

Article

« Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885)
(suite) »

Michael Farley, Othmar Keel et Camille Limoges

*HSTC Bulletin: Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine / HSTC Bulletin :
revue d'histoire des sciences, des techniques et de la médecine au Canada*, vol. 6, n° 2, (21) 1982, p.
85-109.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/800137ar>

DOI: 10.7202/800137ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

LES COMMENCEMENTS DE L'ADMINISTRATION MONTREALAISE

DE LA SANTE PUBLIQUE (1865-1885)

(Suite)

Michael Farley*, Othmar Keel* et Camille Limoges*

1878-1885: REMUE-MENAGE ET CONFUSION

Pourtant, avec le successeur de Hingston, Jean-Louis Beaudry, la réforme qui avait paru consolidée par Hingston allait connaître un coup d'arrêt. En 1878, à la fin du second mandat de Beaudry, l'éditeur du *Canada Medical Record*, exprimant l'ire de la profession médicale, écrivait: "It is his unfortunate attempts to balk every sanitary legislation by the Council that should cause Montreal to dispense with his service at the earliest possible moment. It is utterly impossible to compute the grave injury he has done to our city. We care not to estimate the valuable lives which have been sacrificed for the want of an active Sanitary Board, the non-existence of which is largely due to him ..."74

Dès son entrée en fonction le maire Beaudry s'était lancé dans une vigoureuse critique du Bureau de santé et de la gestion en matière de santé publique.⁷⁵ Il déclarait notamment: "I have noticed that some members of the Council are infatuated with the present system which is a heavy burden on the city, without any practical result. (...) Our Corporation has indulged in the luxury of a costly staff of officials, without any plan to work upon. I deem it wrong to spend \$25,000 or \$50,000 a year, without being able to show that we are guided by some practical idea in incurring this heavy outlay. Hence do I deplore our present system of vaccination, as odious and repulsive to our idea of liberty. I am in favor of vaccination, but I do not want that it should be made unbearable to the people, and *in assuming the shape that it has, seems to me an absurdity*. It has cost very dear so far for very little good, and in studying the question in a spirit of patriotism the City Council could find something better notwithstanding, as is the case this year, appropriation of \$25,000 for a Board of Health, which seems to have no other object in view than to provide for and maintain useless officials."

En 1876, le budget du Bureau de santé, (selon les Rapports annuels de l'officier de santé), s'élevait à \$25,000. Il tomba à \$17,000 puis à \$11,000 au cours des deux années suivantes. (Voir Tableau II).

* Institut d'histoire et sociopolitique des sciences, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale A, Montréal, Qué. H3C 3J7

En fait, à compter de 1877 on voit se dessiner à travers les procès-verbaux des assemblées du Conseil municipal une véritable réaction contre le Bureau de santé et ses agents. Outre l'attaque ouverte du maire, on trouve trace par exemple d'un procès entre la ville et l'ancien officier de santé Dugdale qui tente de se faire payer des arriérés de traitements;⁷⁶ on trouve trace aussi de pétitions de citoyens pour obtenir le renvoi de membres du Département de santé, processus inverse en somme de celui que nous avons noté déjà sous Workman et Hingston qui trouvaient dans des mouvements sanitaires des appuis à leurs politiques.⁷⁷ D'autres attaques vinrent de l'intérieur même du conseil, laissant planer des doutes sur la façon dont les argents alloués pour le paiement des vaccinateurs avaient été dépensés depuis 1875.⁷⁸

De 1877 à 1879 la question du Bureau de santé devait susciter suffisamment d'agitation pour remettre en question son existence et perturber considérablement son fonctionnement.

Après que certains eurent tenté de convaincre le Conseil d'exclure du Bureau tous ses membres extérieurs, tout se passa comme si on avait trouvé expédient de multiplier les débats et les obstacles, de telle sorte que les nominations ne purent se faire en 1878 en mars comme d'habitude, que la ville se trouva ainsi de fait sans Bureau pendant six mois et qu'ensuite il y eut fort à faire pour trouver quelqu'un qui veuille présider un organisme aussi controversé.⁷⁹

L'année suivante, à la suite d'une manoeuvre pour abolir le Bureau et le Comité de santé, une proposition pour abolir le poste d'inspecteur sanitaire, fut défaite, mais le Conseil vota néanmoins l'abolition du Bureau et décida que tous les membres du Comité de santé seraient dorénavant des échelons.⁸⁰ Le Conseil commença dès lors à discuter de la réorganisation du Bureau; dans ces conditions, on ne peut s'étonner que l'officier de santé ait fait état dans son Rapport annuel du défaut d'harmonie et de la confusion entre les agents responsables de la santé publique à Montréal.⁸¹ Concurremment certains des pouvoirs conquis par les officiers de santé sous Hingston, comme l'Inspection des viandes ou celle des égoûts lui sont disputés par les Comités des marchés et des chemins. Sans qu'on puisse parler d'une disparition des activités sanitaires (les Rapports annuels de l'officier de santé font état de la poursuite de toute la gamme des travaux antérieurement conduits - bienqu'avec des ressources plus restreintes), il est clair que le dispositif administratif mis en place par Workman et Hingston surtout menaçait de se désagréger complètement.

On se rappelle que c'est l'urgence épidémique qui, de façon récurrente avait favorisé les mises en oeuvre de mesures sanitaires et la mise en place d'un dispositif administratif. Or à Montréal, la dernière épidémie d'envergure datait déjà de 1875 et la statistique médicale globale enregistrait, au moins depuis 1877, de reconfortantes chutes successives des taux de mortalité. De 35 pour mille en 1877, elle passait à 28,5 en 1879; elle allait descendre à 25,6

en 1883.⁸² En outre, le maire sortant, en mars 1881 croyait pouvoir écrire: "Il me fait plaisir de constater que l'état sanitaire de la ville durant l'année écoulée a été satisfaisant. La picotte, (varirole) ce terrible fléau, qui a fait tant de ravages ces années dernières, a été vaincu et banni entièrement de notre enceinte, - un bienfait dont nous sommes redevables en grande partie, à la sollicitude et à la vigilance du bureau de santé et de ses officiers."⁸³ Pourtant, comme on l'a vu, jamais l'administration de la santé n'avait été depuis avant Workman aussi sérieusement contestée et menacée. Pourtant aussi, en 1883, l'officier de santé en effet pouvait écrire: "La ville durant l'année dernière a été comparativement exempte de maladies contagieuses. Nous sommes heureux de pouvoir dire qu'il n'y a pas eu un seul cas de varirole depuis juillet 1881."⁸⁴

Et cependant, la vaccination continuait à rencontrer des résistances,⁸⁵ le nettoyage des rues, le ramassage des ordures, si l'on se fie aux archives ne s'étaient pas toujours améliorés partout. En fait, de 1877 à 1883, c'est surtout le travail effectué sous la direction du Comité des chemins, en matière d'égoûts qui ait alors nettement renforcé l'infrastructure sanitaire de la ville.⁸⁶ Un sous-comité spécial du Comité de santé avait semble-t-il absorbé le gros des énergies de celui-ci en 1879-1880⁸⁷ aux fins spécifiques d'étudier le système de drainage, d'égoûts et sa ventilation. A compter de 1880 et au cours des années suivantes, on voit d'ailleurs l'Inspecteur municipal en cette matière prononcer que "l'état des égoûts de la ville est bien meilleur qu'on ne le suppose généralement, et que l'état défectueux des égoûts dont se plaignent si souvent les citoyens des plûtôt causé par les défectuosités des égoûts privés que par les égoûts de la ville."⁸⁸

A certains égards, au début des années 1880, tout se passe comme si malgré la relative impotence, les reculs et les problèmes organisationnels du Bureau de santé, dispositif administratif spécifiquement voué à la santé publique, la question des égoûts avait trouvé une solution relativement satisfaisante aux mains d'un autre service municipal, celui du Comité des chemins. En somme, en dépit du désordre caractérisant alors le domaine des officiers de santé, en dépit aussi d'une perte d'influence de l'expertise médicale sur la scène même du pouvoir municipal, le travail des ingénieurs et des spécialistes des travaux publics avait néanmoins assuré un progrès certain des infrastructures sanitaires. Dans ces conditions, quelle pouvait être la réaction des médecins menacés d'éviction?

