

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

L'institutionnalisation de la pédiatrie en milieu franco-montréalais
1880-1980
Les enjeux politiques, sociaux et biologiques

présentée par:

Rita Desjardins

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Yakov Rabkin, président

Othmar Keel, directeur de recherche

Jacques Bernier, examinateur externe

Georges Desrosiers, membre du jury

Bernard Doray, représentant du doyen

Thèse acceptée le 9 décembre 1998

SOMMAIRE

L'INSTITUTIONNALISATION DE LA PÉDIATRIE EN MILIEU FRANCO-MONTRÉALAIS 1880-1980 LES ENJEUX POLITIQUES, SOCIAUX ET BIOLOGIQUES

Cette étude rend compte de l'émergence de la pédiatrie en milieu franco-montréalais, de son institutionnalisation et de la professionnalisation des pédiatres. Pour une mise en cohérence, nous avons recours à des thèmes organisateurs qui placent successivement l'enfant entre les enjeux politiques, sociaux et biologiques qui recourent les trois divisions chronologiques retenues. Pour chacune des périodes, tant en médecine préventive que curative, nous relevons les stratégies d'intervention qui conduisent à la médicalisation de l'enfance et de l'adolescence.

Nous prenons en compte la découverte de l'enfance qui, faisant surgir un sentiment nouveau à son égard, met de l'avant de nouvelles valeurs qui se traduisent dans l'institutionnalisation des enfants abandonnés, premier terrain clinique offert à la pédiatrie. Ce faisant, nous soulignons les conditions du développement de la pédiatrie comme discipline médicale autonome au sein d'une institution pédiatrique qui favorise la constitution d'un savoir spécifique et lui permet de dégager son territoire. Enfin, nous suivons son évolution jusqu'à son éclatement au profit des spécialités qui transforment l'institution pédiatrique en un centre de traitements ultraspécialisés et en un centre de recherche pédiatrique. Globalement, nous plaçons notre travail en regard de l'évolution des sciences biologiques qui marque cet accomplissement. A travers cette évolution et pour mieux cerner le cadre conceptuel, nous prenons en considération les mouvements sociaux sur lesquels s'appuie la profession pour en débusquer les stratégies d'intervention, nous dégagons la spécificité du développement institutionnel franco-montréalais et nous faisons état de la contribution des pédiatres montréalais au développement de cette discipline, tant ici qu'à l'étranger.

La première phase qui s'écoule entre les années 1880-1920, correspond à l'émergence de la pédiatrie et à son individualisation comme discipline médicale. Elle se caractérise par la place de l'enfant au sein de l'enjeu politique. Confrontés à leur infériorité numérique dans la Confédération canadienne, les Canadiens français s'émeuvent du taux élevé de mortalité infantile qui émerge alors comme un problème politique. De leur côté, les médecins, déjà engagés dans la lutte pour leur reconnaissance professionnelle sont particulièrement soucieux d'étendre leur autorité culturelle. Cette convergence d'intérêts soutient la mise sur pied d'institutions pédiatriques et l'organisation d'oeuvres sociales privées en faveur de l'enfance. Cependant, l'appui de différentes associations féminines et du clergé devient nécessaire pour faire accepter à la population, la prise en charge de la santé des enfants jusque-là réservée à la mère. Nous faisons ressortir l'influence des groupes de pression dans l'élaboration des politiques de santé qui donnent lieu à un développement des structures administratives dans les services municipaux et à la fondation d'hôpitaux pédiatriques. La pédiatrie dont les frontières se confondent avec celles de l'hygiène et de l'obstétrique, tire son prestige de l'évolution des sciences biologiques et découpe son champ en s'appuyant principalement sur la bactériologie et la diététique.

La seconde phase qui s'étend des années 1920 à 1947, place l'enfant au coeur des enjeux sociaux. Elle se caractérise par l'intervention gouvernementale, l'expansion des services à l'enfance et le développement institutionnel de la pédiatrie. L'avènement de l'Assistance publique et l'essor de l'enseignement des sciences à l'Université de Montréal, constituent des étapes déterminantes pour l'avenir de l'Hôpital Sainte-Justine devenu une institution pédiatrique universitaire et pour le développement de la pédiatrie à Montréal. Cette période est marquée par l'inauguration d'une formation spécialisée qui conduit à la reconnaissance de la pédiatrie comme spécialité médicale. Au cours de cette période, nous faisons état des ruptures épistémologiques et nous interrogeons les

mesures élaborées qui logent à l'enseigne du conservatisme médical et social.

La dernière phase qui couvre les années 1947-1980, inscrit l'enfant dans les enjeux biologiques. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les gouvernements allouent des sommes importantes au développement institutionnel et technologique requis pour améliorer les soins de santé. Outre que la pédiatrie subit le bouleversement du régime démographique, les principales causes de la mortalité infantile passent sous contrôle. Les pédiatres se tournent alors vers la mortalité périnatale et, faisant entrer le fœtus dans le champ de la pédiatrie, ils inaugurent un centre mère-enfant. L'importance est alors accordée aux maladies congénitales et héréditaires qui cherchent leurs solutions du côté de la génétique tandis que le développement optimal de l'enfant prend le relais de la lutte à la mortalité infantile. La formation d'équipes multidisciplinaires hautement spécialisées permet d'aborder des problèmes jusque-là restés sans réponse. L'Hôpital Sainte-Justine se transforme en un lieu propice à la recherche et l'ouverture du centre de recherche en 1974 nous permet d'aborder les conditions de son émergence. La période se termine par une reconfiguration du système de santé mais aussi par l'Année internationale de l'enfant (1979).

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières	vi
Liste des tableaux	x
Liste des sigles et des abréviations	xiii
Remerciements	xiv
INTRODUCTION	1
1 ÉMERGENCE DE LA PÉDIATRIE 1880-1920	36
1.1 Révolutions biologiques et pédiatrie	36
1.1.1 De l'hygiénisme à la bactériologie	37
1.1.2 Chimie de la nutrition et pédiatrie	47
1.2 Enjeu politique et pédiatrie	52
1.2.1 Institutionnalisation de l'enfance	52
1.2.1.1 Du secours des pauvres au sauvetage de l'enfance	53
1.2.2 La professionnalisation des médecins	65
1.2.2.1 Le développement de l'hygiène à Montréal	71
1.2.2.2 L'hygiène scolaire	82
1.3 Hygiénisme et puériculture moderne	97
1.3.1 Les crèches à l'origine de la pédiatrie	107
1.3.2 Les gouttes de lait et la puériculture	127
1.4 Transmission des savoirs pédiatriques	148
1.4.1 La pédiatrie, discipline autonome	161

1.4.1.1	Hôpital Saint-Paul	164
1.4.1.2	Hôpital Sainte-Justine	166
Conclusion		171
2 DÉVELOPPEMENT DE LA PÉDIATRIE À MONTRÉAL 1920-1947		175
2.1 Enjeux sociaux et pédiatrie		176
2.1.1	Le programme social ou l'idéologie qui fait agir	179
2.1.2	L'eugénisme	190
2.2 Médecine préventive en pédiatrie		197
2.2.1	Le bien-être de l'enfance	198
2.2.2	De l'hygiène scolaire à la médicalisation du psychisme	201
2.2.2.1	L'hygiène mentale infantile	203
2.2.2.2	Scolarisation des enfants handicapés mentaux	206
2.2.3	L'Hôpital Sainte-Justine et la réadaptation	213
2.2.3.1	Les épileptiques	220
2.2.4	L'hygiène, entre la bactériologie et la diététique	225
2.2.4.1	Institut Bruchési, Camp David	225
2.2.4.2	Le vaccin B.C.G.	236
2.2.5	Hygiénisme et professionnalisation	246
2.2.5.1	Les Gouttes de lait	248
2.2.5.2	La vaccination	251
2.2.5.3	Le service social de l'Hôpital Sainte-Justine	254
2.2.6	Obstétrique et professionnalisation	259
2.2.6.1	Assistance maternelle	262
2.2.6.2	Obstétrique et pédiatrie	266
2.2.7	Idéologie et professionnalisation	277

2.3 Développement institutionnel de la pédiatrie	287
2.3.1 Les médecins et l'Assistance publique	288
2.3.2 Les crèches dans le développement de la pédiatrie	298
2.3.2.1 La Crèche d'Youville	299
2.3.2.2 La Crèche de la Miséricorde	307
2.3.3 L'Hôpital Sainte-Justine	311
2.3.3.1 Le travail médical	315
2.3.3.2 La chirurgie infantile	351
2.4 La transmission des savoirs pédiatriques 1920-1980	366
2.4.1 Les études pédiatriques	366
2.4.2 La spécialisation des pédiatres	377
2.4.2.1 Les associations de pédiatres	377
2.4.2.2 La certification des pédiatres	379
2.4.2.3 La formation spécialisée à l'Hôpital Sainte-Justine	383
2.4.2.4 L'enseignement spécialisé, une responsabilité universitaire	387
2.4.3 Du cours de perfectionnement à l'éducation continue	391
2.4.4 Rayonnement de la pédiatrie canadienne-française	394
Conclusion	397
3 L'ENFANT ENTRE LES ENJEUX BIOLOGIQUES 1947-1980	400
3.1 Nouvelle donne au lendemain de la guerre	400
3.1.1 Les objectifs nationaux	405
3.1.2 La crise médicale et la pédiatrie	406
3.1.3 Les enjeux biologiques	409
3.1.4 Vers une politique de recherche médicale au Québec	414

3.2 Redéfinition de l'hôpital pédiatrique	419
3.2.1 De l'hôpital pédiatrique au centre mère-enfant	428
3.2.1.1 Périnatalogie	430
3.2.1.2 Réorganisation de l'obstétrique-gynécologie	437
3.2.1.3 Génétique médicale et prévention en pédiatrie	445
3.2.2 La recherche clinique en médecine infantile	465
3.2.2.1 Le Centre de recherche de l'hôpital Sainte-Justine	473
3.2.2.2 Les disciplines pédiatriques et les cliniques spécialisées	479
3.2.2.3 Réadaptation des handicapés sensoriels	499
3.2.3 Les disciplines chirurgicales	506
3.2.3.1 L'anesthésie	506
3.2.3.2 La chirurgie thoracique	508
3.2.3.3 La chirurgie cardiaque	510
3.2.3.4 La neurochirurgie	516
3.2.4 La psychiatrie infantile	520
3.2.5 Centre de médecine de l'adolescence	529
3.2.6 Santé communautaire	532
Conclusion	534
Conclusion générale	538
Annexe I	547
Annexe II	556
Annexe III	557
Annexe IV	558
Bibliographie	559

x

Liste des tableaux

	Page
1-1 Naissances et mortalités à la Crèche de la Miséricorde 1889-1896	114
1-2 Relevé des admissions et des mortalités à la Crèche de la Miséricorde 1899-1908	123
1-3 Décès d'enfants dans les Crèches de l'Hôpital général et de la Miséricorde	127
2-1 Institut Bruchési, Clinique des enfants	229
2-2 Institut Bruchési, Clinique d'oto-rhino-laryngologie	230
2-3 Visites B.C.G., Hôpital Sainte-Justine	240
2-4 Visites du service social de l'Hôpital Sainte-Justine	257
2-5 Répartition de la clientèle du service d'obstétrique de l'Hôpital Sainte-Justine	271
2-6 Statistiques du service d'obstétrique de l'Hôpital Sainte-Justine	275
2-7 Situation familiale et financière de la clientèle de l'Hôpital Sainte-Justine	290
2-8 Consultations externes, Hôpital Sainte-Justine 1930-1939	296
2-9 Rémunération des médecins, Hôpital Sainte-Justine en 1936	297
2-10 Admissions, décès et séjour moyen, Hôpital Sainte-Justine	314
2-11 Répartition des enfants hospitalisés à l'Hôpital Sainte-Justine, selon leur sexe	315

Liste des tableaux (suite)

	Page
2-12 État des revenus et dépenses des laboratoires Hôpital Sainte-Justine	321
2-13 Interventions chirurgicales, service interne d'oto-rhino- laryngologie de l'Hôpital Sainte-Justine 1928-1946	327
2-14 Autopsies effectuées à l'Hôpital Sainte-Justine 1930-1949	354
2-15 Chirurgie, service interne, Hôpital Sainte-Justine	358
2-16 Interventions, service interne d'orthopédie Hôpital Sainte-Justine 1947-1961	361
2-17 Interventions en ophtalmologie, service interne Hôpital Sainte-Justine 1934-1946	362
2-18 Répartition des professeurs en pédiatrie	390
3-1 Avortements thérapeutiques par province de déclaration 1970-1976	403
3-2 Admissions à l'Hôpital Sainte-Justine 1957-1974	419
3-3 Interventions dans le service d'oto-rhino-laryngologie Hôpital Sainte-Justine 1948-1961	422
3-4 Mortalité infantile par groupe d'âge	429
3-5 Évolution du nombre des naissances Hôpital Sainte-Justine 1947-1981	444
3-6 Amniocentèses effectuées à l'Hôpital Sainte-Justine 1975-1979	454
3-7 Répartition des diagnostics des amniocentèses	454
3-8 Activités de recherche à l'Hôpital Sainte-Justine	471

Liste des tableaux (suite)

	Page
3-9 Interventions dans le service d'ophtalmologie Hôpital Sainte-Justine 1947-1962	500
3-10 Électrocardiogrammes exécutés dans le service interne Hôpital Sainte-Justine 1940-1962	512

Liste des sigles et abréviations

AHSJ	Archives de l'Hôpital Sainte-Justine
AMCHSJ	Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine
ANC	Archives nationales du Canada
ANQ	Archives nationales du Québec
AUM	Archives de l'Université de Montréal
CHPQ	Conseil d'hygiène de la province de Québec
CMCPQ	Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec
CRMC	Conseil des recherches médicales du Canada
DSC	Département de santé communautaire
EMCM	École de médecine et de chirurgie de Montréal
FNSJB	Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste
MAS	Ministère des Affaires sociales
PTG	Professeur plein temps géographique

REMERCIEMENTS

Au terme de ce long parcours, mes remerciements s'adressent à mon directeur, Monsieur Othmar Keel pour l'accueil qu'il a fait au projet que j'ai soumis, pour la souplesse avec laquelle il a guidé son orientation afin d'éviter les écueils, enfin, pour les réflexions suscitées au cours des échanges dans le cadre des séminaires sur l'histoire de la santé publique et de la médecine.

J'exprime ma gratitude à mon amie Jeannine Roussel qui a patiemment épuré le texte de ses erreurs et à Gilles mon mari, qui a soutenu mon projet jusqu'à en réaliser les nombreux remaniements et la présentation finale.

À Isabelle Bourgeois, un chaleureux merci pour l'amitié partagée tout au long de ce périple parcouru ensemble. Le réconfort de ses encouragements facilitait la traversée du désert et les échanges fructueux au plan intellectuel relançaient l'activité menacée d'abandon. Sa personnalité riche et attentive savait trouver les mots.

Les personnes mentionnées doivent trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Rita Desjardins

INTRODUCTION

L'intérêt à l'égard de l'enfant se façonne au cours des derniers siècles au gré des valeurs mises de l'avant par les classes dirigeantes; il se nourrit des courants philosophiques, de l'évolution socio-politique et du développement scientifique. Pour les historiens, l'enfant se retrouve tout naturellement au cœur de l'histoire de l'éducation, de celle de la famille et de la maternité; il apparaît plus discrètement au sein de l'histoire sur le corps espèce envisagé sous l'angle de sa reproduction, de sa croissance et du maintien de son économie. Pourtant l'avènement de la pédiatrie tient une place déterminante dans l'histoire de l'enfant et cette histoire demeure dans l'ombre même si les sciences biologiques ont, en partie du moins, réglé son développement. C'est cette histoire de la pédiatrie que nous avons tenté d'appréhender à travers l'histoire de la médecine, elle-même tributaire de l'histoire des sciences. Il nous fallait aussi prendre en considération les enjeux politiques et socio-économiques, facteurs essentiels à son essor et à son développement. Enfin, nous ne pouvions ignorer l'histoire culturelle parce que la puériculture, volet de la pédiatrie, s'applique à développer des comportements nouveaux dans le soin des enfants. Ces dimensions diverses inscrivent ce travail d'abord au sein de l'histoire de la médecine et de la santé, mais il trouve aussi sa place en périphérie de l'histoire sociale des enfants et des femmes. Au carrefour de ces domaines historiques, nous cernons les contours de la pédiatrie pour mieux situer son développement en milieu franco-montréalais.

Historiographie

L'histoire de la pédiatrie compte depuis peu quelques ouvrages de synthèse. Le volume de Abt-Garrison (1) a longtemps été le principal ouvrage de référence qui permettait de situer à l'échelle occidentale

1 Abt-Garrison. *History of Pediatrics*. Philadelphia & London, W.B. Saunders 1965

l'évolution chronologique de la pédiatrie, surtout quand il s'agissait d'attribuer la paternité d'une innovation ou d'en débusquer les nouvelles orientations. Plus récemment, Thomas Cone (2) s'acquitte bien de sa tâche pour les États-Unis, tandis que Pierre Huard et Robert Laplane (3) présentent des ouvrages de type encyclopédique, qui couvrent, dans une approche thématique, l'ensemble de la question, de l'Antiquité à l'époque contemporaine. Nichols, Ballabriga, et Kretchmer (4) publient les travaux des participants à l'atelier *Nestlé Nutrition* tenu en 1989, qui portent sur l'histoire de la pédiatrie.

Mais la mise en place des conditions intellectuelles nécessaires à l'émergence de la pédiatrie sont à rechercher du côté de l'histoire culturelle qui voit naître le sentiment de l'enfance. Ce sentiment s'inscrit dans la pensée conceptuelle de l'enfant qui se développe et s'exprime dans l'importance que la société lui accorde. Philippe Ariès (5), qui fait naître l'enfant comme sujet d'histoire, constate l'indifférence que lui témoignait la société et tente de saisir un sentiment nouveau à son égard, qui correspond à une conscience de la particularité enfantine. L'indifférence daterait d'avant l'époque classique car au cours du XVII^e siècle, l'enfance aurait été conçue comme un âge ayant ses caractères propres, alors qu'un nouveau sentiment familial s'organisait autour des enfants et de leur éducation. Ariès conclut à la découverte progressive de l'enfance au sein de l'aristocratie et de la bourgeoisie au cours du XVI^e et du XVII^e siècle, alors qu'elle aurait été plus tardive dans la société rurale. L'historien Daniel Teyssere (6), qui analyse les textes reliés à l'enfance dans l'*Encyclopédie*, diverge d'opinion. Il souligne le mépris de l'enfant dans la pensée classique et soutient que le XVIII^e siècle n'a pas

2 Thomas E. Cone. *History of American Pediatrics*. Boston, Little Brown 1979

3 Pierre Huard, Robert Laplane. *Histoire illustrée de la puériculture: aspects diététiques, socio-culturels et ethnologiques*. Paris, Dacosta 1979 et *Histoire illustrée de la pédiatrie*. Paris, Dacosta 1981-1983. 3 volumes

4 B. Nichols, A. Ballabriga, N. Kretchmer, (ed.) *History of Pediatrics 1850-1950*. New York, Raven Press 1991

5 Philippe Ariès, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris, Seuil 1973. Chapitre 2 "La découverte de l'enfance".

6 Daniel Teyssere, *Pédiatrie des Lumières*. Paris, Vrin 1982.

découvert l'enfant pour lui-même mais comme passé de l'adulte et cette découverte de l'enfance serait un effet de la prise de pouvoir de la science sur l'homme, plus précisément sur l'homme adulte. Teyssere constate que les auteurs, devant la maladie généralisée de l'enfant attribuée à un état de civilisation, optent pour l'individualisation du problème en confiant toute femme enceinte, tout enfant et tous ceux qui l'entourent à celui qui détient le pouvoir sur la maladie, c'est-à-dire le médecin. De son côté, Mercier (7) date du dernier quart du XVII^e siècle, la multiplication des ouvrages relatifs aux enfants. Pour lui, ce redoublement d'intérêt serait attribuable au développement de la démographie qui met en lumière la mortalité infantile devant laquelle surgit l'inquiétude des hommes politiques qui songent à ses conséquences sur l'avenir des grandes nations. Une campagne d'éducation du public est entreprise dès la fin du XVII^e siècle à peu près simultanément dans tous les pays d'Europe, avec l'aide du clergé et des médecins (8). Un tournant dans cette campagne est observé vers 1760, au moment où Louis XV engage les médecins à développer des ouvrages sur les causes des maladies des enfants, les moyens de les prévenir et les méthodes les plus efficaces de les guérir. De nouvelles théories médicales font alors leur apparition (9) et les écoles de médecine ont des chaires de maladies des femmes et des enfants. D'après Foucault (10), la formation de ce concept de l'enfance, coïncide avec la professionnalisation du médecin qui s'est faite sur fond d'une politique de santé, entre les années 1720 et 1800 et dont l'élément central est la famille médicalisée-médicalisante. Globalement, le sociologue Philippe Meyer (11) décèle dans l'importance accordée à l'enfant, le lent travail de l'État.

7 Roger Mercier. *L'enfant dans la société du XVIII^e siècle (Avant l'Émile)* Dakar, Université de Dakar 1961 p. 21

8 *ibid.*, p. 145

9 Jacques Gélis, Mireille Laget et Marie-France Morel. *Entrer dans la vie Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris, Gallimard/Juliard 1978, chapitre 3

10 Michel Foucault. *Les machines à guérir Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles, Mardaga 1979, pp 7-17.

11 Philippe Meyer, *L'enfant et la raison d'État*. Paris, Seuil 1977

Quelques auteurs choisissent d'observer l'enfant dans son milieu familial et portent leur attention sur le développement du sentiment maternel. Déjà au XVIII^e siècle, on se plaint de la décadence du sentiment familial, alors que le nombre des enfants trouvés recueillis dans les hôpitaux ne cesse d'augmenter (12). Malgré ce phénomène, Edward Shorter (13) situe la montée du sentiment maternel au sein de la transformation de la famille qui passe de la forme traditionnelle à la forme moderne et dans laquelle triomphe la vie privée ainsi que les valeurs de l'individualisme et de l'épanouissement de la personne. Il souligne que c'est autour de la relation mère-nourrisson que se forme la famille nucléaire. La sensibilité des adultes à l'égard de l'enfant aurait été un des facteurs de la restriction volontaire des naissances qui aurait fait son apparition chez les couples mariés au XVIII^e siècle. Gélis (14) voit dans l'attitude contraceptive, une valorisation de l'enfant et Flandrin (15) soutient que les couples mariés ont eu recours à la contraception pour préserver la vie des nourrissons, résultat d'une prise de conscience des devoirs implicites à la procréation et d'un sens plus grand des responsabilités envers les enfants. Pour sa part, Elisabeth Badinter (16) soutient que l'amour maternel n'est pas inné mais qu'il relève plutôt du déterminisme social; elle constate encore au XVIII^e siècle, des signes qui témoignent d'une indifférence persistante de la société à l'égard de l'enfant, signes qui montrent qu'il n'a pas acquis un statut vraiment significatif. Au nombre de ces signes, elle souligne l'insignifiance de l'enfant dans la littérature jusqu'au XVIII^e siècle; de plus, elle signale que l'enfant est souvent considéré comme un jouet, ou une machine dont on pourrait refaire le modèle grâce à la médecine et à l'éducation et, citant le médecin anglais Buchan, elle reconnaît cependant que dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle, une prise de conscience médicale de la spécificité de l'enfant s'affirme, bien que le docteur Verdier-Heurtin fasse en 1804,

12 Roger Mercier, *op. cit.*, p. 47 et suiv.

13 Edward Shorter, *Naissance de la famille moderne*. Paris, Seuil 1977, p. 29, 254

14 Gélis et al., *op.cit.*, p. 52

15 J.L. Flandrin, *Familles, parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société*, p. 229

16 Elisabeth Badinter, *L'Amour en plus Histoire de l'amour maternel XVII^e-XX^e siècle*. Paris, Flammarion 1980.

un bilan très négatif de la médecine infantile parce qu'on n'est pas encore persuadé que c'est une médecine différente de celle des autres âges (17). Elle situe dans le dernier tiers du XVIIIe siècle, une sorte de révolution des mentalités: l'image de la mère, de son rôle et de son comportement change radicalement, même si dans les faits, les comportements ont du mal à suivre (18). L'amour maternel fait alors figure de nouveau concept; on exalte l'amour maternel comme une valeur à la fois naturelle et sociale, favorable à l'espèce et à la société. Le nouvel impératif est la survie des enfants qui découle des préoccupations des physiocrates qui voient dans l'enfant une valeur marchande (19). Quant à Knibiehler et Fouquet (20), elles soulignent qu'au début du XIXe siècle, la science stigmatise le corps féminin, limite la femme à la reproduction et la condamne à la dépendance; le destin politique des femmes est de faire des enfants. Une chose demeure, le comportement de la famille moderne a contribué à alimenter les préoccupations populationnistes des gouvernements et les a incités, pour lutter contre la mortalité infantile, à développer une stratégie d'intervention médicale qui s'appuie sur la puériculture, et à mettre en place des politiques natalistes (21).

Dans l'ensemble, les auteurs reconnaissent la préoccupation croissante de la société à l'égard de l'enfant; pour les uns, elle est attribuée tantôt à l'éducation, tantôt à l'apparition de la famille nucléaire au sein de laquelle le sentiment maternel se serait développé; pour les autres, elle tient aux intérêts de l'État et à l'affirmation de ses pouvoirs. Ainsi, les politiques françaises à l'égard de l'enfance analysées par Catherine Rollet-Echalier (22) et Annick Parent (23) et les textes réunis

17 *ibid.* p. 71

18 *ibid.*, "Une nouvelle valeur: l'amour maternel", p. 137

19 *ibid.*, p. 145

20 Yvonne Knibiehler, Catherine Fouquet, *L'histoire des mères du Moyen-âge à nos jours*. Lausanne, Montalba 1980, p. 169

21 Catherine Rollet-Echalier, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*. France, Presses universitaires de France 1990

22 Catherine Rollet-Echalier, *op. cit.* chapitre VI

23 Annick Parent, *Cent ans d'action et de réflexion en faveur de l'enfance*. Paris, Union Française pour le sauvetage de l'enfance, 1988

par Cooter (24) pour l'Angleterre, révèlent des pans d'histoire relatifs à la pédiatrie. Et Armengaud (25) de constater, que le législateur s'est surtout affranchi de la vieille idée suivant laquelle son action devait s'arrêter au seuil du foyer maternel. Si les opinions demeurent partagées sur l'avènement du concept de l'enfant, il n'en demeure pas moins qu'il préside au développement des politiques à l'égard de l'enfance et par association, au développement de la pédiatrie.

Le mouvement socio-médical d'hygiène infantile américain se propulse au moyen d'idéologies scientifiques, selon Richard Meckel (26), qui souligne le défi majeur des pédiatres qui consiste dans la médicalisation de certaines activités traditionnellement réservées à la responsabilité maternelle. Ce lien entre la professionnalisation et la médicalisation, Goubert (27) en retrace les premiers signes dans la société française durant la deuxième moitié du XVIII^e siècle. Pour Goubert, cette "sainte alliance" du médecin et de la santé repose sur l'idée que les élites ont le devoir de prendre en charge tout le problème que pose la vie en société et sont ainsi appelées à gérer le capital humain. Et Olivier Faure (28) qui étudie les hospices civils de Lyon dans la première moitié du XIX^e siècle, remarque que cette médicalisation est plus le fait de mutations sociales que de révolutions techniques; le triomphe du capitalisme, de la morale et de la médecine moderne lui semble aller de pair.

Ces quelques exemples montrent que les auteurs qui se sont penchés sur l'histoire de l'enfant et des femmes ont contribué à mieux situer l'émergence de la pédiatrie. Cependant, si en abordant l'histoire de

24 Roger Cooter (ed.), *In the Name of the Child Health and Welfare, 1880-1940*. London & New York, Routledge 1992

25 André Armengaud, "L'attitude de la société à l'égard de l'enfant au XIX^e siècle" *Annales de démographie historique*, 1973 pp. 303-312

26 Richard A. Meckel, *Save the Babies American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality 1850-1929*. Baltimore & London, Johns Hopkins University Press 1990

27 Jean-Pierre Goubert, "La médicalisation de la société française, 1770-1830" *Historical Reflexions/Réflexions historiques* 9, 1&2, printemps-été 1982, pp. 3-13

28 Olivier Faure, *Genèse de l'hôpital moderne*, p. 181

la médecine, l'histoire sociale a mis en relief les stratégies de pouvoir socio-politique exercées par les médecins au nom d'une apparente objectivité et des connaissances scientifiques, elle a le plus souvent négligé de prendre en compte l'évolution conceptuelle qui l'accompagnait.

L'objet de notre étude, qui embrasse les aspects médico-sociaux, s'inscrit d'emblée dans un processus de professionnalisation lui-même commandé par une politique de santé d'où résulte la médicalisation. Aussi, la perception sociologique qui touche la profession médicale, nous est donnée par Eliot Freidson (29) qui s'inscrit dans une histoire révisionniste de la médecine. Il s'interroge sur le fonctionnement social, la dominance professionnelle du médecin et la nature spécifique de son autorité, le fonctionnement de l'hôpital, le droit de la médecine à régir les corps et les conséquences sociales de la médicalisation. Freidson fait une étude sociologique de la maladie. Il en distingue ce qui est physique de ce qui est social et analyse ensuite le diagnostic et le traitement. Après avoir étudié l'organisation sociale de la profession médicale, Freidson insiste sur la façon dont s'organise son monopole et son contrôle. Il souligne le caractère politique à l'origine de la prééminence de la médecine, dans la mesure où l'État contribue à la reconnaissance de la profession. Il démontre les conditions et les effets sociaux de la mentalité clinique des médecins; il scrute leur autonomie qui demeure la question centrale, et leur autorité. Le sociologue Paul Starr (30), cherche à comprendre sur quoi repose l'autorité culturelle des médecins. Il constate que les forces qui confèrent à la médecine son autorité sont à la fois externes et internes. D'une part dans une société qui s'urbanise, la division du travail et la perte du support sociétal ne font qu'accroître la dépendance de l'individu. Avec l'émergence de l'hôpital comme lieu de soins, le patient accroît sa dépendance à l'égard du médecin. Starr voit dans l'hôpital la forme institutionnalisée de cette dépendance. D'autre part la profession médicale gagne en cohésion et son autorité culturelle s'institutionnalise au fur et à mesure qu'elle s'insère dans un système

29 E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot 1984

30 Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Book 1982

d'éducation qui standardise les connaissances et définit le droit de pratique. L'autorité professionnelle bénéficie aussi du progrès de la science et de la technologie et il devient alors plus plausible de reconnaître aux médecins la compétence dont ils se réclament.

A l'échelle du Québec, l'histoire de la pédiatrie demeure un domaine peu défriché pour lequel il n'existe aucune étude de synthèse. Cependant, sous la plume du pédiatre De la Broquerie Fortier, nous retrouvons sous forme d'articles publiés dans les revues médicales (*L'Union médicale du Canada, Laval médical, La Vie médicale au Canada français*), une première histoire de la pédiatrie québécoise qui constitue un point de départ. Dans ces esquisses historiques, Fortier recense les oeuvres de protection infantile qui marquent les grandes étapes du développement institutionnel. Il consacre également quelques articles à l'histoire de l'enseignement de la pédiatrie à Québec et fait l'historique de la société de pédiatrie canadienne. Dans *Au service de l'enfance*, il porte une attention particulière au fonctionnement des gouttes de lait à Québec. Ces textes descriptifs fournissent certains repères certes, mais tendent à servir l'image de la profession.

Par ailleurs, des histoires institutionnelles touchant les enfants abandonnés se retrouvent dans les travaux de Soeur Colette s.g., *L'oeuvre des enfants trouvés 1745-1946* (1948) et de Soeur S. Blandine s.m., *L'organisation d'une institution avec service social spécialisé* (1946). Ces auteures présentent des renseignements utiles dans un récit idéalisé qui banalise des pratiques sociales de contrôle. Par ailleurs, le réseau institutionnel d'oeuvres sociales mis en place au XIXe siècle sous l'influence du clergé, nous est présenté par Huguette Lapointe-Roy dans *Charité bien ordonnée. Le premier réseau de lutte contre la pauvreté à Montréal au 19e siècle* (1989). Récemment, sous la direction de Marie-Paule Malouin, *L'univers des enfants en difficulté au Québec entre 1940 et 1960* (1996) aborde les rapports entre l'Église et l'État et le climat qui présidait à l'évolution des institutions destinées aux enfants marginaux.

Rooke et Schnell dans *Discarding the Asylum* (31), analysent le concept de l'enfance du point de vue de la dépendance, de la séparation, de la protection et de la responsabilité déléguée dans le milieu anglo-protestant au Canada. Elles constatent qu'au moment où le concept de l'enfance s'intègre à l'idéologie de la classe moyenne en Amérique du Nord, la famille était perçue comme une gardienne inadéquate. Le sentiment de l'enfance inspire alors aux sociétés féminines bénévoles, la nécessité du sauvetage de l'enfance. Les auteures prennent en considération les services sociaux et non les services médicaux.

Pour les historiens qui abordent l'étude du système de santé au Québec, l'évolution de la profession médicale devient un détour obligé; ainsi en est-il pour Guérard (32) Lemieux (33) et Keating et Keel (34) qui inscrivent cette évolution dans celle du système de santé. Les récits de Leblond (35) et les articles publiés dans l'*Union médicale* par Édouard Desjardins apportent un complément d'information. Mais l'étude de la profession médicale est surtout redevable aux travaux de Gilles Dussault, *La profession médicale au Québec 1941-1971* (1974), de Jacques Bernier *La médecine au Québec Naissance et évolution d'une profession* (1989) et de Michelle Comeau (36) qui en ont fait leur principal sujet.

Jacques Bernier aborde la mise en place de la profession médicale au Québec pour la période allant de 1788 à 1909. Il relève les circonstances qui ont permis le développement de la profession médicale et situe dans le contexte socio-politique l'avènement de la loi qui érige en corporation autonome le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-

31 Rooke, Patricia T., R.L. Schnell, *Discarding the Asylum. From Child Rescue to the Welfare State in English-Canada (1800-1950)*. Lanham, New York, London, University Press of America 1983

32 F. Guérard. *Histoire de la santé au Québec*. Québec, Boréal 1996

33 V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger. *Le système de santé au Québec Organisations, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval 1994

34 P. Keating, O. Keel. *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*. Québec, Boréal 1995

35 Sylvio Leblond. *Médecine et médecins d'autrefois Pratiques traditionnelles et portraits québécois*. Québec, PUL 1986

36 Michelle Comeau, *Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française de 1930 à 1950*. M.A. (histoire) UQAM 1989

Canada en 1847. Le processus de professionnalisation enclenché, le Collège verra à l'expansion de son pouvoir finalement inscrit dans la loi médicale de 1909. L'ouvrage analyse l'origine de l'autorité médicale. Pour une période plus tardive, Dussault postule que le système de distribution des soins de santé n'est pas le fruit d'une simple évolution "naturelle" faite au gré de l'évolution des connaissances médicales et des besoins de la population mais qu'il est le résultat des interactions de groupes spécifiques: groupes médicaux, consommateurs de soins et l'État. Il reconnaît que l'action des médecins est soutenue par des rationalisations et des justifications mises en forme dans le discours médical dont l'analyse permet d'interpréter des stratégies. Dussault décèle une rupture dans le discours professionnel au moment de la naissance des syndicats des médecins, dans leur position face à l'État, tout en conservant un fonds idéologique commun. C'est autour du droit des médecins à définir les règles du jeu en matière de distribution des soins, que se construit leur idéologie professionnelle; ils demeurent toujours attachés à des valeurs d'autonomie du praticien et d'autorité sur les autres travailleurs de la santé. Cette cohésion idéologique renforce leur autorité culturelle et pèse lourd dans leurs négociations avec l'État. Louise Brodeur, dans *Les débuts de la gynécologie au Québec (1880-1920)*, analyse les conditions propices au développement d'une spécialité médicale en milieu franco-montréalais, qu'elle inscrit dans le désir des médecins d'encadrer la fonction de reproduction. Elle conclut qu'à la fin du XIXe siècle, la création d'un service de gynécologie à l'Hôpital Notre-Dame participe au projet social de la communauté médicale ayant pour but de régénérer la population par l'éducation des femmes à l'hygiène, à leur rôle de génitrice et à celui de mère. Ainsi, pour répondre à des préoccupations populationnistes, les médecins invoquent le rôle social de la gynécologie pour justifier leur intervention et consolider la profession. Quant à l'histoire de l'enseignement dans les facultés de médecine, elle a été réalisée par Charles Marie Boissonneau pour l'Université Laval et par Denis Goulet pour l'Université de Montréal. Dans le cadre du centenaire de la faculté de médecine, Goulet dans *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal 1843-1993*, retrace le

développement de l'enseignement médical qui doit s'adapter à des conditions nouvelles de transmission des savoirs, aux conditions de pratiques médicales qu'exige la médecine hospitalière et au développement scientifique qui englobe la recherche. Il relève les luttes de privilèges et de prestige qui ont marqué la naissance de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il souligne avec la délicatesse qui s'impose, l'inertie de la faculté face à l'adoption de méthodes modernes qui sont le plus souvent l'initiative d'individus ou le résultat de pressions externes (subventions conditionnelles), et surtout la suffisance des dirigeants de la faculté qui poursuivent le rêve d'un hôpital universitaire qui n'a jamais abouti, non sans y avoir englouti des sommes importantes. Le refus obstiné à l'autocritique a longtemps marqué le développement de la faculté. Ces ouvrages, axés sur le développement de la profession médicale et sur l'enseignement théorique et clinique, situent dans l'ensemble assez bien, l'évolution du cadre professionnel et académique.

L'histoire de la pédiatrie englobant la puériculture, ne peut contourner l'histoire de la santé publique qui la situe dans un contexte plus large. Ce sujet bénéficie des études récentes qui ont comblé un domaine peu étudié jusqu'à tout récemment. Il revient à Claudine Pierre-Deschênes (37) d'avoir fait ressortir le lien tissé entre l'action réformatrice dans le domaine de la santé publique et l'organisation de la profession médicale. Elle démontre que les médecins utilisent l'hygiène à leur avancement professionnel, en proposant au nom de la science, leurs "prétentions réformatrices". Deschênes adhère à la pensée de Michel Foucault et reconnaît dans l'hygiénisme un projet posé à l'échelle de l'État, d'où naît un bio-pouvoir auquel participent les médecins. Dans cette technique générale de santé au service de l'État, elle décèle la volonté de régir le potentiel biologique des populations et de contrôler la reproduction de l'espèce afin d'en rentabiliser la production économique. Ainsi, les objectifs de la théorie sanitaire visaient à constituer un fonds

37 Claudine Pierre Deschênes. *La tuberculose au Québec au début du XXe siècle Problème social et réponse réformatrice*. M.A. (histoire) UQAM 1980 et "Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918". *RHAF* 35, 3, décembre 1981, pp. 355-375

génétique sain, à favoriser la reproduction d'une force de travail en santé et à diminuer les tensions sociales. Elle conclut que l'action réformiste s'inscrivait dans une perspective de conservation du système qui contribuait à renforcer les inégalités sociales qu'elle prétendait aplanir, en accentuant le pouvoir de certains groupes sociaux. L'influence de Foucault se fait également sentir dans l'interprétation récente des développements de la médecine canadienne. Theresa Richardson dans *The Century of the Child The Mental Hygiene Movement & Social Policy in the United States & Canada*, voit dans le développement de l'hygiène mentale, un instrument de pouvoir qui organise, explique, légitimise les relations interdépendantes des dirigeants sociaux (38). Les sphères où s'exerce l'hygiène mentale, les cours de justice, les cliniques et les classes spécialisées, servent de structures où les règles sont mises en force ou intégrées. Elle met en exergue les relations de réciprocité qui s'établissent entre les réformateurs de la santé publique, les médecins et les philanthropes, bénéficiaires du capitalisme. Elle aborde les concepts de normalité et d'anormalité dans le développement psychologique de l'enfant. Angus McLaren dans *Our Own Master Race Eugenics in Canada*, fait l'histoire de l'eugénisme au Canada, qu'il lie au développement de la profession médicale. Se référant à Foucault, il constate que les eugénistes utilisent la peur de la maladie comme moyen de contrôle social et pour préconiser une approche rationnelle de la reproduction (39). Il constate que les tenants de l'eugénisme ne se contentent pas d'une approche négative en empêchant les anormaux de se reproduire mais revendiquent l'éducation sexuelle dans les écoles et cherchent à intervenir dans la reproduction des "normaux" (chapitre 4) en faisant passer la sexualité sous le contrôle des experts.

Terry Copp aborde dans *Classe ouvrière et pauvreté Les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929* (1978), les conditions sociales et les activités sanitaires qui se répercutent sur l'état de santé. Il conclut à l'absence de volonté politique au sein de

38 T. Richardson, *The Century of the Child*, p. 187

39 A. McLaren, *Our Own Master Race*, p. 68

l'administration municipale et à l'inefficacité du Bureau de santé. Quant à Martin Tétreault (40), il choisit d'évaluer l'état de santé des Montréalais par le biais des causes de mortalité recueillies dans les rapports statistiques du bureau de santé de la ville de Montréal. À l'exemple des pays du monde occidental, il constate une baisse de la mortalité à Montréal pendant la période 1880-1914, et observe une diminution marquée de la mortalité par maladies contagieuses à l'exception de celle causée par les maladies diarrhéiques qui affectent surtout les jeunes enfants. Ce déclin de la mortalité, il l'attribue à une amélioration des conditions sanitaires générales au tournant du siècle, mais souligne l'inégalité sociale devant la mort. Authier (41) étudie les causes de la mortalité infantile et les moyens mis en oeuvre pour la contrer. Ce travail épouse d'assez près le discours médical de l'époque tout en comportant une collecte de statistiques officielles regroupées dans des tableaux qui permettent d'illustrer l'évolution d'une situation à l'origine même du développement de la pédiatrie. L'auteur présente les taux de mortalité infantile et de natalité pour la province de Québec et Montréal et confirme que le Québec occupe le premier rang pour la mortalité infantile jusqu'à la fin des années 1960 et que la baisse de la natalité s'impose au moment de la crise économique avant de connaître une remontée bientôt suivie d'une chute rapide. Peter Ward (42) prend en compte pour la période comprise entre 1850 et 1930, des relevés relatifs aux poids des nouveau-nés faits dans cinq villes dont Montréal, qu'il met en regard des conditions économiques et sociales présentes dans chacune des villes étudiées. Ces relevés faits dans les maternités permettaient d'établir des critères de prématurité et d'élaborer des politiques sociales à l'égard des femmes enceintes. Ce travail met en relief l'importance des facteurs socio-économiques et plus particulièrement celui de la nutrition, dans la

40 Martin Tétreault. *L'état de santé des Montréalais de 1880 à 1914*. M.A. (histoire) Université de Montréal 1979; "Les maladies de la misère Aspects de la santé publique à Montréal 1880-1914", *RHAF* 36, 4, 1983

41 Alain Authier, *La lutte contre la mortalité infantile au Québec de 1900 à 1970*. Faculté de médecine, Université de Montréal, 1992

42 Peter Ward, *Birth Weight and Economic Growth* Chicago, The University of Chicago Press 1993

naissance d'enfants robustes susceptibles de mieux traverser les premiers moments de la vie.

Un ouvrage de synthèse est en cours et porte sur le système de santé publique au Québec; des rapports d'étapes analysent la mise en place des structures administratives et l'évolution des services jusqu'à une période récente. Les textes de Farley, Keel, Limoges (43), tout en retraçant la naissance d'une politique de santé, soulignent le rôle des groupes de pression dans l'affermissement de l'autorité culturelle des médecins. Ce travail était bientôt suivi de celui de Desrosiers, Gaumer, Keel et Déziel (44) qui est d'autant plus pertinent pour nous, que le service de santé montréalais développait une division de l'hygiène de l'enfance qui coopérait avec les institutions pédiatriques existantes. Avec *La santé publique au Québec Histoire des unités sanitaires de comtés 1926-1975* (45), les auteurs présentent une étude socio-historique des unités sanitaires; ils en décrivent les structures et les activités, analysent les comportements des principaux acteurs et tentent d'expliquer les choix des décideurs et leur impact sur l'évolution des mentalités. Benoit Gaumer (46) consacre sa thèse à l'histoire du service de santé de la ville de Montréal; il analyse la structure administrative déployée au sein de l'administration municipale pour appliquer les politiques de santé décrétées par les autorités publiques. Il évoque l'état d'insalubrité de la ville de Montréal au tournant du siècle au moment où la pédiatrie entreprend la lutte à la mortalité infantile. Il décrit les mesures sanitaires instaurées souvent dans la controverse politique et démontre l'influence des groupes de pression auprès des législateurs. La compilation des statistiques recueillies pendant un siècle et leur analyse permettent de

43 M. Farley, O. Keel, C. Limoges, "Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique 1865-1885", *HSTC Bulletin* 20, 1982, pp. 24-46; 20, 1982, pp. 85-109

44 G. Desrosiers, B. Gaumer, O. Keel, C. Déziel, "Le service de santé de Montréal de l'établissement au démantèlement 1865-1975", *Cahiers du centre de recherches historiques*, 12, avril 1994, pp. 131-158.

45 G. Desrosiers, B. Gaumer, O. Keel. *La santé publique au Québec Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975*. Montréal, PUM 1998

46 B. Gaumer, *Le service de santé de la ville de Montréal de la mise sur pied au démantèlement 1865-1975*, Ph.D. Sciences humaines appliquées, Université de Montréal 1996

dégager des profils d'évolution des maladies à la lumière de l'introduction de pratiques nouvelles. Le volet sur les maladies contagieuses qui touchent particulièrement les enfants, traduit leur importance et leur régression. Il démontre la contribution du service de santé montréalais dans l'amélioration de l'état de santé des citoyens. L'auteur indique en annexe I et II la tendance de la mortalité à Montréal entre 1871 et 1971 et la régression de la mortalité infantile entre 1910 et 1950. Michael Bliss dans *Plague A Story of Smallpox in Montreal* (1991), tente de saisir à travers la chronique et l'anecdote, les différents conflits politiques et culturels qui se superposent et s'entrechoquent à la faveur d'un événement comme celui de l'épidémie de variole en 1885.

À côté de cette histoire de la santé publique, l'histoire hospitalière a connu ici un enrichissement avec les ouvrages de Normand Perron, *Un siècle de vie hospitalière au Québec Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1994* (1984), celui de François Rousseau, *La croix et le scalpel Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, et celui de Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980* (1993). Ces histoires inscrites dans leur contexte social, culturel et scientifique, mettent l'accent sur la médicalisation des établissements de soins pour répondre aux exigences de l'enseignement professionnel, marqué d'un déplacement de la pratique médicale. D'autre part, la multiplication des dispensaires dans ces établissements, rendait plus accessibles les soins médicaux et contribuait à la médicalisation de la population. Le mémoire de Marie-Josée Fleury (47), outre qu'il enrichit l'histoire institutionnelle, constitue un apport précieux à l'histoire de la pédiatrie, dans le secteur circonscrit aux maladies contagieuses, puisque la clientèle de cet hôpital se composait majoritairement d'enfants. Notre mémoire intitulé *Hôpital Sainte-Justine, Montréal Québec (1907-1921)* rappelle le contexte de la mise en place de cette institution pédiatrique affiliée à l'Université Laval à Montréal dès 1914, pour répondre aux besoins de l'enseignement de la pédiatrie. Dans

47 M.J. Fleury, *L'hôpital Saint-Paul (1905-1934) et sa contribution à la lutte contre les maladies contagieuses* M.A. (histoire) Université de Montréal 1993

un autre ordre d'idées, Aline Charles rend compte de l'émergence du mouvement des femmes dans *Travail d'ombre et de lumière* (1990), et fait l'analyse du bénévolat féminin à l'Hôpital Sainte-Justine. Il faut aussi compter pour le secteur anglophone, les ouvrages des pédiatres Jessie Boyd Scriver, *The Montreal Children's Hospital* (1979) et Alton Goldbloom, *Small Patient The Autobiography of a Children's Doctor*, (1959) qui apportent un complément à l'histoire de la pédiatrie montréalaise.

L'histoire des femmes dont Lavigne et Pinard (48) signent le bilan historiographique, soulève les rapports entre les femmes et les médecins. Bien que souvent perçu comme l'instrument d'un combat idéologique, cette histoire n'en a pas moins mis en évidence des rapports de domination basés sur des savoirs pas toujours éprouvés et la participation des médecins pour cantonner les femmes dans des fonctions de reproduction. Paule Brière dans *La pensée féministe sur la maternité* (49) rappelle que le culte de la maternité amorcé dans la lancée du rousseauisme, correspond à une transformation profonde des structures sociales, économiques et idéologiques. Le discours qui entoure cette glorification de la maternité est dénoncé au cours des années 1950-1970 par un courant féministe qui y voit un facteur central de l'aliénation des femmes. Carole Dion dans *La femme et la santé de la famille au Québec 1890-1914* (1984) rappelle que dans l'esprit des hygiénistes, la réforme de la société reposait sur la théorie sanitaire, basée sur la régénération des forces vives de la société. Elle reconnaît l'appui des féministes chrétiennes à la croisade sanitaire qui soutient la mission maternelle des femmes vouées à la famille et souligne le rôle des médecins dans la définition de la place de la femme dans la société. A la faveur du discours sur la maternité conçue comme une fonction sociale et

48 Marie Lavigne, Yolande Pinard, *Travailleuses et féministes. Les femmes dans la société québécoise*. Montréal, Boréal Express 1983. Les pages 7 à 60 font le bilan historiographique
49 Paule Brière, *La pensée féministe sur la maternité*. M. Sc. (anthropologie), Université de Montréal 1987

politique, France Laurendeau (50) voit se dessiner le transfert de l'accouchement en milieu hospitalier et la montée des obstétriciens. Cependant, elle croit hasardeux d'imputer le crédit de la baisse de la mortalité maternelle et périnatale à l'hospitalisation des femmes et à l'utilisation de nouvelles techniques obstétricales sans considérer les facteurs démographiques, sociaux et environnementaux. Marie-Josée Blais qui étudie *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec entre 1930 et 1960*, affirme pourtant que l'hospitalisation des femmes en couches s'impose par ses services, son personnel spécialisé, sa technologie et ses équipements. Elle aborde le sujet par l'opinion des femmes recueillie au moyen de l'enquête, une méthode qui tient peu compte des stratégies de la professionnalisation. Cette stratégie était pourtant présente chez les médecins qui décidaient du sort des sages-femmes qu'ils s'appliquaient à éliminer, comme le rapporte Hélène Laforce dans *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec* (1985). Andrée Lévesque, dans *La norme et les déviantes* (1989) cerne le discours normatif sur la maternité alimenté par le discours médical de l'entre-deux-guerres. Les comportements traduisent des rapports de domination qui deviennent une affaire de classes. Elle porte une attention au sort réservé aux mères célibataires à l'Hôpital de la Miséricorde.

