

## Article

---

« L'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939 : centralisation, normalisation et médicalisation »

François Guérard

*Recherches sociographiques*, vol. 37, n° 2, 1996, p. 203-227.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/057034ar>

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 <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

---

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 : [erudit@umontreal.ca](mailto:erudit@umontreal.ca)

# L'HYGIÈNE PUBLIQUE AU QUÉBEC DE 1887 À 1939: CENTRALISATION, NORMALISATION ET MÉDICALISATION\*

François GUÉRARD

L'amélioration rapide de l'état de santé de la population du Québec de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à 1939 coïncide avec l'organisation par l'État québécois de services d'hygiène publique desservant la quasi-totalité du territoire habité. L'auteur brosse un tableau de l'évolution de ces services, tout en identifiant les principaux acteurs dans ce champ d'intervention, leurs moyens d'action et les enjeux des réformes sanitaires. Il cherche en particulier à faire ressortir trois processus centraux dans la formation du système d'hygiène publique, à savoir une centralisation graduelle du pouvoir décisionnel et de l'organisation des services aux mains d'agences gouvernementales, centralisation qui entraîne une résistance des autorités locales; une normalisation des services et la constitution de l'État comme agent majeur de la médicalisation de la société québécoise. Une double étude de cas, Trois-Rivières et Shawinigan, lui permet de saisir les réactions locales à l'activité des organismes d'hygiène provinciaux.

Comme en font foi les principaux indices de mortalité, l'état de santé de la population du Québec s'améliore considérablement durant les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi, de 1900 à 1939, les taux de mortalité générale s'abaissent de moitié, soit de plus de 20 décès par mille habitants à environ 10. Cette remarquable transformation coïncide avec l'organisation graduelle par l'État québécois d'un ensemble de services d'hygiène publique qui, d'abord concentrés dans les villes, en viendront à couvrir la quasi-totalité du territoire habité de la province. C'est à la

---

\* Cet article présente certaines des conclusions de la thèse de l'auteur intitulée *La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939. Trois-Rivières et Shawinigan*. Nous remercions vivement Camille Limoges et Paul-André Linteau pour en avoir lu et commenté une version préliminaire.

mise en place de ce dispositif d'intervention auprès des populations urbaines et rurales que nous nous intéresserons ici.

Il s'agira, tout en retraçant l'évolution de l'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939, d'identifier les principaux acteurs dans ce champ d'intervention, leurs moyens d'action et les enjeux que représentaient pour eux les réformes sanitaires. Nous chercherons de la sorte à mettre en évidence trois lignes de force de l'organisation des services: une centralisation progressive aux mains d'agences gouvernementales malgré les réticences des autorités locales, une normalisation assurée précisément par la prise en charge par l'État, et enfin la promotion de la médicalisation de la société québécoise.

Pour atteindre ces objectifs, il est apparu nécessaire, en plus d'examiner les interventions d'organismes centraux visant l'ensemble de la province, de mener l'enquête en milieu local. Ceci a permis d'avoir prise à la fois sur les projets des hygiénistes, sur la mise en place même des réformes et sur les réactions qu'elles ont suscitées. Deux localités aux caractéristiques de développement nettement distinctes ont été choisies comme terrain d'enquête: Trois-Rivières, centre régional ancien, et Shawinigan, petite ville de ressources créée au tout début du XX<sup>e</sup> siècle. Afin de nous assurer de la représentativité de ces deux cas quant à chacun des thèmes abordés, nous avons porté attention à la conformité de nos observations avec celles trouvées dans les études touchant d'autres localités et avec les remarques de contemporains concernant les municipalités québécoises dans leur ensemble. Les principales sources mises à contribution ont été les archives gouvernementales (surtout celles du Conseil d'hygiène de la province et de ses successeurs), municipales et d'organismes privés, ainsi que la presse régionale.

Deux grandes phases de l'évolution de l'hygiène publique au Québec ont été identifiées: dans un premier temps, les autorités sanitaires cherchent à réduire la mortalité due aux maladies contagieuses à l'aide de mesures essentiellement d'hygiène du milieu puis, à partir de la fin de la Première Guerre mondiale, l'accent est mis sur la médecine préventive et l'éducation populaire. Ces deux phases seront présentées tour à tour, après un bref bilan de la recherche sur l'hygiène publique au Québec et ailleurs.

### *L'histoire de l'hygiène publique*

Les connaissances sur l'histoire de l'hygiène publique dans la province demeurent lacunaires. Jusqu'à récemment, les recherches d'envergure qui abordaient ce champ d'intérêt étaient en fait consacrées prioritairement à d'autres sujets, et ne le faisaient que dans la mesure où cela était nécessaire au traitement du sujet central. Depuis quelques années toutefois, l'hygiène publique attire de plus en plus l'attention des chercheurs québécois. Il n'en reste pas moins que, sauf exception, les travaux

novateurs effectués dans d'autres pays à partir des années 1970 n'ont encore exercé ici qu'une faible influence.

Le mieux connu des ouvrages concernant l'hygiène publique au Québec au début du XX<sup>e</sup> siècle demeure sans doute celui de Terry COPP (1978) sur les conditions de vie de la classe ouvrière à Montréal<sup>1</sup>. D'après celui-ci, l'état de santé des Montréalais était parmi les plus piteux des centres urbains des pays industrialisés, ce qu'il attribue aux causes suivantes: l'inactivité des autorités municipales montréalaises et le peu de pouvoirs et de ressources accordés à l'organisme provincial responsable, le Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ). De fait, comme on le verra plus loin, les municipalités opposèrent une résistance aux projets du CHPQ, lequel n'obtint dans un premier temps que des moyens limités d'intervention. Il est inexact toutefois que le CHPQ n'avait pas reçu les pouvoirs nécessaires pour contraindre les municipalités à agir, ce qu'il fit d'ailleurs à de multiples occasions dans de nombreuses localités, y compris Montréal.

D'autres auteurs ont étudié la mise en place de certains services durant la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle et la première du XX<sup>e</sup><sup>2</sup>. Ainsi, B. GAUMER *et al.* (1991) se sont penchés sur la formation des unités sanitaires à partir de 1926. Ils ont notamment mis en lumière l'influence de politiciens locaux sur celles-ci et souligné fort justement que le Québec a été plus prompt que ses voisins canadiens ou américains à se doter de ces organisations d'hygiène publique, ce qui « conduit à rectifier l'image assez courante d'un gouvernement et d'une classe dirigeante [...] indifférents avant les années soixante aux questions de santé publique » (*Id.*, p. 151). Ils ont également attiré l'attention sur le rôle des unités sanitaires, et par conséquent d'organismes gouvernementaux, dans le processus de médicalisation de la société (*Id.*, p. 151).

D'autres auteurs ont considéré la lutte contre des causes de décès particulières (tuberculose, maladies vénériennes, mortalité en couches)<sup>3</sup> ou les mesures exceptionnelles prises pour contrer des épidémies (variole en 1885 à Montréal, influenza en 1918). À une exception près — une synthèse sur l'histoire de la santé publique de 1886 à 1986 commanditée par le gouvernement provincial<sup>4</sup> —, aucun travail

---

1. Voir aussi Terry COPP (1982). Sur les conditions de vie des Montréalais, consulter Martin TÉTREAU (1983 et 1991).

2. Pour le XIX<sup>e</sup> siècle, l'article de Michael FARLEY, Othmar KEEL et Camille LIMOGES (1982) met en lumière l'entrée de l'expertise médicale sur la scène civique montréalaise et son inscription dans une continuité institutionnelle. En général, surtout dans les rapports d'enquête gouvernementaux, on s'attache toutefois essentiellement à décrire l'organisation des services: A.E. GRAUER (1939), R.D. DEFRIES (1940 et 1959), J.Y. RIVARD *et al.* (1970), Réjean LEMOINE (1983), André PARADIS et Denis GOULET (1992).

3. Voir Danielle GAUVREAU (1993), Michael BLISS (1993); Claudine PIERRE-DESCHÊNES (1980); G.J. WHERRETT (1977); Jay CASSEL (1987) et Denise RIOUX (1985).

4. Il s'agit de l'ouvrage de Hervé ANCTIL et Marc-A. BLUTEAU (1986), « La santé et l'assistance publique au Québec (1886-1986) ». Devant la rareté des recherches touchant l'hygiène publique, les auteurs ont dû utiliser presque systématiquement l'exemple de la ville de Québec pour illustrer les transfor-

d'envergure ne s'est toutefois attaché à mettre en lumière l'évolution de l'hygiène publique dans une perspective globale et les grandes tendances de cette évolution. La synthèse existante, bien qu'elle donne un intéressant aperçu de la formation du système de santé publique au Québec sur une longue période, aurait bénéficié d'études préalables plus fouillées. L'un de ses mérites est d'avoir mis en lumière le rôle central de l'État québécois, rôle trop aisément oublié ou déprécié dans nombre d'ouvrages<sup>5</sup>.

Depuis quelques années, les chercheurs au Québec se sont de plus en plus inspirés de divers travaux qui, effectués hors Québec depuis les années 1970, ont renouvelé la conception que l'on se faisait de l'évolution des systèmes d'hygiène publique. Ce renouvellement est principalement dû à la prise en compte de facteurs extérieurs à la médecine même, d'ordre social, économique et politique. C'est à vrai dire tout le champ de l'histoire de la médecine qui a été ainsi transformé<sup>6</sup>.