De façon significative, après avoir mené pendant plus de dix ans la lutte pour le contrôle de l'inspection et des paramètres de construction et des égoûts, du drainage, etc., l'officier de santé Larocque écrivait en 1883: "Il est une erreur concernant les maladies contagieuses qu'il est bon de rectifier, c'est de toujours attribuer la cause de ces maladies entièrement aux égoûts, le contenu des égoûts et même les gaz qui s'en dégagent ne peuvent par eux-mêmes jamais donner origine aux maladies contagieuses, ils peuvent

cependant être le véhicule des *germes de contagion*, et alors devenir dangereux pour ceux qui les respirent, on doit certainement remédier aux égoûts défectueux. Mais quand bien même on porterait toute l'attention possible aux égoûts on ne réussira jamais à faire disparaître les maladies contagieuses, à moins de prendre les moyens de diminuer à la moindre quantité possible les *germes de contagion* par l'isolation, la désinfection et autres moyens en usage, (...) *ces êtres infiniment petits et organisés*, appelés germes de contagion (...) *se propagent d'une manière étonnante* (...)."89 Sans mettre hors jeu les mesures sanitaires, pareil discours introduit quelque chose de nouveau. Sans doute c'est de la nouvelle bactériologie qu'il s'agit, mais aussi de l'ouverture à quelque chose qui pourrait permettre au discours médical de s'exercer avec autorité. La bactériologie est une science, les élus municipaux ne sauraient s'en improviser experts. La bactériologie est le fondement nouveau de l'hygiène, et l'hygiène est une science médicale.

Dans la mesure où la sanitation tenait un discours accessible à chacun, et s'appuyait sur des compétences qui n'étaient pas proprement médicales, comme celles du chimiste ou de l'ingénieur civil, l'idéologie sanitaire pouvait être un peu l'affaire de tout le monde. L'histoire récente de l'administration, essentiellement sanitaire, de la santé publique à Montréal montrait à quels revers on s'exposait ainsi.

De fait, à examiner les rapports de l'officier de santé, on s'aperçoit qu'au tournant des années 1880, ils manifestent une double préoccupation, sinon entièrement nouvelle, tout au moins frappante par sa prééminence.

D'abord, l'insistance sur le rôle essentiel du médecin en matière de santé publique; ensuite, la volonté de déborder le cadre municipal en matière d'hygiène publique, dans l'intérêt même de la santé de la cité.

On s'en souvient, les membres étrangers au Conseil de ville, dont les médecins, avaient été une des premières cibles lors des attaques contre le dispositif mis en place par Hingston. D'autre part, on l'a vu aussi, l'autorité de Larocque avait été contestée dans l'exercice même des fonctions du Bureau de santé. Aussi n'est-il pas étonnant de voir l'officier de santé revenir à la charge pour souligner le caractère essentiel et indispensable de l'autorité médicale. Ainsi, en 1879, il insiste que le responsable administratif du dispositif de santé public doit être le "medical health officer," "for in principle, it is the medical health officer alone who should decide whether a thing is detrimental to public health or not."⁹⁰ L'année suivante, il y revient: "Je crois cependant que l'opinion générale maintenant est qu'un certain nombre de médecins devraient faire partie du Bureau, ou former eux-mêmes un conseil d'hygiène chargé d'aviser les autorités sanitaires. Les médecins en effet sont bien ceux qui par leurs connaissances physiologiques et pathologiques devraient être qualifiés à traiter habilement les questions d'Hygiène publique."⁹¹ En 1881, encore: "Latterly the relations between the sanitary authorities and the medical profession have been very close. This will certainly contribute

powerfully to the progressive development of hygiene, as well as to the efficiency of the Board of Health."⁹² En 1882, enfin, de façon entièrement explicite il écrivait: "... it is with pain that we are forced to admit that the benefits of hygiene are not appreciated at their true value. (...) There is a class of men, and to their credit be it said, that are always ready to further the interest of hygiene. Of course, the physiological and the pathological studies necessitated by their calling makes them appreciate the benefits of a science which they ardently wish to make known. This class is the medical profession. It is not too much to say that in all countries physicians have ever shown themselves most zealous in spreading the benefits of hygiene. And in our country, as well as elsewhere, they have shown themselves equal to the responsibilities of their exalted position."⁹³

Ces relations étroites dont fait état Larocque avec la profession médicale, elles s'inscrivent surtout dans le cadre de démarches dont le récit, à compter de 1881, va occuper la place principale dans les Rapports de l'officier de santé. Elles visent à obtenir des Législatures fédérale et provinciale une intervention en matière de santé publique et la création d'organismes supra-municipaux.

A quelques reprises dans le passé, les hommes publics à Montréal avaient déploré que leur administration dût faire les frais des négligences des municipalités voisines, non seulement insouciantes de la santé publique, mais sources aussi de malades et de pauvres dont les frais d'entretien émergeaient au budget montréalais.⁹⁴ Dans ces conditions la santé des Montréalais, comme celle des finances municipales, passaient par des mesures législatives: "La cité de Montréal et les municipalités circonvoisines sont si intimement liées pour ce qui concerne les questions d'hygiène publique, qu'il serait urgent d'obtenir une législation sanitaire pour la ville de Montréal et les municipalités environnantes, surtout pour ce qui a rapport aux maladies contagieuses."⁹⁵

Cette nécessité de protéger la santé publique à Montréal, plaque tournante des mouvements de population et des transports, permettait à l'officier de santé, au début des années 1880, de consacrer une bonne part de ses énergies à se joindre aux organismes, comme la Canadian Medical Association, faisant pression sur le gouvernement fédéral (ce qui devait aboutir alors seulement à des mesures sur les statistiques vitales),⁹⁶ à la préparation d'un projet de loi pour la création d'un Bureau central de santé pour la Province de Québec,⁹⁷ à la promotion et à la vulgarisation des notions d'hygiène publique, par la création d'une Association sanitaire et de revues destinées au grand public.⁹⁸

Mais pour l'heure, toute cette mobilisation ne donna lieu à aucune décision significative à la Législature du Québec.

Par ailleurs, comme l'instabilité administrative qui affectait le Bureau de santé s'était à peu près continuellement fait sentir depuis le coup d'arrêt de 1877, et comme beaucoup des énergies s'étaient alors déployées vers l'extérieur des

limites et des responsabilités proprement municipales, tout était loin d'aller pour le mieux à Montréal.

Les procès-verbaux du Conseil municipal font état en novembre 1884 d'une réorganisation du Département de santé;⁹⁹ de même que de la nomination d'un assistant à l'officier de santé; mais toute décision fut ajournée au début de l'année suivante au moment de l'entrée en fonction du nouveau maire, en mars.

Alors les événements allaient se précipiter. Il n'existe pas de Rapport annuel de l'état sanitaire de la Cité de Montréal pour 1884: l'officier de santé Larocque, avant été démis de ses fonctions presque dès l'intronisation du nouveau maire, Honoré Beaugrand.¹⁰⁰

Dès son discours inaugural, en mars 1885, Beaugrand émit des opinions qui tranchaient nettement sur la satisfaction de ses prédécesseurs immédiats. "Immédiatement après les finances et peut-être avant, pour cette année du moins, la grande question du jour est la question de la santé publique" déclarait-il, pour ajouter que le fonctionnement du dispositif administratif demandait à être amélioré, que les statistiques vitales continuaient de démontrer des taux de mortalité inacceptables, que le service des vidanges sous la responsabilité du Bureau de santé était mal fait. Citant pour conclure le premier discours inaugural de Hingston, Beaugrand concluait: "Sommes-nous mieux protégés du point de vue hygiénique, aujourd'hui, qu'en 1874? Non (...) A l'oeuvre donc! et je crois devoir vous promettre que tous mes efforts tendront à rendre de plus en plus efficaces les travaux de notre bureau de santé."

Dès cette date, le nouveau maire citait à l'appui de ses inquiétudes "les épidémies qui ont sévi en Europe, l'été dernier (et qui) pourraient bien, cette année, faire leur apparition néfaste sur nos rivages."¹⁰¹

Une de ses toutes premières mesures donc fut de révoquer Larocque, tenu en tant qu'officier de santé pour responsable des négligences de son service et qui, peut-être, en consacrant beaucoup de son temps à tenter avec ses collègues médecins d'influencer les pouvoirs législatifs, avait divertit trop d'énergies des tâches proprement municipales.

