et de la thèse infectionniste parmi les médecins de Québec. Nous mettrons d'abord l'emphase sur le contagionnisme tel que développé et perçu par les médecins de Québec en 1832. Nous verrons ensuite que, même si le contagionnisme a fait beaucoup d'adeptes parmi les médecins de Québec, la thèse infectionniste a aussi été très influente, si bien que, à cause de ses porte-parole, elle a été, en quelque sorte, la théorie dominante à Québec en 1832.

3.1.1 *L'appui au contagionnisme*

Partout où la maladie frappe, les opinions médicales sont susceptibles d'être modifiées au cours de l'épidémie. Québec n'y fait pas exception. Ici, au premier abord, les données semblent jouer plutôt en faveur du contagionnisme. Du moins, c'est le point de vue de l'historiographie. Ainsi, d'après Goulet et Keel, l'«impact sanitaire de l'immigration sur le pays [rend] très difficile pour beaucoup de médecins du Bas-Canada la défense d'une position non contagionniste»²²². L'historien Geoffrey Bilson, dans son étude sur les épidémies de choléra qui ont touché le Canada à partir des 1832, note lui aussi que l'expérience directe d'une épidémie majeure contribue généralement à convertir les médecins à la thèse contagionniste²²³.

Un exemple de cela à Québec est le cas du docteur Holmes qui, soutenant au départ la thèse infectionniste, modifie sa pensée en fonction de son expérience de l'épidémie. Pour lui, le choléra devient alors une maladie généralement pourvue des caractéristiques d'une infection, mais qui est sujette, sous certaines circonstances, à devenir contagieuse²²⁴. Cette représentation de la maladie est alors nommée «contagionnisme contingent» et s'appuie sur l'idée que la maladie peut acquérir un caractère contagieux dans certaines circonstances.

Cela dit, en fait, nous avons trouvé très peu de témoignages contagionnistes durant l'été 1832. Ce n'est vraiment qu'à l'automne 1832 que le contagionnisme ressort comme

²²² Denis Goulet et Othmar Keel, *loc. cit.*, 209.

²²³ Geoffrey Bilson, *op. cit.*, p. 153.

²²⁴ *Ibid.*, p. 152.

étant une théorie importante chez les médecins de la ville de Québec. L'automne 1832 est, pour la profession médicale, l'occasion de s'assembler et d'étudier les questions soulevées tout au long de l'été. Ce sont les conclusions de ces assemblées qui nous permettent de constater qu'une majorité de médecins penchent en faveur du contagionnisme durant l'été 1832, comme le Bureau de médecine l'avait fait avant l'épidémie.

À la demande du docteur Joseph Painchaud, président du Bureau de médecine, les membres de la profession se réunissent en octobre 1832 afin de discuter des mesures qui ont été prises pour contrer le choléra, du travail du Bureau de santé et des recommandations qui devraient être faites aux autorités pour prévenir d'autres épidémies du genre. Le Conseil médical, composé de sept médecins praticiens civils licenciés élus par la profession réunie, est créé à ce moment. Ces travaux l'amèneront, en novembre 1832, à soumettre un document révisant la loi sur la quarantaine et les Bureaux de santé²²⁵. Un des moyens qu'a employé le comité pour connaître la pensée des médecins de Québec a été de leur proposer une série de questions pour leur permettre de s'exprimer. Le comité remarque d'ailleurs que cette tâche a été accomplie avec zèle par les médecins, ce qui nous laisse croire que le comité a reçu l'opinion de la majorité des médecins et donc, que l'on doit pouvoir se fier aux résultats qui y sont exprimés.

Selon la compilation des informations ainsi recueillies, le comité affirme que malgré l'expression d'opinions différentes, la théorie contagionniste aurait regroupé le plus grand nombre de praticiens:

Que le cholera soit ou non une maladie contagieuse, c'est une question sur laquelle tous les médecins de l'univers sont divisés. En Europe une foule de savans d'égal mérite ont sur ce sujet soutenu le pour et le contre, et le comité a cru remarquer ici la même différence d'opinions, quoique cependant l'idée que le cholera est une maladie contagieuse ait prévalu chez le plus grand nombre.²²⁶

²²⁵ Les médecins élus au Conseil médical sont les docteurs Joseph Painchaud, William Lyons, Jean Blanchet, Anthony Von Iffland, James Douglas, Hugh Caldwell et Alfred Andrews. Le rapport du comité est publié dans *Le Canadien*, vol. 2, no. 90, 30 novembre 1832.

²²⁶ *Ibid.*

Le comité, suivant l'opinion ainsi exprimée par les médecins de Québec, se dit «pleinement convaincu que le cholera est contagieux, et non épidémique»²²⁷. De façon générale, la loi demandée par le Conseil médical veut conserver les mesures quaranténaires, mais demande à ce que la quarantaine soit établie dans un endroit plus rapproché de Québec. Elle appuie aussi la création de Bureaux de santé avec les mêmes règlements, mais aimerait en voir changer la composition pour donner plus de pouvoir aux médecins.

Cependant, à part ces assemblées de médecins qui ont lieu après l'épidémie, les journaux dépouillés ne font mention que d'un seul médecin qui milite véritablement en faveur de la théorie contagionniste pendant l'été 1832. Il s'agit du docteur William Lyons, dont les propos nous sont rapportés par un certain «Medicus»²²⁸. Le docteur Lyons, en charge de l'Hôpital des émigrés depuis juin 1832, voit dans le parcours du choléra un argument en faveur des contagionnistes. Il note que les troupes militaires sans relations avec la population ont été épargnées, tout comme les religieuses qui, elles aussi, n'ont pas de relations directes avec les gens atteints. Enfin, c'est pour lui un fait remarquable que les individus ayant côtoyé les premiers cadavres aient été affectés et qu'un grand nombre de cas aient été signalés dans la même maison, la même chambre ou le même lit. Les arguments du médecin sont donc en relation directe avec la communicabilité du choléra. Le docteur Lyons s'appuie sur le parcours de la maladie et sur des exemples précis comme le fait que les troupes militaires isolées aient été épargnées, de la même façon que les communautés religieuses l'ont été.

Nous avons identifié un troisième médecin qui, à la même époque, semble tendre vers le contagionnisme bien qu'il n'en fasse pas mention explicitement. Il s'agit du docteur James Douglas qui, dans ses mémoires, affirme avoir prévu que la maladie suivrait la route des immigrants et qu'elle traverserait l'Atlantique²²⁹. Le docteur Douglas avait connu le choléra asiatique auparavant, lui qui était passé par les Indes, le Honduras et les États-Unis

²²⁷ *Le Canadien*, vol. 2, no. 90, 30 novembre 1832.

²²⁸ *The Quebec Gazette*, 5 décembre 1832. Ce texte est ultérieur au rapport du Conseil médical évoqué plus haut et reprend des arguments déjà évoqués dans ce rapport. À la différence de ce rapport qui citait ces arguments de façon anonyme, «Medicus» les attribue au docteur William Lyons.

²²⁹ James Douglas, *Journals and Reminiscences of James Douglas*, M.D. New-York, 1910, p. 134.

avant d'arriver à Québec en 1826²³⁰. Il peut donc compter sur une expérience supplémentaire, une expérience qui, selon lui, lui permit d'être considéré comme l'un des plus connaisseurs sur le sujet et d'être appelé auprès de familles importantes²³¹. Cependant, nous n'avons pas pu retrouver une expression claire de son opinion dans les journaux. En outre, il indique dans ses mémoires avoir rencontré dans la région de Québec un cas de choléra avant même l'ouverture de la navigation, ce qui ne s'insère pas dans une opinion contagionniste et qui plutôt suggère la transmission du choléra par l'atmosphère. À défaut d'obtenir plus de détails sur sa pensée, nous ne pouvons porter un jugement clair sur la théorie défendue par le docteur James Douglas.

Finalement, il nous faut constater qu'il est vrai d'affirmer qu'une majorité de médecins soutiennent la thèse contagionniste, c'est ce que nous indiquent les assemblées. Il semble possible que beaucoup ont cru à la thèse contagionniste, mais qu'il n'ont pas osé défendre leur opinion publiquement pendant l'été pour diverses raisons que nous connaissons mal. En fait, même s'ils étaient inférieurs en nombre, les infectionnistes semblent avoir eu une plus grande assurance dans leur thèse et une plus grande visibilité.

3.1.2 Des médecins infectionnistes influents

Il n'a pas été possible d'accumuler suffisamment d'informations sur les médecins de la ville pour établir des statistiques qui auraient pu démontrer avec la certitude des nombres la domination d'une ou l'autre des deux théories. Chose certaine, l'infectionnisme apparaît, aux yeux des médecins de Québec, comme une théorie très crédible à l'été 1832.

Dans un essai sur le choléra publié en 1869, le docteur William Marsden affirme ceci: « In 1832, like the majority of my professional brethren, I was a non-contagionnist, and I believed firmly [...] that cholera was not contagious, but was an epidemic; in fact, was in the *air*, and that *cleanliness* and *temperance* were the best preventives of cholera. »²³²

²³⁰ Sylvio Leblond, *loc. cit.*, p. 186.

²³¹ James Douglas, *op.cit.*, p. 135.

²³² William Marsden, *An Essay on the Contagion, Infection, Portability and Communicability of the Asiatic Cholera*, vol. V, 1869, p. 2. tiré de Nancy Côté, Gérard Fabre et Christine Gagnon, «Un médecin contagionniste à Québec: les écrits du docteur Marsden (1868-1869)», *Health and Canadian Society / Santé et société canadienne*, vol. 3, nos 1-2 (1995), p. 43.

Il n'est pas le seul dont les affirmations tendent à démontrer que l'infectionnisme dominait la scène médicale de Québec en 1832. Le Bureau de santé fait aussi état de cette dominance de la pensée infectionniste lorsque, dans son avis officiel, il dit croire que le choléra est une maladie contagieuse «quoique ce ne soit pas l'opinion générale»²³³.

Le journal *Le Canadien* confirme aussi que des « gens de l'art », ont vu, dès le début de l'épidémie, des signes qui appuient la thèse infectionniste. Le journal écrit en juin 1832: « l'apparition de la maladie en cette ville a été accompagné d'une circonstance que les gens de l'art donnent comme mettant hors de doute sa nature épidémique : c'est qu'elle a éclaté (sic) simultanément en plusieurs endroits différens. Hier il y a eu à Beauport un cas avec les symptômes du choléra : on dit aussi qu'il y en a eu un à Charlesbourg »²³⁴. Effectivement, des cas déclarés dans des endroits isolés, sans contact entre eux, pourraient laisser croire qu'il s'agit d'une épidémie au sens ancien du terme, d'une maladie propagée dans l'atmosphère. Ainsi, ces derniers cas survenus à Beauport et Charlesbourg, ajoutés à ceux qui ont eu lieu dans la Basse-Ville de Québec, démontreraient qu'il n'est pas besoin de communication entre individus pour que le choléra se propage.

La pensée des médecins de Québec peut aussi être observée à travers le témoignage des médecins étrangers qui visitent la ville. Les conclusions des docteurs Rhinelandet et DeKay, envoyés à la fin du mois de juin par les villes de New York et Albany pour recueillir des renseignements sur le choléra, résument l'opinion des médecins qu'ils ont rencontrés à Québec et Montréal. Le journal *Le Canadien* rapporte que ces médecins, venus enquêter sur la nature du choléra, ont conclu que l'opinion générale des médecins canadiens est que la maladie vient de l'air et qu'elle n'est ni importée, ni contagieuse²³⁵. Pour eux, donc, en juillet 1832, la majorité des médecins de Québec appuient la pensée infectionniste.

Fait intéressant, ces médecins américains identifient aussi les principales causes qui font de Québec une cible de choix pour la maladie. Le manque d'organisation médicale, l'affluence considérable d'immigrants de même que le manque de propreté et d'autorité

²³³ *La Gazette de Québec*, 11 juin 1832.

²³⁴ *Le Canadien*, vol. 2, no. 15, 11 juin 1832.

²³⁵ *Ibid.*, 9 juillet 1832.

locale veillant à la santé publique auraient contribué à l'apparition de l'épidémie²³⁶. Dans ce cas, les immigrants sont identifiés comme l'une des causes de l'épidémie, non pas parce qu'ils apportent avec eux l'épidémie, mais plutôt parce que leur grand nombre, jumelé à leurs conditions de vie défavorables, contribue à créer un environnement propice à l'apparition du choléra et à aggraver l'impact de la maladie.

De ces perceptions, où l'infectionnisme apparaît comme la théorie dominante, il est possible de déduire deux choses. D'abord, que l'incertitude persiste dans l'esprit des médecins de Québec et que le débat n'est pas tranché nettement en faveur du contagionnisme comme le laisse entendre l'historiographie.

