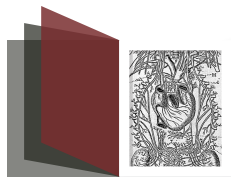


Les soins de santé au Canada aux XVIIe et XVIIIe siècles

Par Réналd Lessard



CONSULTER EN LIGNE

atlas.cieq.ca

Une fenêtre sur le passé québécois

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

POUR CITER CET ARTICLE, UTILISER L'INFORMATION SUIVANTE :

Lessard, Réналd (1998). «Les soins de santé au Canada aux XVIIe et XVIIIe siècles» dans Normand Séguin (dir.), *L'institution médicale*. Québec: Les Presses de l'Université Laval (coll. «Atlas historique du Québec»). [En ligne]: <https://atlas.cieq.ca/l-institution-medicale/les-soins-de-sante-au-canada-aux-xvii-et-xviii-siecles.pdf>

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

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

Les soins de santé au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles

Du point de vue médical, la colonisation de certaines parties du monde par les Européens, entre les XV^e et XIX^e siècles, entraîna des bouleversements majeurs. Avec la circulation des personnes et des marchandises, les invasions microbiennes se multiplièrent et les maladies infectieuses s'internationalisèrent rapidement. La variole, la syphilis, le choléra, le paludisme ou la fièvre jaune causèrent de véritables hécatombes, cependant que les contacts avec d'autres cultures menaient à la découverte de nouvelles plantes ou de nouveaux produits médicinaux, susceptibles de modifier les théories et les pratiques médicales européennes. Le passage de l'Ancien au Nouveau Monde posa au milieu médical de nombreux défis. Et l'efficacité du transfert d'hommes de l'art, d'institutions hospitalières, de techniques et de savoirs médicaux allait dépendre en grande partie de la capacité des sociétés européennes à fournir aux nouvelles sociétés coloniales une réponse à leurs besoins en soins de santé.

Pour comprendre la demande sociale de santé des sociétés coloniales, il importe d'abord de s'interroger sur le sens de la maladie aux XVII^e et XVIII^e siècles et de tenter d'appréhender, au moins grossièrement, la morbidité qui y prévaut. Il sera par la suite possible d'apprécier la réponse qu'apporteront à ces besoins le corps de santé, les institutions hospitalières et de nombreux praticiens non reconnus*.

1. LES BESOINS MÉDICAUX DES CANADIENS

Les perceptions de la maladie

Au Canada, comme en France, le discours social de l'époque voit surtout dans la maladie un avertissement et un châtement divins. Ainsi, selon le père Joseph de La Colombière, qui prêche à Québec et à Montréal entre 1682 et 1723, les maladies populaires et épidémiques sont ordinairement la juste punition de quelques péchés publics et universels. « Tant qu'on a vécu ici dans l'innocence et la pratique des vertus chrétiennes, on jouissait d'une parfaite santé », précise-t-il. Mais, ajoute-t-il, « depuis que le péché y a gagné le dessus, Dieu y a envoyé toutes sortes de maladies¹ ».

Bien qu'une telle conception de la maladie puisse susciter un certain fatalisme, elle n'exclut généralement pas un effort pour guérir le corps par l'utilisation de moyens naturels et raisonnables. D'ailleurs, la nature derrière laquelle se profile l'ombre de Dieu ne met-elle pas à la disposition de l'homme une foule de remèdes qui ne demandent qu'à être découverts et employés ? De fait, beaucoup de gens, surtout parmi ceux qui appartiennent aux couches les plus nanties de la société, se soucient de leur santé et prennent des mesures pour éviter la maladie. Plusieurs ont recours à des saignées de précaution, à des purgations préventives, ils adoptent un régime de vie approprié et s'imposent une diète ou de l'exercice.

LE FRÈRE DIDACE PELLETIER (1657-1699), RÉCOLLET DU COUVENT DE TROIS-RIVIÈRES, FUT L'OBJET D'UN CULTE POPULAIRE PEU DE TEMPS APRÈS SON DÉCÈS EN ODEUR DE SAINTETÉ. PLUSIEURS GUÉRISONS MIRACULEUSES LUI FURENT ATTRIBUÉES. Gravure de Jean-Baptiste Scotin, XVIII^e siècle. Archives du Monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec.



Le discours du médecin sur la maladie s'inscrit naturellement dans le prolongement de celui de l'Église. Tout en reconnaissant généralement que Dieu en est le maître et que le pouvoir de guérison appartient à la nature et à son Créateur, la médecine de l'époque cherche à comprendre l'essence de la maladie en ayant recours à des théories basées sur celles des grands médecins de l'Antiquité dont, en particulier, Hippocrate et Galien. Deux grandes conceptions coexistent depuis des siècles. Pour les tenants d'une vision ontologique, les maladies sont de vraies entités ayant chacune leurs propres spécificités. Les développements de la bactériologie à la fin du XIX^e siècle permettront à cette vision de dominer la pensée médicale contemporaine. À l'opposé, les partisans de la conception physiologique conçoivent la maladie comme une indisposition intrinsèque au corps et comme constituant un processus unique propre à chaque malade. Il n'y aurait pas une variété de maladies, mais plutôt des variations de l'état du corps, imputables au tempérament de l'individu ou à son environnement. Cette approche valorise évidemment l'identification des affections par leurs symptômes plutôt que par leur étiologie².

Même si on reconnaît alors l'existence d'un certain nombre de maladies spécifiques, la plupart des praticiens sont des adeptes de la conception physiologique. Pour eux, la maladie résulte généralement d'un déséquilibre des humeurs, c'est-à-dire des substances liquides contenues dans le corps humain. Afin de restaurer cet équilibre, tout traitement vise essentiellement à les évacuer ou à en modifier la qualité. Tout au long des XVI^e, XVII^e et XVIII^e siècles, de nouvelles théories voient le jour, mais sans réellement remettre en cause la théorie des humeurs et encore moins modifier la pratique médicale.

La médecine humorale, qui remonte au Grec Hippocrate, mais qui a surtout été développée par Galien, s'insère dans une conception particulière de l'univers. Selon les anciens auteurs helléniques, les mondes visible et invisible forment un tout à l'intérieur duquel existent de multiples concordances. Le milieu environnant expliquerait l'apparition des maladies et, dans ce contexte, le discours médical sur l'air trouve ainsi des origines anciennes. Le corps humain serait le reflet, plus petit, de l'univers. Ainsi, aux quatre éléments définissant ce dernier (terre, eau, feu, air) et à leurs qualités respectives, correspondent les quatre humeurs fondamentales que sont le sang, la pituite ou phlegme (flegme), la bile et l'atrabile. Selon qu'une humeur l'emporte sur les autres, un individu sera de tempérament sanguin, flegmatique, bilieux ou mélancolique. En fonction du caractère des malades, le traitement prescrit et la diète imposée varieront (Lebrun, 1983 : 18-19 ; Lyons et Petrucelli, [1978] 1987, 253-254, 259 ; Shryock, 1977 : 50-51 ; Héritier, 1987 : 30-35, 40 ; Risse, 1993 : 11-19).

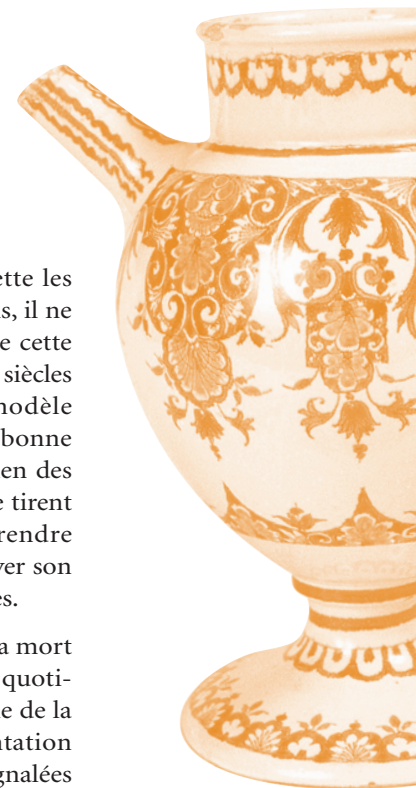
Aujourd'hui, la médecine moderne rejette les fondements de la théorie humorale. Néanmoins, il ne faudrait pas oublier la cohérence et l'attrait de cette vision de l'homme et de la maladie au cours des siècles passés. Pendant longtemps, elle offrit un modèle d'explication rationnel qui a d'ailleurs été en bonne partie adopté par la médecine populaire. Et bien des pratiques actuelles en médecine dite alternative tirent leurs origines de la théorie des humeurs. Prendre froid, se purger à des fins de prévention, nettoyer son sang ou son foie en sont autant de réminiscences.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, le spectacle de la mort et la fragilité de la vie font partie de l'univers quotidien. À l'omniprésence de la mort se greffe celle de la maladie (on trouvera à l'annexe 1 une présentation succincte des maladies les plus fréquemment signalées à l'époque). Pour beaucoup, les préceptes de l'Église servent de guide. Ils prônent la résignation et la patience devant la maladie, une épreuve envoyée par Dieu pour éprouver la foi des gens.

La relation étroite entre le malade, son corps, sa spiritualité et la maladie crée des liens entre patient et praticien de la santé qui diffèrent nettement de ceux qu'on trouve actuellement. Le médecin, le chirurgien et l'apothicaire ne détiennent pas alors un pouvoir absolu de guérison. Leur intervention vise à favoriser l'action de la nature et non à se substituer à celle-ci. De plus, le médecin, le chirurgien ou l'apothicaire ne sont pas les seules ressources disponibles. Ils partagent le marché des soins médicaux avec une large brochette d'autres acteurs, allant du charlatan au rebouteur et jusqu'à l'ecclésiastique. Le prêtre peut jouer un rôle important puisqu'il constitue un intermédiaire entre Dieu, source de la maladie, et le patient. Le malade peut choisir l'un ou plusieurs de ces dispensateurs de soins ou recourir à l'automédication ou au surnaturel. Souvent d'ailleurs, le patient adoptera, concurremment ou successivement, plusieurs solutions. Il faut mettre toutes les chances de son côté et la médecine officielle et ses adeptes, qui n'ont absolument pas le prestige qu'on leur attribuera plus tard, ne peuvent prétendre à un monopole.

La morbidité canadienne

Au cours des XVII^e et XVIII^e siècles, divers témoignages prétendent au bon état de santé des Canadiens et, conformes en cela au discours médical officiel, plusieurs l'imputent à la bonne qualité de l'air. Ainsi, en 1754, Nicolas-Gaspard Boucault, ancien secrétaire de l'intendant Bégon et lieutenant particulier de la prévôté de Québec, note qu'il « n'est pas de climat plus sain que celui-là, il n'y règne aucune maladie particulière au pays » ; celles qu'il y a vu « régner, étaient apportées par les vaisseaux français » (Boucault, [1754] 1921 : 15).





Pourtant, la vallée laurentienne n'est pas à l'abri des maladies infectieuses et tout particulièrement des épidémies. Généralement introduites de l'extérieur, elles y font périodiquement des ravages. Les conditions d'hygiène, souvent déficientes, particulièrement dans les villes, créent un terrain propice à l'éclosion et à la propagation de maladies infectieuses. Dans les villes, les mesures d'hygiène publique sont insuffisantes malgré l'émission d'ordonnances relatives à l'aménagement de latrines, au nettoyage et au pavage des rues, à la libre circulation des animaux sur la voie publique ou au contrôle de la qualité du pain. De plus, la répétition périodique de certaines ordonnances et les témoignages des contemporains incitent à penser que les gens leur accordent peu d'attention. Dans les rues de Québec, pour la plupart non pavées, les débris s'accumulent. À ceux des animaux domestiques, souvent laissés en liberté ou abandonnés, ou des animaux destinés à la boucherie, abattus à la devanture des boutiques, s'ajoute la pollution humaine. Toutes les maisons n'ont pas de latrines extérieures. À Québec, dans les deux basses villes en particulier, l'entassement des gens favoriserait la dissémination des épidémies. La présence de cimetières à l'intérieur des murs est également source de problèmes, surtout à la fin du XVIII^e siècle. À Montréal, même si la taille de la ville est moindre, la situation n'est guère plus rose. En 1779, un citoyen de l'endroit se plaint de ce que les gens jettent « les fumiers, vidanges & toutes leurs immondices sur le port & les glacis » et conclut, sur un ton sarcastique, qu'il n'est pas possible « de marcher sur le port sans se Bouzer jusques aux oreilles (du soulier) » et qu'il n'est point besoin d'échelles pour escalader les murs « puisqu'il est très aisé d'y pénétrer sur les monceaux de fumier [...] »³.

Aux problèmes d'insalubrité publique s'ajoutent le manque d'hygiène personnelle des Canadiens, la malpropreté des logements et l'état de promiscuité dans lequel vivent les familles. En 1749, le voyageur Pehr Kalm note ainsi qu'il n'a pas vu une seule fois procéder à un vrai lavage des planchers et conclut, « que ce soit chez les personnes de qualité ou chez les gens du commun, on est partout assez sale ». Cette insalubrité et ce manque d'hygiène ternissent quelque peu l'image de pays sain livrée par les contemporains. Les conditions sanitaires de la colonie, surtout en ville, se rapprochent ainsi nettement de celles de la métropole.

2. LES PRATIQUES MÉDICALES

Au Canada comme en Europe, deux types de médecine coexistent. La médecine officielle, reconnue, cède parfois le pas à des pratiques parallèles variées, souvent bien établies, auxquelles la population n'hésite pas à avoir recours.

Les pratiques parallèles

Les progrès limités des thérapeutiques ne permettent pas encore de marquer un écart important, qu'il s'agisse du savoir ou des techniques, entre les dispensateurs de soins. La différence entre les praticiens officiellement reconnus et les autres dispensateurs de soins tient beaucoup plus aux représentations collectives et à la reconnaissance légale accordée à certains qu'aux actions thérapeutiques elles-mêmes. En France tout comme en Angleterre, l'exercice de la médecine n'est pas l'apanage d'un seul groupe et le corps médical n'a *de facto* aucun monopole sur lequel il puisse asseoir son pouvoir.

Dans des milieux souvent privés d'un membre du corps médical, leur devoir de charité chrétienne pousse les curés à s'engager et ils bénéficient en cela de la confiance que leur témoignent à la fois leurs paroissiens et les autorités. Dès le XVII^e siècle, en Nouvelle-France, l'État distribue des remèdes aux pauvres. Depuis 1686, une somme de 300 livres (#), portée par la suite à 500 #, est prévue annuellement pour l'achat de « pastes et remèdes ». L'argent est transmis aux hospitalières de la région de Québec qui se chargent par la suite d'acheminer aux curés les remèdes requis pour les pauvres.

Grâce à leur pratique médicale, quelques curés atteignent à une certaine renommée. L'abbé Pierre-Joseph Compain, curé de la paroisse de Saint-Étienne à Beaumont, qui aurait étudié la médecine avec le chirurgien Feltz, se dit détenteur d'un médicament pour guérir les chancres. Quant à Jean-Baptiste Corbin, curé de Saint-Joachim sur la côte de Beaupré, il fournit des remèdes dont la diversité vaut bien celle que proposent les meilleurs chirurgiens.

Dans les milieux éloignés ou en cas de crises, des ecclésiastiques sont appelés à jouer un rôle important. Distribution de médicaments, indications thérapeutiques et même interventions chirurgicales figurent au nombre de leurs actions. Ainsi, lors d'une épidémie d'une forme particulière de syphilis, appelée « mal de la Baie-Saint-Paul », le clergé est sollicité par les autorités pour participer à l'éradication de la maladie.

D'autres acteurs encore se mêlent de médecine, cependant, il est difficile d'apprécier l'ampleur de leurs activités. Au Canada, le plus célèbre praticien illégal est sans contredit le Breton Yves Phlem. « Dans un âge adolescent on lui apprend à saigner, panser des blessures et plusieurs remèdes pour guérir différentes maladies ». En 1727, il s'établit à Sainte-Anne-de-la-Pérade. Fort de l'appui général de la population, il « médicamente », panse et soigne « toutes les maladies [...] de la paroisse » et acquiert bientôt une réputation qui s'étend à toute la colonie, notamment en ce qui concerne le traitement des chancres. De partout, des gens accourent chez lui et y demeurent jusqu'à leur guérison... ou leur décès ! Des malades condamnés par les sommités médicales de la Nouvelle-France,

soit le médecin Michel Sarrazin, le chirurgien Michel Bertier ou le frère Jean-Jard Boispineau, se tournent vers Phlem en dernier recours (Douville, 1975 : 6-24).

Quelques femmes se mêlent aussi de pratique médicale. En 1730, lorsqu'elle signe un certificat attestant qu'une femme a été battue, Marguerite Dizy, dit Montplaisir, se dit « chirurgienne à Batiscan ». Le cas de Madeleine Rapin semble aussi exceptionnel. Fille du chirurgien André Rapin, dit Lamusette, de Lachine, elle est sage-femme à partir de 1717, sinon avant. En 1715, elle panse Pierre Aymard, habitant de Pointe-Claire, et signe alors un certificat où elle s'intitule comme « faisant Les Fonctions de Chirurgienne dans La Coste delachine ». Deux ans plus tard, Marguerite Gignard de Lachine déclare « quelle Sest fait Seigneur Dams le mois de Juin Dernier au bras et au pied par Lad. Picart pour des Raisons quelle avoit mais quelle na point pris de Vomitifve⁴ ».

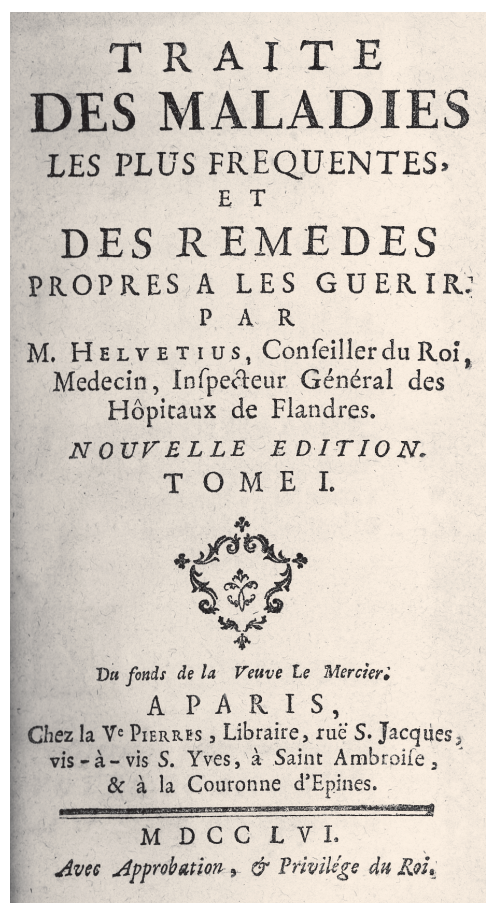
Toutefois, même si les qualifications professionnelles de nombre de chirurgiens ne nous sont pas connues et même s'il est impossible d'évaluer le nombre d'individus qui exécutent des actes jugés comme étant du ressort des chirurgiens ou des médecins, les cas d'usurpation du titre de chirurgien semblent très rares.

Certains individus développent des spécialités. Phlem et Compain se targuent de guérir les chancres, le notaire Loiseau, dit Châlons, de Boucherville, lui, prétend en 1794 avoir trouvé « le vrai moyen de guérir l'Érésipele et les fièvres tremblantes en vingt quatre heures » et s'empresse d'offrir ses services dans *La Gazette de Québec*. Un siècle plus tôt, Denis Guion, un bourgeois de Québec, y passait pour un « Expert en matiere de descente de boyaux (hernies) ».

Dans une société où le sacré et le merveilleux sont partout présents, les malades se tournent régulièrement vers la religion afin d'obtenir leur guérison. Les vœux, les neuvaines, les processions, les offrandes et les promesses constituent, avec les pèlerinages, des moyens pour atteindre ce but. Dans les cas d'épidémies, les habitants font célébrer des grand-messes pour obtenir l'aide de Dieu. Parmi les lieux de pèlerinage, Sainte-Anne-de-Beaupré est sans contredit le plus célèbre. Érigée en 1658, la première chapelle devient rapidement un lieu fréquenté. Quelques années plus tard, vers 1661-1662, alors qu'une image de sainte Anne est exposée dans le lieu de culte, on signalait les premières guérisons. Marie de l'Incarnation écrit en 1665 qu'on « y voit marcher les paralytiques, les aveugles recevoir la vue et les malades de quelque maladie que ce soit recevoir la santé ». En 1679, un chirurgien de la région de Montréal est débouté en cour après que le défendeur ait fait valoir que la jambe de sa femme avait été guérie lors d'un pèlerinage à Sainte-Anne et non par les soins du disciple d'Esculape.