Afin de remédier à "la négligence manifeste que l'on apporte à tout ce qui touche au service sanitaire de (la) ville," Beaugrand proposa d'une part que le Conseil procède immédiatement à la nomination d'un nouvel officier de santé, pour décharger l'échevin président le Comité de santé qui "a été forcé, nous le savons tous, de remplir les fonctions d'officier de santé;" il proposait aussi d'appuyer le service municipal par "une Commission consultative d'hygiène composée d'hommes de science." Cette commission serait composée de quatre médecins "choisis parmi les membres des facultés de médecine de nos quatre grandes universités,"¹⁰² qui, avec le maire et les présidents des comités des finances et de la santé, "s'aboucherait avec le bureau de santé lorsque la gravité de la situation sanitaire l'exigerait; pendant les

épidémies et la présence parmi nous des maladies contagieuses, par exemple."¹⁰³

Le 26 mai 1885, les médecins de la Commission consultative étaient élus par le Conseil.¹⁰⁴ Le 22 juin, le Dr. Louis Laberge était à son tour élu officier de santé.¹⁰⁵

"L'ANNEE TERRIBLE" (106) ET SES SEQUELLES

La mortalité montréalaise qui depuis 1879 oscillait de 25,6 à 27.4 pour mille fit en quelques mois en 1885 un bond record à 53,5 pour mille.¹⁰⁷ En neuf mois, on enregistra 3259 décès¹⁰⁸ dont 86% affectant des enfants de moins de 10 ans.¹⁰⁹

Malgré les bonnes intentions du maire, la flambée variolique devait rapidement échapper à tout contrôle, dans une population toujours largement hostile à la vaccination, encouragée dans sa résistance par un dernier carré de médecins irrédutibles.¹¹⁰ En fait, cette résistance prit certains jours les proportions d'une résistance armée, et le maire dû pour la mater faire appel à la troupe. Près de 90 cas furent portés devant la Cour du recorder pour agression ou obstruction à l'endroit des officiers de santé. Pour suppléer à l'engorgement de celui-ci, il fut créé un Tribunal d'hygiène chargé de juger "par procédure sommaire, les offenses contre les lois et règlements sanitaires."¹¹¹

Pour appuyer les mesures d'urgence, le lieutenant-gouverneur en Conseil proclama l'établissement provisoire d'un Bureau central de santé pour la province de Québec, lequel édicta immédiatement des règlements renforçant les pouvoirs d'intervention municipaux.¹¹² L'isolement des personnes atteintes se fit vigoureusement, bien que tardivement et mobilisa jusqu'à 9 médecins et 249 constables.¹¹³

Parallèlement, le Bureau de santé faisait procéder aux usuelles mesures de sanitation, curage des latrines, enlèvement des ordures (Montréal sera doté de son incinérateur municipal l'année suivante), inspection des viandes, enlèvement des animaux morts (1181 de juillet à décembre, dont 224 chevaux et 57 vaches).

On peut penser que la crise porta un dur coup à un Conseil municipal jusque-là parcimonieux dans ses engagements financiers pour la santé: en effet, l'épidémie occasionnera une dépense spéciale s'élevant à \$180,000.¹¹⁴

A compter de cette date, 1885, l'administration de la santé publique à Montréal pourra compter sur un appui législatif et réglementaire venant de Québec sur une base permanente, au lieu que jusque-là l'intervention provinciale se limitait aux périodes de crises. En 1886, la législature en effet pourvoit à l'établissement du conseil d'hygiène provincial. Mis sur pied en 1887, celui-ci, grâce à des amendements de 1888 et 1890, pourra forcer les municipalités du Québec à se doter d'organismes de santé. Bien que sans doute la plupart d'entre eux n'aient d'abord existé que sur le papier, en 1891, 839

des 876 municipalités du Québec étaient dotées de bureaux de santé.¹¹⁵

Néanmoins, de même que Hingston au milieu des années 1870 mettait en garde contre les illusions d'une possible coercion, l'officier de santé en 1886 insistait sur ce que la bataille devrait finalement se gagner à la persuasion, et soulignait le "grand besoin de l'appui sincère de la chaire sacrée et de la presse pour l'aider à persuader et à convaincre le peuple."¹¹⁶ Il faudra attendre encore vingt ans pour que la vaccination anti-variolique se généralise, les mentalités étant mures après la nouvelle épidémie de 1903 pour que le Conseil provincial rende effectivement la mesure obligatoire.¹¹⁷

CONCLUSION

Du choléra appréhendé de 1865 à la grande flambée épidémique de 1885, c'est un itinéraire sinueux et complexe qui s'est dessiné, itinéraire marqué d'abord par les flux et reflux de la mise en place de dispositifs administratifs de contrôle des conditions de la morbidité et de la mortalité. Marqué ensuite par les avancées de la pénétration de la profession médicale dans la sphère civique, avancées elles-mêmes contrariées, ponctuées de piétinements. Enfin, contrebalançant les apparences d'un progrès s'affirmant linéairement de façon têtue en dépit de tous les obstacles, au plan prophylactique, s'annonce la substitution d'une hygiène fondée sur la bactériologie supplantant une tradition sanitaire fondée sur la conception miasmatique, toute mésologique, et qui oblige à une réévaluation critique du bilan des efforts. C'est sur ces trois points que l'on s'arrêtera brièvement pour conclure.

A) Une Scansion à Cinq Temps

1) Ce n'est que rétrospectivement que l'époque par laquelle s'amorce notre récit, de 1865 à l'entrée en scène de Workman en 1870, peut apparaître comme un commencement. Sans doute, elle nous importe puisque de là date une certaine permanence de l'emploi d'officiers de santé, mais par définition, cette permanence ce sont les régimes municipaux subséquents qui l'assureront. Critiquement analysée, la période apparaît plutôt comme la réitération d'un pattern récurrent depuis le début du siècle, qui veut que les autorités civiles se mobilisent à l'occasion de crises épidémiques, le fassent sous le signe de l'improvisation, sans grande efficacité, de façon tardive et avec une économie de moyens qui confine à la pénurie. Le comportement du maire Beaudry, qui allait de nouveau sévir à compter de 1877, en témoigne suffisamment.

2) La seconde période qui s'inaugure avec la mobilisation que préside Workman, s'étend jusqu'à l'entrée en fonction de Hingston en 1875. Elle marque l'entrée au Conseil municipal de l'idéologie sanitaire, la consolidation du Bureau de santé et des pouvoirs des officiers de santé, mais se caractérise assez rapidement par un plafonnement des activités.

3) Avec Hingston, c'est une vigoureuse relance du programme de Workman qui se déploie, appuyée par un dispositif légal et réglementaire qui vient doter une administration mieux assise de moyens plus étendus.

4) Mais au moment où paraît assuré le triomphe d'un mouvement qui se serait inauguré, vers 1865, c'est avec le retour à la mairie de Beaudry, quatrième temps, un coup d'arrêt et une nouvelle ère de difficultés qui s'annonce, obligeant le bureau de santé à poursuivre ses visées avec des moyens désormais restreints et sans capacité d'innover en quoi que ce soit. Comme si la scène montréalaise devenait trop étriquée et l'avenir bouché, l'effort se porte vers des tentatives qui débordent la cité, porté par les regroupements nouveaux apparus dans la mouvance post-confédération, jusqu'à dangereusement se couper imprudemment d'un soutien proprement municipal.

5) A certains égards, et paradoxalement, en congédiant Larocque, l'officier de santé qui incarnait depuis l'orée de la décennie 1870 le mouvement montréalais pour une administration de la santé publique, le maire Beaugrand en 1884 par les exigences qu'il manifeste d'une intervention soutenue et responsable sur le théâtre montréalais, paraît renouer avec la tradition de Workman et Hingston. L'éruption épidémique de 1885 paraît immédiatement lui donner raison et, à la faveur du traumatisme se consolident enfin les dispositifs nés autour de 1870, dorénavant appuyés sur la vigilante présence de la législature québécoise et de son Conseil d'hygiène dispositifs sérieusement menacés, à plus d'une reprise, de 1877 à 1884.

Haegerty écrivait en 1928: "The small-pox epidemic of 1885-86 was to the Province of Quebec what the cholera epidemic of 1831-32 was to England; it gave rise to the sanitary movement in the province."¹¹⁸ Prise absolument et à première vue, cette affirmation est contestable, puisque, comme nous l'avons documenté dans cet article, en 1885, c'est depuis vingt années, sans interruption, qu'existait une administration de la santé publique à Montréal, faisant suite d'ailleurs, comme nous l'avons souligné, à des décennies d'interventions sporadiques et d'objurgations dans la presse médicale. Néanmoins, Haegerty n'avait pas complètement tort. Non seulement évoque-t-il un mouvement à l'échelle de la province, mais surtout il faut voir que sans le grand choc de 1885 l'agitation locale, avec ses mouvements de flux et de reflux, aurait pu longtemps se poursuivre sans que soit mis en place définitivement un appareil dont l'existence, d'ailleurs, apparaissait comme perpétuellement menacée depuis 1877, sinon de disparition - chose d'ailleurs fort plausible¹¹⁹ tout au moins d'une marginalisation confinant à la routine.