Plus encore, ces perceptions démontrent que la théorie infectionniste a trouvé suffisamment d'appui à Québec en 1832 pour que certains la considèrent comme la théorie dominante. À ce sujet, en l'absence de statistiques complètes, nos recherches nous indiquent qu'effectivement, plusieurs médecins influents appuient la théorie infectionniste à l'été 1832. Et c'est probablement la notoriété et la visibilité de ceux-ci qui permet à la thèse infectionniste d'apparaître comme dominante aux yeux de certains médecins et observateurs de l'époque.

Qui sont ces médecins infectionnistes influents? Nous avons déjà vu que le docteur François-Xavier Tessier, dans son rapport en tant qu'officier de santé au port de Québec pour l'année 1831, donne un appui à la thèse infectionniste. C'est aussi la thèse que semble défendre le docteur Joseph Skey, inspecteur des hôpitaux militaires du Canada. Du moins son approche veut que le nettoyage des rues, des terrains et des diverses nuisances puisse prévenir l'apparition du choléra²³⁷. Son opinion rejoint celle du président du Bureau de médecine de Québec, le docteur Joseph Painchaud. Dans une communication adressée à la Faculté des médecins de Québec et publiée dans *Le Canadien*, le docteur Painchaud explique sa conception du choléra:

²³⁶ *Le Canadien*, vol. 2, no. 15, 11 juin 1832.

²³⁷ Selon ce que rapporte le docteur James Douglas dans ses mémoires. James Douglas, *op. cit.*, p. 134.

Dans mon humble opinion le choléra asiatique ne serait pas une maladie contagieuse de sa nature comme pourrait être la petite vérole, la rougeole, et autres maladies, mais plutôt épidémique et l'effet de quelque fluide ou gaz répandu dans l'air atmosphérique et émanant probablement de la terre, soit du lieu où il exerce ses ravages, soit apporté d'ailleurs par une cause quelconque, j'appellerais ce fluide ou gaz cholérique.²³⁸

Le texte publié sous le pseudonyme de «Medicus» expose quant à lui la pensée infectionniste du docteur Von Iffland. Il appert que Von Iffland aurait procédé à des expériences sur lui-même, ce qui l'aurait conduit à soutenir la thèse infectionniste: «I am strongly induced to think it non-contagious»²³⁹. Comme certains médecins européens, Von Iffland a donc réalisé des recherches visant à mieux comprendre le mode de propagation du choléra. La lettre de «Medicus» ne nous renseigne pas davantage sur la nature des expériences entreprises, mais une autre lettre signée «L'amie de la justice» en rappelle la teneur: «il est le médecin qui par amour pour son art, a osé faire l'autopsie de cadavres colériques, afin de découvrir les signes pathologiques de la maladie; bien plus, emporté par son zèle et son enthousiasme pour la science, il a été jusqu'à avaler du liquide contenu dans l'estomac et les intestins des cadavres, sans cependant qu'aucun mauvais effet ne s'en soit suivi sur sa personne.»²⁴⁰

Le docteur Von Iffland apparaît ainsi comme un fervent défenseur de l'infectionnisme et la lettre de «Medicus» fournit d'autres de ses observations. Il note que des individus exposés à des circonstances similaires ne contracteraient pas la maladie au même moment, ou même ne la contracteraient jamais. Cette affirmation est réaliste puisque, effectivement, certains individus combattent plus efficacement le choléra que d'autres. Il ajoute à son argumentation que les habitants des *townships* ont été épargnés, malgré de fréquents contacts avec des lieux infectés. Il arrive à la conclusion que l'atmosphère pourrait jouer un rôle dans la propagation de la maladie, rappelant que la majorité des habitants de la ville ont ressenti les symptômes annonciateurs du choléra,

²³⁸ *Le Canadien*, 3 octobre 1832.

²³⁹ *The Quebec Gazette*, 5 décembre 1832.

²⁴⁰ *La Gazette de Québec*, 10 juillet 1832. Ces affirmations anonymes voulant que le médecin Von Iffland ait réalisé de telles expériences sont corroborées dans une lettre du docteur Painchaud où ce dernier exprime son admiration au docteur Von Iffland : « je vous remercie au nom de l'humanité de vos expériences sur votre propre personne et qui jointes à vos efforts continuels, avec vos assistants, dans notre terrible catastrophe, ont failli vous faire perdre la vie. » Voir *Le Canadien*, vol. 2, no. 35, 27 juillet 1832.

notamment les maux de ventre. Enfin, la croyance en la contagion, selon lui, ne servirait qu'à élever le niveau de panique²⁴¹.

En somme, il semble que ce soit après l'épidémie que les médecins se soient déclarés clairement en faveur de la thèse contagionniste. En fait, au cours de l'été, les observateurs ne perçoivent pas une domination du contagionnisme. Au contraire, certains médecins de Québec, le Bureau de santé et des médecins étrangers affirment que l'infectionnisme domine. En fait, l'explication semble se trouver dans l'influence qu'exerce certains médecins de par leur statut et leur fonction. Les docteurs infectionnistes mentionnés, les Tessier, Skey, Painchaud et Von Iffland sont des médecins respectés, dont les postes, au sein des structures administratives ou des hôpitaux, leur donnent plus de visibilité et de pouvoir.

3.2 Le Bureau de santé: un glissement vers la thèse infectionniste

Nous l'avons vu, la position officielle du Bureau de santé est très claire et, dans un premier temps, appuie la thèse contagionniste. Mais, nous avons cependant retrouvé les germes d'une pensée infectionniste dans les recommandations du Bureau de santé et ce, avant même l'apparition de l'épidémie à Québec. Or, nous verrons ici, en étudiant les avis publiés par le Bureau de santé à partir du moment où l'épidémie frappe jusqu'à la fin de l'année 1832, que ses recommandations ou interventions s'appuient davantage sur la théorie infectionniste que la théorie contagionniste.

Nous nous attarderons d'abord aux quelques mesures issues du contagionnisme, et sur leur caractère incertain, avant de montrer comment l'accent est vraiment mis sur l'infectionnisme. Les mesures du Bureau de santé que nous associerons à l'infectionnisme seront, dans un premier temps, celles qui cherchent à éradiquer les foyers d'infection et l'insalubrité de même que celles dont l'objectif est d'assainir l'atmosphère pour prévenir la propagation de la maladie. Dans un deuxième temps, ce seront les mesures associées aux causes prédisposantes comme l'intempérance et la mauvaise alimentation qui viendront ajouter à la démonstration d'un glissement du Bureau de santé vers la thèse infectionniste.

²⁴¹ Geoffrey Bilson, *op. cit.*, p. 152.

3.2.1 Des mesures contagionnistes difficilement appliquées

Avec l'application du système de la quarantaine, le Bureau de santé avait montré qu'il croyait en la contagiosité du choléra. Or, à l'arrivée du choléra à Québec, il devient évident que les mesures qui ont été prises précédemment n'ont pas suffi à protéger la population de l'épidémie. En conséquence, des précisions sont apportées aux règles déjà en vigueur et de nouvelles règles viennent s'ajouter.

Le Bureau de santé se préoccupe d'abord du sort des immigrants et tient à retarder leur débarquement. La résolution suivante est publiée le 15 juin 1832:

Résolu, Qu'en conséquence de la grande densité de la population dans les quartiers maintenant affligés par la malignité du choléra, et que ces quartiers étant les endroits que les émigrés occupent et où ils se rassemblent, il soit strictement enjoint et défendu de débarquer aucuns Émigrés des Vaisseaux qui sont à présent dans le Port de Québec, ou de tels vaisseaux qui pourront ci-après arriver, jusqu'à nouvel ordre par ce Bureau²⁴².

La résolution est envoyée à l'officier de santé, le docteur Tessier, et elle est publiée afin «de mettre en force l'objet salulaire que le Bureau a en vue»²⁴³. Cette solution, qui paraît exagérée et inapplicable, a donc pour but de libérer les quartiers déjà trop encombrés de la Basse-Ville, du port de Québec et du Cul-de-sac. D'ailleurs, comme pour préciser son intention, le Bureau de santé prend soin d'indiquer à l'officier de santé qu'il «ne croit pas nécessaire d'empêcher ceux qui sont destinés pour Montréal, et qui sont en bonne santé, de poursuivre jusqu'au lieu de leur destination.»²⁴⁴ Un assouplissement de la règle, qui, on le conçoit facilement, ouvre la porte au débarquement de nombreux immigrants sans pour autant que l'on puisse s'assurer de leur destination et, pire encore, de leur état de santé.

Toujours dans un effort pour stopper la contagion, un avis concernant la quarantaine est publié le 25 juillet 1832, donc plusieurs semaines après l'apparition de l'épidémie à Québec. Le Bureau de santé annonce que la quarantaine et les désinfections seront désormais plus systématiques à la Grosse-Ile. Un plus grand nombre d'immigrants devront se soumettre aux règles de la quarantaine et nettoyer leurs bagages durant leur séjour. À

²⁴² *Le Canadien*, vol. 2, no. 17, 15 juin 1832.

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ *Ibid.*

l'avenir, tous les vaisseaux destinés pour Québec et ayant plus de 15 passagers à bord débarqueront leurs passagers au lieu de quarantaine, afin qu'eux et les vaisseaux soient lavés et purifiés²⁴⁵.

Deux problèmes principaux affectent ces nouveaux règlements. D'abord, ils arrivent trop tard. *La Gazette de Québec* remarque, avec beaucoup d'à propos il faut le dire, que «c'est finir par où l'on aurait du commencer [mais que] vaut mieux tard que jamais»²⁴⁶. En effet, la décision de rendre obligatoire les débarquements à la Grosse-Ile pour les vaisseaux de plus de 15 passagers arrive le 25 juillet, plus d'un mois après que l'épidémie eut commencé ses ravages à Québec.

Ensuite, ces règlements sont difficilement applicables et par le fait même inefficaces. Comment, par exemple, s'assurer que les immigrants ne quittent pas leur vaisseau ancré au port de Québec, tel que stipulé dans l'avis du 15 juin? Un tel règlement, bien qu'il puisse démontrer la bonne volonté du Bureau de santé, ne peut que soulever l'ironie et la colère par sa démesure. Lors de sa création, le Bureau de santé a bien obtenu par son statut le pouvoir de poursuivre les contrevenants en justice, mais la procédure est longue, contestée, et les amendes imposées sont relativement peu élevées.

Des maîtres et pilotes ont effectivement été poursuivis pour ne pas avoir respecté les règlements en vigueur. Ainsi, pour avoir mouillé au-dessus de l'embouchure de la rivière Saint-Charles, le maître William Blackley et le pilote Louis Servant, du brig Richard, sont respectivement condamnés à des amendes de 5£ et 20£. Pour la même infraction, le pilote Louis J. Lavoie de la barque Alchymist doit payer 25£ alors que son maître Godfrey Wills est absou²⁴⁷. Il semblerait donc que les pilotes soient jugés plus sévèrement que les maîtres des vaisseaux, ce qui n'est pas de nature à obliger ces derniers au respect de la loi. Ces problèmes ne manqueront pas d'être soulignés par la population, comme nous le verrons plus loin.

²⁴⁵ *The Quebec Gazette*, 25 juillet 1832.

²⁴⁶ *Le Canadien*, vol. 2, no. 30, 16 juillet 1832.

²⁴⁷ *La Gazette de Québec*, 12 septembre 1832

Le Bureau de santé ne se préoccupe pas seulement de restreindre la circulation des individus, il fait aussi la chasse aux différents vecteurs potentiels de la maladie. Dans un avis publié le 15 juin dans *Le Canadien*, il requiert que les parents ou amis d'un individu qui décède du choléra «rassembleront, tremperont ou arroseront de chlorure de chaux le lit, le linge de lit, les hardes, coffres, boîtes, poches, ou autres effets de la personne défunte pour qu'il en soit ensuite disposé suivant qu'en ordonneront le Bureau de Santé, le Président du Bureau ou l'un des Commissaires de Santé.»²⁴⁸ Dans un avis daté du 19 juin, le Bureau fait de nouveau part à la population de ses craintes quant à la présence du choléra dans les effets personnels des cholériques: «Les maisons où des décès sont survenus suite au choléra seront purifiées et fuminées sous l'inspection personnelle du Syndic Sanitaire. Les hardes du défunt devront aussi être purifiées avant que les amis et parents en prennent possession»²⁴⁹. De telles mesures visant la purification des effets personnels démontrent une crainte de la contagion indirecte, une crainte de voir la maladie se transmettre d'une personne à l'autre par l'intermédiaire des linges et autres objets. Cela avait déjà été annoncé dans les premières recommandations du Bureau de santé publiées avant l'arrivée de l'épidémie.

Mais ces nouvelles mesures, où l'inspection et la purification des maisons prennent une part importante, viennent aussi servir les intérêts des partisans de l'infectionnisme. Ainsi, la purification et la fumigation des maisons s'inscrit également dans la thèse infectionniste. Ces inspections, purifications et fumigations relèvent davantage de l'infectionnisme et constituent un élément majeur du système sanitaire mis de l'avant par le Bureau de santé. En somme, malgré un discours prometteur, la logique contagionniste n'a pas été appliquée avec toute la rigueur nécessaire pour empêcher l'introduction du choléra.