Durant la terrible épidémie de variole de 1702-1703, l'annaliste des ursulines de Québec note : « prieres publiques Saluts du st Sacrement oraison des 40 heures [...] procession portant limage de st Roch tous les iours lon disoit a la fin de matine lantienne et Loraison de st Roch La Cathedrale fit aussy plusrs processions dans lune lon porta les stes Reliques dans lautre lon porta les statues de st Roch et de st Sebastien ». Saint Roch est populaire tant au Canada qu'en Europe. La chapelle des récollets, érigée à la fin du XVII^e siècle près de la rivière Saint-Charles lui est dédiée. « Le secours visible que le ciel a accordé aux peuples de cette ville et du pays par la protection de St Roch spécialement dans deux maladies contagieuses dont le pays a esté affligé en l'année 1699 et à la fin de l'année dernière [1730] et au commencement de celle de 1731 a tellement accru la dévotion au grand saint qu'il se fait un concours continuel et si considérable à cette chapelle que sa petitesse ne peut le contenir », observent les récollets en 1731⁵.

Il est des personnes que la population croit dotées de certains pouvoirs surnaturels. Si la vie édifiante ou les accomplissements confèrent à des individus comme le frère Didace Pelletier une réputation de thaumaturge, d'autres sont par ailleurs perçus comme détenteurs de secrets ou de pouvoirs reliés à la sorcellerie. Magiciens et sorciers sont sollicités à l'occasion, mais cela semble exceptionnel.



PAGE-TITRE. ADRIEN HELVÉTIUS,
TRAITÉ DES MALADIES LES PLUS
FRÉQUENTES, ET DES REMÈDES
PROPRES À LES GUÉRIR. PARIS,
LE MERCIER, 1756. 2 VOL.
CE TRAITÉ MÉDICAL SERAIT LE PLUS
COURAMMENT MENTIONNÉ
DANS LES DOCUMENTS CANADIENS.
Collection personnelle de Rénaud Lessard.

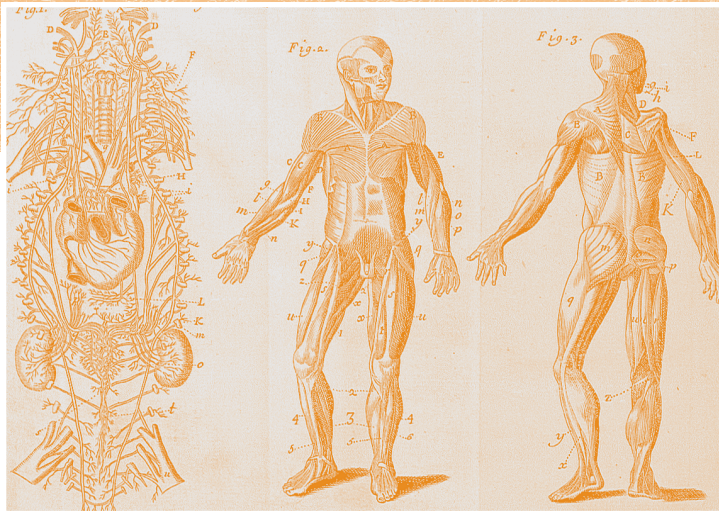


PLANCHE ANATOMIQUE. LAURENT HEISTER, L'ANATOMIE D'HEISTER AVEC DES ESSAIS SUR L'USAGE DES PARTIES DU CORPS HUMAIN, ET SUR LE MÉCANISME DE LEURS MOUVEMENTS, PARIS, JACQUES VINCENT, 1735.

Musée de l'Amérique française, Bibliothèque ancienne du Séminaire de Québec, Fonds des livres rares et anciens. (Photo Denis Ross).

Se soigner soi-même ou avoir recours aux conseils de personnes de son entourage sont des pratiques fort répandues. En fait, quiconque sait lire peut trouver l'information médicale nécessaire dans les imprimés. En Europe, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, l'*Avis au peuple sur sa santé* de Tissot est l'ouvrage le plus consulté. Le volume, à l'instar de plusieurs autres dont le *Traité des maladies les plus fréquentes, et des remèdes propres à les guérir* d'Helvétius, s'adresse aux personnes charitables qui assistent des malades. Le clergé demeure le groupe par excellence visé par ces publications. En anglais, le *Domestic Medicine* de William Buchan connaît un succès important. Cet ouvrage est disponible au Canada et, en 1786, une souscription y est même organisée afin d'en imprimer une nouvelle édition.

Il semble toutefois que, dans la colonie, la fréquentation des livres de médecine soit plutôt rare. L'analyse de 962 inventaires après décès de résidents de Québec pour la période 1690 à 1759 révèle qu'à peine 18 d'entre eux sont propriétaires de livres médicaux. De ce nombre, quatre pratiquent la médecine ou la chirurgie. À compter de 1764, *La Gazette de Québec* publie des réclames publicitaires vantant les mérites de remèdes et, à l'occasion, des recettes ou des indications de traitement pour guérir diverses affections.

La pratique médicale officielle

Répondre à des besoins médicaux nombreux et variés dans un contexte où les maladies sont le plus souvent identifiables à leurs symptômes et non par leur étiologie impose un défi énorme à la médecine officielle, que ce soit pour poser un diagnostic approprié ou pour prescrire un traitement adéquat. La pensée médicale européenne et l'expérience personnelle guident l'action du praticien de la santé canadien.

À l'époque, la médecine est généralement divisée en cinq parties principales : la physiologie, la pathologie, la sémiotique, l'hygiène et la thérapeutique. La physiologie traite de la constitution du corps humain « regardé comme sain & bien disposé » et de ce qui appartient à l'anatomie. La pathologie traite aussi de la constitution du corps humain, mais lorsqu'il « n'est pas selon sa nature », en d'autres termes, lorsqu'il est malade. La sémiotique, appelée aussi l'indicative, s'intéresse aux signes ou aux indications de la santé ou de la maladie. L'hygiène donne « des règles du régime

qu'on doit garder pour conserver sa santé ». De même, la thérapeutique enseigne la conduite et l'usage de la diète et comprend la chirurgie et la médecine proprement dite. Enfin, puisque la pratique médicale se veut curative, l'action sanitaire préventive se limite à quelques éléments d'hygiène, à des mesures de quarantaine et au recours tardif à l'inoculation.

Les connaissances médicales de l'époque évoluent plus ou moins lentement selon les différentes branches de la médecine. Dès la Renaissance, les connaissances anatomiques et physiologiques progressent. L'anatomie descriptive connaît ses heures de gloire au XVI^e siècle. André Vésale, au milieu de ce siècle, lui donne un élan décisif et publie des planches anatomiques d'une qualité inégalée pendant 200 ans (Lyons et Petrucelli, [1978] 1987 : 368-493 ; Vigroux, 1985 : 90-95).

Parallèlement, la physiologie expérimentale fait son apparition. En 1628, William Harvey publie un livre où il démontre le rôle de pompe du cœur et met en évidence la circulation du sang. Bien que contestée par plusieurs et ne suscitant guère d'applications, cette découverte constitue l'un des progrès les plus importants de la médecine. À cette époque, l'Italien Gian Domenico Santorini est le premier à prendre son pouls et à mesurer la température de son corps. Toutefois, ce n'est pas avant le XIX^e siècle que le thermomètre devient un élément usuel de la pratique médicale. Grâce à l'utilisation du microscope, le monde de l'infiniment petit devient accessible au XVII^e siècle. À l'aide de cet instrument, Marcello Malpighi découvre, entre autres choses, les vaisseaux capillaires et Antonie Van Leeuwenhoek s'intéresse aux globules rouges et aux spermatozoïdes.

Au XVIII^e siècle, la physiologie continue de faire de notables progrès, notamment grâce aux études d'Albrecht von Haller sur le système nerveux, de René Antoine Ferchault de Réaumur sur la digestion et de Stephen Hales sur la dynamique de la circulation sanguine. Ce dernier démontre ainsi l'importance du système capillaire et enregistre la pression sanguine à l'aide d'un manomètre.

La pathologie progresse en sémiotique, mais elle demeure désespérément pauvre sur le plan de l'étiologie. L'essor de la clinique, surtout à l'époque des Lumières, est un acquis important qui permet de mieux identifier et différencier certaines affections. La notion de spécificité des maladies, relancée au XVII^e siècle, se développe au siècle suivant. Mais un même terme en apparence précis peut toujours recouvrir plusieurs réalités. Le cas des fièvres est éloquent à cet égard puisqu'on en dénombre plus d'une centaine. De même, ce n'est que dans les années 1760 que la variole et la varicelle seront clairement reconnues comme maladies distinctes. Il en sera ainsi de la syphilis et de la gonorrhée en 1774.



Les thérapeutiques ne bénéficient guère des progrès des connaissances de base. Elles dépendent en grande partie de ceux, trop limités, de l'étiologie. Faute de moyens d'investigation efficaces et en dépit de certains progrès de la physiologie et de la nosographie, les causes des maladies sont peu connues et on continue généralement à traiter les symptômes. Certes, l'observation clinique et l'expérimentation, la contestation croissante des autorités classiques ou encore l'élaboration de nouvelles théories ou doctrines annoncent de significatifs changements dans l'univers médical, et ce, principalement au XVIII^e siècle, mais force est d'admettre que tout cela débouche rarement encore sur des applications concrètes.

L'action thérapeutique

Avant d'entreprendre la cure d'un malade, le praticien se doit d'avoir une « connoissance exacte » du mal et des causes qui ont pu le provoquer. Il s'enquiert de l'âge, du tempérament, du régime de vie, des indispositions ordinaires et des occupations du malade. Il l'interroge sur la nature du mal, sur son origine et sa progression, il tente de situer avec lui le siège de la douleur et il s'informe des accidents survenus et des remèdes déjà utilisés. Par la suite, il procède à un examen physique du malade. Si l'inspection du pouls, du sang, des selles et des urines est de rigueur, le praticien se doit également d'observer l'état des différentes parties du corps et des principaux organes. On ne procède pas encore à l'auscultation ni à la mesure de la température⁶.

L'autopsie permet de connaître ou du moins de tenter de connaître une maladie en temps d'épidémie. Bien qu'exécuté en 1535 lors du deuxième voyage de Jacques Cartier au Canada, cet acte reste longtemps réprouvé par l'Église et son emploi semble exceptionnel.

Fort de tous ces renseignements fournis par l'interrogatoire, l'observation et l'examen du malade ou par la dissection, le praticien pose un diagnostic et prescrit un traitement.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, l'art de prescrire un traitement relève de l'« indication », c'est-à-dire de la connaissance de l'état du malade et de ce qu'il faut lui prescrire afin de parvenir à un but précis. Le diagnostic posé, le praticien doit donc choisir un traitement. L'indication est de trois ordres : empirique, empirico-rationnelle et rationnelle.

Aux yeux de la médecine officielle, l'essentiel des traitements prescrits par un médecin devait, théoriquement, ne relever que de l'indication rationnelle qui « désigne le rapport qu'il y a entre le vice & le remède convenable ». Elle repose sur des théories et des systèmes qui remontent au temps des Grecs Galien et Hippocrate et sur les nombreuses variantes qui en sont issues.

Forts de cette rationalité et faute d'une connaissance réelle de l'étiologie des maladies, les « médecins dogmatiques » ont construit une classification particulière des remèdes selon leurs effets sur les humeurs ou sur les symptômes. Les thérapeutiques, que ce soient les diètes, les régimes de vie adéquats, les médicaments ou certains actes chirurgicaux, visent généralement à corriger, en accord avec la théorie humorale ce que l'on croit être « la cause de l'équilibre perdu [du ...] corps ». En vertu de ce principe, le praticien doit faire évacuer ou du moins altérer les humeurs devenues surabondantes ou corrompues afin de rétablir l'équilibre. Ce grand principe guide l'action des praticiens canadiens tout au long des XVII^e et XVIII^e siècles. L'utilisation régulière de la saignée en fait foi⁷.

Prescrire un bon régime de vie et, en particulier, une diète appropriée est nécessaire à la guérison et au maintien de la santé. Un bon régime, au sens d'un « usage raisonné et méthodique des aliments et de toutes les choses essentielles à la vie, tant dans l'état de santé que dans celui de maladie », doit tenir compte du tempérament, de l'âge, du sexe ou de l'état du patient. Certains aliments sont prohibés ; d'autres sont prescrits. Le recours au bouillon et au vin à des fins médicales est particulièrement courant. Enfin, des activités comme la marche sont mises à l'honneur.

Pour faciliter l'évacuation ou l'altération des humeurs et afin de fortifier le corps, le médecin et le chirurgien canadiens disposent d'une pharmacopée complexe.

La pharmacopée

L'étude des médicaments en usage met sous un jour particulier la pratique médicale canadienne. Elle permet de connaître les échanges entre la colonie et la métropole et leur influence réciproque⁸.

La présence de végétaux nouveaux au Canada et l'absence de plantes couramment employées dans les médecines populaire et officielle européennes, l'éloignement de la métropole et l'influence amérindienne auraient pu se traduire par l'apparition d'une pratique médicale différenciée. Tel ne fut pas le cas.

Bien que la pharmacopée officielle repose encore en grande partie sur des écrits anciens, elle est également influencée par de nouvelles théories. Ainsi, Paracelse développe au XVI^e siècle la théorie des « signatures » selon laquelle la forme et la couleur d'une feuille, d'une fleur ou d'une racine permettent de déceler des affinités avec un organe ou une maladie. Paracelse est également le fondateur de l'iatrochimie qui prône le recours à des produits chimiques tels le mercure, le soufre ou l'antimoine pour combattre la maladie. Enfin, les voyages d'exploration amènent l'introduction en Europe de médicaments nouveaux. La cardamome des Malabar, le bois de gaïac des Antilles, le jalap du Mexique, la salsepareille de la Nouvelle-Espagne, le baume de Copahu d'Amérique

du Sud ou la gomme gutte d'Asie sont intégrés à la pharmacopée officielle et sont utilisés au Canada durant les régimes français et anglais.

Toutefois, ce sont deux végétaux d'origine sud-américaine, l'ipécacuhana et le quinquina, qui vont jouer un rôle majeur dans la thérapeutique européenne à partir du XVI^e siècle. Le premier se révèle efficace dans les cas de maladies dysentériques et le second s'avère un excellent fébrifuge. Au Canada, presque tous les inventaires de médicaments possédés par les membres du corps médical mentionnent ces produits.

Selon Nicolas Lémery, un des auteurs les plus renommés dans le domaine de la pharmacie, les médicaments se divisent à l'époque en deux catégories principales : les généraux et les spécifiques. Les premiers comprennent des produits favorisant l'évacuation, l'altération ou le renforcement des humeurs et ne sont pas reliés à une maladie précise. Les seconds incluent les antispasmodiques, les vermifuges, les antivénériens, les antiscorbutiques, les antidotes, les antiseptiques propres « à empêcher & à arrêter la Gangrène ou dissolution putride », les stomachiques qui rétablissent la digestion et les fébrifuges (Lémery, 1747 : 204-259 ; 174 : 1-4).

Provenant des plantes médicinales, dites « simples », des animaux et du règne minéral, les médicaments prennent des formes et des consistances variables en fonction de la région soignée, du tempérament, du désir du malade ou des produits utilisés.

Outre l'administration des médicaments par voie orale ou externe, le recours aux lavements, ou clystères, est un moyen populaire de donner un traitement. C'est un « remède ou injection liquide qu'on introduit dans les intestins par le fondement (grâce à des seringues de tailles variables), pour les rafraîchir, pour lâcher le ventre, pour humecter et amollir les matières, pour irriter la faculté expultrice, dissiper les vents, aider à l'accouchement, etc. ». En fonction de l'effet recherché, les injections seront composées d'eau ou de divers produits. La présence de seringues au Canada, tant chez les particuliers que chez les praticiens de la santé, témoigne de la popularité de ce traitement.

En plus des produits chimiques ou biologiques bien identifiés, le corps médical et les Canadiens en général ont également accès aux remèdes de composition secrète ayant, dans plusieurs cas, fait l'objet de « patentes ». Ces produits miracles vendus par des apothicaires et par d'autres individus font l'objet de réclames publicitaires dans les journaux et se trouvent dans les inventaires après décès de chirurgiens. *La Gazette de Québec* annonce ainsi en 1773 le « baume de vie de Turlington », un remède spécifique pour guérir, notamment, « la pierre, la gravelle, la colique, le vomissement, le crachement de sang et les autres débilités intérieures⁹ ».



Au Canada, les établissements hospitaliers, les militaires, les jésuites et le corps médical suivent les pratiques et les usages observés en France. On constate aisément que la majorité des produits de base ou des matières premières qui entrent dans la composition des médicaments, et même certaines préparations, sont importés de France. Cette dépendance à l'égard de la métropole existe également en Nouvelle-Angleterre.

Certaines apothicaireries canadiennes sont bien garnies. Ainsi, les chirurgiens urbains Jordain Lajus, Claude de Saint-Olive, Gervais Baudouin et Charles-Elemy-Joseph-Alexandre-Ferdinand Feltz possèdent respectivement 131, 102, 60 et 25 produits différents à usage médical. Les campagnes contiennent également quelques apothicaireries dignes des meilleurs chirurgiens des villes.

Les remèdes évacuants tels les purgatifs (jalap, sené, sel de Glauber, sel d'Epsom, manne, crème de tartre, sel végétal, ipécacuhana, rhubarbe et poudre cornachine), les vomitifs (vitriol blanc, ipécacuhana, antimoine et tartre émétique) et les diaphorétiques (antimoine diaphorétique) occupent la place d'honneur et cette présence massive confirme la locution latine *Saignare, purgare et clysterium donare* (Saigner, purger et administrer des lavements) qui résume bien la pratique médicale de l'époque. Grâce au soufre, au quinquina et à l'ipécacuhana, l'intervention du praticien peut s'avérer relativement efficace dans les cas de gale, de fièvre et de dysenterie. Les mouches cantharides servent de vésicatoire et le vitriol de Chypre, le vitriol blanc, l'alun et le corail servent généralement d'astringent. Le corail et les yeux d'écrevisse, qui ne sont que des pierres trouvées dans l'animal, sont utilisés comme absorbant. Le mercure sert surtout d'antivénérien et la réglisse d'adouçissant. Enfin, la thériaque, qui contient de l'opium, est utilisée comme fortifiant et calmant¹⁰.

Qu'en est-il de la valeur thérapeutique de ces produits ? Le quinquina et l'ipécacuhana comptent parmi les remèdes les plus efficaces de l'époque. Le premier sert à traiter les cas de fièvre et le second est utilisé pour soigner les malades atteints de dysenterie. Encore aujourd'hui, des dérivés de ces produits sont utilisés. De même, il est vrai que le sené et la manne purgent bien ou que la thériaque calme. Toutefois, la question fondamentale reste la pertinence d'une purgation, d'un calmant ou de tout autre traitement dans un contexte, il faut le rappeler, où généralement les causes réelles de la maladie sont inconnues. Le malade risque souvent de ressentir les effets d'une médication sans que pour autant son état s'améliore.

Bien que l'essentiel de la pharmacopée canadienne soit importé, plusieurs remèdes proviennent de la colonie. En 1681, un chirurgien montréalais récolte des simples dans son jardin. De même, l'Hôtel-Dieu de Québec possède un « carré » où l'on produit des plantes médicinales.



L'exploration de l'Amérique a suscité une vaste quête de nouvelles connaissances en vue de l'exploitation commerciale de ressources. Cet intérêt touche tous les domaines du savoir et l'étude de la flore n'y échappe pas. On connaît bien l'épisode de l'*annedda*, cette plante qui permit à Jacques Cartier de guérir son équipage atteint du scorbut. Toutefois, on ignore généralement que de nombreux végétaux de la colonie furent envoyés en France tout particulièrement au Jardin royal de Fontainebleau et, plus tard, à celui de Paris. En 1635, le médecin parisien Jacques-Philippe Cornut put ainsi publier *Canadiensium Plantarum Historia* dans lequel il décrit plusieurs dizaines de plantes provenant de la Nouvelle-France.