La démographie historique retrace des éléments de l'histoire de la pédiatrie en milieu franco-montréalais à travers des travaux qui tiennent particulièrement compte de la mortalité infantile et des actions mises en oeuvre pour la diminuer. Robert (51) a montré que pour le XIXe siècle, à Montréal, la courbe de la mortalité suivait celle de la natalité avant 1850, ces courbes s'éloignent par la suite. L'analyse de cette mortalité indique un fort taux de mortalité infantile qui a retenu l'attention dans les années 1860. Cette forte mortalité infantile serait donc responsable du taux élevé de mortalité constaté à Montréal. Parmi les facteurs en cause, Robert a

50 France Laurendeau, "La médicalisation de l'accouchement" *Recherches sociographiques* 24, 2, 1983, p. 203-234

51 Jean-Claude Robert, "The City of Wealth and Death: Urban Mortality in Montreal, 1821-1871" dans *Essays in the History of Canadian Medicine*, pp. 18-38.

retenu l'importance du taux de mortalité chez les enfants illégitimes confiés aux religieuses; ces enfants étaient reçus le plus souvent dans un état de santé très précaire. Par contre, la mortalité élevée chez les Canadiens-français maintenue tout au long de la période étudiée, soit de 1821 à 1871, permet à l'auteur d'exclure l'industrialisation au nombre des facteurs responsables tout autant que l'immigration comme certain milieu voulait le croire à l'époque. L'auteur n'explique pas cependant que l'immigration massive n'était pas sans créer des pressions importantes sur une société récemment urbanisée et dont les infrastructures étaient peu adéquates; de plus une abondante main-d'oeuvre créait des pressions à la baisse sur les salaires qui finalement alimentaient la pauvreté. L'auteur a retenu cependant que cette mortalité était particulièrement élevée dans les quartiers défavorisés et coïncidait avec les périodes estivales. Il souligne que la prise de conscience à l'égard de la mortalité infantile survenait au moment où s'engageait le mouvement en faveur de la santé publique (52). Une étude de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIXe siècle, (53) rejette l'hypothèse voulant que les écarts enregistrés au niveau des coefficients de survie soient attribuables aux classes sociales et à l'environnement et suggère de considérer des habitudes culturelles différentes.

La pédiatrie, se situe au carrefour de plusieurs domaines historiques et suppose un survol des champs de l'histoire sociale et politique qui permet de combiner les approches. A la lumière des études ci-haut présentées, notre histoire de la pédiatrie tient compte des étapes qui marquent son émergence, son institutionnalisation et son développement et retrace les conditions et les stratégies qui les accompagnent. Elle trouve sa place à l'entrecroisement de l'activité scientifique et des processus socio-politiques et idéologiques qui l'entourent et cherche sa spécificité du côté des acteurs et de leurs choix socio-politiques, des modes d'intervention, des options retenues, et des

52 *ibid.*, p. 34

53 Olson, Sherry et al., "Dimensions sociales de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIXe siècle", *Annales de démographie historique* EHESS, Paris 1989, pp. 299-325

écoles de pensée qui révèlent les influences. Elle veut aussi apporter des éléments d'explication à la surmortalité des enfants canadiens français. L'esprit critique qu'elle suggère évitera peut-être que l'on subisse le pouvoir au nom du savoir, les sciences par leur nature, n'étant pas neutres et indiscutables.

Présentation du sujet

A travers les événements qui se conjuguent pour donner naissance à la pédiatrie et par la suite à son développement en milieu franco-montréalais, nous situons successivement la pédiatrie au cœur des enjeux politiques, sociaux et biologiques, trois phases qui prennent en considération le développement des oeuvres d'assistance à l'enfance qui participent à sa médicalisation, le développement de l'institution pédiatrique comme dispensatrice de soins et la constitution d'un savoir en pédiatrie et sa transmission au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

La première phase qui s'écoule entre les années 1880-1920, correspond à l'émergence de la pédiatrie et se caractérise par la place de l'enfant au cœur de l'enjeu politique. Les événements politiques rendent les élites canadiennes-françaises particulièrement sensibles à leur poids démographique et elles s'émeuvent devant le taux élevé de mortalité infantile; cette dernière émerge alors comme un problème politique. Encore une fois confrontés à leur infériorité numérique dans la Confédération canadienne, les Canadiens-français mettent de l'avant un certain nombre de mesures afin d'accroître leur population. De leur côté, les médecins déjà engagés dans la lutte pour leur reconnaissance professionnelle, sont particulièrement soucieux d'étendre leur autorité culturelle. Cette convergence d'intérêt soutient la mise sur pied d'institutions pédiatriques et l'organisation d'oeuvres sociales privées en faveur de l'enfance.

Le cheminement intellectuel qui favorise la mise en institution des enfants dans la seconde moitié du XIXe siècle et plus particulièrement l'interruption de la mise en nourrice des enfants abandonnés et la création de crèches avec l'appui du clergé à la fin du siècle à Montréal, permet de franchir une étape importante dans la construction du savoir en pédiatrie. Cette dernière se voit offrir à la fois le terrain d'observation nécessaire à l'acquisition de connaissances sur le développement biologique de l'enfant et le matériel clinique dont elle a besoin pour développer une nouvelle expertise. A cet ensemble de conditions s'ajoutent des motivations idéologiques dont s'accompagnent souvent les pratiques médico-sociales. L'appui de différentes associations féminines et du clergé devient alors nécessaire aux médecins pour faire accepter à la population la prise en charge de la santé des enfants qui jusque-là relève de la mère. Ainsi, le mouvement féministe qui cherche par l'action sociale à s'imposer dans la sphère publique, soutient la pédiatrie à travers ses oeuvres affiliées et par sa propagande auprès des femmes qu'il cherche à responsabiliser à l'égard de la santé de la famille en conformité aux avis des médecins.

Nous faisons ressortir l'importance et l'influence des groupes de pression dans l'élaboration des politiques de santé qui donnent lieu à un développement des structures administratives dans les services municipaux et à la fondation d'un hôpital pédiatrique, l'Hôpital Sainte-Justine. La pédiatrie, dont les frontières se confondent avec celles de l'hygiène et de l'obstétrique, tire alors son prestige de l'évolution des sciences biologiques et découpe son champ en s'appuyant principalement sur la bactériologie et la diététique. Cette période est marquée par l'individualisation de la pédiatrie comme discipline médicale au sein de la faculté de médecine.

La seconde phase qui s'étend des années 1920 à 1947, place l'enfant au coeur des enjeux sociaux. Cette période se caractérise par l'intervention gouvernementale, l'expansion des services à l'enfance et le

développement institutionnel de la pédiatrie. Cette période est aussi marquée par les revendications des médecins.

L'intervention gouvernementale se fait sentir au lendemain de la Première Guerre mondiale quand le gouvernement fédéral met sur pied un ministère de la santé ayant une division du bien-être de l'enfance. Parallèlement, une politique de santé mieux définie s'élabore au sein du Service provincial d'hygiène et les oeuvres d'assistance privées mieux coordonnées, reçoivent des subventions gouvernementales par le biais de l'Assistance publique. De plus, les débuts des années vingt constituent une période charnière tant dans le milieu hospitalier montréalais, avec l'avènement de l'Assistance publique que dans le milieu universitaire, avec la création de l'Université de Montréal et l'essor de l'enseignement des sciences. Période combien déterminante pour l'avenir de l'Hôpital Sainte-Justine devenu une institution pédiatrique universitaire et pour le développement de la pédiatrie à Montréal.

A la lutte contre la mortalité infantile s'ajoute en corollaire, celle contre la mortalité maternelle, alors que la lutte à la tuberculose s'intensifie. Au même moment, l'hôpital pédiatrique connaît une élévation de ses standards professionnels, une expansion et une multiplication de ses services et amorce timidement des activités de recherche.

L'essor de la pédiatrie bénéficie de divers mouvements sociaux dont l'activisme des militants prend pour objet tantôt les enfants malades, tantôt les enfants handicapés physiques ou mentaux. Même si le mouvement eugéniste rencontre un accueil prudent chez les franco-montréalais, ses préoccupations poussent à la ségrégation des handicapés qui, ainsi regroupés, entrent dans le champ de la médecine en retenant l'attention des médecins qui s'intéressent bientôt à la réadaptation et à l'éducation spécialisée; la pédiatrie intègre alors la dimension psychique de l'enfant. Les médecins qui joignent ces mouvements sociaux, participent à des stratégies d'intervention

favorables au développement de la pédiatrie et à l'expansion de son territoire.

A côté des stratégies d'intervention, la nécessité d'une formation scientifique se fait sentir pour assurer à la pédiatrie sa reconnaissance comme spécialité médicale. Un programme de formation spécialisée en pédiatrie est alors inauguré. Au cours de cette période, nous faisons état des ruptures épistémologiques relevant des écoles de pensée, et nous interrogeons les mesures élaborées, qui logent à l'enseigne du conservatisme médical et social.

La dernière phase qui couvre les années 1947-1980, inscrit l'enfant au coeur des enjeux biologiques. La fin de la Seconde Guerre mondiale présente des conditions nouvelles qui obligent à réviser la définition de la santé à l'échelle internationale. Les gouvernements allouent des sommes importantes aux soins de santé qui assurent le développement institutionnel et technologique nécessaire à l'intervention médicale, qui jouit d'un épanouissement sans précédent. L'avènement de l'Assurance-hospitalisation et de l'Assurance-maladie concrétise l'accès universel aux soins de santé et traduit un choix de société qui lui fait considérer la santé comme une priorité à laquelle elle accepte de consacrer des sommes importantes. Ce choix devient la résultante des effets psychologiques des progrès scientifiques et techniques et du système socio-économique. Au niveau scientifique, cette période est marquée par l'accès au fœtus et l'intégration de l'obstétrique, par le développement de la psychiatrie infantile et par l'ouverture d'un secteur consacré à la médecine de l'adolescence. Au même moment, la pédiatrie franco-montréalaise contribue par l'exportation de son savoir, à l'organisation de la discipline dans des pays en voie de développement.

Outre que la pédiatrie subit le bouleversement du régime démographique, les principales causes de la mortalité infantile passent sous contrôle. Les pédiatres se tournent alors vers la mortalité périnatale demeurée relativement élevée, faisant entrer le fœtus dans le champ de

la pédiatrie. Une importance sans précédent est alors accordée aux maladies congénitales et héréditaires qui cherchent leurs solutions du côté de la génétique. Le développement optimal du potentiel de l'enfant prend alors le relais de la lutte à la mortalité infantile.

Cette période débute par une restructuration de l'enseignement médical, une élévation de ses standards académiques et la formation de spécialistes officiellement reconnus et sanctionnés par la profession. L'évolution des sciences biologiques jointe au développement technologique assurent le développement de la recherche clinique qui est soutenue financièrement par des organismes privés voués à la solution médicale de problèmes spécifiques. Ces organismes favorisent le regroupement des malades et leur apportent le soutien technique dont ils ont besoin; ils dépassent parfois le rôle de soutien à la recherche pour agir sur une politique de recherche. Ils favorisent le développement des surspécialités qui s'engagent dans la recherche fondamentale et s'organisent de plus en plus autour d'une entité clinique. Avec une approche multidisciplinaire, s'ouvre l'ère des cliniques spécialisées où l'on aborde des problèmes biologiques complexes. Simultanément, on assiste à la formation d'équipes hautement spécialisées qui se consacrent à la chirurgie de pointe, afin de résoudre des problèmes jusque-là restés sans réponse. La pédiatrie éclate alors au profit des surspécialités et l'apparition de nouveaux secteurs contribue à transformer l'Hôpital Sainte-Justine en un lieu de plus en plus spécialisé faisant appel à une technologie hautement sophistiquée, propice à la recherche.

Soutenue financièrement par les organismes gouvernementaux, la recherche médicale se structure et la communauté des chercheurs manifeste sa vitalité au sein du Club de recherches cliniques. L'importance accordée à la recherche à l'Hôpital Sainte-Justine devient telle qu'elle se concrétise dans la création d'un Centre de recherche en 1974 dont nous étudions les conditions d'émergence. La période se termine par une reconfiguration du système de santé mais aussi par

l'Année internationale de l'enfant (1979) qui entame un long processus de consultation qui mène à la Convention de l'Organisation des Nations-Unies sur les droits de l'enfant, adoptée en 1989.

A travers ces différentes étapes du développement de la pédiatrie, nous retraçons les motifs qui orientent et animent les intervenants, les stratégies d'intervention mises en oeuvre et le développement scientifique qui sert de point d'appui. De la mise en relief de la spécificité de la pédiatrie franco-montréalaise largement tributaire de l'influence de la pédiatrie française mais subissant quand même l'influence de la pédiatrie américaine, il se dégage une singularité qu'il convient de faire connaître.

Problématique

La pédiatrie ne peut naître sans l'émergence de la pensée conceptuelle de l'enfant qui s'inscrit dans une nouvelle sensibilité à son égard et qui conduit à son individualisation sociale et biologique. Les préoccupations démographiques des États qui prennent en compte le nombre de leurs sujets, font surgir, dans la différenciation des âges traduite par le raffinement de la statistique, le problème de la mortalité infantile. Cette dernière devient alors un problème politique et constitue l'élément mobilisateur. Par ailleurs, le développement des sciences biologiques au cours du XIXe siècle fait apparaître de plus en plus clairement que l'enfant ne peut être considéré comme un adulte en réduction mais qu'il doit être abordé comme un être en croissance ayant ses particularités. L'enfant présente alors un intérêt biologique. Ces conditions posées, la profession médicale doit de son côté, avoir obtenu un statut social tel qu'elle puisse saisir la conjoncture pour imposer son autorité dans la solution de problèmes de santé. Le regroupement associatif des médecins leur donne la possibilité de jouer d'influence comme membres d'un corps reconnu.

Situer la pédiatrie en milieu franco-montréalais, c'est poser le problème des conditions qui permettent son individualisation comme discipline médicale d'abord, puis sa constitution comme spécialité médicale, ensuite. Nous avons retenu une approche intégrée du socio-politique et du scientifique parce que la pédiatrie est une discipline médicale complexe, inséparable du contexte dans lequel elle voit le jour, et qui se développe dans le conflit des théories au sein d'une communauté médicale soumise tantôt à des idéaux communs, tantôt à des antagonismes, y compris ceux de personnalité. Notre cadre d'analyse se limite à la pédiatrie franco-montréalaise qui tient compte de la médecine préventive et curative et de l'enseignement à la fois hospitalier et facultaire qui assure la formation spécialisée; enfin, le volet de la recherche pédiatrique est abordé. La période étudiée couvre un siècle pendant lequel la pédiatrie s'individualise pour connaître un important développement avant sa fragmentation au profit des surspécialités pédiatriques.

Nous inscrivons notre démarche dans un processus de professionnalisation par lequel les médecins cherchent à s'imposer auprès de la population. En s'appuyant sur les préoccupations populationnistes, ils réussissent à convaincre les autorités qu'ils détiennent la solution scientifique à la mortalité infantile ce qui conduit à la prise en charge des crèches et à la fondation d'institutions d'hygiène infantile, de dispensaires spécialisés et d'hôpitaux pédiatriques. La pédiatrie participe à son tour au développement de la profession médicale qui réalise la médicalisation de l'enfant, phénomène qui repose sur une stratégie d'intervention faisant appel à l'autorité.

A la problématique "évolutionniste" du retard déjà réfutée par l'ouvrage collectif *Sciences et médecine au Québec Perspectives socio-historique* (54) qui démontre son inadéquation à rendre compte de l'histoire des sciences et de la médecine au Québec, nous soumettons

une histoire de la pédiatrie à laquelle concourent les concepts, les préoccupations socio-politiques, les institutions et les pratiques scientifiques qui ensemble, marquent son évolution et son développement. Pour y arriver, il nous a fallu élucider les conditions de possibilité de la constitution de la pédiatrie en milieu franco-montréalais et saisir la doctrine cohérente à laquelle adhéraient ceux qui s'engageaient dans la lutte contre la mortalité infantile. Il fallait aussi cerner le processus de son institutionnalisation pour en découvrir son orientation et son développement. Enfin, le regard posé sur la formation culturelle des intervenants, fournit des éléments d'explication des choix retenus, des résistances et des intérêts qui se confortent, pour discerner sa rationalité propre.

Fondement de l'analyse

Ce travail est mis en regard de thèmes sur lesquels philosophes, historiens et sociologues se sont déjà penchés: l'affirmation de l'autorité culturelle des médecins et leur professionnalisation qui se traduisent dans le processus de médicalisation de l'enfance. Des thèmes qui se recoupent et se combinent pour nourrir notre réflexion et nous permettre d'aborder l'étude de la pédiatrie dans le milieu franco-montréalais avec un regard différent de celui retenu par l'histoire traditionnelle de la pédiatrie. Cette approche socio-historique incorpore le développement scientifique sur lequel s'appuie la pédiatrie pour constituer son territoire.

Devant l'autorité culturelle consentie aux médecins dans notre société moderne et dont la portée s'étend à tous les domaines de la vie, la question de son origine et du mécanisme de son déploiement se pose. La perception philosophique du bio-pouvoir nous est donnée par Michel Foucault qui a réussi à isoler et à conceptualiser la manière dont le corps est devenu l'une des composantes essentielles des rapports de pouvoir dans la société moderne. Il a vu l'alliance puissante entre pouvoir et savoir qui prend appui sur le corps et qu'il considère comme un

mécanisme général de pouvoir de la plus grande importance pour la société occidentale. Il nous tend un fil conducteur.

Foucault (55) voit en germe dès le XVII^e siècle, les éléments qui conduiront graduellement vers l'épanouissement d'un bio-pouvoir. C'est l'époque où le droit de mort du souverain se donne comme complémentaire un pouvoir qui s'exerce sur la vie et qui prend deux formes. Le premier pôle est centré sur le corps comme machine: son dressage, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion de ses forces, la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité, son intégration à des contrôles efficaces et économiques, le tout assuré par les disciplines du corps. Le contrôle disciplinaire et le façonnement des corps dociles sont incontestablement liés à la montée du capitalisme dans lequel l'accumulation du capital grâce aux changements économiques et l'accumulation du pouvoir grâce aux changements politiques, ne peuvent être dissociés, expliquent Dreyfus et Rabinow, exégètes de Foucault (56). Le deuxième pôle qui se forme vers le milieu du XVIII^e siècle, est centré sur le corps espèce, le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques: la fécondité, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de la vie; leur prise en charge s'opère par une série de contrôles régulateurs: une biopolitique de la population. Foucault voit surgir dans tous les pays d'Europe, une politique de santé au cours du XVIII^e siècle, au croisement d'une nouvelle économie de l'assistance et d'une gestion du corps social dans sa matérialité et jusque dans les phénomènes biologiques propres à une "population" (57). Il souligne qu'au problème du nombre des enfants, se greffe celui de l'enfance, c'est-à-dire leur survie jusqu'à l'âge adulte, les conditions physiques et économiques de cette survie, les investissements nécessaires et suffisants pour que cette période de

55 Michel Foucault. *Histoire de la sexualité 1 La volonté de savoir*. Paris, Gallimard 1976, chapitre 5

56 Hubert Dreyfus, Michel Rabinow, *Michel Foucault Un parcours philosophique*. Paris, Gallimard 1984, p. 197

57 Michel Foucault. *Les machines à guérir Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles, Mardaga 1979, p. 10

développement devienne utile. En somme, il apparaît nécessaire de gérer cet âge de la vie.

Pouvoir et savoir ne sont pas liés l'un à l'autre par le seul jeu des intérêts ou des idéologies, ils ont été liés à la mise en place d'un pouvoir politique dont ils étaient à la fois l'effet et l'instrument. Selon Foucault, aucun savoir ne se forme sans un système de communication, d'enregistrement, d'accumulation, de déplacement qui est en lui-même une forme de pouvoir et qui est lié, dans son existence et son fonctionnement aux autres formes de pouvoir. Aucun pouvoir ne s'exerce sans l'extraction, l'appropriation, la distribution ou la retenue d'un savoir. Foucault (58) ajoute: la mesure, l'enquête et l'examen ont été dans leur formation historique à la fois des moyens d'exercer le pouvoir, et des règles d'établissement du savoir. La mesure, c'est un moyen d'établir ou de rétablir l'ordre, l'ordre juste, dans le combat des hommes ou des éléments; c'est aussi la matrice du savoir mathématique et physique. L'enquête est un moyen de restituer les faits, les événements, les droits; c'est aussi la matrice des savoirs empiriques et des sciences de la nature. L'examen, c'est le moyen de fixer la norme, le partage, la qualification, l'exclusion; c'est aussi la matrice de toutes les sciences de l'homme.

Dans ces conditions, le savoir ne paraît pas séparable du projet politique qu'il contribue à réaliser. Et si le savoir s'installe au coeur de la politique, c'est aussi qu'il ne peut plus se passer de l'État pour répondre à ses demandes. Cette alliance, même soumise aux valeurs et aux idéologies qui entraînent des fluctuations dans son fonctionnement, n'est pas moins responsable de la médicalisation de la société.

Méthodologie pratique. Trois modèles explicatifs de la formation des spécialités médicales.

En opposition au modèle de croissance naturelle qui tient de la rhétorique évolutionniste qui voit dans la formation des spécialités médicales la conséquence inévitable de l'accumulation des connaissances et du progrès scientifique, modèle retenu par l'historiographie traditionnelle, Gritzer et Artuke (59) appliquent au développement de la physiothérapie américaine, le modèle économique du marché. Ils étendent au domaine de la santé les rapports marchands engendrés par le développement du capitalisme industriel. Non pas les rapports d'un marché libre cependant mais ceux d'un marché régi par un organisme, auquel l'État consent le privilège de l'accréditation et vers qui il se tourne le cas échéant, pour répondre à des besoins précis, ici, la réadaptation des soldats. La spécialité médicale constitue alors une offre de services organisée par des médecins qui partagent un intérêt et une expertise particulière, en réponse aux besoins d'un groupe d'individus. De cette pratique, les connaissances se développent et les médecins recherchent l'accréditation et partant l'élimination de la concurrence et la subordination des professions paramédicales qui se sont développées simultanément. Les auteurs analysent les conflits internes et externes de la spécialité en termes d'intérêt, de compétition, de clientèle, d'ouverture de nouveaux marchés. Ces paramètres fournissent des outils d'analyse qui ne sont pas dénués de réalisme particulièrement après la Seconde Guerre mondiale; cependant, le domaine de la santé est loin d'être strictement marchand. Mais il se dégage que le découpage des territoires de la médecine apparaît en redéfinition constante et la course au statut professionnel dépend du dynamisme des membres et de leur habileté à se positionner auprès des organismes d'accréditation. Le modèle du marché appliqué à la pédiatrie nous apparaît une approche simplificatrice. Elle ne saurait expliquer l'évolution des mentalités qui fait accepter les transformations du mode de vie liées à la prévention de la

59 Glenn Gritzer, Arnold Artuke, *The Making of Rehabilitation: A Political Economy of Medical Specialization 1890-1980*

maladie que l'on retrouve dans l'avènement de la pédiatrie. Nous verrons que les services de pédiatrie se développent largement dans un contexte d'assistance qui échappe aux rapports marchands et que les services de prévention ne s'imposent pas d'emblée et ne répondent pas toujours à la demande, surtout avant la Seconde Guerre mondiale. Il convient d'accorder plus d'importance aux facteurs culturels pour expliquer l'évolution des mentalités.

Le modèle explicatif de la formation d'une spécialité médicale, l'ophtalmologie, proposé par George Rosen (60) retient à l'origine, l'intérêt suscité par l'ophtalmie purulente passablement répandue qui invalidait les individus atteints. Le problème ainsi ciblé, requérait des hôpitaux où des praticiens et des étudiants développaient le modèle clinique qui faisait évoluer les connaissances médicales par le regroupement de malades présentant une pathologie oculaire similaire. Les médecins pouvaient ainsi démontrer la valeur d'un champ de pratique. Rosen soutient que la spécialisation serait le résultat d'une conception nouvelle de la maladie, résultat de la pathologie locale, et accorde une importance toute particulière à l'innovation technologique dans la spécialisation, en l'occurrence, l'ophtalmoscope. Mais ce modèle retient aussi les causes sociales qui favorisent la spécialisation. Rosen identifie d'abord le milieu urbain qui, par la densité de sa population, présente d'une part, une incidence de morbidité élevée et d'autre part, favorise la segmentation des fonctions et est susceptible de procurer un statut économique plus élevé au médecin. Ensuite vient le transport qui permet les rapprochements et la transmission de la technologie. Enfin le contact avec l'étranger soutient l'émulation.

Le modèle culturel développé par Davidson (61) retient les facteurs mis de l'avant par Rosen, mais prend en compte des facteurs

60 George Rosen, *The Specialization of Medicine*, Arno Press and the New York Times, New York, 1972, p. 23, 30

61 Luke Davidson, "Identities Ascertained: British Ophthalmology in the First Half of the Nineteenth Century", *Social History of Medicine* 9, 3, 1996, pp. 313-333. Davidson constate toutefois que

culturels qui se présentent en Grande-Bretagne du début du XIXe siècle, au moment où l'ophtalmologie s'apprête à se constituer en spécialité médicale. Davidson reconnaît que l'élément déclencheur, en l'occurrence l'ophtalmie qui immobilise l'armée britannique pendant la campagne d'Égypte, a un impact à la fois politique et, dans une perspective utilitariste, économique, qui plaide en faveur du développement des connaissances médicales en vue de la guérison. Les médecins engagés dans la spécialisation doivent cependant surmonter les obstacles intrinsèques à la culture médicale quant à la délimitation des frontières et à l'opposition à la spécialisation. Davidson met l'accent sur les composantes culturelles du développement de l'ophtalmologie qui apparaît au moment où des philanthropes sensibilisés à l'importance de la vision comme source de connaissance, héritage de la psychologie philosophique et du discours de la théologie naturelle, s'intéressent à l'éducation des aveugles. Il rappelle la signification de l'oeil dans la culture anglaise et la rhétorique utilisée qui contribue à légitimer le nouvel intérêt des médecins qui se traduit dans des publications sur le sujet. Il souligne également la connotation morale dont était porteuse l'ophtalmie mise en relation avec une maladie vénérienne répandue chez les militaires, et la construction de l'identité médicale et de l'autorité. Enfin, Davidson perçoit la fragilité du processus de spécialisation qui doit être décrit en termes d'équilibre relatif au sein d'une culture de médecine générale.

La pédiatrie, à la différence de certaines autres spécialités médicales, repose sur le découpage des âges et comporte un volet préventif et curatif. On ne peut donc lui appliquer intégralement des modèles de développement des spécialités médicales qui reposent sur d'autres critères. Aussi, partant des trois modèles ci-haut mentionnés, nous élaborons le modèle suivant, gardant à l'esprit que la pédiatrie se définit en fonction de l'âge du malade, s'adresse à l'individu en croissance et regroupe les spécialités médicales qui s'y rapportent. De

la spécialisation précède l'usage de l'ophtalmoscope qui devient un outil de diagnostic entre les années 1870-1880.

plus, la pédiatrie présente la particularité de s'adresser aux enfants sains dans son volet préventif, la puériculture, et aux enfants malades dans son volet curatif. Elle est donc largement tributaire des politiques de santé élaborées par les dirigeants politiques.

La mise en place des conditions intellectuelles renvoie à la formation du concept de l'enfant qui s'élabore à partir du XVI^e siècle et se précise quand l'État-nation fait du nombre de ses sujets, une richesse nationale. Les préoccupations populationnistes qui en résultent, suscitent le développement de la démographie qui met en relief la mortalité infantile qui devient l'élément mobilisateur chez les médecins déjà engagés dans le processus de professionnalisation.

Dans une communauté d'intérêt, les pédiatres établissent des alliances avec le clergé et les féministes chrétiennes pour s'imposer à la population. La pédiatrie est ainsi construite par le discours qui lui donne sa cohérence, sa continuité et ses lieux communs. Elle touche au mode de vie, aux attitudes maternelles et ne peut faire abstraction des idéologies véhiculées pour renforcer certains comportements en particulier l'exaltation du rôle maternel.

La pédiatrie trouve ses outils institutionnels dans l'ouverture de dispensaires, dans la création de crèches, de consultations de nourrissons et dans la fondation d'hôpitaux pédiatriques qui pourvoient aux soins et aux traitements des enfants malades. Ces lieux fournissent le terrain d'apprentissage et d'expérimentation qui favorise l'élaboration et la transmission des connaissances. Les pédiatres découpent leur champ d'exercice aux dépens de l'hygiène et de l'obstétrique et constituent un corpus de connaissances qui s'appuie sur les sciences biologiques pour assurer l'autonomie de la discipline. Ils entrent donc en concurrence avec d'autres disciplines médicales. Ils s'assurent de la reconnaissance sociale par le biais des sociétés professionnelles et la spécialité s'établit par la pratique, le curriculum formalisé et la certification.

Par ailleurs, la pédiatrie bénéficie de l'intervention financière de l'État qui, à travers ses structures administratives, définit les politiques de santé infantile qui lui sont favorables. C'est au sein de l'hôpital pédiatrique que se développent d'abord la recherche clinique, puis la recherche fondamentale. Dans ce nouveau contexte, la pédiatrie se fragmente au profit des surspécialités au sein desquelles apparaît clairement l'importance de l'innovation technologique. Le pédiatre est graduellement cantonné dans le rôle de consultant.

Le modèle retenu accorde une place importante aux principaux acteurs dont le talent, la ténacité et l'intérêt scientifique font surgir des institutions où se déploient les activités qui assurent la constitution de la pédiatrie comme spécialité médicale.

Hypothèse

A l'origine, la pédiatrie s'organise comme spécialité médicale pour combattre la mortalité infantile. Par sa capacité d'affirmer son autorité culturelle, elle dégage un champ d'exercice où elle développe une expertise qui lui assure la reconnaissance comme spécialité médicale, officiellement sanctionnée en 1947 par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Peu après, elle voit le territoire sur lequel elle s'est déployée, s'effriter au profit des surspécialités médicales. Créée dans le sillage de la lutte à la mortalité infantile passée sous contrôle après la Seconde Guerre mondiale, elle est à la recherche d'un champ d'exercice spécifique. La rupture qu'elle connaît dans son évolution affecte son autorité et son autonomie. Le pédiatre qui se taillait une place dans les soins de première ligne et occupait le champ de la puériculture, se voit aujourd'hui proposer le rôle de consultant. Le développement d'une spécialité médicale apparaît donc en redéfinition constante et l'étendue de son champ de pratique fluctue en fonction du développement des autres disciplines et des circonstances qui l'entourent. Il répond à une dynamique tant externe qu'interne à la profession. Le développement

d'une spécialité médicale ne peut être considéré comme le fruit du seul développement des connaissances médicales pas plus qu'il ne saurait être attribué aux seuls processus sociaux. Certaines conditions échappent au contrôle de la profession et elle ne peut en diriger seule l'évolution. Bref, le développement d'une spécialité médicale ne dépend pas que de facteurs professionnels ou de professionnalisation, d'autres niveaux interviennent dont les concepts, les pratiques, les développements scientifiques et les comportements socio-culturels.

Sources

Nous retraçons le développement de la pédiatrie en milieu franco-montréalais particulièrement au sein de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et de l'hôpital pédiatrique qui lui est affilié, l'Hôpital Sainte-Justine. Une part importante de ce travail s'appuie sur les archives manuscrites et imprimées de l'Hôpital Sainte-Justine, sur celles de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et dans une moindre mesure, sur celles de l'Archevêché de Montréal et des Soeurs de Miséricorde. Nous avons puisé également aux Archives nationales du Québec et du Canada. Ces archives renseignent à la fois sur le personnel, le mode de gestion et l'évolution de l'organisation médicale.

La documentation officielle produite par les institutions tant publiques que privées, constitue une source documentaire importante pour retracer la chronologie des événements. Plus particulièrement les rapports annuels, renseignent sur le personnel, la clientèle, les services existants et sur l'implantation de nouvelles activités. Ils présentent des données quantitatives qui commandent une interprétation. Nous avons également consulté des mémoires soumis au gouvernement par les hôpitaux pédiatriques et les travaux présentés par des médecins participants à des comités d'études, des colloques et des congrès. Nous avons consulté des rapports de commissions d'enquête et des services de santé de la ville de Montréal qui sont à l'origine des politiques de

santé. Cependant, nous trouvons inutile de reprendre la compilation des statistiques du Bureau de santé sur les maladies contagieuses et la mortalité infantile et maternelle, puisque ce travail avait déjà été réalisé par le Bureau de santé et publié en 1944 (62) et d'une façon plus complète dans la thèse de Benoit Gaumer et l'étude d'Alain Authier.

Nous avons dépouillé avec attention les *Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine* qui témoignent de l'intérêt scientifique qui animait les premiers pédiatres francophones et les premiers spécialistes de médecine infantile. Elles lèvent le voile sur leur perception de la réalité, leur mode d'intervention et leur point de vue. Elles permettent de suivre l'évolution des savoirs et la transformation des pratiques médicales. Nous avons également puisé dans *L'Union médicale du Canada*, principal outil de diffusion des études et des réflexions scientifiques des médecins canadiens-français, les données relatives au développement de la discipline.

Le discours médical est documenté par les revues médicales ou scientifiques qui souvent débordent les pages des publications scientifiques et font découvrir le jeu des principaux acteurs. Même s'il est souvent légitimé par la professionnalisation et qu'il faut se méfier de lui donner valeur d'explication, il apporte à tout le moins, des éclaircissements sur les opinions défendues. Nous y avons également recherché la position idéologique des intervenants, l'état de leur connaissance, leur contribution au domaine scientifique et leur implication sociale et professionnelle. Nous avons consulté les manuels écrits par les personnes préoccupées de pédiatrie et également des spicilèges et documents conservés dans les collections Chagnon et Parizeau de la Bibliothèque des Lettres et Sciences humaines de l'Université de Montréal. Les journaux demeurent une source alternative qui permet de confronter les politiques avec la pratique.

1. Émergence de la pédiatrie 1880-1920

Cette période d'émergence de la pédiatrie en milieu franco-montréalais est placée sous le signe des transformations scientifiques et socio-politiques; les premières réfèrent à l'hygiénisme et à la révolution pastoriennne ainsi qu'au développement de la physiologie et de la biochimie, les causes de la mortalité infantile étant majoritairement attribuées aux maladies infectieuses et aux troubles de la nutrition; les secondes concernent surtout l'action réformiste, la professionnalisation des médecins et le développement de la médecine qui intègre les sciences biologiques. L'accent est mis sur le caractère opérationnel de la science moderne qui fait de son discours théorique un discours politique et nous tentons de démontrer comment les fins de la science en arrivent à s'identifier à celles de la société, pour disposer de l'appui de l'État. Enfin, nous établissons les liens qui unissent les préoccupations politico-sociales et le développement du savoir pédiatrique qui se concrétisent dans la mise sur pied d'institutions pédiatriques. Au-delà de la réponse médico-sociale à cette préoccupation nouvelle face à l'enfant et la maladie, apparaît une discipline médicale nouvelle: la pédiatrie.

1.1 Révolutions biologiques et pédiatrie.

Les découvertes scientifiques en biologie connaissent une accélération à la fin de XIXe siècle, particulièrement en microbiologie et en biochimie. Des hommes de sciences comme Pasteur, Bernard, Behring, Kítasato et Eijkman élaboraient des concepts biologiques nouveaux qui révélaient la complexité de l'organisation du monde vivant. Ces découvertes montraient au plan théorique, à la fois l'unicité et la variabilité des phénomènes biologiques; elles touchaient quelques chercheurs. Mais en intégrant la médecine dans leur application, elles s'adressaient à l'ensemble de la population tant en hygiène publique que

privée; elles touchaient au mode de vie, à l'éducation et annonçaient les changements de rapport de l'homme avec les médecins. Ainsi, les pédiatres trouvaient dans ces nouveaux savoirs les axes de développement de la pédiatrie moderne qui allaient conditionner les pratiques pédiatriques.

A des degrés divers, ces nouveaux concepts semaient la confusion et rencontraient la résistance. Chez les praticiens de la santé, ils ébranlaient des convictions qui se traduisaient à certains moments, par un chevauchement des théories médicales. Dans la population, ils commandaient un bouleversement des habitudes et se heurtaient à des préjugés ou à des enseignements déjà reçus. Cette confusion et cette résistance expliquent en partie seulement, le décalage entre la découverte scientifique et son application pratique, car il nous faut aussi tenir compte des personnes dont l'intérêt et la formation permettaient la réception de ce savoir, du niveau de complexité des méthodes utilisées pour les rendre accessibles et du degré de développement des organismes qui pouvaient en assurer la gestion et la diffusion sur une large échelle.

1.1.1 De l'hygiénisme à la bactériologie.

Plus que le simple résultat de l'industrialisation et de l'urbanisation, l'intérêt pour la santé publique et l'hygiène personnelle découlait d'une réorientation des bases philosophiques et sociales de la médecine occidentale (1). Au temps de la médecine hippocratique et galénique, le médecin jouait le rôle de conseiller-philosophe et la théorie des humeurs à laquelle il adhérerait, reposait sur l'harmonie de l'homme libre avec la nature sur laquelle ce dernier exerçait un certain contrôle. Dans cet esprit, la santé était définie comme intrinsèquement personnelle et la

1 Caroline Hannaway "From Private Hygiene to Public Health: A Transformation in Western Medicine in the Eighteenth and Nineteenth Centuries" in Lloyd G. Stevenson (ed.) *A Celebration of Medical History*. Baltimore 1982, pp. 108-128

médecine avait un caractère préventif. Si la médecine préventive peut prétendre avoir ses racines dans l'hippocratisme, retenons surtout le rôle éducateur du médecin dont l'enseignement s'articulait avec une certaine vision du monde qu'il partageait avec ses contemporains.

Au XVIII^e siècle, les interventions des médecins en médecine infantile prenaient un virage et se traduisaient par des conseils en matière de puériculture qui rompaient avec la tradition; ils avaient une portée générale bien qu'ils touchaient surtout l'hygiène individuelle (2). Les médecins façonnaient une nouvelle conception du bien-être et de la maladie et développaient une nouvelle stratégie d'intervention médicale. Ils formulaient des préceptes qu'ils voulaient voir appliquer par tous. Cette nouvelle conception se doublait d'un intérêt face à l'enfant. Et pendant ce temps, les philosophes cherchaient à trouver dans la nature de quoi étayer le fondement des pratiques de leur société.

Poursuivant ses réflexions morales dans *Supplément au voyage de Bougainville* en 1772, Diderot (3) constatait que le peuple tahitien demeuré près de l'ordre naturel, privilégiait l'intérêt à tout autre sentiment et cet intérêt lui faisait sentir le prix de l'enfant nouveau-né et l'importance de la population. Chez ce peuple, un enfant signifiait un accroissement de fortune, une force pour la nation; c'était des bras, des mains de plus (4). La préoccupation à l'égard de l'enfant et son intérêt économique pour l'État étaient-ils inscrits dans l'ordre naturel et produits hors de la conscience de l'homme où répondaient-ils plutôt à une évolution socio-politique? Devenu source de richesse, l'enfant nourrissait le concept de population qui se formait graduellement à partir de cette perception économique de l'homme; il prenait sa place au sein des interrogations démographiques.

2 J. Gélis. M. Laget, M-F. Morel, *Entrer dans la vie Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris, Gallimard/Julliard 1978, chapitre 3

3 Denis Diderot, *Supplément au voyage de Bougainville Pensées philosophiques Lettre sur les aveugles*. Paris, Garnier/Flammarion 1972 p. 173. Bougainville effectuait son tour du monde sur *La Boudeuse* en 1766-1769.

4 *ibid.*, p. 161

Avec le développement de l'État-nation et la centralisation du pouvoir qui l'accompagnait, le médecin devenait conseiller du législateur, alors que la santé et le bien-être des peuples préoccupaient les administrateurs des politiques mercantiliste et caméraliste (5). Foucault a reconnu que la médecine comme technique générale de santé prenait une place de plus en plus importante dans les structures administratives et dans cette "machinerie de pouvoir" qui s'affirmait au XVIIIe siècle (6). D'affaire privée qu'elle était, la santé et son dérèglement, la maladie, devenaient affaire publique et ainsi promues à un nouveau statut, elles retenaient l'attention des hygiénistes.

Faut-il rappeler qu'au même moment, la médecine qui tentait de prendre son rang au sein des sciences expérimentales, en était à renouveler ses méthodes? Ces dernières lui ont d'ailleurs permis de s'implanter dans les hôpitaux, à la faveur du développement de l'enseignement clinique et de s'insérer dans la gestion des populations par le biais de l'hygiène (7).

A la fin du siècle des Lumières, la plupart des pays modernes avaient organisé des recensements nationaux. L'outil statistique perfectionné avec le temps, retenait de plus en plus de variables d'ordre démographique et social telles: âges, sexes, établissements, groupes d'individus. Cet instrument d'observation permettait d'établir des rapports entre les caractéristiques d'environnement et une affection donnée qui étaient finalement traduits dans une topographie médicale correspondant à une aire géographique. La méthode qui avait sa correspondance en géo-biologie à l'époque, constituait un outil intellectuel propre à donner du relief à des faits rigoureusement observés; on cherchait à comprendre les interactions entre les organismes et leur milieu. La mathématisation

5 Déjà en 1662, dans *Natural and Political Observations on the Bills of Mortality*, John Graunt (1620-1674) préconisait l'usage des statistiques pour mieux cerner les problèmes sociaux; il mettait en relation décès et maladies. Il est considéré comme un pionnier des statistiques vitales.

6 Michel Foucault, *Les machines à guérir*, p. 13

7 Michel Foucault, *Naissance de la clinique*. Paris, Quadrige/PUF 1988

de la nature qui en découlait, réalisait la jonction entre la contemplation et l'action et tissait le lien entre la recherche expérimentale et la société. Les philosophes adhéraient au mythe des mathématiques comme mère des sciences et cette foi dans la magie des nombres et du quantitatif atteignait son apogée au milieu du XIXe siècle (8). Mais même mal interprétée, la statistique aménageait l'avenir et prévoyait pour les masses, laissant filtrer les cas individuels; elle permettait d'étendre l'action au grand nombre. Les problèmes mieux cernés donc, les médecins étaient appelés à conseiller le gouvernement au sujet des épidémies, des épizooties et des groupes d'individus, dont les mères et les enfants. La science justifiée par son utilité, l'État pouvait y trouver son compte. La convergence des intérêts du savoir et du pouvoir était inscrite dans la nature de la science moderne et dans les objectifs de l'État (9).

Le néo-hippocratism plaçait l'accent sur le milieu environnant et tentait d'établir des liens entre la maladie, la nature et la société. Mais bientôt, écartant le climatisme, les hygiénistes soutenaient la théorie sociale de la maladie. C'était surtout à partir des recherches de Louis René Villermé (1782-1863) sur la répartition sociale de la mortalité sur la base du recensement effectué à Paris et dans le département de la Seine, que s'affirmait le lien entre l'instrument statistique et la pensée médicale en France (10). A partir de 1835, il entreprenait pour l'Académie des sciences morales des études dont les résultats publiés sous le titre *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de soie, de coton et de laine*, étaient à l'origine de la loi de 1841 (inopérante), condamnant le travail des enfants (11). Surtout, Villermé démontrait l'inégalité sociale devant la mort. Le médecin-juriste

8 Ernst Mayr, *Histoire de la biologie*, p. 51

9 Jean-Jacques Salomon, *Science et politique*, p. 115. En 1687, William Petty dans *Essays in Political Arithmetik* avait considéré les problèmes sociaux du point de vue utilitaire.

10 Bernard P. Lécuyer, "L'hygiène en France avant Pasteur 1750-1850" dans Claire Salomon-Bayet, *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris, Payot 1986, p. 80 et 118; B.P. Lécuyer, "Médecins et observateurs sociaux: les Annales d'hygiène publique et de médecine légale (1820-1850)" *Pour une histoire de la statistique*. Paris, Institut National de la Statistique et des Études Économiques 1977, pp. 445-475

11 Erwin H. Ackerknecht, *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)* Paris, Payot 1986, p. 196

Edwin Chadwick (1800-1890) faisait une étude similaire en Angleterre en 1842 et peu après, John H. Griscom (1809-1874) de New York, établissait le lien entre la santé de l'enfant et les conditions sanitaires de son milieu dans *Sanitary Condition of the Laboring population of New York* (1845) (12). Ces hygiénistes étaient passés de l'analyse de la mortalité à l'étude plus hardie de la mortalité selon le niveau de revenu. En servant de vecteur à la recherche sociale, les travaux des hygiénistes avaient une portée sociale et politique et il paraissait plus clairement dorénavant, que la santé ne pouvait être assurée qu'au prix d'une réforme sanitaire certes, mais aussi par une élévation du niveau de vie des populations ouvrières. Fee et Porter (13) n'hésitent pas à affirmer que durant les années 1840, la science sanitaire est une activité politique dont les buts visent des changements sociaux et économiques. La partie n'était pas pour autant gagnée même si les apôtres de la justice sociale saisissaient le problème de la santé publique pour s'en prendre à l'ordre établi (14). Les améliorations sanitaires consenties, servaient en quelque sorte de contrepoids aux socialistes. En 1848, le terme "médecine sociale" était inventé par Lévy et Jules Guérin (15) au moment où la révolution grondait un peu partout en Europe.

La notion de maladies engendrées par les miasmes pestilentiels s'insérait mieux dans une théorie sociale des épidémies (16) et arrivait à supplanter le contagionisme, théorie responsable de la mise en quarantaine, une mesure qui entravait le commerce et par conséquent était détestée de la classe bourgeoise. Les infectionnistes privilégiaient les mesures préventives alors qu'ils soutenaient que les maladies épidémiques ne se développaient que dans des conditions

12 Thomas E. Cone, *History of American Pediatrics* Boston, Little Brown Co. 1979, p. 91

13 Elizabeth Fee, Dorothy Porter, "Public Health, Preventive Medicine and Professionalization: England and America in Nineteenth Century" in Andrew Wear, dir., *Medicine in Society Historical Essays*. Cambridge, Cambridge University Press 1992, pp. 249-275

14 R.H. Shryock, *op. cit.*, p. 151; George Rosen, "What is social medicine", *From Medical Police to Social Medicine*. New York 1974, pp. 60-71

15 E.H. Ackerknecht, *op. cit.*, p. 199;

16 E.H. Ackerknecht, *op. cit.*, p. 201

essentiellement locales, c'est-à-dire dans un milieu malsain dont la cause principale était la misère (17).

A Montréal, la réflexion sur la mortalité était amorcée au moment de l'épidémie de choléra de 1832. L'étude du docteur William Kelly "*On the Medical Statistics of Lower Canada*" (1834) constatait la surmortalité de la population du Bas-Canada et amenait le médecin à déplorer les conditions sanitaires du milieu environnant (18). Les statistiques peu détaillées à l'époque, ne permettaient pas de faire ressortir la surmortalité infantile qui n'a été mise en évidence qu'après 1845, sans toutefois déclencher une mobilisation qui devait attendre le dernier tiers du siècle. Elle était souvent vécue comme une fatalité. Le premier rapport de l'état sanitaire de la cité de Montréal signé par les hygiénistes Dugdale et Laroque en 1872, faisait ressortir l'excès de mortalité des enfants de moins de cinq ans qui gonflait le taux global de mortalité (19). Il fallait attendre encore deux années pour adopter la classification de William Farr dans les relevés statistiques; ils mettaient en évidence l'inégalité devant la mort des Canadiens-français. Les naissances étaient compilées à partir de 1886 (20). En 1890, Séverin Lachapelle (21) reprenait les exemples des pays étrangers et constatait que plus les taux de naissances étaient élevés, plus grande était la mortalité infantile. Cette dernière, moins élevée chez les riches que chez les pauvres où se retrouvait le plus grand nombre d'enfants, démontrait l'influence du bien-être et du confort. Il participait alors à un mouvement d'éducation à l'hygiène et réclamait une politique sanitaire favorable à l'enfant.

17 B. Lécuyer, *op. cit.*, p. 95

18 Jean-Claude Robert, "The City of Wealth and Death: Urban Mortality in Montreal. 1821-1871" dans W. Mitchinson, J. Dickin, *Essays in History of Canadian Medicine*, p. 34

19 B. Gaumer, *Le service de santé de la ville de Montréal de la mise sur pied au démantèlement 1865-1975*, p. 75

20 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 122, note 47

21 Séverin Lachapelle, "Natalité et mortalité des enfants Quelques chiffres et quelques vérités", *UMC* 19, janvier 1890, pp. 57-60

La théorie des germes qui n'avait qu'une signification potentielle au XVIII^e siècle, connaissait son développement avec les travaux de Pasteur qui ouvraient l'ère de la recherche dans le domaine de la pathologie infectieuse. Pour les bactériologistes, l'infection était la cause de la maladie et non la faiblesse de la constitution. Ils faisaient la distinction entre le malade et la maladie et considéraient cette dernière comme un processus biologique. Ils délaissaient l'approche environnementale pour une approche spécifique et contribuaient à rapprocher la santé publique de la médecine; par la même occasion, ils confortaient les demandes des médecins quant à leur intervention dans ce champs d'activité. La connaissance de l'étiologie microbienne suscitait une prise de conscience chez les autorités politiques et scientifiques qui bientôt mettaient en place un panoptique sanitaire prenant appui sur de nouvelles normes d'hygiène, qui obligeaient l'individu à intérioriser un ensemble d'attitudes et de comportements (22). Placés à la jonction du savoir et du pouvoir, les hygiénistes liaient étroitement les notions d'ordre, de propreté et d'hygiène, particularités de la médecine occidentale (23).