3.2.2 Un accent sur la salubrité des lieux et l'assainissement de l'atmosphère

Un mois après le début de l'épidémie, dans un rapport publié le 12 juillet, le Bureau de santé associe clairement la maladie du choléra à l'insalubrité et l'intempérance: «Elle se manifesta vers le 8 dernier, dans les maisons de pensions et les tavernes du Cul-de-Sac,

²⁴⁸ *Le Canadien*, vol. 2, no. 17, 15 juin 1832.

²⁴⁹ *The Quebec Gazette*, 19 juin 1832.

partie la plus basse, la plus malpropre, et la moins aérée de cette ville, fréquentée par des émigrés de la plus basse condition, ainsi que par des matelots et autres gens intempérans.»²⁵⁰ On suggère donc fortement qu'il existe un lien entre les lieux insalubres, les conditions de vie misérables, les excès et la propagation du choléra. Une vision toute infectionniste.

En fait, dès le moment où l'épidémie est déclarée, *Le Canadien* apprend à ses lecteurs que le Bureau de santé a donné les ordres nécessaires afin que soient purifiées la rue Champlain et la rue Saint-Paul. Ces directives sont rendues essentielles pour ces rues situées dans le Cul-de-sac et qui sont dans un état de saleté jugé très dangereux à la santé publique dans un moment où l'épidémie semble frapper les indigents.²⁵¹ Le Bureau de santé constate que les rues et ruelles devraient être arrosées et balayées au moins deux fois par semaine pour les maintenir dans un état salubre. Il ordonne donc que, du 9 juin au 15 novembre, les propriétaires, locataires ou occupants des maisons soient tenus d'arroser et balayer «la devanture de leur maison et terrain [...] tous les Mercredis et Samedis, avant sept heures du matin de chaque semaine»²⁵². On prévoit aussi que des voitures seront pourvues afin d'enlever les ordures qui auront été ainsi amassées.

Et ce n'est pas là la seule action que les propriétaires seront appelés à poser pour favoriser la salubrité. Devant la rareté de l'eau saine, il sera aussi résolu que tous les propriétaires de puits devront en permettre l'usage aux autres citoyens, avec les restrictions qu'ils jugent convenables pour leur protection individuelle.²⁵³ Toujours dans l'optique d'améliorer la salubrité et d'éviter l'émanation de miasmes nuisibles à la santé, les propriétaires de maisons qui ne sont pas pourvues de pavé suffisant devront pallier à ce problème dans les trois mois qui suivent. Le pavé «devra avoir au moins quatre pieds de profondeur depuis la surface de la terre, et devra, à tous égards, être fait, placé et entretenu conformément à la Loi.»²⁵⁴ L'objectif est de faciliter l'écoulement des eaux et le nettoyage

²⁵⁰ *La Gazette de Québec*, 12 juillet 1832.

²⁵¹ *Le Canadien*, vol. 2, no. 15., 11 juin 1832.

²⁵² *Ibid.*, 12 juin 1832.

²⁵³ *Ibid.*, 25 juin 1832.

²⁵⁴ *Ibid.*, 11 juillet 1832.

des voies publiques afin d'éviter de créer des endroits propices à l'apparition de foyer d'infection.

Même dans la saison froide, longtemps après la fin de l'épidémie, le Bureau de santé poursuit ses actions pour rendre la ville de Québec dans un état salubre. Le 22 décembre 1832, le Bureau émet des «Règles et Règlements additionnels pour établir un système de propreté dans la Cité, Banlieu et le Port de Québec.»²⁵⁵ Cet avis concerne le déplacement des ordures, des fumiers, des neiges, des glaces et de toute autre matière infecte ou putrescible.

Il annonce alors que les neiges, glaces et fumiers pourront être déposés sur la rivière Saint-Charles, à condition de les placer au dehors de l'alignement des quais les plus avancés dans la rivière, à plus de 50 pieds des chemins sur cette rivière et à plus de 100 pieds des trous pratiqués dans la glace pour y puiser de l'eau²⁵⁶. La population peut disposer, de la même façon, des ordures, des corps d'animaux morts et des autres matières infectes ou putrides, «pourvu que telles matières aussitôt après avoir ainsi été déposées soient recouvertes d'au moins 2 pieds d'épais de neige.»²⁵⁷ Cette façon de procéder s'applique à la rivière Saint-Charles et, quant au fleuve Saint-Laurent, seules les neiges et glaces pourront y être jetées. Cet avis démontre l'attention portée à la salubrité des rues et des habitations, mais il démontre aussi que le Bureau se soucie beaucoup moins de la contamination de l'eau, vecteur principal du choléra qui demeure inconnu.

Des interventions sont aussi faites dans le but de purifier l'air ambiant. En effet, dans la thèse infectionniste, la combustion de matières bitumineuses et les tirs de canons et de fusils sont réputés provoquer un changement dans l'atmosphère. De telles tentatives sont communes dans les pays touchés par le choléra. Le Bureau annonce alors: «That the inhabitants be requested to co-operate with the exertions of this Board to prevent the spread of the prevailing malady by burning before their respective dwellings, Pitch, Tar, Turpentine, Rosin, Sulphur and such other anti-contagion combustibles as may be

²⁵⁵ *La Gazette de Québec*, 25 décembre 1832.

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ *Ibid.*

conveniently procured, from the hour of Six to the hour of Ten, on this and the following evenings until further notice.»²⁵⁸

Ces feux allumés au crépuscule frappent l’imaginaire et ajoutent du même coup à la panique, à l’ambiance déjà morbide qui règne dans la cité. La description qu’en fait Pierre-Joseph-Olivier Chauveau, dans son roman *Charles Guérin*, exprime l’effet de cette mesure dans l’esprit des contemporains : «un jour vous sentiez partout l’odeur âcre et nauséabonde du chlorure de chaux, le lendemain on faisait brûler du goudron dans toutes les rues. De petites casseroles, posées de distance en distance sur des réchauds, le long des trottoirs, laissaient échapper une flamme rouge et une fumée épaisse. Le soir, tous ces petits feux avaient une apparence sinistre et presque infernale».²⁵⁹

Le Bureau de santé s’inquiète aussi d’un autre type de foyer d’infection soupçonné de corrompre l’atmosphère. Il craint les émanations se dégageant des cadavres des individus terrassés par le fléau. Un avis sur le transport et la disposition des corps, publié dès la mi-juin, montre fort bien les inquiétudes à ce sujet :

Les corps des personnes qui mourront du Choléra seront sous deux heures du temps où le décès sera constaté, ensevelis avec les habits et le linge qu’ils auront sur eux au temps de leur décès, lesquels seront trempés dans une dissolution de chlorure de chaux ; seront ensuite, en présence de tout officier de ce bureau, mis dans des cercueils enduits [d]e goudron en dedans et dans lesquels il sera jeté, avant de les fermer, une quantité suffisante de chaux vive par-dessus les mêmes corps, et les cercueils fermés aussitôt après.²⁶⁰

L’avis précise par ailleurs que le transport des corps devra se faire durant la journée, depuis quatre heures du matin jusqu’à sept heures du soir. Les corps devront être dirigés vers le nouveau cimetière des catholiques de la Paroisse Notre Dame de Québec sur les Plaines d’Abraham, vers le nouveau cimetière de l’Église anglicane ou vers le cimetière des catholiques de la paroisse Saint-Roch. Ils seront alors enterrés dans des fosses ou sillons

²⁵⁸ *The Quebec Gazette*, 15 juin 1832. Des coups de canons sont aussi employés comme moyen sanitaire. Le 15 juin, *Le Canadien* rapporte qu’une quarantaine de coups de canon ont été tirés et que cela devrait se poursuivre à chaque jour afin de «donner à l’air une secousse salutaire». Ces coups de canons, toutefois, sont faits à l’initiative du gouverneur Aylmer, non pas du Bureau de santé.

²⁵⁹ Pierre-Joseph-Olivier Chauveau, *op. cit.*, p. 292.

²⁶⁰ *La Gazette de Québec*, 16 juin 1832.

d'au moins quatre pieds de profondeur²⁶¹. Les congrégations religieuses et les individus qui possèdent leur propre lieu de sépulture peuvent continuer d'utiliser leur terrain, mais doivent respecter les autres conditions énoncées.

Les instructions concernant la mise en terre des défunts deviennent moins sévères vers la fin de l'épidémie. Le 28 août, le Bureau de santé donne maintenant six heures de délai entre le décès et la mise en terre lorsque le décès a lieu le jour et un délai de douze heures lorsque le décès a lieu de nuit.²⁶²

Les craintes liées à la contagion par l'air vicié émanant des corps ne tarissent pas pour autant. Par conséquent, un avis publié le 24 décembre rappelle à la population qu'il est défendu d'enlever les corps des cimetières, car des émanations nuisibles pourraient s'en échapper²⁶³. Ces multiples avis concernant la préparation, les déplacements et la mise en terre des cercueils peuvent nous apprendre deux choses sur la représentation du choléra développée par le Bureau de santé. Nous pouvons en conclure que la pensée du Bureau veut que le choléra conserve toute sa malignité à l'intérieur des corps inhumés et qu'il puisse émaner des matières putrescibles.

3.2.3 *S'attaquer aux causes prédisposantes*

Dans la théorie infectionniste, les causes prédisposantes déterminent en grande partie les individus atteints par la maladie. Les régimes de vie malsains, les excès de toutes sortes sont ainsi condamnés. Cette idée, déjà présente dans les premières recommandations du Bureau de santé, continue de s'affirmer dans les mesures prises au cours de l'été 1832.

Le 15 juin, le Bureau de santé ordonne purement et simplement aux aubergistes de fermer leur établissement étant donné la maladie qui afflige la ville et sa banlieue. Cet avis est publié le 15 juin dans les journaux anglophones et le 16 juin dans les journaux francophones. Ceux qui contreviendront au dit règlement sont menacés d'être punis; mais il semble bien que certains choisissent d'ignorer la consigne. Dès le 22 juin suivant, *Le*

²⁶¹ *Le Canadien*, vol. 2, no. 17, 15 juin 1832.

²⁶² *Ibid.*, 29 août 1832.

²⁶³ *The Quebec Gazette*, le 24 décembre 1832.

Canadien indique que James Rodden, aubergiste, a été condamné à 8 jours d'emprisonnement et à £15 d'amende, et à l'emprisonnement jusqu'au paiement, pour avoir enfreint l'ordre publié le 16 juin²⁶⁴.

Le 30 juin, un nouvel avis est émis où il est stipulé que désormais «les Épiciers ou Aubergistes de la Cité ou Banlieue de Québec ne pourront vendre, donner ou prêter des liqueurs spiritueuses en aucune quantité moins que de deux gallons.»²⁶⁵ Cet avis quelque peu déroutant au premier abord donnera lieu à un débat sur son interprétation et sur l'utilisation de l'alcool dans la guérison de la maladie. Le docteur Joseph Painchaud, notamment, fera part au Bureau de santé des problèmes que soulève ce règlement. Il s'explique ainsi : «je crois n'être pas le seul entre les médecins de cette ville qui recommande le Brandy et le Vin de Port dans le choléra, et je vois depuis hier avec surprise et chagrin que la plupart de mes patients ne peuvent plus se procurer ce puissant secours»²⁶⁶. Le docteur Painchaud poursuit en demandant au Bureau de santé «de faire une exception au susdit règlement, par exemple de permettre aux aubergistes de vendre à petite mesure à ceux qui présenteraient un certificat d'un médecin»²⁶⁷. Le 6 juillet, la réponse du Bureau de santé expliquera qu'il est permis de vendre de l'alcool en petite quantité pour le bien-être des malades et qu'il laisse la question avec confiance dans le jugement des vendeurs²⁶⁸.

Le Bureau émettra bientôt d'autres précisions quant à ces avis touchant la vente d'alcool. Le 13 juillet, les règlements des 16 et 30 juin cèdent la place à un autre règlement plus précis. Dès lors, il est défendu aux épiciers, aux marchands, aux aubergistes et à ceux qui tiennent des maisons de pension de permettre à toute personne de s'enivrer dans leur établissement. Il est aussi interdit de vendre de la bière, du cidre ou des liqueurs fortes après neuf heures du soir. Le Bureau de santé prend soin d'indiquer que des visites pourront être effectuées afin de vérifier le respect de ces règlements et que les propriétaires violant les ordres seront dénoncés et poursuivis.²⁶⁹

²⁶⁴ *Le Canadien*, vol. 2, no 20, 22 juin 1832.

²⁶⁵ *Ibid.*, 30 juin 1832.

²⁶⁶ *Ibid.*, 4 juillet 1832.

²⁶⁷ *Ibid.*, 4 juillet 1832.

²⁶⁸ *Ibid.*, 6 juillet 1832.