Les Français s'intéressent au potentiel de la faune et de la flore canadiennes. Des médecins tels Michel Sarrazin ou Jean-François Gaultier herborisent, font des expérimentations, accumulent des données et entretiennent une correspondance suivie avec des membres de l'Académie royale des sciences à Paris. L'État encourage ce mouvement scientifique et le soutient financièrement en octroyant des gratifications spéciales et, à l'occasion, en assumant les frais de la recherche de plantes.

De cet effort scientifique, la pharmacopée européenne ne retiendra que quelques éléments. Le capillaire canadien (*Adiantum pedatum* L.), une espèce de fougère, jugé supérieur à celui de Montpellier, est renommé en France pour ses propriétés pectorales. Entre 1718 et la Conquête, le port de La Rochelle reçoit d'Amérique plus de 45 000 kg de capillaire dont la valeur totale en France dépasse 111 000 #. Les rognons de castor et le ginseng canadien sont également recherchés par les Français. Une véritable ruée vers le ginseng, prisé par les Chinois comme aphrodisiaque, survient entre 1747 et 1752 : les exportations vers La Rochelle atteignent un sommet en 1752 avec une valeur de 484 120 livres # (Lessard, 1996 : 20-24).

Au début du Régime anglais, les Britanniques cherchent à exploiter le potentiel de leur nouvelle colonie. Des simples comme l'*aralia nudicaulis*, confondue avec la salsepareille, sont recueillis sur une grande échelle. Toutefois, l'entreprise la plus élaborée est celle d'un chirurgien et apothicaire originaire de Pennsylvanie, Henry Taylor qui s'illustre par la découverte de l'essence d'épinette. Ce produit, qui se conserve bien et est peu encombrant, donne une bière aux propriétés à la fois rafraîchissantes et antiscorbutiques. Son utilisation sur les navires permet de produire de la bière d'épinette selon les besoins. Établi à Québec en 1763 ou au début de 1764, Taylor obtient en 1772 des lettres patentes qui lui accordent le privilège exclusif de distiller et de vendre de l'essence d'épinette. De 1773 jusqu'en 1790, de l'essence pour une valeur de 35 731 livres anglaises (£) est produite. En 1797, la distillerie comprend trois alambics contenant respectivement 1 600, 1 200 et 60 gallons.

À tout considérer, les apports canadiens à la pharmacopée européenne restent peu nombreux et les praticiens de la santé établis au Canada font surtout usage de médicaments importés d'Europe. Toutefois, ils n'hésitent pas à employer des plantes indigènes, surtout celles qui présentent des affinités physiques avec des végétaux utilisés en France¹¹.

Les simples employés par les Amérindiens retiennent l'attention. Des Français et des Canadiens s'attachent « à connaître les secrets de la médecine des sauvages ». Dans les *Relations des Jésuites*, les allusions à la médecine autochtone sont fréquentes. On dénonce régulièrement les superstitions auxquelles elle donnait lieu.

Cette perception négative et hautaine des pratiques amérindiennes varie selon les observateurs. Les missionnaires, qui voyaient les sorciers comme des concurrents et des entraves à leur prosélytisme, sont les plus impitoyables. Fondées ou pas, les perceptions négatives de la médecine amérindienne expliquent le peu d'influence qu'elle a eu sur la pratique médicale du corps de santé canadien. Objet de curiosité scientifique, la médecine amérindienne est vue sous l'angle réducteur du missionnaire qui veut en extirper les éléments perçus comme relevant de la sorcellerie ou sous l'angle du botaniste qui recherche des plantes aux vertus inconnues ; peu d'effort, sinon aucun, pour l'appréhender d'une manière globale. Les contacts avec la médecine amérindienne ne remettent en question aucun des grands préceptes de la médecine officielle européenne.

Quelques contemporains, comme Louis-Antoine de Bougainville à la fin du Régime français, posent un regard moins réprobateur. Hormis une meilleure connaissance des plantes indigènes, la médecine indigène aurait peu à offrir aux Européens et, si Bougainville lui reconnaît certaines réussites, il se garde bien de lui concéder une supériorité marquée :

Les Sauvages ont une médecine naturelle et des médecins. Ils vivent aussi longtemps que nous. Ils ont moins de maladies. Ils les guérissent quasi toutes hors la petite vérole, qui fait toujours de funestes ravages chez eux, maladie qui leur était inconnue avant notre commerce.

La vérole et toutes les maladies vénériennes leur sont connues. Ils les traitent avec des tisanes composées de quelques simples qu'il n'y a qu'eux ou quelques voyageurs des Pays d'en Haut qui les connaissent. Je croirais cependant leurs remèdes plus palliatifs que curatifs.

Leurs grands principes pour la guérison de toutes les maladies sont : la diète rigoureuse, faire suer le malade, employer les vomitifs, des purgatifs et des lavements. Ils ne connaissent ni la casse, ni la manne, ni le séné, ni la rhubarbe, ni les quinquinas, mais ils produisent les mêmes

effets que ces drogues avec des plantes qu'ils connaissent, dont ils font des infusions. Ils ont des remèdes particuliers pour guérir les tumeurs scrofuleuses ou écrouelles. Ils font peu d'usage de la saignée. Ils ne connaissent point celle du pied. Ils font cette opération à l'aide d'un couteau bien pointu ou d'une pierre à fusil. Ils font observer à leurs malades une diète plus rigoureuse que nous. Ils leur font un bouillon fort clair indistinctement de toutes viandes, mais de préférence de poisson, sentiment que M. Héquet aurait bien adopté. Ils n'excluent pour faire du bouillon à leurs malades, parmi les aliments maigres, que l'anguille, la truite et l'éturgeon, et parmi les aliments gras, le dinde, la biche, l'ours, le cochon et le castor ; à juger par leurs succès, ils sont aussi bons médecins que les nôtres. Ils ne connaissent point les remèdes chimiques, ils ne sont que grands botanistes et connaissent parfaitement les simples. Je ne crois pas que les médecins des Sauvages soient aussi habiles sur le fait de la chirurgie. Ils remettent les os disloqués. Ils rétablissent les fractures, ils se servent de bandages, mais, moins adroits que nous, on reste quelquefois estropié. Ils ne connaissent point l'art terrible et malheureusement nécessaire des amputations. Ils guérissent les blessures qui ne sont pas considérables, en suant. Ils donnent aussi des tisanes à leurs blessés. Ils ont des tisanes adoucissantes pour les maux de poitrine; aucun usage du lait ; leur sagamité, qui est une préparation du blé d'Inde, fait une nourriture légère et rafraîchissante. Ils ont aussi une tisane qu'ils regardent comme un très bon dissolvant de la pierre et des matières graveleuses (Bougainville, 1924 : 69-70).

Ainsi, dans ses principes, la médecine officielle est demeurée essentiellement européenne aux XVII^e et XVIII^e siècles. L'apport amérindien, quoique difficile à évaluer, y paraît bien modeste, voire circonstanciel. Il est plus significatif si l'on considère la médecine populaire qui n'obéit pas aux mêmes canons.

La chirurgie

Outre les médicaments et les diètes, la médecine de l'époque fait également appel à la chirurgie, une pratique alors en pleine expansion. La réglementation se précise et l'enseignement fait des progrès considérables.

Toutefois, malgré des progrès significatifs qui contrastent avec le dogmatisme de la médecine, la chirurgie se heurte toujours à des obstacles majeurs. Faute d'une connaissance des causes de l'infection, les mesures favorisant l'asepsie et l'antisepsie relèvent de l'empirisme ou du hasard. De même, en l'absence de pincés hémostatiques, les hémorragies sont difficilement contrôlées. Enfin, la douleur s'oppose à la réalisation d'opérations prolongées. La dextérité et la rapidité

d'exécution constituent les qualités premières de tout bon chirurgien qui exécute des interventions majeures. Si, dans certains cas, l'alcool ou les produits à base d'opium atténuent la douleur, les cris et la souffrance demeurent omniprésents. Tous ces obstacles rendent exceptionnelles les opérations chirurgicales internes et incitent la majorité des chirurgiens à se cantonner dans des interventions mineures¹².

Malgré ces limites, le champ d'intervention de la chirurgie reste théoriquement très vaste. Elle se définit à l'époque comme la « science qui apprend à connaître & à guérir les maladies extérieures du corps humain, & qui traite de toutes celles qui ont besoin pour leur guérison, de l'opération de la main, ou de l'application des topiques ».

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, la saignée, qui consiste en l'« ouverture faite à un vaisseau pour en tirer du sang » au moyen d'une lancette est sans contredit l'un des actes médicaux les plus courants tant en France qu'au Canada. De fait, la plupart des comptes médicaux qui nous sont parvenus font état de ce traitement. « C'est le plus grand remède qu'il y ait dans la médecine », écrit à cette époque Dionis, célèbre chirurgien français.

La plupart des maladies se soignent en ayant recours à la saignée. Mesure à la fois préventive et curative, la saignée se pratique généralement au bras ou au pied. Suivant les cas, la saignée peut être répétée plusieurs fois. Louis XIV aurait été saigné plus de 2 000 fois entre 1647 et 1711. Au Canada, plusieurs patients subissent des phlébotomies à répétition.

Outre la saignée, l'extraction des dents constitue l'opération la plus fréquente. Ainsi, en vertu de l'ordonnance médicale de 1788, les chirurgiens les plus médiocres ne sont autorisés qu'à pratiquer ces deux actes. De même, les praticiens de l'époque ont recours à la trépanation, à l'amputation, à l'opération de l'empyème ou à la lithotomie.

L'obstétrique

Dans une colonie où les autorités souhaitent l'augmentation rapide de la population, les sages-femmes sont appelées à jouer un rôle important. Le Rituel du diocèse de Québec de M^{gr} de Saint-Vallier, publié en 1703, prévoit que les sages-femmes seront élues par les femmes les plus vertueuses et les plus honnêtes de la paroisse. Elles devront de plus prêter serment et être instruites des procédures de l'ondolement. La plupart des paroisses se dotent d'une ou de plusieurs sages-femmes dès les débuts de la colonie. Leur connaissance de l'obstétrique vient essentiellement de leur expérience (Laforce, 1985).

Jusqu'au début du XVIII^e siècle, les autorités coloniales ne se sont guère intéressées à la pratique de l'obstétrique. En 1714, le médecin Michel Sarrazin exerce des pressions auprès des autorités pour que soit

établi le poste de sage-femme entretenue par le roi, fonction déjà existante dans plusieurs villes françaises. Huit ans plus tard, la première sage-femme officiellement rémunérée par le roi débarque à Québec. Formée à l'Hôtel-Dieu de Paris et sage-femme jurée au Châtelet de Paris et à la confrérie de Saint-Côme, Madeleine Bouchette doit, par ses fonctions, demeurer au service des pauvres, instruire les autres sages-femmes et témoigner lors des procès. En 1724, on note qu'elle est « fort habile dans sa profession et fort utile icy ». En 1760, après la capitulation de Montréal, la sage-femme entretenue quitte la colonie. L'intervention de l'État ne reprendra qu'à la faveur de l'ordonnance de 1788 qui oblige tous ceux et celles qui font profession d'accoucheur dans les villes de Québec et de Montréal à subir un examen et à obtenir une licence. Quelques sages-femmes s'y conformeront.

Au fil des ans, surtout dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, la présence masculine dans l'univers de l'accouchement devient de plus en plus fréquente. Comme en Europe, elle débute par le recours au chirurgien dans les cas difficiles. Ce dernier vient aider et non se substituer à la sage-femme. Toutefois, graduellement, des chirurgiens urbains ajoutent le titre d'accoucheur à celui de chirurgien. Certains ont la réputation d'être d'habiles accoucheurs : c'est le cas notamment du chirurgien François Lajus de Québec qui exerce entre 1744 et 1799.

À la fin du XVIII^e siècle, comme on le fait en Europe, des praticiens offrent des « cours d'accouchement ». Le chirurgien militaire Gill se propose, en 1784, de « donner un cours de lectures et des instructions sur la théorie et la pratique de l'accouchement à toute femme dont la sobriété et tendresse seront attestées, et qui souhaiteront d'acquérir des connaissances dans cette science utile et humaine ». Trois ans plus tard, le chirurgien montréalais Alexandre Serres offre un cours analogue qui s'adresse à la fois aux chirurgiens et aux sages-femmes. Suivant en cela le modèle anglais, ces cours sont le fruit d'initiatives privées. Faute d'informations, il est difficile d'en évaluer la popularité. Toutefois, l'absence de données témoignerait de leur caractère éphémère¹³.

Si l'obstétrique apparaît comme un champ d'intervention en plein essor, par contre l'adoption de mesures favorisant la prophylaxie reste très limitée.

La prophylaxie

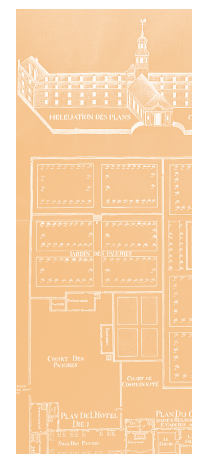
Bien que la médecine d'avant 1800 soit avant tout curative, elle prône néanmoins certaines mesures prophylactiques. La prévention des maladies et de leur dispersion se limite à peu de choses et la médecine ne connaît guère que les mesures de quarantaine et l'utilisation de l'inoculation contre la variole.

Pour l'individu, elle prône un régime de vie équilibré incluant une diète adaptée à son travail, à son tempérament, à son âge ou à son sexe. Les questions d'hygiène personnelle et publique ont laissé peu de traces dans le discours médical canadien des XVII^e et XVIII^e siècles. Les autorités interviennent à plusieurs reprises en édictant des règlements de police touchant de près ou de loin à l'hygiène publique, mais le rôle du corps médical dans la conception et l'élaboration des règlements est obscur.

La médecine encourage le recours à la quarantaine ou au cordon sanitaire en temps d'épidémie. C'est ainsi qu'en 1720-1722, de telles mesures auraient réussi à limiter à la Provence une épidémie de peste meurtrière. L'exemple est suivi au Canada. « Pour éviter qu'elle se communique en ce pays cy », le gouverneur et l'intendant émettent, le 20 octobre 1721, une ordonnance obligeant les navires en provenance de la Méditerranée qui arrivent au Canada de mouiller à l'Île-aux-Coudres afin d'en permettre l'examen. Ce n'est toutefois qu'en 1795 que des mesures législatives similaires à celles de 1721 seront adoptées pour obliger les vaisseaux « venant des places infectées de la peste ou aucune fièvre ou maladie pestilentielle, de faire la Quarantaine ».

L'inoculation de la variole demeure sans crédit la mesure la plus importante du XVIII^e siècle pour la prévention des épidémies ; la petite vérole étant alors la maladie épidémique la plus meurtrière. Environ 15 % des malades atteints y succombent. À Boston, durant les épidémies de 1721, 1730, 1752 et 1764, respectivement 14,6 %, 13,9 %, 9,7 % et 17,7 % des malades décèdent. L'inoculation vise à donner à un individu la maladie, sous forme généralement bénigne, en le mettant en contact avec de la matière variolique. De cette manière, le patient peut acquérir une immunisation contre une nouvelle atteinte.

Introduite en Grande-Bretagne en 1721, et à la même époque en Nouvelle-Angleterre, cette nouvelle mesure, originaire d'Asie, suscite bien des réactions, tant positives que négatives. En France, cette pratique ne se diffuse que lentement et elle est sujette à controverse. Au Canada, l'inoculation ne sera introduite qu'au début du Régime anglais et popularisée, seulement à partir de 1768, par le chirurgien militaire James Latham qui se dit l'associé de Robert Sutton, le célèbre inoculateur anglais. Les mentions d'individus qui se font inoculer reviennent par la suite de plus en plus régulièrement. Toutefois, la pratique ne semble pas universellement acceptée. Certains craignent que la manipulation de matière variolique suscite une véritable épidémie où les pauvres, qui n'ont pas les moyens de se faire inoculer, seraient les seuls affectés. D'autres s'interrogent sur la qualité de la matière variolique. Enfin, certains doutent de la permanence de l'immunisation. Des motifs religieux sont aussi allégués. N'est-ce pas aller à l'encontre de Dieu que de créer la maladie là où elle n'existe pas¹⁴ ?



DIRECTION POUR LA GUÉRISON DU MAL DE LA BAIE ST. PAUL.

SYMPTOMES.

LES premières indications de ce funeste Mal, se manifestent communément, par de petits ulcères sur les lèvres, la langue, l'intérieur de la bouche et les parties secrètes. Ce font de petites pustules, remplies d'une matière blanchâtre et purulente, qui renferment un poison si subtil, que si plus petite portion est capable de communiquer l'infection; boire dans un verre, fumer avec une pipe infectée de cette matière vénéneuse, c'en est assez pour faire naître sur les lèvres une petite angiole remplie de cette même matière, qui venant à se dégorger, étale la plaie, corrode les chairs circonvoisines et forme un ulcère plus grand.

La linges, les draps, les couvertes, les habits, &c. peuvent contenir assez de cette matière pour communiquer la contagion.

Il y a des tempéramens qui absorbent le poison et les ulcères paraissent guéris; mais ils reparoissent bientôt; et alors, le mal est à son second période.

De plus grands ulcères se forment à la bouche, à la gorge, aux parties et au fondement. Les glandes du gosier, des aisselles, de l'aîne, font enflammées, et d'abord, quelquefois, du pus; souvent elles deviennent des tumeurs dures et indolentes, qui changent de place en les touchant. Bientôt les douleurs se font sentir, à la tête, aux épaules, aux bras, aux mains, aux cuisses, aux jambes, aux pieds. Pendant ce tems, le malade croit que ce font ses os qui sont affectés. Ces maux augmentent, quelquefois, par l'exercice, dans les tems humides, et au lit, lorsqu'on commence à s'y échauffer, et diminuent de même vers le matin, lorsque la transpiration survient.

Le troisième degré de la maladie peut se reconnoître à des croûtes galeuses sur la peau, qui se montrent et disparaissent, tous-à-tour. Bientôt les os du nez se pourrissent, ainsi que le palais, les dents, les gencives; surviennent des boiles, sur le crâne, sur les clavicles, aux os des jambes, aux bras, et aux doigts des mains. On voit des ulcères sur tout le corps, qui, après avoir disparus, reviennent. Enfin, des douleurs de côté et de poitrine, la difficulté de respirer, la toux, le défaut d'appétit, la chute des cheveux, la perte de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, sont les précurseurs de la mort.

Au reste, il ne faut pas y tromper: car quelquefois, les premières apparences du mal se montrent par les symptômes du second et même du troisième degré.

Les symptômes de douleur dans les membres et dans les ulcères mêmes, se font sentir souvent plus faiblement après quelques jours que l'on aura fait usage des remèdes.

Les habits des infectés seront jetés dans une lessive chaude; autrement ils pourroient communiquer l'infection.

RÉGIME QU'ON OBSERVERA.

LA Nourriture consistera, en bouillons de viande fraîche, lait, pain, orge, ris, bouillie de farine ou d'avoine, patates, lentilles, pois, fèves, œufs frais. On pourra composer et mêler, tous ces différens aliments comme on voudra. On s'abstenra de toute autre nourriture.

Le breuvage sera, petit lait, eau d'orge, gruau, eau panée, lait avec de l'eau, infusion de graine de sésouac avec du sucre d'érable, ou sucre commun, au goût du malade. On pourra faire à fantaisie, dans l'usage des aliments et-boillons sus-nommés.

INSTRUCTIONS SUR LA PRISE DES REMÈDES.

LES enfans qui n'ont pu être traités, quand la nourriture aura pris les pilules, telles qu'elles vont être prescrites.

Depuis l'âge de dix-huit mois jusqu'à trois ans, prendre une des pilules de la boîte marquée - - - N^o 1.

Depuis trois ans jusqu'à six, une pilule - - - N^o 2.

Depuis six ans jusqu'à dix, une ditto - - - N^o 3.

Depuis dix ans jusqu'à quinze, une ditto - - - N^o 4.

Depuis quinze ans jusqu'à vingt, une ditto - - - N^o 5.

Depuis vingt et au dessus, une ditto - - - N^o 6.

Ces pilules se prennent le soir, en se couchant, qu'on doit prescrire les pilules.

On ne doit pas redouter ces médicaments pour les enfans, ou autres qui seroient incommodés des vers; parce que ces drogues ont la propriété de les détruire.

Il faut les prendre, pendant quinze jours au moins, après que tous les symptômes de la maladie ont disparu.