---

mations survenues au palier municipal. Par ailleurs, une série d'erreurs laissent songeur : par exemple une campagne de vaccination contre la tuberculose au début du siècle bien avant qu'un vaccin n'existe (Robert Koch a cru quelque temps par erreur à l'action immunitaire de la tuberculine, mais elle fut plutôt utilisée pour déceler la présence des anticorps spécifiques à la tuberculose) ; la non-crédation d'un Service d'assistance publique provincial en 1922, dont la tâche prévue aurait été confiée au service provincial d'hygiène nouvellement créé (le Service de l'Assistance publique publia des rapports annuels que nous avons consultés, et les rapports annuels des comptes publics de la province identifient parmi les postes de dépenses un « bureau de l'assistance »).

5. C'est une vue assez fréquemment exprimée que le Québec a tardé à se mettre à l'heure des réformes internationales de santé publique. Elle a par exemple été reconduite dans un ouvrage récent de Pierre DUPLESSIS *et al.* (1989). Mais la courte partie concernant l'histoire du système de santé québécois accumule les erreurs quant aux faits et aux dates : « Jusqu'au début des années 1930, il n'y avait pas de système de santé publique organisé de façon cohérente et permanente », p. 245 ; création du Service provincial d'hygiène présentée comme un produit de la Loi de l'assistance publique de 1921 ; développement de services de santé municipaux dans les municipalités assez riches après la création des unités sanitaires en 1926... T. COPP aussi (1978) est assez sévère à l'égard des autorités municipales montréalaises et pour le gouvernement de la province. Voir aussi les opinions exprimées par Frederic LESEMANN (1981) : « Si l'État intervient, c'est [...] d'autre part dans le cadre des prémices d'une politique de santé publique... » (p. 22). L'idée d'un retard du Québec dans la lutte sanitaire est présente également dans un rapport d'enquête publié en 1939 par le gouvernement du Canada et rédigé par A.E. GRAUER (1939). De prime abord, l'affirmation semble bien étayée, puisque reposant sur des comparaisons entre provinces, mais dès qu'on cherche à vérifier les données utilisées, des irrégularités apparaissent. Ainsi, dans cette enquête, les montants des dépenses du Québec pour les sanatoria sont-ils largement inférieurs à ceux que nous avons recueillis dans les sources : en 1935 et 1936, par exemple, le texte de A.E. GRAUER donne 395 et 462 milliers de dollars respectivement alors que les rapports du Service de l'assistance publique établissent à 924 et 895 les dépenses effectuées par ce service pour les sanatoria antituberculeux en 1935-1936 et 1936-1937. Et Grauer classe le Québec bon dernier quant aux dollars dépensés par tête à ce chapitre (p. 21-22 et 26-27). Lorsque l'auteur compare les décès par diphtérie survenus dans différentes villes du Canada, il est curieux qu'il choisisse 1927 comme année-témoin pour montrer les progrès accomplis. En effet cette année fut celle d'une terrible épidémie à Montréal, à la suite de laquelle une surveillance de la pasteurisation fut établie à l'échelle provinciale. Il ressort du tableau que le nombre de décès est incomparablement plus élevé à Montréal que partout ailleurs (p. 72), mais il n'est pas fait mention que les données montréalaises sont normalement moins désastreuses...

6. Voir J.W. LEAVITT (1990) et Paul STARR (1982).

Il est aujourd'hui généralement admis que l'hygiène publique a joué un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé de la population des pays industrialisés depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. Le plus souvent, on divise son histoire aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles en deux grandes périodes, à la charnière desquelles débute notre recherche. Jusqu'à 1880 environ, les principales mesures adoptées étaient de nature environnementale, comme la filtration de l'eau ou l'élimination des déchets. Divers travaux publics, dans bien des cas entrepris dans le but de résoudre des problèmes non sanitaires, ont par conséquent dès le XIX<sup>e</sup> siècle contribué à la hausse de l'espérance de vie. Bien qu'aucune étude ne l'ait clairement démontré, on peut penser que des transformations dans le régime alimentaire des populations ont également joué un rôle à cet égard<sup>7</sup>.

Après 1880, les interventions privilégiées par les hygiénistes devinrent plus spécifiques et relevèrent de la médecine préventive bien plus que de l'hygiène du milieu<sup>8</sup>. C'est là une périodisation basée sur le type de mesures mises de l'avant ou, de façon plus globale, sur une transformation majeure dans la compréhension des mécanismes de transmission des maladies contagieuses, transformation survenue dans les dernières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle. Nous avons été amené, pour le Québec, à modifier cette périodisation, en reportant à la fin de la Première Guerre mondiale le passage à une hygiène publique où la médecine préventive occupe l'avant-scène. Non pas que les hygiénistes québécois aient été moins prompts que leurs collègues d'autres pays à se prévaloir des avancées récentes de la science médicale, mais nous avons choisi de baliser notre recherche par les mesures effectivement mises en place plutôt que par celles devenues les plus prisées dans les cercles médicaux.

Pareille démarche nous a été suggérée par les travaux les plus fructueux des années 1980 concernant l'hygiène publique. En effet, leurs auteurs ont cherché à analyser l'évolution de celle-ci du point de vue non seulement des connaissances médicales, mais aussi des facteurs économiques, sociaux et politiques qui ont joué sur l'organisation même des services. De la sorte, le discours hygiéniste et les intentions formulées demeurent importants pour l'analyse, mais ce sont les interventions et les intervenants de tous horizons qui en deviennent les éléments clés, de même que le contexte dans lequel ces derniers évoluent. Un bon exemple de ce type d'ouvrages est l'étude influente de J.W. LEAVITT (1982) concernant l'action sanitaire municipale dans une ville des États-Unis. L'auteure montre à quel point la mise en place des mesures préconisées par les hygiénistes a été fonction de facteurs extérieurs à la médecine même. Sa démarche, une étude de cas, a par ailleurs permis de faire

---

7. C'était là une des idées défendues par Thomas McKEOWN (1979). Cette hypothèse, retenue par divers auteurs, est renforcée par nombre d'études montrant les effets désastreux d'une mauvaise alimentation sur la mortalité dans les pays en voie de développement, particulièrement sur la mortalité en bas âge.

8. Voir par exemple B.G. ROSENKRANTZ (1972). Sur l'histoire de l'hygiène publique, les travaux de George ROSEN (1958; 1977) demeurent des références incontournables, notamment *A History of Public Health*. Voir aussi les publications de John DUFFY (1990).

ressortir des phénomènes qui auraient échappé à une étude menée sur une échelle plus vaste, notamment les résistances locales aux réformes. C'est dans cette optique que nous avons abordé l'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939.

### *L'hygiène du milieu (1887-1922)*

Les hygiénistes des dernières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle se proposaient d'abaisser la mortalité essentiellement par un assainissement du milieu de vie et le contrôle des différents agents de propagation des maladies contagieuses. Les principaux promoteurs de ce programme au Québec se recrutaient parmi l'élite médicale de la province. C'est à la suite d'une épidémie dévastatrice de variole en 1885 qu'ils parvinrent à obtenir du gouvernement la création d'un organisme chargé de voir à l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Créé en 1887, le CHPQ allait concevoir tout un ensemble de lois et de règlements qui devaient être mis en oeuvre, sous sa surveillance, par les municipalités, comme l'illustre la citation suivante<sup>9</sup>:

Notre Conseil doit laisser aux municipalités le soin de surveiller et de poursuivre les individus, pendant qu'il surveille les 882 municipalités qui sont sous sa juridiction, ce qui est déjà beaucoup (CHPQ, 1895-1896, p. 8).

La volonté de faire adopter le même train de mesures d'hygiène partout au Québec se heurta cependant à la résistance des autorités locales, ce dont se plaignirent régulièrement les responsables du CHPQ dans les rapports annuels de l'organisme. Les dirigeants municipaux n'étaient vraisemblablement pas encore convaincus de la nécessité des mesures sanitaires imposées par ce dernier. Nous estimons toutefois que leur résistance était également attribuable à une inquiétude devant la perte d'autonomie des municipalités dans le champ de l'hygiène publique<sup>10</sup>. La liberté d'action que leur avait auparavant accordée la législature provinciale se trouvait en effet considérablement réduite:

Comme, lors de la création du Conseil d'hygiène, les municipalités de la province n'avaient pas utilisé les pouvoirs que donnait amplement le Code municipal de faire des règlements sanitaires, le Conseil obtint facilement de la Législature le pouvoir d'y suppléer par des règlements provinciaux. Ces règlements provinciaux sont exécutoires par toutes les municipalités sans exception. Ils établissent un niveau que toute municipalité doit atteindre (CHPQ, 1915-1916, p. 6).

Que les dirigeants municipaux se soient montrés réticents devant la perte d'autonomie que représentait la création d'un organisme habilité à imposer aux municipalités le respect de diverses normes d'hygiène n'a rien de bien étonnant. En effet,

---

9. Les lois d'hygiène de la province se trouvent dans les Statuts du Québec, et les premiers règlements dans le *Journal d'hygiène populaire*, vol. V, n° 11, 1889, aux pages 206ss. La *Gazette officielle de Québec* du 13-6-1891 présente un remaniement important de ces règlements.

10. La perte graduelle d'autonomie des municipalités au Canada au XX<sup>e</sup> siècle a été étudiée par J.A. TAYLOR (1986).

cela menaçait de les contraindre à des dépenses supplémentaires, notamment pour des travaux publics d'assainissement ou pour la rémunération de nouveaux employés.