²⁶⁹ *Ibid.*, 13 juillet 1832.

Le Bureau de santé se préoccupe aussi de l'alimentation et de la qualité des aliments distribués par les marchands et dans les marchés. Les bouchers et revendeurs de viande avaient déjà été ciblés dans les premiers règlements du Bureau de santé parus en avril. D'autres vendeurs seront aussi surveillés, cette fois après la fin de l'épidémie. Plusieurs avis sont publiés concernant la qualité du pain. Le 11 septembre, l'avis interdisait la vente de pains malsains et annonçait qu'un inspecteur serait nommé. Le Bureau constate : «Étant venu à la connaissance du Bureau de Santé, que l'on vendait tous les jours aux habitants de la ville et de la Banlieue du pain fait avec de la farine mal saine, le Bureau se voit avec regret forcé d'interposer son autorité sur un sujet de cette nature, dans un temps où il paraîtrait être plus particulièrement du devoir de toutes les classes de citoyens de faire tous leurs efforts pour préserver la santé des habitants;»²⁷⁰ Le 13 septembre, George Chapman junior est nommé inspecteur de fleur, de farine et de pain. Le 18 septembre, on avise que l'inspecteur devra procéder à des vérifications dans les boulangeries et autres lieux où des boulangers exercent. Le 20 septembre, on précise que ces vérifications s'appliqueront à tous ceux qui vendent du pain et que ces derniers devront s'enregistrer au Bureau de santé avant le 1^{er} octobre²⁷¹. Chapman était déjà un préposé au marché dont les juges de paix utilisaient régulièrement les services pour visiter les boulangers afin de vérifier, entre autres, le prix et le poids du pain²⁷².

Au début de novembre, le Bureau de santé s'attaque à d'autres aliments dont la fraîcheur douteuse mettrait en danger la santé des habitants. Il réglemente alors la vente de poissons et d'huîtres. Les maîtres de goélettes ou de vaisseaux ne pourront ouvrir leur cargaison, la disposer ou la vendre «avant que le poisson et les huitres de leur chargement n'aient été inspectés et examinés par M. Simon Lafleur, un des Gardiens de ce Bureau, et qu'ils ne se soient munis de son certificat, que les dits Poissons et Huitres de leur chargement (selon le cas écherra) sont sains.»²⁷³

²⁷⁰ *Le Canadien*, vol. 2, no. 59, 29 septembre 1832.

²⁷¹ Tous ces avis émis consécutivement sont regroupés dans *La Gazette de Québec* du 22 septembre 1832.

²⁷² David-Thiery Ruddel, *op. cit.*, p. 170.

²⁷³ *Le Canadien*, vol. 2, no. 78, 5 novembre 1832.

Bientôt cependant, ces multiples charges attribuées à différents inspecteurs seront regroupées et mis dans les mains d'un seul individu. Par un avis daté du 10 novembre 1832, le Bureau de santé décharge les syndics sanitaires de leur tâche, «à l'exception de M. P. Voyer, qui se charge des devoirs d'Inspecteur de Vaisseaux, de Fleur, de Poisson, d'Huitres, etc. etc.»²⁷⁴ Les raisons de cette décision ne sont pas précisées, mais nous pouvons penser que l'avancement dans la saison froide, la bonne santé publique et la présence d'un moins grand nombre d'habitants à Québec rendent inutiles l'affectation de plusieurs hommes à ces tâches.

De toutes ces règles prescrites, il en ressort l'idée générale selon laquelle le Bureau de santé n'agit pas suivant une pensée scientifique précise. Les nouvelles mesures basées sur la thèse contagionniste arrivent trop tard et ne peuvent être mises en application. À côté de ces mesures contagionnistes se greffent une foule de règlements qui visent à assainir les maisons, les terrains et les rues, à purifier l'atmosphère puis à renforcer la constitution des individus afin de les protéger de l'infection.

Outre les contradictions ainsi notées dans les mesures élaborées par le Bureau de santé de la ville de Québec, il apparaît que le mandat du Bureau de santé s'élargit au fil du temps. D'un Bureau de santé d'abord chargé d'empêcher l'introduction du choléra puis de gérer l'épidémie, on voit apparaître, après le temps fort de l'épidémie, un Bureau de santé dont les préoccupations embrassent différents sujets liés à la santé publique et non plus seulement à l'épidémie de choléra. En fait, dès le 31 juillet, on s'aperçoit que le Bureau de santé se préoccupe de la santé publique de façon générale, non pas seulement du choléra. C'est qu'il demande alors aux médecins de faire rapport, par écrit, de tout malade attaqué par une maladie pestilentielle ou contagieuse. Les maladies ciblées par le Bureau de santé seront précisées plus tard comme étant le choléra, le typhus, la petite vérole, la rougeole et la scarlatine.²⁷⁵

²⁷⁴ *La Gazette de Québec*, 15 novembre 1832.

²⁷⁵ *Ibid.*, 2 août 1832 et 11 août 1832.

La pensée du Bureau est clarifiée dans le rapport de ses procédés qu'il remet au gouverneur en janvier 1833 et où il fait part de suggestions destinées à favoriser la santé publique. Après avoir mentionné qu'il croit à propos de poursuivre la quarantaine, d'en améliorer les ressources et de procéder de façon systématique à la purification des individus et des vaisseaux, le Bureau de santé précise qu'il espère voir l'acte d'incorporation de la cité de Québec mettre fin aux difficultés rencontrées et aux divers maux qui affligent Québec et qui «tendent à créer et à propager la maladie»²⁷⁶. Pour lui, «l'objet principal de tous les réglemens sanitaires, est de maintenir la santé publique, comme étant la plus forte garantie contre la maladie»²⁷⁷. Suivant cette logique qui tient de l'infectionnisme, le Bureau de santé propose ainsi de chercher à réduire la proximité des habitants, de veiller à la propreté des personnes, des maisons et des rues, de diminuer l'intempérance et de soulager le plus possible la misère des indigents. Il ajoute encore que l'accumulation des ordures durant l'hiver devient une nuisance sérieuse et s'associe, durant le printemps et l'été, à d'autres circonstances qui prédisposent les habitants à contracter les maladies épidémiques.

Force est de constater que les mesures prises par le Bureau de santé de même que son rapport final confirment que sa pensée n'exclut pas l'idée contagionniste, mais donne un appui beaucoup plus marqué à la pensée infectionniste. Le Bureau de santé avait été créé dans le but de préserver la santé publique face à l'épidémie de choléra qui s'annonçait, mais en vient finalement à élaborer des mesures hygiénistes variées destinées à améliorer la santé publique en général. Le gouvernement lui avait donné les droits et pouvoirs qui lui permettent de s'acquitter de cette tâche.

3.3 Contagion, crainte et méfiance dans la perception populaire

Il n'est pas aisé de cerner la pensée d'une population, mais nous pouvons compter ici sur différents indices démontrant que la population considère le choléra avant tout comme une maladie contagieuse.

²⁷⁶ *Appendice du XLIIe volume des journaux de la Chambre d'Assemblée de la province du Bas-Canada.. Depuis le 15 Novembre 1832, jusqu'au 3 avril 1833.* Appendice D, p. 5 (non-paginé).

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 6 (non-paginé).

L'infectionnisme, en tant que théorie aériste qui discerne dans les vents et conditions atmosphériques les origines de la maladie, aurait pu trouver un terreau fertile dans la population de Québec et sur les côtes du Saint-Laurent. Avec la situation géographique de la ville, située au bord du large fleuve et soumise aux vicissitudes d'un climat souvent difficile, les vents, le froid et l'humidité sont souvent mal vus.

Déjà avant l'arrivée du choléra, le vent du Nord-Est est associé à la maladie. Pierre-Joseph-Olivier Chauveau, dans son roman *Charles Guérin*, évoque la perception de ce vent chez ses contemporains : « C'est pour le district de Québec un véritable fléau que le vent de nord-est. C'est lui qui, pendant des semaines entières, promène d'un bout à l'autre du pays les brumes du golfe. C'est lui qui, au milieu des journées les plus chaudes et les plus sèches de l'été, vous enveloppe d'un linceul humide et froid, et dépose dans chaque poitrine le germe des catarrhes et de la pulmonie. » La représentation générale d'un tel vent provoquant la maladie concorde parfaitement, dans le cas qui nous préoccupe, avec la théorie infectionniste. La maladie est transportée par un vent froid, humide, venant de l'Est, de l'Atlantique et, ultimement, du Vieux Continent.

Malgré cette représentation du vent comme porteur de maladies, la contagiosité du choléra semble faire peu de doutes dans l'esprit de la population de Québec en 1832. La dominance de la croyance en la contagion peut être constatée d'abord par la crainte du malade et de l'émigré qui s'exprime à travers certains indicateurs. Les réactions diverses comme les pétitions populaires, les fuites ou l'arrêt des activités de même que les observations publiées dans les journaux représentent les principaux indicateurs montre une croyance en la théorie contagionniste. Les parties suivantes s'appuieront quant à elles sur les critiques formulées à l'endroit du Bureau de santé et du système de quarantaine pour montrer qu'encore une fois la pensée contagionniste est à la base de la majorité de ces récriminations, même si l'infectionnisme n'en n'est pas totalement absent.

3.3.1 *La crainte du malade et de l'émigré*

Nous savons qu'avant la mise en place d'un hôpital temporaire à la Basse-Ville, dans le quartier du port, l'hôpital des émigrés était destiné à accueillir le gros des

cholériques. Or, la crainte du malade suscite rapidement des réactions populaires négatives face à cet hôpital. Et ces inquiétudes se font sentir bien avant l'arrivée du choléra à Québec.

Déjà au mois d'avril, une mère de famille habitant près de l'hôpital des émigrés écrit qu'elle craint que son mari soit attaqué par la maladie, ayant entendu que l'hôpital accueillerait durant l'été les étrangers avec le choléra-morbus, la picotte, la rougeole, les mauvaises fièvres. Et son inquiétude est partagée par ses voisines de la même condition: «N'ai-je pas droit de m'alarmer? Je ne suis pas la seule, il y a une demi-douzaine de mes voisines qui ont aussi de grandes familles et qui se trouvent dans le même cas que moi.»²⁷⁸ Cette femme affirme également que les inquiétudes face à la contagion sont telles que plusieurs mères ont l'intention de demander au Bureau de santé de leur procurer les moyens de s'éloigner de l'hôpital des émigrés afin de les sauver, elles et leurs enfants. Effectivement, il ne faudra attendre que quelques jours après le commencement de l'épidémie pour que les habitants des quartiers près de l'hôpital des émigrés présentent une pétition.

Le 13 juin, soit dans les premiers jours de l'épidémie, la population qui habite les faubourgs Saint-Jean et Saint-Roch, près de l'hôpital des émigrés, présente à Lord Aylmer une pétition signée par environ 700 personnes. L'objectif de cette pétition: que l'hôpital des émigrés soit vidé des patients atteints du choléra. La proximité des malades et le spectacle morbide de leur transport dans les rues, jumelés à l'affirmation du Bureau de santé affirmant que la maladie est contagieuse, sont les principales raisons évoquées par les signataires de la dite pétition. Les pétitionnaires obtiendront pour toute réponse du gouverneur l'assurance que des efforts seront faits pour rassurer la population.²⁷⁹ Cette première pétition est un geste qui représente clairement la croyance en la contagion parmi les classes populaires.

La fuite et la restriction des contacts sont d'autres réactions observables qui découlent généralement d'une pensée contagionniste. Craignant la contagion, les habitants

²⁷⁸ *Le Canadien*, vol. 1, no. 101, 21 avril 1832.

²⁷⁹ *La Gazette de Québec*, 14 juin 1832.

de la ville qui en ont les moyens fuient vers la campagne alors que les habitants de la campagne refusent maintenant de se rendre à la ville. La principale conséquence de cette fuite est donc le ralentissement des activités et l'abandon des marchés : «[I]a terreur que la fuite d'un très grand nombre de citoyens de la ville, jointe aux rapports toujours exagérés, a répandue dans nos campagnes, tient encore nos marchés déserts.»²⁸⁰ Devant cette situation qui entraîne notamment une hausse des prix des provisions, *Le Canadien* tente d'apaiser la peur de la contagion tentant de rallier les gens d'influence: «nous prierions de nouveau MM. les Curés et Notables de chaque paroisse de représenter aux cultivateurs combien est vaine la crainte qu'ils ont de venir à la ville, dans l'appréhension d'attraper la maladie, surtout maintenant qu'elle cesse.»²⁸¹

Par ailleurs, le journal *Le Canadien* constate que la population identifie les émigrés comme étant la principale source à l'origine de la maladie. Selon le journal, «[I]es citoyens commencent à murmurer sur la trop grande facilité qu'on met au débarquement des émigrés des vaisseaux arrivant d'outre mer, et la regardent comme la cause qui entretient le mal à peu près au même point qu'il était il y a une semaine.»²⁸² Pourquoi une telle pensée? Parce qu'on ne peut cacher le fait «que la maladie a commencé dans les endroits où affluent les émigrés [...] d'où ils se répandent dans la ville semant partout l'infection.»²⁸³ C'est donc sur la base de l'observation et de l'expérience quotidienne de l'épidémie que la pensée contagionniste trouve ses arguments.