Cependant, s'il est vrai que l'administration sanitaire a été souvent attaquée ou menacée (surtout de 1878 à 1885), cela ne veut pas dire que les activités sanitaires avaient été interrompues et qu'elles n'avaient plus aucun impact. C'est le dispositif administratif spécifiquement sanitaire (le bureau de santé) qui risquait de se désagréger, mais certaines

activités sanitaires étaient assurées alors par d'autres instances municipales (cf. notre texte p. 86).

Les activités sanitaires continuaient à avoir de l'importance, puisque comme on l'a vu elles étaient l'enjeu de conflits entre différentes instances municipales qui voulaient toutes s'approprier certains domaines de ce secteur (sur ces rivalités entre instances municipales cf. aussi notre texte p. 14 et 15).

D'autre part, nous avons montré clairement, que avant la période critique de 1878-1885 les mesures sanitaires avaient déjà eu un impact important sur la situation sanitaire de la ville. En conséquence, et même s'il n'y a pas eu un progrès linéaire de 1865 à 1885, il y a eu sans doute néanmoins dans l'ensemble un assainissement de la situation sanitaire à Montréal. Il y a eu des moments de régression, mais jamais les activités sanitaires n'ont été suspendues et la situation a toujours été relativement mieux contrôlée qu'avant 1865.

La situation sanitaire n'a pas été assainie par les seules mesures sanitaires émanant de l'instance municipale sanitaire, mais aussi par diverses initiatives des autres services municipaux, en particulier tous les travaux publics ayant une incidence sur la salubrité: l'amélioration de l'approvisionnement en eau de la ville (cf. notre texte p. 31), la construction des égouts ou l'amélioration du drainage, la construction d'abattoirs ou la réglementation d'établissement et manufactures insalubres¹²⁰ (cf. p. 34) ou encore par des initiatives comme le contrôle des denrées alimentaires, le nettoyage de la ville, etc.

Bien entendu, cet assainissement de la situation sanitaire était sans doute très inégal selon les quartiers. Ce sont certainement les quartiers privilégiés qui en bénéficiaient surtout. C'est pourquoi aussi cet assainissement relatif ne se reflète pas forcément dans les taux de morbidité et de mortalité, eux aussi très inégaux selon les quartiers. Dans son étude sur "La condition des travailleurs, 1851-1896" *Les travailleurs québécois 1851-1896* (Les presses de l'Université du Québec), J. Bernier montre que les quartiers situés à l'est de la ville (soit les quartiers ouvriers et francophones) sont plus peuplés, insalubres et que la mortalité y est sensiblement plus élevée que dans les quartiers situés à l'ouest de la ville peuplés en majorité d'anglophones (pp. 47-51. Bernier s'appuie sur les statistiques du Bureau d'Hygiène de la ville de Montréal pour la période de 1877 à 1896).¹²¹

Par ailleurs, si cet assainissement relatif de la situation sanitaire (à partir de 1875 surtout) n'est pas toujours reflété par les statistiques des taux de mortalité¹²¹ (qui tout en baissant relativement, demeuraient très élevée) c'est parce que le contrôle des épidémies de variole échappait en grande partie à la sphère de l'action sanitaire et ces épidémies élevaient à nouveau taux de mortalité.

De 1887 à 1888, il y a bel et bien une baisse du taux de mortalité, attestée par les statistiques tirées des Rapports

annuels de l'officier de santé (cf. p. 86f. et note 82) T. Copp (op. cit. p. 98) écrit à ce propos: "A Montréal, si ce taux baissa graduellement entre 1877 et 1884, ce fut surtout grâce au nouveau système d'hygiène publique, mais bien d'autres facteurs ont pu intervenir."

Bien entendu, le taux de mortalité va remonter en 1885 au moment de la grande épidémie de variole. Considérant les taux de mortalité à Montréal de 1872 à 1885, qui présentent une figure en dents de scie, Heagerty en induit de manière sommaire qu'il n'y avait pas encore pendant cette période d'action sanitaire à Montréal. Cette argumentation ne tient pas compte du fait que comme la variole sévissait à l'état endémique de 1870 à 1880 (cf. R.D. Defries, *The Development of Public Health in Canada*, p. 13) il n'est pas surprenant que les taux de mortalité présentent une figure en dents de scie.

D'autre part, d'autres facteurs sociaux interviennent dans les taux de morbidité ou de mortalité notamment la détérioration des conditions de vie et de travail des classes défavorisées dans une phase d'expansion de l'urbanisation et de l'industrialisation, avec les problèmes persistants posés par l'émigration et la migration de la campagne à la ville. J. Bernier met en évidence dans son étude (cf. p. 47) qu'il y a une importante expansion de la population entre 1877 et 1884 (et par la suite), expansion encore plus accentuée dans les quartiers ouvriers. Il est évident que la politique sanitaire n'avait qu'une emprise restreinte sur ces graves problèmes sociaux qui avaient une incidence importante sur les taux de mortalité et qui contrecarraient aussi les effets d'une action sanitaire par ailleurs limitée et, dans une certaine mesure, sélective.¹²² Ainsi, Bernier, établit (op. cit.) que les conditions de sécurité et de salubrité restent le plus souvent déplorable à l'époque dans les manufactures et sur les lieux de travail. Il insiste également sur l'exploitation éhontée à laquelle sont soumis les ouvriers (y compris les enfants et sur la détérioration des conditions de travail à partir de 1870 - sweating system etc.) Bernier insiste aussi sur l'impact du chômage, et des crises économiques qui sévissent au cours de ces années sur les conditions d'existence des travailleurs. Vu la misère et la sur-exploitation, il n'est pas étonnant que des taux de mortalité élevés se maintiennent à Montréal, malgré certaines mesures sanitaires effectives, mais limitées et qui ne s'appliquent pas, par exemple, sur les lieux de travail.

Mais un Heagerty n'a pas raison pour autant de tirer des statistiques de mortalité de 1872 à 1885 (cf. op. cit. vol. 1 p. 343) la conclusion unilatérale que l'action sanitaire n'a commencé à Montréal qu'après 1885. En effet, à cette date un mouvement sanitaire existe à Montréal depuis bientôt vingt ans. Ce mouvement, il est vrai, n'a pas toujours obtenu les résultats escomptés - les lois ou règlements, en effet, n'ont pas toujours été suivis d'application (ce qui ne veut pas dire que rien n'a été réalisé!) - mais, dans une certaine mesure ne pourrait-on en dire autant de l'action sanitaire après 1885 (et même après 1900)? En effet, à partir de cette

date, l'action sanitaire s'est renforcée par rapport aux résultats atteints au cours de la période précédente, mais il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de problèmes sanitaires majeurs ne sont que très partiellement maîtrisés (cf. T. Copp, op. cit. p. 16sq. et pp. 97-114). Mais là encore cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu un assainissement relatif de la situation sanitaire (tout comme il y en avait eu un de 1875 à 1885).

C'est un fait avéré, toutefois, que la mise en place d'instances administratives sanitaires permanentes ayant un fonctionnement régulier constant au niveau provincial (le Conseil d'Hygiène) et au niveau municipal pour Montréal ne s'est opérée qu'après la grande épidémie de variole de 1885-1886 (cf. Heagerty, op. cit. p. 344).

A partir de cette date, le Conseil d'Hygiène de la Province travaillant en liaison étroite avec les municipalités (et notamment le Bureau de santé de Montréal) parvient à mieux contrôler la situation sanitaire, autant du moins que les moyens de l'époque le permettaient. En 1891, par exemple, une épidémie de variole qui se déclara à Montréal, fût jugulée (cf. Heagerty, p. 345).

Sans doute, ne faut-il pas surestimer les résultats effectifs immédiats de ces initiatives et certains auteurs ont observé à juste titre que le Conseil provincial d'Hygiène et les bureaux de santé mis en place par la loi de 1886 étaient des organismes qui avaient peu de pouvoir et que "les effets de leur création ne se feront sentir qu'à long terme" (cf. P.A. Lindeau, et al., *Histoire du Québec contemporain de Montréal* 1979, p. 190).