L'étude de l'implantation de divers éléments du programme hygiéniste à Trois-Rivières et à Shawinigan a permis de mettre en lumière les mesures qui y suscitèrent le plus de réticences, d'identifier les opposants et, parfois, de faire ressortir leurs principales motivations. Dans les deux villes, la mise sur pied de bureaux de santé municipaux prenant diligemment en charge l'application des lois d'hygiène rencontra des obstacles majeurs. Or, ils constituaient la pierre angulaire de l'organisation de la gestion sanitaire envisagée par le CHPQ. Certes, les deux conseils de ville créèrent un bureau de santé comme la loi les y obligeait. À Shawinigan toutefois, nouvelle ville de ressources de taille modeste (10 625 habitants seulement en 1921), il demeura quasiment inactif jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale. À divers moments, au CHPQ, on se plaignit de l'inertie des dirigeants municipaux, comme en témoigne l'extrait de lettre suivant en 1911 :

It is impossible for this office to do any satisfactory work with Shawinigan Falls unless we receive some co-operation from the municipal authorities and up to the present we have received not the slightest encouragement or co-operation<sup>11</sup>.

À Trois-Rivières également, le CHPQ ne parvint pas à convaincre les dirigeants municipaux de mettre sur pied un bureau de santé dynamique. L'organisation d'un tel bureau dirigé par un expert devint tout de même en 1911 l'un des enjeux de la campagne électorale municipale, à la suite de quoi un médecin fut engagé à temps partiel et rémunéré, ce qui n'était pas le cas auparavant<sup>12</sup>. Après deux années d'un travail zélé et de nouvelles élections, il fut toutefois remplacé et le salaire rattaché au poste, diminué. À aucun moment, l'activité du bureau de santé trifluvien ne fut durant cette période à la mesure des attentes du CHPQ. Il en allait de même dans la majeure partie des municipalités québécoises si l'on en juge par les résultats d'une enquête publiés dans son rapport annuel de 1913-1914 et concernant les organisations sanitaires municipales : 74 % d'entre elles furent alors jugées médiocres, insuffisantes ou quasi-inexistantes (RACH, 1913-1914, p. 33-34).

Les réticences des deux conseils de ville à adopter les mesures préconisées par l'organisme central sont aussi aisément perceptibles dans les domaines de l'assainissement de l'eau d'alimentation et du contrôle de la contagion par voie directe, deux exemples que nous avons choisis pour illustrer la situation. Les dirigeants du

---

11. Archives nationales du Québec, Québec, Correspondance du Conseil d'hygiène, lettre du 17-8-1911 de l'ingénieur sanitaire Jas O. Meadows au docteur C.E. Cross. Une doléance du même ordre se trouve dans le rapport annuel du Conseil d'hygiène de 1910-1911, p. 158. Enfin, une firme américaine chargée par une grande entreprise (Belgo Pulp and Paper) d'effectuer une étude sur le logement à Shawinigan porta en 1918 un jugement très sévère : « We understand that nominally there is a health department but it is practically absolutely inactive ». Voir le rapport préliminaire d'enquête du Independence Bureau de Philadelphie et Chicago (1918).

12. Procès-verbaux des réunions du Conseil de ville de Trois-Rivières, 28-11-1911.

CHPQ étaient convaincus que tant à Trois-Rivières qu'à Shawinigan la mauvaise qualité de l'eau était responsable en bonne partie de la mortalité infantile élevée due aux maladies diarrhéiques qui y sévissait. À Trois-Rivières, ils cherchèrent à obtenir de la municipalité, dès la dernière décennie du XX<sup>e</sup> siècle, qu'elle filtre son eau ou à tout le moins qu'elle modifie l'emplacement de la prise d'eau<sup>13</sup>. Dans un premier temps, leurs recommandations ne furent pas suivies. Petit à petit cependant, une partie de la population, alertée par les médecins, en vint à admettre la nécessité de consommer une eau de meilleure qualité. Aussi le Conseil de ville décida-t-il en 1909 d'acheter des filtres mécaniques à pression, puis finit par installer des puits tubulaires pour recueillir une eau naturellement filtrée dans les sédiments déposés par la rivière Saint-Maurice. Enfin, en 1921, après toute une série de problèmes, on construisit une usine de filtration. Le tout n'alla pas sans tiraillements avec le CHPQ. Par exemple, après une épidémie de fièvre typhoïde survenue en 1918, celui-ci dut exiger de la municipalité qu'elle installe un appareil de chloration de l'eau et, en 1919, qu'elle se dote d'un autre système d'approvisionnement en eau. Entre-temps, les réticences du Conseil de ville s'étaient exprimées de bien des façons : mélange d'eau puisée directement dans la rivière Saint-Maurice avec celle des puits sans en avertir ni la population ni le CHPQ (de 1914 à 1918), envoi pour analyse d'échantillons non représentatifs de l'eau consommée...

À Shawinigan également, le CHPQ eut à se plaindre de l'absence de collaboration des autorités municipales quant à l'eau d'alimentation<sup>14</sup>. Non seulement ne parvint-il pas en 1911 à obtenir de celles-ci que des échantillons d'eau lui soient envoyés, mais on négligea même d'alimenter en produits chimiques l'appareil de chloration installé la même année lors d'une épidémie comme le CHPQ l'avait exigé. La citation suivante en témoigne, les difficultés du CHPQ à obtenir le respect de ses recommandations pour l'eau ne sont pas propres aux deux villes étudiées, et les municipalités invoquaient souvent des raisons financières pour surseoir à une exécution rapide :

Il est pénible de constater que la majorité des municipalités qui ont décidé de purifier leur alimentation en eau, n'a pris cette décision qu'à la suite d'épidémies de fièvre typhoïde souvent désastreuses. Les conseils municipaux restent sourds aux avis qui leur sont donnés et refusent de se rendre à l'évidence, même en face des faits les plus probants. La raison donnée, et elle est partout la même, c'est le coût élevé des améliorations recommandées (CHPQ, 1916-1917, p. 112).

---

13. Le lecteur intéressé aux multiples débats opposant le Conseil d'hygiène aux municipalités trifluvienne et shawiniganaise en ce qui a trait à l'eau, de même qu'aux procédés d'épuration de l'eau alors disponibles, pourra consulter la thèse de l'auteur pour obtenir une description et des références plus précises. Voir GUÉRARD (1993), p. 91-112.

14. Soulignons qu'une étude dénonçant l'insalubrité de Philadelphie durant le dernier quart du XIX<sup>e</sup> siècle montre que l'indifférence ou les résistances à l'égard de nouvelles mesures sanitaires n'était pas le lot que des petites villes ou de la société québécoise. Voir Sam ALEWITZ (1989) sur la situation à Philadelphie.

Malgré tout, à la fin de la décennie 1910, dans l'une et l'autre villes, l'eau consommée était conforme aux normes de qualité fixées par le CHPQ. En fait, cette décennie peut être considérée comme un tournant en ce qui a trait à l'eau bue par les populations des villes québécoises : alors qu'au début de 1910, cinq municipalités seulement traitaient leur eau, en juin 1917, ce nombre atteignait 43 (*Id.*, p. 110-112) pour environ 47% de la population du Québec. Cela était dû en bonne partie au fait que le CHPQ avait obtenu en 1915 des pouvoirs beaucoup plus étendus pour contraindre les municipalités à agir, de même qu'à certaines innovations techniques (appareils de filtration avec coagulant, sous pression ou pas, disponibles sur le marché nord-américain à partir de la première décennie du siècle, appareils de chloration peu coûteux à partir de 1910 environ, collecte facilitée des échantillons d'eau permettant une analyse quotidienne dès 1918...). Il faut ajouter à cela qu'un service de génie sanitaire fut créé en 1909 au CHPQ, dont la principale tâche fut précisément les inspections des systèmes d'approvisionnement en eau et des égouts.

Si les mesures recommandées par le CHPQ pour les approvisionnements d'eau finirent par être adoptées, celles visant à contrôler la contagion par voie directe ne furent que très peu respectées. Essentiellement, on entendait limiter la propagation de ces maladies en recourant 1) à la déclaration obligatoire de certaines maladies contagieuses par les médecins et les chefs de famille, 2) à l'isolement des porteurs de germes ainsi repérés, 3) à la désinfection une fois la maladie terminée. Or, le premier maillon de cette chaîne d'interventions s'avéra par trop faible, comme nous avons pu l'observer à Trois-Rivières et à Shawinigan, et comme les rapports annuels du CHPQ le dénoncent régulièrement pour l'ensemble de la province : la déclaration fut massivement ignorée, et les municipalités, tenues par la loi de recueillir les déclarations et de faire respecter pareille obligation, demeurèrent passives<sup>15</sup>. Les médecins ne se soumièrent pas à cet article de la loi pour diverses raisons, notamment l'ingérence des pouvoirs publics dans la relation privilégiée qu'ils entendaient entretenir avec leurs patients, le bris du secret professionnel et la crainte d'éloigner la clientèle en se montrant trop zélés. Les efforts du CHPQ pour contraindre médecins et municipalités à se soumettre à la loi demeurèrent vains (menaces de poursuites, quelques poursuites de médecins, interventions auprès des municipalités)<sup>16</sup>. Notons

---

15. La désobéissance aux lois et règlements concernant la déclaration obligatoire est fort bien documentée dans diverses sources. Nous renvoyons le lecteur à un texte de J.-A. BAUDOUIN (1919), alors assistant du chef de l'inspection régionale du CHPQ, qui évalue la proportion des cas déclarés au Québec de 1907 à 1917 comme suit : tuberculose, 5,8% ; poliomyélite, 6,7% ; coqueluche et rougeole, environ 12% ; variole, 15,2% ; diphtérie, 18% ; typhoïde, 20,7% ; scarlatine, 31,1% ; méningite cérébro-spinale, 32,5%. Voir également la thèse de l'auteur (GUÉRARD, 1993, p. 148 à 157).