Si après avoir commencé à prendre les pilules dans les proportions mentionnées ci-dessus, on ne s'aperçoit pas d'un changement favorable dans le cours de deux semaines, alors on augmentera la dose, comme suit:

Dans la troisième semaine, au lieu de ne prendre qu'une pilule, on en prendra deux; et si l'effet n'en est pas encore sensible, dans le cours de cette troisième semaine, on en prendra trois dans la quatrième; mais jamais on ne doit excéder ce nombre, dans les semaines suivantes.

Règle générale.

SI le mal de bouche survient, (et les pilules peuvent l'occasionner) ou le rhume, la toux, un dévoiement, ou mal de ventre et d'ethomas, ou le flux périodique aux femmes, on suspendra absolument tout usage des pilules; mais aussitôt ces accidents passés, on en reprendra le même nombre qu'on prenoit auparavant; c'est à dire, une dans les deux premières semaines, deux dans la troisième, et trois dans la quatrième.

Le malade évitera de se mouiller les pieds, de rester à la pluie, ou au mauvais tems, de sortir la nuit, et de s'enrhumer. La négligence pour ces articles exposera les malades à des maux d'ethomas, au mal de ventre, au dévoiement. Si néanmoins ces accidents surviennent, on prendra une des pilules jaunes, marquée sur les boîtes en rouge.

A. N^o 1.
A. N^o 2.
A. N^o 3.
A. N^o 4.
A. N^o 5.
A. N^o 6.

Lesquels numéros correspondent aux âges respectifs des malades spécifiés par les numéros ci-dessus. Ces pilules jaunes seront administrées pendant la durée des maux d'ethomas, &c. de deux en deux heures, jusqu'à ce que les coliques soient passées, ou jusqu'à ce que le malade s'endorme.

Si un enfant qui est affligé d'un dévoiement qui l'affaiblit, la nourriture cessera de prendre les pilules, jusqu'à ce que le dévoiement cesse, et en se couchant elle prendra une des pilules A. N^o 6.

Si le malade se trouve débile et affaibli par la durée du mal, ou par la fatigue du régime et des remèdes, ou que les symptômes ne disparaissent pas, alors il prendra la poudre marquée B. dans du lait. La dose sera selon l'âge du malade, depuis une cuillerée à café, jusqu'à huit, comme l'état de la poitrine, de l'ethomas, ou de la respiration, le permettra. Cette règle suffit, parce qu'il n'y a rien à craindre de l'usage modéré de cette poudre.

DANS toutes les circonstances, le repos est préférable au travail, et à l'exercice.

QUAND la guérison sera complète, on s'abstiendra, pendant quelques semaines, de boillons fortes, d'ail, d'oignon, de viandes salées, ou épicées, et d'autres trop gras. Pour le traitement de commerce de sexes et d'autre, n'ier point nuisible, et empêcheroit absolument la guérison.

La propriété est aussi recommandable que l'attention au régime est nécessaire.

N. B. On prendra grand soin de ne pas changer les couvertes des boîtes.

COMME la Législature s'intéresse à la cure de cette maladie, qu'elle fait foigner les malades partout dans tous les endroits où ils se trouvent, et qu'il est important pour toute la province, d'exterminer ce fléau, on espère, que ceux qui en sont affligés, ne refuseront pas de le déclarer.

Au reste, le secret, s'il s'exigeoit, sera inviolable, et on s'efforcera, pour le garder, autant qu'il sera possible, tous les moyens de prudence que les malades eux-mêmes voudront suggérer; mais, si une mauvaise-honte les retient encore, ne feront il pas du bien de la province en général, et de chaque individu en particulier, de les déclarer avec prudence?

[JAMES BOWMAN], DIRECTION POUR
LA GUÉRISON DU MAL DE LA BAIE ST PAUL,
QUÉBEC, GUILLAUME BROWN, 1785.
FEUILLET ACCOMPAGNANT DES REMÈDES.
CES INSTRUCTIONS ONT ÉGALEMENT ÉTÉ
PUBLIÉES SOUS FORME DE BROCHURE.
Bibliothèque nationale du Québec.

On trouve également dans les inventaires des davières pour arracher les dents; des trocarts, ces poinçons d'acier utilisés pour ouvrir la cavité de l'abdomen dans le but d'en évacuer les eaux; des sondes, pleines ou creuses, pour la vessie, les plaies ou les fistules; des couteaux; des bistouris; des pincettes; des scies pour l'amputation; des rugines pour racler les os ou des trépan pour les percer. Les mentions d'instruments obstétricaux sont rares et tardives.

Les chirurgiens qui représentent l'essentiel des membres des corps médicaux français et canadien sont généralement formés par apprentissage auprès d'un maître. Toutefois, le recours au livre médical devient de plus en plus populaire. La multiplication des éditions de volumes médicaux en langue française plutôt que latine facilite la pénétration de l'imprimé chez les membres du corps médical, en particulier chez les chirurgiens dont la formation est généralement limitée. Le livre médical devient ainsi le véhicule par excellence pour transmettre les enseignements des grands maîtres, diffuser les théories anciennes et nouvelles ou vulgariser les connaissances. Bref, le livre médical favorise l'institutionnalisation du savoir médical et la standardisation des pratiques (Lessard, 1995 b).

Dans la colonie, il n'y a pas d'imprimerie avant le Régime anglais et le premier ouvrage consacré à une question médicale — *Direction pour la guérison du Mal de la Baie St Paul* — ne paraît qu'en 1785. Il n'y a pas, non plus, de marchands spécialisés dans la vente de livres ou de bibliothèques publiques avant la seconde moitié du XVIII^e siècle. En fait, durant tout le Régime français, les bibliothèques des communautés religieuses sont parmi les mieux garnies.

En Nouvelle-France, l'apothicairerie la plus importante serait celle des jésuites à Québec. Il n'est donc pas étonnant de trouver dans la bibliothèque de cette communauté la plus importante collection de traités médicaux de la colonie. On trouve des traités généraux de médecine, de chirurgie ou de pharmacie, mais également des ouvrages plus spécialisés touchant des pathologies particulières comme les maladies vénériennes, le rhumatisme, les fièvres, les tumeurs ou la variole; des thérapeutiques nouvelles comme l'utilisation de l'ipécacuhana ou des secteurs spécialisés de la chirurgie comme l'obstétrique ou l'ostéologie. Les ouvrages en langue française dominent. On trouve à peine sept publications en latin et, à une exception près, elles ont toutes été éditées au XVII^e siècle (Drolet, 1961).

Des outils

Une centaine d'inventaires après décès de médecins et de chirurgiens permettent de retracer les principaux instruments utilisés dans la colonie.

Instruments de la saignée si fréquemment pratiquée, les lancettes qui servent à ouvrir les veines et, dans certains cas, les artères figurent dans le tiers des inventaires. On trouve aussi quelques mentions de palettes ou poilettes servant à recueillir le sang.

La présence de mortiers et de pilons, utilisés pour réduire en poudre les substances solides, est signalée chez plus du tiers des praticiens. Sont moins fréquentes les mentions de balances et de trébuchets pour peser les produits médicaux, de pots, de fioles et, plus rares encore, d'alambics ou de chapelles permettant la distillation. La présence de ces équipements chez plusieurs chirurgiens témoigne bien des fonctions d'apothicaire qu'exercent la plupart d'entre eux au Canada. Signe de la pratique du métier de barbier, 30 % des inventaires de la période antérieure à 1741 mentionnent des bassins à faire la barbe et des rasoirs. Entre 1741 et 1800, ce pourcentage descend à 12 % pour les rasoirs et à moins de 1 % pour les bassins.

Les seringues qui servent à donner des lavements et des injections de liquides dans les cavités du corps sont régulièrement signalées. Bien qu'expérimentées dès le XVII^e siècle, les injections intraveineuses ne font pas encore partie de l'arsenal thérapeutique courant.

Des publications récentes côtoient des œuvres classiques ou anciennes. Les grands auteurs de l'époque tels Dionis, Boerhaave, Sydenham, Etmuller, Lémery ou Helvétius y sont représentés. Dans bien des cas, les dates de publication et d'inscription au catalogue de la bibliothèque des jésuites sont rapprochées. Malgré la distance, les nouvelles parutions sont assez rapidement introduites dans la colonie.

La majorité des praticiens de la santé qui sont propriétaires de livres médicaux en ont moins de dix. Les cas de Bernard Duberger, de Saint-Thomas, de Richard Hope et de Michel Sarrazin, de Québec, sont exceptionnels : leurs bibliothèques comptent respectivement 77, 83 et 45 ouvrages relatifs à la pratique médicale. Les bibliothèques les mieux garnies sont la propriété de praticiens urbains, mais cela n'empêche pas quelques chirurgiens des campagnes, tel Duberger, de se mesurer avantageusement à la majorité de leurs confrères des villes.

Une analyse des caractéristiques des bibliothèques de chirurgiens permet de dégager quelques éléments : livres peu nombreux ; publications en français ; ouvrages généraux plutôt que spécialisés ; ouvrages d'auteurs connus ayant une large diffusion ; livres imprimés surtout à Paris ; rareté des nouveautés ou des livres ayant fait l'objet de polémiques ; ouvrages souvent publiés d'abord au XVII^e siècle puis réédités par la suite ; ouvrages touchant à la fois la médecine, la pharmacie et la chirurgie ; et, enfin, présence d'ouvrages de médecine charitable facilement accessibles. Les traités touchant l'obstétrique, les maladies vénériennes, la variole, les vers ou les nouvelles thérapeutiques sont le plus souvent absents.

La présence de livres chez les membres du corps médical croît avec les ans : absence presque généralisée au XVII^e siècle, croissance rapide au début du siècle suivant, puis progression plus lente et, enfin, nouvelle croissance importante à la fin du XVIII^e siècle. Durant la période 1781-1800, les livres médicaux sont présents dans 80 % des inventaires et le nombre moyen de livres de médecine par bibliothèque est à la hausse par rapport aux périodes précédentes. Expliquer ce phénomène par le progrès de l'alphabétisation au sein du corps médical ne résiste pas à l'examen. Au Canada, les chirurgiens ont toujours su lire ou du moins signer leur nom. En fait, cette progression dans la possession d'imprimés médicaux est l'un des indices du passage du statut de chirurgien-barbier à celui de chirurgien proprement dit. Cette évolution est perceptible à travers tout le monde occidental et le Canada ne fait que suivre le mouvement, particulièrement entre 1740 et 1780. La présence de plus en plus marquée de livres médicaux, de médicaments et d'instruments de chirurgie dans les inventaires est un des signes tangibles de l'institutionnalisation des savoirs et de l'amorce du processus de professionnalisation du corps médical canadien, processus qui franchira une étape décisive au cours des années 1840.

L'examen des instruments, des produits pharmaceutiques et des écrits médicaux en usage dans la colonie, certains témoignages laissés par des contemporains font voir une pratique médicale finalement assez peu différente de celle qui a cours dans la métropole. La médecine officielle n'a pas subi d'adaptations importantes dans le nouvel environnement colonial. Il en est d'ailleurs ainsi des hôpitaux.

3. LES HÔPITAUX

Dès les débuts de la Nouvelle-France, les hôpitaux deviennent des lieux privilégiés pour dispenser réconfort, assistance et soins médicaux. L'origine des hôpitaux est intimement reliée à la diffusion du christianisme qui entraîna dans son sillage le concept d'hospitalité. Florissante au Moyen Âge, cette hospitalité, qui se fonde essentiellement sur la charité, prend la forme d'institutions qui rassemblent, dans un nouvel élan, pèlerins et voyageurs, puis démunis et malades.

En France, on distingue deux principaux types d'hôpitaux : l'hôpital général et l'hôtel-Dieu. L'hôpital général est d'abord un lieu d'enfermement des pauvres. La mendicité et le vagabondage prennent des proportions telles, que l'État, qui perçoit non seulement ces démunis comme une menace pour l'ordre établi, mais aussi comme des agents de propagation des épidémies, se sent forcé d'intervenir. En Angleterre comme en France, des législations tentent de contrôler la vie de ces hordes mendiantes. Leur « renfermement » forcé, assorti de mesures interdisant la mendicité et l'aumône, est vu comme la solution. Le premier hôpital général est érigé à Paris en 1656. Ces établissements offrent une solution à toute une gamme de problèmes sociaux et marquent l'institutionnalisation de la charité. De plus, en cette période si soucieuse de « mettre tout le monde au travail », l'hôpital général est aussi conçu comme un lieu de production. Toutefois, devant l'échec de l'entreprise, sa vocation s'élargit pour accueillir une clientèle hétérogène choisie parmi les plus vulnérables de la société : les infirmes, les vieillards, les épileptiques, les prostituées, les enfants abandonnés et les aliénés (Imbert, 1982 : 167).

La vocation des hôtels-Dieu est tout autre. Le « pauvre malade » y a sa place, mais cette institution n'est cependant pas réservée qu'au soin du corps : elle le transcende pour rejoindre l'âme. Son ultime mission est le salut de l'âme et la période d'hospitalisation est considérée comme un temps de grâce, ou du moins de régénération morale. Les hôtels-Dieu sont en même temps des lieux de rédemption pour le personnel soignant.

Dès la fin du XVII^e siècle, avant les autres colonies françaises, le Canada a déjà mis en place le dispositif hospitalier qu'il conservera pendant plus de 100 ans. Ces institutions demeurent essentiellement françaises : leur architecture, leur fonctionnement et

leur idéologie se fondent sur une tradition hospitalière séculaire. Les règlements et les constitutions des communautés religieuses françaises servent également de support à leur action dans la colonie. La Conquête ne modifiera pas cette orientation et aucune nouvelle institution ne sera fondée avant 1800.

L'histoire des hôpitaux en terre canadienne débute en 1639 avec l'arrivée de trois hospitalières de la Miséricorde de Jésus et la fondation d'un premier hôtel-Dieu à Québec par des religieuses provenant de celui de Dieppe. Madame de Combalet, nièce de Richelieu et duchesse d'Aiguillon, est la fondatrice de ce nouvel hôpital qu'elle souhaite au service des Amérindiens, « afin de contribuer à leur conversion et à leur salut ». Dans cet esprit d'évangélisation, les hospitalières s'établissent d'abord à Sillery puis, en 1644, en raison du conflit avec les Iroquois, elles gagnent Québec. Détourné de sa vocation première, l'Hôtel-Dieu n'accueille plus qu'une rare clientèle autochtone qui représente moins de 4 % des admissions à la fin du XVII^e siècle et moins de 1 % en 1744 (Rousseau, 1989 : 70-84 ; 1983 : 15-29 ; 1977 : 29-30).

Entre le 1^{er} juin 1689 et le 13 septembre 1759, 42 114 entrées sont consignées aux registres des malades de l'Hôtel-Dieu de Québec, ce qui représente une moyenne de 600 admissions par année. Cette population malade est composée aux quatre cinquièmes d'hommes, parmi lesquels les gens de métier, les domestiques et les habitants figurent au premier rang. Les militaires et les matelots représentent le tiers de ces malades masculins, auxquels il faut aussi ajouter les ecclésiastiques.

En France, la faible durée du séjour est un fait observé dans tous les hôpitaux. Ainsi, à Saumur, durant le premier trimestre de 1706, le temps de séjour à l'hôpital des malades qui y décèdent est de 21 jours et de ceux qui en sortent, 19 jours. À l'Hôtel-Dieu de Québec en 1744, la durée moyenne de l'hospitalisation est du même ordre, soit de 21 jours.

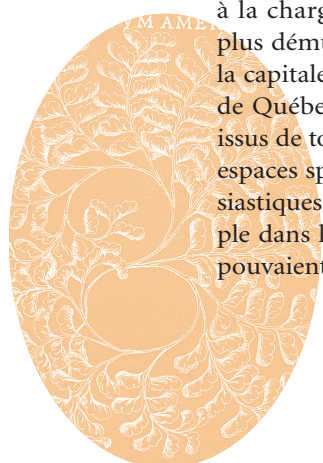
Par ses règles et constituts, l'Hôtel-Dieu de Québec se veut d'abord au service des pauvres malades. Au gré des crises et des conflits, il reçoit cependant un nombre variable de personnes relevant du roi, mais il réussit tout de même à conserver un fort pourcentage de malades provenant des milieux les plus démunis. D'ailleurs, bon nombre des malades à la charge du roi pourraient être classés parmi les plus démunis. Surtout au service de la population de la capitale et de ses environs immédiats, l'Hôtel-Dieu de Québec peut accueillir à l'occasion des individus issus de toutes les couches de la société. Toutefois, des espaces spéciaux avaient été aménagés pour les ecclésiastiques et les officiers peu enclins à se mêler au peuple dans les salles communes. Des patients plus aisés pouvaient aussi profiter de tels services.

En 1732, l'hôpital compte 34 lits destinés aux malades des deux sexes et six autres réservés aux domestiques. Dans leur tâche quotidienne, les hospitalières sont assistées d'un personnel laïque. Le médecin et le chirurgien du roi, les aides-chirurgiens, les infirmiers, les serviteurs, les servantes et les domestiques se partagent le travail et assurent le bon fonctionnement de l'établissement.

Grâce au soutien financier de madame de Bullion, un hôtel-Dieu est également érigé à Montréal. Fondé par Jeanne Mance, un « petit Hospital » est établi dans le fort dès la fondation de Montréal en 1642. Cependant, la construction d'un bâtiment particulier ne débutera qu'en 1644. Des hospitalières de La Flèche le prennent en charge en 1659. En 1701, l'Hôtel-Dieu de Montréal compte 27 religieuses et entretient journalièrement 35 à 40 malades, tant soldats qu'habitants. En 1734, le personnel comprend 40 religieuses et 6 domestiques. Les malades sont alors « communément au nombre de 35 ou 40 des deux Sexes et la plupart Sont traités gratuitement ». L'histoire de cet hôpital est cependant jalonnée de nombreux incendies qui nécessitent sa reconstruction à plusieurs reprises (Lahaise, 1980 : 29-35 ; 1973 : 13-19).

En 1697, l'appui financier de l'évêque de Québec permet aux ursulines de fonder un hôtel-Dieu à Trois-Rivières. L'établissement doit être pourvu d'un minimum de six lits. Les religieuses, qui ont perdu six des leurs au cours d'une épidémie survenue durant l'hiver de 1749-1750, demandent aux autorités coloniales la permission de cesser d'« Exercer L'hospitalité ». L'intendant Bigot croit cependant que neuf religieuses devraient « suffire pour un aussi petit hôpital, n'y ayant qu'une chambre de dix Lits ». En 1752, un incendie détruisit entièrement l'hôpital qui fut reconstruit par la suite. À la fin du XVIII^e siècle, le voyageur Isaac Weld note que cet établissement comprend deux salles contenant chacune 12 ou 14 lits « très bons et tenus très proprement ».

La création des hôpitaux généraux en Nouvelle-France est la réponse aux problèmes que posent également le vagabondage, la mendicité et les démunis de toutes sortes. En 1688, les Canadiens traversent une période difficile. Depuis le début de la décennie, la guerre avec les Iroquois, les épidémies, la baisse de la traite des fourrures et les mauvaises récoltes contribuent à accroître le nombre de pauvres et de nécessiteux. Dans le but d'éliminer la mendicité, le Conseil souverain institue des bureaux des pauvres à Québec, à Trois-Rivières et à Montréal et donne ainsi naissance au premier système d'assistance publique au pays. Principalement administrés par des laïcs, les bureaux des pauvres s'inspirent des bourses des pauvres établies en France dès le XVI^e siècle. Deux préoccupations majeures guident l'action de ces établissements. D'une part, il s'agit de secourir les nécessiteux sur une base paroissiale et, d'autre part, de décourager la mendicité et l'aumône manuelle. Pour atteindre ces objectifs, des





dons en argent ou en nature sont faits aux plus démunis ou un travail leur est procuré. À Québec, l'organisme fonctionne jusqu'à son remplacement par un hôpital général en 1692. Les administrateurs des deux établissements sont les mêmes à une exception près. Six ans plus tard, le Conseil souverain rétablit les bureaux des pauvres. Si les hôpitaux généraux s'avèrent essentiels au soin des malades chroniques, des infirmes et des personnes âgées, ils ne conviennent guère cependant aux autres catégories de nécessiteux et ne contribuent en rien à réduire la mendicité. Le procureur général François-Madeleine-Fortuné Ruelle d'Auteuil et de Monceaux considère même que ces établissements encouragent la fainéantise. Des bureaux des pauvres réapparaissent dans les centres urbains et dans au moins une paroisse rurale, Sainte-Famille sur l'île d'Orléans. Toutefois, pour des raisons qui demeurent inconnues, cette forme d'assistance publique prend fin avec le XVII^e siècle.