Si dans les années 1870, la bactériologie laissait entrevoir des réponses au plan du diagnostic, elle ne débouchait pas pour autant sur des techniques maîtrisées. Il lui fallait découvrir une méthode adaptée à la vérification d'hypothèses. C'est Koch qui créait la méthode dont il faisait part au Congrès de Londres en 1881. Sa technique qui consistait à cultiver les bactéries sur des milieux solides, permettait d'obtenir des colonies isolées et de faire des cultures pures. Il découvrait bientôt le bacille de la tuberculose en 1882, après avoir provoqué la maladie par inoculation.

Le bacille de la diphtérie découvert, le traitement par cautérisation restait sensiblement le même jusqu'à la communication de Roux au

22 Jean-Pierre Goubert, *La conquête de l'eau*. Paris, Robert Laffont 1986, p. 267
23 *ibid.*, p. 100

Congrès international de Budapest en 1894. Roux démontrait alors les résultats positifs du sérum antidiphthérique qu'il avait mis au point avec Martin et Chailloux après avoir poursuivi une épreuve de plusieurs mois dans les salles des enfants diphtériques de l'Hôpital Trousseau et celui des Enfants Malades, pour en attester l'efficacité thérapeutique. Ce sérum constituait un des premiers traitements spécifiques. (24)

Roux suivait la voie ouverte par Klebs qui avait isolé le bacille et Loeffler qui l'avait expérimenté en 1883, mais surtout celle ouverte par Emil A. von Behring et Kitasato qui établissaient la méthode en 1890: le sérum de l'animal vacciné acquérait des propriétés antitoxiques. Il restait à perfectionner les conditions de l'immunisation. Poursuivant toujours ses recherches, en 1913, Behring présentait au Congrès de la Médecine interne, un procédé d'immunisation préventive, mélange de toxine et d'antitoxine diphtériques qui assurait une immunité plus longue. Employé en Allemagne et aux États-Unis, ce sérum équivalait cependant des difficultés de préparation et certains dangers. Par la suite, le vétérinaire Ramon, découvrait l'anatoxine diphtérique en 1923. Au plan théorique, l'immunologie percevait le rôle du corps dans la résistance à la maladie, et c'est par elle que la médecine intégrait la bactériologie.

A Montréal en 1895, le Conseil d'hygiène était en mesure de fournir le sérum antidiphthérique aux médecins qui en faisaient la demande (25). Il était employé notamment à l'hôpital civique, de juin 1895 à janvier 1896 (26). Mais outre le fait qu'il conférait une immunité de courte durée d'environ deux à trois semaines et protégeait l'entourage en présence d'un cas de diphtérie, on relevait un grand nombre d'accidents consécutifs à l'injection du sérum: accidents anaphylactiques, urticaire,

24 R. H. Shryock, *Histoire de la médecine moderne*, p. 180

25 *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec*, 1895, p. 30. Par ailleurs, le docteur A. Lemoyne de Martigny rapportait en février 1895, 100 tubes de sérum remis par Roux: *La Clinique* I, 7-8 janvier-février 1895, p. 53. Sur les réserves à l'égard de cette méthode: T. Cone, *History of American Pediatrics*, p. 151

26 "La sérothérapie de la diphtérie" *UMC*, février 1896, p. 114: 170 malades ont reçu l'injection, 19 sont décédés.

érythème, rhumatisme sérique, adénites, troubles cardiaques... (27). Quant à son impact sur la mortalité infantile, Peter Keating soutient que la chute de la mortalité par diphtérie avait précédé l'utilisation du sérum antidiphtérique (28). Ses travaux (29) contredisent les assertions de Martin Tétreault (30) quant au déclin remarquable des décès par diphtérie à la fin du XIXe siècle à Montréal, attribuable à l'utilisation du sérum antidiphtérique. Braithwaite, Keating et Viger qualifient d'échec relatif, la lutte à la diphtérie à cette époque.

Par ailleurs, la nutrition infantile bénéficiait elle aussi des découvertes de Pasteur qui ouvraient l'ère du lait pasteurisé. La première expérience scientifique de l'allaitement au lait stérilisé était due en France à Pierre Budin; 102 enfants étaient soumis à l'expérience en 1892 et aucun n'était décédé (31). Cependant, ce procédé n'a pas d'emblée conquis les pédiatres qui, très souvent engagés dans la valorisation du rôle maternel, refusaient de le considérer ou, sous tout autre prétexte, en débattaient encore en 1912 devant l'*American Pediatric Society* (32) et à Montréal à la fin des années vingt, après l'entrée en vigueur de la pasteurisation du lait en 1926. Il faut convenir qu'un chauffage du lait à très haute température pendant une période prolongée, détruisait les vitamines et causait, chez les enfants exclusivement nourris au lait de vache, comme le voulait le credo de l'heure, des maladies de carence (maladie de Barlow ou scorbut infantile dont on ne connaissait pas l'étiologie). Le docteur Aucoin (33) chef du dispensaire médico-dentaire de l'Hôpital Sainte-Justine, s'interrogeait sur la pasteurisation du lait et la

27 Gaston Lapiere, "État actuel de la prophylaxie de la diphtérie", *AMCHSJ* 1, 1, mai 1930, pp. 28-50

28 Peter Keating, "Le problème de la diphtérie au Québec 1890-1909", Séminaire interdépartemental sur l'histoire de la santé publique, 13 janvier 1995;

29 A. Braithwaite, P. Keating, S. Viger, "The Problem of Diphteria in the Province of Quebec: 1894-1909" *Histoire sociale/Social History* 29, 1996, pp. 71-95

30 M. Tétreault, "Les maladies de la misère. Aspects de la santé publique à Montréal 1880-1914", *RHAF* 36, 4, mars 1983, p. 518; B. Gaumer, *op. cit.*, p. 125

31 C. Rollet-Echalier, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*, p. 173

32 T. Cone, *op. cit.*, p. 246; voir aussi Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books 1982, p. 139 et C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 170

33 E.E.D. Aucoin, "Les vitamines et le scorbut infantile" *UMC*, 49, 7, juillet 1920, pp. 337-344

destruction des vitamines. Mais les raisons médicales n'étaient pas seules en cause. Rappelons que la pasteurisation du lait à l'échelle commerciale débutait au Danemark en 1890 (34) et que Chicago était la première ville américaine à rendre obligatoire la pasteurisation du lait en 1908.

A l'origine, le règlement de 1926 avait pour objectif de rendre obligatoire la pasteurisation de tout le lait à Montréal, cependant, devant les protestations, des concessions étaient faites pour finalement tolérer le lait spécial et le lait certifié (35). Le directeur du Bureau de santé J.E. Laberge préférait le lait certifié jugé plus sain, au lait pasteurisé dont le procédé réalisé à grande échelle, procurait à son avis, une sécurité illusoire. Il écrivait: "La pasteurisation du lait est une erreur coûteuse. La pasteurisation du lait ne profite qu'aux grandes compagnies (en monopolisant ce commerce) aux dépens du consommateur" (36). Et notons au passage qu'à la Crèche Saint-Vincent de Québec, à partir de 1929 on faisait l'expérience du lait cru dans l'alimentation des nourrissons parce qu'on disposait d'un troupeau de vaches laitières (37). L'opposition à la pasteurisation du lait au Québec, se poursuivait encore après la deuxième guerre mondiale et se rencontrait même chez l'élite universitaire, d'affirmer l'hygiéniste Albert Dumas (38). Il observait à Montmagny, une lente progression de la consommation du lait pasteurisé jusqu'à l'épidémie de typhoïde de 1955.

34 Samuel J. Fomon, "Infant Feeding", *History of Pediatrics 1850-1950*, New York 1991, p. 80.

35 A. Bolduc, "Contrôle sanitaire du lait à Montréal", *UMC* 67, juillet 1938, pp. 724-729

36 J.E. Laberge, "Lait pasteurisé versus lait certifié" *L'Action médicale* V, 10, octobre 1929. Voir aussi: P. Del Vecchio, "Le lait pasteurisé", *L'Action médicale* II, 2, février 1926, p. 9. Nous verrons la position de Del Vecchio au chapitre consacré à l'Institut Bruchési. A Québec, la pasteurisation du lait avait aussi ses adversaires: voir De la Broquerie Fortier, *Au service de l'enfance*, p. 65

37 A. Jobin, "Hôpitaux de la Miséricorde et de la Crèche St-Vincent de Paul" *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec*, avril 1934, pp. 300-307

38 Albert Dumas, "La médecine et mon temps", *Recherches sociographiques*, 16, 1, janvier-avril 1975, pp. 21-41

Par ailleurs, les enfants bénéficiaient indirectement des découvertes pastoriennes appliquées à l'obstétrique (39). Les règles de l'asepsie et de l'antisepsie avancées par Semmelweis et Lister et confirmées par Pasteur qui identifiait le streptocoque responsable des infections puerpérales en 1879, permettaient de vaincre une des causes principales de mortalité maternelle. Il va sans dire que l'amélioration des conditions d'accouchement se répercutait sur la santé de la mère et de l'enfant, qui relevait de l'obstétricien-puériculteur. Avant la fin du siècle, ces techniques étaient enseignées à la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal; elles trouvaient dans la personne de E.A. René de Cotret, un ardent défenseur.

Salomon-Bayet déclare accomplie, la révolution pastoriennne dans les pays développés, en 1919. Cette révolution biologique s'échelonnait donc sur une longue période qui recouvre celle que nous avons retenue. C'est sous le signe de cette révolution que nous observons l'émergence de la pédiatrie à Montréal, révolution théorique et clinique mais aussi transformations dans les conceptions et les pratiques socio-médicales qui mettent un certain temps à s'implanter. (40) La bactériologie donnait à l'hygiénisme une perspective biologique qui confortait son accréditation; elle démarquait les experts scientifiques des réformistes.

1.1.2 Chimie de la nutrition et pédiatrie

Au XVIII^e siècle, les connaissances de la physiologie de la nutrition étaient enrichies par les travaux du Français René Réaumur (1683-1757) qui isolait le suc gastrique et démontrait son action dissolvante sur les aliments, alors que l'Italien Lazzaro Spallanzani (1729-1799) découvrait le rôle de la salive dans la digestion et établissait

39 C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 157

40 D. Goulet, O. Keel, "Les hommes-relais de la bactériologie en territoire québécois et l'introduction de nouvelles pratiques diagnostiques et thérapeutiques 1890-1920", *RHAF* 46, 3, hiver 1993

que cette dernière n'était pas un simple processus mécanique. Le Suisse Albrecht Haller (1708-1777) avec d'autres (41) travaillait également sur le mécanisme de la digestion. A cette époque, la biologie isolait les phénomènes pour mieux les étudier et les mesurer mais l'accumulation neutre de faits d'observation ou d'expérimentation ne suffisait plus. Le passage de l'empirique au scientifique commandait la formulation d'hypothèses vérifiées par l'expérimentation. L'avènement de la physiologie comme discipline médicale autonome, créait une nouvelle situation de la médecine en Europe (42). Avec Claude Bernard, les connaissances de la physiologie permettaient de lutter contre la maladie en agissant sur le milieu intérieur et le rôle de l'alimentation dans l'état général de santé était peu à peu scientifiquement démontré.

En 1824, Justus von Liebig (1803-1873) organisait son laboratoire de Giessen où il amorçait les premières analyses quantitatives en chimie organique. Il poursuivait des recherches sur le métabolisme en collaboration avec F. Wohler (1800-1882) qui réalisait la synthèse de l'urée en 1828, démontrant par le fait même que les processus biologiques ne se distinguaient pas des autres phénomènes chimiques. La physiologie marquait une nouvelle phase dans son développement. C'était la voie ouverte à la biochimie, cette chimie qui se réalisait en présence de catalyseurs spéciaux (ferments, enzymes) qui caractérisent le vivant (43). À travers la chimie, les phénomènes de la vie étaient rattachés à l'ensemble des lois de la nature.

Dès le premier quart du XIXe siècle, la composition qualitative et quantitative du lait était connue et Billard en faisait état en 1828 (44). Les chercheurs préoccupés de l'alimentation des jeunes enfants, tentaient de corriger le lait de vache pour en faciliter la digestion. La première analyse

41 E. H. Ackerknecht, *op. cit.*, p. 162

42 G. Canguilhem, *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, p. 58; A. Prochiantz, *Claude Bernard La révolution physiologique*, p. 82

43 Paul R. Swyer, "Energy Metabolism", *History of Pediatrics 1850-1950*, pp. 203-210

44 P. Huard, R. Laplane, *Histoire illustrée de la puériculture: aspects diététiques, socioculturels et ethnologiques*, p. 102

chimique comparée du lait humain et du lait de vache était publiée en 1838 par l'Allemand Johans Franz Simon. Peu après, au milieu de la décennie 1840, Liebig entreprenait la recherche de la composition chimique des aliments. La méthode qu'il établissait pour démontrer leur valeur mesurable permettait de trouver des équivalences (45). En 1867, il mettait sur le marché une nourriture pour enfant, écartant ainsi l'intervention médicale qui subissait la concurrence. A la fin de la décennie 1860, le chimiste anglais Gustav Millen apportait également sa contribution. Si les compagnies d'aliments pour enfants cultivaient le patronage médical, elles ne créaient pas pour autant de consensus chez les pédiatres. Par contre, le problème de la nutrition devenait intimement lié à celui de l'élevage des enfants et servait de point d'appui à la science pédiatrique. Quand *Nestlé's Milk Food* pénétrait le marché américain en 1873, (46) l'*American Medical Association* s'appliquait à convaincre les parents de la nécessité de consulter le médecin pour le régime alimentaire des enfants et cherchait à intervenir afin de réserver aux médecins l'usage des produits nutritifs pour les enfants (47). Bientôt, les médecins désireux de contrôler l'alimentation des jeunes enfants, s'associaient aux compagnies productrices d'aliments préparés, ce qui amène Paul Starr à conclure que l'autorité culturelle était convertie en pouvoir économique alors que Apple découvre l'interaction complexe de la science, de la médecine, de l'économie et de la culture dans la commercialisation et la médicalisation du soin des enfants. La diététique se plaçait au coeur de la pédiatrie naissante et concernait les enfants sains qui ne devaient pas en principe, relever de la médecine.

L'origine de la pesée des nouveau-nés remonte au milieu du XVIIIe siècle avec J.G. Roederer (48) et son intérêt avant et après la tétée souligné par Natalis Guillot en 1852, introduisait la notion de besoin

45 R. Meckel, *op. cit.*, p. 56; C. Rollet-Echallier, *op. cit.*, p. 186; R. Apple, *Mothers and Medicine*, p. 8

46 P. Starr, *op. cit.*, p. 133

47 R. Apple, *op. cit.*, p. 48

48 Peter Ward, *Birth Weight and Economic Growth*, p. 22

nutritionnel. Le recours à la balance pour mesurer la croissance des enfants favorisait le contrôle périodique de leur développement si bien que de nombreuses études établissaient des courbes de croissance; Adolphe Quetelet (1797-1874) publiait *Anthropométrie* en 1871 (49). A la même époque dans les maternités, le poids et la taille du nouveau-né étaient systématiquement relevés en sorte qu'à la fin des années 1870, on retenait certains facteurs responsables du faible poids à la naissance dont la malnutrition de la mère, sa mauvaise santé aussi bien qu'un court intervalle intergénéral. Ces relevés évoluaient vers l'établissement de critères de prématurité dont la recherche des causes débouchait finalement sur l'établissement de politiques sociales à l'égard des femmes enceintes.

Marie-Jules Parrot (1829-1883) introduisait en 1875, le concept d'athrepsie pour désigner un état général de malnutrition (50) et les recherches de Philipp Biedert (1847-1916), un des fondateurs de la *German Society of Pediatrics*, l'amenaient à conclure en 1888, que la difficulté à digérer la caséine constituait la cause principale des troubles digestifs chez les enfants (51). Elles lui permettaient d'entreprendre l'alimentation artificielle de l'enfant sur des bases scientifiques. Peu après, Wilhelm Camerer introduisait l'investigation scientifique du métabolisme infantile en pédiatrie clinique en 1894 (52). De nombreuses découvertes transformaient les données de la diététique infantile et la pédiatrie s'appuyait principalement sur elle pour imposer son autorité.

D'une part, en s'engageant dans le domaine social, guidés par la statistique, les hygiénistes avaient tendance à méconnaître l'individualité

49 Edith Boyd, "Quantification in Biological and Medical Sciences" *Origins of the Study of Human Growth*, p. 341, 446

50 Abt-Garrison, *op. cit.*, p. 100.

51 Abt-Garrison, *History of Pediatrics*, p. 95. Le 11^e Rapport annuel du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1905, pp. 9-31, publiait un sommaire des connaissances sur la composition du lait; Richard A. Meckel, *Save the Babies American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality 1850-1929*, p. 53;

52 *ibid.*, p. 132; voir: C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 196

biologique et, avec les pédiatres, ils s'engageaient dans une "normalisation" de l'enfant. Les sciences biologiques qui empruntaient à la chimie ses méthodes et les intégraient, confortaient l'établissement de "standards biologiques" qui caractérisent l'espèce; on avait tendance à considérer les êtres humains comme potentiellement identiques (53). L'individu était sacrifié à l'espèce humaine au plan médical.

D'autre part, la théorie microbienne des maladies contagieuses et celle des maladies de carence faisaient marquer des points à la théorie ontologique de la maladie. Ce faisant, la médecine établissait des liens étroits avec la biologie et développait plus que jamais une rationalité de type scientifique. L'axe de la recherche biomédicale était établi dans les faits.

Tout en conservant le volet puériculture développé par la pédiatrie traditionnelle, la pédiatrie moderne incluait la connaissance scientifique comme condition d'existence et de développement; elle naissait de la genèse des sciences biologiques dont les développements contribuaient à la constitution d'un savoir qu'il importait d'appliquer et de transmettre. En les intégrant, elle voyait ses bases scientifiques s'affirmer et croyait être en mesure de répondre au problème de la mortalité infantile. Les découvertes bactériologiques et celles de la physiologie de la nutrition servaient de point d'appui aux pédiatres pour établir leurs stratégies d'intervention et imposer leur spécificité dans le monde médical. La science souvent synonyme de "vérité" au siècle du positivisme et représentant le progrès, les médecins n'hésitaient pas à voir en elle le fondement et le symbole de l'autorité médicale. Cependant, ici Freidson distingue le corps des connaissances scientifiques mis à la disposition de la profession médicale et les connaissances dont elle se sert dans l'application de son savoir à des situations concrètes ou à des activités humaines (54).

53 Ernst Mayr, *op. cit.*, p. 57, 88 et 131

54 E. Freidson, *La profession médicale*, p. 336

1.2 Enjeu politique et pédiatrie

1.2.1 Institutionnalisation de l'enfance

Nous retenons l'expression "institutionnalisation de l'enfance" de préférence à celle "d'enfermement charitable" car elle nous semble plus appropriée pour désigner une prise en charge par la société de ce groupe d'individus que constituent les enfants, dont les besoins éducatifs et sociaux étaient reconnus. Dans le cas des orphelins, des enfants abandonnés et des enfants handicapés, on ne peut faire abstraction du souci humanitaire qui animait les intervenants. Certains auteurs souscrivent à diverses interprétations quant à cette réaction sociale (55) mais ceci dépasse notre sujet, seul le regroupement de populations offrant des similitudes, nous intéresse. Ce qui importe surtout de souligner ici, c'est le cheminement parallèle des phénomènes de la découverte de l'enfance et son institutionnalisation car l'enfance est une construction sociale qui implique la séparation physique des enfants et des adultes qui entraîne une séparation à la fois psychologique et émotive aussi bien qu'économique et culturelle.

Les réformateurs sociaux Helvétius, Rousseau, Robert Owen, ont fait leur la position de Locke (1632-1704) qui exprimait sa pensée en 1690 dans *Essay Concerning Human Understanding* et selon laquelle l'homme est à la naissance une *tabula rasa*. L'esprit de l'homme soumis à des forces externes, était susceptible de progresser par l'éducation. Cette conception chez les théoriciens de l'éducation donnait lieu à de nouvelles pratiques éducatives et à des institutions nouvelles. C'est à travers l'école que les enfants se sont différenciés du groupe des adultes dans un premier temps, comme l'a démontré Ariès. En même temps que les pionniers éduquaient, ils institutionnalisèrent. Le phénomène de

55 J.M. Fecteau et al, "Émergence et évolution historique de l'enfermement à Montréal 1836-1913", *RHAF* 46, 2, automne 1992, pp. 263-271

l'institutionnalisation de l'enfance apparaissait donc d'abord dans la population en général avant de s'étendre aux enfants marginaux et en ce sens il se démarque de l'enfermement.

Vers le milieu du XIXe siècle, un déplacement des sentiments et des idées se manifestait particulièrement à l'égard des enfants sans soutien. Les réformistes étaient sensibles aux problèmes de l'enfance, et leurs préoccupations étaient le plus souvent d'ordre moral. Les enfants étaient peu à peu reconnus comme un groupe différencié des adultes et la vision de l'enfance prenait un caractère institutionnel afin de procurer à l'enfant un environnement protégé; cette vision de l'enfance s'accompagnait de l'extension de la responsabilité publique dans la vie de l'enfant. Ainsi l'on voyait apparaître des orphelinats, des crèches, des garderies, des cours juvéniles. Au Québec, cette forme d'assistance était le plus souvent confiée à un personnel religieux. Et pour des raisons administratives, les regroupements d'enfants respectaient la différenciation des âges qui constituait une étape importante dans la prise de conscience du développement physiologique et psychologique de l'enfant, permettant de le considérer comme un être en croissance et non comme un diminutif de l'adulte. L'institutionnalisation de l'enfance liée à son éducation, précédait la mise sur pied d'institutions pédiatriques.

1.2.1.1. Du secours des pauvres au sauvetage de l'enfance.

Les abandons d'enfants éveillaient un sentiment humanitaire chez les premiers intervenants du sauvetage de l'enfance; c'était du moins l'opinion avancée traditionnellement (56). Toutefois, quelques auteurs chez qui on peut déceler l'influence de Foucault, dont Rooke et Schnell,

56 J. Germano, "Histoire de la charité à Montréal Les enfants trouvés" *La Revue canadienne* XXXII juillet 1896, pp. 423-438; De la Broquerie Fortier, "La protection de l'enfance au Canada français du XVIIIe siècle jusqu'au début du XXe siècle", *La Vie médicale au Canada français* 4, juin 1975, pp. 732-739.

Jones et Stiker (57), ont plus récemment inscrit ce mouvement dans un désir de maîtrise, d'encadrement et d'ordre. Si les motivations peuvent être discutées, il n'en demeure pas moins que le développement du sentiment à l'égard des enfants participait au développement du concept de l'enfance et encourageait en médecine, une expertise différenciée.

Pour venir en aide aux enfants défavorisés, la philanthropie britannique s'appuyait sur le devoir de charité chrétienne et sur le désir de conserver l'ordre social. Dans un premier temps, les enfants étaient gardés dans des refuges au milieu des adultes et ce n'est que graduellement qu'on a voulu les soustraire aux influences néfastes de cette promiscuité, le contagionisme tenant lieu d'image. Le *Children's Hospital of Norwich* (Angleterre) ouvert en 1621 sous l'égide des autorités locales, n'était pas une institution médicale au sens moderne du terme; il avait pour but la prévention plutôt que la guérison et reflétait la préoccupation à l'égard des enfants. Un cheminement similaire se retrouvait en France. Vincent de Paul et Louise de Marillac fondaient en 1633 les Filles de Charité, la plus importante communauté de l'Ancien Régime. L'année suivante, ils regroupaient les Dames de Charité, des laïques vouées au soulagement des pauvres et à leur éducation. Une attention particulière était donnée aux enfants au moment où Vincent de Paul fondait à Paris en 1640, l'Hospice des Enfants trouvés. Jones (58) met en relief leur rôle politique: il voit les Dames de Charité comme des médiatrices culturelles qui faisaient le pont entre la classe noble et les paysans; elles étaient une force d'intégration, un élément dans la formation d'un nouveau consensus moral et social. Dans la même veine, pour Stiker, Vincent de Paul institutionnalise la charité; il influence au profit des élites le rapport de celles-ci avec les classes populaires.

57 Patricia T. Rooke, R.L. Schnell, *Discarding the Asylum* (ces auteurs étudient le cas protestant); Colin Jones, *The Charitable Imperative. Hospitals and Nursing in Ancien Régime and Revolutionary France*, chapitre 3; Henri-Jacques Stiker, *Corps infirmes et sociétés*, p. 114
58 Colin Jones, *op. cit.*,

Le modèle français était repris à Montréal par Monseigneur Bourget au moment de la fondation des Soeurs de la Providence en 1843 et il ne faisait pas mystère que leur fondatrice, madame Gamelin, issue de la bourgeoisie, devait être l'intermédiaire entre les riches et les pauvres (59). Chez les catholiques francophones, le leadership en matière d'assistance sociale appartenait à l'Église qui créait des établissements en collaboration avec la bourgeoisie charitable, et administrait les subventions données par le gouvernement et la charité privée (60). Les communautés féminines y jouaient un rôle de premier plan.

Au XIXe siècle, les sociétés industrialisées et urbanisées étaient confrontées au problème des enfants sans soutien qui vivaient dans des refuges au milieu des adultes. Les réformistes sensibles aux problèmes de l'enfance, avaient le plus souvent à leur égard, des préoccupations d'ordre moral dont l'effet a été de reconnaître les enfants comme un groupe différencié des adultes. Ainsi on voyait se multiplier tout au long du siècle, des garderies, des orphelinats et des crèches. En prenant un caractère institutionnel, la protection de l'enfance posait le problème de la responsabilité publique. Elle faisait aussi surgir une différenciation des âges qui affinait la perception qu'on avait de l'enfance. Au fur et à mesure qu'on avançait dans le siècle, l'enfance se subdivisait entre nourrisson, petite enfance, enfance et adolescence. Ces divisions témoignaient d'un éveil de la conscience de la psychologie de l'enfant. La découverte de l'enfance, à la lumière du développement de la psychologie et de la pédagogie, se réalisait aussi bien au plan psychosocial qu'au plan biologique (61).

59 Huguette Roy Lapointe. *Charité bien ordonnée Le premier réseau de lutte contre la pauvreté à Montréal au XIXe siècle*, p. 47

60 Huguette Roy Lapointe "Pauvreté et assistance sociale au XIXe siècle" *Relations* 455, janv. 1980, pp. 23-27. De leur côté, les anglo-protestants établissaient des agences sociales avec des dirigeants bénévoles et un personnel laïc

61 Jean-Noël Luc "A trois ans, l'enfant devient intéressant..." La découverte médicale de la seconde enfance (1750-1900)", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 36, 1 janvier-mars 1989, pp. 83-112

A Montréal, au lendemain de l'épidémie de choléra de 1832, qui faisait 1904 morts entre les mois de juin et d'octobre et un nombre soudainement élevé d'orphelins, un orphelinat était fondé par des dames laïques tant dans la communauté anglophone (62) que dans la communauté francophone (63). Un don du gouverneur général Lord Aylmer et une souscription des citoyens soutenaient l'action entreprise. Plus tard, à la demande de Monseigneur Bourget, les Soeurs de la Providence accueillaient 150 Irlandais à l'occasion de l'épidémie de typhus en juillet 1847 pour qui elles ouvraient les portes de l'ancienne résidence de Madame Nowlan rue Sainte-Catherine, l'Hospice Saint-Jérôme-Émilien. Les Soeurs du Bon Pasteur accueillaient alors les orphelines. C'était la réponse sociale d'un groupe de femmes sensibles au sort des enfants demeurés orphelins. Par la suite, d'autres oeuvres protectrices de l'enfance voyaient le jour dans la seconde moitié du siècle et un réseau institutionnel de prise en charge de l'enfance en difficulté était mis en place.

Les garderies des Soeurs Grises étaient inspirées du modèle des "infant schools" implantées à New Lamark à l'instigation de Robert Owen et développées en Angleterre par James Buchanan (64). C'était le

62 P. Rooke, R.L. Schnell, *op. cit.*, p. 78, 137. Le *Protestant Orphan's Home* était fondé en 1832 et la *Ladies' Benevolent Society* naissait à cette époque pour apporter une aide aux veuves et aux orphelins. Voir aussi: Soeurs de la Providence, *L'Institut de la Providence: histoire des Filles de la Charité*, Maison Mère Providence, Montréal 1925, p. 53. Ewan MacIntyre, "The Historical Context of Child Welfare in Canada" dans *Rethinking Child Welfare in Canada*, pp. 13-36

63 Marie Claire Daveluy, *L'orphelinat catholique de Montréal 1832-1932*. Montréal, Lévesque 1933, p. 17. La fondation revient à la Société des Dames de Charité (1827), issue de la Confrérie de la Sainte-Famille, et placée sous la direction des Messieurs de Saint-Sulpice par Monseigneur Larigüe. Elle devait assurer son orientation: la protection de l'enfance. L'oeuvre reçoit des subsides du gouvernement en 1846 (p. 64) et en 1863 (p. 72). Le docteur Eugène Hercule Trudel professeur "des maladies des femmes et des enfants", était médecin de l'orphelinat. En 1912, le docteur E.P. Lachapelle participait au comité masculin nouvellement fondé, et obtenait une subvention annuelle de 500\$ de la ville de Montréal, alors qu'il y était commissaire. Depuis 1889, les Soeurs Grises assumaient la direction de l'orphelinat. S. Allaire, "L'entrée à l'orphelinat", *École sociale populaire*, 193, 1930.

64 Micheline Dumont Johnson, "Des garderies au XIXe siècle: les salles d'asile des Soeurs Grises à Montréal", *RHAF* 34, 1, pp. 27-55. Suzanne Cross, "La majorité oubliée: le rôle des femmes à Montréal au 19e siècle", *Travailleuses et féministes*, chapitre 2, p. 73. Cross présente des

sulpicien Victor Rousselot qui prenait l'initiative d'implanter à Montréal en 1858, les salles d'asiles qui s'adressaient aux enfants d'âge préscolaire. L'asile était à cette époque, une oeuvre d'éducation confiée aux Soeurs Grises. En 1914, la commission scolaire de Montréal ouvrait ses premières écoles maternelles: une française, l'autre, anglaise (65). Cinq ans plus tard, pour répondre aux besoins des mères contraintes de travailler à l'extérieur du foyer, les Franciscaines ouvraient une garderie qui jouait le rôle d'école maternelle, conformément à la méthode Montessori (66). Ces institutions dotées d'une pédagogie spécifique spécialement destinées à la petite enfance, témoignaient de cette reconnaissance au plan social.

Par ailleurs, l'idée de rééducation de l'infirme s'imposait à la fin du Siècle des Lumières, au moment où apparaissaient les premières institutions spécialisées (67). A l'origine, ces institutions n'avaient pas pour but l'intégration au monde du travail; elles avaient pour but primordial d'enseigner la religion chrétienne et étaient plutôt soucieuses du développement de l'individu. Dans la mouvance des idées révolutionnaires, elles marquaient une prise de conscience à l'égard du citoyen infirme et soulevaient le problème moral du droit à l'aide sociale. Ces développements n'étaient pas particuliers à la France.

Au milieu du XIXe siècle, à Montréal, des groupes d'enfants touchés par la surdi-mutité et la cécité retenaient à leur tour l'attention des autorités religieuses (68). Dès 1851, les soeurs de la Providence

tableaux sur le nombre d'enfants en garderie. En France, le système a été doté d'une pédagogie spécifique en 1846.

65 "Les Écoles maternelles", *École sociale populaire*, 33, 1914.

66 S. Marie Hadelin, S Marie Clairina, "Les garderies d'enfants", *École sociale populaire*, 198, juillet 1930

67 H.J. Stiker, *op. cit.*, p. 123; Dora B. Weiner, "Les handicapés et la révolution française: aspects de médecine sociale", *La Vie médicale au Canada français* 6, janvier 1977, pp. 43-53

68 Rapport annuel, *L'Institution catholique des Sourds-Muets pour la province de Québec*, 1875, p. 29; 1898-99, historique de l'institution. Pereire mettait au point pour l'enseignement des sourds-muets, un système de signes que l'abbé de L'Épée (1712-1789) appliquait à l'Institut des Sourds-Muets qu'il fondait à Paris en 1770. Ici, chez les protestants, la *Mackay Institution for Protestant Deaf-Mutes* était fondée en 1870. Voir aussi Alice Filteau, *Au pas de la*

ouvraient à la Longue Pointe, une maison à l'intention des sourdes-muettes qu'elles confiaient à des religieuses dûment formées à New York. L'institution s'établissait définitivement en 1864, rue Saint-Denis. De 1851 à 1930, elle reçut 1883 élèves à qui elle a offert un enseignement individuel.

Pour les garçons, après de nombreuses difficultés, l'Institut catholique des Sourds-Muets voyait le jour à Coteau Saint-Louis en 1853, sous la responsabilité des Clercs Saint-Viateur. Quelques années plus tard, en 1861, l'Institut pour jeunes aveugles de Nazareth (garçons et filles) était fondé par M. Victor Rousselot p.s.s. qui le confiait aux Soeurs Grises. Une formation intellectuelle, morale et technique y était dispensée et l'accent était mis sur les études musicales; l'École de musique Nazareth était éventuellement annexée à l'Université Laval de Montréal. L'institution, qui recevait des allocations gouvernementales (69), ouvrait un dispensaire d'ophtalmologie en 1873, qui allait devenir l'Institut ophtalmique où les étudiants de la faculté de médecine recevaient un enseignement clinique (70). Le regroupement d'enfants favorisait ainsi, l'enseignement clinique au moment de l'émergence de cette spécialité médicale.

Il est intéressant de noter que les débuts de la médecine hospitalière n'avaient pas écarté complètement le rôle traditionnel de l'hôpital et qu'un certain nombre d'enfants étaient accueillis et éduqués dans des hôpitaux: l'Hôtel-Dieu accueillait des orphelines de 1856 à 1898 de même que l'Hôpital des Incurables à Notre-Dame de Grâce. (71)

Plus on avançait dans le siècle, plus les oeuvres spécialisées se multipliaient et témoignaient de la prise en compte de problèmes sociaux

Providence Les étapes du centenaire 1851-1950, Institut des Sourdes-Muettes, Montréal. (Brochure 78p.) Le docteur Emery Coderre était médecin de l'institution dès 1858.

69 *L'Aveugle*, Imprimerie Arbour et Dupont, Montréal 1912 (brochure 15 p.)

70 L'Institut ophtalmique était fondé en 1892 par les docteurs Desjardins et R. Boulet.

71 Cet hôpital était fondé en 1897 par les laïques Georgiana Gagnéux, Léontine Gagnéux et Aglaée Laberge. Les religieuses de la Providence en prenaient la responsabilité en 1899.

mieux cernés à la faveur de la concentration urbaine. Elles apportaient une réponse en attendant que la prophylaxie parvienne à diminuer de façon importante le nombre de personnes handicapées. Toutes ces fondations à l'époque, répondaient à l'appellation d'organismes charitables et étaient le plus souvent, chez les catholiques, sous la direction des communautés religieuses qui acceptaient de jouer ce rôle social pour d'abord diffuser leur message religieux. D'autre part, si la responsabilité publique touchait les enfants en institution, elle touchait peu ceux qui échappaient à cet encadrement.

A la fin du XIXe siècle, les préoccupations à l'égard des enfants se transposaient assez timidement du social au politique. Par le biais de législations, l'État, nonobstant la puissance paternelle (72), adoptait des lois concernant le travail des enfants et les actes délictueux commis par eux.

Le travail des enfants était un fait social dans la famille traditionnelle et peu de gens y était sensible d'autant plus qu'on lui reconnaissait une valeur salutaire. Massicotte (73) a relevé des contrats signés à la fin du XVIIe siècle par lesquels les parents remettaient leur enfant âgé de trois à quatorze ans, à une famille qui s'engageait à l'élever et à tirer profit de son travail "dès qu'il le pourra". Là où le travail des enfants avait pris du recul comme aux États-Unis, c'était l'esclavage grandissant qui l'avait déclassé (74) et non un sentiment à l'égard de

72 André Armengaud, "L'attitude de la société à l'égard de l'enfant au XIXe siècle", *Annales de démographie historique*, 1973, pp. 303-312, p. 307; Harry Ferguson, "Cleveland in History The abused child and the child protection, 1880-1914" in R. Cooter, *In the Name of the Child*, pp. 146-173

73 E. Z. Massicotte, "Le travail des enfants, à Montréal, au XVIIe siècle", *Bulletin des Recherches historiques* 22, 1916, p. 57

74 Neil A. Cohen "Child Welfare History in the United States" dans Neil A. Cohen *Child Welfare A Multicultural Focus*. Chapitre 2. Des pédiatres américains soutenaient que l'âge chronologique de l'enfant ne correspondait pas à son développement physique et qu'on ne saurait déterminer l'âge minimum pour accéder au marché du travail; les noirs en fournissaient la preuve; de plus ils vantaient le grand air dont bénéficiaient les ouvriers du coton! Voir: Thomas Morgan Rotch "The Position and Work of the American Pediatric Society Toward Public Questions" in *Transactions of the American Pediatric Society* XXI, 1910, pp. 7-26. Voir

l'enfance. Le travail des enfants devenait un problème social au moment où l'enfant prenait son rang dans l'appareil de production, à la faveur de la révolution industrielle. Dans l'industrie, le fait devenait d'intérêt public.

La dénonciation du mal remontait à 1784 et était le fait du *Manchester Board of Health* par la voix du docteur Percival (75); l'enfant était pour certains le symbole de l'avenir industriel dont il fallait s'occuper. Un travail astreignant et au-dessus des forces de l'enfant avait tôt fait de détériorer sa santé sans compter les accidents que le manque de vigilance dû à son âge, rendaient infirme, et des difformités qu'une mauvaise posture longtemps maintenue, pouvait engendrer. Mais les conditions sociales favorisaient cet état de chose si l'on considère que les "workhouses" mettaient les enfants à la disposition des manufacturiers, que le travail des enfants résolvait le problème de leur garde et que la pauvreté des classes ouvrières rendait le moindre revenu nécessaire.

Les premières législations relatives au travail des enfants voyaient le jour tout d'abord en Angleterre au début du XIXe siècle avant de poindre en Prusse et en France. Elles n'avaient pas pour but d'interdire ce travail mais plutôt, fixaient l'âge minimal auquel un enfant pouvait y être astreint et en limitaient la durée; avec le temps, elles interdisaient le travail de nuit. Elles s'adressaient le plus souvent à un secteur de l'industrie et, d'une façon générale, ne connaissaient pas beaucoup de rigueur dans leur application dans les débuts, mais se resserraient tout au long du siècle, sous l'influence des hygiénistes (76) pour qui les motifs d'intervention tenaient avant tout, à la hantise de la décadence démographique et à l'angoisse de la détérioration génétique plus qu'à un

aussi: Ehrenreich et English, *Des experts et des femmes*, p. 192. A noter qu'aux États-Unis, le *Children's Bureau* établi en 1912 relevait du *US Department of Labor*.

75 Claude Fohlen. "La révolution industrielle et le travail des enfants" *Annales de démographie historique* 1973, pp. 319-325.

76 *ibid.*

sentiment humanitaire (77). Des facteurs d'ordre moral s'ajoutaient à ces motifs (78).

Au Québec, en 1885, une loi fixait l'âge minimal pour accéder au travail dans les manufactures qui était de 12 ans pour les garçons et de 14 ans pour les filles. Cette norme s'élevait avec le temps, devant les préoccupations que causait l'analphabétisme. Les attestations d'âge semblaient souvent fausses aux inspecteurs mais ils pouvaient difficilement intervenir. Ils se contentaient de recommandations et leur prudence tenait à ce qu'ils ne pouvaient agir sans toucher à l'édifice social tout entier. Le salaire des enfants ajoutait quelque peu au salaire familial dérisoire (79) et l'obligation de fréquenter l'école du soir semblait une exigence inhumaine, après une longue journée de travail. Il fallait attendre 1911, sous la pression du mouvement ouvrier (80), pour que la semaine de travail des enfants soit réduite à 58 heures (81). Engagés dans la lutte contre la mortalité infantile particulièrement celle du premier âge, les médecins intervenaient peu dans le débat quoique Lachapelle (82) s'opposait à l'embauche des adolescents dans les manufactures, surtout des jeunes filles.

La cause était portée au niveau international quand, au lendemain de la guerre, l'organisation internationale du travail posait en priorité, l'élimination du travail des enfants; il fallait bien remettre au travail tous les démobilisés à un moment où l'industrie de guerre se tarissait. A sa première session de 1919, la Conférence internationale du travail

77 Jacques Léonard, *La médecine...op. cit.*, p. 153

78 Jacques Léonard, *Archives du corps La santé au XIXe siècle*. Rennes, Ouest France université 1986, p. 32. Canadian Council on Child Welfare, *The Social Significance of Child Labour in Agriculture and Industry*, 1924. 12 p.

79 Jacques Rouillard, *Les travailleurs du coton au Québec 1900-1915*. Montréal, Presses Université du Québec 1974, chapitre 2, pp. 51-77 ; Bettina Bradbury, "The Fragmented Family :Family Strategies in the Face of Death Illness and Poverty, Montreal 1860-1885" in Joy Parr, *Childhood and Family*. McClelland and Stewart, Toronto 1982, pp. 109-128.

80 Confédération des syndicats nationaux (C.S.N.) et Centrale de l'enseignement du Québec (C.E.Q.), éd., *Histoire du mouvement ouvrier au Québec. 150 ans de luttes*, 1984, p. 81

81 Terry Copp *Classe ouvrière et pauvreté*, p. 51 et suiv.

82 Séverin Lachapelle, *La Mère et l'enfant*, août 1890, p. 56

adoptait une convention sur l'âge minimum d'admission à l'emploi dans l'industrie, qu'elle fixait à 14 ans.

L'autre volet qui retenait l'attention du législateur était celui de la délinquance chez les mineurs. L'excuse de minorité avait fait son chemin et les adolescents délinquants avaient suscité certaines initiatives privées subventionnées qui collaboraient avec les tribunaux, dans le but d'assurer leur rééducation. En 1844, la Maison du Bon Pasteur sous la direction des religieuses du Bon Pasteur d'Angers, recueillait les filles délinquantes. Plus tard, Monseigneur Bourget, avec le concours du philanthrope Antoine Olivier Berthelet (1798-1872), amenait les Frères de la Charité à transformer en 1873, leur Hospice Saint-Vincent-de-Paul en une école de réforme où les jeunes garçons étaient soumis à un sévère programme de rééducation. Les Frères de la Charité signaient un contrat avec le gouvernement du Québec (83). L'école prenait le nom d'Institut Mont Saint-Antoine lors de son déménagement dans de nouveaux locaux rue Sherbrooke en 1932.

L'année même où l'Angleterre adoptait le *Children's Act* qui créait les cours juvéniles, en juillet 1908, le gouvernement canadien votait la "Juvenile Delinquents Act" qui favorisait la création de cours juvéniles pour juger les jeunes et pour voir à leur réhabilitation. Cette loi redéfinissait l'offense non pas comme un acte criminel mais comme un acte de délinquance. La confidentialité des jeunes prévenus était assurée par des procès privés et des procédures informelles. L'enfant n'était plus traité comme un criminel mais comme un individu ayant besoin d'aide ou d'assistance. La loi s'élaborait sur le modèle de la protection de l'enfance dans une perspective de protection sociale. (84)

83 Edouard Langevin Lacroix, *L'Institut Saint-Antoine*. Montréal, Librairie d'action canadienne-française, 1932. M.P. Malouin, *L'univers des enfants en difficulté*, p. 218. Le document A.L. De Martigny a été inspecteur des asiles et des écoles de réformes de la Province du Québec pendant 35 ans. T. Copp, *Classes ouvrières et pauvreté*, p. 121 et suiv.

84 Jean Trépanier, Françoise Tulkens, *Délinquance et protection de la jeunesse Aux sources des lois belge et canadienne sur l'enfance*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa 1995.

En 1907 à l'instigation du *Women's Club* auquel se joignait la présidente de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, était fondée la *Montreal Children's Aid Society* dans le but de venir en aide aux orphelins et aux enfants abandonnés. Cette société présidée par le juge François-Xavier Choquet, faisait la promotion de lois protectrices de l'enfance. Finalement en juin 1910, le gouvernement de Lomer Gouin promulguait la loi qui créait la cour juvénile de Montréal, incidemment confiée au juge Choquet (85). Cette cour avait la juridiction exclusive dans les cas de délinquance. Elle déplorait l'insuffisance de l'institution familiale et visait sa moralisation. Devant l'incapacité de la famille à exercer son autorité, l'adolescent était placé sous surveillance ou sous tutelle.

Cette "oeuvre de protection" regroupait des philanthropes qui réclamaient un certain nombre de mesures d'encadrement, dont le contrôle des salles de spectacles; elle obtenait rapidement la création d'un bureau de censure cinématographique. Les associations féminines qui s'engageaient dans ce champ d'activité, n'hésitaient pas à établir un lien de causalité entre la déficience mentale et la délinquance juvénile (86).

Alors que le concept de l'adolescence trouvait sa formulation juridique, ce nouveau souci à l'égard des jeunes allaient bientôt retenir l'attention des psychiatres; le gouvernement québécois chargeait le docteur Desloges de faire l'examen mental des enfants des écoles d'industrie et de réforme (87). La construction du concept de protection de l'enfance dans ses différentes composantes, intégrait la participation de la médecine; ainsi, l'extension de la responsabilité publique dans la vie de l'enfant s'accompagnait de sa médicalisation.

85 Ed. Gouin p.s.s., "La Cour Juvénile de Montréal", *École sociale populaire*, 27-28, 1913. Voir Philippe Meyer, *L'enfant et la raison État*, Paris, Seuil 1977, p. 36 et suivantes.

86 Y. Pinard, *Le féminisme à Montréal au commencement du XXe siècle 1893-1920*, p. 125 et suiv.; pour un historique du mouvement: T.R. Richardson *The Century of the Child*, p. 78 et suiv.

87 "Comité d'hygiène mentale", *La Clinique, Montréal* XI, 6, septembre 1920, p. 99

Au plan social, la perception de l'enfance s'affinait tout au long du XIXe siècle. Elle accompagnait une prise de conscience de l'influence du milieu sur les individus. Rooke et Schnell (88) soulignent avec justesse que le bien-être des enfants était lié à des développements sociaux et intellectuels. Si on découvrait les besoins propres à cet âge de la vie, on découvrait surtout l'enfant malléable pour lequel on convenait d'un besoin d'encadrement particulier. Pour un certain nombre d'enfants, leur bien-être était conçu et résolu en dehors du cadre familial. Dans l'ensemble, les institutions qui les regroupaient, l'école, l'orphelinat, la garderie, étaient caractérisées par l'absence d'égard à l'individualité de l'enfant tout en constituant des groupes différenciés. L'institutionnalisation de l'enfance se doublait d'une spécification institutionnelle. Quant aux législations, elles traduisaient la sensibilité des réformistes à l'égard de l'enfance tout autant que les préoccupations du mouvement ouvrier pour qui une main-d'oeuvre peu rémunérée, exerçait des pressions à la baisse sur les salaires des ouvriers et alimentait le cercle vicieux du faible revenu familial.

Ces développements institutionnels et législatifs qui apportaient un soutien à l'enfant particulièrement celui en difficulté, relèvent avant tout de l'histoire sociale qui étudie l'enfant en relation avec sa famille ou sa prise en charge par la société. Ils constituaient cependant une étape importante dans la reconnaissance de ses besoins particuliers et dans la perception de sa valeur sociale. Quant à l'enfant malade et les soins qu'il requiert, ils relèvent de l'histoire de la médecine, bien que des valeurs socio-politiques motivaient les intervenants. On peut cependant porter au compte des facteurs externes ce développement institutionnel qui jouait de manière oblique, un rôle dans l'avènement de l'institution pédiatrique.

88 Rooke et Schnell, *op. cit.*, p. 130

1.2.2 La professionnalisation des médecins.

Dans la perspective d'une approche sociale, nous ne saurions ignorer l'analyse que Freidson fait de la profession médicale (89). Il affirme que la médecine doit sa prééminence à l'État car c'est lui qui dote le médecin de la compétence exclusive. Et cette prééminence de la médecine aujourd'hui lui fait occuper une position comparable à celle des religions d'État d'hier. Elle devient ainsi l'instrument de pouvoir évoqué par Foucault. Quant à la mise en place de la profession médicale au Québec, elle a fait l'objet d'une analyse approfondie de Jacques Bernier (90) pour la période allant de 1788 à 1909. A son tour, cette étude fait surgir à travers les transformations structurelles, le jeu des agents et la culture de ce groupe social qui ont conditionné les rapports entre le savoir et le pouvoir.

Au Québec, le processus de professionnalisation des médecins était enclenché plus tôt qu'en Ontario (1869), qu'au Canada, voire même qu'aux États-Unis où était fondée en 1847 l'*American Medical Association* dont le rôle était celui d'un groupe de pression. Bernier l'attribue à un vacuum produit dans la structure sociale au début du XIXe siècle avec la diminution de l'influence des seigneurs et la faiblesse de la bourgeoisie d'affaires francophone qui permettaient aux membres des professions libérales de s'insérer plus facilement dans la vie politique et sociale que leurs confrères ontariens et américains (91). Il n'était donc pas un simple épiphénomène de ce qui se passait à l'étranger (92) et Bernier démontre par là, que le changement de structure sociale engendré par la révolution industrielle ne peut expliquer à lui seul cet événement puisque l'Ontario

89 Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot 1984.

90 Jacques Bernier, *La médecine au Québec: Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les Presses de l'Université Laval 1989. Voir aussi: J. Gauvreau, "Une page d'histoire Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec", *UMC* 67, janvier 1938, pp. 53-63

91 *ibid.*, p. 161

92 J. Bernier, *ibid.*, p. 23

détenait une avance industrielle sur le Québec (93). De plus le Collège était fondé contre le gré de la seule faculté de médecine existante au Bas-Canada. Bernier soutient que des raisons socio-politiques sont plus à même d'expliquer le phénomène. Il reconnaît au nombre des facteurs qui y contribuaient: la contestation du pouvoir colonial qui favorisait les médecins militaires au détriment des médecins civils, la nécessité d'établir un enseignement uniforme, structuré et pratique qui dépassait celui acquis par l'apprentissage et enfin le désir des médecins d'obtenir la reconnaissance sociale et l'amélioration de leur situation financière.