16. Voici quelques exemples de pressions effectuées. En 1910, le secrétaire du CHPQ rappela par circulaire aux médecins de la province qu'une amende pouvait être imposée à ceux qui ne faisaient pas la déclaration (Archives nationales du Québec, Québec, circulaires du CHPQ, septembre 1910). Dans une allocution prononcée à la convention annuelle des services sanitaires de la province en 1908, il invita les officiers municipaux à entamer des procédures judiciaires contre tout médecin pris en flagrant délit et niant qu'il ait traité une maladie contagieuse. Sur les pressions effectuées auprès des municipalités, voir ce qui

toutefois qu'une légère amélioration est perceptible dans le district d'inspection de Trois-Rivières, après que l'inspecteur régional, entré en fonctions en 1913, eut exercé quelques pressions sur les médecins.

Du moment où la déclaration n'était pas faite, l'isolement et la désinfection ne pouvaient être appliqués par les municipalités. De plus, dans les deux villes, les autorités locales se montrèrent peu empressées à imposer des mesures mal vues de la population, sauf durant les périodes d'épidémie de variole et, bien sûr, devant le raz-de-marée de l'influenza en 1918. Dans le cas de la variole, l'obligation faite aux municipalités d'adopter un règlement de vaccination dont le texte était imposé par le CHPQ, donna tout de même lieu à nombre de protestations, entre autres à l'Assemblée législative en 1902, et ce au nom de l'autonomie des municipalités :

Le pouvoir que possède le Conseil d'hygiène de contraindre les municipalités doit être révoqué :

1. parce qu'il est outrageant pour l'autorité municipale et vos franchises locales ;
2. parce qu'il est contraire au principe de décentralisation administrative suivi en ce pays ;
3. parce qu'il vous livre sans recours à l'arbitraire d'un corps irresponsable et non contrôlé<sup>17</sup>.

L'incapacité du CHPQ à faire appliquer les mesures qu'il préconisait était due non seulement aux résistances locales, mais aussi au peu de ressources dont il disposait. Les services de laboratoires et de « statistiques vitales » ne comptèrent avant les années 1920 que quelques employés réguliers. Les deux autres services, ceux de l'inspection sanitaire et du génie sanitaire, étaient à peine mieux nantis. Jusqu'en 1913, un seul inspecteur (deux pendant quelques années à partir de 1901) était chargé de voir au respect par les municipalités des directives du CHPQ, ce qui était nettement insuffisant :

L'inertie de nombre de nos municipalités, en matière d'hygiène, est déplorable : on n'y fait absolument rien pour empêcher la propagation des maladies contagieuses et pour supprimer les nuisances. Comme la province compte au delà de onze cents municipalités, la surveillance de ces onze cents municipalités devient impossible avec le seul inspecteur permanent que possède le conseil. Le rappel à l'ordre par des mises en demeure, au fur et à mesure que l'inertie d'une municipalité nous est signalée, est quantité négligeable en comparaison des infractions répétées des règlements qui échappent au contrôle (CHPQ, 1908-1909, p. 52-53).

La création du service d'inspection régionale en 1913, avec la division du Québec en districts d'inspection couverts chacun par un inspecteur (10 districts au moment de la création du service, 15 en 1920-1921), allait toutefois permettre un suivi

---

suit : circulaires du CHPQ les avisant de son intention de poursuivre celles trouvées fautives (Archives nationales du Québec, Québec, circulaires du CHPQ, 18-11-1901 et 3-6-1907) ; circulaires de l'inspecteur régional du district des Trois-Rivières rappelant aux municipalités qu'elles étaient passibles d'une amende si elles ne faisaient pas respecter la déclaration (Rapport annuel du CHPQ, 1914-1915) ; circulaire du 24-3-1916 du même inspecteur (Commissions permanentes de Trois-Rivières, avril 1916).

17. Débats de l'Assemblée législative, 4-3-1902, député J.-M. Tellier, qui deviendra chef de l'opposition de 1908 à 1915.

plus serré<sup>18</sup>. Mais la meilleure illustration du manque de ressources du CHPQ réside sans doute dans l'évolution de ses dépenses (figure 1). Celles-ci, qui ne dépassent pas 20 000\$ avant 1909, ne prendront vraiment leur envol qu'après la Première Guerre mondiale. Auparavant, confronté à de fortes résistances locales, le CHPQ n'avait pas reçu les outils pour faire appliquer le programme sanitaire défini dans les lois et règlements de la province.

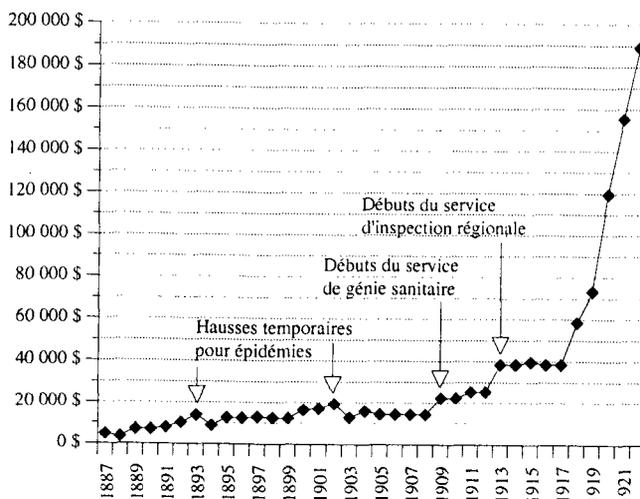
Il faut se garder toutefois d'interpréter l'évolution de l'hygiène publique au Québec avant 1920 *uniquement* comme un rapport de forces entre d'une part un organisme central dépourvu de moyens, et d'autre part des autorités locales mal convaincues de la nécessité des mesures proposées et désireuses de préserver leur autonomie. En effet, divers intervenants locaux en vinrent à jouer un rôle de relais des projets hygiénistes et firent pression sur les municipalités. Ainsi, à certains moments, l'association régionale des médecins comme la Chambre de commerce de Trois-Rivières appuyèrent diverses recommandations du CHPQ. Il en va de même pour des individus, généralement médecins ou journalistes. La presse clérico-nationaliste et quelques politiciens locaux se firent les champions de certaines réformes d'hygiène, tout en s'opposant à d'autres. Les marchands de viande trifluviens devinrent très favorables à l'hygiène lorsqu'ils y virent un moyen de s'assurer une plus large part du marché des viandes au détriment des cultivateurs des villages avoisinants, ce qui indisposa par contre ces derniers et une partie de leur clientèle. Enfin, la grande entreprise, particulièrement à Shawinigan, appuya les réformes. Ainsi, la compagnie fondatrice de la ville, Shawinigan Water and Power, prit en charge la collecte d'échantillons d'eau et leur expédition au CHPQ après que celui-ci n'eut pu obtenir de la municipalité qu'elle remplisse cette obligation. Elle construisit à ses frais la première usine de filtration d'eau avant de la revendre à la municipalité, et même avisa le CHPQ à diverses reprises de la présence de certaines maladies à déclaration obligatoire, ce qui était de nature à ennuyer les médecins et la municipalité coupables de ne pas l'avoir averti. Cet empressement des grandes entreprises à appuyer certaines des mesures recommandées par le CHPQ peut sans doute s'expliquer en partie par la crainte de voir leur activité productive et commerciale ralentie. Pareille crainte fut d'ailleurs exprimée en 1911 par la direction d'une entreprise de textiles trifluviennne, Wabasso Cotton, dans une lettre adressée au Conseil de ville :

---

18. Les principales étapes de la mise en place initiale du service sont décrites dans le Rapport annuel du Conseil d'hygiène de 1913-1914, p. 35-36. À partir de 1914, les rapports annuels de chaque inspecteur de district sont transcrits dans le rapport annuel du CHPQ. Il peut être intéressant de souligner que parmi leurs premières démarches, les inspecteurs régionaux évaluèrent l'efficacité des organisations sanitaires des localités placées sous leur surveillance (125 en moyenne), selon une grille fournie par le CHPQ. Chaque organisation se trouvait ainsi fichée, classée, et, selon l'inspecteur en chef du CHPQ, évaluée « d'après les mêmes bases pour chaque district, uniformité très importante à réaliser » (CHPQ, 1913-1914, p. 39). La volonté d'amener toutes les municipalités à se conformer à une série de normes communes en matière d'organisation de l'hygiène publique ressort ici clairement. Voir la thèse de l'auteur (GUÉRARD, 1993, p. 58-62).

FIGURE 1

Dépenses du gouvernement provincial pour l'hygiène publique de 1887 à 1922\*



1887	4 742 \$	1905	14 500 \$
1888	3 500 \$	1906	14 500 \$
1889	7 000 \$	1907	14 500 \$
1890	7 000 \$	1908	14 500 \$
1891	8 000 \$	1909	22 500 \$
1892	10 259 \$	1910	22 500 \$
1893	13 859 \$	1911	25 500 \$
1894	9 000 \$	1912	25 500 \$
1895	12 700 \$	1913	38 500 \$
1896	12 500 \$	1914	38 500 \$
1897	12 990 \$	1915	39 700 \$
1898	12 625 \$	1916	38 500 \$
1899	12 500 \$	1917	38 500 \$
1900	16 500 \$	1918	58 500 \$
1901	17 125 \$	1919	73 238 \$
1902	19 500 \$	1920	119 694 \$
1903	13 000 \$	1921	155 397 \$
1904	16 000 \$	1922	189 088 \$

\* Comprend les dépenses du CHPQ et les déboursés pour la production de vaccins pour l'année financière se terminant fin juin. Tiré de: *État des comptes publics de la province de Québec*, annuel, Documents de la session.