L'Hôpital Général de Montréal est fondé en 1692 par le marchand François Charon de La Barre et ses associés. Selon les lettres patentes du 15 avril 1694, son but est de retirer « les pauvres Enfants orphelins, Estropiez, vieillards, infirmes et autres necessiteux » de sexe masculin « pour y Estre Logés, nourris et Secourus dans leurs Besoins, les occuper dans les ouvrages qui leur seront convenables, faire apprendre des metiers auxdits Enfants et leur donner la meilleure Education que faire se pourra ». D'abord administré par des hospitaliers connus sous le nom de « Frères Charon », l'Hôpital Général de Montréal est pris en charge en 1747 par madame d'Youville et les Sœurs de la Charité de l'Hôpital Général, dites sœurs grises.

En 1692, le roi accorde des lettres patentes pour l'érection d'un hôpital général à Québec. Quoique l'évêque de Québec assure l'assise financière de l'établissement, sa gestion est confiée à des directeurs et à des administrateurs majoritairement laïques. Toutefois, six ans plus tard, l'évêque prend le contrôle de l'établissement.

Dès 1693, des hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec s'occupent de l'hôpital. En 1699, elles forment leur propre communauté. L'établissement est complété en 1717 par un asile pour les femmes aliénées et par un second asile, pour les hommes, en 1722. Un logement réservé aux femmes « pécheresses » est par la suite ajouté, en même temps que l'hôpital se transforme en « Hôtel des Invalides » pour accueillir les soldats infirmes ou impotents qui versent leur demi-solde en paiement. Une nouvelle aile est construite en 1738 pour les héberger. En 1736, l'établissement compte 23 religieuses de chœur, 8 converses, 43 invalides des deux sexes et 10 « insensés ». L'Hôpital Général, contrairement à l'Hôtel-Dieu, reçoit une clientèle hétérogène, qui regroupe, à la fin du Régime français, « (des) Invalides, (des) infirmes, des vieillards, des estropiés de l'un et l'autre sexe, des fous, des folles, des filles et des femmes de mauvaise vie¹⁵ ».

Le rôle de l'Église comme promoteur et gestionnaire est une caractéristique fondamentale de la structure hospitalière de l'époque. Si les hôpitaux généraux ont surtout une fonction d'asile et d'hospice, les hôtels-Dieu, à l'opposé, ont des fonctions médicales. De plus, bien que les objectifs des religieuses qui les gèrent soient prioritairement d'ordre spirituel, les hôtels-Dieu n'en demeurent pas moins des lieux médicalisés principalement au service des pauvres malades des villes et de leurs environs immédiats : les priorités spirituelles n'étant pas incompatibles avec celles de nature médicale. La présence et l'importance du corps médical, financé et contrôlé essentiellement par l'État, constituent de fait une facette importante de la vie hospitalière. L'intervention de l'État qui prend des formes diverses peut prêter à différentes interprétations. Il apporte un soutien financier indispensable, surtout pour l'Hôtel-Dieu de Québec, mais il impose en même temps un carcan qui oblige les religieuses à faire des choix tout en se soumettant à la volonté du roi : choix du personnel médical, choix aussi des malades admis prioritairement. La perte d'autonomie était le prix à payer.

Les trois hôtels-Dieu accueillent annuellement des centaines, voire plus d'un millier de patients. Loin d'être des antres de la mort, ils contribuent, par les soins distribués et par une alimentation diversifiée, à guérir plus de 90 % des patients admis. Le taux de mortalité y est sensiblement le même que dans les hôpitaux européens de taille similaire.

Comme les hôpitaux se limitent surtout aux soins donnés aux plus démunis et que les praticiens non reconnus n'accaparent pas une part importante des soins médicaux, il semble bien que le corps médical comble une grande partie, sinon la majeure partie des besoins médicaux de la colonie. C'est par lui que se fera l'essentiel du transfert des savoirs et des techniques médicales de la France vers la Nouvelle-France.

4. LE CORPS MÉDICAL

En France comme en Angleterre, le corps de santé se divise officiellement en trois groupes principaux — les médecins, les chirurgiens et les apothicaires, qui s'organisent selon une hiérarchie dominée par les médecins.

Les médecins

En France, à cause de leur origine sociale et de leur formation universitaire, les médecins jouissent d'un prestige élevé. Ainsi, en 1784 et 1786, deux enquêtes menées auprès des subdélégués des intendants révèlent que 85 % des médecins sont jugés « très bons » comparativement à 9 % pour les chirurgiens. Ce statut social élevé incite les médecins à dédaigner tout travail manuel : ils enseignent, prescrivent remèdes et régimes et supervisent les chirurgiens lors d'opérations. Peu nombreux et essentiellement urbains, ils sont au service de l'aristocratie et de la bourgeoisie aisée, seuls

groupes de la société à pouvoir s'offrir leurs services (Goubert, 1987 : 25-31 ; Didier, 1976 : 94 ; Peterson, 1978 : 8 ; Lebrun, 1975 : 127-133, 143-148).

En Nouvelle-France, la présence d'un médecin est attestée dès le XVII^e siècle. Toutefois, il faut rappeler ici la différence entre un individu porteur d'un brevet de médecin du roi et le véritable médecin : le premier n'étant pas nécessairement un médecin diplômé de l'une des facultés de médecine. Ainsi, Robert Giffard, qui se présente dès 1648 comme médecin ordinaire de Sa Majesté, ne semble pas avoir obtenu de grades en médecine et serait plutôt un chirurgien de formation.

Ce n'est qu'à l'été de 1669 que le premier docteur en médecine, Jean de Bonamour, met les pieds dans la colonie. Après son départ en 1672, la colonie restera sans médecin pendant un quart de siècle. En 1697, le retour dans la colonie du chirurgien Michel Sarrazin qui vient de terminer des études en médecine marque une étape décisive dans l'évolution du corps médical canadien.

Né le 5 septembre 1659 à Nuits-sous-Beaune en Bourgogne, Michel Sarrazin appartient à une famille bien établie. Il est le fils de Claude Sarrazin, lieutenant en justice des seigneuries de l'abbaye de Cîteaux, et de Madeleine de Bonnefoy ; son frère Claude est bourgeois à Nuits-sous-Beaune, un autre est prêtre. Nommé chirurgien major des troupes le 12 septembre 1686, il sert avec une « aprobation Universelle, exerçant également la medecine et la Chirurgie » puis il va se perfectionner en France en 1694. Après avoir « fait un cours de medecine a Paris ou il a demeuré Environ trois ans », il prend « ses degrez a Rens (Reims) ». Quelques « affaires et les sollicitations de Mr LEvesque de Québec » le ramènent au Canada en 1697. Retenir un médecin de talent dans cette colonie éloignée des hauts lieux du savoir européen, faiblement peuplée et de surcroît comptant peu de familles aisées, voilà le défi auquel on est régulièrement confronté durant les décennies qui suivent. Dans ses démarches afin d'obtenir une place conforme à son rang, Sarrazin bénéficie de l'appui du gouverneur, de l'intendant, de l'évêque, des membres du Conseil souverain et du Séminaire des Missions étrangères de Paris.

Cet appui permet au médecin de recevoir le soutien par excellence, celui de l'État. En mai 1699, il obtient une commission de Fagon, conseiller du roi et premier médecin du Jardin royal, le nommant « médecin Botanique du Roy » pour la recherche des plantes de la Nouvelle-France afin d'en faire parvenir les graines et semences pour le Jardin royal à Paris. Le 4 avril 1699, il devient naturaliste correspondant de Tournefort de l'Académie royale des Sciences. Outre ses nominations scientifiques, Sarrazin devient, le 14 mai 1699, médecin ordinaire de Sa Majesté au Canada. Enfin, le 23 avril 1700, il obtient un brevet de médecin des hôpitaux de la Nouvelle-France. À ces commissions reliées à son statut de médecin et de scientifique,

il joint, le 17 juin 1707, la prestigieuse commission de conseiller au Conseil supérieur et, en 1733, de garde des sceaux du Conseil supérieur. Ces nouveaux ajouts à ses activités lui procurent du prestige et des revenus additionnels de plusieurs centaines de livres. Enfin, le 23 janvier 1717, il est nommé correspondant de Réaumur à l'Académie royale des Sciences. Après plus de 40 ans de service dans la colonie, Michel Sarrazin décède en 1734.

Signe du statut colonial du Canada, le poste de médecin du roi à Québec est comblé par les autorités métropolitaines qui envoient un jeune médecin français, Jean-François Gaultier, quoique plusieurs chirurgiens qualifiés établis au Canada eussent souhaité l'obtenir.

Né à La Croix-Avranchin en Normandie le 6 octobre 1708, il aurait étudié et exercé la médecine à Paris pendant six ou sept années et les médecins Jussieu, également académiciens, le tiendraient en estime. Après bien des hésitations dues à la « modicité » des appointements, Gaultier accepte en 1741 le poste de médecin du roi au Canada. Il débarque à Québec durant l'été de 1742. Peu de jours après son arrivée, il commence « a Exercer ses fonctions a l'hôpital et dans la Ville » et son assiduité auprès des malades est alors remarquée. Dès 1742, il est également assidu « aux Conférences de droits ». Fort de différents appuis, il obtient en 1744 un poste de conseiller au Conseil supérieur.

Parallèlement à ses activités médicales et juridiques, Gaultier s'adonne à des recherches scientifiques. Ses relevés sur le climat, les maladies les plus fréquentes, les traitements les plus efficaces, l'évolution des récoltes et divers aspects de la vie quotidienne seront partiellement publiés par Henri-Louis Duhamel Du Monceau dans les mémoires de l'Académie royale des Sciences. Il correspond également avec René-Antoine Ferchault de Réaumur de l'Académie des Sciences. Dès l'automne de 1743, il fait expédier en France cinq caisses de plantes pour le Jardin royal. En mai 1745, il est élu membre correspondant de l'Académie royale des Sciences. Gaultier décède à Québec en 1756.

La similitude des carrières de Sarrazin et de Gaultier est remarquable : études à Paris, soutien constant de l'État sans qui il n'y aurait sans doute pas eu de médecin en Nouvelle-France, brevet de médecin du roi, liens avec l'Académie royale des Sciences, alliance matrimoniale avantageuse, socialement et financièrement, estime générale et décès en soignant des malades. Outre leurs activités scientifiques et juridiques, Sarrazin et Gaultier sont des leaders médicaux, rôle que reconnaissent volontiers tous leurs contemporains. Par son brevet de médecin des hôpitaux de la Nouvelle-France reçu en 1700, Sarrazin doit « visiter les malades des hôpitaux de la Nouvelle-France, et leur ordonner des remèdes convenables ». Il doit donc se rendre régulièrement à l'Hôtel-Dieu,



contrôler les admissions, examiner les patients et distribuer les directions aux religieuses et aux chirurgiens. Gaultier fait de même, et ce, dès les premiers jours qui suivent son débarquement.

Gaultier et Sarrazin interviennent généreusement en temps d'épidémie, ils dispensent leurs conseils aux chirurgiens éloignés et aux curés tout en se dévouant auprès de leurs malades. Cependant, leur pratique au sein de la population en temps habituel est plutôt limitée, car ils réservent leurs services aux mieux nantis. Le recours au médecin, qui, dans bien des cas, exige des frais de visite et des honoraires, engendre des coûts importants. D'ailleurs, plusieurs patients qui ont reçu la visite du médecin ont également été traités par un chirurgien, situation qui augmente les frais des soins. Pour la majorité des individus, le médecin ne semble guère accessible que par le biais des hôpitaux desservis par le médecin du roi.

Les médecins desservent les établissements religieux. Par leurs commissions de médecin du roi ou de médecin des hôpitaux, ils doivent soigner les militaires et les pauvres admis à l'Hôtel-Dieu de Québec. D'autres établissements peuvent recourir à leurs services. Ainsi, le Séminaire de Québec engage, à partir du 15 octobre 1744, le médecin Gaultier « En qualité de Médecin de La Maison » et lui verse des honoraires s'élevant annuellement à 100 #. De même, à partir de 1742, ce même médecin reçoit chaque année la somme de 200 # pour soigner les ursulines.

Les médecins sont peu nombreux et concentrés en ville, et sans le soutien de l'État, la colonie ne semble guère être en mesure de les attirer. Qui plus est, l'exercice de la médecine par les chirurgiens amène une concurrence très vive au sein du corps médical et réduit le marché des soins prodigués par le médecin. De fait, cette concurrence n'est guère de nature à encourager l'établissement de médecins dans la colonie. En 1733, le chirurgien Benoît de Montréal fait observer au ministre de la Marine que le « titre de médecin est fort vain pour [lui ...] en Canada, ne donnant pas de quoi vivre, et soutenir [sa ...] famille [...] tout le monde en Canada étant médecin et le plus ignorant étant en compromis avec le plus habile ». Il conclut en précisant que s'il a demandé le titre de médecin du roi ce n'était « qu'à d'honores ».

Pour remplacer Gaultier décédé en 1756, le roi choisit un médecin de 27 ans, Amable Chomel. Nommé le 15 janvier 1757, il n'arrivera jamais dans la capitale canadienne. Il sera remplacé par François Lebeau qui, à peine arrivé en 1758, passe en Louisiane après la prise de la colonie.

L'intervention de l'État français avait garanti la présence d'un médecin au Canada. Il faudra attendre l'arrivée de John Mervin Nooth en 1788 pour retrouver un médecin du calibre de Sarrazin ou de Gaultier.

C'est un défi de distinguer les vrais docteurs en médecine de ceux qui prennent le titre de médecin durant les premières décennies du Régime anglais. D'une part, les termes médecin et docteur deviennent de plus en plus populaires. D'autre part, les qualifications réelles des individus ne nous sont généralement connues que par leur seul témoignage. De 1761 à 1774, il ne semble pas y avoir d'authentiques docteurs en médecine au Canada.

La guerre de l'Indépendance américaine amène dans la colonie un certain nombre d'individus qui se présentent comme docteurs en médecine. Ce sont par exemple : Charles-Etienne Letestu; John Macaulay; George Selby, diplômé d'Édimbourg ; Timothy O'Connor, qui a « fini ses études à Paris et pris ses grades » ; Hugh Alexander Kennedy, un diplômé d'Édimbourg.

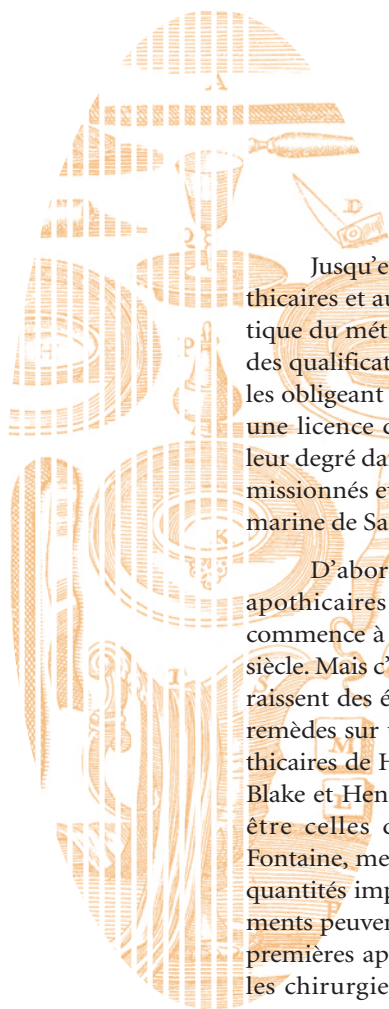
En 1787, après s'être plaint de l'état déplorable de la médecine au Canada, le gouverneur Guy Carleton, 1^{er} baron Dorchester, demande à Londres d'envoyer dans la colonie un « *enlightened active gentleman of the faculty* ». L'année suivante, probablement en réponse à cette requête, John Mervin Nooth, médecin diplômé d'Édimbourg, débarque à Québec en tant que surintendant général des hôpitaux. Par sa culture, ses activités scientifiques et ses liens avec l'État, il sera pendant les 10 années qui suivent le personnage le plus en vue du monde médical canadien.

Les apothicaires

Les apothicaires se situent à l'échelon le plus bas de la hiérarchie médicale. Ils sont officiellement chargés de la préparation et de la vente des remèdes. Leurs activités ne sont pas considérées comme relevant d'une profession ou d'un métier, mais plutôt d'un commerce (Waddington, 1973 : 108 ; Hamilton, 1951 : 141-169 ; Loudon, 1985 : 1-32 ; Thillaud, 1983 : 105).

À l'instar des médecins, les apothicaires sont rares en France et localisés en ville. Leur formation s'acquiert par apprentissage auprès d'un maître. À Paris, des cours de pharmacie dispensés par la Faculté de médecine ou le Jardin royal permettent d'obtenir un complément de formation. Au Canada, les œuvres de Nicolas Lémery et de Moïse Charras sont présentes dans plusieurs bibliothèques personnelles et institutionnelles.

Avant 1800, la pratique de la pharmacie au Canada présente quatre caractéristiques : absence de réglementation jusqu'en 1788, rôle important des communautés religieuses avant la Conquête ; apparition tardive d'apothicaireries publiques importantes ; accaparement de la profession par les chirurgiens, surtout par les chirurgiens militaires britanniques après la guerre de l'Indépendance américaine.



Jusqu'en 1788, il n'y a pas de corporation d'apothicaires et aucune réglementation ne contrôle la pratique du métier. L'ordonnance de 1788 vise à s'assurer des qualifications professionnelles des apothicaires en les obligeant à subir un examen avant de leur délivrer une licence de pratique, excepté « ceux qui ont pris leur degré dans aucune université, ou qui ont été commissionnés et nommés chirurgiens dans l'armée ou la marine de Sa Majesté ».

D'abord entre les mains des chirurgiens et des apothicaires religieux, le domaine de la pharmacie commence à se spécialiser à partir du milieu du XVIII^e siècle. Mais c'est seulement après la Conquête qu'apparaissent des établissements publics voués à la vente de remèdes sur une grande échelle. Les boutiques d'apothicaires de Henry Taylor, James Davidson ou Charles Blake et Henry Nicholas Christopher Loedel, et peut-être celles de Joseph Dauquin et de Guillaume Fontaine, mettent à la disposition de leur clientèle des quantités impressionnantes de produits. Ces établissements peuvent être considérés, à juste titre, comme les premières apothicaireries publiques laïques. Bien que les chirurgiens fassent souvent office d'apothicaire, aucun ne semble posséder de remèdes en grande quantité avant le milieu du XVIII^e siècle.

Même après la Conquête, les apothicaires restent relativement peu nombreux et demeurent concentrés dans les villes de Québec et de Montréal. À l'exception de Jean-Baptiste Chrétien, d'ailleurs formé en partie en France, ce sont tous des étrangers. Sauf Dauquin et Fontaine, tous pratiquent les trois branches de la médecine. Enfin, quelques chirurgiens militaires britanniques débarqués au Canada à l'occasion de la guerre de l'Indépendance américaine fondent durant les années 1780 des établissements considérables qui témoignent de l'emprise de ce groupe sur les destinées du corps médical canadien.

Les chirurgiens

Plus proches du peuple que les médecins, souvent issus du même milieu que leurs patients et surtout plus accessibles physiquement et monétairement que les premiers, les chirurgiens jouent le rôle de généralistes. Ils forment un groupe beaucoup moins prestigieux que les médecins, mais ils sont plus nombreux et se répandent à la fois dans les villes, les bourgs et les campagnes. Le traitement des blessures et des maladies externes et l'utilisation des instruments chirurgicaux définissent, en principe, leur champ d'exercice. Néanmoins, la plupart des chirurgiens, surtout ceux qui sont établis dans les lieux dépourvus de médecins et d'apothicaires, n'hésitent pas à remplir certaines fonctions normalement dévolues à ces derniers.

Contrairement aux médecins, les chirurgiens n'exercent pas une profession, mais plutôt un métier. Depuis le milieu du XVII^e siècle à Paris, les chirurgiens forment avec les barbiers une même communauté. Ils sont soumis à la Faculté de médecine et ne jouissent plus du statut de profession libérale. Ce qui a contribué à diminuer leur prestige dans la société française et, par extension, au Canada. Les barbiers, appelés aussi barbiers-chirurgiens, pratiquent la chirurgie depuis longtemps, mais ils s'en tiennent surtout à des actes simples comme le « pansement des simples tumeurs & des furoncles » ainsi que les saignées en cas de nécessité.