De même, T. Copp observe que la loi québécoise sur l'hygiène de 1886 était malheureusement insuffisante parce que si le Conseil pouvait théoriquement forcer les municipalités à avoir un service de santé et si la loi lui donnait l'autorité voulue pour recommander toutes sortes de mesures sur la santé nationale, en fait le financement des programmes sanitaires dépendait des municipalités qui restaient donc libres d'investir ou non dans de tels programmes. "Si les réformes qu'autorisaient la loi, écrit Copp, avaient été vigoureusement appliquées à Montréal, la situation aurait été radicalement différente. Au train où allèrent les choses cependant, il fallut presque vingt ans pour que le vaccin contre la variole se généralise (op. cit. p. 100).

Néanmoins, la situation sanitaire sera tout de même meilleure dans la province après 1885, et à Montréal du moins, les choses ont dû être facilitées par toutes les initiatives et tous les efforts des années précédentes. Selon Heagerty, après 1885, le Conseil d'Hygiène parvint à contrôler quatre irruptions d'épidémies varioliques au niveau de la province dans les cinq premières années de son existence. Le nombre des cas de diphtérie baissa nettement après l'introduction des mesures sanitaires. En 1889 et 1893, la fièvre scarlatine prit une ampleur épidémique mais put être contrôlée rapidement. De même il y eut une diminution de la prévalence

de la fièvre typhoïde, en raison de l'effort porté sur la prévention de la pollution de l'eau. On assiste aussi aux premières tentatives pour essayer de contrôler la tuberculose et à de nouveaux efforts pour populariser les pratiques d'hygiène (cf. Heagerty, op. cit. vol. 1 pp. 345-346).

Et Heagerty a raison dans une certaine mesure en ce qui concerne la vaccination anti-variolique à proprement parler. Contrairement à ce qu'il affirme, toute opposition à la vaccination n'a pas cessé après 1885-86, puisque l'on trouve encore des expressions de cette opposition jusqu'à la fin du siècle au moins, néanmoins après la catastrophe de 1885-86 (cf. supra p. 92), le mouvement anti-vaccination semble avoir pris un sérieux coup: il a sans doute perdu une part de sa crédibilité: il n'y a plus d'opposition populaire massive et active à la vaccination après 1885-86. Il y a cependant, sans doute, encore une certaine résistance passive dans une partie de la population puisque le Conseil d'Hygiène ne pourra rendre la vaccination obligatoire qu'en 1903-04 (cf. supra p. 37). Mais il reste que les quelques animateurs du mouvement, qui n'appartiennent pas aux milieux populaires pour perpétuer activement cette opposition qui ne se situera plus désormais qu'au niveau de la polémique intellectuelle. L'effondrement progressif du mouvement populaire contre la vaccination a donc levé un des obstacles majeurs à l'extension de la politique sanitaire et a, sans doute, permis à l'organisation sanitaire montréalaise de se consolider et de s'imposer définitivement.

Mais la gestion de la santé publique à Montréal n'aurait sans doute pas pu s'imposer aussi rapidement et efficacement, s'il n'y avait pas eu cette période antérieure (de 1865 à 1885) de structuration de l'administration et de l'action sanitaire.

D'autre part, il est un autre point important, c'est qu'à partir de 1885, les médecins ont conquis une place décisive au niveau de l'expertise en matière sanitaire. Là encore, ce résultat est difficilement pensable sans référence aux actions et aux événements des années antérieures. Et ce point est important eu égard à la consolidation de la professionnalisation et de la légitimation d'une action sanitaire.

De 1865 à 1885, on n'a certes pas obtenu par l'action sanitaire de résultats spectaculaires ou décisifs: - on pourrait même dire que les résultats sont plutôt minces par rapport à la somme des initiatives déployées et à tout ce qui a été fait en ce sens sur le plan législatif ou réglementaire mais, à un autre niveau, ce qui s'est effectué à travers le mouvement sanitaire, c'est la mise en place d'un dispositif pratico-discursif légitimant un contrôle social de la population au niveau sanitaire et ouvrant la voie à l'expansion d'un procès de médicalisation dans la société.

B) La Pénétration et la Consolidation des Positions Médicales

A l'instar des autres villes nord-américaines, on l'a vu, Montréal avait d'abord vu son dispositif de santé publique entièrement entre les mains d'élus ignorant à peu près tout

de la médecine. Au cours des vingt années qui nous ont retenus, cependant, la nécessité d'une expertise médicale au coeur même du dispositif et de la prise de décision avait été de plus en plus reconnue et assurée, non sans quelques soubresauts toutefois.

D'abord reconnue de fait par l'engagement d'officiers de santé, l'expertise médicale dans un premier temps demeure entièrement subordonnée à la décision politique, sa compétence comme retenue exclusivement pour la mise en oeuvre. Avec Workman, Coursol et Hingston à la mairie, non seulement la fonction paraît avoir assuré sa permanence, mais l'expertise s'introduit au sein même du Comité de santé où se prennent les décisions, en même temps que sous Hingston, lui-même médecin, le recours s'institutionnalise au conseil de personnes extérieures au gouvernement municipal, médecins pour bonne part. Sous Beaudry et ses immédiats successeurs, l'agitation autour du Bureau de santé mettra en difficulté ce recours médical, au profit d'une liberté de manoeuvre plus exclusive des élus, mais sous Beaugrand l'institutionnalisation du recours à l'expertise médicale, et son rôle dans la décision, se confirme par des mesures que la législation provinciale viendra encore appuyer lors de la catastrophe en 1885.

Contrairement à ce qui se passera en d'autres cités, et aux Etats-Unis, où l'ampleur de la mobilisation de citoyens sous la bannière de la santé publique risquera de déborder le pouvoir de la profession médicale,¹²³ occasionnant d'acrimonieux rapports entre médecins et sanitariens, à Montréal la campagne pour la santé publique reste sous le contrôle des médecins et c'est par eux que s'effectuera la prise en charge. A Montréal, sous Workman et Hingston, les mouvements pour la santé publique, en quelque sorte arriveront au pouvoir à peine nés, ce qui peut-être explique leur caractère éphémère, et de ce fait que les médecins se soient trouvés le seul groupe à pouvoir occuper la scène de la santé.

Il peut paraître singulier que dans une province qui avait en 1875 supprimé son Ministère de l'instruction publique par phobie anti-étatiste,¹²⁴ les porte-parole médicaux d'une mobilisation pour la santé publique aient pu se réclamer d'un programme étatique. En effet, le nouvel officier de santé, le Dr. Laberge vante "un des grands mouvements de l'époque: l'hygiène d'Etat",¹²⁵ faisant écho aux déclarations de Hingston lui-même au Congrès de la Canadian Medical Association tenu à Montréal en 1877 et qui déclarait, sans vouloir déprécier les mérites de la science du chirurgien ou du gynécologue, "there is a department as important as any of these (...). I allude to State Medicine."¹²⁶ La clé de l'apparent paradoxe tient peut-être à ce que ces plaidoyers pour une médecine d'état invariablement en attribuent la direction aux médecins; à Montréal ce leadership n'était pas de nature à inquiéter à une époque où les dissidents sont entrés dans le rang et où les professions libérales ne peuvent pénétrer la scène politique sans avoir montré patte blanche.

En tout cas, et de manière indiscutée, au moins après 1885, les médecins vont pouvoir, s'appuyant sur les interventions provinciales, et fédérales à un moindre degré, exercer leur expertise et leur direction sans que personne leur en conteste la légitimité.

C) La Signification Historique de la Mise en Place de 1865 à 1885

Mais une question demeure, c'est de savoir si cette mise en place eut quelquel'effet sur les problèmes à résoudre. A première vue, la dominance des conceptions miasmatiques et le caractère pré-bactériologique des dispositions prises auraient dû constituer un sérieux obstacle à l'efficacité du dispositif de santé publique. Par ailleurs, la fixation sur les flambées épidémiques, largement responsable, on l'a vu, du manque de continuité des mobilisations aurait dû aussi freiner et limiter les actions.

Ainsi, Terry Copp a sévèrement jugé la persistance à Montréal jusque loin dans le 20e siècle de façons de faire, comme l'inspection sanitaire, témoignant d'un retard sur la nouvelle science bactériologique, retard manifesté d'ailleurs dans les équipements de laboratoires insuffisants et un personnel inadéquat.¹²⁷

Ce n'est pas que l'émergence de la bactériologie soit passée inaperçue. A Montréal, comme au Conseil d'hygiène de la province de Québec, on crée un laboratoire de bactériologie en 1894; la même année, le Dr. J. E. Laberge signe une communication avec le titre "Bactériologiste de la Ville de Montréal."¹²⁸ En fait, dès 1876, 1877, les travaux de Pasteur et de Tyndall sont connus et discutés à Montréal et dans les controverses que soulèvent ces savants en Europe, c'est à leur côté que se range l'opinion médicale d'ici.¹²⁹ Et à compter des années 1890, de jeunes médecins iront en Europe s'initier à la pratique de la nouvelle science dans les grands laboratoires.¹³⁰

Sans doute, à compter des années 1880, avec Koch, Cohn, Pasteur, etc. on procède avec succès à l'identification des microorganismes responsables de maladies infectieuses. Mais il s'en faut que l'on sache pour autant comment vaincre l'agent pathogène. En fait, avant les années 1930, 1940, à part l'antitoxine diphtérique qui apparaît en 1894 aucun vaccin ne viendra s'ajouter à celui empiriquement appliqué contre la variole depuis 1798; alors l'apparition des antibiotiques viendra renouveler la scène thérapeutique.