De plus, la thèse contagionniste se retrouve à la base de nombreuses lettres de lecteurs qui sont publiées dans les journaux. L'une de celles-ci résume bien l'opinion contagionniste qui prévaut et elle est signée, de façon très juste, du pseudonyme d'«Observateur». Ce dernier prétend d'ailleurs représenter la majorité de l'opinion publique et, de fait, les arguments qu'il présente sont des arguments retrouvés en tout ou en partie dans les autres lettres qui présentent une opinion contagionniste.

²⁸⁰ *Le Canadien*, vol. 2, no. 20, 22 juin 1832.

²⁸¹ *Ibid.*, 25 juin 1832.

²⁸² *Ibid.*, 30 juin 1832.

²⁸³ *Ibid.*

Celui qui se fait appeler «Observateur» remarque, entre autres, les résultats heureux qu'ont donnés les précautions prises par les militaires, principalement l'isolement. Le fait que le choléra n'ait pas eu d'emprise sur les troupes militaires isolées démontre le rôle des contacts entre individus dans la propagation du choléra. Le citoyen se plaint également du laisser-faire qui a été observé dans l'application de la quarantaine. C'est que le public constate que les «vaisseaux infectés, les passagers malades, ont été visités et inspectés par cérémonie, [qu'on] ne se donnait pas la peine même d'entrer dans le fond du bâtiment: et [que] la parole du capitaine, qu'il n'y avait pas eu de malades à bord, suffisait»²⁸⁴ Le lazaret n'aurait été, finalement, qu'une farce ne procurant pas les effets escomptés.

Toujours selon cette même lettre, il conviendrait de laisser aux médecins le soin de se disputer sur la question de la contagion ou de la non-contagion, mais il est impératif de prendre les mêmes mesures que si elle était contagieuse. Cela implique, entre autres, une quarantaine stricte et sans distinction, imposée à tous les navires qui arrivent à Québec, peu importe si ces derniers ont connu la maladie à bord ou non²⁸⁵. Prudence est mère de sûreté, pourrions-nous dire. Pour la population ouvrière et pour la population des campagnes, les incidences économiques de la quarantaine sont un facteur souvent négligeables comparativement à leur sécurité personnelle et à celle de leur famille.

Pour cette raison, des critiques du travail effectué par le Bureau de santé se retrouvent couramment à l'avant-plan des lettres des citoyens ayant une opinion contagionniste. Ces critiques sont souvent un autre indicateur de la prédominance de la théorie contagionniste parmi les habitants de la ville de Québec.

3.3.2 *La critique de l'inefficacité du Bureau de santé et de la quarantaine*

Les règlements adoptés par le Bureau de santé sont entachés de plusieurs défauts. Le manque de logique, le manque de rigueur, le retard et, en définitive, le manque d'efficacité du Bureau de santé sont vivement critiqués par la population qui voit dans l'immigration la source de l'épidémie.

²⁸⁴ *Le Canadien*, vol. 2, no. 28, 11 juillet 1832.

²⁸⁵ *Ibid.*

Au coeur de l'épidémie, plusieurs s'impatientent. On critique l'inadéquation entre le discours du Bureau de santé et ses actions: «Le bureau de santé, après nous avoir informé qu'il était fondé à croire que la maladie est contagieuse et nous avoir recommandé de nous conduire en conséquence, ne paraît pas lui même avoir adopté aucun système suivi et raisonné pour prévenir la contagion [...]. »²⁸⁶ Le journal *The Quebec Gazette* en arrive aussi à la conclusion que les individus chargés de protéger la santé publique sont trop permissifs dans l'exécution de leur devoir, que les règlements municipaux sont totalement inutiles ou même inexistantes. Dans de telles circonstances, on ne s'étonne pas de voir le Bureau de santé échouer à faire exécuter ses mesures de la meilleure manière possible²⁸⁷. La réaction du journal *Le Canadien* va dans la même direction. Il affirme que «le Bureau a brusqué, en plusieurs points, l'opinion des citoyens, et la conséquence en a été un manque de confiance presque général [...].»²⁸⁸

Plusieurs mois après la fin de l'épidémie de 1832, la crainte de la contagion reste présente à Québec et les récriminations à l'égard du Bureau de santé ne sont pas terminées. La population craint un retour du fléau lorsque le fleuve Saint-Laurent sera de nouveau navigable et que le commerce avec l'Europe reprendra. Une nouvelle pétition est donc remise à la Chambre d'Assemblée. La pétition, remise le 19 février 1833, compte 219 noms de citoyens de Québec se plaignant des procédés du Bureau de santé²⁸⁹. Ces différents indices, s'ils nous mènent à la conclusion que l'opinion générale de la population penche vers le contagionnisme, ne doivent pas cacher un débat qui, même s'il est plus ténu, est tout de même présent. Les voix qui s'élèvent ne sont bien sûr pas toutes celles de partisans du contagionnisme.

3.3.3 La présence de l'infectionnisme dans la population

Les partisans de l'infectionnisme vont eux aussi faire valoir leur point de vue et adresser des reproches au Bureau de santé. Reproches qui touchent presque exclusivement

²⁸⁶ *La Gazette de Québec*, 10 juillet 1832.

²⁸⁷ *The Quebec Gazette*, 4 juillet 1832.

²⁸⁸ *Le Canadien*, vol. 2, no. 25, 4 juillet 1832.

²⁸⁹ *Ibid.*, 20 février 1833.

l'établissement du système de quarantaine et l'entrave à la libre-circulation des biens et des individus. Cependant, ces voix reflètent généralement l'opinion d'un seul individu et non pas celle d'une partie de la population. Ce caractère individuel est plutôt mineur face aux pétitions et aux réactions générales axées sur le contagionnisme dont il a été question plus haut.

L'inefficacité patente de la quarantaine constitue un argument de poids pour les infectionnistes. Un lecteur anonyme remarque l'inefficacité de la quarantaine dans les différents endroits où cette mesure fut mise en application:

«la quarantaine ou les cordons sanitaires sont de peu d'importance; leur effet a été nul pour prévenir l'introduction du coléra en Russie, en Autriche, en Prusse, en Hollande, en Danemark, en Italie, en Angleterre, en Irlande, en Écosse, en Canada et dans les États-Unis. Le conseil privé de Londres a aboli tout à fait la quarantaine établie le long des côtes d'Angleterre; la regardant comme inutile, futile, oppressive, fatale même dans ses suites, et grandement injurieuse au commerce.»

C'est d'ailleurs sur ces bases que, comme nous l'avons déjà vu, plusieurs États ont choisi de se tourner vers la théorie infectionniste et, comme le lecteur le mentionne, ont aboli la quarantaine. Ce même lecteur préférerait que les autorités et les plus riches se préoccupent de nourrir et vêtir les pauvres. Il voudrait voir les rues et les quais mieux entretenus et vidés des boues et ordures qui y subsistent. Il souhaiterait voir les demeures aérées et purifiées, tout comme il est convaincu de la nécessité d'ouvrir des égouts²⁹⁰. Bref, ce discours mettant l'accent sur l'hygiène publique reprend le discours infectionniste classique.

Encore à titre d'exemple des principaux arguments contagionnistes retrouvés dans les journaux de Québec, mentionnons ce lecteur anonyme qui accuse les contagionnistes d'avoir causé la perte des immigrants. Selon lui, les contagionnistes doivent répondre de plusieurs victimes, principalement des immigrants en difficulté. Les règles de nature contagionniste que le Bureau a établies ont donné peu de résultats et n'ont pas aidé les pauvres. Pire encore, il continue à faire de même «in direct opposition to recorded facts reported by scientific medical men wherever the disease made its appearance»²⁹¹. Dans

²⁹⁰ *Le Canadien*, vol. 2, no. 92, 5 décembre 1832.

²⁹¹ *The Quebec Gazette*, 27 juillet 1832.

cette optique, les contagionnistes n'auraient donc contribué qu'à semer la panique et ajouter aux difficultés tandis que les infectionnistes auraient quant à eux amené de la confiance au peuple.

Pour compléter le tableau des arguments infectionnistes, faisons remarquer que, pour certains, si on a voulu faire croire à la contagion dès le départ, c'est parce que cette croyance était nécessaire pour justifier le Bureau de santé²⁹². Un tel argument voulant que l'appui à la thèse contagionniste ait été une façon pour le gouvernement de contrôler la population et de mettre sur pied un Bureau de santé apparaît cependant bien faible. En effet, même dans un système infectionniste la création d'un organe visant à maintenir la santé publique est tout aussi nécessaire et les villes ou États qui adoptent la pensée infectionniste se doivent de lui conférer suffisamment de droits et de pouvoirs pour mettre les règlements sanitaires à exécution.

Enfin, parmi les voix qui s'élèvent contre le Bureau de santé, certaines ne sont que le reflet des conditions difficiles que doivent supporter les moins nantis. Nous nous éloignons alors du débat scientifique. Avant même l'arrivée du choléra à Québec, nous retrouvons par exemple ce pauvre homme, du faubourg Saint-Roch, qui se plaint de l'ordre du Bureau de Santé qui l'empêche de conserver du fumier dans sa cour et qui l'enjoint d'aller le jeter à la rivière. L'homme explique avoir conservé son fumier tout l'hiver dans l'espoir de le revendre à bon prix. Avec les nouveaux règlements du Bureau de santé, il pourrait maintenant devoir payer l'amende. Voilà donc un plaidoyer sans égard au débat scientifique qui se contente de rappeler les conditions misérables dans lesquelles une grande partie de la population se retrouve plongée, rappelant que «si on ne meurt pas du choléra morbus, on meurt bien de misère.»²⁹³

Somme toute, la situation qui prévaut à Québec pendant l'épidémie et après celle-ci reste complexe sur le plan des représentations de la maladie. Sur le nombre, le contagionnisme domine. Un grand nombre de médecins soutiennent la thèse contagionniste

²⁹² *The Quebec Gazette*, 27 juillet 1832.

²⁹³ *Le Canadien*, vol. 1, no. 100, 18 avril 1832.

et la majorité de la population regarde le choléra comme une maladie contagieuse. Cela dit, la thèse infectionniste est aussi très présente à Québec. Cette théorie compte d'ardents défenseurs parmi les médecins les plus influents de la ville. Elle influence aussi le Bureau de santé. La dualité des opinions à l'intérieur même des groupes qui sont les principaux acteurs dans cette crise entraîne critiques, incompréhension et exaspération dans la population qui, finalement, ne perçoit pas d'amélioration dans le traitement de la maladie ou dans ses conditions de vie. L'historiographie qui voulait que le contagionnisme ait été dominant à Québec méritait donc d'être nuancée.

Conclusion

Au moment où l'épidémie de choléra frappe Québec en juin 1832, un débat avait déjà été enclenché concernant la nature de la maladie et les mesures à prendre pour s'en prémunir. Les médecins de Québec, le gouverneur Aylmer, la Chambre d'Assemblée et le Bureau de santé sont les principaux acteurs de ce débat dont les débuts sont calqués sur l'expérience européenne. Avant l'arrivée de l'épidémie, les opinions se forment sur la base des expériences vécues dans les pays avec lesquels le Bas-Canada entretient des relations. On suit la marche du choléra à travers les nouvelles étrangères publiées dans les journaux de Québec, on étudie les traités scientifiques étrangers, les mesures et leur résultat dans les lieux touchés par le fléau.

En Angleterre, en France et aux États-Unis, les mesures contagionnistes, principalement les cordons sanitaires et la quarantaine, n'ont pas amené les résultats espérés. Les autorités politiques, devant les désagréments occasionnés par de telles mesures et devant aussi leur inefficacité évidente, choisiront pour la plupart d'éliminer les mesures contagionnistes et d'élaborer des mesures sanitaires basées sur la thèse infectionniste. Les médecins, devant les ravages d'une maladie encore incomprise, appuient en majorité la thèse infectionniste. À l'inverse, les expériences directes des populations conduisent celles-ci à adopter une pensée et un comportement contagionniste. Les populations craignent les étrangers porteurs de la maladie et fuient les lieux touchés par l'épidémie lorsqu'elles en ont la possibilité.

À Québec, l'*Acte pour l'établissement de Bureaux Sanitaires en cette Province, et pour mettre en force un système effectif de Quarantaine* découle de l'opinion contagionniste de la Chambre d'Assemblée. Opinion basée non pas sur un raisonnement scientifique, mais sur la logique demandant de se préparer à toute éventualité. Il s'agit, pour les députés élus, de ne prendre aucun risque, peu importe si les opinions médicales tendent vers l'une ou l'autre des théories. L'incompréhension demeure et l'enjeu est trop grand pour se rallier à l'une ou l'autre des théories sans preuves certaines. Cette logique demeurera la même après l'épidémie et une majorité de députés, lors de la session parlementaire de 1832-1833, continueront de penser que le débat sur la nature du choléra

était un débat «que la chambre ne pouvait pas entendre, [mais que] la chambre ne pouvait pas cependant abandonner le principe de se mettre en garde contre cette maladie de toutes sortes de manières»²⁹⁴.