Chez les médecins, les bureaux d'examineurs élus depuis 1831 étaient devenus de véritables groupes de pression qui s'impliquaient politiquement dans une période particulièrement troublée de l'histoire du Québec. Le projet de 1847 était donc le prolongement direct des tensions qui existaient dans le monde médical, au début du XIXe siècle (94) et c'est dans un contexte de tensions politiques que l'État en est venu à conférer au Collège des pouvoirs qui permettaient aux médecins de renforcer leur statut tout au long du siècle. Et si les médecins contestataires, jouissaient d'un certain prestige social et n'ont pas rencontré d'opposition à leur projet, il n'en restait pas moins que la médecine en est venue à exercer sur son propre travail un contrôle officiellement reconnu dont elle était et est toujours redevable à l'État. Ce n'est pas là le moindre paradoxe d'une profession qui prétend toujours au titre de profession libérale.

Freidson soutient que le seul critère constant qui soit important pour distinguer la profession des autres métiers, est le fait de l'autonomie, c'est-à-dire le libre droit de contrôle sur le travail (95). Si l'autonomie se reconnaît à l'autorégulation, elle ne signifie pas pour autant neutralité. Dans cette perspective, nous faisons ressortir les stratégies sur

93 *ibid.*, p. 9

94 *ibid.*, p. 46

95 E. Freidson, *op. cit.*, p. 92

lesquelles s'appuie la profession et plus particulièrement la pédiatrie pour devenir une discipline autonome.

C'est au milieu du XIXe siècle que la profession médicale voyait reconnaître son statut juridique par la création du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada en 1847. Ce dernier obtenait le droit de régir les études médicales et définissait les conditions minimales d'exercice de la profession; il était seul autorisé à faire subir les examens de compétence professionnelle. Les médecins devenaient de fait membres d'un groupe défini par un savoir et une compétence. En 1849, le Collège obtenait de délivrer lui-même les permis d'exercice. On peut donc très tôt réfuter le mythe du savoir indifférent au pouvoir; un savoir auquel le non initié n'avait pas accès et que les médecins n'entendaient pas partager sous peine de voir démythifiée la fonction qu'ils aspiraient à exercer dans la société. Dès ce moment, le médecin se définissait comme le maître d'oeuvre de la distribution des soins auquel devaient se soumettre les autres groupes de soignants.

Dans les États dirigistes, l'État requérait l'appui des médecins pour atteindre ses objectifs populationnistes et les faisait en quelque sorte participer au pouvoir. Ici, ce sont les médecins qui cherchaient à faire voir aux dirigeants politiques, le sens de leurs intérêts. Ils devaient faire valoir leurs services. Au lendemain du pacte fédératif qui répartissait les pouvoirs politiques, les médecins cherchaient à se regrouper. A l'initiative de la Société médicale de Québec, quelques médecins réclamaient un système unique pour le Canada dans l'établissement des standards académiques et l'octroi du permis de pratique. La *Canadian Medical Association* naissait à Québec en octobre 1867 à l'Université Laval, sous la présidence du docteur J.A. Sewel. L'association s'intéressait particulièrement à la standardisation des études médicales (96).

96 Canadian Medical Association, *Canada Medical Journal* V, 4, October 1869, p. 168. A cette première réunion annuelle participaient plusieurs médecins francophones dont Adolphe Dagenais, Arthur Ricard, E. H. Trudel.

D'autre part, la Société médicale de Montréal, le docteur J.P. Rottot en tête, refusait l'ingérence du gouvernement fédéral dans un domaine de juridiction provinciale (97). Percevant leur statut minoritaire dans la Confédération canadienne, des médecins canadiens-français développaient des solidarités dans les nouvelles sociétés médicales qui se multipliaient. La Société médicale de Montréal fondée en 1871, et son prolongement, l'*Union médicale du Canada*, revue fondée l'année suivante, orchestraient les revendications des médecins francophones. Le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada prenait alors le nom de "Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec" (98) et l'inscription devenait obligatoire en 1876 pour tous les médecins exerçant au Québec. Le Collège se donnait un code de déontologie deux ans plus tard..

La Société médicale de Montréal s'était dissoute dans la polémique Victoria-Laval; elle renaissait en 1900 à partir d'un comité d'études formé par le docteur Marien. Elle jouait d'influence dans les questions d'intérêt public particulièrement dans la question de la mortalité infantile, comme nous le verrons.

Pour mieux s'affirmer, en juin 1900, les médecins francophones se réunissaient pour jeter les bases d'une association autonome, l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. A partir de 1902, ils tenaient régulièrement des congrès, dont les manifestations étaient jugées sociales et politiques par les observateurs français venus y assister en 1908 (99). Car au tournant du siècle, encore une fois les divergences de vue et les rivalités ethniques divisaient le corps médical quant aux orientations professionnelles, le "Bill Roddick"

97 *UMC* 1, 6, juin 1872, pp. 241-245. J.P. Rottot était conseiller de Montréal de 1856 à 1858

98 "Acte concernant la profession médicale de la province de Québec", *UMC* 4, décembre 1875, p. 554

99 *Montréal-Médical* 10, 123, juin 1910, p. 229; 10, 115, septembre 1910, p. 353. Le rapporteur officiel affirmait qu'il n'existait pas de mouvement scientifique au Canada français.

accaparant les énergies. Ce virage nationaliste se plaçait sous la devise "Nos institutions, notre langue et nos lois" (100).

Certains médecins percevaient clairement les avantages du regroupement associatif et concevaient le projet de syndiquer toutes les sociétés médicales pour en augmenter leur influence (101). Ils entrevoyaient le rôle de l'organisme qui les regrouperait, comme "le porte-parole de la profession auprès des autorités civiles et politiques chaque fois que l'un de ses membres se croirait lésé dans ses droits ou ses obligations". Le but étant de mettre à contribution son influence et ses moyens d'action "pour mener à bon terme les graves questions qui nous occupent". Ils imaginaient aisément "l'autorité incontestable que posséderait le Corps Médical, s'il était uni et solidaire, auprès des pouvoirs administratifs" (102). Déjà les médecins reconnaissaient que "depuis l'organisation de nos sociétés, le Corps Médical a acquis une autorité bien établie, les pouvoirs tant politiques que municipaux accueillent avec considération nos suggestions et se soumettent volontiers à nos décisions" (103). Au-delà des avantages scientifiques et humanitaires, les médecins y voyaient la protection de leurs intérêts, la sauvegarde de leurs privilèges et la défense de leurs droits, comme ils en témoignaient. Le regroupement associatif et l'occupation de postes administratifs stratégiques devenaient les leviers de l'affirmation de leur autorité culturelle.

Par ailleurs, la montée du pouvoir médical allait de pair avec la création de lieux d'enseignement c'est-à-dire des écoles de médecine et leurs hôpitaux affiliés, que requérait l'enseignement clinique. Au sein de ces institutions, les médecins développaient un esprit de corps. Dans les hôpitaux, par la mise sur pied de bureaux médicaux, ils faisaient passer sous leur juridiction tout le travail médical.

100 "Intérêts professionnels", *La Revue médicale du Canada* 5, 1902, p. 261

101 "Le Banquet annuel de la Société médicale de Montréal", *UMC* 40, 4, avril 1911, pp. 187-207

102 Raoul Masson, "Aux Sociétés médicales", *UMC* 42, 3, mars 1913, pp. 161-164

103 *ibid.*, p. 163

Il nous faut souligner que le processus de professionnalisation s'amorçait ici, au moment des premiers balbutiements de la médecine clinique, mais avant que la chirurgie ne se place sous le signe de l'asepsie et de l'antisepsie et surtout avant que la médecine ne devienne véritablement efficace. Pour ces raisons, la professionnalisation avait peu à voir avec la protection du public, comme le discours qui accompagnait la lutte contre les pratiques concurrentes, le donnait à entendre. Elle marquait surtout le premier pas vers une limitation du nombre de soignants qui étaient graduellement soumis au découpage des champs d'activité, par une spécialisation croissante.

Il restait cependant aux médecins à imposer leurs services à la population, à devenir une profession consultante, comme le dit Freidson, car c'était, en dernier ressort, de l'opinion publique que dépendait le prestige accordé à la profession. La stratégie reposait sur un double développement: le premier, se déployait dans les hôpitaux et dans le domaine de l'hygiène publique où les médecins cherchaient à faire reconnaître leur expertise médicale, le second, exigeait le perfectionnement des savoirs qui s'accompagnait de la standardisation de la formation médicale, que les lois médicales de 1876, 1894 et celle refondue de 1909, contribuaient à définir (104). La sélection des candidats devenait le pivot de ce perfectionnement.

A l'initiative du docteur Thomas Roddick qui s'était fait élire au parlement canadien en 1896 avec l'intention de pousser plus avant la centralisation de la profession médicale, le Bill Roddick était déposé en 1901 et le *Medical Council of Canada* était créé en 1912. Sous prétexte de faciliter la réciprocité des licences médicales provinciales, ce conseil

104 Le loi de 1876 astreignait le candidat à l'étude de la médecine à un examen moins sommaire. Elle rendait accessible à tous les médecins l'inscription au Collège. La loi de 1894 élevait le niveau des connaissances des candidats à l'étude de la médecine et les bacheliers recevaient le brevet d'admission à l'étude de la médecine, sur présentation de leur diplôme. La loi de 1909 exigeait cinq années de scolarité et le programme enrichi, comportait une plus forte composante d'enseignement clinique. G.A. Marsan compilait les législations dans *Le Code des Médecins et Chirurgiens* en 1920.

favorisait la standardisation des études médicales tout en cherchant à contrôler l'ensemble de la profession canadienne.⁽¹⁰⁵⁾ En dépit de ces efforts, le droit de pratiquer la médecine est toujours demeuré du ressort du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Toutefois, à partir de 1918, le Collège établissait des rapports permanents avec le *Medical Council of Canada*, la licence du Québec ayant été reconnue après quelques ajustements, dont l'enseignement obligatoire de la biologie.

En suivant le cheminement de la professionnalisation des médecins, nous sommes confrontés au discours médical qui renvoie aux conditions de production de ce discours. Ainsi, les médecins se présentaient comme des individus liés entre eux par une communauté d'intérêts qui s'efforçaient de faire peser le poids de leur influence sur le pouvoir politique; ils possédaient une conviction idéologique assez ferme pour prétendre exercer une influence politique effective.

Le contexte socio-politique du cas canadien et les tensions qu'il révèle, tensions le plus souvent passées sous silence dans une certaine historiographie médicale même récente, confirme le caractère politique de la professionnalisation qui se faisait sur fond "d'une politique de santé".

1.2.2.1 Le développement de l'hygiène à Montréal.

Freidson constate que la médecine devenait une vraie profession consultante à la fin du XIXe siècle, quand ses bases scientifiques apparaissaient suffisamment solides pour se prétendre supérieures à celles des guérisseurs. Car cette profession consultante avait besoin d'un public récepteur capable d'accepter les pratiques d'un groupe professionnel déterminé. Il attribue à l'amélioration des résultats concrets

¹⁰⁵ H.E. MacDermot, *One Hundred Years of Medicine in Canada*, p. 57

dans la pratique et à l'instruction obligatoire, le fait que la médecine soit devenue une profession consultante (106) dont il énumère les conditions essentielles de réalisation. Tout d'abord, la détention du contrôle exclusif de toutes les méthodes et les accès aux éléments décisifs de la technologie indispensable et celle de l'exclusivité de l'interprétation des résultats; l'appartenance à un groupe professionnel qui décide à l'origine des critères qui habilite quelqu'un à accomplir le travail d'une manière acceptable; enfin, la croyance de l'opinion publique à la compétence du métier de consultant et à la valeur des connaissances et des habiletés déclarées par ce métier, la pratique devant être plus efficace. (107) Nous ajoutons, l'habileté de la profession médicale à se positionner socialement et politiquement pour développer une stratégie qui consiste à former une opinion publique qui lui soit favorable sous le couvert de l'éducation. Car nous croyons que l'opinion publique se forme à partir de ce qu'on veut bien lui faire voir et croire et que s'employer à former l'opinion publique, c'est dominer les individus de l'intérieur et leur nier la liberté de saisir la réalité à partir de leur propre expérience. Gardant cette approche à l'esprit, nous abordons le développement de l'hygiène et le rôle que cette discipline était appelée à jouer dans le développement de la pédiatrie.

Au-delà du souci humanitaire, l'action réformatrice entreprise dans la deuxième moitié du XIXe siècle dans le domaine de la santé publique, se doublait, d'un intérêt lié à l'organisation de la profession médicale dont les médecins cherchaient à consolider l'essor, comme le démontre l'histoire de l'hygiène publique au Québec (108). Le mouvement sanitaire montréalais qui s'amorçait à l'époque, participait au courant occidental

106 E. Freidson, *op. cit.* p. 84

107 *ibid.*, p. 19

108 Claudine Pierre-Deschênes, "Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918", *RHAF* 35, 3, décembre 1981 p. 355-375; Michael Farley, Othmar Keel, Camille Limoges "Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) *Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine* 20, 1982, pp. 24-46; 21, 1982, pp. 85-109. Pour Toronto, voir: Heather MacDougall "Public Health and the "Sanitary Idea" in Toronto 1866-1890", *Essays in the History of Canadian Medicine*, pp. 62-87

qui prônait l'assainissement du milieu auquel nous avons déjà fait allusion. L'intervention relevait le plus souvent des travaux publics qui voyaient au pavage des rues, à la mise en place de systèmes d'égoût et d'aqueduc, à l'évacuation des déchets etc. . Mais la promulgation du *Public Health Act* en 1875 au Royaume-Uni, qui ordonnait aux municipalités de mettre sur pied un Bureau de santé, aurait eu une influence au Canada (109). D'ailleurs, la loi médicale de 1876 rendait l'enseignement de l'hygiène obligatoire dans les écoles de médecine. En s'inscrivant dans ce mouvement sanitaire, les médecins cherchaient à prendre une part plus grande dans l'organisation sociale et présentaient l'hygiène comme la science sur laquelle devaient s'appuyer les pouvoirs publics (110).

Les épidémies étaient des événements redoutés dans la population et les autorités se voyaient contraintes d'intervenir, ce qu'elles faisaient de façon sporadique, au gré des événements (111). Mais bientôt, avec le développement de la cité, c'était l'ensemble de la situation sanitaire qui paraissait déplorable; ses effets se traduisaient dans le taux élevé de mortalité, particulièrement chez les Canadiens-français. Les conséquences économiques d'un tel état de choses devenaient de plus en plus insupportables et commandaient une action continue. La politique de santé inaugurée en 1861 était suivie par la nomination des officiers de santé en 1866. Par ailleurs, la Société médicale de Montréal fondée en 1871, se donnait un programme de réformes sanitaires et l'arrivée du docteur William H. Hingston (112) à la mairie en 1875, était marquée par l'obtention de nouveaux pouvoirs. Une politique sanitaire s'imposait et on notait un renforcement de la présence

109 G.H. Agnew, *Canadian Hospitals 1920 to 1970*, p. 50.

110 G.O. Beaudry, "Maladies contagieuses", *La Revue canadienne* XV, 1878, pp. 431-437, 496-502, 576-582.

111 Benoit Gaumer, *Le service de santé de la ville de Montréal de la mise sur pied au démantèlement 1865-1975*. Ph. D. Sciences humaines appliquées, Université de Montréal 1996

112 W. Hingston était un homme influent. Il a été député, sénateur, président du Collège des Médecins et Chirurgiens, doyen de la faculté de médecine de l'Université Bishop et de l'École de Médecine et de Chirurgie.

médicale dans l'administration sanitaire et par conséquent une entrée au Conseil municipal de l'idéologie sanitaire (113).

La récession économique avait entraîné des réductions du budget de la santé en 1876, dans les villes de New York, Boston et Philadelphie et rendait difficile le maintien des services existants (114). Ici au début des années 1880, au sein de l'administration montréalaise, les médecins étaient temporairement écartés au profit des spécialistes en travaux publics. Ils songeaient alors à porter leur action au niveau provincial. Une Convention sanitaire tenue à Québec le 31 janvier 1883, réclamait l'intervention gouvernementale. Le premier ministre suggérait alors aux délégués, la préparation d'un projet de loi sanitaire. (115) Le Conseil d'hygiène de la Province de Québec naissait en 1888. Au sein de cette création du gouvernement Mercier, les médecins s'approprièrent l'institution et les décisions tendaient à relever de plus en plus, d'une minorité "d'experts".

L'épidémie de 1885-1886 était le théâtre de confrontations entre les tenants de diverses théories étiologiques dont les débats laissaient transparaître une science bien peu maîtrisée (116). A cette occasion, la crédibilité des médecins était mise à rude épreuve; leurs divisions portaient tant sur la pratique de la vaccination que sur les méthodes

113 Farley, Keel, Limoges, *op. cit.*, Aux États-Unis, l'*American Public Health Association* était fondée en 1872 et vers 1877, 14 États avaient établi des départements de santé: T. Cone, *op. cit.*, p. 100

114 R. Meckel, *op. cit.*, p. 67

115 D. Goulet et al., "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", *RHAF* 49, printemps 1994, pp. 491-520. Voir aussi: F. Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p. 32. Une loi promulguée en 1886 créait l'année suivante une commission d'hygiène dont le mandat était consultatif, elle était remplacée en 1888 par le Conseil d'hygiène de la Province de Québec. En 1893, une loi était adoptée concernant la compilation des statistiques.

116 "L'épidémie de variole", *UMC* XV, février 1886, pp. 90-93. Michael Farley, Peter Keating, Othmar Keel, "La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du XIXe siècle: pratiques, obstacles et résistances", *Sciences et médecine au Québec. Perspectives sociohistoriques*. Québec, IQRC 1987, chapitre 4; Michael Bliss, *Plague A Story of Smallpox in Montreal*. Toronto, Harper Collins 1991. Gaumer, *op. cit.*, p. 21

coercitives qui l'accompagnaient. Pourtant, une perte de contrôle de l'épidémie et le dérapage qui s'ensuivit n'ont pas suffi à mettre en doute leurs compétences comme conseillers en matière de santé publique puisqu'ils réussissaient à porter leur action au niveau provincial au lendemain de l'épreuve, confiants de pouvoir intervenir sur le destin de la nation. Comment expliquer ce retour en force au lendemain d'une expérience si mal menée, parsemée de dissensions, dont les médecins n'étaient pas bien sûr, les seuls responsables, même s'ils étaient au cœur du débat?

Dans l'histoire médicale de Montréal, quelques historiens (117) ont mis en évidence le rôle joué par les groupes de pression dans l'accession des membres de la profession médicale à une participation accrue au pouvoir de l'État. Au sein de l'administration municipale, les médecins tentaient d'influencer les politiques administratives. A travers la poursuite d'objectifs d'ordre social comme la santé publique, les médecins savaient concilier leurs intérêts professionnels et l'intérêt public, en façonnant l'opinion publique. Farley, Keel et Limoges ont observé, l'importance du rôle joué par les groupes de pression dans l'affermissement de l'autorité culturelle des médecins en matière d'hygiène publique. La *Montreal Sanitary Association* fondée en 1867 déplorait l'énorme mortalité particulièrement chez les enfants et exerçait des pressions auprès du Conseil municipal afin d'améliorer l'état sanitaire de la ville. Son président William Workman allait devenir maire l'année suivante et un des secrétaires, le docteur A. B. Larocque (1823-1893) devenait le principal officier de santé de la ville en 1870. Quant au chirurgien-maire William Hingston, en 1875, il prenait appui sur la *Citizen's Public Health Association* qui diffusait ses idées dans le *Public Health Magazine*. Hingston était lui-même à l'origine de cette association qui regroupait des médecins et des citoyens intéressés à la chose publique. Sa politique a assuré à la profession médicale, un poids qu'elle n'avait jamais eu auparavant dans la gestion de la cité, comme l'ont démontrée les auteurs.

117 Farley, Keel, Limoges, *op. cit.*; C. Pierre-Deschênes, *op. cit.*.

Deschênes reconnaît également l'utilité des associations sanitaires dans la conscientisation de la classe dirigeante qui a permis de déboucher sur la formation du Conseil d'hygiène. Gaumer prend le contre-pied et soutient que Larocque et les médecins militants du progrès sanitaire, cherchaient à mettre l'hygiène au service de leurs contemporains plutôt qu'à asseoir l'hégémonie de la profession médicale. (118)

En octobre 1883 à Montréal, les médecins menaient la croisade par le biais de la Société d'hygiène de la Province de Québec, présidée par le docteur Norbert Fafard (1849-1900), professeur de chimie et de toxicologie, secondé du secrétaire, le docteur Laberge, auxquels se joignaient les docteurs A.B. Larocque, I.J. Desroches et S. Lachapelle, ce dernier allait devenir professeur de pédiatrie. La Société, avec l'aide financière du gouvernement fédéral, se dotait du *Journal d'hygiène populaire*, dont le premier numéro paraissait en mai 1884. En juin 1887, un numéro qui portait partiellement sur l'hygiène de l'enfance, était tiré à 11 000 exemplaires, grâce à l'intervention de l'échevin, le docteur W. Mount. Quatre ans après sa fondation, ce journal devenait le porte-parole officiel du Conseil d'hygiène de la province de Québec. Cette publication poursuivra pendant onze ans ses objectifs d'éducation et de persuasion tant auprès des individus qu'auprès des autorités locales et gouvernementales. Mais plus encore, les hygiénistes voulaient définir le développement social.

Quelques années avant sa mort, le docteur A.B. Larocque fondait en 1891, l'Association canadienne pour l'étude de la diffusion des sciences sociales (119). Cette association regroupait des marchands et des membres des professions libérales dont les docteurs Louis Laberge et Séverin Lachapelle. Lors de la première réunion, le président Larocque insistait sur la nécessité de former une nation saine et homogène par la

118 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 106

119 *Origine de l'Association canadienne pour l'étude de la diffusion des sciences sociales. Études des questions sociales*. Montréal (brochures boîte A, collection Chagnon, BLSH, Université de Montréal)

diffusion des grands principes réformateurs de l'économie politique et sociale et par l'action du spirituel sur le temporel. On s'accordait sur:

"la nécessité d'étudier les habitudes du peuple de manière à faire pénétrer dans les familles et dans les écoles la connaissance des lois naturelles et des conséquences qu'entraîne leur violation, en sorte que la génération grandissante apprenne, par l'étude de l'hygiène et des sciences connexes à soigner le corps et l'esprit."

Devenus membres d'une profession accréditée, les médecins voulaient influencer les esprits et les mœurs. Freidson (120) qualifie "d'entrepreneurs moraux de la santé" ceux qui cherchent à influencer l'opinion publique et politique.

Au lendemain du premier congrès canadien contre la tuberculose tenu à Ottawa en février 1901 (121), naissait l'Association canadienne pour la prévention de la tuberculose (1901). L'association qui était le prolongement de la *Canadian Medical Association*, regroupait majoritairement des médecins et exerçait des pressions auprès du gouvernement fédéral; elle réclamait l'établissement de sanatoriums. À Montréal, la ligue antituberculeuse était fondée le 29 novembre 1902 (122). En 1904, la ligue ouvrait un dispensaire et entretenait une vingtaine de lits à l'Hôpital des incurables à Notre-Dame de Grâce. La ligue apportait son appui aux sociétés médicales et à la profession en mettant sur pied des campagnes de sensibilisation et d'éducation auxquelles elle ajoutait un appui financier (123). La ligue exerçait des

120 E. Freidson, *op. cit.*, p. 256

121 J.E. Dubé, "Congrès contre la tuberculose tenu à Ottawa" *UMC* 30, 3, mars 1901 pp. 166-169 ; *Montréal-Médical* 1, 1901, p. 33; G.J. Wherrett, *The Miracle of the Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*, chapitre 2

122 Albert Laramée, "La ligue antituberculeuse de Montréal" *UMC* 38, décembre 1909, pp. 705-6.

123 G.J. Wherrett, *op. cit.*, chapitre 19.

pressions en vue d'obtenir la *Commission royale de la tuberculose*, finalement constituée le 9 août 1909 et présidée par le docteur E.P. Lachapelle, incidemment président du Conseil d'hygiène. Dans son rapport (1910), la commission identifiait les trois piliers de la lutte antituberculeuse: l'éducation, la législation et l'argent et réclamait pour le Conseil d'hygiène, la centralisation des pouvoirs, avec bien sûr les budgets suffisants pour diriger la lutte.

Le rapport de cette commission à prétention scientifique, puisqu'il s'appuyait sur la statistique, présentait un grave problème méthodologique. D'abord, les commissaires eux-mêmes reconnaissaient que les statistiques n'étaient pas organisées de façon scientifique. De plus, l'enquête, menée auprès de 1800 médecins dont 338 seulement jugeaient à propos de répondre, posait vingt questions qui appelaient des jugements de valeur (124). Les médecins présentaient des impressions cliniques comme des vérités qui reposaient sur l'expérience personnelle, sans préciser la nature de l'expérience dont ils tiraient des conclusions. C'étaient des opinions tirées des sentiments, des préjugés et des croyances. Or la science n'est pas une opinion. De plus, le rapport n'était pas exempt de contradictions, mais il n'en fallait pas plus pour réclamer, pour le Conseil d'hygiène, les pouvoirs suffisants afin de coordonner la lutte contre la tuberculose. Quant à l'action municipale, elle devait reposer sur le dispensaire (125).

Il n'est pas indifférent de rappeler que chez les réformistes portés au pouvoir à Montréal en 1910, les médecins influents étaient bien représentés: le docteur J.J. Guérin (126) occupait la mairie, et présidait

124 *Rapport de la Commission royale de la tuberculose*, p. 66

125 Claudine Pierre Deschênes, *La tuberculose au Québec au début du XXe siècle Problème social et réponse réformatrice* M.A., UQAM 1980. Deschênes formule ses commentaires sur le rapport à la page 175

126 James J. Guérin (1856-1932) était le successeur de Hingstor. à la présidence du bureau médical de l'Hôtel-Dieu, professeur de clinique médicale à la faculté de médecine et membre du bureau de direction de cette même faculté, député provincial de Montréal Centre de 1895 à 1897 et député fédéral de Montréal Sainte-Anne de 1900 à 1925, gouverneur du Collège des médecins et membre du Conseil de l'Instruction publique.

le bureau des commissaires composé de quatre membres, dont un poste revenait au docteur E.P. Lachapelle dont l'influence à l'École de médecine, à l'Hôpital Notre-Dame et au Conseil d'hygiène est bien connue (127).

En 1912, la Ligue du progrès civique/*The Civic Improvement League of Montreal* (128) organisait et patronnait conjointement avec la Société Saint-Jean-Baptiste une grande campagne pour promouvoir les oeuvres sociales et l'hygiène parmi le peuple qui donnait lieu à l'Exposition sur le bien-être de l'enfance (129). Séverin Lachapelle y présidait le comité "la santé".

Les médecins ne négligeaient pas pour autant leur intégration au monde scientifique. Le docteur Pierre Bédard fondait *La Revue scientifique* en 1901 (130), et Henri Lasnier (131) publiait au lendemain de sa participation à titre de secrétaire du comité canadien de propagande au deuxième congrès de physiothérapie de Paris, *Les Rayons X* en 1910 (132); des revues éphémères qui n'en témoignent pas

127 F. Nagant, *La politique municipale à Montréal de 1910 à 1914 l'échec des réformistes et le triomphe de Médéric Martin* M.A.(histoire) Université de Montréal 1982

128 A. Germain, *Mouvements sociaux de réforme urbaine à Montréal de 1880 à 1920*, p. 109. E. P. Lachapelle et E. Montpetit participaient à la ligue.

129 S. Boucher "25 années consacrées à l'hygiène de Montréal" *La Patrie*, jeudi 14 mai 1936, p. 30

130 *Montréal Médical*, 1901, p. 141. Bédard, directeur de la revue, affirme que son but est de vulgariser les notions d'hygiène afin d'assurer l'émancipation du peuple canadien-français.

131 Henri Lasnier quittait pour Paris en 1895, après l'obtention de son diplôme de médecine. Médecin bénévole à l'Hôpital d'Auteuil, il poursuivait des études également à l'Institut Pasteur et obtenait un diplôme de l'Hôpital Saint-Antoine de Paris. Il séjournait deux ans à titre de *House Surgeon* au *London Hospital* avant de revenir en 1900 avec un tube portatif de Gaiffe acheté 30\$. Il était directeur du Laboratoire de Rayons X, avenue des Pins. Il était membre de l'*American Electro Therapeutic Association* de New York. Radiologiste attitré de l'Hôpital Sainte-Justine en 1910, il publiait *Rayons X*. Mais bientôt, il partait pour l'Ouest canadien où il pratiquait cinq ans avant de se retrouver à Malte en 1915 comme médecin militaire. L'année suivante, il pratiquait la radiologie à Londres avant de revenir dans l'Ouest en 1917 et plus tard au Québec: L.P. Bélisie, "Histoire de la radiologie au Canada français", *UMC* 88, janvier 1959, pp. 40-52

132 *La Patrie*, 8 février 1909.

moins de la volonté de certains médecins de s'ouvrir à la science. Louis Laberge poursuivait le même objectif quand il présidait en mai 1908, le comité canadien de l'Alliance scientifique universelle, regroupement fondé à Paris en 1876 par Léon de Rosny (133). Nous savons cependant peu de choses de la vitalité de cet organisme. S'agissait-il de la Société pour l'avancement des arts, des sciences et des lettres au Canada, fondée en avril 1908 à laquelle participaient les J.E. Dubé à titre de président et également vice-président de la Société Saint-Jean-Baptiste, S. Boucher, B.G. Bourgeois, J.C. Bourgouin, L.J.V. Cléroux, E.E. Laurent, tous de l'équipe médicale de l'Hôpital Sainte-Justine fondé quelques mois auparavant ? La société qui avait un groupe de liaison à Paris auquel participaient les docteurs Landouzy et Triboulet, aurait vécu le temps d'une demi-douzaine de conférences (134).

Cette prolifération d'associations témoignent des nouvelles relations sociales rendues possibles dans une société urbaine, comme le suggère Rosen. Elles permettent l'action collective d'une nouvelle élite pour établir des rapports entre l'individu et l'État et partant, pour définir un encadrement social.

Les études auxquelles nous faisons référence décrivent bien la pénétration de la profession médicale dans la sphère publique et l'affermissement de son autorité culturelle. La méthode qui a réussi, reposait sur le façonnement de l'opinion publique (135) par le biais d'associations de citoyens influents, et par la multiplication de publications destinées tant au public en général qu'aux classes dirigeantes. Ces associations, au sein desquelles militaient des

133 *Alliance scientifique universelle Association internationale des Hommes de Sciences Sciences Littérature Beaux-Arts*. Compte-rendu de l'assemblée générale du 17 octobre 1909, Montréal.

134 E. Desjardins, "Et avant l'ACFAS, il y eut la SPALAC" *UMC* 100, juillet 1971, p. 1402. *La Patrie* 16 février 1909, p. 11

135 E. Nadeau, "Promenade mélancolique à travers les cimetières de Québec", *Le Bulletin médical de Québec*, 1916, pp. 275-299: Nadeau affirme qu'en démocratie, les gouvernements suivent l'opinion publique. Il appartient donc à la profession médicale de façonner l'opinion publique.

médecins, réclamaient l'intervention des pouvoirs publics dans le domaine de la santé tout en indiquant que seuls les médecins détenaient les connaissances en cette matière. Elles favorisaient donc l'alliance des médecins et du pouvoir politique. Ces activités de propagande démontrent que l'appui du public constituait une condition essentielle au succès de leur activité médicale.

L'état de santé de la population s'était amélioré entre 1850 et 1880 sans qu'on puisse l'attribuer à une nouvelle thérapeutique médicale, nous écrit Bernier (136). Diverses mesures qui tenaient à l'amélioration des conditions d'hygiène publique et à une élévation du niveau de vie en étaient plutôt responsables. Cependant le corps médical, principal moteur de ce mouvement sanitaire, plus que tout autre groupe social, en a retiré le plus de crédit.

L'hygiène, présentée comme une science d'intérêt public, exigeait de la population des changements profonds dans ses comportements, une confiance quasi aveugle dans la médecine en plus de demander aux municipalités, un accroissement des dépenses administratives, car toujours, le progrès était mesuré au montant *per capita* alloué à l'hygiène. L'action des hygiénistes dépendait de la bonne volonté, du patronage et de la coopération des administrations publiques; elle passait par le façonnement de l'opinion pour mieux en faire accepter les conséquences à la population.

L'intérêt pour la santé des individus finalement manifesté par les autorités publiques, sous la pression de groupes politiques, reformulait la responsabilité collective à l'égard des populations. Graduellement, l'État établissait des alliances sur lesquelles il devait de plus en plus compter pour administrer, alors que les médecins entreprenaient de leur côté, une participation au pouvoir de l'État. Dans ce jeu de réciprocités, la liaison du savoir et du pouvoir tendait à identifier les fins de l'un et de l'autre par

136 J. Bernier, *op. cit.*, p. 139

la reconnaissance sociale de la "vérité scientifique". Cette alliance ouvrait le volet de la médecine préventive et légitimait un contrôle social de la population par la médicalisation. Le mode d'action une fois établi, était repris au moment où la pédiatrie sautait dans le train de l'hygiénisme déjà sur les rails.

1.2.2.2 L'Hygiène scolaire.

C'est, selon Ariès, avec la multiplication des collèges que les enfants se sont détachés du monde des adultes et avec la fréquentation scolaire, s'amorçait la différenciation des âges. A l'intérieur des groupes d'âge, des sous-groupes étaient constitués. Ariès fait le lien entre la découverte de l'enfance et le développement institutionnel dans la société occidentale. Si les éducateurs étaient les premiers à s'occuper des enfants d'une façon particulière, c'est aussi par le biais de l'école que les hygiénistes découvraient l'enfant et ces derniers cherchaient à s'associer au développement de l'institution scolaire.

Les préoccupations quant à l'hygiène scolaire remontaient au XVIII^e siècle au moment où Johann Peter Frank y consacrait un chapitre de son traité d'hygiène publique en 1777-1778. L'impulsion donnée, elle permettait au projet hygiéniste du XIX^e siècle de miser sur les enfants pour rejoindre les adultes et effectuait du même coup une brèche dans la vie privée familiale. L'école, avec sa clientèle captive et réceptive, devenait le terrain idéal de propagande du message sur l'hygiène, d'autant plus qu'elle en finançait les programmes. Dès juin 1883, l'Association sanitaire du Canada, sous le regard attentif de l'Association médicale du Canada, faisait la promotion de l'éducation sanitaire, particulièrement dans les écoles publiques.

Un premier congrès international d'hygiène scolaire tenu à Nuremberg en avril 1904, déployait les nouveaux champs d'activités de

l'hygiène tels: l'hygiène des bâtiments et des internats, l'enseignement de l'hygiène individuelle et collective, l'état sanitaire et l'inspection médicale des écoles, les écoles pour handicapés mentaux et physiques, les colonies de vacances et l'hygiène des professeurs. Voilà donc un volet de l'hygiène qui concernait spécifiquement l'enfant et son milieu de vie.

A Montréal, trois aspects recouvraient ce volet de l'hygiène publique dans un premier temps: un premier aspect concernait l'enseignement aux élèves des règles d'hygiène personnelle par lequel on espérait atteindre les familles, un second aspect tenait à l'inspection médicale des écoles dont le but visait tant le milieu de vie que l'évaluation de l'état de santé des enfants et le dépistage des maladies et un dernier aspect prônait l'éducation physique par l'exercice physique, la pratique du sport ou de la gymnastique. Agent de diffusion de la connaissance, l'école servait à son tour la formation de l'opinion publique. (137)

L'enseignement de l'hygiène.

Le docteur J.I. Desroches, secrétaire de la Société d'hygiène de la Province de Québec, se faisait le promoteur de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles dans le journal de la société, le *Journal d'hygiène populaire*. Il recevait l'appui du docteur Brennan (138) qui traçait ainsi les étapes du programme: la sensibilisation du bureau d'hygiène, la formation des maîtres, l'évaluation par le professeur de la situation hygiénique de l'école et des élèves, l'association des médecins à l'éducation des enfants et l'enseignement de l'hygiène à l'école.

Desroches publiait en 1888, *Cours complet d'enseignement de l'hygiène Traité élémentaire d'hygiène privée*, volume qu'il destinait aux

137 En 1901, les lois provinciales d'hygiène étaient refondues et la réglementation s'étendait aux institutions scolaires.

138 M.T. Brennan, "Quelques remarques sur l'hygiène scolaire et domestique des enfants, au point de vue médical", *UMC* 18, 1, janvier 1889, pp. 17-22

instituteurs, aux élèves des classes avancées, aux familles et aux membres du clergé. Desroches avançait que l'instruction populaire et la vulgarisation des notions d'hygiène, pouvaient seules, avec l'éducation religieuse, moraliser un peuple en lui donnant des habitudes d'ordre, d'économies, de propreté, de sobriété et de dignité personnelle (139). Il avouait avoir puisé chez plusieurs auteurs le contenu du livre, qui comprenait douze leçons et qui avait reçu l'approbation du Comité catholique du Conseil de l'instruction publique. L'ouvrage aurait connu un certain accueil en Europe, d'affirmer Desroches, même si ce dernier conservait un peu tardivement, une perception globale de l'enfance qui allait de la naissance à la puberté. Il publiait également à l'intention des écoliers, un *Catéchisme d'hygiène privée* en 1889.

Conformément aux instructions du Conseil d'hygiène, Séverin Lachapelle (1850-1913) rédigeait la même année (1888), un *Manuel d'hygiène* destiné aux écoliers et aux familles. Dans la préface, l'auteur affirmait que l'étude de l'hygiène recouvrait la grave question du perfectionnement physique et moral et l'accroissement de la nation. Le volume recevait l'approbation du Conseil de l'instruction publique du Québec et du Manitoba où il était introduit dans les écoles. Le gouvernement québécois faisait l'achat de 8000 exemplaires, qu'il destinait aux instituteurs (140). Présenté sous forme de questions-réponses à la manière d'un petit catéchisme, le manuel était traduit en anglais en 1891 par le docteur M.T. Brennan. Sans être obligatoire,

139 J.I. Desroches, *Traité élémentaire d'hygiène privée*, p. 133. Dans les pages liminaires, J. Israël Desroches (1850-1922) diplômé de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal en 1877, se présentait comme rédacteur du *Journal d'hygiène populaire*, membre correspondant de la Société française d'hygiène de Paris, membre correspondant de la Société des sciences physiques naturelles et climatologiques de l'Algérie, membre correspondant de la Société d'hygiène de l'enfance de Paris et détenteur d'une médaille d'or reçue à l'Exposition de l'hygiène de l'enfance de Paris en 1887. Il présidait également une Société de morale médicale formée à Montréal.

140 *La mère et l'enfant*, mai 1890, encart publicitaire.

l'enseignement de l'hygiène se faisait donc dans certaines écoles, dès 1892 (141).

Le Conseil d'hygiène cherchait à rendre cet enseignement obligatoire qui toutefois demeurait sous la juridiction du Conseil de l'instruction publique. Il faisait l'objet d'une recommandation du *Rapport de la Commission royale de la tuberculose 1909-1910* dont le président était également président du Conseil d'hygiène. Avec le temps il faisait partie de tous les programmes d'étude et comportait deux volets: un premier, éducatif, consistait à exiger, avec la coopération de l'instituteur, un souci d'hygiène personnelle chez l'élève; un deuxième, didactique, confié au médecin visiteur ou à défaut, au maître, bien que les médecins déploreraient leur manque de formation dans ce domaine (142). Le programme suggéré de 12 leçons totalisait 48 heures. Au cours académique, un enseignement particulier sur l'alcoolisme et sur la prévention de la tuberculose était prévu.

A son tour, le docteur Paul E. Prévost préposé aux statistiques au Conseil d'hygiène, publiait *Traité élémentaire d'anatomie, de physiologie et d'hygiène privée*. Ce livre d'une centaine de pages, traitait de l'hygiène à l'école, des maladies contagieuses et était complété par des notions rudimentaires sur la "gymnastique rationnelle". Destiné à l'écolier du cours élémentaire, il était illustré et rédigé sous formes de questions et réponses (143).

141 Claudine Pierre Deschênes, *La tuberculose au Québec au début du XX^e siècle* M.A. (histoire) UQAM 1980, p. 47

142 J. Décarie, "Enseignement actuel de l'hygiène à l'école" *La Clinique*, 1, 2 (février 1911), pp. 361-370; J.E. Laberge, "L'hygiène doit être enseignée à l'école" *La Clinique* IV, 8, novembre 1913. Jean-Pierre Décarie (1874-1941). Diplômé en médecine en 1899, il poursuivait des études à Paris jusqu'en 1902 et recevait un diplôme de l'Institut Pasteur. Il occupait le poste de commissaire d'école à Montréal jusqu'en 1914 au moment où il joignait le corps médical militaire. Il était directeur du service de santé de Notre-Dame de Grâce de 1905 à 1910 et par la suite, il joignait le Conseil provincial d'hygiène jusqu'en 1936. Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Sainte-Justine, il enseignait l'histologie à l'école dentaire en 1904, avant d'assumer l'enseignement de la dermatologie (10 leçons) en 1908.

143 *La Revue médicale du Canada* 6, 1903, p. 385

Au nombre des moyens didactiques, il faut aussi inscrire l'exposition antituberculeuse tenue à Montréal en novembre 1908, qui aurait été fréquentée par près de 25000 élèves (144). A cette occasion, la ligue antituberculeuse diffusait à l'intention des élèves, le *Catéchisme de tuberculose* qui comportait 54 questions et réponses. Quelques années plus tard, les Commissions scolaires de Montréal, de Saint-Jean-Baptiste et d'Hochelaga souscrivaient au fonds d'éducation antituberculeuse de l'Institut Bruchési qui s'occupait des écoliers.

Il devient intéressant de mettre en regard un enseignement de l'hygiène présenté aux élèves par une personne extérieure à la profession médicale. Le manuel de l'abbé Huard (145), directeur du *Naturaliste canadien*, consacrait à l'étude de l'anatomie et de la physiologie animales incluant l'homme, les deux premières parties de son volume et réservait la dernière partie, soit une vingtaine de pages, à l'hygiène où il y traitait sommairement de l'air, de l'habitation, de l'alimentation, de l'exercice, du sommeil et du bain. Pour l'auteur, l'hygiène s'insérait naturellement dans les sciences biologiques.

De cette introduction de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, nous retenons qu'il pouvait être conçu différemment selon le cadre proposé. L'enseignement médical présenté sous forme de catéchisme, peut paraître anodin, il n'en faisait pas moins que les règles d'hygiène s'apparentaient à des dogmes d'une vérité indiscutable; y souscrire devenait une obligation morale et quasi religieuse, tout en contribuant à l'affermissement de l'autorité culturelle des médecins; d'autre part, l'introduction de cet enseignement ouvrait la voie à l'examen médical des élèves et à la médicalisation des écoles.

144 UMC 38, 1, janvier 1909, pp. 36-38; A. Laramée, "La ligue antituberculeuse de Montréal" UMC 38, 12, décembre 1909, pp. 705-709

145 Victor A. Huard, *Traité élémentaire de zoologie et d'hygiène*, Québec 1906.

L'inspection médicale des écoles

L'idée d'organiser l'inspection hygiénique des enfants d'âge scolaire serait attribuable à Hermann Ludwig Cohn (1838-1906) de Breslau (146). Elle se pratiquait en Angleterre et aux États-Unis sous la responsabilité d'infirmières (147). A l'occasion du 16^e congrès de l'*American Pediatric Society* en 1904, le docteur Augustus Caillé (148) de New York estimait que le temps était venu pour la *Pediatric Society*, d'étendre son champ d'action et de superviser du point de vue médical, l'éducation des enfants américains, ceci incluant sa maison, son école, ses terrains de jeux, et les ateliers. Il rappelait qu'une première intervention en faveur de l'inspection médicale des écoles était faite en 1890 dans une assemblée de la *Pediatric Section* de la *New York Academy of Medicine* et que l'inspection était réalisée à Boston à partir de 1894, à New York en 1897 et à Philadelphie l'année suivante. L'intérêt éprouvé par les pédiatres à l'égard de cette pratique était manifeste.

En 1896, certains médecins du Québec voyaient dans l'inspection médicale des écoles, une mesure qui permettait au Conseil d'hygiène d'affirmer son action, tout en soulignant que "les autorités civiles auraient sous leur contrôle un moyen de renseignement efficace" (149). On ne pouvait affirmer plus clairement une volonté de contrôler la population par la pratique de l'enquête, sous le couvert du droit à la santé de l'enfant. Le Conseil d'hygiène qui n'avait pas juridiction sur les maisons d'enseignement privé, ne pouvait qu'offrir sa coopération, en attendant d'élargir ses pouvoirs. Deux objectifs définis par Elzéar Pelletier (1861-

146 Abt-Garrison, *op. cit.*, p. 115

147 André Mesureur, "Il faut des infirmières dans nos écoles" *La Presse médicale* 86, 24 oct. 1908.

148 Augustus Caillé, "The influence of American pediatric societies in promoting the welfare of american children" *Archives of Pediatrics* XXI, 7, July 1904, pp. 481-493

149 "Revue d'hygiène", *UMC* 25, 2, février 1896, pp. 174-180. Pour le Canada, voir: Neil Sutherland, "To Create a Strong and Healthy Race: School Children in the Public Health Movement 1880-1914", S.E.D. Shortt, ed., *Medicine in Canadian Society Historical Perspective*, pp. 361-393

1944) (150), visaient d'abord la prévention de l'insalubrité de l'école et le surmenage intellectuel des élèves.

En 1904, cette fois, c'était l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord réunie en congrès et le *Montreal Women's Club* qui se mobilisaient pour réclamer l'inspection médicale des écoles (151). Elle était organisée deux ans plus tard par le docteur J.E. Laberge, responsable du département des maladies contagieuses à la ville de Montréal, suite à une allocation budgétaire de 3000 dollars. Des confrères médecins s'empressaient de dénoncer le "favoritisme outré" qui accompagnait la nomination de 6 inspecteurs, faite sans tenir compte des avis du comité consultatif, démontrant ainsi l'importance qu'ils accordaient à cette fonction (152). Montréal était la première ville canadienne à organiser l'inspection médicale des écoles; le service était établi de façon permanente en 1910.

L'accent était mis sur le dépistage des maladies, même si l'inspection comportait une inspection des bâtiments qui permettait de constituer un casier sanitaire de chaque école, un examen individuel des élèves dont le suivi était assuré par l'infirmière qui au besoin visitait les familles, et des leçons d'hygiène données par le médecin. L'école travaillait de concert avec les médecins.

Les examens médicaux démontraient qu'un nombre important d'élèves souffraient d'une déficience de la vue et de l'ouïe, d'hypertrophie des adénoïdes et des amygdales et de carie dentaire (153). Les écoliers étaient alors référés à leur médecin de famille mais qu'arrivait-il des écoliers pauvres qui ne pouvaient recourir aux soins médicaux?

150 Elzéar Pelletier, *Rapport annuel du Conseil d'hygiène de la Province de Québec 1898-99*, pp. 25-50; 1899-1900, pp. 34-55

151 11e *Rapport annuel du Conseil d'hygiène de la Province de Québec*, p. 9. B. Gaumer, *op. cit.*, p. 150

152 "L'inspection médicale des écoles", *UMC* 35, 1906, pp. 106-107

153 J.E. Laberge, "L'inspection médicale des écoles" *Montréal-Médical* VII, 3, mai 1907, pp. 540-542. En 1914, 19 médecins visitaient 279 écoles, assistés de 9 infirmières.

En avril 1908, au 88 de la rue Saint-Denis, au coeur du quartier Saint-Louis, naissait une organisation philanthropique qui prenait la forme d'un dispensaire pour enfants pauvres des écoles (154). On voulait également engager des conférenciers pour enseigner l'hygiène dans les institutions scolaires. Le docteur F.A. Fleury (155) oculiste, entouré des docteurs Maillet, Globensky et Duhamel assuraient les services à l'hôpital qui comptait 9 lits. Cet hôpital allait devenir l'**Hôpital Saint-Luc**. On accordait une attention particulière aux soins dentaires (Maillet et Globensky) aux maladies de la peau ainsi qu'aux maladies relevant de l'oto-rhino-laryngologie et de l'ophtalmologie. Le docteur Duhamel y effectuait l'ablation des adénoïdes et des amygdales. Les médicaments étaient dispensés gratuitement et même à l'occasion, on remettait des lunettes aux enfants qui en avaient besoin. Les inspecteurs d'écoles y dirigeaient les enfants si bien que durant l'année 1909, 1693 enfants avaient fréquenté le dispensaire. Par la suite, un véritable dispensaire d'odontologie était organisé avec le docteur J.E. Lanoie et ses assistants.

Cette attention particulière portée à la santé dentaire des élèves coïncidait avec l'essor de la profession. Depuis dix ans déjà, les dentistes cherchaient à pénétrer dans les écoles (156). Il n'est pas indifférent de souligner cependant que l'école dentaire s'affiliait à l'Université Laval à Montréal en 1904 pour décerner ses premiers baccalauréats en 1909 (157).

Le discours qui accompagnait ce développement professionnel faisait de la carie dentaire et du mauvais état de la bouche, une source de contamination qui se répercutait sur l'état général de santé, voire

154 Denis Goulet, André Paradis, *op. cit.*, p. 135. A consulter: *La Patrie*, 8 janvier 1910

155 *Saint-Luc 75 ans d'hospitalité! 75 ans ...et combien d'histoires*. Montréal, Hôpital Saint-Luc 1985. Brochure 51p.

156 Eudore Dubeau, "De l'hygiène de la bouche et des dents dans les collèges et les couvents", *UMC* 26, décembre 1891, p.752. On affirmait à l'époque que l'excès de travail cérébral était responsable de la carie dentaire!