Pourtant, si dans les pays industrialisés les décès par maladies infectieuses subissent une régression très marquée au cours du 19e siècle, avant même que les nouvelles thérapeutiques permettent d'amorcer une lutte scientifique, c'est que leur recul avait d'abord pour condition le contrôle des égoûts et de la qualité des eaux, la sanitation des villes et, plus généralement, l'élévation du niveau de vie, avec l'amélioration correspondante de la nutrition.¹³¹

A cet égard, il n'y a pas de raison de penser que Montréal diffère des autres villes industrielles de l'époque, et la chute du taux de décès, qui oscille de 30/1000 à 37 au cours des années 1870, passe de 27 à 25,6 au début des années 1880, avant la flambée de 1885, et décline de 25,46 en 1900 à 21,4 en 1910, indique assez bien les progrès réalisés, malgré que cette mortalité demeure effarement élevée.

En revanche, la fixation de l'attention sur les deux grands fléaux que sont le choléra et la variole, l'habitude de se mobiliser de façon particulièrement active à leur approche appréhendée, ont peut-être fait considérer comme "normales", dans "l'ordre des choses", d'autres maladies plus insidieuses, comme la tuberculose, dont le contrôle eût exigé une attention soutenue, une sanitation vigoureuse et une amélioration générale des conditions de vie. Ainsi, de 1876 à 1883, la tuberculose ne fait pas moins de 400 morts annuellement à Montréal, se situant au premier rang des causes de décès. Les maladies entériques, regroupées, étaient encore plus mortelles et leur éradication eût été fort avancée par un contrôle de la qualité des eaux et du lait.

Au total, la période 1865-1885 aura fourni la base administrative pour une pratique aux effets limités, mais certains, qui à compter des années 1910 surtout servira d'assise pour une nouvelle vague de mesures, bactériologiquement mieux assurées, affectant surtout la qualité du lait, des eaux et des aliments.

Remerciements

Les chercheurs ont bénéficié de subventions de recherche du Conseil de recherche médicale du Canada et du Fonds CAFIR de l'Université de Montréal. Ils remercient P. Keating pour ses suggestions et ses remarques.

NOTES

74. *Canada Medical Record* (1878): 259.
75. AM/CM/PVA, (Vol. 98-R3), 3 avril 1877.
76. AM/CM/PVA, (Vol. 99; R-4), 10 sept. 1877; (Vol. 104; S-3), 23 janvier 1882. Le Dr. Dugdale réclamait \$2456. pour ses services comme officier de santé; suite au refus de la ville en 1877, il gagna sa cause devant la Cour supérieure (\$2100); la Ville appela de la décision et le montant fut réduit à \$400. Devant la décision de Dugdale de se pourvoir en appel, le Comité des finances recommanda un arrangement hors cour pour \$1000. (1882)
77. Par exemple, AM/CM/PVA, (Vol. 99, R-4), 4 fév. 1878. (Pétition contre l'administration de MM. Radford et Grant du Bureau de santé); 11 fév. 1878, (pétition pour le renvoi des mêmes); (Vol. 100, R-5), 1 avril 1878, (pétition contre les mêmes; pétition pour obliger les membres du Bureau de santé à prêter un serment d'office comme les échevins); 12 août 1878, (pétition pour

prévenir la nomination de MM. Weaver, Sheldon, Mercer et du Dr. Mount au Bureau de santé).

78. AM/CM/PVA, (Vol. 99, R-4), 8 oct. 1877. La motion fut adoptée par le Conseil.
79. AM/CM/PVA, (Vol. 100, R-5), 15 mars 1878, 10 juin 1878, 18 juin 1878, 12 août 1878. Sur l'épisode, voir aussi A.B. Larocque, "4e Rapport sur l'état sanitaire de la cité de Montréal," AM, série V. 001.4/1878; pp. 3-4.
80. AM/CM/PVA, (Vol. 101, R-6), 20 oct. 1879.
81. Larocque, "Fifth Annual Report on the Sanitary Condition of the City of Montreal," AM, série V. 001.4/1879; p. 9. Voir aussi le rapport pour l'année 1880, p. 4. En mars 1881, la "reconstruction du Bureau de santé" n'est pas encore définitivement fixée. Cf., AM/CM/PVA, (Vol. 103, S-2), 28 mars 1881; 4 avril 1881.
82. Statistiques tirées des Rapports annuels de l'officier de santé. (AM, série V. 001.4/annuel). Néanmoins la mortalité demeurait sensiblement plus élevée dans certains quartiers populaires. Ainsi en 1883, 32,11 pour mille dans Sainte-Marie.
83. S. Rivard, "Discours d'adieu du maire," AM, série V. 001.4/1880, p. 4.
84. Larocque, "Neuvième rapport annuel sur l'état sanitaire de la cité de Montréal," AM, série V. 001.4/1883; p. 17.
85. S. Rivard, "The Mayor's Inaugural Address," AM, série V.001.4/1879.
86. A l'examen des cartes conservées aux AM, on ne peut qu'être frappé par le caractère incomplet et lacunaire du système en 1877 comparé à l'état de 1883 qui fait apparaître l'existence d'un véritable réseau.
87. AM, Commissions échevinales, Série 12: Santé, Bobine 1.
88. Rapport de l'Inspecteur de la Cité sur les divers travaux exécutés par le Département des chemins de la Cité de Montréal durant l'année 1880. AM, série V.--1.4/1880, p. 8. Deux ans plus tard, le même Inspecteur ajoutait: "Le pouvoir accordé au Département des chemins, de surveiller la construction et les réparations faites aux canaux privés, a servi à démontrer que la plus grande cause des plaintes provenant d'égouttage défectueux est attribuable aux égoûts dans les maisons." AM, série V.001.4/1882, p. 4.
89. *Ibid.*, 17. Nous avons conservé la ponctuation de Larocque, mais les soulignés sont de nous.
90. "Cinquième rapport annuel...", AM, série V.001.4/1879; pp. 7,8.

91. "Sixième rapport annuel...", *Ibid.*, 1880; p. 5.
92. "Seventh Annual Report...", *Ibid.*, 1881; p. 3.
93. "Eighth Annual Report...", *Ibid.*, 1882; pp. 7,8.
94. V.q., J.-L. Beaudry, "Discours inaugural," AM, série V. 001.4/1877.
95. 4e Rapport sur l'état sanitaire de la Cité de Montréal, AM, série V.001.4/1878, p. 35. Voir aussi, *ibid.*, 1881, p. 5.
96. Il faut attendre 1919 pour que le gouvernement fédéral crée son Département de santé. A l'époque qui nous occupe, l'interprétation courante est que le British North America Act confère aux provinces la responsabilité en matière de santé. Par sa responsabilité en matière de recensement, le fédéral cependant pouvait intervenir pour la collecte de statistiques vitales.
97. Huitième rapport, AM, série V.001.4/1882, p. 3; Neuvième rapport, *ibid.*, 1884, p. 5; Septième rapport, *ibid.*, 1881, pp. 4 et suivantes.
98. Neuvième rapport, AM, série V.001.4/1883; pp. 12-31.
99. AM/CM/PVA, (104; S-3), 24 novembre 1884, p. 118.
100. AM/CM/PVA, (109; T-2), 18 mai 1885, pp. 115-116.
101. A. Beaugrand, "Discours inaugural," AM, série V.001.4/1885, pp. 3-5.
102. Il s'agit, bien sûr, des universités McGill, Laval de Montréal, Bishops et Victoria.
103. AM/CM/PVA, (Vol. 109; T-2), p. 151.
104. *Ibid.*, 123-4.
105. *Ibid.*, 142-6.
106. "... les meilleurs résultats ont prouvé que nous avons raison et nous pouvons aujourd'hui envisager la situation avec calme, et compter sur le temps pour effacer bientôt toutes les traces de cette année terrible dans l'histoire de Montréal," H. Beaugrand, "Discours du maire," AM, série V.001.4/1886.
107. Heagerty, *op.cit.*, Vol. 1: 344. Les chiffres du Bureau de santé de Montréal sont légèrement inférieurs.
108. E. Pelletier, "Public Health in Quebec," in R.D. Defries, (ed.), *The Development of Public Health in Canada*. Canadian Public Health Association, 1940; pp. 11-26; p. 13.