Le Bureau de santé, qui se disait à l'origine convaincu de la contagiosité du choléra, adoptera, au cours de l'épidémie, plusieurs mesures qui tendent à le placer du côté des infectionnistes. Le Bureau de santé ne va pas directement à l'encontre de la quarantaine, mais ne prend pas non plus les mesures, aux yeux de plusieurs, pour améliorer son fonctionnement. La lenteur des décisions, l'incompréhension de la maladie et, de toute évidence, le caractère démesuré de la tâche rendent la quarantaine inefficace. Le Bureau de santé mettra en place une foule de mesures favorisant surtout l'hygiène publique. Mesures que l'on peut associer davantage à l'infectionnisme qu'au contagionnisme.

À Québec, contrairement à ce qui se produit généralement ailleurs, la thèse contagionniste demeure appuyée par une majorité de médecins, même après que ceux-ci eurent fait l'expérience de l'épidémie. Il est toutefois impossible d'affirmer que la thèse contagionniste domine absolument la pensée médicale à Québec en 1832. Elle domine en nombre, certes, cela n'est pas rien, et cela demeure une particularité des médecins de Québec vis-à-vis leurs collègues occidentaux. Cependant, l'infectionnisme n'est pas pour autant rayé des idées médicales perçues à Québec. Bien que, contrairement à ce qui se produit en France, en Angleterre et aux États-Unis, l'infectionnisme ne domine pas aussi aisément la scène médicale à Québec, il demeure tout de même prépondérant dans la perception des observateurs contemporains.

En effet, malgré le fait qu'un plus grand nombre de médecins appuient le contagionnisme et que cela soit confirmé par l'enquête menée en octobre et novembre 1832 par le Conseil médical, nous avons constaté que divers acteurs, parmi lesquels des médecins (locaux ou étrangers), le Bureau de santé et des journaux, considèrent plutôt que c'est la pensée infectionniste qui domine chez les médecins. Par conséquent, notre recherche tend à démontrer la complexité du débat et des opinions qui s'en dégagent. Elle

²⁹⁴ *Le Canadien*, vol. 2, no. 128, 12 février 1833.

montre aussi comment une réalité peut-être perçue de façon différente selon l'angle sous lequel on l'appréhende.

Cette recherche a donc voulu éclairer et situer dans un contexte mondial le débat opposant les infectionnistes aux contagionnistes lors de l'épidémie de choléra à Québec en 1832. Pour ce faire, nous nous sommes attardé aux principaux acteurs liés à l'épidémie. Les hommes politiques, les médecins et le Bureau de santé sont ceux qui ont le plus influencé les mesures déployées pour contrer l'épidémie. Certaines classes ont par le fait même été oubliées, et pourraient fort bien faire l'objet d'une autre étude. Les réactions de la classe marchande pourraient être scrutées plus en détails, tout comme celles du monde religieux et des différentes confessions qui le composent. De même, la compréhension des logiques soutenant les différentes représentations de la maladie évoquées par les protagonistes provenant de différents milieux et défendant des intérêts divergents pourrait faire l'objet d'une étude plus approfondie.

Les idées retenues et les actions prises pour contrer l'épidémie de choléra ayant eu un impact important sur la société, une étude pourrait examiner plus en profondeur les répercussions les plus marquantes sur la formation de l'État moderne, dans la lignée des travaux de Joseph Logan Atkinson et de Walter Sendzik, respectivement pour le Haut-Canada et pour Montréal. Pour la ville de Québec, les archives du Bureau de santé dans le Fonds des juges de paix de Québec et les documents des Sessions de la paix de Québec pourraient se révéler particulièrement éclairant sur ce sujet et restent à exploiter.

S'il est souvent difficile d'évaluer la pensée d'une population en général (il s'agit, finalement, d'une accumulation d'individus aux connaissances, aux expériences et aux intérêts variés), nous constatons que ses réactions rejoignent en plusieurs points les réactions observées ailleurs. Cette particularité qui est déjà soulignée dans l'historiographie est notamment causée par l'immigration britannique massive qui accentue la précarité des conditions de vie et qui déclenche de vives réactions, surtout chez les Canadiens français. Les conséquences désastreuses associées à l'immigration justifient, pour la population de

Québec et des environs, le maintien de la quarantaine, l'éloignement des hôpitaux, l'arrêt des activités, la fuite à la campagne.

Par ailleurs, le débat sur la nature du choléra intéresse peu la population qui n'y voit qu'un débat abstrait et qui attend toujours des résultats concrets dans le traitement de la maladie. Les débats théoriques entourant la signification de concepts tels que l'infection, la contagion et les miasmes ne touchent pas le citoyen ordinaire. C'est que pour la population, la conséquence principale de l'incompréhension des médecins reste leur incapacité à soigner la maladie.

Les traitements variés n'ont finalement que peu à faire avec les théories débattues. Les saignées, l'opium, le calomel, l'alcool et les cataplasmes de moutardes ne viennent pas à bout du choléra, pas plus que les infusions sanguines, le frottement des membres, le réchauffement des extrémités ou la transpiration. Dans la thérapeutique, contagionnistes et infectionnistes demeurent tout aussi impuissants. Si la bataille n'a pas fait de maître sur le plan théorique, elle n'en fera pas non plus au chevet des malades.

Annexes

Annexe 1

Glossaire des termes médicaux en 1832

Choléra : Qu'on le désigne par sa provenance (choléra asiatique, indien) ou par ses effets sur le malade (choléra spasmodique, bleu, sec), le «vrai» cholera-morbus est cette maladie qui provient des Indes et dont les principaux symptômes, les plus facilement identifiables en 1832, sont les crampes musculaires, le vomissement et le teint bleuté.

Choléra ordinaire : En Amérique du Nord comme dans plusieurs pays d'Europe, le terme de choléra ordinaire, ou choléra commun, désigne des maladies intestinales courantes et indigènes. De telles maladies, souvent saisonnières et se manifestant généralement dans la saison chaude, n'ont de commun avec le choléra que leurs symptômes de même nature, mais d'intensité beaucoup moindre.

Cholérine : Terme utilisé à l'époque pour désigner le stade précurseur du choléra où le malade ressent les premières douleurs caractéristiques du choléra. Habituellement, la guérison est considérée possible lorsque la maladie est détectée et traitée à ce stade.

Contagion : Dans la première moitié du XIX^e siècle, la contagion est une théorie intuitive qui postule l'existence de germes, d'animalcules, capable de transmettre la maladie d'un individu à l'autre. Cette transmission peut s'opérer lors d'un contact direct ou par l'intermédiaire de vecteurs comme les vêtements ou la nourriture.

Épidémie (maladie épidémique) : Dans la notion ancienne d'épidémie, toujours en vigueur dans la première moitié du XIX^e siècle, la maladie épidémique diffère de la maladie contagieuse. L'épidémie désigne alors une maladie s'étendant à grande échelle et dont les causes résident dans l'environnement. De manière générale, le terme épidémie peut aussi être utilisé pour énoncer la propagation à grande échelle d'une maladie, sans égard à sa source et à son mode de propagation.

Foyer : Dans le système infectionniste, le foyer représente la source de la maladie en produisant, entretenant et transmettant les miasmes nuisibles à la vie. Lieu physique, rassemblement d'individu ou même, quelque fois, malade isolé, un foyer peut être identifié autant au marais (dans la tradition hippocratique), au cimetière, à l'abattoir ou au dépotoir qu'au lazaret, à l'hôpital ou à la prison.

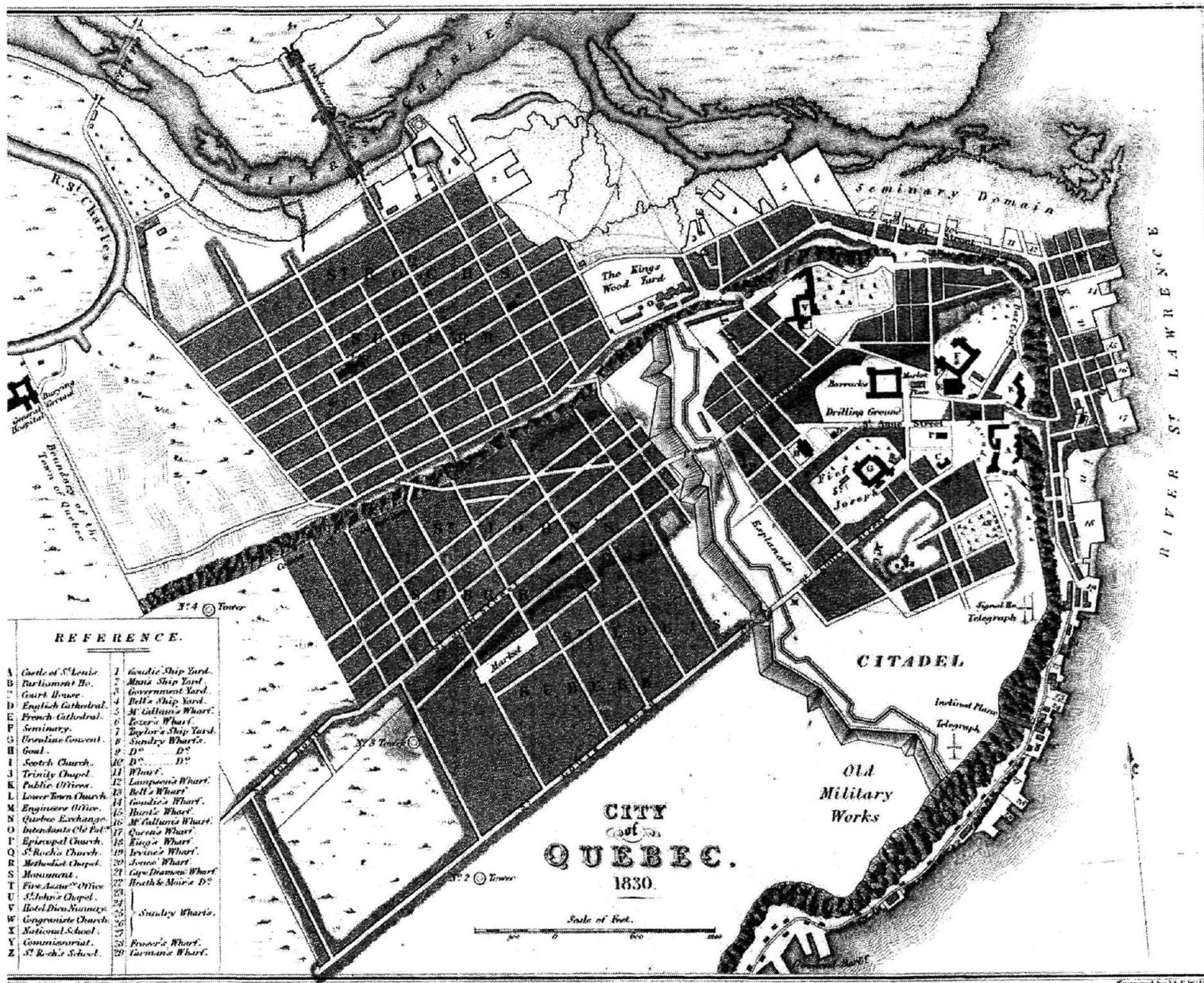
Germes : Les germes représentent la cause matérielle invisible du mal qui peut être transportée par un vecteur, soit un individu (contact direct) ou un objet (contact indirect). Au XIX^e siècle, plusieurs considèrent les germes non pas comme un organisme complet causant la maladie, mais bien comme un organisme nécessitant un processus de « germination » à l'intérieur du corps, comme une semence. D'autres perçoivent le germe comme un organisme vivant, parfois même volant, désigné couramment sous le vocable d'animalcule.

Infection : L'infection représente la propagation de la maladie au corps humain par l'intermédiaire d'une atmosphère viciée. Cette théorie fait notamment appel à la présence, dans l'air, de miasmes nuisibles au corps humain. Diverses conditions atmosphériques, phénomènes météorologiques ou cosmologiques sont aussi considérés comme sources de maladie. Les individus dont le régime de vie comporte divers « excès » physiques ou moraux sont plus susceptibles d'être atteints par la maladie, notamment parce qu'on les considère affligés d'une mauvaise constitution.

Miasmes : D'abord évoquées chez Hippocrate, les miasmes représentent alors les émanations pathogènes des marais qui infectent l'atmosphère et propagent la maladie. Au XIX^e siècle, les miasmes trouvent leur origine dans les multiples foyers, sources de putréfaction animale et végétale.