On nous dit qu'il y a des cas de petite vérole à Trois-Rivières et que les personnes ainsi affectées et leurs demeures ne sont pas en quarantaine. Nous espérons que tel n'est pas le cas, mais c'est une question assez importante pour placer devant le conseil.

À Shawinigan Falls il nous a fallu rendre la vaccination obligatoire pour nos employés. La Northern Aluminum Co. et la Shawinigan Water & Power Co. ainsi que les autres compagnies ont dû en faire autant. Malgré toutes ces précautions la ville a été mise en quarantaine et personne ne peut quitter ou entrer en ville sans permission. Si cette épidémie se répandait dans Trois-Rivières les grandes manufactures comme la nôtre devront sans doute fermer leurs portes, et dans tous les cas [cela] leur causerait des dommages sérieux.

Nous avons notifié nos employés que nous exigeons des certificats de vaccination<sup>19</sup>.

Les dirigeants du CHPQ pouvaient donc compter sur des appuis locaux parfois puissants. Malgré cela, et bien qu'ils aient pu obtenir des améliorations notables à la qualité de l'eau bue dans les centres urbains, leur volonté — inscrite dans la législation et la réglementation provinciales — d'uniformiser les services d'hygiène ne se concrétisa pas de 1887 à 1918. Il est vrai que la perte d'autonomie par les municipalités en matière d'hygiène représentait aussi une perte de pouvoir pour celles-ci, et par conséquent pour ceux qui y étaient influents, à savoir principalement des membres des professions libérales, des marchands et des hommes d'affaires dont l'aire d'influence était essentiellement locale ou régionale. L'organisme central d'hygiène, incapable aussi bien de faire partager ses vues par les dirigeants locaux que de les imposer, allait par la suite recourir à de nouvelles stratégies d'intervention.

#### *La médecine préventive (1923-1939) et la médicalisation de la société québécoise*

Les dirigeants des pays impliqués dans la Première Guerre mondiale avaient pris conscience du mauvais état de santé des populations. En effet, une proportion élevée des recrues potentielles avaient été jugées inaptés au service militaire<sup>20</sup>. De plus, la guerre avait opéré des coupes sombres dans les groupes d'âges les plus susceptibles de s'insérer dans le marché du travail. Aussi, le discours hygiéniste de l'époque selon lequel la force des nations est fonction à la fois du nombre de citoyens et de leur état de santé acquit-il un poids nouveau.

Au Québec, ce discours fut repris à la fois par les principaux ténors du gouvernement libéral de Louis-Alexandre Taschereau<sup>21</sup>, à la tête de la province de 1920 à 1936, et par une partie des traditionalistes nationalistes, groupe formé surtout de membres d'une petite-bourgeoisie francophone au sein de laquelle le clergé catho-

19. Lettre de Wabasso Cotton du 2-12-1911 demandant que le Conseil municipal prenne les mesures nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie, PCTR (Procédés du conseil de ville de Trois-Rivières) 13-12-1911.

20. Des hygiénistes comme J.-A. Baudouin ne manquaient pas de souligner que cette proportion s'élevait à près du tiers au Canada. *Bulletin sanitaire*, janvier-février 1924, p. 10.

21. Ce fut le cas en particulier d'Athanase David, secrétaire provincial.

lique exerçait une grande influence. Les politiciens libéraux considéraient qu'il appartenait essentiellement à l'État de prendre en charge et de coordonner les actions d'hygiène publique. Les traditionalistes nationalistes préféraient nettement confier cela à des organismes privés. Ils allaient pourtant collaborer à la mise en place de nouveaux programmes par l'État. Il est vrai que l'hygiène publique promettait d'apporter des solutions à un problème qui les préoccupait grandement : la permanence d'une présence forte de la francophonie catholique en Amérique du Nord. En effet, en la quasi-absence d'une immigration francophone, il ne suffisait pas, pour rivaliser avec la croissance rapide de la population anglophone au Canada, de maintenir des taux de natalité très élevés, encore fallait-il que les vivants survivent<sup>22</sup>.

Dans un tel contexte, on comprend que les dirigeants du Service provincial d'hygiène (SPH), organisme qui remplaça le CHPQ en 1921, se soient trouvés dans une meilleure situation que leurs prédécesseurs pour promouvoir l'hygiène publique. Aussi obtinrent-ils du gouvernement fédéral et surtout du provincial l'allocation de ressources nettement supérieures. Elles étaient d'ailleurs en progression rapide depuis 1918 (figure 2). La part des dépenses provinciales consacrées à l'hygiène (ce qui ne comprend évidemment pas les dépenses des municipalités toujours responsables de l'hygiène publique sur leurs territoires respectifs) passa ainsi de 0,6 % durant l'année financière 1918-1919 à 1,5 % en 1938-1939, alors même que l'ensemble des dépenses du gouvernement, en dollars courants, avait quintuplé. Les subsides les plus substantiels allèrent à de nouveaux programmes dont la gestion échappait aux municipalités : la lutte antivénéérienne, la lutte contre la mortalité infantile et la tuberculose et les unités sanitaires.

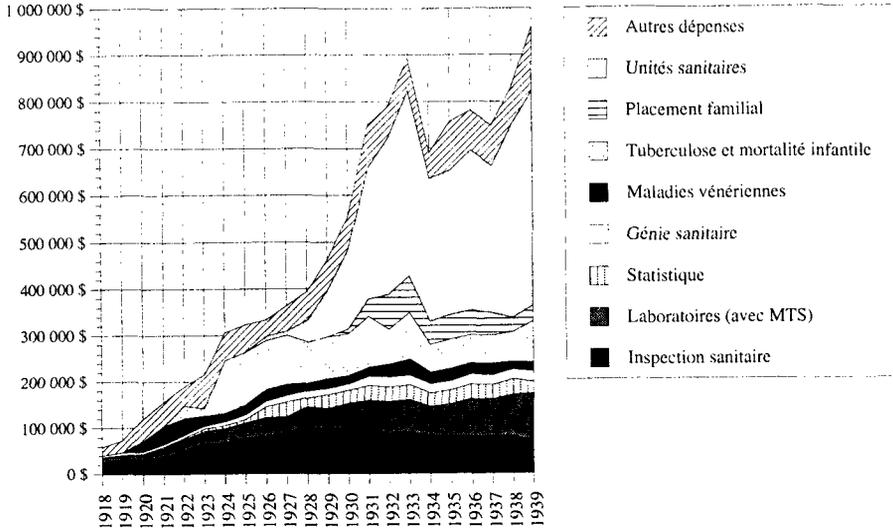
La mise en application de ces nouveaux programmes après la Première Guerre mondiale fait de cette dernière une charnière entre deux grandes périodes de l'hygiène publique au Québec. L'organisme provincial d'hygiène modifia alors ses priorités en privilégiant désormais l'éducation populaire, le dépistage et le traitement de ceux qui n'étaient pas en mesure de payer les soins médicaux. Il inscrivait de la sorte son action dans le courant américain *New Public Health*, qui influença les activités d'hygiène publique entreprises dans nombre de pays durant l'entre-deux-guerres. Contrairement aux mesures d'hygiène du milieu et à large spectre caractéristiques de la période antérieure, les nouveaux programmes visaient des groupes cibles par une intervention personnalisée et spécifique reposant principalement sur le travail du médecin et de l'infirmière. On espérait, par l'ouverture de cliniques spécialisées où la population était invitée à se faire examiner sans frais, de même que par le travail d'infirmières visiteuses, rejoindre de vastes pans de la population qui n'avaient jusqu'alors eu que peu de contacts avec les experts de la santé. L'État devenait ainsi un important promoteur de la médicalisation de la société, à notre avis le principal au Québec vu l'envergure des programmes offerts et présentés ci-après.

---

22. Voir à ce sujet par exemple Édouard MONTPETIT (1919) et la thèse de l'auteur (GUÉRARD, 1993, p. 245-254).

FIGURE 2

*Dépenses du gouvernement provincial pour l'hygiène publique de 1918 à 1939\**  
(dollars courants)



SOURCE: *Etat des comptes publics de la province de Québec*, années concernées.

\* Les dépenses affectées aux laboratoires anti-vénériens ont été jointes aux dépenses des autres laboratoires et défalquées de celles attribuées au programme de lutte contre les maladies vénériennes, ce qui était nécessaire, vu qu'elles étaient déjà amalgamées pour certaines années dans les comptes publics. Par ailleurs, pour obtenir une idée plus juste des dépenses affectées à chaque service avant 1922, il a fallu y ajouter les salaires de leurs employés, comptabilisés dans une autre section. Nous avons également, en 1926, 1927 et 1928, ajouté à la catégorie « unités sanitaires » des dépenses effectuées pour celles-ci à même les fonds attribués à la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile. Enfin, une dépense de 96 750,76 \$ en 1923 pour l'achat de radium destiné à l'Institut du radium.

Le premier grand programme porta sur la lutte antivénérienne<sup>23</sup>. Lancé et financé en partie par le gouvernement fédéral, il fut mis en œuvre par les provinces. Le gouvernement du Québec s'entendit généralement avec la direction d'hôpitaux pour ouvrir des dispensaires antivénériens dans de nombreuses localités. Ce fut le cas à

23. Consulter à ce sujet l'étude de Jay CASSEL (1987). Nombre de renseignements sur la lutte antivénérienne ont été puisés dans les rapports annuels du directeur de la division des maladies vénériennes du SPH. Outre les sources d'information locales, divers documents ont été consultés, par exemple la brochure *La campagne antivénérienne dans la province de Québec*, Conseil supérieur d'hygiène, Montréal, s.d. Pour plus de détails, voir la thèse de l'auteur (GUÉRARD, 1993, p. 304-312).

l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières en 1921, et à l'Hôpital Sainte-Thérèse de Shawinigan vers 1931. En 1928, 70 de ces «centres de traitement» existaient dans la province. (SPH, 1928-1929, p. 248.) On invitait les médecins à collaborer et on fournissait gratuitement les médicaments. Pour inciter la population à se rendre aux dispensaires, on organisa des conférences où les fonctionnaires du SPH abordaient les aspects médicaux de la question et où les curés des paroisses traitaient des aspects moraux. La collaboration du clergé, qui invitait en chaire ses ouailles à se rendre en grand nombre aux séances d'information, s'explique aisément, puisqu'à l'égard des maladies vénériennes, la jonction était facile entre les préoccupations d'ordre sanitaire et les préceptes moraux catholiques. Il importe de souligner ici que dans une population massivement pratiquante, cette convergence facilitait une diffusion très large du message hygiéniste.