157 P.E. Poitras, "Résumé de l'histoire de la chirurgie dentaire au Canada", *L'hôpital* 1, 11, octobre 1937, pp. 578-582.

même sur les facultés intellectuelles par l'action des toxines. On attribuait les causes de la carie dentaire à la race, à l'hérédité, à la fièvre typhoïde, à la tuberculose, aux fièvres éruptives, aux entérites, au rachitisme, à la syphilis héréditaire, à l'alimentation défectueuse, à la qualité du pain et du lait, au défaut de mastication, aux aliments mous (158). Bref, cette panoplie de causes invoquées par l'inspecteur médical des écoles, permettaient d'intégrer les dentistes aux autres intervenants médicaux.

D'autre part, l'Hôpital Sainte-Justine qui venait d'être fondé, ouvrait également un dispensaire en mars 1908, pour y accueillir les enfants pauvres qui devaient présenter un certificat d'indigence. Successivement, des dispensaires de médecine, de chirurgie, de dermatologie, d'ophtalmologie d'oto-rhino-laryngologie et d'odontologie étaient créés. Au besoin, les enfants étaient hospitalisés gratuitement pour des traitements prolongés et des interventions chirurgicales. La clientèle pauvre constituait plus de la moitié des patients de cet hôpital; si l'on y ajoute la clientèle demi-payante, c'était 85% des enfants hospitalisés qui étaient de familles modestes (159).

La gratuité des dispensaires a constitué une question litigieuse entre les administratrices de l'Hôpital Sainte-Justine et les médecins; les dames rappelaient constamment aux médecins les buts de l'oeuvre et en défendaient la gratuité. La fréquentation des dispensaires allait croissante pour atteindre près de 10000 consultations en 1919. Si on y enregistrait 604 cas d'amygdalectomie cette même année, le dispensaire d'odontologie nouvellement créé et confié au docteur Edmond Aucoin, président de la Société dentaire de la Province de Québec, ne connaissait pas la popularité escomptée (160).

158 A.K. Malouf, "Hygiène de la bouche et son influence sur l'état général de santé", *UMC* 1912, pp. 317-325

159 R. Desjardins, *Hôpital Sainte-Justine, Montréal, Québec (1907-1921)*, p. 86

160 AHSJ, p.v. Bureau médical, 20 janvier 1920.

Pour donner suite aux recommandations du *Rapport de la Commission royale de la tuberculose*, une colonie de vacances pour les garçons dites "Les grèves", était ouverte en 1912, sur les bords du Saint-Laurent (161). Depuis quelques décennies, les colonies de vacances se développaient en Europe, après avoir fait leur apparition en Allemagne; elles avaient démontré leurs bienfaits sur la santé des enfants des milieux ouvriers. Le modèle était repris à Montréal et se définissait comme une oeuvre morale et religieuse ayant pour but d'améliorer la santé des enfants. La Commission des écoles catholiques de Montréal soutenait financièrement l'entreprise à laquelle s'ajoutait bientôt une petite subvention de la municipalité. Les candidats de 9 à 12 ans, devaient présenter un certificat de moralité et un certificat médical. Une fiche médicale permettait de suivre le développement physique de l'enfant. Une minorité de pensionnaires payants joignait le groupe. Pour les filles, la colonie Sainte-Jeanne-d'Arc ouvrait en 1926. Ces séjours à la campagne durant l'été devaient contribuer à refaire les forces physiques des enfants les plus vulnérables à la tuberculose, souvent victimes de malnutrition et les forces morales dont les milieux pauvres étaient soupçonnés d'être privés.

D'une part, le souci humanitaire qui animait les personnes engagées dans ces services à l'enfance, dans ses expressions les plus concrètes, soulageait les victimes à défaut de corriger le système qui souvent les engendrait. D'autre part, par leur action en milieu scolaire, les médecins élargissaient le champ d'action du Bureau de santé municipal et créaient une demande pour de nouveaux services médicaux dans la population écolière. Les nouvelles institutions philanthropiques répondaient non sans peine à cette demande accrue de soins médicaux et devaient recruter de plus en plus de spécialistes. Quant aux enfants de familles capables d'en assumer les frais, ils étaient dirigés vers leur médecin de famille.

161 Edouard Gouin, "L'oeuvre de vacances des Grèves", *École sociale populaire*, 56, 1916

Dans son rapport de 1910, la *Commission royale de la tuberculose*, faisait un véritable plaidoyer en faveur de l'inspection médicale des écoles pour mieux contrôler l'application des règlements sanitaires. La Commission qui souhaitait porter l'action à l'échelle de la province, décrivait l'école comme un lieu encombré, mal aéré, insalubre où les professeurs étaient souvent porteurs de la maladie, bref, un foyer propre au développement de la tuberculose.

L'accueil fait à l'inspection médicale des écoles par les enseignants n'était pas toujours des plus enthousiastes s'il faut en croire le docteur Boucher directeur du service de santé (162). Portant un regard rétrospectif, il attribuait ce manque d'enthousiasme à l'absence d'organisation et de programme uniformisé, et à l'usage de méthodes personnelles de la part du médecin. Ceci avait pour effet de développer chez les instituteurs un sentiment d'opposition à sa présence à l'école, où il était considéré comme un intrus embarrassant. Ces débuts difficiles étaient imputés au "manque de mesure dans les termes employés pour relater des faits observés" par certains médecins-inspecteurs (163). Outre le fait que les médecins voulaient mettre les instituteurs à contribution dans le dépistage des maladies chez les élèves et qu'on leur faisait grief d'un enseignement de l'hygiène qui ne produisait pas les résultats escomptés, il faut aussi rappeler que l'instituteur était souvent le premier soupçonné d'être porteur de la tuberculose, comme en fait foi le rapport de la Commission royale de la tuberculose, et qu'il risquait de perdre son poste par mesure préventive à défaut d'un diagnostic sûr. On comprend alors mieux sa réticence.

En 1915 à Montréal (164), à la suite d'une querelle de juridiction avec le Comité de l'instruction publique, le Conseil supérieur d'hygiène

162 S. Boucher, " 25 années consacrées à l'hygiène à Montréal" *La Patrie*, jeudi 14 mai 1936, p. 30

163 E. Saint-Jacques, "L'hygiène à l'école", *Le Journal de Médecine et de Chirurgie*, III, 1, 1908, p. 7

164 Hervé Anctil, Marc Bluteau, *La santé et l'assistance au Québec 1886-1986*, p. 44

obtenait pour les bureaux de santé, le droit de faire des inspections dans les écoles afin de contrôler la vaccination rendue obligatoire dans ce milieu. La section de l'inspection médicale des écoles passait sous la division de l'hygiène de l'enfance en 1918 au Bureau de santé de la ville de Montréal. Quand ce bureau de santé a voulu réduire ses activités quant à l'inspection médicale des écoles, il a rencontré l'opposition du *Local Council of Women* qui a eu gain de cause (165). Après avoir conquis le secteur public, les médecins dirigeaient leur action vers les institutions d'enseignement privé dans l'espoir de former la future classe dirigeante (166).

McLaren (167) retient trois raisons qu'Helen MacMurchy invoquait en faveur de l'inspection médicale des écoliers, alors qu'elle était inspecteur médical des écoles à Toronto en 1910: d'abord cette inspection était en partie la clé d'accès au pouvoir politique et à la reconnaissance sociale pour les médecins; ensuite, elle permettait de procurer une classe ouvrière en santé sous la surveillance d'observateurs scientifiques; enfin, elle favorisait la séparation des normaux des anormaux, pour mieux intervenir auprès de ces derniers souvent jugés responsables de criminalité.

L'enseignement de la gymnastique

Les médecins du XVIII^e siècle concevaient la culture physique à la fois comme une technique d'hygiène du corps et un traitement médical. Dès 1704, Francis Fuller dans *Medicina gymnastica* soulignait le rôle préventif et curatif de la gymnastique. L'iatro-mécaniste Andry de Boisregard (1658-1742) créait la gymnastique corrective ou l'orthopédie avec *L'orthopédie ou l'art de prévenir ou de corriger dans les enfants les*

165 *Star*, 18 mai 1922.

166 J.E. Dubé, "L'enseignement de l'hygiène dans les pensionnats" *UMC*, 46, janv. 1917, pp. 1-7;

"L'hygiène au séminaire de Joliette" *UMC* 49, 3, mars 1920, pp. 111-113

167 A. McLaren, *Our Own Master Race*, p. 35 et suivantes

difformités du corps, en 1741. Au siècle suivant, la gymnastique corrective prétendait pallier aux difformités congénitales ou accidentelles comme en témoigne *La Gymnastique médicale et chirurgicale* (1780) du capitaine C.J. Tissot (168). L'orthopédie devenant de plus en plus envahissante, l'enseignement de la gymnastique se retrouvait à l'Hôpital des Enfants malades où l'on construisait un gymnase en 1850. Napoléon Laisné y donnait le cours de gymnastique de 1847 à 1860 (169).

On peut remonter aussi loin qu'au XVe siècle à la cour de Mantoue, pour voir la gymnastique et les exercices du corps entrer dans le programme des écoles et se combiner à l'enseignement (170). L'expression "éducation physique" reviendrait à Locke qui l'aurait créée en 1693. Mais, c'est véritablement au XIXe siècle avec P.H. Clias, que la gymnastique faisait son entrée dans quelques écoles primaires à Berne en 1814. Clias publia *Callisthénie* en 1819 (171). La France emboîtait le pas en 1850 avec la loi Falloux qui introduisait l'enseignement de la gymnastique dans les écoles; cette dernière était rendue obligatoire à tous les niveaux d'enseignement en 1869. Comme l'affirme Léonard, la gymnastique scolaire rejoignait la gymnastique des patriotes, en France (172) comme en Prusse d'ailleurs, où la gymnastique devenait obligatoire dès 1842.

A Montréal, Séverin Lachapelle (173) démontrait les heureuses influences de la gymnastique sur le développement physique et intellectuel des individus et conséquemment de la société. Il préconisait son enseignement particulièrement pour combattre la "consommation fibreuse". Mais il fallait attendre la première décennie du XXe siècle pour que la Commission scolaire de Montréal dote ses écoles de gymnases et

168 Philippe Ariès, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, p. 127

169 Pierre Lereboullet, "L'Hôpital des Enfants malades", *Paris Médical*, 6 décembre 1913, p. XVII

170 Jacob Burckhard, *La civilisation de la Renaissance en Italie*, Suisse, Gonthier 1958, p. 158

171 Marcel, Spivak, "Le développement de l'éducation physique et du sport français 1852-1914" *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 1, 1977, pp. 28-48

172 Jacques Léonard, *Archives du corps*, p. 34-38

173 Séverin Lachapelle, *La Revue canadienne*, 18, 1882, pp. 118-119

embauche des professeurs spécialisés (174) suivant la recommandation du *Rapport de la Commission royale de la tuberculose*. D'abord liée à la culture militaire, on peut comprendre que la gymnastique était reçue avec peu d'empressement dans le milieu francophone opposé à la participation du Canada aux guerres de l'Empire britannique et que son introduction au programme scolaire n'ait pas soulevé l'enthousiasme.

Plus tardivement, à l'occasion du congrès pédagogique de la Faculté des Arts de l'Université de Montréal, le pédiatre Raoul Masson (175) présentait un rapport sur "la question de l'éducation physique et de l'entraînement sportif chez les enfants et les jeunes gens". Il affirmait que du point de vue médical, la nature de l'éducation physique importe peu, pourvu que l'homme ait suffisamment d'activités physiques pour maintenir son organisme "en bon état de fonctionnement". Il faisait un vibrant plaidoyer en faveur de la culture physique conçue comme un système éducatif qui devait avoir pour but de corriger les déficiences, de stimuler les organes débiles et d'équilibrer les forces pour une harmonie du développement. Elle exigeait bien sûr, l'examen médical obligatoire dans toutes les maisons d'éducation pour procéder à une sélection des élèves et peut-être détecter une tuberculose. Il voyait la culture physique comme un traitement pour les faibles, comme un travail capable de développer maîtrise et concentration chez les nerveux. Contrairement à l'attitude du milieu anglo-saxon (176), Masson soulignait la résistance à l'intégration du sport dans les collèges classiques et présentait alors l'éducation physique et la pratique du sport comme une science pédagogique qui favorisait la formation d'une génération forte et intelligente, capable d'assurer la survivance de la nation.

174 J.C. Kennedy, "L'hygiène scolaire et l'inspection des écoles" *La Clinique*, 1, 7 (octobre 1910), pp. 224-230

175 Raoul Masson, "Hygiène sociale La culture physique ce qu'elle est, ce qu'elle vaut", *UMC* 56, 1927 pp. 642-658. R. Masson, *L'éducation physique: conditions et bienfaits corporels*, 1927, présenté par Donald Guay, Société québécoise du loisir 1981, 34p.

176 Marlene Dalley, "Influences of Physical Education in England on Canada Physical Education Programmes", *Histoire de l'éducation physique et du sport*, Zurich, 39, juillet 1973

En proclamant les vertus hygiéniques de l'exercice, les médecins n'avaient qu'un pas à franchir pour que la gymnastique conçue comme technique médicale glisse à la gymnastique scolaire sous le couvert de l'hygiène. Elle ne devait pas pour autant échapper au contrôle médical tout en évoluant vers un désir d'assurer une excellente santé.

L'hygiène scolaire permettait au médecin de s'insérer dans une structure déjà existante. Après s'être introduit au bureau municipal de santé, il restait au médecin à occuper un poste de commissaire d'école pour infléchir l'administration scolaire dans le sens d'une médicalisation des écoles. Dubé (177) recommandait l'esprit public à ses confrères et leur conseillait de se servir de leur influence "pour mieux former l'opinion publique et lui faire accepter le progrès". L'institution médicale cherchait à entretenir des relations idéologiques avec l'institution scolaire; tout comme cette dernière, elle voulait participer à la "mission civilisatrice". La lutte à la tuberculose favorisait cette intrusion parce que cette dernière était de plus en plus perçue comme "une lutte de l'intérêt général contre les intérêts particuliers"; elle était devenue une lutte sociale (178). L'hygiène scolaire sous ses différents aspects, marquait un jalon important dans l'établissement d'une politique de santé.

177 J.E. Dubé, *UMC* 42, 1, janvier 1913, p. 56
178 *UMC*, 38, 5, mai 1909, p. 267

1.3 Hygiénisme et diffusion de la puériculture moderne

Dans le dernier tiers du XIX^e siècle, le taux élevé de mortalité de la population montréalaise était brutalement mis en évidence par les relevés statistiques. Il était imputé à l'excessive mortalité infantile qui avait attiré l'attention en 1869, du secrétaire de la *Montreal Sanitary Association*, Philip S. Carpenter. Ce dernier y voyait un indice du degré de pollution environnemental (179). Les médecins hygiénistes se sentant interpellés, allaient bientôt entrer en scène. Le problème demeurait le mode d'intervention, entendu qu'il fallait franchir la frontière de la vie privée. Les premières publications qui mettaient l'accent sur le rôle de la mère tout en incorporant l'idéal de la famille, annonçaient la mobilisation.

Le docteur Georges Grenier, membre fondateur de la Société médicale de Montréal, répondait en publiant en 1871, *Quelques considérations sur les causes de la mortalité des enfants* tout en déplorant que les statistiques comparatives n'avaient pas tenu compte des taux de natalité. En l'absence de statistiques détaillées, Grenier (180) attribuait la mortalité infantile à des causes culturelles. Il dénonçait l'alimentation trop copieuse, indigeste et irrégulière qu'il tenait responsable des maladies du tube digestif et l'usage des narcotiques (sirop calmant à base d'opium en vente libre) sur l'appareil cérébral de l'enfant. Grenier y dénonçait également le peu d'attention portée aux maladies infantiles par les membres de la profession médicale, attitude qu'il attribuait à la pratique obstétricale confiée aux sages-femmes qui laissait peu d'occasions aux médecins d'observer les enfants. Mais surtout, il traçait le programme d'intervention. Il préconisait l'éducation des parents, la formation médicale des médecins par des cours d'hygiène privée et publique, l'avènement de lois d'hygiène dont l'Angleterre avait

179 Jean-Claude Robert, "The City of Wealth and Death: Urban Mortality in Montreal, 1821-1871" dans W. Mitchinson, J. McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*, pp. 18-38

180 G. Grenier, "La mortalité des enfants", *La Revue canadienne* 8, 1871 pp. 685-697, 725-755. G. Grenier était démonstrateur d'anatomie à l'École de Médecine et de Chirurgie, médecin de l'Hôtel-Dieu et du dispensaire de la Providence, membre de la société médicale de Montréal et secrétaire et rédacteur de l'*Union médicale du Canada*. J. Bernier, *op. cit.*, p. 136

déjà connu les effets positifs, le contrôle de la vente des produits narcotiques et la création d'un hôpital pédiatrique.

Au lendemain de l'épidémie de variole de 1871, Grenier (181) publiait une brochure sur la variole dans laquelle il prônait la vaccination. Il déplorait l'insuffisance du personnel affecté à la police sanitaire et réclamait l'érection d'un hôpital pour les maladies contagieuses. Plus encore, il mettait en cause le mode de traitement de la maladie. Il opposait au traitement "serre-chaude" généralement préconisé dans le cas de la variole par les membres de la profession médicale, un traitement "réfrigérant" dans le cas des fièvres éruptives. Les pratiques médicales étaient remises en question mais surtout, il préconisait l'action individuelle, sans trop attendre du bureau de santé. Cette prise de position, écartait l'action concertée et révélait l'état embryonnaire de la stratégie qui allait être développée ultérieurement.

Peu après, en 1874, A.B. Larocque (182) également membre fondateur de la Société médicale de Montréal et premier officier de santé de la ville de Montréal, dénonçait l'apathie du gouvernement devant le taux élevé de mortalité infantile. C'était pour lui, une question d'État. Les raisons d'agir relevaient de l'intérêt du pays, de la morale et de raisons humanitaires. A l'exemple de la France qui avait fondé une Société protectrice de l'enfance en 1865, il proposait la création de cette oeuvre patriotique dont les médecins devraient prendre la direction. Pressés d'agir, les médecins semblaient hésitants devant le mode d'action, car le soin des enfants relevait de la sphère domestique. Peu organisés, ils se tournaient vers la publication d'ouvrages destinés à l'éducation des mères, démontrant certes un intérêt au soin des enfants mais aussi la volonté de s'inscrire dans cet univers socioculturel.

181 Georges Grenier, *Contagion de la variole: lecture faite devant l'Union catholique*. 19 mai 1872, 56p. Grenier fait allusion à la théorie de Pasteur.

182 A.B. Larocque, "Le massacre des innocents" *UMC* 3, 9, septembre 1874, p. 422

Le docteur Elzéar Paquin (1850-1947) publiait *Le livre des mères ou instructions pratiques sur les principes fondamentaux de la propagation de la race humaine* qui en était à sa 2e édition en 1880 (183). Dans cet ouvrage de vulgarisation qui se voulait un traité d'hygiène, Paquin, après avoir cité de nombreux auteurs, témoignait de son angoisse de la détérioration de la race avant de déclarer qu'il appartenait à la médecine d'appuyer la morale dans la grande oeuvre de l'amélioration des hommes. Il traitait de l'hérédité physique et morale et positionnait le médecin-hygiéniste sur un pied d'égalité avec les membres du clergé. Aussi, il disqualifiait les mères en prenant soin d'imputer à leur ignorance, la mortalité infantile. Cette dernière relevait ainsi d'une tare individuelle, plus que d'un fait social. Ces clichés promis à une longue carrière, allaient être véhiculés particulièrement par les puériculteurs. Cette rhétorique de disqualification est évoquée dans le modèle de Davidson.

Peu de temps après l'ouverture de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, en 1880, le professeur Séverin Lachapelle publiait *Santé pour tous*, un ouvrage de vulgarisation, dans lequel il présentait des notions élémentaires de physiologie et d'hygiène à l'usage des familles, suivi d'un "petit guide de la mère auprès de son enfant malade" où l'hygiène du corps et celle de l'âme étaient prises en considération. Chaque énoncé de la première partie, était suivi d'une "réflexion". Mais Lachapelle marquait un pas: il distinguait la première et la seconde enfance ce qui signifiait la prise en compte du développement psychologique de l'enfant. Il consacrait un long chapitre à l'éducation dans lequel il comparait les systèmes de Locke, Rousseau et Frobel; les kindergarten de Frobel lui paraissaient être la plus belle alliance du physique et du moral. Dans le guide pratique, refusant le nihilisme en médecine infantile, il affirmait que l'enfant pouvait être soigné et proposait un certain nombre de traitements et leur posologie. Lachapelle recourait

183 Elzéar Paquin quittait Montréal pour Chicago en 1888 pour y faire carrière. Journaliste, il fonda *Le Combat*.

sans crainte aux vomitifs, aux purgatifs, aux clystères, aux sinapismes, aux narcotiques.

En 1884 dans *Instructions pratiques aux mères de famille Hygiène et les maladies des enfants* Elzéar Paquin dénonçait encore une fois, l'ignorance des mères, les préjugés et les folles croyances. Il déplorait également l'attitude de certains médecins. Ce livre de vulgarisation, moins moralisateur que son premier volume, était étrangement ordonné et présentait des contradictions que l'auteur tentait de réconcilier.

Paquin recommandait le lait comme aliment exclusif de l'enfant jusqu'à l'âge de 18 ou 20 mois et l'allaitement maternel jusqu'à 20-28 mois. Il importe de souligner cette directive qui se démarquait de celle acceptée jusque-là, comme en témoigne le *Traité élémentaire de matière médicale* (1869) rédigé par les Soeurs de la Providence et approuvé par les professeurs de l'École de Médecine et de Chirurgie, qui recommandait, au chapitre de l'hygiène du nouveau-né, de nourrir les enfants de deux à trois mois, de potage, bouillon, bouillie et panade. Paquin prétendait que la mauvaise alimentation causait la convulsion et que les fièvres étaient généralement dues à la mauvaise digestion. Les digestions incomplètes entretenaient à leur tour une congestion permanente du cerveau, cause de la méningite et du rachitisme. Ce livre relevait d'une conception pré-scientifique.

Les médecins qui donnaient dans la "vulgarisation scientifique" à l'époque, ne se percevaient pas comme pédiatres puisque leurs livres avaient en commun d'en appeler à l'automédication en indiquant la préparation de médicaments et leur posologie. C'était implicitement reconnaître que la santé de l'enfant relevait de la mère et ces publications devaient pallier leur ignorance.

L'objectif d'éducation populaire trouvait sa réalisation dans la création du *Journal populaire d'Hygiène* dont Séverin Lachapelle était le

premier rédacteur, poste qu'il céda à Desroches qui en devenait le propriétaire au cours de la première année de publication. Lachapelle s'attira les foudres de l'*Union médicale du Canada* dès les premiers numéros. L'UMC, trouvant inopportune cette vulgarisation de la médecine et reprochant à Lachapelle de substituer la famille au médecin, ce à quoi il répondait: " C'est en faisant connaître au peuple les progrès de la médecine que nous réussissons à lui faire comprendre ce qu'il ignore c'est-à-dire que les enfants doivent être soignés comme les adultes" (184).

Les médecins étaient sensibles à l'appropriation du savoir scientifique, mais Lachapelle, comme ses confrères, n'ignorait pas que la diffusion de la puériculture moderne développait une culture qui favorisait la consommation de soins et devenait une condition nécessaire à la revendication d'une politique de l'enfance. Le problème résidait surtout dans la manière de procéder pour s'insérer dans la relation mère-enfant.

La mortalité infantile, si tragiquement mise en évidence au moment de l'épidémie de 1885, interpellait à nouveau les hygiénistes tout en révélant les limites des connaissances médicales et des moyens d'action. Le programme du docteur Grenier semblait devoir trouver son application après la fondation du Conseil d'hygiène, organisme chargé d'appliquer la loi d'hygiène publique. C'est précisément, en 1887 que Séverin Lachapelle était nommé responsable du dispensaire des maladies des enfants nouvellement créé à l'Hôpital Notre-Dame, où il était membre du bureau médical depuis sa fondation en 1880.

Vraisemblablement inspiré par la publication française *La Mère et l'Enfant*, publiée à Paris à partir de 1884 par Caradec, Lachapelle faisait paraître en mai 1890, une revue également illustrée, sous le même titre *La Mère et l'Enfant*. Tirée à 2500 copies, la revue poursuivait le but avoué de diminuer la mortalité infantile. Pour en stimuler la diffusion, Lachapelle

184 UMC 13, juillet 1884, p. 331; *Journal d'hygiène populaire* I, 5, 15 juillet 1884, p. 49; *Montréal-Médical* IV, 6 août 1904, pp. 211-212

offrait en prime avec l'abonnement, une consultation par correspondance la première année; la seconde année, il offrait une consultation en cabinet. Une étape était franchie; il fallait amener les mères à consulter le médecin pour leur enfant.

Lachapelle constatait que l'insuffisance de la sollicitude maternelle augmentait avec le nombre des enfants et avec elle, la mortalité, d'où l'influence du bien-être dans la survie des enfants. Ainsi, il multipliait les conseils d'hygiène et les prescriptions à l'adresse des mères et préconisait la pesée régulière pour mieux suivre le développement de l'enfant et l'usage du thermomètre clinique qui alertait la mère et indiquait la nécessité de recourir au service du médecin. Il portait une attention particulière à l'alimentation de l'enfant qu'il présentait sous forme de tableau indiquant le dosage et la concentration des repas suivant le poids de l'enfant et leur intervalle selon l'âge du nourrisson, en conformité avec les nouvelles règles préconisées en diététique infantile. Il faut convenir que l'ensemble des prescriptions qu'il proposait, suivies rigoureusement, était incompatible avec une famille nombreuse et la protection de la santé ne nécessitait pas toutes les mesures préconisées!

Cette publication a vécu un peu plus d'une année. Elle annonçait surtout que les hygiénistes, sans délaissier les problèmes de la salubrité, entendaient élargir leur champ d'activité sans reculer devant la barrière de la vie privée.

En 1893, Lachapelle rédigeait le chapitre sur l'hygiène de l'enfance dans *Le médecin de la famille*.⁽¹⁸⁵⁾ Il s'agissait d'un important ouvrage de vulgarisation, écrit en collaboration, qui avait pour but de fournir des renseignements pratiques à ceux qui étaient privés des services du

¹⁸⁵ Séverin Lachapelle et al., *Le médecin de la famille*. À l'exception de Lachapelle et de L.E. Fortier, de l'Université Laval, six auteurs étaient américains et un était anglais. L'édition française publiée à Guelph (Ontario) en 1893, contient 1251 pages. L'ouvrage traite d'anatomie, de physiologie, d'hygiène, de pathologie et de thérapeutique. On y retrouve les règlements du Conseil d'hygiène du Québec et de l'Ontario. Lachapelle siégeait au parlement fédéral à cette époque.

médecin, en donnant une idée générale des maladies et de leur thérapeutique. Même si les auteurs disaient leur volume axé sur la prévention, ils n'en donnaient pas moins une description détaillée des plantes médicinales, accompagnée d'illustrations en couleur et des directives quant à leur préparation et leur usage. Le volume comportait également une table alphabétique des symptômes, un chapitre sur les médicaments, leurs propriétés et les posologies pour adultes et enfants. Quelques pages étaient réservées aux usagers qu'on invitait à colliger les résultats de leurs expériences. S'il est difficile de mesurer l'impact de cet ouvrage encyclopédique et l'ampleur de sa diffusion, il est légitime de penser qu'un livre qui mettait la science à la portée de tous, n'allait pas recevoir l'appui des membres de la profession et exposait Lachapelle à la critique de ses confrères.

Lachapelle qui portait une attention particulière à la formation des mères et qui venait d'être nommé à la direction de la Crèche de la Miséricorde, publiait à leur intention, *Femme et Nurse* en 1901, volume qui a connu plusieurs éditions. Dans l'introduction, il constatait que la mortalité infantile constituait un fait alarmant, surtout chez un peuple qui, "plus que les autres, a tout à espérer de sa force numérique". Ce thème populationniste, il le reprenait devant ses confrères réunis au premier congrès des médecins de langue française.

Lachapelle, après avoir consulté les auteurs américains et anglais, avouait avoir largement puisé chez les grands maîtres de l'école française, Jules Simon, Marfan, Comby dont il se disait l'humble vulgarisateur. Lachapelle s'adressait à la mère parce qu'il avait la conviction que c'était par elle que les notions d'hygiène prendraient place au foyer. L'ouvrage divisé en deux parties, portait sur l'hygiène de l'enfant et sur les maladies de l'enfant, leurs principaux symptômes et leur traitement. Dans un compte-rendu critique, Lesage (186) déplorait que la matématisation du lait était considérée comme une méthode aléatoire; il

différait d'opinion avec les auteurs sur lesquels on s'appuyait pour nier les bons effets de ce genre d'alimentation. Ce volume serait demeuré à l'usage des étudiants jusqu'à ce qu'il soit remplacé par le manuel du docteur Lapierre, *Pour la mère et l'infirmière Du soin des enfants* en 1931 (187).

En 1912, Aurèle Nadeau faisait publier au Québec l'opuscule de J. Donnadieu *Pour lire en attendant bébé Conseils aux jeunes mères*; il en écrivait la préface. Ce livre d'environ 150 pages, reconnu comme une oeuvre de propagande d'utilité publique, a connu de nombreuses rééditions et une traduction anglaise. Chaudement recommandée par le rapport Corsin (1916), la troisième édition était distribuée gratuitement par les pouvoirs publics. Ce livre, véritable plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel, était distribué au moment où s'implantaient les gouttes de lait et dont on disait qu'elles favorisaient l'allaitement au biberon.

En 1896, année où l'*American Pediatric Society* tenait son congrès à Montréal, l'*Union médicale du Canada* confiait au docteur Cormier (nous le retrouverons à la direction de la Crèche de la Miséricorde) la chronique de pédiatrie, ce qui marquait un certain intérêt pour cette spécialité qui s'affirmait et dont le modèle de développement était déjà tracé. Dans son premier article, il y allait de quelques réflexions sur l'importance de l'étude de la pédiatrie tout en reconnaissant que cet enseignement était peu important à la faculté (188). En effet, si les médecins francophones disposaient de la vaccination et de techniques d'isolement pour protéger les enfants contre les maladies contagieuses, et qu'ils connaissaient les règles d'une nourriture appropriée au nourrisson, ils avaient peu d'occasions de développer une expertise en

187 Gaston Lapierre, *Pour la mère et l'infirmière Du soin des enfants*. Introduction
188 Isale Cormier, "Revue de pédiatrie", *UMC* 25, janvier 1896, pp. 105-111

médecine infantile, n'ayant pas d'hôpitaux pédiatriques à leur disposition. (189)

A cette époque, les hygiénistes affirmaient haut et fort que l'enfant était un être trop fragile et trop compliqué pour que l'instinct maternel suffise aux soins qu'il requérait. Il était facile d'agir sur le phénomène de la nutrition et il paraissait d'autant plus important d'intervenir que des découvertes récentes enrichissaient les connaissances. Au surplus, l'importance des maladies diarrhéiques dans la mortalité justifiait l'intervention médicale.

Les médecins mettaient l'accent sur le diète et la régularité des repas comme gage de bonne santé; ils insistaient sur l'importance de la routine. Les médecins enseignaient le dosage et la composition des repas du nourrisson, leur fréquence et la durée de l'allaitement. L'établissement de régime du nourrisson découlait d'une science naissante, la diététique issue de la conception chimique du vivant et traduisait l'espoir de généraliser l'explication mathématique des phénomènes qui réussissait si bien en mécanique. On cherchait l'application de lois pour établir un ordre. Et derrière cette rationalité, se profilait la formation du caractère qui, soumis à une discipline, lui permettait d'acquérir de saines habitudes. Voilà que surgissent ici les disciplines du corps qui assurent la docilité de l'individu et participent au bio-pouvoir dont parle Foucault. Ainsi, les médecins qui voulaient soumettre l'enfant à leur contrôle, érigeaient l'ordre et la discipline en système et la diététique en devenait l'instrument. Ils dénonçaient les préjugés et la médecine populaire, cette médecine qui, selon Boltanski

189 Notons que les médecins anglophones disposaient depuis 1874, de l'aile Morland du *Montreal General Hospital*, soit 30 lits, pour l'hospitalisation des enfants, avant même que le concept de service pédiatrique ne prenne place entre 1880 et 1890. De plus ils disposaient pour les enfants d'une salle de chirurgie (1887) et de médecine (1893) au *Royal Victoria Hospital*. Voir: de la Broquerie Fortier "Histoire de la pédiatrie au Québec I The Montreal General Hospital" *La Vie médicale au Canada français*, 1 avril 1972 pp. 400-405; S. Lewis, *Royal Victoria Hospital 1887-1947*, p. 26,40.

(190) est le plus souvent, la médecine savante du siècle précédent. La mortalité infantile n'était rien d'autre que la preuve que les enfants étaient mal soignés et cette négligence coupable relevait de l'ignorance (191). La mère était jugée incompétente pour élever seule ses enfants.

La démonstration étant faite, les médecins ralliaient à leur cause le *Montreal Local Council of Women* qui décidait de s'impliquer dans l'organisation de conférences d'hygiène infantile (192). Les docteurs Grace Ritchie, Regina Lewis Landau et Elizabeth Mitchell, des alliées naturelles, donnèrent ces conférences avec démonstrations, la première ayant lieu le 31 janvier 1896 à Pointe Saint-Charles et l'expérience se poursuivant jusqu'en 1903. Chez les francophones, les docteurs Desroches, Cormier, Benoit et E.P. Lachapelle "s'appliquaient à convaincre les femmes qu'ils s'y connaissaient en matière d'alimentation infantile", d'avouer le docteur Cormier, et donnaient également des conférences. Ces programmes d'éducation populaire se greffaient par la suite, aux activités de la Crèche de la Miséricorde et de l'Hôpital Sainte-Justine, premières institutions pédiatriques. Le Bureau de santé municipal instituait à son tour des conférences d'hygiène infantile en 1914, année au cours de laquelle 137 conférences étaient prononcées. Le ton sur lequel étaient transmises les règles de puériculture passait graduellement du conseil à l'ordre; le médecin devenait le seul guide.

L'enjeu démographique mis en exergue par les relevés statistiques du Conseil d'hygiène, légitimait l'intervention du corps médical à l'égard de l'enfant, qui se sentait investi d'une mission. Mais il n'est pas indifférent de constater que la croisade d'hygiène débutait peu après la fondation de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, c'est-à-dire avec l'expansion de l'enseignement médical et son entrée à

190 Luc Boltanski, *Prime éducation et morale de classe*, p. 60

191 "Revue d'hygiène", *UMC XXV*, février 1896, pp. 174-180; C. Dion, *La femme et la santé de la famille au Québec 1890-1914*, p. 87.

192 "Conférences d'hygiène infantile", *UMC XXV*, février 1896, p. 124. L'École de médecine Bishop fondée en 1871, était la première à accepter des candidates dont M. Abbott, R. Landau, G. Ritchie.

l'université. Elle recrutait ses protagonistes chez les enseignants. Le projet éducatif retenu ne devait avoir d'effets que sur les attitudes sociales, sans substituer la mère au médecin et les conférences devaient répandre l'idée que la puériculture moderne était indispensable à l'élevage rationnel du nourrisson, d'où la nécessité d'en connaître les aspects techniques. Comme élément de culture populaire, la puériculture moderne favorisait le respect de "l'expert" tout en masquant les contraintes sociales qu'elle impliquait. On cherchait à organiser autour des enfants des soins médicaux dont la famille aurait la responsabilité économique.

1.3.1 Les crèches à l'origine de la pédiatrie

Nous avons vu au chapitre précédent, comment la prise de conscience de la mortalité infantile se traduisait dans le discours médical et cristallisait l'attention autour des enfants. Dans le présent chapitre, nous verrons comment ce discours se traduisait dans les faits. En décrivant la fondation des premières institutions pédiatriques, nous cherchons à les situer dans la totalité sociale, tout en indiquant pour les auteurs le sens que revêtaient leurs propres actions. Mais surtout, ces institutions rendaient possible l'application de la connaissance scientifique à l'activité, devenant par le fait même une condition du développement de la pédiatrie.

De l'oeuvre des "enfants trouvés" à la fondation de crèches.

A Montréal dans la deuxième moitié du XIXe siècle, l'abandon d'enfants était favorisé par la fondation de maternités destinées aux mères célibataires, institutions que les médecins s'empressaient d'affilier à l'École de médecine, pour répondre au besoin de l'enseignement de l'obstétrique. Ce phénomène posait le problème de la garde de ces enfants. Les religieuses qui les recevaient, s'acquittaient d'une fonction à

la fois religieuse et sociale d'abord discrètement au niveau local, puis régional et pendant un certain temps, pour l'ensemble de la province. Avec l'accroissement du nombre des enfants abandonnés, elles se voyaient bientôt débordées par la surveillance et les ressources financières qu'exigeait la mise en nourrice. A ce problème de gestion s'ajoutait celui de la prise de conscience populationniste qui devait modifier le mode d'intervention, pour mieux assurer la survie des enfants.

Aussi longtemps que le taux très élevé de mortalité infantile chez ces enfants abandonnés était perçu comme une fatalité ou encore comme le meilleur sort qui pouvait leur être réservé après avoir reçu le baptême religieux, les religieuses y allaient du meilleur de leur connaissance et de leurs moyens financiers. Cependant, le jour où les préoccupations populationnistes s'éveillaient, la survie de ces enfants devenait un impératif qui ne pouvait être réglé en dehors de leur institutionnalisation qui favorisait un meilleur contrôle.

Dans le Québec de l'Ancien Régime, le Séminaire de Saint-Sulpice prenait charge des enfants trouvés tant qu'il a conservé la haute justice de l'île de Montréal. En 1694 cette responsabilité passait aux mains du gouvernement de la métropole qui par l'intermédiaire du procureur du roi, rémunérait une sage-femme pour s'occuper du placement de ces enfants, lorsque personne ne les adoptait (193). S'il n'y avait pas de bureau de nourrices à Québec comme en France, le bureau du procureur du roi en avait la fonction. Une ordonnance de l'intendant Hocquart du 9 juin 1736, fixait à 7 livres par mois le salaire des nourrices. Ces enfants dépendants de l'État, étaient désignés "enfants du Roi". Les ordonnances entourant la protection de l'enfance à cette époque, traduisaient à la fois le souci du

193 J. Germano, *op. cit.*, p. 425; H. Anctil, M. Bluteau, *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, p.15; de la Broquerie Fortier, "La protection de l'enfance au Canada français du XVIIe siècle jusqu'au début du XXe siècle"; *La Vie médicale au Canada français*, 4, juin 1975, pp. 732-739. Denise Lemieux, *Les petits Innocents L'enfance en Nouvelle-France*, p.42. UMC 104, novembre 1975, p. 1750

maintien de l'ordre et les préoccupations démographiques de la jeune colonie.

A Montréal, quelques années après la remise de l'hôpital des Frères Charon aux Soeurs Grises, soit depuis 1754 et jusqu'en 1888, les "enfants trouvés" recueillis par les religieuses, étaient confiés, à des nourrices qui ramenaient les enfants à l'Hôpital Général vers l'âge de 18 ou 20 mois, où ils étaient gardés et éduqués jusqu'à ce qu'ils soient employés à l'Hôpital Général comme domestiques ou placés en tutelle ou en foyer d'adoption (194).

Sous le Régime français, l'oeuvre bénéficiait du produit des amendes de justice jusqu'à ce que l'édit soit révoqué en 1762; jusqu'en 1800, aucun montant n'était versé régulièrement par les autorités gouvernementales (195). Le gouverneur remettait aux religieuses le droit de quint provenant de la Seigneurie de Chateaugay que les religieuses exploitaient. Si en 50 ans l'oeuvre avait inscrit 1209 enfants, le problème de leur garde se posait en des termes bien différents, puisque leur taux de mortalité s'élevait à 86.6%.

Rousseau (196) reconnaît une attitude nouvelle face à l'enfance quand, en 1801, un comité présidé par le juge Panet, était mis sur pied par le gouvernement pour prévenir l'exposition et l'abandon des enfants. A la suite du rapport de ce comité, le gouvernement décidait de soutenir financièrement l'oeuvre entreprise à Montréal et celle de Québec,

194 Suzanne Collette s.g.m., *L'Oeuvre des enfants trouvés 1754-1946*. Une étude de l'origine, des activités et de la valeur sociale de la Crèche d'Youville, Montréal. Mémoire (Service social), Université de Montréal 1948, p.19. Le modèle français s'est continué ici: J. Gélis et al., *Entrer dans la vie*, p. 172 et suiv. L'hôpital des Frères Charon était situé à la Pointe à Callières, près de la petite rivière Saint-Pierre, à l'actuelle place d'Youville.

195 De la Broquerie Fortier, "Les Enfants trouvés" à l'Hôpital Général de Montréal 1754-1804", *Leval médical* 34, avril 1963, pp. 442-453

196 François Rousseau, *La croix et le scalpel*. Sillery, Septentrion 1989, p. 175. En France, après la révolution, les enfants trouvés passaient à la charge de l'État: André Armengaud "L'attitude de la société à l'égard de l'enfant au XIXe siècle", *Annales de démographie historique* 1973, pp. 303-312

entreprise à sa demande. Les enfants reçus étaient alors confiés à des nourrices rémunérées par les religieuses chargées d'administrer les subventions. De 1800 à 1845, le gouvernement provincial assumait toutes les dépenses faites par l'Hôpital Général pour ces enfants (197) en dépit du taux de mortalité demeuré très élevé qui finalement, conservait un faible nombre d'enfants à l'État. La mortalité excessive chez les enfants trouvés imputée à la prostitution, retenait particulièrement l'attention et constituait le tiers du rapport des officiers de santé de la ville de Montréal en 1868 (198).

De 1850 à 1862, une allocation annuelle de 4000\$ était accordée aux Soeurs Grises pour cette oeuvre; elle était par la suite réduite à 3200\$ jusqu'en 1868. A partir de 1857, les enfants étaient logés dans une annexe de l'Hôpital Général, offerte par Olivier Berthelet, l'Hospice Saint-Joseph (199).

A Québec, l'oeuvre des enfants trouvés était interrompue en 1845 par l'arrêt des octrois gouvernementaux et les enfants étaient dirigés vers Montréal jusqu'en 1873. Les religieuses continuaient toutefois de s'occuper des enfants déjà placés. Par ailleurs, en 1865, la crèche Gamelin était établie aux Trois-Rivières sous la direction des Soeurs de la Providence (200). On constate donc que l'Hôpital Général de Montréal des Soeurs Grises était demeuré pendant un peu plus de 25 ans, la plus importante structure d'accueil des enfants abandonnés au Québec. Notons que le *Protestant Infant's Home* qui ouvrait ses portes en 1869, pratiquait une admission très sélective et refusait les enfants illégitimes

197 S. Collette, *op. cit.*, p. 17; voir aussi: D. Goulet, A. Paradis, *op. cit.*, pp. 74-79, 192-206. Pendant la même période, à Québec les Augustines se chargent de l'oeuvre des enfants trouvés: voir François Rousseau, *op. cit.*, pp. 175 et suivantes.

198 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 77, note 78

199 Huguette Lapointe-Roy, *Charité bien ordonnée Le réseau de lutte contre la pauvreté à Montréal au XIX^e siècle*. Montréal, Boréal 1987 p. 148; J. Germano, *op. cit.*

200 Charles Édouard Bourgeois, "L'Assistance à l'enfant sans soutien", *École sociale populaire*, 339, avril 1942

(201). Ces enfants accueillis chez les religieuses, n'appartenaient donc pas à la seule communauté catholique francophone; bien plus, il en venait bon nombre des États-Unis.

L'oeuvre des "enfants trouvés" commencée par Marguerite d'Youville, fondatrice des Soeurs de la Charité dites Soeurs Grises, sous le Régime français (202), s'inscrivait dans une longue tradition chrétienne de protection de l'enfance abandonnée. Elle avait pour but de prévenir l'infanticide, d'assurer le baptême à ces enfants tout en leur procurant soins et placement. Mais devant la croissance des admissions annuelles qui passaient de 236 en 1850 à 652 en 1867, chiffre qui tendait à se maintenir, la mise en nourrice et le placement devenaient difficiles à gérer et les religieuses devaient trouver d'autres solutions, surtout que la mortalité infantile commençait à être tenue pour responsable du taux élevé de mortalité chez les Canadiens français comme nous l'avons vu. A ce chapitre, l'année 1867 avait été particulièrement catastrophique, puisque seulement 33 des 652 enfants avaient survécu (203).

Le milieu du XIXe siècle voyait naître les premières maternités destinées aux mères célibataires. A Montréal, à l'instigation de Monseigneur Bourget et soutenue financièrement par l'homme d'affaires Olivier Berthelet (1798-1872), la Maternité Sainte-Pélagie était fondée en 1845 et passait sous l'administration des religieuses de Miséricorde au moment de la fondation de cette communauté en 1848. Une institution semblable était fondée à Québec en 1852 (204). Les enfants qui naissaient dans ces maternités étaient portés chez les Soeurs Grises.

201 De la Broquerie Fortier, "Les "enfants trouvés" au Canada français (11) 1869-1935 *The Protestant Infant's Home* UMC 101, avril 1972 pp. 721-725

202 Marguerite d'Youville reçoit ses lettres patentes de Louis XV lui accordant la propriété de l'Hôpital Général de Ville-Marie, lettres signées le 3 juin 1753.

203 H. Lapointe-Roy, *op. cit.*, p. 152

204 A. Jobin, "Hôpitaux de la Miséricorde et de la Crèche St-Vincent de Pau", *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, avril 1934, pp. 300-307

Ce phénomène de la hausse de l'abandon des enfants a fait l'objet d'une étude de Peter Gossage (205). Il constate une augmentation des abandons après 1850 qui ne peut être le fait de la seule croissance démographique. Il avance que cette augmentation coïncide avec la naissance du prolétariat qui serait accompagné d'une perte de contrôle social. Or nous avons constaté un accroissement constant du contrôle social avec la multiplication d'organismes religieux ou laïcs destinés à encadrer la population. Outre le fait que la crèche des Soeurs Grises jouait un rôle provincial pendant un certain temps, il nous apparaît qu'avec l'ouverture des maternités où on y recevait également des filles de "bonnes familles" afin de sauver ces dernières du déshonneur, les enfants qui y naissaient échappaient plus aisément à la responsabilité des familles.(206)

En 1888, les Soeurs Grises interrompaient le placement en nourrice et décidaient de garder les enfants à la maison-mère de la rue Guy qu'elles occupaient depuis 1871, la crèche demeurant partie intégrante de l'Hôpital Général de Montréal jusqu'en 1923. Soeur Collette attribue cette décision à une nouvelle conception de l'enfance abandonnée qui se serait manifestée chez les membres du *State Board of Charities* de New York, à la vue du sort fait aux enfants des almshouses (207). Selon Meckel (208), une enquête new-yorkaise en 1868, désignée "le cas de madame Parselle" où la pratique de l'infanticide aurait été

205 Peter Gossage "Les enfants abandonnés à Montréal au 19e siècle: la crèche d'Youville des Soeurs Grises 1820-1871", *RHAF* 40, 4, printemps 1987 pp. 537-559

206 Christophe Duhamelle, "La petite enfance en Allemagne fin XVIIIe siècle début XIXe siècle. La vision des topographies médicales" *Revue d'histoire moderne et contemporaine* XXXVII, octobre-décembre 1990, pp. 657-671. Duhamelle affirme qu'il y a un lien incontestable entre l'encadrement institutionnel de l'abandon et la faiblesse de celui-ci, p. 662. Patricia et Peter Ward, "Infant Birth Weight and Nutrition in Industrializing Montreal" *The American Historical Review* 89, 2, April 1984, pp. 324-345. Les auteurs étudient les enfants nés à l'*University Lying-in Hospital* de Montréal entre 1851 et 1905. Ils constatent que 3/5 des 8200 femmes admises, étaient des célibataires qui donnaient naissance à des enfants de plus faible poids, un facteur déterminant dans les premiers mois de vie.

207 Soeur S. Collette, *op. cit.*, p. 22. *The Society for the Prevention of Cruelty to Children* était organisée aux États-Unis en décembre 1874.

208 R. A. Meckel, *Save the Babies*, p. 30

démontrée, serait à l'origine de la création aux États-Unis des hospices pour enfants illégitimes dont la conséquence première était de fournir à la profession médicale le matériel clinique recherché. Soulignons qu'ici, cette décision coïncidait avec une prise de conscience aiguë de la forte mortalité infantile qui interpellait les médecins, avec l'expansion des écoles de médecine en quête de lieux d'apprentissage et avec la création récente du Conseil d'hygiène. Enfin la tendance à l'institutionnalisation des enfants a progressé tout au long du siècle (209).

Voyons à travers le texte déjà mentionné de Germano, les observations qu'il faisait à propos de l'organisation de la crèche. Il n'hésitait pas à faire l'éloge de la propreté des lieux qui pouvaient recevoir 60 enfants, sous la responsabilité de soeur Nadeau. Dans une pièce attenante à la salle des enfants, étaient regroupés les appareils nécessaires à leur toilette. Germano notait la présence d'une couveuse, appareil individuel conçu par le chirurgien Stéphane Tamier en 1883 (210).

L'alimentation des enfants était source d'attention particulière puisque le lait qui provenait du troupeau de la communauté, était maternisé et soumis à la stérilisation; il constituait l'alimentation exclusive des nouveau-nés alors que les plus âgés recevaient en outre, de la bouillie trois fois par jour. Les enfants quittaient la crèche à 18 mois. Aux trois soeurs titulaires et sept soeurs auxiliaires s'ajoutaient quatre

209 P.T. Rooke, R.L. Schnell, *op. cit.* pp. 114-130, 390. D. Goulet, A. Paradis, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec*. Montréal, V.L.B. 1992, p. 121: en 1891, fondation du *Montreal Foundling and Sick Baby Hospital*, situé rue Argyle. En 1914, situé rue Saint-Urbain, il prendra le nom de *The Montreal Foundling and Baby Hospital*. Il a pour but de prendre soin des enfants trouvés et des bébés, d'enseigner aux jeunes femmes à soigner et à élever les enfants malades ou en bonne santé, d'aider à prévenir la mortalité infantile et de favoriser l'installation d'établissements où on pourra se procurer du lait pur. Il offrira les services d'une goutte de lait. Jessie Boyd Scriver, *The Montreal Children's Hospital*. Montreal, McGill-Queen's University Press 1979. p. 113: l'institution fusionne en 1932 avec le *Children Memorial Hospital* et le service se continue jusqu'en 1943, alors que la division des enfants trouvés est fermée. Les enfants et les huit infirmières sont transférés au *Montreal Children's Hospital*.