Pestilence (maladie pestilentielle) : L'appellation de maladie pestilentielle est très proche, et devient fréquemment synonyme, de maladie épidémique. Comme c'est le cas pour la maladie épidémique, la maladie pestilentielle peut désigner une maladie causée par un environnement altéré, mais peut aussi désigner, plus simplement, une maladie s'étendant à un grand nombre d'individus.

Annexe 2
La Cité de Québec en 1830



Source: Bouchette, Joseph, *The British dominions in North America, or, A topographical and statistical description of the provinces of Lower and Upper Canada, New Brunswick, Nova Scotia, the Islands of Newfoundland, Prince Edward, and Cape Breton: including considerations on land-granting and emigration : to which are annexed, statistical tables and tables of distances, &c.*, London, H. Colburn and R. Bentley, 1831, non paginé.

Annexe 3Déclaration des médecins pratiquant à Québec en 1832

"Cholera Morbus
Québec 8 février 1833.

Nous, soussignés, Médecins Pratiquans de la Cité de Québec, regrettons sincèrement, que certains rapports publiés dans les gazettes aient créé une si grande alarme touchant la ré-apparition du Cholera Asiatique depuis l'automne dernier.

Nous prenons aussi la liberté de déclarer que la santé publique de cette cité est, généralement parlant, aussi bonne que d'ordinaire en cette saison.

| | |
|----------------------|-------------------|
| Wm. Holmes, M.D. | S. W. H. Leslie |
| Jos. Painchaud, M.D. | James Douglas |
| A. G. Couillard | Alfred A. Andrews |
| Jos. Morin, | E.B. O'Callaghan |
| A. Von Iffland, M.D. | C.I. Nowland |
| John Rowley | William Marsden |
| J. Blanchet | Ormsby Bourke |
| X. Tessier, M.D. | E. Rousseau |
| Frs. Jacques Séguin, | W. Lyons, M.D. |
| George Roberts, | Thos. Lloyd, |
| E. Drolet, | J. Leitch, |
| V. Martin, | H. Grasset, |
| H. Caldwell | James Miller, |

Le Bulletin qui précède est signé par tous les médecins pratiquans de cette cité, à l'exception de trois, dont deux sont les ex-médecins résidans; et le troisième a refusé de signer un certificat de cette teneur, étant (comme il le dit) un terroriste et membre du ci-devant Bureau de Santé.

Copie conforme
William Marsden
Secrétaire.

Source : *Le Canadien*, vol. 2, no. 121, 11 février 1833.

Note : Les trois médecins absents de la liste sont les médecins résidents W.A. Hall et Joseph Parant de même que Thomas Fargues, membre du Bureau de santé.

Annexe 4
Répartition des praticiens de la santé
dans le district de Québec en 1831

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------|
| Population du district de Québec | | 170 105 |
| Ville de Québec | Médecins et chirurgiens | 25 |
| | Apothicaires | 3 |
| | Sages-femmes | 6 |
| Campagne | Médecins et chirurgiens | 41 |
| Nombre total de praticiens | | 75 |
| Taux de médicalisation ¹ | | 1 / 2 268 |

1. Nombre de personnes dans la population par praticien.

Source : *Recensement du Canada*, Ottawa, I. B. Taylor, 1876, vol. IV,
 tiré de Jacques Bernier, *La médecine au Québec: naissance et évolution d'une
 profession*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1989, p. 179.

Annexe 5
Membres du Bureau de médecine de la ville de Québec

Président : Joseph Painchaud

Secrétaire : Charles-Norbert Perrault (décède du choléra le 16 juin 1832)
François-Xavier Tessier (en remplacement du docteur Perrault)

Membres : Joseph Parant
Joseph Painchaud
Antoine G. Couillard
Charles-Norbert Perrault
J. Noël
Joseph Morrin
F. Fortier
Jean Blanchet
Thomas Fargues
François-Xavier Tessier
E.P. Taché
J. Clark

Source: Sylvio Leblond, «La médecine dans la province de Québec avant 1847», *Cahiers des Dix*, no. 35 (1970), p. 80.

Annexe 6Le Bureau de santé de la ville de Québec

Président : Jean-Baptiste Juchereau Duchesnay puis Jacques Voyer

Secrétaire : Thomas Ainslie Young

Assistant-secrétaire : S.W.H. Leslie

Membres du Bureau de santé :

Juges de paix: Jean Baptiste Juchereau Duchesnay,

Jacques Voyer,

Thomas Wilson,

Antoine G. Couillard, M.D.,

Michel Clouet,

Jean Langevin,

John Jones jr,

John G. Clapham,

Louis Massue,

Citoyens : Thomas Fargues, M.D.,

Joseph Skey, M.D.,

Pierre Pelletier,

Rémi Quirouet,

Joseph Légaré,

John Anderson,

Jean Baptiste Thomas dit Bigaouette,

Commissaire de santé

Joseph Morrin, M.D.

Médecins résidents

Joseph Parant, M.D.

Charles-Norbert Perrault, M.D. (décède du choléra le 16 juin 1832)

W.A. Hall, M.D. (nommé le 20 juin en remplacement du docteur Perrault)

Sources: *Le Canadien*, 10 mars 1832, vol. 1, no. 89.

Le Canadien, 20 juin 1832, vol. 2, no. 19.

Voyer, Jacques, *Report of the proceedings of the Board of Health / Rapport des procédés du Bureau de santé*, [Québec], 1833.

Bibliographie

Sources

Journaux

The Quebec Gazette / La Gazette de Québec. Québec, année 1832.

Le Canadien. Québec, année 1832.

Documents officiels du gouvernement

Appendice du XLIIe volume des Journaux de la Chambre d'Assemblée de la province du Bas-Canada. Depuis le 15 novembre 1831, jusqu'au 25 février 1832. Québec, Neilson et Cowan, 1832. 1187 p.

Appendice du XLIIIe volume des Journaux de la Chambre d'Assemblée de la province du Bas-Canada. Depuis le 15 novembre 1832, jusqu'au 3 avril 1833. Québec, Neilson et Cowan, 1833. 790 p.

Continuation de l'appendice du XLIIIe volume des Journaux de la Chambre d'Assemblée de la province du Bas-Canada. Québec, [s.é.], 1833. 829 p.

Journaux de la Chambre d'Assemblée du Bas-Canada. Depuis le 15 novembre 1831, jusqu'au 25 février 1832. Vol. 41, Québec, Neilson et Cowan, 1832. 557 p.

Journaux de la Chambre d'Assemblée du Bas-Canada. Depuis le 15 novembre 1832, jusqu'au 3 avril 1833. Vol. 42, Québec, Fréchette & Cie, 1833. 696 p.

Statuts provinciaux du Bas-Canada. Québec, John Charlton Fisher & William Kemble, 1832.

Traité, règlements et observations de nature médicale

Circulaire à Messieurs les Curés du District de Québec concernant une résolution du Bureau de santé. Décembre 1832.

Extrait d'une lecture sur le cholera asiatique faite, l'automne dernier, par M. le docteur Painchaud sous le patronage de l'Institut canadien de Québec. Québec, Imprimerie du «Canadien», no. 9, 1849. 24 p.

Faits et observations sur le choléra spasmodique. Québec, Neilson et Cowan, 1832.

KELLY, William. «On the Medical Statistics of Lower Canada». *Transactions of the Literary and Historical Society of Quebec*. Vol. 3 (1837). p. 193-221.

Philadelphia Sanitary Board. *Report of the Commission Appointed by the Sanitary Board of the City Councils to Visit Canada for the Investigation of the Epidemic Cholera prevailing in Montreal and Quebec*. Philadelphia, Mifflin and Parry, 1832. 37 p.

Rapport du Comité permanent de la Faculté de médecine de la cité de Québec, Québec, 1832.

Règlements sur le choléra, prescrits par le Bureau de santé de Québec; et par la commission centrale de Paris. Québec, Neilson et Cowan, 1832.

VOYER, Jacques. *Report of the proceedings of the Board of Health = Rapport des procédés du Bureau de santé*. [Québec?, 1833]. 12 p.

Dictionnaires et encyclopédies

ALIBERT, Jean-Louis-Marie *et al.* *Encyclopédie des sciences médicales*. Paris, Bureau de l'Encyclopédie, 1834-1835. 34 vol.

FORBES, John *et al.* *The Cyclopaedia of Practical Medicine: Comprising Treatises on the Nature and Treatment of Diseases, Materia Medica and Therapeutics, Medical Jurisprudence, etc.etc.* Philadelphie, Blanchard and Lea, 1854. 4 vol.

LITTRÉ, É. et ROBIN, Ch. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*. Paris, J.B. Baillièrre et fils, 1865. viii-1795 p.

Mémoires et récits

CHAUVEAU, Pierre-Joseph-Olivier. *Charles Guérin, roman de mœurs canadiennes*. Montréal, Fides, 1978 (1853). 392 p.

DOUGLAS, James. *Journals and Reminiscences of James Douglas, M.D.* New York, 1910. 254 p.

ROBITAILLE, Olivier. *Mes mémoires*. Texte dactylographié disponible aux Archives Nationales du Québec.

Dictionnaires et encyclopédies

DUPONT, Michel. *Dictionnaire historique des médecins dans et hors de la médecine*. Paris, Larousse-Bordas, 1999. 628 p.

- FOURNIER, J.M. «Choléra». *Infectiologie de A à Z*, H. Dabernat *et al.*, dir., Paris, Arnette, 1997. p. 157-159.
- JANSON, Gilles. «Tessier, François-Xavier». *Dictionnaire biographique du Canada*. Vol. VI (1987). p. 841-843.
- PELLING, Margaret. «Contagion/Germ Theory/Specificity». *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. 1, W.F. Bynum et Roy Porter, dir., New York, Routledge, 1993. p. 309-334.
- SPECK, Reinhard S. «Cholera». *The Cambridge World History of Human Disease*, Kenneth F. Kiple, dir., Cambridge, Cambridge University Press, 1993. p. 642-649.
- WILSON, Mary E. *A World Guide to Infections: Diseases, Distribution, Diagnosis*. New York et Oxford, Oxford University Press, 1991. x-769 p.

Articles

- ACKERKNECHT, Erwin H. «Anticontagionism between 1821 and 1867». *Bulletin of the History of the Medicine*. Vol. 22 (1948). p. 562-593.
- ATKINSON, Logan. «The Impact of Cholera on the Design and Implementation of Toronto's First Municipal By-laws, 1834». *Urban History Review / Revue d'histoire urbain*. Vol. 30, no. 2 (mars 2002). p. 3-15.
- BARNET, Margaret C. «The 1832 Cholera Epidemic in York». *Medical History*. Vol. 16, no. 1 (1972). p. 27-39.
- BERNIER, Jacques. «Le corps médical québécois à la fin du XVIII^e siècle». *Health, Disease and Medicine, Essays in Canada History*. C. G. Roland, dir., Toronto, Clarke Irwin, 1984. p. 37-40.
- BILSON, Geoffrey. «Cholera!». *Canada: An Historical Magazine*. Vol. 1, no. 2 (1973). p. 41-56.
- BILSON, Geoffrey. «Cholera and Public Health in Canada». *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. Vol. 75, no. 5 (sept.-oct. 1984). p. 352-355.
- BILSON, Geoffrey. «The First Epidemic of Asiatic Cholera in Lower Canada, 1832». *Medical History*. Vol. 21, no. 4 (1977). p. 411-433.
- BILSON, Geoffrey. «Canadian Doctors and the Cholera». *Canadian Historical Association Historical Papers*, 1977. p. 104-119.
- BOURDELAIS, Patrice. «Présentation». *Peurs et terreurs face à la contagion*. Jean-Pierre BARDET *et al.*, dir., Paris, Fayard, 1988. p. 17-41.