Le deuxième grand programme mis en branle dans la province comportait deux volets : un de lutte antituberculeuse, l'autre de prévention de la mortalité infantile. En 1923, le gouvernement y affecta 100 000 \$ par année, notamment pour l'organisation de cliniques antituberculeuses, maternelles et de puériculture dans les centres régionaux. Trois-Rivières fut l'une des premières localités à bénéficier du programme puisque, dès 1923, on y ouvrit une clinique antituberculeuse et des cliniques dites «gouttes de lait». Shawinigan dut par contre attendre la création d'une unité sanitaire de comté en 1932 pour obtenir des services comparables.

Les cliniques maternelles effectuaient un suivi des femmes enceintes, les «gouttes de lait» veillaient à la santé des nourrissons et à la distribution de lait sain aux enfants et les cliniques antituberculeuses s'efforçaient de repérer les tuberculeux. Des médecins examinaient les personnes qui se présentaient aux cliniques et traitaient ceux et celles qui ne disposaient pas des ressources financières suffisantes pour consulter un médecin en pratique privée. À cela s'ajoutait le travail essentiel de promotion des programmes et d'éducation populaire : distribution de brochures, diverses activités d'information, recommandations de la part des curés en chaire et, surtout, les activités des infirmières visiteuses, chevilles ouvrières de l'organisation. Celles-ci allaient à domicile porter la parole hygiéniste, multiplier les conseils aux mères, recommander de consulter le médecin et de se rendre aux cliniques.

Par l'ensemble de ces démarches, l'État apportait une contribution active, majeure, à la médicalisation de la population : la mise en place de services gratuits ouverts à tous, la diffusion d'informations sanitaires sur une large échelle, la recommandation sans cesse répétée de consulter le médecin, le suivi des femmes enceintes et des nourrissons, tout cela constituait une intervention concertée, organisée et d'une envergure jusqu'alors inédite dans le domaine de la santé au Québec. Celle-ci visait notamment à mettre la population en contact avec les experts de la santé ou, au moins, avec le discours hygiéniste. À la fin de 1926, soit trois ans seulement après le lancement du programme, 20 dispensaires antituberculeux avaient été ouverts dans les

centres régionaux<sup>24</sup>. Ils accueilleraient environ 20 000 clients annuellement, dont on espérait qu'ils contribueraient à élargir l'influence de la campagne d'éducation populaire :

Au cours de l'année 1925, 20 765 personnes sont venues consulter dans ces dispensaires et y ont été examinées. Après être sorties du dispensaire et y avoir reçu les conseils du médecin et de l'infirmière, ces 20 000 personnes étaient autant d'agents de propagande de bonne hygiène à leur foyer et dans leur entourage (SPH, 1925-1926, p. 12).

À Trois-Rivières et à Shawinigan, la gestion de ces nouveaux programmes fut confiée à des organismes philanthropiques, écartant de ce fait la municipalité. Le financement provenant en majeure partie du gouvernement, le SPH pouvait orienter plus aisément le fonctionnement des cliniques, comme dans le cas des dispensaires antivénériens. Au chapitre de la gestion des programmes, Trois-Rivières allait cependant se distinguer des autres localités bénéficiaires. En effet, en 1923, la direction de la clinique antituberculeuse passa directement entre les mains de représentants du SPH et de l'Association canadienne antituberculeuse et, à la suite d'une entente entre ces deux organismes, elle fut rapidement reconvertie en Centre de démonstration pour la lutte antituberculeuse. On entendait ériger en modèle pour l'ensemble du Canada les mesures qui y seraient prises afin de contrer le fléau. Le directeur du SPH et deux membres de la fondation Rockefeller mandatés par l'Association canadienne antituberculeuse siégèrent au comité de direction, où l'on trouvait également l'officier de santé de la municipalité<sup>25</sup>. En 1927, les cliniques maternelles et de «gouttes de lait» passèrent aussi sous l'autorité de ce comité. La lutte antituberculeuse et contre la mortalité infantile fut donc menée en bonne partie sous la direction d'intervenants extérieurs à Trois-Rivières.

Le Centre de démonstration orchestra une campagne d'information sans précédent : articles et publicité dans les journaux, conférences, films, expositions... On obtint d'ailleurs à cet effet l'appui du clergé et de notables locaux. En quelques années, près du tiers de la population trifluvienne fut examinée. Mais, malgré tout ce travail, l'expérience allait s'avérer un fiasco. En effet, son succès éventuel était fonction non seulement du travail effectué dans les cliniques, mais aussi de mesures complémentaires qui relevaient de la municipalité, comme la surveillance du lait. Or, après un démarrage rapide en 1923 dû à l'engagement d'un officier de santé dynamique, l'intensité de l'effort municipal en matière d'hygiène publique retomba

---

24. Voici la liste des municipalités où étaient situés ces dispensaires : Montréal (5), Lachine, Hull, Saint-Jérôme, Joliette, Trois-Rivières, Québec, Chicoutimi, Rivière-du-Loup, Gaspé, Arthabaska, Thetford-Mines, Sherbrooke, Valleyfield, Saint-Jean et Saint-Hyacinthe.

25. Les informations sur le Centre de démonstration et sur les dispensaires proviennent en bonne partie des procès-verbaux des réunions du Comité du Centre de Démonstration de la tuberculose, de même que des procès-verbaux des réunions du Comité de l'Oeuvre des Dispensaires, conservés aux archives de la municipalité de Trois-Rivières. Pour plus d'informations, consulter la thèse de l'auteur (GUÉRARD, 1993, p. 313-336).

à un très bas niveau après que cet officier eut été démis en 1927. Encore une fois, le SPH se trouvait déjoué par la résistance des autorités municipales.

Les difficultés du SPH à faire adopter par les municipalités les mesures recommandées allaient cependant disparaître en bonne partie avec un programme novateur, celui des unités sanitaires<sup>26</sup>. Ces dernières, dont l'implantation débuta en 1926, se chargeaient à la fois de la surveillance des mesures publiques d'hygiène du milieu et de la médecine préventive. Elles relevaient directement du SPH et les municipalités n'y contribuaient que de leurs deniers. Ainsi les unités sanitaires représentent une étape majeure dans le processus de centralisation du pouvoir décisionnel amorcé en 1887 par la création d'un organisme provincial chargé de voir à l'hygiène publique dans l'ensemble de la province. En effet, bien qu'étant des entités locales, les unités appliquaient sous la direction du SPH des programmes conçus par celui-ci et devaient lui faire rapport de toutes leurs activités. Leur personnel était d'ailleurs formé d'employés du SPH. Les unités étaient l'instrument de l'organisme central en milieu local.

Ce n'est toutefois que graduellement que les municipalités cédèrent la gestion de l'hygiène publique aux unités sanitaires. L'organisme provincial d'hygiène n'était d'ailleurs pas autorisé à imposer ce nouveau mode de gestion: d'après la Loi des Unités sanitaires, une demande devait d'abord en être faite par la municipalité de comté où étaient représentées les diverses municipalités du territoire concerné. Malgré cette restriction, en 1947, seules «les villes de l'Île de Montréal et de l'Île Jésus, ainsi que Sherbrooke et Québec»<sup>27</sup> possédaient encore leurs propres bureaux de santé. Au recensement de 1941 déjà, hors de ces centres urbains, il ne subsistait qu'environ 11 % de la population qui n'était pas desservie par des unités. Au total celles-ci étaient responsables de l'hygiène publique pour 48,8 % des Québécois. Comme l'illustre la figure 3, il y eut deux grandes vagues d'implantations d'unités. La première s'éteignit avec la crise des années 1930, alors que les municipalités aux prises avec un surcroît de dépenses dues aux programmes d'aide aux familles de chômeurs, hésitaient à consentir des déboursés supplémentaires pour l'hygiène publique. La seconde débuta vers 1938, alors que les effets de la crise s'estompaient. L'unité sanitaire située à Shawinigan fut créée à la fin de la première vague, celle de Trois-Rivières au début de la seconde.

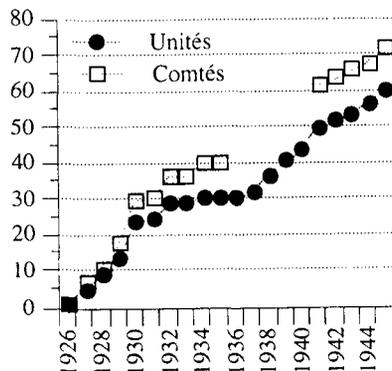
---

26. Au sujet du programme des unités sanitaires, voir B. GAUMER, G. DESROSIERS et O. KEEL (1991) et les rapports annuels du SPH, 1924-1925, p. 10-12; 1925-1926, p. 14s; 1926-1927, p. 6s; 1927-1928, p. 12s; 1931-1932, p. 6; les rapports annuels de la division des unités sanitaires à partir de 1928-1929; le Fonds des unités sanitaires aux Archives nationales du Québec à Québec; la thèse de l'auteur, (GUÉRARD, 1993, p. 336-345).