210 Catherine Rollet Échalier, *op. cit.*, p. 164

surveillantes de nuit pour assurer le soin des enfants. En dépit des soins prodigués, la mortalité s'élevait à 90%. C'était amplement suffisant pour attirer l'attention du Conseil d'hygiène. Il faut cependant insister sur le fait que l'absence de soins médicaux n'est pas synonyme d'absence de soin.

La Crèche de la Miséricorde

Suite à la décision de 1888 d'interrompre le placement en nourrice les Soeurs Grises avisaient les Soeurs de Miséricorde qu'elles n'étaient plus en mesure de recevoir les bébés qui naissaient à leur maternité comme elles le faisaient jusque-là. Les religieuses de Miséricorde se voyaient donc contraintes d'ouvrir une crèche provisoire en 1889 qui a logé successivement au troisième étage de la maternité et au troisième étage des bâtisses des ateliers avant de se retrouver dans de nouveaux locaux. Le bilan des activités de cette période transitoire se lisait comme suit: (211)

Tableau 1-1
Naissances et mortalités à la Crèche de la Miséricorde 1889-1896

Années	naissances	décès	% de mortalité
1889	189	155	82.02
1890	305	263	86.23
1891	317	296	93.38
1892	309	272	88.02
1893	349	304	87.11
1894	325	301	92.59
1895	358	310	86.32
1896	344	299	86.92

211 AAM, 525-109, 1899-10, Soeurs de Miséricorde; I. Cormier, J.E. Dubé, "Mémoire sur les opérations médicales de la Crèche de la Maternité tenue par les révérendes Soeurs de la Miséricorde depuis le 21 novembre 1898 jusqu'au 1er octobre 1899"

Le Conseil d'hygiène (212) n'hésitait pas à affirmer que le taux de mortalité chez les "illégitimes" dans les crèches montréalaises excédait les 4/5 et que ce fait devait attirer l'attention des philanthropes et des législateurs. Il constatait que "dans aucun autre pays civilisé, la mortalité des illégitimes ne dépasse le double de celle des enfants légitimes..." et que "La fatalité qui pèse partout sur les illégitimes ne revêt nulle part un caractère aussi funeste que celui qu'il possède à Montréal". Ces remarques du Conseil d'hygiène déclenchaient l'intervention médicale. Les médecins allaient décider de la manière dont ces enfants seraient pris en charge; le docteur Isaïe Cormier (213) attaché au dispensaire des maladies des enfants à l'Hôpital Notre-Dame, débutait son travail à la crèche.

Devant le faible taux de survie des enfants de la crèche, Cormier assisté de J.E. Dubé (214), se voyait confier la direction médicale de la nouvelle crèche, dans le but de placer cette institution sur une base scientifique pour mieux contrer la mortalité. Le caractère du travail des médecins était alors défini par l'institution qui les accueillait, c'est-à-dire que la crèche recevait en principe des nourrissons en santé; il s'agissait tout d'abord d'activités de puériculture, mais comme le taux de mortalité y était très élevé, il permettait aux médecins de développer une expertise clinique. La Crèche de la Miséricorde fournissait ainsi le cadre

212 Troisième rapport annuel du Conseil d'hygiène de la Province de Québec, 1897, p. 72

213 Isaïe Cormier (1858-1915) devenait en 1880, assistant médecin interne à l'Hôpital Notre-Dame et médecin interne l'année suivante. De 1886 à 1891, il donnait des cours d'anatomie descriptive à l'école de médecine vétérinaire avant de bifurquer vers la pédiatrie en 1892, au moment de l'entrée en politique de Séverin Lachapelle. Il devenait agrégé en 1899. *Annaires de l'Université Laval à Montréal* et E.P. Benoit, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame*, HND, Montréal 1924 (brochure)

214 Joseph-Edmond Dubé (1868-1939). Au moment de sa nomination à la Crèche, le docteur Dubé était médecin à l'Hôtel-Dieu après l'obtention de son diplôme de médecine de l'Université de Paris l'année précédente. Il était partisan des méthodes rigoureuses d'asepsie. Il participait à la création du premier laboratoire de bactériologie. Il participait également à la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine et à celle de l'Institut Bruchési. Au plan scientifique, il était membre correspondant de la Société médicale des Hôpitaux de Paris et de la Société médicale de Lyon; il était également membre de l'*American Medical Association* et fellow de Collège royal du Canada. Il fut président-fondateur de la Société de gastro-entérologie de Montréal.

institutionnel où les pionniers de la pédiatrie pouvaient perfectionner leur savoir tant en puériculture qu'en pédiatrie.

Reprenons la description de la nouvelle crèche qu'en faisait le directeur Cormier, au moment de son inauguration, le 1er novembre 1898 (215). La crèche occupait deux étages d'un édifice de quatre étages construit à l'épreuve du feu et mesurant 185 pieds sur 35 pieds, dont les deux salles avaient une hauteur de 15 pieds. Elle était pourvue d'un système de ventilation conçu d'après les plans détaillés qu'il avait lui-même apportés de Paris (216) et chaque salle contenait 10 bouches d'air filtré, chauffé et humidifié. La vitesse de ventilation pouvait donner 2000 pieds cubes d'air renouvelé toutes les heures par enfant, alors que la lumière pénétrait par de larges fenêtres. Attenante à chaque salle, une salle destinée à la toilette des enfants était pourvue de douze petits bains métalliques, de pèse-bébé et de boîtes métalliques destinées à recevoir le linge souillé. Tout à côté, on avait installé le laboratoire servant à la préparation du lait maternisé, stérilisé à la vapeur et réfrigéré au moyen d'un système à circulation d'eau froide. Les petits lits de fer étaient pourvus d'un matelas de feutre sur lequel était tendu un hamac recouvert d'un "piqué". Deux couveuses recevaient les nouveau-nés fragiles. Chaque nurse avait quatre enfants sous ses soins et des précautions étaient prises comme l'utilisation de solutions antiseptiques pour le lavage des mains et la désinfection des lits. Les linges souillés passaient aux étuves. Du point de vue médical, il importe de souligner que chaque enfant possédait sa feuille d'observation qui permettait de suivre son évolution. Cormier témoignait alors du désir d'en faire une crèche modèle pour former là une école de nurserie.

La crèche présentait donc un premier regroupement de nourrissons dont on pouvait observer le comportement tant à l'état de

215 *Fêtes Jubilaires de l'Institut des Soeurs de Miséricorde*, Montréal 1898, pp. 39-43. Cormier débutait son travail auprès des enfants de la crèche en 1897.

216 Archives des Soeurs de Miséricorde, notes préparées en 1927 pour "L'Histoire des Soeurs de Miséricorde" par Elie Auclair.

santé qu'à l'état de maladie. Le cadre expérimental s'avérait d'autant plus intéressant qu'il offrait des conditions environnementales modernes et uniformes, réglées par un personnel que les médecins allaient eux-mêmes former. Cette institution spécialisée était donc susceptible de démontrer à la profession médicale la valeur de ce champ de pratique d'autant plus que la pédiatrie française avait marqué des gains depuis une dizaine d'années, grâce aux expériences de Budin, Variot, Dufour etc. qui s'étaient penchés sur le sort des nourrissons. Certaines conditions avancées pour le développement d'une spécialité étaient donc réunies (217).

Dix mois après l'entrée en vigueur des nouvelles mesures soit le 1er octobre 1899, la visite quotidienne des médecins était interrompue et les religieuses reprenaient la direction de l'alimentation et des soins hygiéniques des enfants. Un bilan de mortalité (88%) aussi lourd que par le passé ne pouvait justifier le surcroît de travail et appelait cette révision. L'affaire qui rebondissait devant l'archevêque, confirme l'attitude de collaboration active de l'épiscopat avec les médecins, déjà soulignée par Pierre Guillaume, (218) et les difficultés que la médicalisation a rencontrées. En effet, l'expérience se serait terminée abruptement sans l'intervention de l'archevêque qui nommait le nouveau surintendant médical alors que les religieuses désignaient une nouvelle supérieure.

Dans une tentative de justification, le mémoire Cormier/Dubé écrit à cette occasion, distribuait les blâmes et attribuait les mauvais résultats au personnel peu soucieux d'asepsie, au transfert des 26 enfants de l'ancienne crèche potentiellement contaminés, à l'encombrement des lieux et au lait mal préparé et mal conservé. Les accusations appelaient

217 George Rosen, *The Specialization of Medicine*, New York, Arno Press & the New York Times 1972, p. 23

218 P. Guillaume, "Épiscopat québécois et santé publique dans la deuxième moitié du XIXe siècle" *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, XXXVII avril-juin 1990, pp. 324-336

la réplique des religieuses qui reprenaient point par point les accusations et y joignaient des témoignages (219).

"Nous avons constaté peu ou point de succès dans le nouveau mode d'alimentation des enfants, la mortalité ayant été la même que les années précédentes"

Elles ajoutaient:

"Que de médicaments administrés à ces petits êtres... vraiment la personne la plus robuste n'aurait pu supporter tant de remèdes. Lavage d'estomac, lavement d'intestins, bain chaud, bain froid, variation de nourriture, lait coupé non maternisé, bouillie de farine de blé, de corn starch, Nestlé-food, protose, thé de boeuf, viande pilée etc. etc.. Toutes ces choses prescrites par les Médecins que leur mémoire semble mépriser, en parlant de l'épicière du coin".

De plus, la religieuse d'affirmer que le docteur Dubé avait mis de côté le lait maternisé pour un certain nombre d'enfants et que le lait de vache non stérilisé avait été employé. Quant à l'encombrement dénoncé, les médecins auraient refusé une troisième salle offerte par les religieuses, sous prétexte que les lits avaient été en usage dans l'ancienne crèche. Le témoignage du docteur De Cotret médecin de la maternité, joint à la réplique des religieuses, ajoutait: "Le fardeau est lourd et on croit se justifier de l'insuccès en accusant son voisin". Il soulignait au passage la chaleur excessive de la crèche. Quant à la qualification du personnel, les religieuses affirmaient que quatre personnes s'étaient présentées à l'école de gardes-malades; elles avaient quitté après quelques mois n'ayant reçu aucun cours des médecins. Voilà donc les puériculteurs confondus.

Au surplus, les médecins avaient été très sévères dans leurs remontrances aux religieuses, ce qui avait ajouté aux difficultés. Ils

étaient arrivés triomphants, mus par la foi dans le progrès et forts de leurs connaissances scientifiques, bien décidés à changer le cours des choses; ils devaient se retirer devant l'échec.

Deux mois plus tard, en décembre 1899, le docteur Séverin Lachapelle était nommé surintendant médical de la crèche. D'un ton ferme, il exposait son plan d'action à la nouvelle Supérieure, plan qu'il voulait voir respecté dans l'ordre, avant d'entreprendre la visite quotidienne des enfants (220). Tout d'abord, l'allaitement maternel devait être rendu obligatoire pendant six mois (les patientes non-payantes devaient une compensation de services; présentes sur place, elles pouvaient allaiter leur enfant) et le contrôle de l'hygiène devait être remis entièrement au médecin de service. Il entendait assurer la formation des gardes-malades comme en témoigne *Femme et Nurse* qu'il publiait en 1901. Il voulait également favoriser le séjour à la campagne des enfants durant l'été et réclamait l'installation d'un laboratoire. Lachapelle qui avait l'appui de Monseigneur Bruchési, marquait des points au plan administratif.

Lachapelle, professeur de pathologie générale qui incluait à l'époque la pédiatrie, à l'Université Laval à Montréal, a très tôt saisi les avantages que présentait la crèche pour son enseignement clinique. Au lendemain de sa nomination, il ne manquait pas de remercier Monseigneur Bruchési, pour la Faculté, pour ses élèves et pour lui-même (221). Il était assisté des docteurs A.G.A. Ricard (1864-1936) médecin de l'Hôpital Notre-Dame, à titre de pathologiste, et Charles Achille Daigle (222) à titre de chef de laboratoire. Comme requis, le docteur Daigle

220 AAM, 525-109, 1905-9, Soeurs de Miséricorde, Lettre de Séverin Lachapelle à Soeur Sainte-Lucie, supérieure (sans date). Soeur Sainte-Lucie était entrée en fonction le 12 septembre 1901. Le Protestant Infant's Home où l'allaitement maternel était en vigueur, présentait un plus faible taux de mortalité infantile.

221 Archives des Soeurs de Miséricorde, Lettre de S. Lachapelle à Mgr Bruchési, 16 décembre 1899.

222 Charles Achille Daigle (1867-1935) Diplômé en 1892 de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, il poursuivait des travaux de pathologie avec le professeur Bruyère, pathologiste de l'Hôpital Royal Victoria de 1895 à 1897 avant de suivre en 1900, les leçons de Letulle à

dotait la crèche d'un laboratoire de pathologie et le docteur Ricard, prenant la relève de Dubé (223), y effectuait les autopsies. L'approche anatomo-pathologique était donc retenue pour résoudre le problème de la mortalité infantile à la crèche et le docteur Daigle pouvait affirmer en 1904, que des travaux de pathologie infantile étaient commencés.

Au premier congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, un volet était consacré à la pédiatrie et les médecins de la Crèche de la Miséricorde prenaient la parole. Outre qu'il traduisait les préoccupations populationnistes, Lachapelle déplorait l'insuffisance de l'enseignement universitaire en pédiatrie et l'absence de clinique pédiatrique, avant de faire un ardent plaidoyer en faveur de cette nouvelle discipline. Devant l'importante mortalité infantile, Daigle abordait le mode d'intervention et définissait l'approche retenue dans sa présentation intitulée "Troubles et maladies de la nutrition" (224). En conclusion, il affirmait qu'il fallait "robustifier le terrain bacillisable" selon l'expression de Landouzy, et "mettre l'organisme en état de pouvoir à ses moyens de défense, d'entretien, de développement et de travail, activer la fonction respiratoire pour élever le coefficient d'oxydation; en un mot activer la nutrition". Il soulignait l'approche diététique retenue dans le traitement des troubles de la nutrition, combinée aux agents physiques (aérothérapie, héliothérapie, photothérapie, hydrothérapie etc.). Cette notion de terrain déjà avancée à l'époque pré-pastorienne, sera reprise le temps venu d'organiser la lutte contre la tuberculose chez les enfants.

Paris. Il avait également exécuté des travaux de laboratoire en compagnie du docteur Weinberg à l'Hôpital de Boucicaut. A son retour l'année suivante, il était nommé démonstrateur d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'université et cette dernière lui assignait en 1903, le poste de directeur du laboratoire de pathologie à l'Hôtel-Dieu, où il succédait à Dubé. *La Revue médicale du Canada* 6, 1903, p. 382 ; Marcel Cadotte, "Historique du laboratoire de pathologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal: de sa création en 1896 à l'arrivée du professeur Pierre Masson en 1928", *UMC* 108, mai 1979, pp. 479-494; *AUM*, P22 N140

223 J.E. Dubé, "Tuberculose et hérédité", *UMC* 30, 8, août 1901, p. 470. Dubé affirme y avoir fait environ 300 autopsies.

224 S. Lachapelle, "Thérapeutique infantile", *UMC* 31, 1902, p. 403. C.A. Daigle, "Troubles et maladies de la nutrition" *UMC* 31, 9, septembre 1902, pp. 569-578; *UMC* 31, 10, octobre 1902, pp. 639-648

Elle marquait surtout l'orientation de la pédiatrie qui privilégiait la physiologie de la nutrition, un choix qui faisait peu de place à la bactériologie. D'ailleurs, la présentation du docteur Cormier (225) à la même occasion corroborait cette option. Son étude comparative du gras du lait humain et du lait de vache menée à l'aide d'examen microscopiques, concluait qu'en alimentation artificielle, le lait stérilisé présentait une digestibilité plus faible de la matière grasse que le lait cru.

Au moment d'inaugurer la nouvelle Crèche de la Miséricorde, Monseigneur Bruchési soutenait l'organisation d'une association de dames patronnesses (226) qu'il jugeait à propos de doubler d'une association de messieurs patrons en mars 1900 et dont l'animateur était Séverin Lachapelle (227). Ces associations qui regroupaient des membres de la bourgeoisie, avaient pour but, outre celui de recueillir des fonds pour l'oeuvre, celui de contrer l'hostilité populaire souvent rencontrée par les religieuses à l'égard de leur oeuvre. Pour mieux accréditer cette oeuvre des enfants, Monseigneur Bruchési nommait le secrétaire de l'Université Laval à Montréal, l'abbé Gustave Bourassa, aumônier de la crèche. Tandis que le docteur Lachapelle s'affairait auprès des gouvernements provincial et municipal pour obtenir des subsides, l'abbé Bourassa organisait des conférences à l'université pour attirer la sympathie du public sur l'oeuvre. Encore là, le sort des enfants ne pouvait se passer du façonnement de l'opinion publique et de l'action des groupes de pression. L'association des patronnesses joignait la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste au moment de sa fondation en 1907.

225 I. Cormier, A. Bernier, "Contribution à l'étude de la matière grasse du lait", *UMC* 31, 8, août 1902, pp. 525-530

226 6e Rapport annuel de l'Oeuvre de la Crèche des Soeurs de Miséricorde de Montréal, 1903-1904: les patronnesses étaient environ 400; elles apportaient une cotisation annuelle de 1\$ et autres soutiens matériels en retour de quoi les dames recevaient des bienfaits spirituels.

227 Elie J. Auclair, "L'oeuvre de la "crèche" à Montréal de 1908 à 1923", chapitre XVI, *Histoire des Soeurs de Miséricorde de Montréal*, Montréal 1928.

Toujours préoccupé d'éducation populaire, dès janvier 1901, avec l'autorisation de Mgr Bruchési, Lachapelle proposait aux patronnesses, un cours d'éducation physique de l'enfant. Il offrait douze leçons à raison de deux leçons par semaine, au coût de 5\$ qu'il partageait pour moitié avec l'institution. Le but avoué de Lachapelle était de faire l'éducation des mères de famille, tout en attirant ces femmes vers l'institution qu'elles aideraient à soutenir par la suite. Il s'était assuré la collaboration de "La Presse" (228) pour en faire la promotion. Par la suite, il donnait, avec ses assistants, des conférences d'hygiène infantile aux réunions des "Petits Mardis" des patronnesses (229).

Pour résoudre le problème de main-d'oeuvre, il était décidé en 1906 que les étudiantes gardes-malades devaient passer 6 mois à la Crèche avant d'entrer à la maternité. Dans le même but, l'année précédant son décès, Lachapelle proposait à la Supérieure la création d'un cours de Bonnes d'enfants de 6 mois; il voulait également compléter les cours théoriques donner aux élèves en médecine par des leçons cliniques (230).

Le programme de Lachapelle était mis en action et dès le 1er octobre 1901, le régime de l'allaitement maternel était inauguré à la crèche (231). Lachapelle concluait, un an plus tard, que ce régime diminuait sensiblement la mortalité chez les enfants même si un groupe d'enfants (47%) demeurait nourri au biberon. Les enfants accompagnés de leurs bonnes avaient séjourné à la campagne durant l'été et à partir de mai 1903, la résidence Saint-Janvier du Sault aux Récollets, propriété de Monseigneur Bruchési, accueillait des enfants durant l'été. Le service médical était assuré par S. Lachapelle et Hector Peltier cette même année. Des 38 enfants admis, 24 décédaient de broncho-pneumonie

228 Archives des Soeurs de Miséricorde. Lettre de S. Lachapelle à la Supérieur, 7 janvier 1901

229 6e Rapport annuel de l'Oeuvre de la Crèche des Soeurs de Miséricorde de Montréal 1903-1904. *Deuxième Congrès de la Fédération Nationale Saint-Jean-Baptiste* 23, 25, 26 juin 1909. Montréal, Paradis Vincent 1909, p. 26

230 Archives des Soeurs de Miséricorde, lettre de S. Lachapelle à la Supérieure, 23 juillet 1912.

231 Rapport annuel de l'Oeuvre de la Crèche des Soeurs de Miséricorde de Montréal, 1902

consécutive à une épidémie de rougeole. Les médecins adoptaient finalement des règles d'asepsie qu'ils s'appliquaient à transmettre au personnel de la crèche (232). Et en 1909, Lachapelle révisait l'alimentation des nourrissons, et retenait qu'il fallait un intervalle de 3 heures entre les repas (233). L'observation conduisait graduellement à l'élaboration de certains principes de nutrition chez les enfants.

Voyons le tableau que présentait la trésorière de l'Association des dames patronnesses à l'occasion de son rapport annuel à Monseigneur Bruchési, (234).

Tableau 1-2

Relevé des admissions et des mortalités
à la Crèche de la Miséricorde 1899-1908

Années	admissions	décès	survie
1899-1900	341	260	23%
1900-1901	358	301	16%
1901-1902	351	172	51%
1902-1903	513	322	38%
1903-1904	447	309	31%
1904-1905	518	317	39%
1905-1906	500	342	32%
1906-1907	583	328	56%
1907-1908	532	333	63%

232 *Illustrated Witness*, January 23, 1908 p.3 Une photographie nous montre Lachapelle accompagné de ses assistants, tous revêtus du sarrau et du bonnet.

233 *UMC*, 38, 9, septembre 1909, pp. 501-502

234 *AAM*, 525.109 (907-7), Rapport de la trésorière de l'Association des Dames patronnesses, 1er octobre 1906 au 30 septembre 1907. Nous y avons inclus le rapport de l'année suivante.

Ces statistiques "officielles" appellent des réserves. Elles étaient établies de façon à afficher une performance qui ne correspondait pas tout à fait à la réalité. Le chiffre des "admissions" est composé des enfants admis en cours d'année et des enfants présents à la crèche en fin d'année; ces derniers étaient donc comptés deux fois. On y incluait également les enfants de la Maison Saint-Janvier, enfants plus âgés qui, majoritairement, provenaient de la crèche. Les statistiques dont nous disposons ne nous permettent pas de composer un tableau plus rigoureux. Mais le tableau présenté par Soeur Blandine donne une idée à plus long terme.(235)

Soeur Blandine dresse un tableau du pourcentage des mortalités en regard des adoptions par étapes de cinq ans, couvrant la période 1890-1945. La mortalité déclinait lentement suivant une ligne continue, exception faite de la période 1915-1920 qui indique une remontée, pour passer sous le seuil des 30% dans les années 1925-1930, alors que les religieuses recevaient plus de 600 enfants chaque année, depuis le début des années vingt. Elle attribue au manque de formation professionnelle ce haut taux de mortalité et souligne que le port du masque auprès des jeunes enfants avait considérablement diminué les infections respiratoires chez les nouveau-nés (236).

En 1909, sous la présidence de Séverin Lachapelle, un comité médical était formé à la Crèche de la Miséricorde qui réunissait les docteurs A. Ricard, R. Masson et S. Langevin. Cette même année, l'administration municipale octroyait 1000\$ à la crèche et le montant était porté à 1500\$ l'année suivante. Une subvention provinciale de 1000\$ était destinée à la crèche Saint-Paul qui devenait en 1911, le prolongement de celle de Montréal. Après le décès du docteur Lachapelle

235 S.S. Blandine, *L'organisation d'une institution avec service social spécialisé*. M.A. Service social, Université de Montréal 1946, p. 95 tableau, voir Annexe II

236 *ibid.*, p. 96. Voir aussi: François Guérard, "Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie 1889-1939", *RHAF* 48, 3, hiver 1995, 375-401: la mortalité infantile à la crèche de l'Hôpital Saint-Joseph qui échappait au contrôle médical, s'élevait en 1934 à 225 décès sur 240 admissions.

en juin 1913, le service médical était assuré par les médecins de la maternité jusqu'à ce que les religieuses en confient la direction au docteur Stephen Langevin (237), le 1er octobre 1916. Cette nomination d'un obstétricien à un poste demeuré vacant passablement longtemps, porte à croire que la pédiatrie était une spécialité encore boudée au sein de la profession médicale et qu'elle rencontrait, comme le soulignait Goldbloom, l'opposition des obstétriciens (238). De plus, l'affiliation universitaire de l'Hôpital Sainte-Justine en décembre 1914, déplaçait les activités de pédiatrie vers cet hôpital, alors que les crèches devenaient des lieux complémentaires d'enseignement.

Globalement, l'expérience portait ses fruits, si l'on retient qu'à la suite de leurs activités à la Crèche de la Miséricorde, les docteurs Dubé, Lachapelle, Masson et Levasseur décidaient de participer à la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine en 1907 et s'impliquaient dans la fondation des Gouttes de lait, mettant ainsi sur pied les premières institutions pédiatriques destinées à l'ensemble de la population. De plus, l'oeuvre des crèches peu valorisée tant dans le milieu anglais (239) que chez les Canadiens français, connaissait finalement une certaine sympathie du public et recevait quelques subventions, au moment où les préoccupations populationnistes incitaient les médecins à se pencher sur ces enfants et à développer une expertise en médecine infantile.

A la différence des autres spécialités médicales qui naissaient de la médecine clinique guidée par l'approche anatomo-localiste, la pédiatrie

237 *Biographies canadiennes-françaises*. Montréal, Ouimet 1922, p. 547. Né en 1885, Stephen Langevin devenait assistant à la clinique de la Maternité en 1910; Il effectuait un voyage d'études dans les maternités de Paris en 1913. Il était chargé de cours et de la clinique obstétricale à l'Hôpital de la Miséricorde au départ du docteur De Cotret pour l'Hôpital Notre-Dame. Il était également vice-président du laboratoire Nadeau et directeur de la *Revue médicale du Jeune Médecin*. Il apportait aussi son concours à la fondation de l'Assistance maternelle. Voir aussi: T.S. Langevin, *Soixante ans de pratique médicale*. Langevin était démis de ses fonctions universitaires le 18 septembre 1939. On lui doit la création de l'Association des diplômés de l'Université de Montréal.

238 A. Goldbloom, *Small Patient*. Longmans, Toronto 1959, p. 192.

239 Rooke et Schnell, *op. cit.*, p. 115 et suiv.

découlait d'abord de la mobilisation des médecins préoccupés d'hygiène pour s'enrichir ensuite de l'approche anatomo-pathologique. C'est l'hygiéniste qui le premier, à l'aide de la statistique, reconnaissait l'enfant comme appartenant à un groupe distinct médicalement des adultes et par conséquent, requérant une intervention propre. L'axiome qui voulait que "le pédiatre soit le plus hygiéniste des cliniciens et le plus clinicien des hygiénistes" se vérifiait.

Il faut surtout souligner que la pédiatrie naissait à Montréal, autour d'une organisation récente, la Crèche de la Miséricorde. Cette institution offrait des conditions d'études et d'observations du développement des nourrissons tout en apportant une solution à un problème social. Oeuvre sociale avant tout mais peu prisée par l'ensemble de la population, la Crèche vivait sous le signe de la pauvreté et religieuses, patronnesses et médecins devaient déployer bien des énergies pour obtenir le support financier qui permettait d'en faire un lieu suffisamment moderne et propice à la survie des enfants et à l'enseignement. Par ricochet, elle contribuait à faire évoluer le sentiment à l'égard de l'enfance. La mobilisation de quelques médecins qui concentraient leurs efforts sur des objectifs d'ordre socio-politique, parmi lesquels la conservation des enfants qui naissaient nombreux, a contribué non seulement à l'expansion du champ médical mais également à l'apparition d'une spécialité, la pédiatrie. C'est en effet le professeur d'hygiène, Séverin Lachapelle, qui assumait l'enseignement de la pédiatrie à l'Université Laval à Montréal et non le professeur d'obstétrique de qui relevait depuis le milieu du siècle, l'enseignement "des maladies des femmes et des enfants". La pédiatrie qui se présentait sur le territoire de l'hygiène devait concilier médecine préventive et médecine curative.

Tableau 1-3

**Décès d'enfants dans les crèches
de l'Hôpital Général et de la Miséricorde.**

Statistiques extraites des rapports sur l'état sanitaire de la cité de Montréal

Année	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
H. Général	230	235	265	270	202	238	261
H. Miséricorde	264	302	275	301	265	322	296

Année	1898	1899	1900	1901	1902
H. Général	268	316	326	319	315
H. Miséricorde	282	284	290	261	214

Année	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
H. Général	365	350	352	438	423	327	239	388
H. Miséricorde	354	308	287	335	360	347	435	320

Ces statistiques présentent un ordre de grandeur des décès d'enfants dans les deux crèches franco-montréalaises au tournant du siècle, qui se situe entre 500 et 700 annuellement.

1.3.2 Les gouttes de lait et la puériculture

La lutte contre la mortalité infantile constituait la pierre angulaire de l'hygiène et était perçue comme une oeuvre patriotique parce qu'elle concourait aux objectifs populationnistes des Canadiens-français. Ces mêmes objectifs se retrouvaient dans les pays européens industrialisés et

au Canada anglais. Au nombre des moyens mis de l'avant pour mener la lutte, il fallait compter la distribution du lait pur.

A l'origine, l'oeuvre des gouttes de lait avait pour but d'assurer une nourriture saine et appropriée aux nourrissons tout en donnant aux mères des instructions pratiques en hygiène infantile; elle se transformait en consultation médicale par la suite. Cette institution voyait le jour à la fin du XIXe siècle et son modèle se propageait rapidement à travers le monde occidental. En Amérique, le pédiatre Henry Koplik de New York, directeur du dispensaire pédiatrique *Good Samaritan* y rattachait un *milk depot* dès 1883. C'était la première goutte de lait américaine destinée particulièrement aux enfants du dispensaire, avec consultation.

A Montréal, dans la foulée des conférences sur l'hygiène, le *Montreal Local Council of Women* au sein duquel militaient des dames de la bourgeoisie francophone, s'affairait à mettre sur pied des centres de distribution de lait contrôlé (240), à l'exemple du modèle américain qui, à l'initiative du philanthrope Nathan Straus, multipliait les "*milk depot*" à travers les villes, mais d'abord à New York dès 1893 (241). Le projet financé pour un an par le Colonel Jeffrey Burland se concrétisait au *Montreal Foundling and Baby Hospital*.

Dans une conférence à la Société médicale de Montréal, le 4 décembre 1900, le docteur Dubé (242) sensibilisait ses confrères à l'importance de la mortalité infantile et à l'urgence de prendre les moyens de la diminuer. En cernant le problème de plus près, les médecins

240 M. Lavigne, Y. Pinard, "Les débuts du mouvement des femmes à Montréal 1893-1902", *Travailleuses et féministes*, p. 190; Y. Pinard, *Le féminisme à Montréal au commencement du XXe siècle 1893-1920*, p. 105

241 R. Meckel, *op. cit.*, p. 78. En 1895, Straus érigeait un centre de pasteurisation qui servait de modèle.

242 J.E. Dubé, "L'oeuvre de "la Goutte de lait à Montréal" *La Revue scientifique* 1, mai 1901, pp. 9-13; J.E. Dubé "Les débuts de la lutte contre la mortalité infantile à Montréal Fondation de la première "Goutte de lait", *UMC* 65, septembre 1936, pp. 879-891; oct. 1936, pp. 986-993; nov., 1936, pp. 1088-1102; J.E. Dubé, "Nos hôpitaux, le passé, leur évolution, le présent", *UMC* 61, 1932, pp. 149-234.

observaient que les maladies qui emportaient le plus souvent les enfants étaient les affections des voies digestives, en été, et celles des voies respiratoires, en hiver. Ils étaient confiants de pouvoir intervenir, forts des expériences tentées à l'étranger.

Le docteur Dubé avouait deux sources d'influence. D'une part, un article du professeur Budin, créateur à la Charité de Paris d'une consultation de nourrissons en 1892, dans lequel il dévoilait les résultats qu'il avait obtenus, d'autre part, la publication du docteur Goler de Rochester, chef du bureau municipal de santé qui avait pris l'initiative d'établir dans toute la ville, des dépôts de lait pur. Ce lait, auquel on ajoutait un peu de sucre, était gardé à basse température et dilué suivant le poids de l'enfant. Si le premier stérilisait le lait, le second se contentait de le recueillir dans des conditions de parfaite asepsie. Dubé optait pour la première méthode et Séraphin Boucher (243) expliquait qu'il privilégiait la stérilisation à la pasteurisation du lait parce que dans ce dernier cas, le lait devait être gardé au froid, une condition souvent impossible chez les pauvres. Le projet recevait l'appui de la Société médicale et le soutien financier du journal *La Patrie*. Cette première organisation, indépendante de l'hôpital ou du dispensaire, s'était dotée d'un bureau de directeurs et d'un comité de patronnesses (244); elle logeait dans un magasin désaffecté de la rue Ontario. Par cette initiative, Dubé devenait un des premiers artisans de la médecine sociale en milieu francophone dont il se fera l'ardent défenseur, sa vie durant.

Mise en service du 5 juillet au 24 novembre 1901, la première "Goutte de lait" française fut une expérience de courte durée, commandée par des contraintes financières. Elle avait reçu 155 enfants dont 49 seulement avaient persévéré, alors que 87 abandonnaient et 19

243 S. Boucher, "La mortalité infantile de la naissance à un an L'oeuvre de la goutte de lait" *La Revue médicale du Canada* 6, 1903, pp. 192-194

244 *La Patrie* 1er juin 1901; 22 juin 1901. Voir: B. Gaumer, *op. cit.*, p. 158

étaient décédés (245). Elle vendait un lait préparé suivant quatre concentrations différentes et dosé à raison d'un repas par bouteille, le tout stérilisé à la vapeur et refroidi rapidement. La pesée hebdomadaire contrôlait le poids de l'enfant. Dans un bilan ultérieur, le docteur Groux soulignait que cette première initiative, en dépit de sa courte durée, avait été suffisante pour créer une mentalité nouvelle chez les médecins et chez les mères qui apprirent que les enfants pouvaient être sauvés par une alimentation appropriée. La suite des événements nous oblige à réfuter cette affirmation.

La "Ligue du lait pur" à laquelle s'associait le *Montreal Local Council of Women* (246) sous la présidence du docteur A.D. Blackader, renouvelait l'expérience en 1903-1906 avec l'appui d'un laboratoire central et le service des infirmières VON (247). Une subvention de la ville et une souscription du *The Montreal Daily Star* permettaient d'établir six points de vente dans les pharmacies. On pouvait se procurer le lait sur présentation d'une prescription médicale et le prix variait selon l'état de fortune des familles; il était gratuit pour les indigents. Par dessus tout, la ligue préoccupée de la qualité du lait disponible sur le marché montréalais, retenait les services d'un enquêteur.

Sans égard aux susceptibilités et aux intérêts en cause, l'étude de S.M. Barré (248) identifiait clairement le lait contaminé, au nombre des causes de mortalité infantile. Elle pointait du doigt la déféctuosité de

245 S. Boucher, "L'oeuvre de la goutte de lait", *UMC* 31, 1, janvier 1902, pp. 30-34; *Montréal-Médical* 1, 5, juillet 1901, p. 184

246 Carole Dion, *op. cit.*, p. 163

247 J.E. Dubé, "Nos enfants, nos préjugés", *UMC* 33, 1904, pp. 503-505; *Montréal médical* VI, 5, juillet 1906, p. 198; Adélar Groux, "La consultation de nourrissons. Son objectif et ses activités", *UMC* 67, mai 1938, pp. 475-482; *UMC* 77, octobre 1948, p. 1244 ; La ligue comptait parmi ses directeurs le docteur Dagenais échevin, successeur de Trudel à la Miséricorde, qui assistait au Congrès international des Gouttes de lait, à Paris, en octobre 1905.

248 S.M. Barré, *Aux Mères canadiennes Le lait pour l'alimentation dans les villes*. 1905. Barré avait visité 254 fermes. J.E. Dubé "La ligue du lait pur et les gouttes de lait devant l'opinion publique" *UMC* 35, 1, janvier 1906, pp. 37-49. Voir pour la France: C. Rollet-Echalier *op. cit.*, p. 179

l'organisation commerciale, l'inefficacité de l'inspection et les problèmes de conservation du lait à domicile. La ligue parvenait ainsi à démontrer le piètre état sanitaire dans lequel se faisait la traite, la conservation et le transport du lait à Montréal et exerçait des pressions auprès des échevins pour que le Bureau de santé fasse l'inspection du lait. L'industrie laitière était pointée du doigt et était tenue responsable, par son incurie, de la mortalité infantile.

La qualité du lait.

Le problème de la qualité du lait distribué dans les villes à cette époque, était passablement généralisé; il devenait la première cible des personnalités du monde médical. A Montréal, elles multipliaient les rapports (Laberge, Cormier, Boucher, Marien, Masson) déplorant cet état de fait. Outre la falsification du lait, sa contamination lors du prélèvement et son transport non réfrigéré, constituaient les principales causes de sa détérioration (249). Or ces problèmes connus, outre qu'ils dépassaient la juridiction municipale, touchaient une industrie qui, pour certains, devait être réglementée et pour d'autres, commandait l'éducation des producteurs et leur persuasion à adhérer à des méthodes hygiéniques. Dans la seconde option, c'était ignorer le distributeur.

Le manque d'unanimité sur les moyens à mettre en oeuvre pour corriger la situation, certains étaient plus préoccupés de fraude que de contamination, comme le constatait Marien (250) et un plan d'action mal défini, fallait-il réglementer la vente du lait à la suggestion de Cormier, recommander la stérilisation ou la pasteurisation du lait qui appelait une transformation de l'industrie, comme le suggérait Dubé et Masson, ou encourager la production de lait pur recommandé par Lachapelle en

249 J.E. Laberge, "Le lait à Montréal", *Montréal-Médical* IV, 10, décembre 1906, pp. 388-394. J. E. Dubé, "L'approvisionnement de lait de la ville de Montréal", *UMC* 31, 1, janvier 1902, pp. 16-25. Pour les États-Unis, voir: R. Meckel, *Save the Babies*, chapitre 3; pour la France, voir: C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 355.

250 A. Marien, "L'empoisonnement par le lait", *UMC* 36, 1, janvier 1907, pp. 4-9. Le rapport Marien confirmait le rapport Barré

faisant l'éducation des producteurs, prônée par Laberge, causaient le piétinement.

Devant l'échec de cette seconde tentative visant à établir une organisation stable des gouttes de lait, la Commission du bon lait était mise sur pied en 1907 par la Société médicale de Montréal et la *Montreal Medico-Chirurgical Society*, dans le but d'élaborer des règlements visant les producteurs et les distributeurs de lait. Elle soumettait son rapport et proposait des règlements provinciaux et municipaux concernant l'industrie laitière (251). Elle recherchait l'appui de l'opinion publique pour finalement décevoir dans ses résultats, car ce n'est qu'en 1914 qu'un service du lait et des fermes était constitué au Bureau de santé de Montréal et la pasteurisation du lait devenait effective en 1926. La section de l'inspection du lait comptait alors 11 inspecteurs du lait (252). Le contrôle de la vente du lait était pourtant aussi au nombre des recommandations de la Commission royale de la tuberculose.

Les gouttes de lait paroissiales.

Entre-temps, Lachapelle qui entretenait certaines réticences à l'égard de la législation concernant l'industrie laitière (253), continuait de réclamer l'intervention des autorités publiques dans la lutte contre la mortalité infantile (254). Il multipliait les efforts pour infléchir le processus politique en faveur des organisations qu'il servait.

251 *Journal de médecine et de chirurgie*, III, 8, 1908, p. 128; 9, 1908, p. 144; 10, 1908, p. 160; 11, 1908, p. 174; 12, 1908, p. 196. Archives nationales, Ottawa, fonds NCOV, MG 28 I25, vol. 6778: au gouvernement fédéral, les lois et règlements adoptés pour combattre la tuberculose concernaient les laiteries et l'inspection des animaux (vaches laitières) et le test à la tuberculine: département de l'agriculture, 16 avril 1917. La campagne du lait pur débutait aux États-Unis en 1887 et les commissions du lait pur se multipliaient depuis 1890: R. Meckel, *op. cit.*, p. 82

252 A. Groulx, "L'inspection du lait à Montréal", *UMC 77*, juillet 1948, p. 825. Groulx estimait qu'en 1920, 55% du lait vendu à Montréal était pasteurisé.

253 S. Lachapelle, "Traitement de la chorée", *Le Journal de médecine et de chirurgie* IV, 13, 1909, p. 201

254 *Montréal-Médical* IV, 6, août 1904, pp. 211-212

L'arrivée au pouvoir des réformistes sur la scène municipale en 1910, s'accompagnait d'une importante percée des médecins au plan administratif et favorisait l'organisation de gouttes de lait subventionnées. Rappelons que le docteur E.P. Lachapelle président du Conseil supérieur d'hygiène et doyen de la faculté de médecine était élu pour quatre ans à la ville de Montréal. Au même moment, le clergé, particulièrement sensible à la question sociale (255), s'ouvrait à une collaboration active qui allait imprimer un virage dans le mode d'intervention. De plus, il n'est pas indifférent de constater que les gouttes de lait s'implantaient définitivement au moment où la pédiatrie était reconnue comme discipline autonome par la loi médicale de 1909. La stratégie d'intervention était connue ailleurs, comme en témoigne le docteur Henri Klose, premier assistant de la clinique des maladies de l'enfance de l'Université de Strasbourg (256). Il concevait que la mortalité infantile avait sa source dans le système économique et qu'il fallait la combattre par l'amélioration de la situation sociale, par l'augmentation des salaires, la construction d'habitations saines, par la restitution de la mère à sa famille, par l'assainissement des villes et l'installation de bonnes canalisations d'eau, bref, il reconnaissait que l'influence désastreuse de la pauvreté et de la misère était au moins égale à celle d'une nutrition défectueuse et insuffisante. Mais ces considérations d'ordre sociologique étaient dans un même temps soumises à d'autres considérations. Car il poursuivait en affirmant que l'extension et l'avenir des instituts pédiatriques étaient assurés à partir du moment où les médecins pouvaient compter sur l'appui et la collaboration de la femme. Pour se faire, il importait de s'assurer que dès l'école primaire, les moyens de lutte à la mortalité infantile fassent "partie intégrante du bagage intellectuel de toute jeune fille" et alors il restera aux organismes de propagande à mettre en jeu la plénitude de leurs moyens d'action, concluait-il.

255 Jos. Gauvreau, *L'oeuvre des Gouttes de lait paroissiales*, 198, L'oeuvre des tracts 1935. Fondation de l'École sociale populaire vers 1910

256 Henri Klose, "La ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux ans", *Archives de médecine des enfants* 10, 2, février 1907, Paris, pp. 65-99 .

Ainsi, pour contrer la baisse de la natalité et "conserver les enfants à la famille et à la patrie", il fallait pousser plus avant le "mouvement éducateur". Cette intensification de l'action allait accroître considérablement le rôle du médecin qui recevait cette fois, l'appui du clergé. Au plan pratique, l'organisation s'intégrait à la structure paroissiale pour y recruter une main-d'oeuvre bénévole et recourait aux subventions municipales pour survivre.

Le rapport des docteurs Séverin Lachapelle de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal et Blackader de l'Université McGill (257), faisait de l'ignorance des mères la cause première de la mortalité infantile et préconisait l'allaitement maternel au double point de vue scientifique et moral. Le diagnostic d'ignorance des mères était calqué sur celui déjà posé aux États-Unis et ailleurs (258). L'élevage de l'enfant par sa mère sous direction médicale, devenait le meilleur moyen de combattre la mortalité infantile et Lachapelle réclamait un enseignement de la puériculture dans les facultés de médecine. De plus, à l'inspection des élèves des écoles, il fallait ajouter l'intervention spécifique auprès des nourrissons, puisque c'était dans ce groupe d'âge que la mortalité était la plus élevée (259). Le rapport recommandait la formation d'infirmières visiteuses et l'inspection de la maison de l'enfant, afin de "tenir sous surveillance directe tous les enfants nés pendant l'année". Des honoraires inciteraient les médecins à signaler les naissances promptement et permettraient un meilleur contrôle de la population infantile. Après avoir défini la mère comme ignorante, il restait à savoir comment elle pourrait être prise en charge et qu'elle serait l'institution de contrôle social en mesure de répondre aux impératifs.

257 Montréal, Service de santé, rapport 1911, pp. 15-17; Lachapelle avançait cette idée depuis un bon moment: *Montréal-Médical* IV, août 1904, pp. 211-212

258 R. Meckel, *op. cit.*, p. 109; R. Apple, *op. cit.*, "Under the Supervision of the Physician 1910-1950", chapitre V

259 S. Lachapelle, "La mort des petits Canadiens", *La Clinique*, II, 2 mai 1911, pp. 39-42

En 1910, l'organisation des gouttes de lait prenait forme définitivement. La goutte de lait de la paroisse Saint-Enfant-Jésus, était créée à l'instigation de Mgr Géo. Lepailleur qui avait pris soin de visiter la consultation parisienne de Variot, du docteur Eugène Gagnon et de quelques médecins soucieux d'hygiène infantile. Cette association paroissiale d'hygiène était à la base de la goutte de lait. Une seconde goutte de lait logeait au dispensaire de l'Hôpital Sainte-Justine où les administratrices avaient été pressées par les médecins de l'accueillir, tout en répondant aux besoins propres de l'hôpital (260). Enfin, une troisième relevait du *Montreal Foundling and Baby Hospital* depuis le début du siècle. Ces organismes recevaient des subventions municipales et étaient au nombre de 13 dès 1911.

Les réflexions du docteur Gagnon étaient révélatrices des intentions des médecins quant à la poursuite de leur intérêt professionnel à travers les objectifs sociaux qu'ils définissaient:

Nous croyons que le médecin y trouvera double profit: le profit scientifique et l'autre...le profit pécuniaire qui ne doit pas nous laisser indifférents. Car le jour où nous aurons réussi à prendre sur nos mères un ascendant assez puissant pour les amener à faire chaque semaine le petit sacrifice du déplacement pour la pesée, ce jour-là nous serons assurés qu'à la moindre alerte signalée par la balance et la toise, la mère aura recours à nos lumières et qu'elle n'osera pas prendre sur elle de faire tous les savants traitements suggérés par son entourage". (261)

Cet aveu bien candide ne laisse aucun doute sur les intentions des intervenants: s'assurer du contrôle social des mères par la consultation

260 R. Desjardins, *op. cit.*, p. 113

261 E. Gagnon, "Comment diminuer la mortalité infantile", *UMC* 39, 12, décembre 1910, pp. 713-720; *UMC* 40, 1, janvier 1911, pp. 2-10.

de nourrissons pour établir la pédiatrie comme profession consultante. Il démontre aussi l'arbitraire auquel se rattache le savoir.

La méthode retenue à l'Enfant-Jésus était celle de Variot. Plus économique, elle comptait sur la mère pour la propreté de bouteilles, pour l'entretien des tétines et le coupage du lait. La mère recevait 1/2 litre de lait stérilisé industriellement par la compagnie Laurentia. Cette méthode était-elle suffisamment sécuritaire si l'on songe que cette même année, sévissait une épidémie de typhoïde sur le territoire desservi par la *Montreal Water and Power Co.*? Gagnon concluait rapidement au succès, même si pour ce faire il présentait des statistiques de mortalité chez les enfants de moins de deux ans alors que la goutte de lait s'adressait aux nourrissons de moins d'un an !

En 1912, le service municipal de santé donnait suite aux recommandations Lachapelle-Blackader-Pelletier, et consacrait 6000\$ au projet (262). A ce propos, Dagenais (263) rappelle l'augmentation considérable des dépenses sous le mandat réformiste et les visées partisans de ses promoteurs. Cependant, des 26 gouttes de lait subventionnées par la Ville de Montréal, 10 restaient à l'état de projet (264) et on enregistrait 1373 consultations de moins en 1912 qu'en 1911 (265). La Fédération Nationale Saint-Jean-Baptiste reconnaissait que l'opinion populaire n'était guère favorable à cette institution (266).

"Les gouttes de lait étaient admirablement outillées pour fonctionner, mais les classes populaires en ignoraient le chemin, en méconnaissaient l'utilité, et la consultation restait trop souvent déserte. L'institution semblait avoir

262 Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté*, p. 108

263 Michèle Dagenais, "Une bureaucratie en voie de formation l'administration municipale de Montréal dans la première moitié du XXe siècle", *RHAF* 46, 1, été 1992, pp. 177-205

264 "Compte rendu de la première convention des "Gouttes de lait" de Montréal", *UMC* 42, 6, juin 1913, p. 319

265 *Le Devoir*, 12 mai 1913

266 *La Bonne Parole*, IX, 5, mai 1921, p. 11

péricliter quand nos femmes comprirent qu'elles avaient un rôle primordial à jouer dans le geste qui se produisait pour opérer le salut national. Le public était apathique; eh bien! elles résolurent de façonner l'opinion publique et de créer une mentalité nouvelle". (267)

Loin de susciter l'enthousiasme et de répondre à une demande, les gouttes de lait témoignaient de la difficulté de la médicalisation au moment où ses promoteurs envisageaient d'en faire des centres médicaux-éducatifs avec l'aide des finances publiques. Il fallait contraindre les mères à un service qu'elles ne désiraient pas. Un réseau bien structuré devenait nécessaire pour assurer la survie des gouttes de lait car il faut convenir que le projet médical allait à l'encontre de la sociologie du libéralisme qui se réclamait des lois du marché et exigeait un changement important dans les mentalités.

Bien à propos, Rollet-Echalier (268) fait remarquer que la consultation différait de la visite; c'était la mère qui devait se déplacer pour consulter le médecin et la consultation s'adressait à tous les nourrissons en santé ou atteints de troubles de la nutrition. La consultation diffusait un enseignement collectif et avait un caractère public. Elle transformait la pratique médicale en la déplaçant vers des institutions publiques. En contrepartie, elle offrait aux médecins un vaste échantillonnage qui leur permettait d'approfondir leurs connaissances sur la croissance des enfants et permettait de définir les normes de la physiologie humaine.