109. E. Desjardins, "La grande épidémie de 'picote noire'," *Union médicale*, 1970, 99: 1470-1477: p. 1473.
110. Notamment de la part du fameux Dr. Coderre, qui même après l'épidémie continuera à mener son combat d'arrière-garde et publiera de décembre 1885 à février 1886 trois livraisons de son mensuel, *L'anti-vaccinateur canadien-français*.
111. Rapport sur l'état sanitaire de la ville de Montréal, AM, série V.001.4/1885; p. 65.

Les émeutes les plus importantes se produisent les 28 et 29 septembre 1885, à la fin d'une semaine au cours de laquelle 226 des 245 décès par variole étaient de nationalité canadienne française. J.J. Heagerty rend compte ainsi des événements. (cf. *Four centuries of Medical History in Canada*, vol. 1, p. 91-92):

A howling mob of anti-vaccinationists assembled that night and took possession of the streets. The crazed bigots wrecked the east end branch of the Medical Health Officer's department, tore down placards from vaccination stations and from infected houses, assaulted the City Hall itself and, after being driven off once by the massed police, broke in and wrecked the Health Offices, smashing the windows and throwing quantities of disinfectants and placard posters out into the street. Chief of Police Paradis was attacked and badly beaten by the mob, who threatened next night to burn down the house of the Mayor and that of a French-Canadian alderman who supported vaccination. Mayor Beaugrand rose from a sick-bed to try to quell the riots. The house of Dr. Laporte, another civic medical officer, was set on fire. The rioters broke into the office of the *Montreal Herald* and gutted it. Next day troops were called out, though the riots from then on assumed a smaller scale, not requiring military intervention. During the hubbub Mayor Beaugrand was actually arrested by order of a French-Canadian senator, because the Mayor had forcibly taken possession of the Montreal Exhibition grounds for a small-pox hospital.

Montreal was shunned like a plague spot. Hotels were half closed and a pall of gloom hung over the city. United States officials refused entrance to emigrants from Canada unless the entrants were vaccinated. And yet for months the anti-vaccination element strenuously opposed all sanitary measures. The clergy did everything in their power to induce their flocks to obey the orders of the authorities. Several cases in Toronto were attributed to goods from Montreal and, for a time, Ontario

insisted upon vaccination or a certificate of vaccination from every Montrealer entering the province. In this connection City Solicitor Roy, of Montreal, while en route to Ottawa, was stopped at the provincial boundary and, refusing to submit to vaccination, was denied admission to Ontario. Rioting continued intermittently until the end of October of that year. Meanwhile, small-pox continued to take toll.

Selon le *Rapport annuel du Bureau d'hygiène de la ville de Montréal*, il apparaît que le taux de mortalité dû à l'épidémie était beaucoup plus élevé dans les quartiers francophones (où il est passé de 29 à 61 pour mille en 1885) que dans les quartiers anglophones (où il est passé de 20 à 25 pour mille). Le taux de mortalité au cours de 1885 s'établit à un niveau deux fois plus élevé chez les canadiens français que chez les Irlandais et trois fois plus élevé chez les premiers que chez les habitants de souche anglaise ou écossaise. Les données sont mentionnées par J. Bernier "La condition des travailleurs, 1851-1896" in *Les Travailleurs québécois 1851-1896 Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1975*, pp. 31-60 et par R. Duchesne, "Problèmes d'histoire des sciences au Canada Français" in R.A. Jarrell et N.R. Ball, *Les sciences, la technologie de l'histoire canadienne*. Waterloo. 1980, p. 23.

Duchesne écrit à ce propos:

"Autrement dit, la petite vérole a relativement épargné la population anglophone de la ville et la majorité des 3000 victimes de l'épidémie de 1885 ont été des Canadiens français. Pour expliquer cet étrange développement de l'épidémie, nos ancêtres du 19e siècle, et après eux, les historiens de la médecine comme, par exemple, Maude Abbott, n'ont pas manqué de faire remarquer que la pratique de la vaccination était déjà généralisée au sein de la population anglophone, alors qu'un projet de loi visant à la rendre obligatoire était constamment reporté à cause de l'opposition de la population canadienne française. La chronique de l'époque rapporte également qu'alors que les médecins anglais de Montréal, avec à leur tête les professeurs de la Faculté de médecine de l'université McGill, se faisaient les ardents défenseurs de l'immunisation de la population par la vaccination, leurs confrères canadiens-français présentaient eux aux charlatans et aux retardataires un front moins uni. En fait, il fallut cette terrible épidémie de 1885 pour vaincre, non seulement dans la population, mais aussi dans le corps médical francophone de Montréal les dernières oppositions à la vaccination (pp. 25-27)."

Selon nous, la question du mouvement contre la vaccination doit faire l'objet d'un examen approfondi. Il nous semble difficile d'expliquer ce phénomène en invoquant un retard de la "médecine francophone" par rapport à la médecine anglophone à Montréal. Depuis 1876, les anti-vaccinateurs semblent plutôt marginaux dans la communauté médicale francophone montréalaise. En effet dès cette date, dans l'*Union Médicale du Canada*, qui reflète les opinions des milieux dominants et les plus influents de la profession médicale francophone (non seulement à Montréal, mais encore dans le reste de la province) on pouvait lire:

"... la presque totalité des médecins canadiens sont partisans de la vaccination et si la rédaction de l'*Union Médicale* a quelquefois permis l'insertion de quelques lettres du Dr. Coderre contre cette excellente pratique (la vaccination) elle n'en a jamais assumé la responsabilité, soit en les insérant, soit en les défendant dans la partie éditoriale du Journal." (Vol. 6 p. 160, n. 1)

Par ailleurs, toute opposition à la vaccination n'a pas cessé dans le corps médical après 1885. C'est après l'épidémie de 1885-86 que se reconstitue la ligue contre la vaccination obligatoire(!) ligue dans laquelle on trouve aussi des médecins anglophones (cf. note 71). Les anti-vaccinateurs se servant de l'épidémie pour leur argumentation, en affirmant que c'est précisément la vaccination pratiquée à grande échelle qui a propagé le fléau. Quant à l'opposition de la population à la vaccination, il serait sans doute plus fécond d'analyser ce phénomène dans le cadre d'une problématique "anthropologico-politique" (qui ne s'applique pas seulement au Québec mais à tous les pays): celle de la résistance populaire à la médicalisation, plutôt que de le considérer, comme le font Heagerty et M. Abbott, dans un cadre positiviste, comme un phénomène spécifiquement local, s'expliquant par les préjugés anti-scientifiques d'une population "arriérée". Comme la plupart des épidémies, celle de 1885 a eu pour effet d'exaspérer les conflits sociaux et culturels, et plus spécifiquement, dans ce cas, les tensions entre groupes ethniques et linguistiques surdéterminant les positions de classe.

112. Rapport sur l'état sanitaire de la ville de Montréal, AM, série V.001.4/1885, pp. 48-50.
113. *Ibid.*, p. 50.
114. H. Beaugrand, "Discours d'adieu," AM, série V.001.4/1886, p. 4.
115. E. Pelletier, (n. 108), pp. 48-50.
116. Rapport sur l'état sanitaire, AM, série V.001.4/1885, p. 24.