27. *Annuaire statistique*, 1948, p. 158.

FIGURE 3

Nombre d'unités sanitaires et de comtés desservis au Québec de 1926 à 1945



SOURCES : Rapports annuels du Service provincial d'hygiène et du Département de la Santé, années concernées.

La prise en mains de l'hygiène publique à Shawinigan par une unité sanitaire date de 1932<sup>28</sup>. Durant les années précédentes, divers intervenants locaux s'étaient prononcés en faveur de l'ouverture de cliniques de puériculture, mais sans succès : *La Revue de Shawinigan Falls*, journal des grandes entreprises très favorable aux mesures d'hygiène promues par le SPH, des individus influents parmi la minorité anglophone, notamment la direction de grandes entreprises appuyée dans ces projets par une compagnie d'assurance-vie (*Metropolitan Life*), une association anglophone de dames charitables, des membres du clergé catholique. Aussi, lorsque *La Revue de Shawinigan Falls* proposa, dès 1928, l'ouverture d'une unité sanitaire, le terrain semblait favorable. De fait, en 1930, le gérant de la municipalité se montra intéressé par la proposition. Il est vrai que la présence d'une unité sanitaire, financée en partie par le gouvernement provincial, pouvait contribuer à conférer à Shawinigan un rôle de centre régional. Des négociations eurent lieu, qui impliquaient le SPH, le député et les autres municipalités du comté, plus réticentes vu l'obligation de participer au financement selon les barèmes fixés par la Loi des Unités sanitaires. À son ouverture, l'unité offrait notamment les services de cliniques maternelles et de puériculture et

28. Sur l'établissement de l'unité sanitaire du comté de Saint-Maurice, située à Shawinigan, voir *La Revue de Shawinigan Falls*, 10-4-1928, p. 1; 25-11-1928, p. 1; 25-1-1930, p. 1; les procès-verbaux des réunions du Conseil de ville de Shawinigan, 15-1-1930, 16-3-1932, 13-4-1932, 2-3-1933; le Fonds des unités sanitaires aux Archives du Québec à Québec pour les échanges de correspondance impliquant A. Lessard, le secrétaire-trésorier de la municipalité, le député J.-A. Frigon, le médecin-hygiéniste de l'unité sanitaire et le Conseil de comté.

ceux d'une clinique antituberculeuse ambulante. Bien que, durant les années suivantes, la municipalité de Shawinigan ait eu des difficultés à s'entendre avec le SPH sur certaines questions de financement, elle n'intervint plus dans l'organisation de l'hygiène publique, sauf pour demander parfois que certains services soient améliorés, par exemple l'inspection des viandes, ou que l'unité se montre moins exigeante, en particulier quant à l'inspection des logements.

Les autorités municipales de Shawinigan avaient donc accepté sans trop de problèmes de demander la création d'une unité sanitaire. Il en fut tant autrement à Trois-Rivières. Ce fut en effet le SPH qui accula les édiles municipaux trifluviens à faire une telle requête. Depuis 1927, un conflit existait entre le SPH et le conseil municipal, car celui-ci avait mis à la tête du bureau de santé un médecin que le SPH jugeait incompetent en matière d'hygiène publique. Les statistiques de mortalité allaient donner raison au SPH durant la crise: en particulier la mortalité infantile atteignit des niveaux bien plus élevés que partout ailleurs dans les centres urbains de la province. Dans cette situation inconfortable, le conseil municipal accepta (officiellement, il en fit la demande) que le SPH institue une enquête sur les services d'hygiène publique trifluviens. Le rapport de l'enquête, publié en 1936, condamna la gestion sanitaire locale et fit de nombreuses recommandations (FOLEY, A.R., 1936)<sup>29</sup>. Or, les autorités municipales, qui avaient dû au départ s'engager à suivre les principales recommandations du rapport, se considérèrent incapables financièrement de le faire. Aussi se résignèrent-elles à demander l'érection d'une unité sanitaire urbaine, la première du genre au Québec. Elle fut créée en 1938 et prit en charge la direction des cliniques et l'hygiène du milieu. Trois-Rivières rentra dans le rang: l'hygiène publique échappait à la municipalité et s'ajustait aux normes du ministère de la Santé, qui avait remplacé le SPH en 1936.

L'établissement des unités sanitaires permit d'assurer une normalisation des services pour une majeure partie du territoire québécois. En effet, elles avaient la caractéristique d'être bâties sur un modèle unique que l'on appliquait partout. Ainsi, l'unité sanitaire du comté de Saint-Maurice basée à Shawinigan était semblable à toute autre unité sanitaire de la province: un même personnel composé d'un médecin hygiéniste, d'un inspecteur sanitaire, d'une secrétaire et d'une ou deux infirmières visiteuses; les mêmes directives reçues de l'organisme central; les mêmes formulaires de rapports à remplir; les mêmes pouvoirs. Certes, les unités sanitaires de comté couvraient à la fois des espaces ruraux et urbains, ce qui n'était pas le cas des unités uniquement urbaines comme celle de Trois-Rivières. Mais les unités de comté

---

29. Au sujet de l'établissement de l'unité sanitaire, voir aussi, annexées au rapport Foley, les lettres des 21-2-1935 et 29-5-1935 du directeur du SPH au Conseil de ville ainsi que la lettre de A.R. Foley du 5-6-1935 au Conseil de ville; les procès-verbaux du Conseil de ville de Trois-Rivières, 10-6-1935, 29-1-1937, 20-12-1937; les Commissions permanentes de Trois-Rivières, 8-3-1935 et 18-3-1935; les Procédés du Conseil de ville de Trois-Rivières, juin 1935, lettre du 14-3-1935 de A. Lessard au greffier de la cité; les lettres des 11-3-1935, 9-4-1935, 28-5-1935 et 11-6-1935 du greffier de la ville au directeur du SPH.

visaient justement à fournir aux populations de localités trop petites pour organiser un bureau de santé efficace, des services comparables à ceux offerts dans les centres urbains. C'est donc une uniformisation des pratiques en hygiène publique que l'on attendait du programme des unités sanitaires, uniformisation qui se concrétisa au rythme des créations d'unités.

Enfin, les unités sanitaires promurent la médicalisation de la société québécoise en mettant l'accent sur des programmes de médecine préventive et d'éducation populaire du même type que ceux lancés en 1923 par le SPH, avec la différence toutefois d'une couverture territoriale bien plus large. En effet, bien que les unités de comté fussent situées dans des centres urbains comme Shawinigan, leur inspecteur sanitaire et leurs infirmières visiteuses, de même que leurs cliniques antituberculeuses ambulantes, parcouraient toutes les localités du comté. Quelques chiffres donneront une meilleure idée de l'ampleur du travail effectué. Pour 1939, le rapport annuel de la division des unités dénombreait, entre autres activités, 777 conférences d'hygiène générale auxquelles avaient assisté 79 662 personnes, 490 829 imprimés distribués, 788 communiqués aux journaux, 370 représentations cinématographiques, 156 757 familles visitées par les infirmières visiteuses, 35 536 personnes examinées dans les cliniques antituberculeuses, 96 704 enfants de moins de deux ans et 56 941 enfants d'âge préscolaire examinés dans les cliniques de puériculture, 203 554 enfants d'âge scolaire examinés<sup>30</sup> en une seule année, soit un peu moins du quart des enfants d'âge scolaire de la province, ce qui ne comprend pas ceux examinés dans les écoles des municipalités non desservies par les unités. En somme, non seulement les unités sanitaires assuraient-elles au gouvernement de la province une centralisation de la gestion de l'hygiène publique de même qu'une normalisation des services, mais de plus, en rejoignant nombre de Québécois par divers médias et en multipliant leurs contacts avec les infirmières visiteuses et les médecins des unités ou des cliniques, elles promouvaient la médicalisation des populations desservies. L'attention particulière accordée à la nouvelle génération habitait d'ailleurs cette dernière à recourir au médecin.

\*

\*            \*

Trois processus nous sont apparus centraux dans la formation et l'évolution du système d'hygiène publique de la province de 1887 à 1939. Le premier, une centralisation graduelle du pouvoir décisionnel et de l'organisation des services aux mains d'agences gouvernementales, entraîne une résistance des autorités locales : peu empressées à appliquer des mesures dont elles ne saisissent probablement pas encore l'importance, celles-ci paraissent désireuses de préserver leur autonomie, ne serait-ce que pour ne pas se voir imposer des dépenses nouvelles. Le second, une norma-

---

30. Premier rapport annuel du ministère de la Santé et du Bien-être social pour les années 1935 à 1941, p. 35 et 37a.

lisation des services à l'échelle du territoire de la province, est promu principalement par l'élite médicale québécoise et repose précisément sur la prise en charge des interventions d'hygiène publique par l'État québécois. Enfin, la nature même et l'envergure de ces interventions font de l'État un important agent de la médicalisation de la société québécoise durant le premier tiers du XX<sup>e</sup> siècle. Cela devient plus manifeste à partir de la fin de la Première Guerre mondiale lorsque, après une première phase au cours de laquelle on a cherché à réduire la mortalité due aux maladies contagieuses par des mesures essentiellement d'hygiène du milieu, on met l'accent sur la médecine préventive et l'éducation populaire.