Comme les hommes de métier, les chirurgiens sont regroupés suivant le modèle corporatif et leur formation demande obligatoirement un apprentissage auprès d'un maître. À la veille de la Révolution, les maîtres chirurgiens français sont répartis dans quelque 400 communautés qui relèvent du premier chirurgien du roi, lequel nomme à leur tête un lieutenant choisi parmi les maîtres chirurgiens de chaque communauté. Très disparates quant au nombre de leurs membres, à leur dynamisme et au respect de leurs statuts et des ordonnances royales, ces communautés bénéficient, à partir de la fin du XVII^e siècle, des efforts de standardisation et d'uniformisation entrepris par les autorités¹⁶.

À partir de la fin du XVII^e siècle, les chirurgiens sont en pleine ascension sociale, notamment grâce à l'amélioration de l'enseignement médical et des techniques chirurgicales. L'écart est de plus en plus marqué avec les barbiers. En 1743, une déclaration royale sépare chirurgiens et barbiers. Elle oblige toute personne qui désire recevoir des lettres de maîtrise à obtenir au préalable le grade universitaire de maître ès arts. De plus, par l'édit de Compiègne de 1756, le roi, qui désire « rendre à la Chirurgie le lustre & la considération » qui lui sont propres, élève juridiquement la chirurgie au rang d'art libéral (Lebrun, 1975 : 144 ; Vigroux, 1985 : 4-128 ; Gelfand, 1980 a : 468-471 ; 1980 b : 3-13, 21-79 ; Goubert, 1977 : 420-421 ; Guyot, 1777 : 457-533 ; Fontaine, 1985 : 130, 191-204).

L'élite chirurgicale

Avant 1760, le corps des chirurgiens se présente sous une forme hiérarchisée ayant à sa tête deux groupes, tous deux issus du pouvoir royal : d'une part, le premier chirurgien du roi et ses lieutenants ; d'autre part, les chirurgiens majors des troupes et les chirurgiens du roi desservant un hôpital.

Le premier chirurgien du roi a « juridiction sur toute la Chirurgie dans le royaume, & même » dans les colonies françaises. Il a droit de veiller à ce que les règlements donnés soient exécutés et « qu'il ne s'y commette aucun abus ». Il a également le pouvoir de présider en personne à la réception des aspirants à la maîtrise et de commettre pour le représenter des lieutenants et des greffiers.

Dans la vallée du Saint-Laurent, la présence d'un lieutenant du premier chirurgien du roi remonte au milieu du XVII^e siècle. Théoriquement, elle découle d'une volonté de transposer en terre américaine des institutions et des structures françaises et elle fournit un point de départ à un encadrement médical qui prend ses sources dans la métropole. En pratique, l'importance de la charge est surtout reliée à l'utilisation qu'en fait son titulaire et à la concurrence des chirurgiens du roi.

Entre 1658 et 1742, quatre lieutenants du premier chirurgien se succèdent à Québec : Jean Madry, 1658-1669 ; Jean Demosny, 1670-1687 ; Gervais Baudouin, 1692-1700 et Jordain Lajus, 1709-1742. Tous les lieutenants du premier chirurgien du roi de la Nouvelle-France ont un profil semblable qui ne permet pas de douter de leur compétence. Établis à Québec depuis plusieurs années et d'origine française, ils ont acquis de l'expérience et l'estime de leurs concitoyens. Ils sont socialement très engagés dans leur milieu et figurent parmi les meilleurs chirurgiens de la colonie. Au XVII^e siècle, ils sont soit chirurgien du roi soit chirurgien major.

Les pouvoirs du lieutenant du premier chirurgien du roi sont théoriquement étendus. Il peut parler et agir au nom des chirurgiens et, malgré l'absence d'une communauté de chirurgiens établie, contrôler ses collègues ou les étrangers de passage qui veulent se mêler de chirurgie. Mais, en fait, les interventions demeurent rares et les actions visant la promotion de la profession et une meilleure pratique sont quasi inexistantes. Jugée d'aucune utilité, la fonction est abolie après le décès de Lajus¹⁷.

Au Canada, au XVII^e siècle, la nature exacte des fonctions des individus qui s'intitulent « chirurgien ordinaire du roi » nous est inconnue. En 1650, François Menouil prend ce titre sans que nous sachions s'il détenait réellement un brevet du roi et si ce titre avait une signification particulière en Nouvelle-France, surtout dans le contexte où elle n'était pas alors sous contrôle royal direct. De même, Gervais Baudouin qui se présente comme chirurgien ordinaire du roi en 1683 n'obtiendra un brevet royal de chirurgien major qu'en 1694.

Avec l'arrivée des troupes de la Marine apparaît le terme de chirurgien major. Ainsi qu'il est stipulé par son brevet, le chirurgien major des troupes de la Marine soigne avant tout les soldats et les officiers. Il signe les certificats d'invalidité accordés aux militaires. En principe, il dispense ses soins à l'Hôtel-Dieu de Montréal. En vertu d'ententes particulières, il reçoit des sommes pour avoir soigné les pauvres et les Amérindiens domiciliés ou de passage dans la colonie pour le service du roi. Enfin, le chirurgien major exerce librement auprès de la population en général et auprès des institutions religieuses.

Entre 1686 et 1760, Michel Sarrazin, Pierre Baudeau, Joseph Benoist et Ferdinand Feltz se succèdent au poste de chirurgien major des troupes de la Marine. Généralement résident à Montréal, c'est-à-dire là où se concentre l'essentiel des troupes, c'est un individu d'expérience. Il sert d'abord dans la Marine ou dans les troupes de terre pendant plusieurs années et reçoit un brevet royal de chirurgien major des troupes lorsqu'il est âgé d'au moins une trentaine d'années. Sa compétence professionnelle est reconnue et son prestige est attesté par de nombreux témoignages. Fait significatif, l'expertise du chirurgien major des troupes est souvent utilisée par les tribunaux, soit pour examiner des cadavres, soit pour attester la nature et la gravité de blessures.

Outre des chirurgiens majors des troupes, la colonie peut compter sur des chirurgiens majors, appelés aussi chirurgiens du roi, qui servent dans les hôpitaux de Québec et de Trois-Rivières.

L'histoire des chirurgiens majors de la Marine remonte au temps de Colbert qui institue un véritable corps de santé de la Marine. À partir de 1675, à Brest, Rochefort et Toulon, des médecins, des chirurgiens et des apothicaires sont entretenus par le roi dans les ports et les arsenaux et à bord des bâtiments de guerre. Le service de ces chirurgiens entretenus est réglementé par l'ordonnance de 1689 qui traite de la direction, de l'administration des hôpitaux de la Marine, ainsi que du rôle des médecins entretenus, du chirurgien major et de l'apothicaire. Ce sont eux qui embarquent comme chirurgiens majors des vaisseaux du roi. Ils servent dans les hôpitaux établis par le roi dans les ports métropolitains. Certains prennent également la charge des hôpitaux qui se créent dans les colonies.

À l'Hôtel-Dieu de Québec, le chirurgien major traite les soldats et les officiers et s'occupe des malades à la charge du roi. Il soigne les autres malades de l'hôpital, mais pas toujours bénévolement, surtout s'ils sont aisés. « Je ne Suis payé par Sa Majesté que pour visiter et Soigner les pauvres et les Soldats », précisera le chirurgien major Michel Bertier en 1736¹⁸.

Les fonctions du chirurgien du roi sont multiples. Il visite les malades reçus à l'hôpital ; il prescrit des régimes ; il élabore les ordonnances que doivent exécuter les apothicaires ; il fait des opérations ; il examine les remèdes ; il supervise le travail des autres chirurgiens ou des aides-chirurgiens et il décerne, le cas échéant, des certificats d'invalidité aux soldats ou à d'autres personnes inaptes au travail ou au service. Il produit également des rapports médicaux pour la justice. Le chirurgien du roi remplit donc des fonctions autant civiles que militaires et, de fait, il n'appartient pas à l'Armée.

L'analyse des carrières des chirurgiens majors des troupes et des chirurgiens du roi en général fait ressortir ce qui distingue et rapproche les deux fonctions. Les titulaires de l'une et l'autre ont une formation similaire. Toutefois, leur brevet ne les porte pas à soigner le même type de clientèle. Ainsi, ce n'est qu'en vertu d'ententes particulières que le chirurgien major des troupes de la Marine dispense des soins aux civils. Bien qu'on ne connaisse pas les profits tirés de leur pratique auprès des particuliers, les chirurgiens majors des troupes ont des revenus supérieurs reliés à leurs charges.

Élite médicale de la colonie avec le lieutenant du premier chirurgien du roi et le médecin, les chirurgiens majors des troupes de la Marine et les chirurgiens du roi sont les représentants de la médecine et de l'orthodoxie médicale officielle. Au cours du XVIII^e siècle, ils sont en pleine ascension, particulièrement au détriment du lieutenant du premier chirurgien du roi. Et la croissance marquée de leurs appointements reflète cette progression. Socialement et légalement, leur position est reconnue. Un large consensus s'est créé autour de leur compétence et le public a confiance en leur capacité. Au milieu du XVIII^e siècle, ils sont presque les égaux des médecins et ils les remplacent à l'occasion. Michel Sarrazin et Joseph Benoist finiront d'ailleurs leur carrière comme médecin du roi et deviendront des modèles et des maîtres pour tous les autres chirurgiens qui exercent dans les hôpitaux.

La légitimité du chirurgien major des troupes de la Marine ou du chirurgien du roi repose sur ses qualifications et elle est consacrée par son brevet issu du pouvoir royal. Le roi les nomme d'une manière discrétionnaire sur proposition du secrétaire d'État de la Marine ou des Colonies. L'influence d'amis ou de protecteurs est tout aussi importante que les talents de l'individu et, puisque le pouvoir est à Versailles, les Canadiens, même bien formés en Europe, sont désavantagés.

La Conquête met fin à la présence des chirurgiens majors des troupes de la Marine ou des chirurgiens du roi. Les Britanniques entretiennent une garnison importante dans les villes et les postes stratégiques de la colonie. Chaque régiment compte un chirurgien et un aide-chirurgien (*mate*) et est doté de sa propre infirmerie. C'est pourquoi on trouve souvent les soldats malades dans des maisons particulières louées ou des casernes. Il n'y a donc pas nécessité d'avoir un chirurgien pour les hôpitaux gérés par des religieuses. On préfère nommer un chirurgien de la garnison aux fonctions strictement militaires.

La guerre de l'Indépendance américaine favorise la formation d'une nouvelle élite médicale reliée aux troupes britanniques et allemandes. C'est de ce groupe que sont issus les Adam Mabane, John Foote, James Fisher, James Davidson, Frédéric-Guillaume Oliva, Charles Blake et François-Xavier Bender qui formeront, en 1788, la majorité des membres des

nouveaux bureaux des examinateurs chargés dorénavant d'examiner les praticiens.

L'effectif médical

Les Canadiens ne formeront jamais plus de 40 % de l'effectif médical et leur poids relatif et absolu baissera constamment après le premier quart du XVIII^e siècle. Le Canada doit donc « importer » la grande majorité de ses praticiens de la santé, essentiellement des chirurgiens, vu l'absence relative des apothicaires et des médecins. Jusqu'à la guerre de l'Indépendance américaine, les Français forment le groupe le plus important au sein du corps médical canadien. Des débuts de la colonie jusqu'en 1788, ils représentent 58 % des membres du corps médical ayant pratiqué au Canada. Ils accaparent, sous le Régime français, les postes les plus lucratifs et les plus prestigieux. Les médecins et les chirurgiens rattachés à l'armée ou aux institutions religieuses de même que le lieutenant du premier chirurgien du roi sont, à quelques exceptions près, nés en Europe. Même après la Conquête, cette prédominance se perpétue. L'absence d'émigration importante, l'établissement des chirurgiens militaires français venus avec les troupes et, après 1760, l'arrivée de plusieurs chirurgiens français provenant des colonies américaines, de Saint-Pierre-et-Miquelon ou de Londres expliquent cette situation. En 1788, les praticiens nés en France représentent encore 37 % de l'effectif.

La très grande majorité des praticiens sont venus au Canada en tant que militaires ou chirurgiens de navire. La venue du régiment de Carignan-Salières en 1665, des troupes franches de la Marine à partir de 1683 ou des troupes de terre au moment de la guerre de la Conquête se traduit par une hausse significative des praticiens. La Conquête anglaise, en particulier, suscite l'établissement de soldats et de chirurgiens français. Dans un contexte où l'émigration vers l'ancienne métropole se limite à quelques praticiens, plus qualifiés et généralement rattachés au gouvernement ou aux troupes, le nombre de chirurgiens présents dans la colonie en 1765 atteint un sommet, ce qui ne devrait pas étonner.

La présence des chirurgiens de navire occupe une place beaucoup plus modeste qui, d'ailleurs, n'est vraiment significative qu'au milieu du XVIII^e siècle. En vertu de l'ordonnance de la Marine de 1681, les navires marchands et même les « vaisseaux pêcheurs » sont obligés d'embarquer au moins un chirurgien lors de voyages au long cours. Ces chirurgiens doivent être examinés et trouvés capables par deux maîtres chirurgiens qui en donnent attestation. Un minimum de 34 chirurgiens de navire, ayant pour la plupart servi sur un bâtiment marchand, s'établissent dans la vallée du Saint-Laurent entre 1660-1759. Leur nombre réel pourrait sans doute être doublé. Et ils sont très jeunes. Sur 11 chirurgiens dont nous connaissons l'âge au moment de l'examen de l'amirauté, quatre seulement

ont plus de 23 ans, la médiane se situant à 22 ans. Ils viennent de compléter leur apprentissage et n'ont pas encore accompli les trois ou quatre années de service comme garçons chirurgiens prescrites par les ordonnances et les statuts de 1692, de 1719 et de 1730. Ils sont encore moins des maîtres chirurgiens agrégés. Signe d'une expérience limitée, les chirurgiens de navire qui s'établissent au Canada font généralement un seul voyage, quelquefois deux, rarement plus.

Après la Conquête, ce sont inévitablement les Britanniques qui prennent la relève. En 1765, on dénombre déjà une dizaine de chirurgiens britanniques au Canada, presque exclusivement des militaires ou des anciens militaires. En 1788, ils forment près du tiers de l'effectif médical de la colonie et leur importance dépasse largement leur poids démographique. La nouvelle élite médicale se recrute essentiellement parmi ce groupe. Toutefois, très peu de Britanniques s'installent dans les campagnes.

La guerre suscite aussi l'arrivée de plusieurs chirurgiens allemands. En 1776, 20 000 mercenaires se joignent aux troupes anglaises et prennent le chemin de l'Amérique, en partie pour Québec, afin de combattre les rebelles américains. À la paix, entre 1 300 et 1 400 mercenaires allemands s'installent au Canada dont au moins 32 chirurgiens, à peu près tous chirurgiens de compagnie. En 1788, les chirurgiens allemands représentent près du tiers de l'effectif médical. Ils s'installent massivement dans les campagnes et desservent souvent des petites localités qui n'ont jamais compté de chirurgiens. Malgré leur nombre, ils n'ont pas la même influence que les autres chirurgiens au sein de la profession. Critiqués par les Britanniques et les élites, ils seront toutefois bien acceptés par les habitants.

Ce survol de la composition du corps médical met en relief un phénomène important : la faiblesse numérique des praticiens nés au Canada. À partir de la fin du XVII^e siècle, la profession médicale tend à compter de plus en plus de Canadiens qui en 1723 représentent 37,1 % de l'effectif. Mais leur proportion régresse par la suite. Entre 1751 et 1765, elle tombe de 24 % à 8 %. En 1788, ils ne forment plus que 4,3 % de l'effectif médical.

Certaines dynasties de chirurgiens urbains se sont constituées : les Benoît et les Forestier à Montréal ; les Lajus, les Baudoin et les Soupiran à Québec ; et les Alavoine à Trois-Rivières. À la campagne, les chirurgiens transmettent rarement leur métier à leurs fils.

Aucun enseignement médical n'est encore dispensé au Canada. La dépendance par rapport à la métropole est totale et un séjour à l'étranger est obligatoire pour quiconque vise un poste important. Il est vrai, par contre, que la formation chirurgicale se fait principalement par un apprentissage auprès d'un maître reconnu de Québec ou de Montréal. Même des fils de chirurgien de campagne comme Jacques

Meneux et Claude Pinard se sentent obligés de parfaire leur formation auprès d'un chirurgien de Québec, Jean Demosny. La durée de l'apprentissage varie généralement de trois à cinq ans et l'apprenti est placé auprès de son maître alors qu'il a entre 12 et 21 ans. Très peu d'apprentis persisteront dans la carrière. Être chirurgien ne semble pas très attirant. Peu de fils d'artisans ou d'habitants choisiront cette voie. Les rares Canadiens sont fils de chirurgien plutôt bien établis. Un certain nombre de Canadiens iront se former en Europe dès la fin du XVII^e siècle.

Vu la faiblesse du recrutement sur place, le Canada doit « importer » à la fois les praticiens de la santé et le savoir médical. L'établissement des chirurgiens français rencontre peu d'obstacles. De fait, puisqu'il n'existe pas de maîtrise au Canada et puisqu'il n'y a aucune obligation de se faire agréer, il est beaucoup plus facile pour un jeune chirurgien inexpérimenté de s'établir dans la colonie qu'en France. La concurrence des Français explique le désintérêt des Canadiens envers la profession. La capacité du marché canadien d'absorber de nouveaux chirurgiens est fonction de la capacité de payer des malades canadiens et de leur désir d'avoir recours aux chirurgiens. Dans les campagnes, rares sont les chirurgiens qui vivent de la seule pratique. Ceux qui atteignent une aisance matérielle cumulent les activités : on est aussi notaire, marchand, juge, etc.

TABLEAU 1

Origine des chirurgiens suivant leur période d'arrivée, 1600-1789

	1600	1640	1660	1680	1700	1720	1740	1760	1780	
	1639	1659	1679	1699	1719	1739	1759	1779	1789	TOTAL
Acadie								1		1
Allemagne								30	19	49
Angleterre (origine attestée)					1			5	4	10
Angleterre (origine déduite)								64	22	86
Autriche							1			1
Canada			2	5	11	9	6	3	3	39
Colonies anglaises								2	4	6
Écosse								5	1	6
France	10	33	51	39	25	27	97	28	6	316
Hongrie									1	1
Inconnu							1	1	2	4
Irlande					1		1	6	5	13
Italie						1		1		2
Louisiane							1			1
Martinique							1			1
Pays-Bas autrichiens (Belgique)						1				1
Pologne									1	1
Portugal							1			1
Prusse								2		2
Suisse							1	2		3
TOTAL	10	33	53	44	38	38	110	150	68	544

TABLEAU 2

**Répartition du corps médical
au sein de la colonie, 1653-1788**

		1653	1667	1681	1695	1709	1723	1737	1744	1751	1765	1774	1788
Villes	Québec	1	5	6	9	7	9	11	11	17	17	13	23
	Trois-Rivières	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3
	Montréal	3	5	2	6	7	9	12	4	4	11	7	13
	Total	6	11	9	16	15	20	24	16	23	29	21	39
Campagnes	Québec	1	5	5	8	5	5	7	7	9	20	14	18
	Trois-Rivières	0	2	2	3	3	3	3	3	1	4	5	10
	Montréal	0	1	8	2	3	7	11	13	17	34	30	48
	Total	1	8	15	13	11	15	21	23	27	58	49	76
Inconnus		2	5	0	3	2	0	0	0	0	1	2	0
Grand total		9	24	24	32	28	35	45	39	50	88	72	115

Ce recours massif aux métropolitains est un important frein à la transmission d'une pratique et d'un savoir qui soient propres au Canada, du moins en ce qui a trait à la médecine officielle.

Au Canada, la présence de chirurgiens est attestée dès les premiers voyages d'exploration. Du début de la colonisation permanente en 1608 jusqu'en 1788, tout près de 550 praticiens de la santé ont exercé leur art, plus ou moins longtemps dans la colonie.

Leur nombre passe de 2 en 1639 à 24 en 1667. Ils seront 28 en 1709, 45 en 1737 et 88 en 1765. À moyen terme, la Conquête a pour effet de réduire l'effectif, puisqu'on trouve seulement 72 praticiens en 1774. Mais bientôt, ils se multiplient à nouveau. On en compte 115 en 1788. Cette évolution à la hausse est toutefois inférieure à la croissance de la population. En effet, le nombre de médecins, chirurgiens ou apothicaires par 10 000 habitants passe de 61,9 en 1667, à 24,8 en 1681, à 15,5 en 1709, à 11,3 en 1737, enfin à seulement 10,2 en 1788.