117. T. Copp, (n. 5), p. 100.
118. Heagerty, (n. 3), Vol. 1, p. 344. Heagerty reprend-là mot pour mot la vision qu'avait le Conseil d'hygiène du Québec des conditions de sa propre naissance. Cf. *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec*, 1895, p. 13.
119. Après tout, le Bureau de santé de la ville de Toronto, fondé en 1834, avait été supprimé en 1869, pour n'être rétabli que trois ans plus tard, à l'occasion d'un retour épidémique du choléra. Cf. H.A. MacDougall, "The genesis of public health reform in Toronto," *Communication présentée à la Canadian Historical Association*, juin 1979; pp. 1-2.
- On peut d'ailleurs déceler des analogies entre notre travail sur Montréal et l'article de Heather MacDougall: "Public Health in Toronto's Municipal Politics: The Canniff Years 1873-1890" *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 55, no. 2 (186-202). A Toronto, comme à Montréal, après une phase d'expansion de la santé publique, il y a une phase de reflux. L'échec relatif et momentané de Canniff s'explique en un sens par les mêmes raisons que celui de Larocque sous l'administration de Beaudry: Les types de résistances que rencontrent les deux officiers de santé (Larocque à Montréal, cf. p. 27 sq. de notre texte, et Canniff à Toronto) sont à peu près les mêmes: l'administration préfère investir davantage dans les équipements municipaux que dans la santé publique: "Clearly, public health work was an accepted but not crucial area of local government." (p. 198)
120. Il n'y avait que peu ou pas de réglementation concernant la salubrité et la sécurité à l'intérieur des lieux de travail, mais il y avait par contre, en principe, certains règlements pour éviter la pollution produite à l'extérieur par les manufactures (cf. infra. p. 19 et n. 59).
121. Selon P.A. Linteau, et al. (*op.cit.* p. 185) on ne peut se servir pour l'estimation de la densité de la population à l'époque des calculs du bureau de santé, car ces derniers sont grossièrement erronés. Toutefois, les auteurs jugent également que "l'inégalité sociale devant la maladie et la mort est très évidente pour la période" et que la morbidité et la mortalité (surtout infantile) sont beaucoup plus élevées dans les quartiers francophones défavorisés que dans les quartiers anglophones privilégiés. Ils écrivent à ce propos:

Pour expliquer cette situation, on met souvent en cause le bas niveau d'éducation des travailleurs canadiens français et leur ignorance des règles élémentaires de l'hygiène. Les véritables causes sont de nature socio-économique. Ces travailleurs doivent vivre

aussi bien au travail qu'à la maison dans un environnement insalubre, néfaste à leur santé. Forcés d'entrer très tôt sur le marché du travail, ils ont évidemment une éducation déficiente. Leur revenu insuffisant ne leur permet pas d'avoir un logement de qualité ni une alimentation saine et équilibrée. Ils n'ont guère accès aux services de santé, puisqu'ils ne peuvent en payer le coût. Le problème n'est donc pas principalement culturel; il résulte d'un système économique fondé sur l'exploitation et l'inégalité. (*Op. cit.* p. 190)

Sur l'inégalité sociale devant la maladie et la mort selon les quartiers et sur les corrélations avec la densité de la population (cf. aussi T. Copp. p. 23sq et pp. 97 à 114).

122. Un texte polémique de 1885 met bien en évidence qu'il y avait déjà à l'époque une action sanitaire effective et relativement efficace, mais que cette action était sélective et très inégale selon les quartiers. On pourrait même dire que la salubrité de certains quartiers est assurée dans une certaine mesure aux dépens de celle des autres (cf. Anonyme "Après la vaccination"), *La Presse*, 28 septembre 1885 (Cité par Martin Tétreault - *Op. cit.* n. 14, p. 66-68):

(...) mais il y a des gens qui manifestent pour cette formalité (la vaccination) une confiance beaucoup trop illimitée, et qui pensent que la vaccination nous préservera à jamais de cette maladie qui est en train de ruiner notre commerce. La cause est en dehors de ce prétendu refus de la population française de se faire vacciner.

Il y a assez longtemps que notre population est en butte à des accusations de toutes sortes, et même de la nature la plus injurieuse, on devrait une bonne fois, dire la vérité.

Si la mortalité sévit principalement dans la partie Est de la ville, c'est parce que la population est en meilleur état de réceptivité, parce qu'elle est à moitié empoisonnée par les égoûts construits par la corporation, et par les fabriques possédées par les capitalistes des autres parties de la ville.

L'ingénieur de la cité disait, il y a quelques jours, que les canaux de la cité étaient des plus mal construits, et c'est dans la partie Est que l'on en souffre parce qu'elle est la plus basse. Il est bien beau de la part des millionnaires de la rue Sherbrooke et de la division Ouest de se plaindre de la malpropreté des Canadiens français, mais ils devraient se

rappeler que ce sont les Anglais qui ont eu, jusqu'à il y a deux ans, la distribution des deniers de la corporation, et que c'était à eux de donner des instructions convenables à leur agent M. McQuisten.

A cette date, toutes les dépenses se faisaient au profit de la partie Ouest, pour l'autre extrémité de la ville, tout était toujours assez bien: Les trottoirs, les rues, les canaux, les manufactures. On recueille maintenant les fruits de cette politique d'égoïsme et d'injustice.

Tous les conduits de la partie Ouest de la ville prennent la direction de l'Est, et de cette agglomération, avec les constructions à moitié faites dans la partie inférieure de la ville, il résulte une collection de miasmes capables d'empoisonner une population toute entière (...)

Il y a des canaux ouverts qui sont de vrais foyers de pestilence et des réservoirs qui sont recouverts de ces végétations putrides qui indiquent de véritables cloaques.

On a, depuis bien des années averti la corporation de faire disparaître ces viviers de microbes, de bacilles, de microzoaires de toutes sortes qui sont autant de distributeurs de toutes les épidémies. Qu'on isole et qu'on vaccine, c'est très bien, mais répétons-le (...) qu'on nettoie la ville, ce ne sera pas de l'argent mal employé.

Evidemment, il ne faut pas oublier la fonction polémique de ce texte et il faut sans doute en tempérer les exagérations. Il est sans doute inexact de dire que tout était fait pour les anglophones et rien pour les francophones, mais il est certain, en revanche, que certains quartiers ou groupes ethniques et sociaux étaient beaucoup mieux protégés par l'action sanitaire que d'autres.

Une telle situation de protection sanitaire inégale selon les quartiers se perpétuera d'ailleurs au début de notre siècle. Un des exemples les plus frappants en est donné par T. Copp: "... même si la pasteurisation du lait date du début du siècle, elle ne se pratiquera, avant la première guerre mondiale, que dans les laiteries qui desservaient les quartiers anglophones de l'ouest de la ville. (*Op. Cit.*, p. 105).

123. Voir par exemple, L. Stevenson, (n. 13); Barbara G. Rosenkrantz, "Cart before horse: Theory, Practice and Professional Image in American Public Health, 1870-1920," *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*,

- 1974, 29: 55-73.
124. Linteau et al. (n. 46), p. 242.
125. Rapport sur l'état sanitaire, AM, série V.001.4/1885, p. 23.
126. W. Hingston, "Annual Address," Tiré-à-part, Canadian Medical Association, 1877; p. 12.
127. T. Copp, (n. 5), p. 100.
128. J.E. Laberge, "Des inoculations préventives des maladies contagieuses," Montréal, W.F. Daniel, 1894.
129. W. Hingston, (n. 123), p. 14. A. Michel, "De l'origine des ferments organisés: M. Pasteur et M. Frémy," *Union médicale*, 1876, 5: 378-382.
130. G. Janson et M. Lalonde, "Guide des sources d'archives concernant la médecine sur l'île de Montréal, des débuts à 1900," Communication présentée à la Société canadienne d'histoire de la médecine; juin 1980; p. 2.
131. T. McKeown, *The Role of Medicine*. Oxford, Blackwell, 1976; particulièrement, pp. 33, 41, 49, 57-58, 76. G. Rosen, "Disease, debility and death," in H. Joyos & M. Wolff, (eds.), *The Victorian City: Images and Realities*. Boston, 1973, 2 vols. Vol. 2, pp. 625-67.

A propos des miasmes et des constitutions épidémiques, il serait d'ailleurs erroné d'en faire des élucubrations anti-scientifiques. En effet, cette doctrine correspond à la reconnaissance du caractère pathogène de certains environnements ou milieux bio-géographiques, même si les vecteurs de la maladie n'étaient pas identifiés adéquatement avant la bactériologie. Il n'était pas faux de tenir certaines conditions de l'environnement comme prédisposant à la maladie ou à la prolifération de certains agents pathogènes, même si ces agents étaient tenus pour miasmes plutôt que microbes ou virus. La théorie miasmatisque n'était d'ailleurs pas incompatible avec l'idée de contagion; elle en limitait seulement la portée en centrant l'attention sur des particules organiques plutôt que sur des micro-organismes.

Malgré que depuis l'ère pastorienne on attache moins d'importance aux facteurs climatiques, telluriques, etc. dans la production des maladies, il s'en faut que cette problématique ait été définitivement évacuée du champ scientifique. Voir par exemple, J. Boyer, *Précis d'hygiène*. 3e éd. Paris, 1961, cf. Othmar Keel, *Cabanis et la généalogie de la médecine clinique*. Thèse Ph.D. Université McGill, 1977.