Celui qui allait succéder à Louis Laberge en 1913, à la tête du service de santé de la ville de Montréal sous le mandat réformiste, Séraphin Boucher avait déjà servi la profession médicale; à titre de gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens, il avait participé à

267 M. Gérin-Lajoie, "L'Action sociale et ses relations avec la santé publique", *La Bonne Parole* IV, 8 octobre 1916, p. 3, citée par Y. Pinard, *op. cit.*, p. 105

268 C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 326

l'élaboration de la loi médicale de 1909 qui élevait le niveau des études médicales et introduisait un enseignement obligatoire à la fois théorique et clinique de la pédiatrie. Professeur à la faculté de médecine, il était également médecin de l'Hôpital Sainte-Justine et avait collaboré à l'établissement des premières gouttes de lait et à l'exposition du bien-être de l'enfance de 1912. (269) Il était donc très sensible à la fois aux besoins de la profession médicale et au problème des enfants malades, et faisait de la lutte à la mortalité infantile, une priorité.

Le congrès des Gouttes de lait tenu en mai 1913, sous la présidence de Séverin Lachapelle, cherchait à solutionner les problèmes reliés à leur expansion. Avec l'appui de Monseigneur Bruchési, Lachapelle réclamait le budget de l'enfant en invoquant la valeur économique de la vie (270).

Pour mieux accréditer le projet auprès des médecins, le congrès en définissait le programme politique et visait à établir un consensus chez les membres de la profession médicale qui craignaient la concurrence des oeuvres sociales auxquelles ils étaient appelés à participer. A cette époque, les médecins dans l'ensemble, percevaient assez peu dans quelle mesure la médecine préventive pouvait accroître leur clientèle. C'est pourquoi ils tenaient à définir leur rôle dans ces institutions et à organiser le discours médical. Le docteur Gauvreau (271) en résumait l'idée: rééduquer.

La goutte de lait devait rester paroissiale pour bénéficier de l'autorité du clergé sur ses ouailles; elle avait besoin du concours de tous les médecins de la paroisse pour mener une campagne d'éducation et du concours des mères qui trop souvent succombaient à la mode du biberon et chez qui il fallait refaire la mentalité maternelle. Soulignons que les

269 Pour une biographie de Séraphin Boucher (1865-1846), voir: B. Gaumer, *op. cit.*, p. 227

270 *La Clinique*, IV, 3, juin 1913, pp. 96-101; S. Lachapelle "Les devoirs de l'État", *La Bonne Parole* 1, 3, mai 1913

271 J. Gauvreau, "La Goutte de lait", *École sociale populaire*, 29, 1914

leaders sociaux étaient favorables à l'autorité exercée par les institutions traditionnelles et reconnaissaient les mérites du contrôle local que pouvait exercer la paroisse; ils s'y accolaient pour mieux en bénéficier.

Le congrès débouchait sur la formation, l'année suivante, d'un Bureau central des Gouttes de lait (section française), qui était composé des 7 membres élus par les délégués des différents comités locaux, du directeur du bureau municipal d'hygiène et d'autres personnes qui s'occupaient tout spécialement de la question infantile (272). Le Bureau central organisait les comités locaux qui se composaient du curé, du médecin consultant et de dames qui avaient pour fonction d'assurer le service des consultations, de distribuer le lait et de donner assistance aux mères. Le docteur J.E.L. Miller, médecin de l'Hôpital Notre-Dame et membre du bureau médical de l'Institut Bruchési, devenait président du Bureau central. Les membres formaient un comité qui conseillait le directeur du Bureau municipal d'hygiène sur la distribution des fonds municipaux. Le Bureau municipal d'hygiène mettait à la disposition du Bureau central, des médecins inspecteurs et des infirmières. Le Bureau central aidait à son tour les comités locaux, en faisant visiter à domicile tous les enfants inscrits à chacune des gouttes de lait. La consultation se limitait à la pesée hebdomadaire les six premiers mois, aux conseils sur l'alimentation, au traitement des maladies qui relevaient de l'alimentation et aux prescriptions hygiéniques qui entouraient l'allaitement; elle s'adressait aux enfants de moins de deux ans. Les gouttes de lait constituaient donc une structure administrative de médecine préventive pédiatrique distincte de celle de la médecine clinique; elles obtenaient un budget de 18000\$ en 1914. Le Bureau central des Gouttes de lait de 1914 cédait en 1927, la place à la Fédération d'hygiène infantile (273) qui

272 *Gouttes de lait. Montréal. Section française. Constitutions et règlements* Bureau municipal d'hygiène et de statistiques. Montréal 1915 (brochure 24p.)

273 "Fédération des oeuvres catholiques françaises d'hygiène infantile" *École sociale populaire*, 162, 1927. Jacques Ernest Lucien Miller (1866-1942) demeura président de la Fédération d'hygiène infantile jusqu'à sa mort.

administrait la subvention municipale pour le maintien des consultations paroissiales.

L'oeuvre de la goutte de lait était définie par ses protagonistes, comme une oeuvre nationale. Ainsi, la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste était justifiée d'y apporter le concours de ses membres. Elle travaillait conjointement avec le comité central des gouttes de lait. La Commission centrale qu'elle formait à cet effet, était subventionnée par le Bureau central et relevait du Bureau de direction de la FNSJB qui y jetait le poids de son organisation et de son influence (274). Elle déclenchait une campagne active de presse pour gagner l'opinion publique et exerçait également des pressions auprès des candidats aux charges municipales, exigeant leur engagement écrit au soutien des gouttes de lait (275). En 1916, la FNSJB exerçait son action dans 17 gouttes de lait et en deux ans, elle avait organisé 157 conférences et comptait que 20728 personnes y avaient assisté. Elle menait des enquêtes à domicile et sous prétexte d'approfondir le problème de la mortalité infantile, elle faisait du recrutement.

Faisant fi des propos du docteur Bonnier (276) du conseil provincial d'hygiène qui retenait des facteurs environnementaux et socio-économiques dans la mortalité infantile et mettait en doute les statistiques de la municipalité sur ce point, le congrès de 1913 avait permis aux médecins d'attribuer la cause première de la mortalité infantile à l'abandon grandissant de l'allaitement maternel. Ceci les justifiait de poursuivre leur plan éducatif et repoussait au second plan la distribution d'un lait pur à l'échelle municipale. Masson l'affirmait clairement; la goutte de lait était une création essentiellement médicale où la consultation était primordiale, "la distribution du lait venait ensuite" (277). La consultation

274 Madeleine Huguenin, "Entre nous", *La Bonne Parole* II, 5, juillet 1914

275 *La Bonne Parole*, juin 1916.

276 *Le Devoir*, 12 mai 1913.

277 R. Masson, "Congrès des gouttes de lait", *UMC*, 1913, p. 326. Un virage similaire était pris dans certains dépôts de lait à New York en 1909 avec la coopération des Églises et des Synagogues, sous l'influence de Wilbur Phillips: R. Meckel, chapitre 4

de nourrissons allait devenir "la véritable école des mères" selon le voeu de Lachapelle, puisqu'il fallait combattre l'ignorance. Elle permettait la surveillance médicale continue du nourrisson par des examens médicaux périodiques et des pesées hebdomadaires; la balance et le thermomètre en étaient les instruments d'observation. Ce virage idéologique est à mettre en relation avec l'individualisation de la pédiatrie comme discipline médicale, nous y reviendrons.

Les médecins découvraient une nouvelle clientèle, les enfants, et tous les organismes visaient à rabattre vers eux cette nouvelle clientèle, souvent en faisant pression sur les mères, comme en témoignent les inscriptions affichées dans les locaux des gouttes de lait où l'on pouvait lire que "la mère qui laisse mourir son enfant, sans le faire soigner à temps, encourt une grave responsabilité" ou encore "même quand votre enfant n'est pas malade, vous devez demander les conseils de votre médecin; il vous aidera à prévenir la maladie" (278). On n'hésitait pas à manier la culpabilité pour imposer sa vision sociale de la santé.

La goutte de lait ne devait pas être une source d'encouragement à l'allaitement au biberon. Elle voulait préserver les enfants en santé et s'adressait non seulement aux pauvres et aux malades, mais à tous les enfants. Le pédiatre étendait ainsi sa juridiction sur les enfants en santé et élargissait son champ de pratique.

Les médecins avaient tôt fait d'attribuer la baisse de la mortalité infantile à l'établissement des gouttes de lait et au contrôle médical des nourrissons (279). Or en 1914, sur 21386 naissances enregistrées, on comptait 3101 inscriptions à la goutte de lait. Il est permis de douter qu'à elles seules ces inscriptions pouvaient faire chuter la mortalité infantile de façon importante. De plus, ce chiffre des inscriptions était trompeur

278 *Gouttes de lait Montréal, op. cit.*, p. 24

279 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 205. Soulignons que l'approvisionnement en eau de la ville de Montréal était jugé satisfaisant à partir de 1914 avec l'entrée en fonction de l'usine de filtration: T. Copp, *Classe ouvrière et pauvreté*, p. 105

puisqu'il supposait que tous les inscrits fréquentaient assidûment la consultation, principe sur lequel reposait la surveillance médicale. Or, la réalité était toute autre et les taux d'abandon étaient très élevés (280).

Si nous poussons plus loin l'analyse des statistiques de mortalité infantile compilées dans les rapports du service de santé, nous constatons qu'elles portaient sur les enfants de moins de cinq ans, dont le taux devenait un indice des conditions sanitaires, alors que seuls les nourrissons fréquentaient la goutte de lait. Il faut aussi rappeler que les gouttes de lait limitaient leur intervention aux troubles de la nutrition dont la diarrhée infantile en était le premier symptôme. Or les résultats n'étaient pas aussi mirobolants qu'on voulait le laisser croire. Le constat était difficile à admettre; entre 1907 et 1916, les pourcentages de décès par diarrhée n'avaient pas chuté de façon très appréciable; ils étaient passés de 19.67% en 1907 à 18.58% en 1916, et chez les moins de deux ans, ils avaient augmenté (281). On doit constater ici, que la foi dans l'action faisait qu'on bricolait les statistiques en l'absence de preuves irrécusables; il en allait de l'autorité professionnelle de s'accorder quelques mérites.

A l'instar de l'hygiéniste J.A. Baudouin (282) qui recommandait la pasteurisation du lait, l'hygiéniste Corsin (283) recevant l'appui du pédiatre Masson à son rapport de 1916, reprenait le discours sur l'allaitement maternel comme un détour obligé avant de recommander la pasteurisation du lait qui ne pouvait répondre à la "certification". Cette proposition présentait un compromis aux tenants de la certification et à ceux de la pasteurisation. L'évidence s'imposait: les méthodes de

280 R. Desjardins, *op. cit.*, p. 117

281 Montréal, Service de Santé, rapport pour l'année 1916, p.46; Rapport annuel 1915, p. 30: La proportion de décès par diarrhée était supérieure en 1915 à ce qu'elle était antérieurement. La diminution des décès chez les enfants âgés de moins de deux ans, n'était pas due à une diminution des décès par diarrhée mais à une moindre mortalité par toute espèce de causes.

282 J.A. Baudouin, "Lutte contre la mortalité infantile", *Bulletin sanitaire* 13 juillet-décembre 1913, pp. 162-168

283 A. Corsin, "Rapport du comité sur la mortalité infantile", *Bulletin sanitaire* 16, 1, janvier 1916, p. 41

surveillance et l'inculcation de principes devaient composer avec les utilisateurs qu'elles devaient façonner. Malgré les campagnes en faveur de l'allaitement maternel et les incitations à fréquenter la goutte de lait, de nombreux enfants nourris au biberon ne recevaient pas un lait pur. Or dans leur ardeur à répondre aux préoccupations populationnistes qui les servaient, les médecins cherchaient à confirmer les femmes dans leur rôle maternel et prônaient l'allaitement maternel sans toujours chercher à améliorer l'allaitement artificiel et la qualité du lait en général et dont la solution pourtant connue était réclamée par quelques-uns seulement et au prix de compromis. D'ailleurs, Corsin reconnaissait que les enfants nourris au sein n'étaient pas épargnés. Ce parti-pris idéologique repoussait d'autant la diminution de la mortalité infantile.

Le rapport Corsin, recommandait non seulement de poursuivre l'éducation à l'hygiène infantile des mères, mais aussi, d'entreprendre celle des filles alors qu'elles étaient encore sur les bancs de l'école. Sans tarder en 1916, avec la collaboration de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, se greffait à l'oeuvre des gouttes de lait, la Ligue des petites mères, réclamée par Lachapelle (284). L'organisme était réorganisé en 1930 sous le nom de Ligue d'hygiène infantile. S'y ajoutait le *Baby's Camp* du parc Mont-Royal, dépendance de l'*University Settlement* pour les anglophones, et les Kiosques des berceaux du parc Lafontaine et de l'Île Sainte-Hélène pour les francophones, où médecins et infirmières poursuivaient leur prédication. Ces activités frayaient à leur tour, la voie à la médicalisation de la famille.

A ces moyens accessoires, il convient d'ajouter les concours de bébés joufflus aussi pratiqués à l'étranger, qui visaient à stimuler l'orgueil des mères en accablant par ricochet, celles dont les enfants étaient malingres; ils favorisaient les bien-portants et les statistiques qui ne pouvaient que mieux paraître. En 1916, "les beaux spécimens d'enfants"

284 R. Meckel, *op. cit.*, p. 144 La Ligue des petites mères était fondée par Joséphine Baker pour instruire les fillettes qui souvent avaient la garde des enfants.

étaient soumis au jury composé des Marien, Masson, Bourgeois, Asselin, Lesage, qui après un examen morphologique, attribuaient aux 7 gagnants, les 105\$ alloués (285). Le pointage attribuait 60 points à l'assiduité aux consultations hebdomadaires, 20 points à l'augmentation de poids pendant la durée du concours (15 semaines) 20 points à l'évolution normale de la dentition et du squelette et 20 points au développement musculaire et à l'apparence générale. Le discours à saveur patriotique prononcé à cette occasion, recouvrait celui de la culpabilité qui tenait dans une phrase: "l'allaitement maternel est une loi naturelle qu'on ne peut violer impunément".

En 1918, le gouvernement provincial décidait de nommer une Commission administrative, (ce fait la ville de Montréal était mise en tutelle) qui imposait un train de réformes. Le Bureau de santé créait alors une division de l'hygiène de l'enfance confiée à Eugène Gagnon (286). Il faisait passer sous sa juridiction, l'inspection médicale des écoles mais se heurtait à l'opposition des gouttes de lait paroissiales quand il voulut en réaliser la municipalisation, et en 1922, celles-ci se plaçaient sous la loi de l'Assistance publique. Elles échappaient à la juridiction exclusive des médecins de la municipalité et demeuraient dans le giron de la FNSJB. Ce modèle de coopération entre le service de santé municipal et les organismes philanthropiques, était répandu aux États-Unis (287). Cependant, les gouttes de lait paroissiales n'étaient pas une simple réplique d'un modèle étranger. Leur originalité tenait à ce qu'elles se situaient au point de rencontre des préoccupations médicales à l'égard du

285 R. Masson, "Le concours des gouttes de lait à Montréal", *UMC* 45, 11, novembre 1916, pp. 588-592. Les concours de bébés débutaient à Manchester en Angleterre en 1905 et aux États-Unis, au Colorado en 1913.

286 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 180 et 195. Eugène Gagnon (1877-1942) participait à la fondation de la Goutte de lait de la paroisse du Saint-Enfant-Jésus. Il était médecin statisticien recruté à la ville de Montréal en avril 1914. Lors de la création de la division de l'hygiène de l'enfance à partir du service d'inspection scolaire, Gagnon était chargé de développer un programme complet de surveillance de l'enfant. Il sera nommé en 1928 surintendant de la division de démographie à la suite de l'enquête sur l'épidémie de typhoïde qui révélait une situation peu satisfaisante en hygiène infantile.

287 R. Meckel, *op. cit.*, p. 141

nouveau-né qui ouvraient un nouveau champ de pratique à la médecine et au champ d'activités sociales que les féministes nationalistes cherchaient à se dégager. Cette convergence d'intérêts existait toujours au moment de la création de la division de l'hygiène de l'enfance et les membres de la FNSJB n'entendaient pas se retirer de l'oeuvre. La FNSJB jouait un rôle non négligeable dans l'utilisation des services médicaux et les médecins devaient composer avec ce groupe qui jouait d'influence. Ainsi, parallèlement, en 1919, la division de l'hygiène de l'enfance créait et administrait 14 consultations municipales qui côtoyaient les gouttes de lait paroissiales, une situation maintenue jusqu'en 1953. En voulant concilier ces intérêts, le Bureau de santé de la ville de Montréal mettait en place dans le secteur de l'enfance, une structure administrative complexe qui intégrait des groupes bénévoles sans formation spécifique et aux objectifs divers.

A l'exemple de New York (288) et suivant la recommandation de Lachapelle, des cliniques prénatales voyaient le jour, afin de contrer la mortalité soulignée dans le rapport Corsin. Un découpage plus raffiné des groupes d'âge, permettait de constater que les causes anténatales jouaient un rôle primordial dans la mortalité infantile. La mise sur pied de cliniques prénatales et leur développement constituaient un premier pas vers la médicalisation de la grossesse qui accompagnait le développement de l'obstétrique. Elles étaient cependant peu fréquentées (289).

L'historienne C.Pierre-Deschênes a distingué une période d'éducation populaire, de croisade et de renforcement des pratiques arbitraires qui prenait place entre 1895 et 1914. Il s'agit bien à notre avis, d'une période d'intensification qui avait débuté dix ans plus tôt et qui s'inscrivait aisément dans le projet social de la communauté médicale

288 T. Cone, *op. cit.*, p. 153; En Angleterre, l'établissement de cliniques anténatales et de bien-être de l'enfance suivait la promulgation du *Maternity and Child Welfare Act* en 1918.

289 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 213

montréalaise (290), assez semblable à ce qui se faisait ailleurs (291), dont le but visait à régénérer la population par l'éducation des femmes à l'hygiène, à leurs rôles de génitrice et de mère. Faut-il rappeler que Lachapelle refusait l'égalité sociale et politique de la femme et de l'homme comme en fait foi sa prise de position en qualité de député du comté d'Hochelaga aux Communes, quant au droit de vote des femmes auquel il s'opposait pour des raisons biologiques (292). L'implication des médecins débordait alors le domaine médical pour s'étendre au domaine politique et moral; leur discours politico-moraliste appliqué à la science n'en faisait pas un discours plus rationnel que celui dont se nourrit toute politique.

Ici comme ailleurs, la puériculture s'appuyait sur les découvertes de Pasteur et les développements de la biochimie pour présenter un discours plus cohérent sur la médecine infantile. Elle se caractérisait par l'absence d'égard à l'individualité de l'enfant. Et si ces développements scientifiques servaient la pédiatrie, ils servaient aussi la profession. Les premiers médecins à s'occuper spécifiquement des enfants étaient intégrés dans des fonctions hospitalo-universitaires. Alors que la mortalité infantile avait longtemps été jugée inévitable, elle prenait couleur de défi au moment où la profession médicale s'organisait et revendiquait une participation accrue au pouvoir de l'État. Sous le couvert du nationalisme, les médecins revendiquaient le droit d'intervenir, tout en élargissant leur champ d'activités; ils allaient favoriser le développement de la puériculture et de la pédiatrie. Les médecins qui détenaient plusieurs des contrôles les plus efficaces, dégageaient un certain consensus et

290 Louise Brodeur, *Les débuts de la gynécologie au Québec (1880-1920) Spécialisation de la médecine, médicalisation de la femme et consolidation de la profession*. M.A. (histoire) Université de Montréal, juin 1991, p. 137; Carole Dion, *La femme et la santé de la famille au Québec 1890-1914*. M.A. (histoire) Université de Montréal, 1984, p. 177

291 Wendy Mitchinson, "Causes of Diseases in Women: The Case of Late 19th Century English Canada" *Health Disease and Medicine Essays in Canadian History*, Canada, The Institute for history of Medicine, 1982 pp. 381-195. Voir aussi: C. Rollet-Echalier, *op. cit.*,

292 *La Revue canadienne* 1881, 17, pp. 113-119; Canada, débats, Chambre des communes, 8 mai 1895.

orientaient la participation active d'individus membres de la bourgeoisie. Ils faisaient adopter des projets de loi favorables à leur organisation.

D'autre part, nous nous retrouvons à l'intersection de deux idéologies qui se renforcent mutuellement. Le concept de l'enfance fonctionnait vraiment comme une idéologie et en avait son pouvoir alors que la science utilisée comme outil idéologique, était conçue comme discours de vérité. Ceux qui nourrissaient ces idéologies et savaient les manipuler, voyaient s'accroître considérablement leur pouvoir et leur prestige. Nous pouvons constater que si à ses débuts l'ensemble des croyances qui constituent une idéologie peuvent motiver positivement les esprits, au cours de leur cheminement, elles risquent parfois, de se dégrader en syndicat d'intérêts.

Michel Foucault (293), situe le "seuil de modernité biologique" d'une société au moment où l'espèce entre comme enjeu dans ses propres stratégies politiques. Nous pouvons en déduire que ce seuil se situe pour le Québec, au moment de la création du Conseil d'hygiène qui portait à l'échelle nationale le problème de la survie de ses enfants. Cette institution marquait, non seulement une nouvelle attitude devant la maladie dont on refusait la fatalité, mais une conception politique dans laquelle la force d'une nation reposait sur chacun de ses membres, d'où découlait la responsabilité collective devant la santé.

293 Michel Foucault, "Droit de mort et pouvoir sur la vie" *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, pp. 77-211

1.4 Transmission des savoirs pédiatriques

La pédiatrie comme spécialité ne répond pas au modèle de Rosen comme il l'a d'ailleurs reconnu. En faisant porter sur l'âge sa spécificité, la pédiatrie se démarquait des spécialités centrées sur un organe et sur la mise au point d'un appareil destiné à son exploration; elle portait son intérêt sur l'ensemble de l'organisme et connaissait un développement parallèle à celui de la médecine des adultes, empruntant d'abord la méthode descriptive et la classification des biologistes, avant de développer l'approche anatomo-clinique et anatomo-pathologique dont on retrouve les premières applications peu après la fondation de l'Hôpital des Enfants Malades de Paris en 1802. Si elle devenait une discipline autonome en certains milieux vers le milieu du XIXe siècle, elle se présentait le plus souvent sous le titre de "maladies des femmes et des enfants" jusque dans le dernier tiers du siècle dans de nombreuses facultés. Le terme "puériculture" était inventé par le docteur Caron en 1863 et celui de "pédiatrie" l'était par Littré en 1872 (294). Quant à celui de pédiatre, il daterait de 1909. Ces termes indiquent le délai qui sépare la reconnaissance des problèmes de santé propres aux enfants et la création d'un corps professionnel spécialisé. (295)

Au tournant du XXe siècle, la pédiatrie américaine précisait ses objectifs pour assurer le développement de l'enfant (296). Parce qu'elle s'adressait à un être en croissance, dont les caractéristiques biologiques, physiques et psychiques se modifient sans cesse, les pédiatres s'intéressaient à ces différents aspects de la vie de l'enfant, comme nous l'avons souligné précédemment.

294 C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 24

295 Sur la résistance à l'endroit du développement des spécialités dont la pédiatrie: Voir Jacques Poirier, "La Faculté de Médecine face à la montée du spécialisme" *Communications* 54, 1992, pp. 209-227; E.H. Ackerknecht, *La médecine hospitalière à Paris*, p. 208

296 A. Jacobi, "The History of Pediatrics and its Relation to other Sciences and Arts", *Archives of Pediatrics* XXI, 11, November 1904, pp. 801-833

Dès l'apparition à la Renaissance des premiers traités distincts de pédiatrie, les maladies infantiles et leur traitement étaient l'objet de descriptions. Ils trouvaient par la suite, le chemin de la classification relevant des symptômes dont celle de Joseph Jacob von Plenck (1738-1807) contenue dans *Doctrina* en 1807. Le *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle* (1828) de Charles-Michel Billard (1800-1832) est considéré comme le premier traité de pédiatrie dans lequel une classification des maladies procède des lésions pathologiques (297). Billard portait son attention sur les lésions post-mortem et son livre contenait de nombreuses observations médicales. Il avait retenu les méthodes nouvelles à l'époque, l'auscultation et la percussion (298). Le livre de Billard cédait le pas à celui de F. Rillet et E. Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* (1843) qui demeurait le bréviaire de la pédiatrie jusqu'à la fin du XIXe siècle, selon Ackerknecht. La classification des maladies ouvrait la voie à la statistique.

Il appert que le premier enseignement clinique des maladies des enfants aurait débuté à Stockholm dès le milieu du XVIIIe siècle (1761) sans toutefois servir d'exemple. Aux États-Unis, le premier enseignement de la pédiatrie était donné par Abraham Jacobi en 1860 et deux ans plus tard, il établissait au New York Medical College, une clinique des maladies des enfants avec un enseignement au chevet des malades (299). A Montréal en 1880, Alexander Blackader considéré comme le doyen des pédiatres canadiens, fondait la première clinique infantile au Canada, localisée rue Saint-Urbain au *University Dispensary* mis sur pied l'année précédente (300). En 1869, le *Montreal Hospital for Sick Children*, (301) une institution vivement souhaitée, demandait son incorporation. Et en 1874, le pavillon Morland du *Montreal General Hospital*, ouvert rue Saint-Dominique, pouvait hospitaliser une trentaine d'enfants.

297 Abt-Garrison, *op. cit.*, p. 87

298 E. H. Ackerknecht, *op. cit.*, p. 221

299 G. Rosen, *The Specialization of Medicine*, p. 40; Abt-Garrison, *op. cit.*, p. 106

300 D. Goulet, A. Paradis, *op. cit.*, p. 70

301 *Canada Medical Journal* V, March 1869, p. 429

École de Médecine et de Chirurgie de Montréal

Très tôt, le Collège des médecins cherchait à étendre sa zone d'influence et investissait le champ de l'obstétrique d'où il évinçait graduellement les sages-femmes, (302) même si ce champ de pratique ne présentait pas beaucoup d'intérêt, outre celui d'établir un lien avec la famille. Les maternités nouvellement fondées au milieu du XIXe siècle pour prévenir l'infanticide et assurer la réhabilitation morale des mères célibataires, étaient très tôt perçues par les médecins comme des institutions pouvant répondre aux besoins de l'enseignement clinique et étaient affiliées aux universités moyennant compensation. Faut-il souligner ici, le rôle de Monseigneur Bourget dans l'ouverture des hôpitaux à l'enseignement médical? (303).

A la fondation de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal (1843), le docteur F. Arnoldi était chargé du cours sur les accouchements et les maladies des femmes et des enfants (304). Alors qu'Arnoldi passait à McGill en 1849, le docteur Tresler prenait la relève. A cette époque, l'enseignement de la puériculture qui relevait de l'obstétrique, n'était pas l'objet d'un enseignement spécifique et incombait finalement au docteur Eugène H. Trudel (305), directeur médical de la Maternité jusqu'en 1882. A partir de 1878, Adolphe Dagenais (1836-1896), de la succursale Laval à Montréal, partageait avec Trudel, la responsabilité médicale à la maternité, alors que la chaire lui revenait, après la fusion des écoles en 1891. Ici encore, les nouveaux services répondaient davantage aux nouveaux impératifs de la science médicale, qu'à une demande accrue de

302 Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, IQRC 1985, p. 99, 102

303 "Université Laval à Montréal Faculté de médecine" *La Revue médicale du Canada* 6, 1903, pp. 342.

304 *Histoire de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal*, document d'archives, Bibliothèque municipale de Montréal, lot 7, C3. E. Desjardins, "L'Hôpital de la Miséricorde de Montréal", *UMC* 102, février 1973, pp. 406-405

305 Le 8 mai 1850, le docteur Eugène Trudel (1821-1883) était nommé à la chaire d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants.

soins (306), puisque les maternités retenaient les services de sages-femmes. Les médecins y trouvaient un intérêt pratique au plan professionnel, tant du côté de l'enseignement médical que de celui du développement des spécialités. À côté, les dispensaires qui recevaient les indigents, tout comme les crèches, demeuraient des terrains cliniques complémentaires où les jeunes médecins pouvaient faire leurs premières armes. Les dispensaires constituaient d'ailleurs les premières structures de soins spécialisés.

Les dispensaires et l'enseignement clinique

Le premier juin 1863 et le premier juin 1864, deux dispensaires étaient fondés à Montréal par Monseigneur Bourget, les Sulpiciens et les professeurs de l'École de Médecine et de Chirurgie. Le premier était situé à l'Asile des Soeurs de la Providence, le second, le dispensaire Saint-Joseph, trouvait refuge à l'Hôpital Général des Soeurs Grises. Ils devaient recevoir la clientèle pauvre et vivaient des contributions privées et publiques. On y recevait des enfants et des nourrissons. En juillet 1874, les Soeurs de la Providence ouvraient un second dispensaire, rue Fullum, nommé dispensaire du Sacré-Coeur. À la Société Médicale de Montréal, des médecins ne voyaient pas d'un bon oeil cette prolifération de dispensaires et dénonçaient ceux qui, disait-on, faisaient de la médecine à rabais, sous prétexte de charité (307).

Les professeurs de l'École de médecine avaient la direction médicale des dispensaires et les étudiants de l'école de médecine étaient invités à les fréquenter. Les élèves de 4^e année pouvaient visiter les malades à domicile (308). Il s'agissait à l'origine de dispensaires généraux qui se sont spécialisés par la suite. C'est dans ces lieux

306 D. Goulet, F. Hudon O. Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (1880-1980)* p.103. Voir aussi, Lucie Deslauriers *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1924*, M.A. (histoire) Université de Montréal, 1984, p. 65, 100

307 *UMC* 7, janvier 1878, p. 66; AUM, P22/N1111

308 *UMC* 2, 12, décembre 1873, p. 567

qu'étaient donnés les premiers cours de clinique de maladies des enfants en 1873 (309). Des cours supplémentaires de clinique des maladies des vieillards et de l'enfance étaient donnés par Hector Peltier (310). On retrouvait cet enseignement également au programme de l'année 1880-1881 après le décès de Peltier.

Au lendemain de l'épidémie de variole, un premier enseignement dit de "pédiatrie", était donné à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal; il était dévolu au docteur J.A. Asselin qui s'acquittait de sa tâche au dispensaire de l'Asile de la Providence (311). En janvier 1887, Asselin présentait aux étudiants, son premier cours qui allait porter sur les maladies les plus importantes de la pathologie infantile. Tous les samedis, il donnait des leçons de pathologie et de clinique infantiles précédées de l'examen des malades. Les élèves de 3e et de 4e années étaient libres de l'accompagner dans ses visites à domicile au cours desquelles il leur confiait les petites opérations. De plus, Asselin encourageait ses élèves à assister à la consultation quotidienne où se présentaient des cas de médecine infantile; l'étudiant était alors appelé à poser le diagnostic et à prescrire les médicaments. Si les cliniques infantiles étaient offertes aux étudiants, il semble bien qu'elles demeuraient optionnelles. Au moment de l'union des écoles de médecine (1891), l'enseignement de la clinique des maladies des enfants revenait à Séverin Lachapelle qui enseignait également l'hygiène. Quant au docteur Asselin, il poursuivait son travail à l'Asile de la Providence.

309 Denis Goulet, *op. cit.*, p. 47; *UMC* III, 1, janvier 1874. Page liminaire, École de médecine et de chirurgie, session 1873-1874.

310 Hector Peltier (1822-1878) suivait des cours de philosophie à Paris en 1838, fréquentait le Collège Henri IV et par la suite, la faculté de médecine de Paris et l'Université d'Édimbourg en Écosse. Il obtenait sa licence au Québec en février 1846 et était nommé professeur de physiologie l'année suivante à l'ÉMCM. Il était élu gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens en 1850.

311 *La Gazette médicale de Montréal*, 1, 1, février 1887 pp. 11-17; 1, 8, 1887, pp. 354-356.

Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.

A l'ouverture de la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal en 1878, le docteur A. Ricard était pressenti pour les cours de botanique et de clinique des maladies des enfants (312). L'ouverture de la faculté ayant été reportée au 1er octobre 1879, le docteur Salluste Duval (313), diplômé en 1876 et interne à l'Hôtel-Dieu l'année suivante, était alors nommé professeur de botanique et titulaire de la clinique des maladies des enfants à l'Hôpital Général de Montréal et l'annuaire de la faculté de spécifier: "sur avertissement spécial chaque fois". En 1887, il passait de la chaire de clinique des maladies des enfants à celle de physiologie et l'année suivante à celle de botanique (314). La nouvelle faculté qui n'avait reçu que trente inscriptions, pouvait difficilement assurer l'enseignement d'une matière jugée subalterne comme l'était la clinique des maladies des enfants, dès la première année. Plus curieux encore, les biographes du docteur Duval affirment qu'il n'a jamais pratiqué la médecine! En 1887, Séverin Lachapelle qui était nommé à l'Université Laval au moment où les professeurs de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal quittaient la faculté, donnait le cours de clinique des maladies des enfants et celui d'hygiène.

Le dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame

Le modèle de dispensaires urbains pour enfants s'était développé en Europe à partir du milieu du XVIIIe siècle (315). Cependant, le décalage dans les colonies d'Amérique ne saurait être assimilé à un

312 UMC 7, 1 (janvier 1878) p. 38. Voir: D. Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine*, p. 77

313 Ed Desjardins, G. Janson, UMC 105, février 1976, p. 258: Salluste Duval (1852-1917) était professeur de sciences à l'École Normale Jacques-Cartier de 1877 à 1916; il était titulaire de l'enseignement de l'électricité à l'École Polytechnique jusqu'en 1917, moment où Augustin Frigon lui succéda. En 1888 il donnait des cours de physiologie et en 1902 il donnait également des cours d'électricité médicale. *Dictionnaire biographique du Canada* XIV p. 355.

314 UMC 16, octobre 1887, p. 616; UMC 17, avril 1888, p. 223

315 G. Rosen, "The Hospital Historical Sociology of a Community Institution", *From Medical Practice to Social Medicine*, New York 1974, pp. 274-303

retard, puisqu'il fallait compter l'accroissement de la population et les besoins de l'enseignement au nombre des conditions de réalisation.

Le bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame décidait d'accorder les locaux nécessaires à la fondation d'un dispensaire des maladies des enfants en 1885 mais c'était l'année de l'épidémie de variole et il fallait attendre le 15 juin 1887 pour qu'il entre en activité (316). D'une durée d'une heure, le dispensaire avait lieu trois fois la semaine jusqu'en 1916, et la direction en était confiée au docteur Séverin Lachapelle. Toutefois, l'Hôpital Notre-Dame n'hospitalisait pas à l'époque, les enfants de moins de cinq ans, à l'exception de quelques cas de chirurgie. A l'origine, le dispensaire ne connaissait pas la popularité escomptée si bien que le docteur Lachapelle sollicitait l'autorisation d'en faire la promotion dans les journaux (317). De 1892 à 1895, alors que Lachapelle siégeait à la Chambre des Communes, ce service était dirigé par le docteur Isate Cormier. Entre 1895 et 1913, le nombre de consultations annuelles avoisinait 1300 avec une pointe à 1896 en 1911.

Lachapelle qui dirigeait les activités médicales à la Crèche de Miséricorde depuis 1900, comme nous l'avons vu, avait entre-temps participé à la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine, avant de s'engager en 1910, dans l'organisation des gouttes de lait, ce qui limitait sa disponibilité à l'égard du dispensaire, de sorte qu'en 1912, le service passait sous la direction des docteurs Cormier et J.A. Leduc avant de périlcliter jusqu'à sa fermeture temporaire de 1919 à 1924. En 1914 le dispensaire n'avait lieu que deux fois par semaine. Le décès du docteur Lachapelle en 1913 suivi de celui du docteur Cormier en 1915, un déplacement des activités de pédiatrie vers l'Hôpital Sainte-Justine, la multiplication des dispensaires pour enfants et des consultations de nourrissons accompagnée d'une réorganisation de l'enseignement médical, le déménagement de l'Hôpital Notre-Dame toujours retardé,

316 Procès-verbaux du Bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame, séance du 27 mai 1887, Montréal.

317 Goulet, Hudon, Keel, *op. cit.*, p. 117

autant de bouleversements qui pourraient expliquer cette fermeture. Le dispensaire des enfants rouvrait dans le nouvel hôpital de la rue Sherbrooke en 1924.

L'ouverture de ce dispensaire en 1887, sous la responsabilité du docteur Séverin Lachapelle, avait pour but de répondre aux besoins de l'enseignement. S. Lachapelle ajoutait à sa tâche d'enseignement de l'hygiène et de la médecine légale (318), l'enseignement de la clinique des maladies des enfants, trois fois la semaine. L'année suivante, un poste d'assistant non-résident au dispensaire des enfants était ouvert aux étudiants. D'une durée de deux mois, ce stage donnait droit à une attestation.

Desjardins (319) décrivait ainsi les cliniques après l'union des écoles de médecine: "Le contact de l'étudiant avec le malade se faisait à distance, les cliniques magistrales étaient données dans les amphithéâtres. La leçon en salle publique se terminait par l'examen du malade fait par un élève ou deux tout au plus".

Le nouveau programme d'enseignement en vigueur en 1897, comportait un enseignement spécial des maladies des enfants au sein de la pathologie interne, assumé par Lachapelle (320). Ce dernier qui n'avait pas reçu de formation spécifique en pédiatrie, développait ce secteur de la médecine générale.

Si 30 leçons composaient le cours de pédiatrie en 1902, leur nombre était porté à 40 leçons, y compris 20 leçons cliniques, entre 1906 et 1910 (321). Lachapelle qui entendait mettre l'accent sur la pathologie infantile, répartissait son cours en quelques leçons de diagnostic,

318 *La Mère et l'enfant*, mai 1890.

319 Edouard Desjardins, "Histoire de la profession médicale au Québec: XIII la nouvelle faculté", *UMC* 104, juillet 1975, p. 1139

320 *La clinique* IV, 2, septembre 1897, p. 72

321 Annuaire Université Laval à Montréal 1906-1910; S. Lachapelle, Université Laval "Cours de pédiatrie Discours d'ouverture" *Le Journal de médecine et de chirurgie*, II, 19, 1907, p. 292

quelques leçons de thérapeutique infantile et quelques leçons des maladies particulières de l'enfant. En somme, un enseignement assez sommaire qui effleurait tout au plus le sujet et dont Lachapelle était bien conscient.

Convaincu de l'insuffisance des études médicales en pédiatrie, Lachapelle songeait à en individualiser l'enseignement. Il demandait à l'École de lui nommer un successeur à la chaire de pathologie générale pour ne conserver que l'enseignement de la pédiatrie (322). On l'avisa alors qu'il ne recevrait plus qu'un salaire annuel de 1100\$, parce que sa responsabilité serait celle d'un cours "moyen". Il démissionna quand même de la chaire de pathologie générale le 2 mars 1908 et conserva uniquement l'enseignement de la pédiatrie qu'il voulait voir porter à 120 leçons au lendemain de la loi médicale de 1909 qui en individualisait l'enseignement, ce qui lui était refusé (323).

En 1910, (324) les cours de pédiatrie étaient donnés aux élèves de 3^e et 4^e années. Les 60 leçons théoriques se répartissaient en 15 leçons de diagnostic infantile et 15 leçons de thérapeutique infantile et de 20 à 30 leçons sur les maladies des nouveau-nés et sur les maladies communes aux enfants et aux adultes, mais qui se rencontraient le plus souvent chez l'enfant. Les cliniques se donnaient au dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame et à la Crèche de la Miséricorde au troisième terme.

La pédiatrie demeurait une matière subalterne et les cours cliniques conservaient un caractère magistral même si la mortalité infantile affichait des taux plus élevés qu'ailleurs. Les étudiants déploraient le fait qu'ils avaient peu d'occasions de poser un diagnostic dans les cas de maladies contagieuses, si fréquentes chez les enfants. L'enseignement demeurait rudimentaire et les examens du professeur Lachapelle constituaient une épreuve peu redoutée, s'il faut en croire un

322 AUM, E38, p.v. faculté de médecine 1845-1915, boîte 6905, 13 janvier 1908

323 AUM E38, p.v. faculté de médecine, boîte 6905, 3 octobre 1910

324 *Annuaire de l'École de Médecine et de Chirurgie, Université Laval à Montréal*, 1910

étudiant qui se remémorait son enseignement (325). Langevin (326) rappelait que Lachapelle invitait les étudiants à travailler au laboratoire de la Crèche de la Miséricorde, particulièrement sur les selles, selon la méthode de Triboulet, mais il ajoutait qu'ils étaient bien peu nombreux à y répondre; de fait il avait été le seul de son groupe à se présenter.

Très tôt dans sa carrière, Séverin Lachapelle s'était intéressé spécifiquement aux enfants et avait écrit quelques ouvrages déjà mentionnés, sur l'hygiène et la puériculture, mais sa collaboration à l'*Union médicale du Canada* (327) d'abord à titre de membre du comité de rédaction de 1878 à 1883, puis à titre de responsable de la chronique de pédiatrie à partir de 1889, nous permet de saisir sa pensée et sa façon d'aborder la médecine, qu'il considérait être un art et non une science.

D'abord professeur d'hygiène, Lachapelle s'intéressait à la climatologie (328), discipline qu'il entrevoyait au service de la médecine préventive. Intéressé au milieu environnant, il traitait de l'influence du froid, de l'analyse de l'air et de l'eau et de l'influence des saisons sur l'organisme. Il reprenait ces thèmes dans la *Revue canadienne* (329). Même si la thèse aëriste était présente dans son discours étiologique des maladies contagieuses, il n'en recommandait pas moins la filtration de

325 Louis Roux, "Soixantenaire de l'Union médicale du Canada" *L'Action médicale* VIII, 3, mars 1932.

326 T.S. Langevin, *Soixante ans de pratique médicale*, p. 25. Henry Triboulet (1864-1920) pédiatre de l'Hôpital Trousseau. Il représentait la médecine française au Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord à Trois-Rivières

327 Séverin Lachapelle, "Quelques considérations sur la thérapeutique au sujet de la médication alcoolique dans la pneumonie", *UMC* 7, juin 1878, pp. 289-295 et mai 1878, pp. 241-246; "De la méningite chez les enfants", *UMC* 12, 2, février 1883, pp. 108-110; "Revue de Paediatric A travers mes livres", *UMC* 18,1, janvier 1889, pp. 12-16; mars 1889, pp. 174-176; avril 1889, pp. 236-239; mai 1889, pp. 281-283; juin 1889, pp. 348-350; juillet 1889, pp. 395-396; août 1889, pp. 449-452; novembre 1889, pp. 622-625; *UMC* 19, avril 1890, pp. 238-239. Voir aussi, "Memento d'une mère" *Journal d'hygiène populaire* I, 2&3, juin 1884, pp. 19-24; "Thérapeutique infantile", *UMC* 31, 7, juillet 1902, pp. 403-407

328 S. Lachapelle, "La santé et la maladie dans ses rapports avec les différents climats et les différentes saisons", *UMC* septembre 1876, pp. 388-392; octobre 1876, pp. 433-437; décembre 1876, pp. 529-533; janvier 1877, pp. 49-53; avril 1877, pp. 193-198; décembre 1876, pp. 529-533.

329 *La Revue canadienne*, 15, 1878 pp. 698-703

l'eau, pour prévenir leur transmission et recommandait l'isolement du malade, conformément à la théorie de la contagion. Mais avant tout, son intérêt portait sur la thérapeutique (330) et cette dernière n'avait pas encore été bouleversée par la théorie des germes.

En début de carrière, il écartait le rationalisme médical et le scepticisme, pour lui préférer l'école éclectique, ce qui lui permettait de recourir à la théorie des humeurs et d'empêcher la pathologie infantile, des théories de Broussais (331). Mais il refusait les données reçues dans la thérapeutique de l'inflammation, et s'affirmait partisan d'une thérapeutique qui ne saurait débiliter l'organisme et lui opposait la stimulation des forces vitales, selon la méthode Todd et Bennett.

Lachapelle se montrait partisan de la théorie révulsive. Il considérait que l'enfant présentait une prédisposition vitale aux maladies de l'encéphale et que l'irritation pouvait en démarrer le processus, d'où en cas de fièvre, la coupe des cheveux pouvait, en provoquant l'irritation, déclencher la méningite à l'occasion. Les narcotiques étaient alors employés comme calmant. Dans la méningite, il recommandait des purgatifs drastiques, des dérivatifs aux extrémités inférieures et des contre-irritants au cerveau. Il distinguait la méningite granuleuse qui avait pour cause prédisposante "l'hérédité de la tuberculose ou le développement accidentel d'une organisation scrofuleuse", c'était la "phtisie cérébrale des enfants" et la méningite simple, plus prompte dans son développement, plus intercurrente. Au tournant du siècle, il soutenait l'hérédité et la contagion de la tuberculose, ce qui avait amené une mise au point de J.E. Dubé (332).

330 S. Lachapelle, "Maladies régnantes" *UMC* 9, novembre 1880, pp. 526-528; "La pustule maligne La théorie de Pasteur et la médication nouvelle" *UMC* 10, 1881, pp. 289-291; "Croup, Rougeole et Scarlatine" *UMC* 12, 1, janvier 1883, pp. 60-61; "De la méningite chez les enfants" *UMC* 12, 2, février 1883, pp. 108-110; "Du traitement de la coqueluche" *UMC* 13, 1, janvier 1884, pp. 54-55

331 S. Lachapelle, *Santé pour tous*, p. 259 (théorie de l'irritation par sympathie)

332 S. Lachapelle, "Tuberculose pulmonaire et non hérédité", *UMC* 30, 4, avril 1901, pp. 246-248; J.E. Dubé, "Tuberculose et hérédité", *UMC* 30, 8, août 1901, p. 470

Lachapelle retenait le principe de Jules Simon selon lequel il fallait toujours fractionner et échelonner la dose des substances actives chez les enfants. Avec cette précaution, il affirmait que l'enfant pouvait être médicamenté comme l'adulte, et que seuls les effets physiologiques se produisaient. Il ne semblait pas distinguer alors une médecine infantile bien différente de celle des adultes.

Selon la méthode dite "évacuante", il recommandait les vomitifs, surtout dans le cas des maladies respiratoires. Dans la laryngite essentielle, il prescrivait les vapeurs émoullientes en inhalation, des cataplasmes chauds au cou et des révulsifs appliqués aux membres inférieurs. Dans les cas de pneumonie, il fallait recourir à l'alcool à haute dose. Pour les embarras gastriques, il proposait les vomitifs et les purgatifs pour lesquels il citait Barthez et Blache.

Lachapelle déplorait l'abstention complète du médecin ou l'uniformité du traitement prescrit dans les cas de diarrhée des enfants pour lesquels il distinguait différentes formes, chacune devant recevoir un traitement spécifique. A la diarrhée consécutive à la dentition qui produisait des troubles nerveux, il recommandait la lancette et les calmants (opium, lait à la glace, bains de camomille) alors que dans le cas de diarrhée catarrhale, il importait de modifier la muqueuse intestinale par l'ingestion de rhubarbe ou d'ipéca (traitement de 8 à 10 jours) et des injections d'éther. Il ajoutait que dans toutes les maladies des enfants et dans la diarrhée spécialement, il fallait agir sur la peau. Le bain sinapisé devait être accompagné de massage et de frictions et au besoin, il fallait recourir au clystère d'ipéca. A remarquer qu'il fallait attendre la dernière décennie du siècle pour voir s'épuiser graduellement l'idée des maladies de dentition chez les pédiatres français, idée qui a longtemps persisté dans l'opinion populaire.

Dans les articles qu'il consacrait à la thérapeutique infantile, Lachapelle traitait des narcotiques et notamment de l'opium. Et bien que

Claude Bernard ait signalé la toxicité de la codéine, Lachapelle, répliquait que la clinique des enfants ne s'accordait pas avec les expérimentations physiologiques faites sur les animaux et qu'en dernier ressort, c'était la clinique qui jugeait. L'opium présentait selon lui, des contre-indications dans la diphtérie, la variole et la rougeole. Quant à la belladone, il la recommandait dans les affections des voies respiratoires alors que l'aconit servait à calmer, à régulariser les battements du cœur et à diminuer la sensibilité des nerfs. Il concluait que l'opium, la belladone et l'aconit régissaient la thérapeutique infantile.

S'il dénonçait la suralimentation des enfants, Lachapelle craignait chez l'enfant malade, l'insuffisance alimentaire tout autant que l'infection; il préconisait des lavements nutritifs d'oeufs et de lait associés à la poudre de peptones en suppositoire (333).

Partisan d'une observation sémiologique attentive, Lachapelle faisait appel à une thérapeutique variée, hardie et énergique, semblable à celle employée chez l'adulte, mais fractionnée dans son dosage. S'il adhérait assez étroitement à la théorie des humeurs et préconisait le traitement des symptômes, il n'hésitait pas à employer les narcotiques dans presque toutes les maladies. Réfutant le nihilisme en thérapeutique infantile, héritage d'une médecine hippocratique, il s'achamait à le combattre, tant chez ses confrères que dans l'opinion populaire. Il empruntait sa thérapeutique à diverses écoles médicales de pensée et incorporait au fil de ses lectures, de nouveaux traitements. La notion de modifications thermiques dans l'état morbide en général était prise en compte avec l'usage du thermomètre clinique, ici répandu selon Bernier (334), dans les années 1870. Lachapelle qui en prônait l'usage, demandait aux administratrices de l'Hôpital Sainte-Justine d'en organiser la vente auprès des mères. Ce thermomètre dit "maternel" devait alerter la mère qui ferait appel au médecin.

333 S. Lachapelle, "L'alimentation de l'enfant malade", *Le Journal de médecine et de chirurgie* III, 2, 1908, p. 22

334 Jacques Bernier, *op. cit.*, p. 136

Sa conception médicale de l'enfant étonne moins si on se réfère à la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, publication française "à caractère scientifique" qui débutait en 1883 en énonçant d'entrée de jeu: "Nous n'ignorons pas, sans doute, qu'il n'y a ni une physiologie ni une anatomo-pathologie propres à l'enfance et que les grandes lois de la nosologie s'appliquent à tous les âges". Cette conception était partagée quelques années plus tard par le pédiatre parisien Grancher (335) qui, dans sa leçon d'ouverture du cours de clinique des maladies des enfants, affirmait que "la pathologie de l'enfant ne diffère de celle de l'adulte par aucun caractère essentiel, mais la technique et la sémiologie sont autres; les symptômes y sont quelquefois plus obscurs et plus mêlés". On ne reconnaissait donc pas encore à l'enfant une physiologie propre qui accompagnait son développement.