- BOURDELAIS, Patrice. «La construction de la notion de contagion: entre médecine et société». *Communications: la contagion*. Paris, Seuil, No. 66 (1998). p. 21-39.
- BROCKINGTON, Fraser. «Public Health at the Privy Council 1831-4». *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. Vol. 16, no. 2 (avril 1961). p. 161-185.
- CÔTÉ, Nancy, Gérard FABRE et Christine GAGNON. «Un médecin contagionniste à Québec: les écrits du docteur Marsden (1868-1869)». *Health and Canadian Society / Santé et société canadienne*. Vol. 3, nos 1-2 (1995). p. 43-69.
- DECHÊNE, Louise et Jean-Claude ROBERT. «Le choléra de 1832 dans le Bas-Canada: mesure des inégalités devant la mort». *Les Grandes mortalités : étude méthodologique des crises démographiques du passé*, Hubert Charbonneau et André Larose, dir., Liège, Ordina, 1979. p. 229-270.
- DELAPORTE, François. «Le choléra: présent et passé». *Communications: La contagion*. Paris, Seuil, No. 66 (1998). p. 75-85.
- DUFEBVRE, Bernard. «L'épidémie de choléra de 1832 à Québec». *Laval médical*. Vol. 19, no. 5 (mai 1954). p. 696-712.
- DODIN, André. «Les persistances du XX^e siècle». *Peurs et terreurs face à la contagion*. Jean-Pierre BARDET *et al.*, dir., Paris, Fayard, 1988. p. 136-155.
- EGGERICK, Thierry et Michel POULAIN. «L'épidémie de choléra en 1866: Le cas de la Belgique». *Peurs et terreurs face à la contagion*. Jean-Pierre BARDET *et al.*, dir., Paris, Fayard, 1988. p. 56-82.
- EVANS, Richard J. (Françoise Lehenand, trad.). «Épidémies et révolutions. Le choléra dans l'Europe du XIX^e siècle». *Peurs et terreurs face à la contagion*. Jean-Pierre BARDET *et al.*, dir., Paris, Fayard, 1988. p. 107-135.
- GALARNEAU, Claude. «L'enseignement médical à Québec (1800-1848)». *Les Cahiers des Dix*, no. 53 (1999). p. 37-64.
- GAUTHIER, C.-A. «Histoire de la société médicale de Québec». *Laval médical*. Vol. 8, no. 1 (janvier 1943). p. 63-121.
- GIROUX, Sylvia. «Le choléra à Québec: un tableau de Joseph Légaré». *Bulletin de la Galerie nationale du Canada*. Vol. 20 (1972). p. 3-12.
- GOSSELIN, Chanoine. «Migrations du choléra asiatique». *Bulletin des recherches historiques*. Vol. 28, no. 6 (juin 1922). p. 161-170.

- GOULET, Denis et Othmar KEEL. «Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIX^e siècle». *Anthropologie et sociétés*. Vol. 15, nos 2-3 (1991). p. 205-228.
- GUILLAUME, Pierre. «Histoire d'un mal, histoire globale. Du mytique à l'économique». *Peurs et terreurs face à la contagion*. Jean-Pierre BARDET *et al.*, dir., Paris, Fayard, 1988. p. 159-183.
- HEAMAN, E.A. «The Rise and Fall of Anticontagionism in France». *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*. Vol. 12, no. 1 (1995). p. 3-25.
- HUARD, V.A. «Le choléra asiatique à Québec». *Bulletin des recherches historiques*. Vol. 12, no. 3 (mars 1906). p. 88-95
- KEEL, Othmar et Peter KEATING. «Autour du Journal de médecine de Québec / Quebec Medical Journal, 1826-1827; programme scientifique et programme de médicalisation». *Problèmes cruciaux de l'histoire de la science, de la technologie et de la médecine au Canada*. R. Jarrell et A.E. Ross, dir., Thornhill, H.S.T.C. Publications, 1983. p. 101-134.
- KLEBS, A.C. «The History of Infection», *Annals of Medical History*. No. 1 (1917), p. 159-173.
- LEBLOND, Sylvio. « La médecine dans la province de Québec avant 1847 ». *Cahiers des Dix*. No. 35 (1970). p. 69-95.
- LEBLOND, Sylvio. « Québec en 1832 ». *Laval médical*. Vol. 38 (1967). p. 183-191.
- LEBLOND, Sylvio. « Joseph Painchaud ». *Union médicale du Canada*. Tome 82 (février 1953). p. 1-6.
- LEBLOND, Sylvio. « William Marsden (1807-1885): essai biographique ». *Laval médical*. Vol. 41 (1970). p. 639-656.
- LEMOINE, Réjean. «Les brochures publiées au XIX^e siècle afin de lutter contre le choléra. Essai bibliographique.». *Les Cahiers du livre ancien du Canada français*. Vol. 1, no. 2 (été 1984). p. 35-41
- NUTTON, Vivian. «The Reception of Fracastoro's Theory of Contagion: the Seed that Fell Among Thorns?». *Osiris*. 2^e série, vol. 6 (1990). p. 196-234.
- NUTTON, Vivian. «The Seeds of Disease: an Explanation of Contagion and Infection from the Greeks to the Renaissance». *Medical History*. Vol. 27, no. 1 (1983). p. 1-34.

- O'BRIEN, Gerard. «State Intervention and the Medical Relief of the Irish Poor, 1787-1850». *Medicine, Disease and the State in Ireland, 1650-1940*. Elizabeth Malcolm et Greta Jones, dir., Cork, Cork University Press, 1999. p. 195-207.
- ORIS, Michel. «Choléra et hygiène publique en Belgique. Les réactions d'un système social face à une maladie sociale.». *Peurs et terreurs face à la contagion*. Jean-Pierre BARDET *et al.*, dir., Paris, Fayard, 1988. p. 83-106.
- PAILLARD, Bernard. «Petit historique de la contagion». *Communications: la contagion*. Paris, Seuil, No. 66 (1998). p. 9-19.
- PÂQUET, Martin. «Diminuer le danger par de bons règlements intérieurs: État colonial et contrôle médical des migrations au Bas-Canada et au Canada-Uni, 1795-1854». *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*. Vol. 16, no. 2 (1999). p. 271-291.
- RISSE, Guenter B., «Epidemics and Medicine: the Influence of Disease on Medical Thought and Practice». *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 53 (1979). p. 505-519.
- ROSENBERG, Charles E. «Cholera in Nineteenth-Century Europe: A Tool for Social and Economic Analysis». *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992. p. 109-121.
- ROSENBERG, Charles E. «Explaining Epidemics». *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992. p. 293-304.
- ROSENBERG, Charles. «The Cause of Cholera: Aspects of Etiological Thought in Nineteenth-Century America». *Bulletin of the History of the Medicine*. Vol. 34 (1960). p. 331-354.
- ROULEAU, Raymond. «Les médecins de Charles Guérin face au choléra». *Voix et images*. Vol. 19, no 57 (printemps 1994). p. 519-531.
- ROY, Pierre-Georges. «Le choléra de 1832». *Toutes petites choses du régime anglais. 1^{ère} série*. Québec, Garneau, 1946. p. 251-252.
- ROY, Pierre-Georges. «Les épidémies à Québec». *Bulletin des recherches historiques*. Pierre-Georges Roy, dir., Vol. 49 (janvier 1943). p. 204-215.
- SÉVIGNY, André. «La Grosse Île: quarantaine et immigration à Québec (1832-1937)». *Cahiers des Dix*. No. 47 (1992). p. 153-192.
- TEMKIN, Owsei. «An Historical Analysis of the Concept of Infection», *The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine*. Owsei TEMKIN, dir., Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977. p. 456-471.

VINCENT, Bernard. «Le choléra en Espagne au XIX^e siècle». *Peurs et terreurs face à la contagion*. Jean-Pierre BARDET *et al.*, dir., Paris, Fayard, 1988. p. 43-55.

Monographies

AISENBERG, Andrew Robert. *Contagion: Disease, Government, and the "social question" in Nineteenth-Century France*. Stanford, Stanford University Press, 1999. vii-238 p.

ATKINSON, Joseph Logan. *The Upper Canadian legal response to the cholera epidemics of 1832 and 1834*. Thèse de doctorat, University of Ottawa, 2000. x-418 f.

BALDWIN, Peter. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999. 581 p.

BEAULIEU, André et Jean HAMELIN. *La presse québécoise des origines à nos jours*. Tome I: 1764-1859. Québec, Presses de l'Université Laval, 1973. xi-268 p.

BERNIER, Jacques. *La médecine au Québec: naissance et évolution d'une profession*. Québec, Presses de l'Université Laval, 1989. xi-207 p.

BILSON, Geoffrey. *A Darkened House: Cholera in Nineteenth-Century Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1980. 222 p.

BOURDELAIS, Patrice et Jean-Yves RAULOT. *Histoire du choléra en France, 1832-1854: une peur bleue*. Paris, Payot, 1987. 310 p.

BRUN, Henri. *La formation des institutions parlementaires québécoises 1791-1838*. Québec, Presses de l'Université Laval, 1970. 281 p. Coll. Droit et science politique, no. 1.

CHARTRAND, Luc, Raymond DUCHESNE et Yves GINGRAS. *Histoire des sciences au Québec*. Montréal, Boréal, 1987. 487 p.

DELAPORTE, François. *Le savoir de la maladie: essai sur le choléra de 1832 à Paris*. Paris, Presses Universitaires de France, 1990. 194 p.

DORVAL, Guy. *L'épidémie de Choléra au Bas-Canada (1832)*. Thèse de baccalauréat, Université Laval, 1988. vii-70 f.

DROLET, Antonio. *La ville de Québec, histoire municipale*. Tome II: *Régime anglais jusqu'à l'incorporation (1759-1833)*. Québec, La Société historique de Québec, 1965. 144 p. Coll. Cahiers d'Histoire, no. 17.

- FABRE, Gérard. *Épidémies et contagions: l'imaginaire du mal en Occident*. Paris, Presses Universitaires de France, 1998. 239 p.
- FORSTER, Merna. *Through the Eyes of Immigrants: an Analysis of Diaries and Letters of Immigrants Arriving at Grosse-Île and the Port of Quebec 1832-1842*. Thèse de maîtrise, Université Laval, 1991. xi-164 f.
- GOULET, Denis. *Des miasmes aux germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870-1930)*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, 1992. 435 p.
- GOULET, Denis et André PARADIS. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec: chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal, VLB, 1992. 527 p.
- GRISÉ, Yolande et al. *Les textes poétiques du Canada français 1606-1867*. Vol. 3: 1827-1837. Montréal, Fides, 1987.
- HARE, John, LAFRANCE, Marc et David-Thierry RUDDEL. *Histoire de la ville de Québec, 1608-1871*. Montréal, Boréal et Musée canadien des civilisations, 1987. 399 p.
- HILDESHEIMER, Françoise. *Fléaux et société: de la Grande Peste au choléra, XIV^e-XIX^e siècle*. Paris, Hachette, 1993. 175 p. Coll. Carré Histoire, no. 18.
- KNAPP, Vincent J. *Disease and its Impact on Modern European History*. Lewiston, Queenston, Lampeter, The Edwin Mellen Press, 1989. viii-381 p. Coll. Studies in Health & Human Services, no. 10.
- KUDLICK, Catherine J. *Cholera in Post-Revolutionary Paris: A Cultural History*. Berkeley, Los Angeles et London, University of California Press, 1996. 293 p.
- LECA, Ange-Pierre. *Et le choléra s'abattit sur Paris, 1832*. Paris, Albin Michel, 1982. 296 p.
- LÉONARD, Jacques. *Archives du corps: la santé au XIX^e siècle*. Rennes, Ouest-France, 1986. 329 p.
- MCCUTCHEON-LEROUX, Danielle. *La profession de médecin à Québec au XIX^e siècle: la carrière du Dr. Olivier Robitaille*. Thèse (M.A.), Université Laval, 1991. vii-153 f.
- MORRIS, Robert John. *Cholera, 1832: The Social Response to an Epidemic*. New York, Holmes & Meier Publishers, 1976. 228 p.
- O'GALLAGHER, Marianna (Michèle Bourbeau, trad.). *La Grosse-Île: porte d'entrée du Canada, 1832-1937*. Sainte-Foy, Carraig Books, 1987. 188 p.

- OUELLET, Fernand. *Le Bas-Canada 1791-1840 : changements structuraux et crise*, Ottawa, Éditions de l'Université d'Ottawa, 1976. 541 p. Coll. Cahiers d'histoire de l'Université d'Ottawa, no. 6.
- PAQUET, Gilles et Jean-Pierre WALLOT. *Le Bas-Canada au tournant du 19^e siècle: restructuration et modernisation*. Ottawa, La société historique du Canada, 1988. 24 p. Coll. Brochure historique, no. 45.
- PELLING, Margaret. *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865*. Oxford, Oxford University Press, 1978. 342 p.
- PENSO, Giuseppe. *La Conquête du monde invisible. Parasites et microbes à travers les siècles*. Paris, Éd. Roger Dacosta, 1981. 383 p.
- PFEIFFER, Carl J. *The Art and Practice of Western Medicine in the Early Nineteenth Century*. Jefferson, McFarland & Co., 1985. 238 p.
- PORTER, Dorothy. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London et New York, Routledge, 1999. 376 p.
- ROSENBERG, Charles E. *The Cholera Years, United States, 1832, 1849 and 1866*. Chicago, University of Chicago Press, 1987 (1962). x-265 p.
- RUDEL, David-Thierry. *Québec, 1765-1832: l'évolution d'une ville coloniale*. Hull, Musée canadien des civilisations, 1991. 304 p.
- SENDZIK, Walter. *The 1832 Montreal Cholera Epidemic: A Study in State Formation*. Mémoire de maîtrise, McGill University, 1997. 53 p.
- THÉODORIDÈS, Jean. *Des miasmes aux virus: histoire des maladies infectieuses*. Paris, Éd. Louis Pariente, 1991. 378 p.
- TUNIS, Barbara. *The Medical Profession in Lower Canada, its Evolution as a Social Group, 1788-1838*. Carleton University, Département d'histoire, 1979. 164 f.