Le taux d'encadrement médical (ou la densité médicale comme on dit aussi) observé dans la colonie est comparable à celui de l'Europe, soit généralement entre 10 et 20 praticiens par 10 000 habitants. Dès les débuts du Canada, la médecine officielle accapare une portion importante du marché des soins médicaux. Le

taux d'encadrement médical est généralement quatre fois plus élevé à la ville qu'à la campagne. La présence de troupes et de marins, la concentration des institutions hospitalières et la présence d'une clientèle relativement aisée suscitent l'installation de nombreux praticiens à Québec et à Montréal. Les deux centres urbains retiennent les éléments les plus compétents et les plus expérimentés de même que les rares médecins et apothicaires.

La mobilité des chirurgiens confirme le pouvoir d'attraction des milieux urbains et des centres ruraux plus développés. Cela dit, la concurrence apparaît particulièrement féroce et beaucoup de chirurgiens ont de la difficulté à vivre de leur art. Un bon mariage, une bonne réputation et des activités commerciales facilitent une intégration réussie.

Dans les campagnes, la densité médicale est forte au XVII^e siècle, atteignant 21,7 par 10 000 habitants en 1681. Elle décroît par la suite puis demeure relativement stable tout au long du XVIII^e siècle aux alentours de 8 par 10 000 âmes. La médecine officielle est, en effet, présente dans les zones rurales dès les débuts de la colonisation, mais tous n'y ont pas accès. L'éparpillement de la population rurale au XVII^e siècle rend pour plusieurs l'accès à un chirurgien très difficile, phénomène qui sera de moins en moins vrai au siècle suivant avec la densification de l'occupation du territoire.

La présence du chirurgien dans les campagnes se fait plus significative à partir des années 1730, mais elle ne devient vraiment importante que durant la période 1750-1765, alors que le nombre de chirurgiens ruraux double. Néanmoins, la répartition du corps médical est loin d'être uniforme en milieu rural. Certaines paroisses exercent un plus grand pouvoir d'attraction. C'est le cas de Neuville, de Château-Richer, de Saint-Jean de l'île d'Orléans, de Batiscau, de Laprairie, de Sorel, de Chambly ou de Boucherville qui bénéficient de la présence régulière d'un et même de plusieurs chirurgiens, généralement depuis la fin du XVII^e siècle. Bien situées sans être trop près des villes, anciennes et peuplées, entourées d'autres paroisses relativement prospères, mais non desservies par un chirurgien, ces localités donneront graduellement naissance à des bourgs. D'ailleurs, le rapide développement villageois à la fin du Régime français et au début du Régime anglais se traduira par des concentrations accrues de chirurgiens.

TABLEAU 3

**Les principaux lieux de la pratique chirurgienne
en milieu rural, XVII^e et XVIII^e siècles**

	Première mention de chirurgien	Nombre de chirurgiens	Cumul des années/ chirurgie
Château-Richer	1660	16	159
Neuville	1669	10	141
Boucherville	1671	10	141
Laprairie	1672	12	106
Saint-Jean, île d'Orléans	1670	2	105
Batiscau	1677	9	93
Chambly	1669	19	91
Pointe-aux-Trembles	1688	8	91
Sainte-Famille, île d'Orléans	1666	7	89
Sorel	1666	16	83
Varenes	1681	9	76
Saint-Denis (Richelieu)	1752	5	71
Verchères	1736	8	67
L'Assomption	1749	14	67
Saint-François-du-Lac	1691	1	58
Terrebonne	1739	9	55
Sainte-Geneviève-de-Berthier	1743	8	51

Sont considérées ici les localités ayant au moins 50 années/chirurgien. Nous entendons par « nombre de chirurgiens », le nombre total de chirurgiens qui ont vécu à un moment ou à un autre dans ces localités.

Certaines régions moins développées ou périphériques seront longtemps privées de membres du corps médical. La rive sud du Saint-Laurent, à partir de Sorel jusqu'à Rimouski, accuse constamment un retard considérable au regard de la rive opposée. L'accès à des soins médicaux s'en trouve donc passablement limité.

L'analyse des dettes actives mentionnées dans les inventaires après décès de cinq chirurgiens permet de mieux définir le rayonnement d'un chirurgien de campagne. Comme en France à la fin du XVIII^e siècle, la clientèle du chirurgien canadien se situe dans un rayon inférieur à 20 km de sa résidence¹⁹.

L'accès au chirurgien est grandement conditionné par l'état des communications. Les déplacements en certaines périodes de l'année sont particulièrement pénibles, surtout au printemps ou à l'automne. Il n'est donc pas étonnant que le besoin de construire des chemins soit justifié à l'occasion par la nécessité de se déplacer pour obtenir des secours du chirurgien et de la sage-femme.

Si on retient comme barème un rayon d'action de 20 km, on peut affirmer que presque toute la population en 1788 a accès à un chirurgien. Il en était déjà ainsi en 1667, mais la situation se détériore un peu à la fin du XVII^e siècle et au début du siècle suivant. Les régions les plus démunies, médicalement parlant, sont alors l'ouest du gouvernement de Montréal et la Côte-du-Sud, dans le gouvernement de Québec. Cependant, en 1737, la situation s'est grandement améliorée et on note alors que plus de 85 % de la population peut avoir accès à un chirurgien demeurant à moins de 20 km.

Un groupe en voie de professionnalisation

En France, le XVIII^e siècle est une période où la chirurgie est en pleine ascension. Cette évolution se traduit par la professionnalisation du corps médical et l'émergence du praticien contemporain.

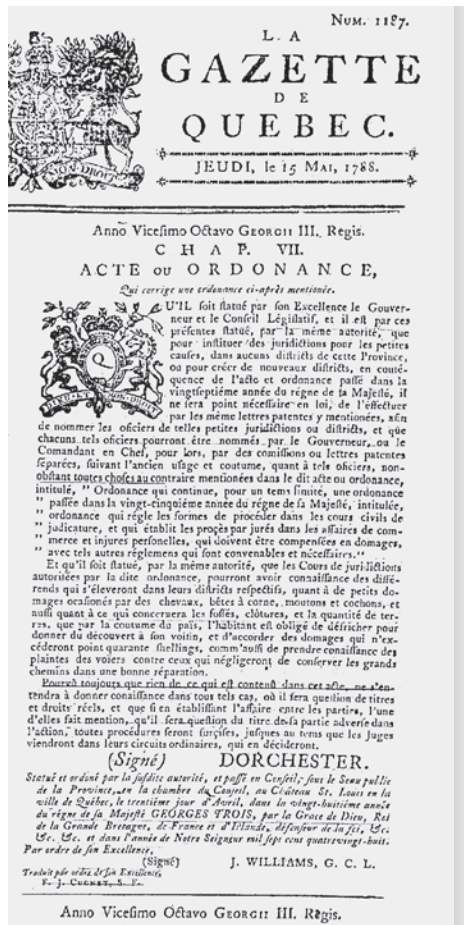
La réglementation médicale joue un grand rôle dans ce processus au Canada : elle tend à standardiser et à uniformiser le savoir médical, en privilégiant le savoir officiel et en institutionnalisant des pratiques. Elle permet de renforcer le corps médical en lui accordant plus de pouvoir et plus d'autonomie, en définissant les champs d'activité et en lui apportant la reconnaissance officielle. Enfin, contre ses concurrents, elle lui assure un marché élargi.

Dans les colonies françaises, diverses réglementations sont graduellement mises en place afin d'assurer un meilleur contrôle des qualifications des membres du corps médical. Outre les ordonnances édictées dans la métropole pour l'ensemble du royaume, telles celle de 1707 pour la médecine ou de 1723 et de 1730 pour la chirurgie, on ne relève, avant 1764, qu'une

seule ordonnance royale qui s'applique spécifiquement à l'exercice de la médecine dans les colonies. Datée du 23 août 1723, elle vise essentiellement à clarifier la position des chirurgiens majors à l'égard de la population civile et par rapport aux autres praticiens établis dans les colonies.

Au Canada, jusqu'en 1788, la réglementation médicale touche exclusivement les chirurgiens et vise essentiellement les étrangers qui pratiquent dans la colonie. Les chirurgiens de Québec ont obtenu dès 1710 une ordonnance qui restreint la pratique médicale aux chirurgiens déjà établis dans la colonie.

Depuis la fin de la guerre de la Succession d'Autriche en 1748, un nombre croissant de nouveaux chirurgiens, en provenance tant des troupes, des navires marchands que de l'émigration volontaire, s'établissent au Canada. Malgré les défenses antérieures, « plusieurs personnes Inconnues venant d'Europe et d'ailleurs S'Ingeroient d'exercer la Chirurgie tant dans les Villes que dans les Campagnes de cette Colonie, Sans aucune Permission ». Qui plus est, ces étrangers, dont la capacité ne serait pas connue, traiteraient les malades avec peu de soin, « ne leur procure[raie]nt aucun Soulagement, débite[raie]nt de mauvais remedes qu'ils donne[raie]nt Souvent a Contretems n'ayant pas toute L'Experience nécessaire ». Devant de tels abus si « prejudiciable a la Conservation des Sujets du Roy », une nouvelle



ACTE OU ORDONNANCE QUI DÉFEND À QUI QUE CE SOIT DE PRAATIQUER LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC, OU LA PROFESSION D'ACCOUCHEUR DANS LES VILLES DE QUÉBEC OU MONTRÉAL, SANS PERMISSION, 30 AVRIL 1788.

La Gazette de Québec, 15 mai 1788.

ordonnance, qui reprend en bonne partie celle de 1710, est émise le 12 juin 1750. Comme celle qui a été émise 40 ans plus tôt, la nouvelle ordonnance vise essentiellement à interdire à tous les chirurgiens de navire et à tous les étrangers de pratiquer dans la colonie sauf, fait nouveau, à ceux qui auront subi un « Sérieux examen Sur L'article de la Chirurgie » et qui auront « été Jugés capable de L'Exercer ». Il est difficile, cependant, de juger la portée réelle de l'ordonnance de 1750 puisque seulement un exemple de son application a été retracé²⁰.

En 1788, une nouvelle ordonnance encadre l'exercice de la médecine. Tout porte à croire qu'elle est une réaction à l'arrivée massive de chirurgiens allemands. D'ailleurs le texte de l'avis publié dans les journaux pour prévenir les docteurs de se conformer aux dispositions de la loi a été rédigé en français, en anglais et en allemand.

Outre cette question de l'établissement des chirurgiens militaires démobilisés, surtout ceux d'origine allemande, et de la mauvaise perception que l'élite médicale britannique se fait de la majorité du corps médical canadien, les années 1784-1791 sont marquées par la présence d'une maladie aux symptômes et aux conséquences horribles : le « mal de la Baie-Saint-Paul ». Perçue comme une forme particulière de la syphilis, cette affection s'est répandue en quelques années à travers la province de Québec. L'absence de concertation et d'organisation de la profession médicale et des considérations humanitaires, économiques et militaires incitent les autorités coloniales à intervenir très timidement dès 1775.

Cette intervention gouvernementale, la première dans le domaine de la santé depuis la Conquête, se concrétise par l'envoi de chirurgiens militaires à Baie-Saint-Paul et, sporadiquement, dans quelques-unes des paroisses infectées. Le contexte de guerre, les fonctions civiles et militaires des gouverneurs Carleton et Haldimand, la bonne réputation des chirurgiens militaires et enfin le faible coût de ce plan expliquent ce genre d'intervention. Cette première mesure ne peut, toutefois, empêcher la maladie de se propager.

Entre 1782 et 1784, la peur gagne les élites cléricales, politiques et même médicales qui exagèrent alors, délibérément ou non, l'ampleur réelle de la maladie. Des mesures énergiques sont réclamées. Le nouveau contexte politique et militaire engendré par l'indépendance américaine en 1783 favorise l'émergence de nouvelles attitudes. La question des Loyalistes et de leur intégration à la société canadienne se pose. L'importance du Canada et des Canadiens s'accroît alors aux yeux des autorités, qui prennent conscience de l'intérêt d'avoir, pour des raisons économiques et militaires évidentes, une population saine et nombreuse. Des comités du Conseil législatif de la colonie sont mis sur pied en 1786 afin

de bien saisir la situation et d'aider l'adoption de correctifs, s'il en faut. Ce nouveau contexte favorise une lutte plus énergique contre le « mal de la Baie-Saint-Paul » jugé épidémique. Le lieutenant-gouverneur de l'époque en confie la responsabilité au docteur Bowman qui s'appuie sur le clergé. Le chirurgien fait le tour des paroisses et distribue gratuitement des remèdes et des conseils aux curés. Ces derniers, qui jouent le rôle d'assistants médicaux, veillent à ce que le traitement soit administré aux malades. Il va s'en dire qu'une telle façon de procéder, qui met sur une voie d'évitement presque tout le corps médical, et surtout son élite britannique, suscite bien des frustrations au sein des praticiens de la santé. Ils auront l'occasion de se manifester à travers les travaux des comités qui seront mis sur pied en 1786 et de tenter de revaloriser le rôle du corps médical.

C'est dans tout ce contexte qu'il faut situer la volonté de réglementer plus étroitement la pratique médicale dans la colonie. En mars 1784, le lieutenant-gouverneur propose au Conseil législatif la rédaction d'une ordonnance « *for the regulation of all persons Exercising the founctions of Phisician, Surgeon, Apothecary, or any other person assuming those characters in the Province* ». Il suggère également qu'une adresse soit envoyée au gouverneur pour que des examinateurs soient nommés et que les prix des médicaments et des honoraires soient réglementés. Il demande qu'un diplôme ou une licence soit instauré et que les personnes qui n'en seront pas titulaires soient sujettes à des amendes, à l'emprisonnement ou à toute autre pénalité. Enfin, il propose qu'un comité soit formé pour étudier la question. Appuyée par le conseiller Adam Mabane qui était également chirurgien de la garnison de Québec jusqu'en octobre 1783, la motion du lieutenant-gouverneur est acceptée et, unanimement, le Conseil législatif met sur pied un comité composé du lieutenant-gouverneur, d'Adam Mabane et de quatre conseillers.

Pour des raisons inconnues, cet effort pour établir une réglementation médicale restera lettre morte ; ce n'est qu'en 1786 que la question se pose à nouveau. Le 6 novembre, le nouveau gouverneur Guy Carleton, devenu Lord Dorchester, institue quatre comités afin de fournir à la métropole des renseignements servant à la guider dans le choix du mode futur de gouvernement de la province : un comité des cours de justice ; un comité de la milice, des grandes routes et des communications ; un comité de la population, de l'agriculture et de la colonisation des domaines de la couronne ; enfin, un comité du commerce intérieur et extérieur et des règlements de police. Plusieurs des mémoires présentés devant les comités, notamment ceux des chirurgiens militaires britanniques Charles Blake et James Fisher, ont trait en tout ou en partie à l'exercice de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'obstétrique puisque ces disciplines ont un lien direct avec l'évolution de la population.



Des différentes suggestions mises de l'avant lors de l'enquête de 1786, les autorités ne retiennent finalement que l'idée de contraindre les membres du corps de santé canadien à subir un examen pour l'obtention d'une licence obligatoire de pratique. « Plusieurs inconvénients étant arrivés aux sujets de Sa Majesté en cette province, par des ignorans, qui pratiquent la médecine et la chirurgie », il est donc décrété qu'à partir du 1^{er} novembre 1788, sous peine d'amendes et même d'emprisonnement, nul ne pourra ainsi, sous quelques prétextes, « vendre ou distribuer des médecines en détail, ni en ordones pour les malades, dont il tirera aucun profit, ni exercer la médecine et la chirurgie dans la province, ni la profession d'accoucheur dans les villes et faubourgs de Québec et Montréal, sans avoir auparavant obtenu une permission » du gouverneur ou du commandant en chef. Cette licence de pratique ne pourra être obtenue que si le candidat présente un certificat attestant qu'il a été examiné par ceux que le gouverneur ou le commandant en chef nommera. L'examen qui se fera devant le bureau des examinateurs sera public. Toutefois, les praticiens qui ont obtenu leur diplôme d'une université ou qui ont une commission de chirurgien dans l'Armée ou dans la Marine royale sont exemptés de subir l'examen public. De même, les chirurgiens qui détiennent une commission dans l'Armée ou dans la Marine royale ne sont pas obligés d'obtenir une licence. Enfin, l'ordonnance « ne s'entendra à empêcher les détailliers, ou autres, de vendre tels médicaments, pour lesquels une patente roïale a été obtenu²¹ ».

Bien qu'une minorité seulement de praticiens se conformeront à l'ordonnance de 1788 — une quarantaine sur une centaine en 1789 —, ses répercussions sur l'avenir du corps médical sont majeures. Par la composition des bureaux des examinateurs, elle consacre pour un demi-siècle la mainmise des chirurgiens militaires britanniques sur le corps médical, confirmant le recul des chirurgiens francophones vieillissants. Sauf quelques-uns qui prennent la relève de leur père comme les Laterrière, les Rieutord ou les Ducondu, la nouvelle génération de praticiens francophones, qui apparaît à la fin du XVIII^e siècle, est formée par les chirurgiens militaires britanniques. Plusieurs vont se perfectionner aux États-Unis, à Édimbourg ou à Londres. Les chirurgiens francophones qui se multiplient avec la montée des professions libérales au début du XIX^e siècle se font donc porteurs de la tradition britannique. À cet égard, 1776, avec l'arrivée de chirurgiens militaires britanniques ambitieux et de chirurgiens allemands, marque la véritable coupure avec le Régime français et 1788 concrétise les aspirations de la nouvelle élite.

L'ordonnance de 1788 ouvre également la voie à une professionnalisation accrue du corps médical en standardisant les savoirs et les pratiques, en assurant à l'élite médicale un regard sur les destinées de la profession et en accordant au corps médical officiel un monopole de pratique. Elle permet ainsi théoriquement, au nom de la protection du public, d'éliminer les concurrents qu'ils appartiennent à la médecine parallèle ou aux strates inférieures du corps médical, et d'assurer, de ce fait, aux détenteurs d'une licence, une emprise plus grande sur le marché des services médicaux.

La tendance du corps médical canadien à la professionnalisation, phénomène qui touche l'ensemble du monde occidental, se manifeste d'une manière éloquent par le passage du chirurgien barbier au chirurgien. L'union des corporations parisiennes des chirurgiens et des barbiers officialisée en 1660 marque un tournant majeur dans l'histoire de la chirurgie. Pendant longtemps, surtout dans les campagnes, barbiers et chirurgiens se partagent la pratique médicale. Ce n'est qu'en 1743 à Paris, et en 1745 à Londres, que les deux métiers sont officiellement séparés. Au Canada, la situation ne diffère guère de celle qui prévaut en Europe. Après 1748, on ne trouve plus la double mention de chirurgien-barbier.

Une fonction sociale reconnue

Essayer d'évaluer la compétence des chirurgiens c'est avant tout chercher à établir dans quelle mesure les praticiens avaient assimilé le corpus de connaissances officiellement reconnues, avaient appris diverses techniques et avaient acquis une expérience pratique. Mais juger de la compétence des praticiens d'il y a deux siècles au regard des canons actuels est par trop une entreprise hasardeuse. Nous pouvons tout de même esquisser quelques éléments de réponse en nous attardant aux critères de formation de l'époque, à l'âge des chirurgiens venus s'établir au Canada, aux écrits médicaux utilisés, aux antécédents familiaux des praticiens, aux résultats des examens administrés en vertu de l'ordonnance de 1788 et aux témoignages de contemporains.

Au XVII^e siècle, au Canada comme en France, les chirurgiens ne jouissent pas d'un grand prestige, avons-nous dit. En novembre 1687, en pleine période d'épidémie, le gouverneur et l'intendant se plaignent qu'ils n'ont que « de fort pauvres Chirurgiens pour le Secours de tous ses malades ». Dix ans plus tard, l'intendant Champigny, qui appuie sans réserve les demandes du médecin Sarrazin, n'hésite cependant pas à souligner au ministre de la Marine qu'il ne saurait rien dire en faveur des chirurgiens de la colonie, l'assurant qu'aucun ne mérite qu'on le prie pour lui. Ces récriminations contre le corps médical tendent à s'estomper au fil des ans. À la fin du XVIII^e siècle, un New-Yorkais souligne la présence d'aussi bons chirurgiens à Québec et à Montréal que dans sa ville.