Dans un premier temps, les mesures proposées rencontrent à Trois-Rivières et à Shawinigan une indifférence quasi généralisée. Mais petit à petit, divers intervenants locaux se font les relais des projets de réforme définis essentiellement par une élite médicale. Parmi ces intervenants, la direction de grandes entreprises était probablement motivée par la conviction qu'un ouvrier en bonne santé donne un meilleur rendement, comme le proclamaient les hygiénistes, par la conviction aussi que l'hygiène publique préviendrait l'écllosion d'épidémies susceptibles d'interrompre ou de ralentir la production et les échanges commerciaux. Aussi, comme les compagnies d'assurances-vie, trouvait-elle des avantages à une normalisation des services pour l'ensemble du territoire québécois.

Quant à la petite-bourgeoisie traditionaliste nationaliste et au clergé, l'hygiène publique leur apparut comme un moyen de promouvoir leur idée d'une présence canadienne-française catholique forte et dynamique en Amérique. Le discours hygiéniste, surtout après la Première Guerre mondiale, pouvait de la sorte s'intégrer à des visions par ailleurs fort distinctes de la société. Il convient donc, comme B. GAUMER *et al.* l'ont relevé pour les unités sanitaires, de réévaluer l'idée selon laquelle les tenants du traditionalisme ont freiné au Québec l'adoption des réformes dans le domaine de la santé publique et sont responsables d'un retard du Québec dans la modernisation de ses équipements sociosanitaires.

Les transformations de l'hygiène publique au Québec durant la période étudiée s'insèrent dans des courants internationaux de réformes. Le programme des hygiénistes québécois est fondamentalement similaire à ceux mis de l'avant dans d'autres pays, particulièrement aux États-Unis, et si son implantation comporte des modalités qui lui sont propres du point de vue de l'organisation (les unités sanitaires par exemple), c'est essentiellement le même train de mesures d'hygiène qui est graduellement instauré.

François GUÉRARD

*Centre d'études québécoises,  
Université du Québec à Trois-Rivières.*

## BIBLIOGRAPHIE

- ALEWITZ, Sam, « *Filthy Dirty* », *A Social History of Unsanitary Philadelphia in the Late Nineteenth Century*, New York, Garland Publishing.
- ANCTIL, Hervé et Marc-A. BLUTEAU, « La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986 », *Santé Société*, n° spécial, Gouvernement du Québec.
- BAUDOIN, J.-A., « Prophylaxie des maladies contagieuses », dans *Compte-rendu de la 8<sup>e</sup> convention annuelle des services sanitaires de la province de Québec, tenue les 10 et 11 sept. 1919*, 56-80.
- BAUDOIN, J.-A., « L'hygiène sociale », *Bulletin sanitaire*, janvier-février, p. 10.  
1924
- BLISS, Michael, *Montréal au temps du grand fléau : l'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre Expression.
- CASSEL, Jay, *The Secret Plague. Venereal Disease in Canada 1838-1939*, Toronto, University of Toronto Press.
- Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ), *Deuxième rapport annuel du Conseil d'hygiène de 1896 la province de Québec pour l'année finissant le 30 juin 1896*, Québec, Charles-François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté La Reine, p. 8.
- Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ), *Quinzième rapport annuel du Conseil d'hygiène de 1909 la province de Québec pour l'année finissant le 30 juin 1909*, Québec, Charles Pageau, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté le Roi.
- Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ), *Dix-septième rapport annuel du Conseil d'hygiène de 1911 de la province de Québec pour l'année finissant le 30 juin 1911*, Québec, Louis-V. Filteau, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté Le Roi, p. 158.
- Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ), *Vingtième rapport annuel du Conseil d'hygiène de 1914 la province de Québec pour l'année finissant le 30 juin 1914*, Québec, E. E. Cinq-Mars, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté Le Roi.
- Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec (CHPQ), *Vingt-deuxième rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec pour l'année finissant le 30 juin 1916*, Québec, E. E. Cinq-Mars, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté Le Roi, p. 6.
- Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec (CHPQ), *Vingt-troisième rapport annuel du Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec pour l'année finissant le 30 juin 1917*, Québec, E. E. Cinq-Mars, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté Le Roi, p. 112.
- Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec, Division des maladies vénériennes, *La campagne 1920 antivénérienne dans la province de Québec*, Montréal, Librairie Beauchemin Limitée.
- COPP, Terry, *Classe ouvrière et pauvreté, les conditions de vie des travailleurs montréalais, 1897-1929*, 1978 Montréal, Boréal Express.
- COPP, Terry, « The health of the people : Montreal in the depression years », dans *Norman Bethune, son époque et son message*, Montréal, L'association canadienne d'hygiène publique, 129-137.
- DEFRIES, R.D. (dir.), *The Development of Public Health in Canada*, Canadian Public Health Association, 1940 University of Toronto Press.
- DEFRIES, R.D. (dir.), *The Federal and Provincial Health Services in Canada*, Canadian Public Health Association, University of Toronto Press.

- DUFFY, John, *The Sanatarians : A History of American Public Health*, Urbana, University of Illinois Press, 1990
- DUPLESSIS, Pierre et al. (dir.), *Santé publique et pays industrialisés*, Les Publications du Québec, 245-246, 1989
- FARLEY, Michael, Othmar KEEL et Camille LIMOGES, « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique », *HSTC Bulletin : Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, 20 : 24-46 ; 21 : 85-109.
- FOLEY, A.R., *Étude sur la situation sanitaire de la cité des Trois-Rivières*, SPH, division de l'épidémiologie, 1936
- GAUMER, B., G. DESROSIERS et O. KEEL, *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comtés : 1926-1975*, Montréal, Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, 1991
- GAUVREAU, Danielle, « Donner la vie et en mourir : la mortalité des femmes en couches au Québec avant 1960 », dans : Dennis D. CORDELL et al., *Population, reproduction et sociétés : perspectives et enjeux de démographie sociale : en l'honneur de Joel W. Gregory*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 235-256.
- GOULET, Denis et André PARADIS, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, vlb éditeur, 1992
- GRAUER, A.E., *Hygiène publique. Étude préparée pour la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces*, Ottawa, Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, 1939
- GUÉRARD, François, *La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939. Trois-Rivières et Shawinigan*, Montréal, Université du Québec à Montréal. (Thèse de doctorat en histoire.) 1993
- Independance Bureau de Philadelphie et Chicago, *Shawinigan Falls Housing Survey for Shawinigan Fall (Quebec) Housing Committee*, Archives d'Hydro-Québec à Montréal, référence 2639, loc. 26-1-1-1. (Juillet.) 1918
- LEAVITT, J.W., *The Healthiest City. Milwaukee and the Politics of Health Reform*, Princeton, Princeton University Press, 1982
- LEAVITT, J.W., « Medicine in context : a review essay on the history of medicine », *The American Historical Review*, 95, 1471-1484, 1990
- LEMOINE, Réjean, « La santé publique : de l'inertie municipale à l'offensive hygiéniste », dans *La ville de Québec. Histoire municipale IV, de la Confédération à la crise*, Québec, La société historique de Québec, 153-180, 1983
- LESEMANN, Frederic, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, 1981 Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- MCKEOWN, Thomas, *The Role of Medicine, Dream, Mirage or Nemesis ?*, Princeton, Princeton University Press, 1979
- MONTPETIT, Édouard, *La veillée des berceaux*, Montréal, Bibliothèque de l'Action française, 1919, réédité 1938 dans : Édouard MONTPETIT, *La conquête économique*, Montréal, Bernard Valiquette.
- PIERRE-DESCHÈNES, Claudine, *La tuberculose au début du XX<sup>e</sup> siècle : problème social et réponse réformiste*, Montréal, Université du Québec à Montréal. (Mémoire de maîtrise en histoire.) 1980
- RIOUX, Denise, *La grippe espagnole à Sherbrooke en 1918*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 1985 (Mémoire de maîtrise en histoire.)

- RIVARD, J.-Y. *et al.*, « L'évolution des services de santé et des modes de distribution de soins au Québec », 1970 Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, annexe 2.
- ROSEN, George, *A History of Public Health*, New York, MD Publications, 1958
- ROSEN, George, *Preventive Medicine in the United States 1900-1975. Trends and Interpretations*, New York, Prodist, 1977
- ROSENKRANTZ, B.G., *Public Health and the State : Changing Views in Massachusetts 1842-1936*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1972
- Service provincial d'hygiène de la province de Québec (SPH), *Septième rapport annuel du Service provincial d'hygiène pour l'année 1928-1929 et de la démographie pour l'année 1928*, Québec, R. Paradis, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté Le Roi, 1929
- Service provincial d'hygiène de la province de Québec (SPH), *Quatrième rapport annuel du Service provincial d'hygiène de la province de Québec pour l'année 1925-26*, Québec, Ls-A. Proulx, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté Le Roi, 1926
- STARR, Paul, *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, New York, Basic Books, 1982
- STELTER, Gilbert A. et Alan F.J. ARTIBISE (dirs), *Power and Place — Canadian Urban Development in the North American Context*, Vancouver, University of British Columbia Press, 1986
- TAYLOR, J.A., « Urban autonomy in Canada : its evolution and decline », dans : Gilbert A. STELTER et Alan F.J. ARTIBISE (dirs), *Power and Place — Canadian Urban Development in the North American Context*, Vancouver, University of British Columbia Press, 269-291, 1986
- TÉTREAU, Martin, « Les maladies de la misère ; aspects de la santé publique à Montréal (1880-1914) », 1983 *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 36, 4 : 507-526.
- TÉTREAU, Martin, *L'état de santé des Montréalais, 1880-1914*, Montréal, Regroupement des chercheurs-chercheuses en histoire des travailleurs et travailleuses du Québec. (Études et documents, 5.) 1991
- WHERRETT, G.J., *The Miracle of the Empty Beds. A History of Tuberculosis in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1977