Comme la capacité de signer vérifiée chez presque tous les chirurgiens, l'âge d'arrivée au Canada est dans une certaine mesure un indicateur du niveau de formation. La majorité des chirurgiens seraient arrivés au Canada avant l'âge de 25 ans. C'est dire qu'ils ne peuvent être considérés comme des chirurgiens expérimentés. D'ailleurs, si on se fie aux réceptions de chirurgiens dans la région bordelaise entre 1744 et 1791, peu auraient été reçus maîtres avant leur départ vers le Canada.

L'âge au moment de la première mention est étonnamment stable tout au long des XVII^e et XVIII^e siècles, peu importe l'origine ethnique. En fait, bon nombre de chirurgiens doivent avoir terminé leur apprentissage et en sont au stage pratique. L'Armée et la Marine leur offrent l'occasion d'acquérir de l'expérience. Les facilités d'établissement au Canada, où la maîtrise n'est pas établie, les inciteraient à s'y installer à demeure. S'ils sont généralement peu expérimentés, ces chirurgiens ne se sont pas pour autant improvisés. À cet égard, le nombre considérable d'individus provenant de familles reliées à la pratique médicale est un indicateur précieux. La moitié des 161 chirurgiens dont nous connaissons la profession du père exercent la même profession qu'eux.

La compétence des Britanniques établis au Canada n'est jamais mise en cause par les contemporains. Toutefois, dans la métropole, bon nombre de témoignages font état de la pauvre qualité des chirurgiens et des aides-chirurgiens de régiments. Plusieurs, sinon la majorité, auraient une formation déficiente et manqueraient d'expérience. Quelques individus ont acquis une formation avant leur entrée dans l'Armée, mais ils demeurent l'exception. La sélection des chirurgiens et des aides-chirurgiens régimentaires relève théoriquement du chirurgien général, mais, en pratique, le choix des individus incombe souvent aux colonels. Le favoritisme est fréquent et les commissions de chirurgien régimentaire peuvent être achetées. Selon des témoignages, les praticiens de régiments seraient peu qualifiés au moment de leur entrée en fonction et ne feraient rien par la suite pour s'améliorer. En temps de paix, la présence d'un hôpital général permet à l'Armée de pallier l'insuffisance de qualification du personnel régimentaire en y envoyant les malades les plus atteints. En temps de guerre, la situation peut devenir beaucoup plus critique, surtout si l'hôpital général est loin du théâtre des opérations. À l'opposé, le personnel de l'hôpital général est généralement estimé et sa compétence est reconnue.

Les Allemands sont généralement perçus de façon négative. Certes, les chirurgiens majors peuvent se prétendre les égaux des meilleurs chirurgiens britanniques, mais il n'en est pas de même du reste des chirurgiens de compagnies aux qualifications des plus limitées. Les licences médicales émises en 1788-1789 confirment l'impression de médiocrité qui se dégage du portrait des chirurgiens allemands tracé par les contemporains.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, le corps médical établi au Canada comprend un certain nombre d'individus qui présentent des qualifications dignes des bons chirurgiens d'Europe. Ce sont essentiellement les chirurgiens du roi, les chirurgiens majors des troupes et le personnel du *General Hospital* britannique. La masse des chirurgiens appartient au groupe qu'en France on qualifierait de « chirurgiens de petite expérience ». Ils ont reçu une formation minimale et ont acquis peu d'expérience avant leur arrivée au Canada. Mais ils appartiennent bel et bien à la médecine officielle et, en somme, ils ressemblent à ces chirurgiens qu'on trouve dans les campagnes françaises. Si on exclut la faible présence des médecins, le corps médical canadien est à l'image de celui de la métropole. Comme en France, on est loin d'avoir affaire à un groupe homogène puisque les formations théorique et pratique ne sont pas encore standardisées. D'ailleurs, les règlements et les ordonnances reconnaissent plus d'un type de chirurgiens selon les lieux de pratique. Au fil des ans, on note des progrès significatifs. Le passage du chirurgien-barbier au chirurgien en est un. De même, la présence de plus en plus régulière de livres et d'instruments de chirurgie dans les inventaires après décès des chirurgiens canadiens, manifeste à partir de 1740, mais surtout importante à compter de 1780, témoigne incontestablement de la professionnalisation. À la fin du XVIII^e siècle, l'écart entre les chirurgiens est important, peut-être plus qu'un siècle plus tôt, mais la distance entre le corps médical et les praticiens non reconnus est encore plus grande. L'ordonnance de 1788 consacre ce clivage tout en légitimant et en définissant de façon plus nette la médecine officielle.

Durant toute la période, le recours à la médecine officielle est relativement coûteux. Sous le Régime français, les prix restent relativement stables, même en périodes inflationnistes : une saignée de bras, l'extraction d'une dent ou un lavement pour 1 # ; une saignée de pied, une médecine ou un lavement pour 2 #. Deux livres, c'est à peu près le salaire journalier au milieu du XVIII^e siècle. C'est dire l'importance des sommes, surtout si l'on considère que ces actes peuvent être répétés à plusieurs reprises dans un court laps de temps.

Après la Conquête, les prix grimpent. La saignée oscille alors entre 30 et 50 sols. Cinquante sols pour une saignée aurait été impensable quelques décennies plus tôt. De même, les médecines qui atteignaient exceptionnellement 4 # durant le Régime français, se vendent régulièrement 5 # durant les années 1780. Ces augmentations sont surtout le fait des chirurgiens anglophones plus présents à partir de cette décennie. Certains d'entre eux peuvent désormais exiger des montants substantiels pour visiter des patients vivant dans les environs de Québec.

Comme en Europe et dans les colonies américaines, certains chirurgiens déterminent leurs tarifs selon la situation sociale et financière du patient ou de la personne qui réclame leurs services. En 1784, dans un procès opposant le chirurgien James Davidson à John Cochrane, le chirurgien James Fisher avoue qu'il exige un tarif plus élevé pour des visites s'il s'agit d'*affluent people*. Cette pratique est difficilement perceptible durant le Régime français. Dans les années 1780, les chirurgiens, surtout ceux des villes, exigent des frais importants pour des déplacements, pour des soins ou même pour des avis.

La pénétration de la médecine officielle parmi les différentes couches de la société canadienne est importante. À Québec, pour la période 1690-1789, 23 % des 1 281 inventaires après décès portent des mentions de frais médicaux. Ce pourcentage varie considérablement suivant les décennies. Ainsi, il passe de 27 % en 1690-1699 à 17 % en 1730-1739 et remonte à 35 % en 1770-1779.

Étendus parfois sur de longues durées, les comptes médicaux montrent que, pour plusieurs, le recours à la médecine officielle est un geste familier et courant. Et le journal personnel du marchand québécois Juncken confirme cette impression. Plusieurs personnes de son entourage, dont des individus peu fortunés, ont recours au chirurgien pour une grande variété de cas, des plus simples aux plus complexes. Cette utilisation régulière démontre une confiance en la médecine, à un degré moindre, envers ses praticiens. Il est vrai que la santé n'a pas de prix, surtout si l'individu malade doit pourvoir à la subsistance d'une famille. La perte de la capacité de travailler a un impact économique qui rend acceptables les montants exigés par le corps médical.

Mais il n'en demeure pas moins que faire venir ou aller voir le chirurgien est un geste qui peut coûter cher et, pour s'attirer et conserver une clientèle, les praticiens doivent avoir recours à plusieurs stratagèmes. La plupart des chirurgiens facturent à l'acte et le crédit est généralisé. Les mentions de livres de comptes et de listes de débiteurs dans les inventaires après décès de chirurgiens en témoignent. L'abonnement est une option que prisent plusieurs. Signe de l'importance que la population accorde aux soins dispensés par les membres du corps médical, certains n'hésitent pas à se

doter de cette forme d'assurance-maladie. Un individu, une famille ou un groupe d'individus s'engagent à verser périodiquement une somme fixe à un chirurgien en échange de soins lorsque requis.

Les différentes formes que prend l'exercice de la médecine et de la chirurgie démontrent une volonté de la médecine officielle de rejoindre sa clientèle et de s'adapter à ses besoins. Si l'automédication ou le recours à des praticiens non reconnus sont des gestes populaires, fréquents, qui surpassent en nombre les recours à la médecine officielle, il n'en demeure pas moins que le chirurgien fait partie de l'univers des XVII^e et XVIII^e siècles. On fait appel à lui, peut-être pas toujours d'une manière régulière, mais probablement beaucoup plus qu'au siècle suivant. Une étude de l'encadrement médical et de l'évolution de la tarification pourrait sans doute, en cela, apporter quelques éléments de réponse. La professionnalisation du corps médical semble l'éloigner de sa clientèle populaire. L'ordonnance de 1788 renforce cette tendance. En éliminant officiellement les concurrents et les praticiens les moins compétents, elle crée un monopole qui sert les intérêts d'une élite médicale, mais il est loin d'être certain que la population y a gagné, du moins au XIX^e siècle.

Au cours des XVII^e et XVIII^e siècles, quérir le chirurgien est un phénomène courant, un geste familier. Mais rien n'indique une médicalisation accrue de la société durant cette période. S'il y a médicalisation, c'est plutôt à l'intérieur du corps médical qu'on peut l'observer. La présence à la hausse de remèdes, d'instruments chirurgicaux et de livres médicaux dans les inventaires des praticiens traduit l'institutionnalisation de plus en plus marquée des savoirs et des pratiques. En somme, le corps médical se médicalise. Son champ d'intervention s'élargit tout en abandonnant la barberie. Le statut social du chirurgien est rehaussé à mesure que le long processus de professionnalisation s'approfondit.

Notes infrapaginales

Chapitre I : Les soins de santé au Canada aux XVII^e et XVIII^e siècles

- *. Le lecteur trouvera dans la thèse de Rénald Lessard (1994) une présentation des sources ayant servi de base à cette étude ainsi que des références détaillées sur les différents points abordés.
1. Propos relevés par Marie-Aimée Cliche (1988 : 53) dans les sermons du père de La Colomnière conservés dans les Archives du Monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec.
 2. Sur l'évolution du concept de maladie en Occident et sur la difficulté à le définir en peu de mots, voir Hudson (1993) ; Grmek (1997).
 3. *Gazette littéraire, pour la Ville et District de Montréal*, 5 mai 1779. Voir aussi Ruddel, 1988 : 29, 213-219 ; Hare, Lafrance et Ruddel, 1987 : 81-83.
 4. Certificat médical de Marguerite Dizey, 11 avril 1730, ANQ-Q, P1000,D1314 ; Rapport de Madeleine Rapin, 17 septembre 1715, ANQ-M, T1,S1/88, *Documents de la Juridiction royale de Montréal* ; Interrogatoire de Marguerite Gignard, femme de Pierre Dauzat, 26 février 1717, ANQ-M, T1,S1/91, *Documents de la Juridiction royale de Montréal*.
 5. Archives des Ursulines de Québec, 1/E9, 1, Vieux récit, 1702, p. 117 ; *Les Récollets au ministre*, 1731, Archives nationales (France), Fonds des Colonies, sous-série C11A, vol. 54, f. 266v.-267r.
 6. Helvétius (1739 : 1-3). Le rapport dressé par le chirurgien de Boucherville Marien Tailhandier, dit Labaume, illustre bien les démarches et les gestes exécutés par un chirurgien de cette époque : « Jay Marien Tailhandier La Beaume Chirurgien demurant au Bourg de Boucherville Sousigné Sertifie a tous quil appartiendra que Jay Eté appelé Le dixneufvieme Jour du present moy davril pour aller an bas de La Seigneurie de St michel parroisse de renne Ches La Veuve burel ou Estant arivé Environs trois heures appres midy Jay trouvé francois Coulons Jissant au Lit Luy ayant touché Le poux que Jay trouvé plus Ellevé Et Emeu quil ne Les dans Une bonne Santé dun homme de Cest age Luy ayant demandé Ce que Setoit que son mal Et Les douleurs quil Souffrit Il ma dit quil avoit bien mal au Cotté gauche Et quil ne Ce pouvoit pas Servir de son bra droit Et quil Luy fesoit bien du mal, Lay visité Et trouvé Le dit bra Enveloppé de Linges Couver de Cataplasme faits avec de Lurine et du Sen (sang ?) Et appres que Len a Eut Lavé & Essuyé Le bra Lay trouvé Un peut enflé ou Il paroissoit deux Contusion Et Sur Le au de Lepaulle Une petite Escoriaon qui ont besouent de quelque fomentation que Je Lauray Enseigné & quil peuves faire Eux mesme Et Luy ay tiré du Sangs a Cause de La Douleur de Cotté dont Il Se plignoit Les dites Contusions peuvent avoires Esté faites avec batons ou autres Instrumt. Contondant mais Le tout Sans fieuvre ny peril de La Vie, Ce que Je Sertifie Estre Vray En foy de quoy Jay donné Le prent raport pour Servir a qui Il apartiendra fait Ce 25^e avril 1725 TAILHANDIER La Beaume ». Rapport de Marien Tailhandier, dit Labaume, 25 avril 1725, ANQ-M, T1,S1/109, *Documents de la Juridiction royale de Montréal*.
 7. L'indication empirique est généralement associée au charlatanisme. Selon un auteur du XVIII^e siècle, elle relève plus du « souvenir des expériences passées » que du raisonnement. Utilisée par les médecins des siècles précédents, cette façon de procéder serait délaissée par la médecine officielle des XVII^e et XVIII^e siècles en raison, prétend un praticien de l'époque, « que les maladies ne se ressemblent jamais ». L'indication empiricorrationnelle repose à la fois sur des observations empiriques qui permettent d'associer un traitement spécifique à une maladie donnée et sur une explication plus ou moins élaborée concernant la manière d'agir du médicament. D., 1753 : 5-15 ; Jadelot, 1784 : 170 ; Nysten, [1806]1814 : 329.
 8. Sur l'histoire des médicaments et sur la pharmacopée officielle de l'époque, voir en particulier : Dousset, 1985 : 1-211 ; Romieux, 1986 ; Estes, 1980 : 289-383.
 9. *La Gazette de Québec*, 14 janvier 1773.
 10. Les produits énumérés sont disponibles au Canada et ils ont été retracés dans les inventaires après décès de chirurgiens, les comptes médicaux et les factures de médicaments importés de France par l'Hôtel-Dieu de Québec. Il est à noter que les médicaments mentionnés ne forment qu'une petite partie des centaines de produits utilisés au Canada et ne sont énumérés qu'à titre d'exemples.
 11. ANQ-Q, P91/1, Jean-François Gaultier, *Histoire des Plantes du Canada, passim*.
 12. Le protoxyde d'azote n'est découvert qu'en 1772, l'éther sulfurique en 1792 et la morphine en 1806. Toutefois, on connaissait les narcotiques, les soporifiques, l'alcool ou le froid, mais leur usage était loin d'être régulier. Si certains praticiens croient qu'il est de leur devoir de combattre la douleur, d'autres, par contre, prétendent qu'elle est nécessaire et qu'elle participe au processus même de la guérison. Peter, 1993 : 7-66 ; Loudon, 1985 : 10-17 ; Demesy-Maurent, 1988 : 43-70.
 13. Gélis, 1988, 113-194. À La Rochelle, entre 1760 et 1789, des efforts sont faits pour promouvoir l'enseignement de l'obstétrique et des cours publics d'accouchement sont, notamment, offerts entre 1773 et 1776. Even, 1986 : 423-424 ; *La Gazette de Québec*, 30 décembre 1784 ; *La Gazette de Montréal*, 27 septembre 1787.
 14. *La Gazette de Québec*, 15 septembre 1768, 3 novembre 1768, 13 avril 1769, 11 mai 1769, 12 octobre 1769, 16 novembre 1769, 12 avril 1770, 6 décembre 1781, 25 décembre 1783 ; Tunis, 1984 : 174-176 ; Darmon, 1986 : 119-120 ; Reflections by Mr. James Fisher, 19 décembre 1786, ANC, RG 14, A 1 ; Registres du Parlement, Québec et Bas-Canada. *Registres divers du Conseil législatif*, 1760-1867.
 15. D'Allaire, 1971 : O'Reilly, 1882 ; *Memoire Concernant Le retablissement De Lhotel dieu de Quebec*, c. 1755, Archives du monastère de l'Hôtel-Dieu de Québec, Mémoires : Projets d'agrandissement et de rétablissement avant et après l'incendie de 1755, 1730-1758, T. 2, C. 96, n° 4.
 16. Sous l'influence du premier chirurgien du roi qui régent les différentes communautés, le pouvoir royal édicte des règles relatives à la formation et à l'examen des chirurgiens et des sages-femmes, à l'admission des nouveaux maîtres, au fonctionnement des communautés, aux prérogatives du premier chirurgien du roi et de ses lieutenants et aux droits et devoirs de chacun des membres du corps médical. Les statuts royaux des chirurgiens de Versailles sont promulgués le 28 février 1719, soit 20 ans après ceux de Paris. Par l'édit royal de septembre 1723, le roi confirme ces statuts et ordonne qu'ils soient observés par toutes les autres communautés qui en manquent, et ce, jusqu'à ce qu'elles en reçoivent de particuliers. Considérant que « la

différence des lieux dans les provinces exigeoit une différence dans les réglemens de Chirurgie », le roi édicte sept ans plus tard des statuts contenant 88 articles pour toutes les communautés du royaume qui n'en avaient pas de dûment homologués. Les statuts et réglemens pour les chirurgiens de province du 24 février 1730, enregistrés le 13 août 1731, qui visent à rejoindre tous les chirurgiens de province établis ou non en corps de communauté, « sans exception d'aucune province ny colonies », demeurent pendant les décennies qui suivent le code de lois fondamental des chirurgiens provinciaux français. Dans les faits, cet effort de standardisation des règles d'admission à la profession et du fonctionnement des communautés se heurte à des difficultés de diffusion et d'application.

17. À l'époque de Madry, de Demosny et de Baudouin, le lieutenant du premier chirurgien du roi était également chirurgien du roi ou chirurgien major et, avant 1697, la présence d'un médecin du roi se limite à Robert Giffard avant 1668 et à Jean de Bonamour entre 1669 et 1672. En fait, le retour de Michel Sarrazin dans la colonie en 1697 avec le titre de médecin et, à partir de 1700, de médecin des hôpitaux diminue le rayonnement du lieutenant du premier chirurgien du roi et des chirurgiens du roi. De même, le lieutenant du premier chirurgien du roi et le chirurgien du roi ou le chirurgien major à Québec sont dorénavant des personnes distinctes. Enfin, la réglementation du XVIII^e siècle va accorder une prépondérance sans cesse croissante aux chirurgiens et aux médecins dotés d'une commission du roi. Le prestige accolé à la fonction de lieutenant du premier chirurgien du roi et l'efficacité de son action s'en ressentent donc.
18. Lettre de Michel Bertier au ministre, 18 octobre 1736, Archives nationales (France), Fonds des Colonies, sous-série C11A, vol. 66, f. 135r.
19. Demesy-Maurent, 1988 : 51. L'Augustin Jean Rozet, apothicaire-chirurgien de Montmorillon au Poitou, visite des patients dans un rayon qui dépasse très rarement une vingtaine de kilomètres (Herault, 1993 : 72-77).
20. Ordonnance de Raudot concernant l'exercice de la chirurgie au Canada, 1^{er} juillet 1710, ANQ-Q, E1,S1, Ordonnances des intendants, Cahier n° 4, f. 68r.-68v. ; Ordonnance du gouverneur de La Jonquière et de l'intendant Bigot concernant l'exercice de la chirurgie au Canada, 12 juin 1750, ANQ-Q, E1,S1, Ordonnances des intendants, Cahier n° 38, f. 35r.-35v.
21. Acte ou ordonnance qui défend à qui que ce soit de pratiquer la médecine et la chirurgie dans la Province de Québec, ou la profession d'accoucheur dans les villes de Québec ou Montréal, sans permission, 30 avril 1788, dans « Ordonnances édictées pour la province de Québec par le gouverneur et le conseil de celle-ci, de 1768 à 1791 », dans Arthur Doughty, *Rapport concernant les travaux des Archives publiques pour les années 1914 et 1915*, Ottawa, J. de L. Taché, 1917, p. 224-225. Publiée aussi dans *La Gazette de Québec*, n° 1187, 15 mai 1788.

Bibliographie*

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

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

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

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

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

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

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

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

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