Lachapelle faisait oeuvre de pionnier en établissant les avant-postes de la puériculture et de la pédiatrie par son enseignement et ses publications, par son travail au dispensaire des enfants de l'Hôpital Notre-Dame et à la crèche de la Miséricorde, par l'organisation des gouttes de lait, sans compter sa participation à la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine. Il devait surmonter les obstacles de la culture médicale qui faisaient qu'on ne soignait pas les enfants sous prétexte qu'ils ne pouvaient collaborer au diagnostic.

1.4.1 La pédiatrie, discipline autonome

La loi médicale de 1909 portait le *curriculum* à cinq ans et individualisait la pédiatrie en rendant son enseignement théorique et clinique obligatoire. Elle obligeait la faculté de médecine à donner un coup de barre depuis longtemps souhaité par certains, celui de s'ouvrir à l'enseignement clinique pour faire un diagnostic précis qui devait être éclairé par le laboratoire (336). Le rapport Flexner, publié l'année

335 *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juin 1885, p. 287

336 Eugène Saint-Jacques, "La vraie orientation de l'enseignement universitaire" *UMC*, 36, 3, mars 1907, pp. 159-164

suivante, secouait durement la faculté puisqu'il jugeait l'enseignement qui s'y donnait incomplet et recommandait sa disparition si elle refusait de se perfectionner en se dotant de laboratoires.

Le 1er mai 1911, Lachapelle était nommé professeur de clinique infantile à l'Hôpital Notre-Dame et I. Cormier était désigné suppléant alors que Raoul Masson détenait le titre d'assistant au cours de pédiatrie (337). Au décès de Lachapelle survenu en 1913, Masson était chargé de l'enseignement théorique de la pédiatrie, un cours de 30 leçons, et Cormier et Leduc donnaient chacun 30 leçons cliniques. Tous trois recevaient une indemnité de 2\$ par cours. L'enseignement didactique s'adressait aux élèves de 4e année et l'enseignement clinique à ceux de 5e année. Le cours didactique portait sur l'étude de la physiologie du nouveau-né, les malformations et les maladies congénitales, l'hygiène et l'alimentation du nourrisson, les maladies particulières à l'enfance ou communes à l'enfant et à l'adulte. L'enseignement de la clinique infantile était réparti entre l'Hôpital Saint-Paul et l'Hôpital Notre-Dame (338). Les leçons théoriques de pédiatrie, de 90 qu'elles étaient en 1913, passaient à 30 en 1914; il restait donc 60 leçons cliniques.

L'Hôpital Sainte-Justine pour les enfants qui pouvait offrir le terrain clinique nécessaire à la faculté, était affilié à l'Université par contrat le 7 décembre 1914, pour mieux jeter les bases de l'enseignement de la pédiatrie. Le docteur Raoul Masson, médecin de l'Hôpital Sainte-Justine depuis sa fondation, accédait à la chaire de pédiatrie. Il donnait les cours théoriques depuis le décès du docteur Lachapelle survenu en 1913, alors que le docteur Cormier assumait l'enseignement clinique au dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame; ce dernier décédait en 1915. Les Soeurs Grises acceptaient alors que des leçons cliniques de pédiatrie soient données à la crèche aux étudiants de la faculté de médecine par le docteur J.A. Leduc (339). Deux ans plus tard, les élèves de 5e année consacraient

337 AUM, Faculté de médecine, E38 boîte 6905, 1er mai 1911

338 *Annuaire de la Faculté de Médecine*. 1914-1915

339 AUM, Faculté de médecine E38, boîte 6905, p.v. 7 avril 1915

tous les avant-midi pendant un mois, à l'enseignement clinique pédiatrique à l'Hôpital Sainte-Justine (340).

Dans sa "leçon d'ouverture", Raoul Masson (341) en appelait à la mission socio-politique du pédiatre dans le sauvetage de ce "capital humain" que constitue le jeune enfant, par l'éducation de la femme. Il invoquait le rôle d'instituteur du médecin appelé à participer à ce mouvement éducatif. Dans son enseignement, Masson mettait l'accent sur l'enfant normal, son anatomie et sa physiologie, sur sa croissance, fonction physiologique qui le distingue de l'adulte. Il donnait une vue d'ensemble de la médecine des enfants et enseignait des notions élémentaires de thérapeutique infantile et la posologie des médicaments (342). Dans son récit biographique, Paul Letondal qui avait été son élève, soulignait son aptitude à exécuter un examen clinique à la fois méthodique, complet et rapide, à poser un diagnostic précis et à employer une thérapeutique à la fois sobre et rationnelle. A titre d'exemple, Masson qui avait étudié la pédiatrie auprès des maîtres français, préconisait à l'instar de Marfan, d'abord la diète hydrique dans les premières 24-48 heures, dans les cas de diarrhée infantile, ce qui contrastait avec les méthodes antérieures (343).

340 AJM, p.v. faculté de médecine, 5 juillet 1917.

341 Raoul Masson, "Cours de pédiatrie leçon d'ouverture", *UMC* 43, avril 1914, pp. 139-146.

Raoul Masson (1875-1928) obtenait son diplôme en médecine en 1902 avant de compléter sa formation médicale dans des institutions françaises où il avait suivi pendant trois ans, les cliniques de Variot et Comby, à Paris. A son retour, il assistait Lachapelle à la Crèche de la Miséricorde, enseignait l'hygiène infantile à l'École Ménagère provinciale, s'impliquait dans la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine et prenait une part active dans le fonctionnement des gouttes de lait paroissiales. Il était membre actif de la Société Médicale de Montréal. Il devenait agrégé au cours de pédiatrie le 1er mars 1909.

342 P. Letondal, "Raoul Masson (1875-1928) *UMC* 108, janvier 1979, pp. 87-92

343 Raoul Masson, "Régime diététique des nourissons dans la gastro-entérite", *Journal de médecine et de chirurgie*, 1, 1906, pp. 141-144

1.4.1.1 Hôpital Saint-Paul

Au début du siècle, les maladies contagieuses constituaient une cause importante de mortalité infantile et pour mieux cerner le problème, le Conseil provincial d'hygiène créait une division des maladies contagieuses. Une proposition de Monseigneur Bruchési au sujet de l'érection d'un hôpital civique destiné à l'isolement des contagieux, paraissait acceptable à la Société médicale de Montréal, à la condition d'être placé sous la direction d'un bureau médical et qu'il puisse être fréquenté par les étudiants (344). Conséquemment, les autorités municipales proposaient l'établissement de deux hôpitaux permanents destinés exclusivement aux contagieux, l'un anglophone, l'Hôpital Alexandra et l'autre francophone, l'Hôpital Saint-Paul (345). Elles signaient un contrat d'une durée de 25 ans avec les administrateurs de l'Hôpital Notre-Dame, en vue de la construction de l'hôpital. Ce dernier qui recevait une subvention annuelle pour les indigents, ouvrait ses portes en décembre 1905 et était administré par les autorités de l'Hôpital Notre-Dame. Destiné majoritairement aux enfants, il disposait d'une centaine de lits. Il recevait également des adultes. A proprement parler, il n'était pas destiné à la médecine infantile.

Sa conception architecturale s'inspirait du système pavillonnaire en usage à l'Hôpital des Enfants Malades de Paris, permettant l'isolement et le traitement nettement différenciés de la rougeole, de la diphtérie et de la scarlatine. Chaque pavillon possédait sa chambre de désinfection à l'entrée où le changement de vêtements était de rigueur. Les déchets étaient brûlés et les eaux usées désinfectées. Un système combiné de chauffage et de ventilation assurait une atmosphère renouvelée et confortable. Le docteur Joseph Arthur Leduc (346) en dirigeait les

344 *Montréal-Médical*, I, 1901, p. 70

345 M.J. Fleury, *L'Hôpital Saint-Paul (1905-1934) et sa contribution à la lutte contre les maladies contagieuses*. p.17. *Douzième rapport annuel du Conseil d'hygiène de la Province de Québec* 1906, p. 41

346 H. Charbonneau, *UMC*, 85, 1, janvier 1956, p.109: Joseph Arthur Leduc (1877-1955) était chef du service de pédiatrie à l'Hôpital Notre-Dame jusqu'en 1947 et était chargé de la

opérations jusqu'au moment où les contagieux furent acheminés à l'Hôpital Pasteur en 1934 (347). Le docteur Pietro Del Vecchio était son principal assistant; avec le docteur Adélarde Lebel, ils étaient nommés professeurs agrégés à la clinique des maladies contagieuses en mars 1918.

Le docteur Leduc avait poursuivi des études à l'Université de Harvard et avait fait des stages d'études aux Enfants malades de Paris en 1909-1910 et au *Boston City Hospital*. Sa formation lui permettait d'établir une technique d'asepsie médicale rigoureuse, indispensable dans tout hôpital de contagieux, d'introduire à Montréal le tubage dans le croup diphtérique (348) et d'utiliser la sérothérapie, dès son entrée en fonction. La recherche du signe de Koplik (taches précédant l'éruption), de pratique courante à Saint-Paul, permettait un diagnostic précoce de la rougeole (349). Cet ensemble de techniques aurait contribué à la réduction du taux de mortalité infantile (350). Sous la direction du docteur Leduc, l'hôpital Saint-Paul devenait un centre d'enseignement sur les maladies contagieuses.

Les étudiants n'étaient pas admis dans les hôpitaux de contagieux et depuis un bon moment déjà, certains médecins déploraient le peu de connaissances enseignées sur les maladies contagieuses et la difficulté

clinique des nourrissons à la Crèche d'Youville. Il participait à l'organisation des gouttes de lait et était consultant à l'Institut Bruchési. En 1934, il était nommé chef de service adjoint à l'Hôpital Pasteur et chef de service à l'Hôpital Sainte-Justine. Il était nommé professeur émérite en 1949.

347 L'édifice de l'Hôpital Saint-Paul hébergeait par la suite le département de pédiatrie de l'Hôpital Notre-Dame, avant d'être démolé en 1952

348 L'idée du tubage revient à E. Bouchut (1858); elle était reprise par l'Américain Joseph O'Dwyer qui publiait en 1887 des résultats positifs: Abt-Garrison *op. cit.*, p. 108. La méthode était décrite par F. Wright "Intubation of the Larynx", *Pediatrics*, 15 février 1899, pp. 145-153. A. Goldbloom (*Small Patients*, p. 257) signalait que peu de gens avait développé cette habileté technique.

349 J.A. Leduc, "Le signe de Koplik Son importance pour le diagnostic "précoce" de la Rougeole", *Le Journal de médecine et de chirurgie*, 6, 1911, p. 11

350 D. Goulet et al., *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal...op. cit.*, p. 224 ; Voir aussi, Paul Letondal "La pédiatrie au Canada français", *UMC*, 80, janvier 1951, pp. 87-91

qu'ils avaient à poser un diagnostic précoce (351). Cette carence de l'enseignement et l'insuffisance de leur expérience avaient pour effet de rendre les médecins souvent responsables de la diffusion de la maladie. En 1909 (352) la faculté de médecine décidait de donner un enseignement clinique des maladies contagieuses et recommandait le docteur Leduc à titre d'assistant à la clinique interne. Il était par la suite nommé titulaire de la chaire des maladies contagieuses en 1917. Un poste d'interne sans concours, était établi en 1906 et un de résident, en 1927 (353).

L'Hôpital Saint-Paul de type public subventionné, entrait dans la catégorie des hôpitaux spécialisés. En s'ouvrant à la médecine clinique, il posait un jalon important dans la lutte contre les maladies contagieuses et sa création favorisait le développement des connaissances médicales. En effet, on y a mis à l'essai certains traitements dont un contre la coqueluche, à base de morphine et de chloral (354) et le sérum antiscarlatineux. Au sujet de ce sérum, Longpré constatait que son immunité était très courte, que la résistance à la maladie était accrue, qu'il neutralisait les effets des toxines streptococciques et qu'il semblait diminuer les complications. (355)

1.4.1.2 Hôpital Sainte-Justine

La mise sur pied de toutes les activités nécessaires à l'établissement d'un hôpital pédiatrique répondait d'une manière complexe, à une plus grande différenciation des groupes d'âge, à l'institutionnalisation croissante des enfants, à un sentiment humanitaire à

351 P.E. Prévost, "Considérations et statistiques sur la mortalité infantile", *UMC* 30, 3, mars 1901, pp. 146-153

352 AUM, Faculté de médecine E 38, p.v. 4 octobre 1909

353 M.-J. Fleury, *op. cit.*,

354 P. Del Vecchio, "La coqueluche", *UMC*, 49, 1, janvier 1920, pp. 3-6

355 H.B. Cushing, D. Longpré, "Le sérum antiscarlatineux, ses usages" *UMC*, 55, 1, janvier 1926, pp. 8-14

l'égard des enfants malades dont la responsabilité sociale incombait aux classes dirigeantes sensibles à l'utilité sociale de l'individu, au développement des sciences biologiques et à l'évolution des structures médicales. Elle supposait l'acceptation d'un nouveau paradigme qui consistait à ne plus considérer l'enfant comme un adulte en réduction mais bien comme un être en croissance, caractéristique biologique de l'enfant. Nous avons traversé ces étapes et il nous reste à voir comment la médecine se redéfinissait et avec elle, sa pratique qui partageait les compétences et les territoires.

La fondation de l'Hôpital Sainte-Justine en 1907 fut soutenue par des valeurs chrétiennes de charité et des motivations sociales, sous-tendues par des questions politiques, tout en s'inscrivant dans le programme de lutte contre la mortalité infantile, lui-même tributaire du mouvement hygiéniste. Les médecins avaient pressenti la nécessité d'un hôpital pédiatrique, mais ce sont les féministes chrétiennes qui relevaient le défi de cette fondation. L'administration de l'hôpital reposait entre les mains de dames de la bourgeoisie, qui évoluaient au sein de cercles politiques et sociaux et avaient partie liée avec des membres influents de la profession médicale universitaire; elles géraient la charité publique et étaient responsables de leur politique d'assistance qui reposait sur des levées de fonds et le bénévolat. (356)

Un bureau médical présidé par le docteur J.E. Dubé, prenait la direction médicale de l'institution au sein duquel on y retrouvait les consultants Lachapelle, Hervieux, Parizeau, Cléroux et Boucher, les

356 Le *Children's Memorial Hospital* ouvrait ses portes en janvier 1904 à l'instigation du chirurgien orthopédiste Alexandre Mackenzie Forbes (1874-1929) et était incorporé le 11 mai 1905. Voir: J. B. Scriver, *The Montreal Children's Hospital* Montreal, McGill-Queen's University Press 1979 et A. Goldbloom, *Small Patients*, p. 170 et suivantes. Voir aussi: D. Slater Lewis, *Royal Victoria Hospital 1887-1947*, Montreal McGill University Press 1969: en 1893, l'ouverture d'une salle pour les enfants constituait une simple division géographique (p. 40) et on n'y acceptait pas les nourrissons. En 1904, on instituait une clinique pédiatrique à la clinique externe (p. 53); F.M. Fry en charge du service des enfants, était un des premiers médecins à se consacrer exclusivement à la pédiatrie.

chirurgiens Bourgeois et Rhéaume, les médecins traitants Levasseur, Bourgoïn, Masson et l'ophtalmo-oto-rhino-laryngologiste Laurent. Pour s'assurer d'en conserver la direction, les administratrices s'empressaient d'affilier l'oeuvre à la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste (357). Auprès de cet organisme, elles allaient recruter une main-d'oeuvre bénévole indispensable au fonctionnement de l'oeuvre.

Les fondateurs s'entendaient sur le double objectif de guérir et d'instruire; ils s'inscrivaient d'emblée dans le mouvement éducatif déjà entrepris. Lachapelle reprenait le programme qu'il avait tracé à la Crèche de la Miséricorde:

"Que tous les efforts des dames patronnesses de l'Hôpital Sainte-Justine soient dirigés principalement pour assurer la vulgarisation des notions élémentaires d'hygiène et de médecine infantile...ce mouvement éducatif bien dirigé devra contribuer en même temps à populariser l'oeuvre de l'Hôpital Sainte-Justine pour enfants plus que quoi ce soit".
(358)

Si l'Hôpital Sainte-Justine s'occupait dès sa fondation du traitement actif des patients, il incorporait aisément ce que Vogel (359) appelle un certain "activisme social" principalement dirigé vers l'éducation des classes pauvres, par le biais du dispensaire. L'institution était appelée à participer à la relance des gouttes de lait comme nous l'avons vu, mais cette action était de courte durée puisque dès 1914, le projet était abandonné pour mieux concentrer les efforts dans le traitement des enfants malades.

357 R. Desjardins, *Hôpital Sainte-Justine Montréal Québec (1907-1921)*, M.A. (histoire) Université de Montréal 1989

358 AHSJ, École des infirmières dossier 19-1 Lettre 14 février 1908. Lachapelle demandait qu'un programme d'études et de sujets de conférences soit préparé par le Bureau médical afin d'en assurer l'uniformité. En avril 1913, 10 leçons de puériculture étaient offertes par Lachapelle aux dames et jeunes filles: *La Bonne Parole*, 1, 2, avril 1913

359 M. J. Vogel, *The Invention of the Modern Hospital Boston 1870-1930*, p. 23 et suivantes

En 1910, l'hôpital de 34 lits comptait un service de médecine et un de chirurgie et les administratrices entendaient faire la preuve que l'hôpital pouvait offrir un champ d'observation adéquat aux étudiants. Ainsi, la faculté de médecine acceptait l'offre de la présidente de recevoir des étudiants à des fins d'enseignement clinique (360). L'hôpital occupait alors des locaux mal adaptés à ses fonctions.

Affiliation universitaire

Quatre ans plus tard, c'était au tour de la faculté, liée par la loi médicale de 1909, de proposer aux administratrices une clinique infantile (361). L'hôpital, installé dans de nouveaux locaux permanents, offrait 80 lits. Il avait connu une évolution rapide et le travail médical qui se multipliait pouvait offrir un champ d'observation plus large, aux étudiants. Les administratrices demandaient l'affiliation universitaire en 1914; c'était la voie ouverte au développement des études pédiatriques et à l'enseignement clinique de la pédiatrie.

L'hôpital cherchait à utiliser les compétences des meilleurs étudiants pour assurer le service hospitalier. Il ouvrait alors un poste d'interne à temps complet à un médecin licencié du Collège des Médecins et Chirurgiens. Un nombre restreint de médecins s'est prévalu de cet internat.

Au moment où la pédiatrie s'ouvrait aux sciences de laboratoire, l'institution se dotait d'un service de laboratoire en 1918 qu'elle confiait au docteur Georges H. Baril. Elle mettait également sur pied un service d'archives où les dossiers étaient standardisés et un service social pour suivre l'évolution de la maladie chez les patients. De plus, les administratrices avaient répondu à un besoin de main-d'oeuvre spécialisée, par la mise sur pied d'une école d'infirmières dont

360 AHSJ, *Copies de lettres*, 2 mars 1910

361 AHSJ, p.v. bureau médical, 13 mai 1914

l'enseignement relevait de la faculté de médecine au moment de l'affiliation universitaire; cette caution universitaire valorisait un cours qui jusque-là était peu recherché.

Pour satisfaire aux besoins de l'enseignement, les administratrices engageaient l'hôpital dans la voie de la standardisation, en devenant membre de la *Catholic Hospital Association* qui en faisait la promotion; l'accréditation leur était accordée le 4 août 1926 par l'*American College of Surgeons*. La standardisation des hôpitaux, répondait à la standardisation des études médicales et les administratrices de l'Hôpital Sainte-Justine étaient soucieuses de recevoir cette accréditation, gage d'efficacité.

L'hôpital pouvait offrir un traitement plus méthodique des maladies infantiles, l'investigation paraclinique nécessaire à la précision du diagnostic, la réalisation d'interventions chirurgicales et éventuellement, la recherche par la pratique des autopsies, l'étude des dossiers et l'établissement de statistiques par le classement des maladies. L'enseignement de la pédiatrie bénéficiait donc d'un hôpital pédiatrique mis au service de la faculté et répondant aux exigences de cette fonction. La structure hospitalière qui permettait l'observation d'un plus grand nombre de malades, rendait possible la rencontre des soins médicaux et de l'éducation médicale; elle déplaçait la pratique médicale vers l'hôpital. L'ouverture de dispensaires gratuits, drainaient la clientèle alors que l'ouverture d'un département privé d'une dizaine de lits, répondait à la demande des médecins plus qu'à celle des patients qui étaient réticents à le fréquenter.

Les hôpitaux spécialisés correspondaient à la spécialisation des soins. Ils apparaissaient au moment où l'hospitalisation devenait le support et quelquefois la condition d'une action thérapeutique plus ou moins complexe. Leur développement s'articulait à celui du savoir médical, à ses innovations techniques, à ses divisions du territoire. L'institution précédait la spécialité et démontrait la valeur du champ de

pratique. Les médecins pédiatres ne cherchaient pas encore à se définir professionnellement mais prônaient la diffusion des connaissances pédiatriques.

Conclusion

Au terme de ce chapitre, nous nous trouvons à l'intersection d'une double mutation, celle du savoir biologique qui accompagnait celle de la découverte de l'enfance. Nous avons cherché à mettre en regard cette découverte de l'enfance et la professionnalisation des médecins et nous avons tenté d'en faire ressortir la conjoncture et les particularités du milieu franco-montréalais. Si l'histoire de la pédiatrie peut éclairer l'histoire des mentalités sur l'évolution du sentiment de l'enfance à laquelle elle contribuait, elle était elle-même conditionnée par des influences intellectuelles externes et par la conjoncture sociale, politique et économique qui les accompagnaient.

La période 1880-1920, est caractérisée par l'activisme politico-social des médecins mus par le désir de reconnaissance sociale et regroupés au sein du Collège, de sociétés médicales et d'associations à caractère philanthropique. Ces groupes agissaient à la manière de groupes de pression et contribuaient au façonnement de l'opinion publique. Ils revendiquaient des législations porteuses de pouvoir.

Dans un monde où l'assistance sociale dépendait largement de l'Église alors que les Canadiens-français, économiquement pauvres portaient un fardeau social disproportionné, le clergé avait tout intérêt à établir des alliances avec les médecins qui en retour d'avantages cliniques consentis dans des institutions religieuses, offraient des services de santé gratuits. En contrepartie, la professionnalisation des médecins exigeait la standardisation des études médicales et l'expérience clinique que les institutions hospitalières pouvaient offrir.

Depuis le milieu du XIXe siècle, les médecins cherchaient à accroître leur prestige par la reconnaissance sociale de leur autorité. Par le biais du regroupement associatif, ils obtenaient de l'État des privilèges qui leur permettaient d'affirmer toujours davantage cette autorité. Au sein d'instances politiques (Conseil d'Hygiène, Bureau de santé), ils participaient à un mécanisme de pouvoir qui étendait son contrôle sur la population.

Le discours médical entretenait la confusion entre santé publique et individuelle et l'ordre moral. Sous le couvert de l'éducation, les médecins, avec l'appui d'une élite influente, façonnaient l'opinion publique. Au surplus, un développement accéléré des sciences biologiques à la fin du XIXe siècle, assurait à la médecine une base scientifique qui confortait sa crédibilité. Le discours qui trouvait alors sa cohérence dans les nouveaux acquis de la science biologique, devenait plus autoritaire tout en s'enveloppant du nationalisme ravivé par les événements politiques.

La lutte à la mortalité infantile servait l'idéologie nationaliste et mobilisait les énergies. Les messages de propagande s'accordaient aux partis pris idéologiques d'où la tendance parfois à subordonner la vérité à l'engagement idéologique. Pour plusieurs médecins, l'ignorance était la cause du manque d'hygiène et justifiait la méthode éducative. Ils s'engageaient alors dans la publication d'ouvrages de puériculture tout en démontrant leur intérêt à l'égard de l'enfant. En faisant de la santé, une question de connaissance (362) ils justifiaient l'intervention de ceux qui détenaient le savoir.

Et si c'était la pauvreté qui était en partie du moins, la cause de la maladie? La pratique des règles d'hygiène étant plus facilement réalisable dans un milieu aisé qui bénéficiait d'installations sanitaires

362 M. Tétreault, *L'état de santé des Montréalais de 1880 à 1914* M.A.(histoire) 1979 Université de Montréal, p. 10

adéquates, qui ignorait la promiscuité des logements insalubres et qui permettait une alimentation adéquate. Mais la pauvreté demeurait perçue comme un problème individuel relevant de la charité plutôt qu'un problème social relevant de la justice sociale. Certains ont amorcé cette réflexion, mais la solution semblait incompatible avec le libéralisme de l'époque dans lequel l'ordre social devait résulter de la poursuite d'intérêt personnel et ne s'accordait guère avec les visées de certains intervenants du sauvetage de l'enfance.

L'épidémie de variole de 1885-86 qui avait touché majoritairement les enfants, marque un point tournant dans le mouvement en faveur de l'enfance. Comme le souligne Rosen, une épidémie éveille l'intérêt. Alors que la société atteignait son "seuil de modernité biologique", la médecine cherchait à devenir sociale et les médecins qui se percevaient comme les leaders désignés de la campagne en faveur de l'enfance, tentaient de mettre fin à l'indifférence à l'égard des enfants. A ce moment, nous voyons apparaître timidement l'enseignement de la pédiatrie avec l'ouverture des dispensaires pour enfants, l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, l'institutionnalisation des enfants abandonnés qui favorisaient sur place, les premières observations médicales en puériculture. Graduellement, la pédiatrie naissait sur le territoire de l'hygiène et de l'obstétrique, avant tout de la nécessité que lui reconnaissaient certains médecins. Mais il restait aux pionniers à surmonter les barrières de la culture médicale et à négocier les frontières de la discipline.

On ne saurait ignorer également une rupture dans la pensée médicale héritière de la pensée hippocratique, où le médecin intervenait peu dans le traitement des maladies infantiles. Cette rupture favorisait la fondation d'institutions pédiatriques au début du XXe siècle. La multiplication des institutions médicales pédiatriques avec l'appui financier d'organismes à caractère charitable et les deniers publics, participaient à la médicalisation de l'enfance et au développement des

connaissances chez les médecins; elles favorisaient l'émergence d'un enseignement spécifique de la pédiatrie.

D'autre part, le mouvement d'émancipation des femmes timidement amorcé pour quelques-unes, avait tout intérêt à investir la sphère publique par le champ de la santé, plus acceptable socialement. A cet effet, nous avons souligné le rôle des féministes chrétiennes regroupées au sein de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste qui, par le bénévolat de ses membres, apportait un appui indéniable aux médecins. L'Hôpital Sainte-Justine était fondé par des bénévoles pour répondre aux pressions conjointes des besoins publics, de ceux de la profession médicale et de l'humanisme séculier; il servait d'instrument social. Le christianisme social jouait alors le rôle de renforcement idéologique constant. L'aide à l'enfance n'est jamais neutre politiquement, comme le rappelle Annick Parent (363).

Par leurs positions stratégiques, les socio-clerics, les notables et les médecins en s'associant, exerçaient collectivement un pouvoir sur la santé des individus et l'action individuelle faisait place à l'action concertée. La conjoncture favorisait donc la profession médicale qui a su saisir l'occasion de se positionner socialement et politiquement.

Cette première étape débouchait sur une intervention de plus en plus marquée de l'État, mais les organismes qui administraient les œuvres subventionnées demeuraient aux mains d'une bourgeoisie conservatrice, imbue pour un bon moment encore de l'esprit clérical-nationaliste qui les avait suscitées. L'esprit scientifique dont on disait s'inspirer, demeurait marginal et servait le plus souvent de prétexte à un encadrement de plus en plus serré de la population. Il allait connaître son développement dans la seconde période allant de 1920 à 1947.

2. Développement de la pédiatrie à Montréal 1920-1947

Cette deuxième période est caractérisée par l'intervention gouvernementale accrue tant au niveau fédéral que provincial dans le champ de la santé, le développement de la médecine préventive, particulièrement dans le secteur de l'enfance, le développement institutionnel de la pédiatrie et la spécialisation des médecins qui amorçaient des activités de recherche. Des facteurs tant externes qu'internes participaient donc à l'essor de la médecine infantile.

A la faveur des préoccupations populationnistes et des développements sociaux, la vie était envisagée sous l'angle de son influence sur la collectivité nationale et les projets médicaux étaient de plus en plus placés sous la dépendance des décisions politiques. Les objectifs clairement définis par les dirigeants sociaux, favorisaient la médecine préventive qui, par le développement de ses activités, donnait aux personnes démunies accès à des services médicaux qui leur étaient demeurés inaccessibles jusque-là. Outre le financement gouvernemental, cette action était soutenue par des associations philanthropiques et des clubs sociaux, dont l'idéologie transpirait dans leur mode d'intervention. Pendant toute la période, le financement gouvernemental et la charité privée se côtoyaient, sans chercher à s'éliminer l'un et l'autre, sauf qu'il devenait plus facile de revendiquer auprès des gouvernements dotés d'instances décisionnelles en matière de santé. Le projet médico-social tributaire du pouvoir, dépendait de plus en plus des options de l'État qui devenait le principal agent de développement du réseau de santé. Il reflétait le plus souvent les combats idéologiques menés par les groupes de pression.

Après la première guerre mondiale, la médecine curative était placée sous l'influence de la médecine américaine qui établissait les normes hospitalières et les normes d'éducation médicale. La pédiatrie n'échappait pas à ces influences et à l'instar de la faculté de médecine,

l'Hôpital Sainte-Justine, hôpital universitaire, répondait positivement à ces changements et se conformait aux nouvelles exigences; il élargissait son champ d'intervention et s'ouvrait aux nouvelles technologies. Cependant, la pédiatrie devenue une discipline autonome, demeurait largement tributaire de l'école française. Elle se constituait en spécialité officiellement reconnue par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1947.

2.1 Enjeux sociaux et pédiatrie.

Les événements qui entouraient la participation du Canada aux guerres de l'Empire avaient créé un climat favorable à une poussée nationaliste tant chez les anglophones que chez les francophones pour des motifs, il va sans dire, différents. Dans les deux communautés, les préoccupations populationnistes étaient présentes. Dans la mouvance de l'eugénisme, côté anglophone, elles venaient d'un courant d'immigration juvénile en provenance d'Angleterre dont la qualité, croyait-on, était responsable de la dégénérescence raciale (1). Côté francophone, elles venaient d'une immigration qui lui était défavorable, en réduisant son poids numérique dans l'ensemble canadien. Chacun des deux groupes façonnait un discours en fonction des intérêts qui lui étaient propres et commandait la mobilisation.

Les leaders socio-nationalistes francophones appelaient à la mobilisation des forces vives canadiennes-françaises. A partir de 1917, l'*Action française* en recueillait l'expression qui s'articulait autour de "la volonté de survivance". Elle recoupait l'esprit de ceux qui luttèrent depuis le début du siècle contre la mortalité infantile excessive chez les Canadiens-français. La reconstruction des forces socio-économiques au

1 P. Rooke, R.L. Schnell, *No Bleeding Heart Charlotte Whitton, a feminist on the Right*, p.23 : *Discarding the Asylum*, p. 239; Angus McLaren, *Our Own Master race*, p. 46, 59 et "Birth Control and Abortion in Canada 1870-1920", *Medicine in Canadian Society*, pp. 285-311

lendemain de la guerre, nourrissait le discours. La santé devenait une condition de la production.

Depuis un bon moment déjà, des médecins socialement impliqués, reconnaissaient que la misère était souvent présente dans les familles ouvrières nombreuses et constataient les conséquences sur la santé, de l'entassement des pauvres dans des logements insalubres. Le rôle prédominant du milieu, en particulier socio-économique, était reconnu depuis le premier tiers du XIXe siècle en Europe, et était ravivé au moment où la bactériologie livrait parcimonieusement sa thérapeutique. Délaissant peu à peu les aspects moraux, les médecins percevaient les effets de la malnutrition sur l'incidence de la tuberculose dans les milieux défavorisés et reprenaient la notion de "terrain" du début du siècle. Cette notion marquait une prise de conscience de la possibilité de modifier les forces physiques, de parfaire la santé et les conditions d'existence. Devant les limites de la thérapeutique, on songeait à améliorer l'état général du malade. Au nombre des circonstances qui venaient augmenter le renouveau d'intérêt pour l'organisme dans son ensemble, il fallait compter l'évolution des sciences biologiques qui mettaient en relief le rôle de l'hérédité dans la résistance à la maladie. Pour parer au plus urgent, des initiatives privées et publiques avaient été prises, mais le plus souvent, leurs portées trop restreintes ne produisaient pas les effets escomptés.

Une coup de barre s'imposait d'autant plus que les institutions charitables, au lendemain de la guerre, éprouvaient toutes des difficultés financières et n'arrivaient pas à répondre aux besoins mieux identifiés d'une société de plus en plus urbanisée. L'action devait venir du gouvernement, comme on le réclamait dans certains milieux et supposait une évolution des concepts qui avaient présidé à la naissance des organisations charitables. Devant la demande accrue de services socio-médicaux, l'Église, qui jusque-là jouait un rôle de premier plan sur le terrain social, se voyait dans l'obligation de céder graduellement du

terrain, sans pour autant reculer au plan du discours normatif. L'esprit de charité à son tour, cédait le pas à des considérations plus pragmatiques et subissait les contrecoups d'un concept de service social en transition qui évoluait vers des services professionnels. Ceci marquait le passage de la bienfaisance à l'assistance.

A l'origine, les oeuvres de charité étaient conçues comme des pratiques destinées à assurer le salut éternel de ceux qui les exerçaient et agissaient comme régulateur social; elles voulaient soulager la misère et apaiser les situations les plus tragiques pour maintenir la paix sociale, sans avoir pour ambition de répondre à toutes les demandes et de ce fait comportaient une forte composante discrétionnaire (2). La transition vers le concept de services médico-sociaux s'amorçait timidement; elle évacuait lentement la composante religieuse et l'influence de l'Église, pour y substituer celle de l'État.

A travers des objectifs en apparence contradictoires, celui populationniste des leaders socio-nationalistes qui soutenaient une forte natalité et celui médical de l'amélioration et de la conservation de la santé dans des milieux défavorisés et surpeuplés, il fallait organiser le discours mobilisateur sans favoriser la limitation des naissances. L'économiste Édouard Montpetit en prenait l'initiative, convaincu qu'une doctrine était nécessaire puisque "la nation se forme comme l'individu, sur un programme éprouvé, sur des idées générales, mises au service de la collectivité" (3). Il traçait le programme social de cette période dans "La veillée des berceaux" (4); de nombreux auteurs s'y référeront par la suite.

2 Adélaré Dugré s.j., "La jeune fille et les oeuvres de charité" *École sociale populaire*, 130, janvier 1925. *Les Semaines sociales* étaient fondées en 1920 par le jésuite Joseph Papin Archambault.

3 É. Montpetit, "Pour l'action française", *RTC* 1918, pp. 414-418: discours du 23 janvier 1918

4 Édouard Montpetit, "La veillée des berceaux", *La Revue trimestrielle canadienne*, août 1918 pp. 107-134. "Un programme d'action sociale", *École sociale populaire*, 94, 1921, 32p. L'avocat économiste Montpetit (1881-1954) était rédacteur en chef de la *Revue trimestrielle canadienne* fondée en 1915, directeur-fondateur de l'École des Sciences sociales, économiques et politiques et secrétaire général de l'Université de Montréal de 1920 à 1950.

Dans ce programme on y retrouve les caractéristiques d'une politique de santé retenues par Foucault (5) qui est marquée par l'intervention collective à l'égard de la maladie, par l'élargissement de l'objectif qui devient la prévention de la maladie qui touche au mode de vie des gens et dont les interventions spécifiques modifient les caractéristiques d'une population, par la professionnalisation des médecins qui occupent une place plus valorisée dans la société et par l'intégration de la pratique médicale à une gestion économique et politique alors que la médecine s'insère dans un système administratif. Cette politique déjà au centre des préoccupations du Conseil d'hygiène, était maintenant reprise par les leaders sociaux.

2.1.1 Le programme social ou l'idéologie qui fait agir

Pour Montpetit, le premier des intérêts sociaux demeurait la permanence de la race et tous les problèmes qui touchaient à la race, à sa fécondité et à sa survivance devaient retenir l'attention. Il ne suffisait pas de naître comme le préconisait "La revanche des berceaux", il fallait vivre et durer. Conscient de l'insuffisance économique des Canadiens-français, Montpetit appuyait son plaidoyer sur la valeur économique de la vie, ce capital humain qui assurait la création du capital-espèce. Ainsi, si ce dernier échappait aux Canadiens-français, il fallait imputer leur incapacité d'accroître suffisamment leur nombre, en rapport avec leur fort taux de natalité. A l'aide des statistiques du Conseil d'hygiène, il calculait l'accroissement de la population et concluait que trop de gens mouraient, alors que l'avance résulte du triomphe de la vie sur la mort. Il fallait donc réduire le taux de mortalité particulièrement celui de la mortalité infantile. Cette dernière n'était donc pas à proprement parler, une question purement médicale mais plutôt une question d'ordre national et social.

Son épouse Hortense Varin, collaborait activement aux oeuvres de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste.

5 M. Foucault, "La politique de la santé au XVIIIe siècle", *Les machines à guérir*, pp. 7-11

Montpetit reprenait le leitmotiv de Séverin Lachapelle "c'est le manque de connaissance qui tue". Une ignorance à laquelle il fallait bien ajouter la négligence des individus et des gouvernements, l'industrialisation et le travail excessif des femmes en usine, le logement insalubre, les préjugés, le lait contaminé responsable de la diarrhée infantile, l'usage de sirops calmants, le mépris de l'hygiène, l'alcoolisme et les maladies chroniques. Outre qu'il fallait surveiller le régime alimentaire des enfants, Montpetit proposait, comme palliatif à l'ignorance, "la propagation d'une doctrine positive, énergique, de santé et de vie".

Il n'hésitait pas à attribuer des bons points aux hygiénistes et aux oeuvres charitables pour lesquelles il souhaitait une organisation plus méthodique. Organiser la charité pour en coordonner l'action à l'échelle d'une entité géographique, ajoutait une dimension nouvelle au travail charitable qui, jusque-là, fonctionnait de façon isolée.

Montpetit voyait dans l'hygiène, une promesse de survivance, d'où l'importance de l'enseigner dès l'école élémentaire puisque l'école devait servir la nation. Et si les budgets s'avéraient insuffisants, il ne restait qu'à créer des contribuables pour s'en sortir! La boucle était bouclée.

En conclusion, il rappelait que l'individu, la famille et la nation devaient se soumettre à des "idées-forces" d'où la nécessité du développement du sens social, un sens social qui exigeait d'épouser la nouvelle orientation. En somme, il fallait rendre les gens plus productifs tout en résolvant le problème populationniste. La santé et particulièrement celle des enfants était au coeur du débat; elle devait s'accompagner d'une propagande incessante car, une conviction intellectuelle, pour se transformer en programme politique, doit pouvoir compter sur un large appui populaire. Les textes alarmistes ou pessimistes, nostalgiques et le plus souvent prescriptifs, se multipliaient.

Le ton était donné, il ne s'agissait plus uniquement d'assurer le salut spirituel de l'enfant par le baptême comme le requérait l'esprit religieux d'antan, mais bien, dans un esprit profane, d'en faire un être utile à la société. Le discours n'était pas nouveau; il était tout simplement affirmé avec plus de vigueur et commandait une action concertée. Il n'en demeurait pas moins très significatif du point de vue de l'évolution sociale.

Dans une société qui se laïcisait, la soumission et la résignation à la volonté divine tendaient à s'estomper et les élites entendaient canaliser les nouvelles valeurs vers l'intervention organisée pour combattre la maladie par l'action préventive d'abord, et par un traitement, si elle n'avait pu être évitée, ensuite. Le nouveau *credo* devenait la pierre angulaire d'un programme économique et social. Alors que les médecins étaient appelés à jouer un rôle actif dans cette évolution de la société, le développement de la pédiatrie s'inscrivait tout naturellement au sein du débat.

Cette évolution sociale était traversée simultanément par une transition démographique qui n'était pas de nature à rassurer les dirigeants nationaux. Le recensement de 1921 démontrait que la population urbaine dépassait la population rurale pour la première fois au Québec et était perçue comme une rupture d'équilibre. La population urbaine affichait un taux de natalité inférieur à celui de la population rurale et accusait également un taux de mortalité plus élevé. La tendance à la baisse du pourcentage de natalité risquait de ne pas connaître de redressement, alors que l'objectif visait à son maintien (6). De plus, il fallait bien reconnaître que l'attirance vers la ville faisait des enfants, non plus un rendement mais une charge économique et cette considération activait les craintes chez les tenants de la survivance. Ainsi, le Jésuite

6 Esdras Mainville, "Le réservoir de la race", *L'Action française*, mai 1926, pp. 258-276. L'auteur souligne l'avantage comparatif de la campagne quant au taux de mortalité; il constate néanmoins que les services d'hygiène n'y étaient pas organisés.

Léon Lebel reconnaissait que la famille nombreuse devenait un problème économique et social pour lequel il réclamait les allocations familiales (7).

Une petite bourgeoisie d'affaires recevait positivement un message qui lui parlait du prix de la vie et du capital humain, de sorte qu'après 1920, l'État était justifié d'intervenir auprès des institutions par la loi d'Assistance publique, car il ne s'agissait plus d'héberger les "deshérités" mais d'augmenter et de maintenir le nombre de "productifs", comme le souligne Perron (8). Athanase David, nommé en 1919 au poste de secrétaire de la province et ce, jusqu'en 1936, apportait le support gouvernemental nécessaire à la mise sur pied des structures médico-sanitaires réclamées. La santé reconnue comme la première richesse d'une nation, devenait un critère de développement, puisqu'on affirmait que l'économie d'un pays dépendait de la santé de ses habitants. Le discours se situait sans peine dans le prolongement de celui de Montpetit et plusieurs générations d'étudiants en médecine l'assimilaient à travers l'enseignement de l'hygiéniste J.A. Baudouin (9).

Le Conseil supérieur d'hygiène mettait en place en 1920 un Comité de la sauvegarde de l'enfance qui recommandait de mener une campagne intensive contre la mortalité infantile pour laquelle le gouvernement provincial votait en 1924, un budget spécial (10). Le sujet

7 Léon Lebel s.j., *Le problème de la famille nombreuse Sa solution Les allocations familiales*. Montréal 1928, 28p. A. Lévesque, *La norme et les déviantes*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 1989, p. 49. La question des allocations familiales était étudiée par un comité parlementaire fédéral en 1929 et les témoignages entendus étaient contradictoires. Les syndicats et des travailleurs sociaux s'opposaient au principe des allocations familiales, estimant qu'elles pourraient servir de prétexte à une baisse des salaires. Devant les opinions divergentes et l'absence d'un soutien public, il fallait d'abord régler la question des compétences fédérales-provinciales. La loi sur les allocations familiales était adoptée en 1944.

8 Normand Perron, *Un siècle de vie hospitalière au Québec* Sillery, Presses Universitaires du Québec, 1984, p. 211

9 J.A. Baudouin, *Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal*, ce volume a connu quatre éditions entre 1931 et 1950. Pour une biographie: Georges Desrosiers, "Joseph-Albert Baudouin (1875-1962): Professeur d'hygiène" *CBMH/BCHM* 10, 1993, pp. 251-268

10 *Statuts de Québec*, 14 George V, 1923-1924, loi relative à la tuberculose et à la mortalité infantile dans la province, sanctionnée le 15 mars 1924.

de la mortalité infantile interpellait les pédiatres et Raoul Masson (11) dans un rapport présenté au 8e congrès de l'Association des médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, évaluait la situation et concluait qu'il fallait diriger les efforts vers les moyens préventifs. Il recommandait d'attacher plus d'importance à l'enseignement de la pédiatrie et de la puériculture, de former, à l'instar de l'*American Child Hygiene Association*, une ligue nationale destinée à étudier les possibilités d'améliorer la production du lait et à considérer les avantages de la pasteurisation du lait destiné aux enfants des villes, d'assurer une formation adéquate à des gardes-malades visiteuses et l'établissement d'une école de puériculture. Dans cette perspective les pédiatres se regroupaient à l'initiative de Raoul Masson en 1925, au sein de la *Société d'hygiène infantile*, financée par la ligue antituberculeuse (12). Le président Masson formulait alors une série de mesures destinées à améliorer le fonctionnement et l'efficacité des gouttes de lait; il souhaitait la mise sur pied de consultations pour débiles mentaux, l'organisation de centres de rééducation physique et de gymnastique orthopédique et des colonies de vacances. Ceci complétait le programme de Lapierre (13) qui en appelait au développement d'une puériculture anténatale par des professionnels dûment formés et réclamait un ensemble de mesures d'assainissement de l'environnement. Il soulignait l'importance de s'occuper de l'enfant jusqu'à son complet développement pour en faire un "générateur vigoureux".

La Commission des Assurances sociales du Québec dite Commission Montpetit mise sur pied en 1930, mettait en évidence la nécessité du regroupement des oeuvres d'assistance et leur professionnalisation et cernait le besoin de planification, de contrôle et de coordination. Elle donnait lieu à une réorganisation des oeuvres sous le

11 R. Masson, "La mortalité infantile dans la Province de Québec", *UMC* 54, 1, janvier 1925, pp. 3-25

12 R. Masson, "École d'hygiène sociale", *UMC* 55, 1, janvier 1926, p. 44-50

13 G. Lapierre, "La mortalité infantile dans la Province de Québec", *UMC*, 53, juin 1924, pp. 266-273

nom de Fédération des oeuvres sociales de santé dont le but était de "lutter contre la maladie pour conserver le capital humain" (14). Cependant le rapport de cette commission conservait une grande méfiance face à l'intervention étatique et valorisait le rôle primordial de l'initiative privée, principalement lorsqu'elle émanait de l'Église catholique et des organismes sociaux rangés sous sa coupe (15).

Le passage de l'action charitable au service social professionnel cheminait dans le milieu anglophone, depuis qu'il avait trouvé son modèle du côté américain (16). A Montréal, chez les francophones, les médecins répondaient, pour certains, avec enthousiasme à l'invitation de Montpetit. Suivant l'ordre social qui réservait à chacun une place dans la société, J.A. Baudouin s'efforçait de définir le rôle des infirmières hygiénistes et leur subordination aux médecins, peu de temps après l'appel lancé par Montpetit (17). En réponse au programme social, il s'appliquait à mettre sur pied l'École d'hygiène sociale appliquée en 1925, afin d'assurer la formation d'un personnel compétent au service des oeuvres d'hygiène. Reprenant à son compte le discours socio-nationaliste, il voyait dans l'hygiène la solution à de nombreux problèmes sociaux (18). En posant comme objectif primordial de l'École, la lutte contre les maladies infectieuses et la mortalité maternelle et infantile, il s'inscrivait en droite ligne dans la pensée de Montpetit et tendait la main aux pédiatres qui étaient appelés à coopérer avec l'École. Par cette création, Baudouin

14 "La Fédération des oeuvres sociales de santé", *ESP*, 198, juillet 1930

15 Y. Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, p. 123

16 Rooke & Schnell, *op. cit.*, p. 19

17 J.A. Baudouin, "L'infirmière hygiéniste", *UMC* 47, 9, septembre 1918, pp. 430-451. Le comité de l'école regroupait: E.P. Benoit, J.E. Dubé, E.A.R. De Cotret, B.G. Bourgeois, J.A. Leduc, A.H. Desloges, A. Lessard, S. Boucher, A. Ahern, A.G. Fienreng, J.A. Thibaudeau, J.A. Baudouin. *RTC*, 83, septembre 1935, p. 307. Historique de l'école: Desrosiers, Gaumer, Keel, "L'évolution des structures de l'enseignement universitaire spécialisé en santé publique au Québec 1899-1900", *CBMH/BCHM* 6, 1989, p. 10

18 J.A. Baudouin, "La mission sociale de l'hygiène" *École sociale populaire*, 176, 1928. Dominique Gaucher, "La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975: de la santé publique à la médecine préventive" *Recherches sociographiques*, XX, janv.-avril 1979, pp. 59-85. La ligue antituberculeuse de santé publique fondée en 1924, contribuait au financement de l'EHSa, 12000\$ annuellement jusqu'en 1929, moment de la disparition de la ligue.

médicalisait le service social et trouvait dans la médecine préventive, réponse à bien des maux, comme en témoigne son *Cours d'hygiène*. Bien qu'il établissait une corrélation entre la pauvreté et la mortalité infantile, il croyait que la mise en place d'une surveillance médicale pouvait contrer cette dernière. Ainsi, aux petits salaires qui coïncidaient avec la maladie, Baudouin proposait l'examen médical annuel préventif. C'était la médicalisation comme remède au paupérisme. Si cette solution n'éliminait pas les causes de la maladie, elle avait l'avantage d'assurer une expansion du travail médical et différait d'autant la lutte à la pauvreté.

La mobilisation des forces féministes se faisait sous l'égide de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste qui cherchait à étendre le rôle des laïques dans la société. A son congrès de 1921, elle plaçait la question du bien-être de l'enfance et celle de la famille au centre de ses travaux (19). La présidente Marie Gérin-Lajoie se réjouissait par ailleurs, de l'annonce faite par l'Université de Montréal de son programme d'enseignement social qui répondait à son avis, à la nécessité d'établir "une base doctrinale" (20). Munie de ces outils, la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste qui donnait dans l'action sociale, comprise comme propagande et enseignement social, voyait sa vocation confirmée. Elle qui incorporait l'idéal de la famille, mettait l'emphase sur le rôle de la mère dans le développement de l'enfant et Marie Gérin-Lajoie voyait dans l'Hôpital Sainte-Justine, oeuvre affiliée, un instrument d'éducation.

"L'Hôpital Sainte-Justine ambitionne de faire l'éducation, non seulement d'une classe de personnes qui, par vocation, se vouent aux études médicales, mais son programme embrasse essentiellement l'éducation populaire... . Son influence éducatrice doit ...se répandre sur les masses,

19 ANC, R G 29, 992 (499-3-7-pt1) Lettre de Marie G. Lajoie à H. MacMurchy, 9 novembre 1920. M. Lavigne, y. Pinard, J. Stoddart, "La Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste et les revendications féministes au début du 20e siècle", *Travailleuses et féministes*, chapitre 9.

20 Marie Gérin-Lajoie, "Oeuvres sociales de femmes L'enseignement et la propagande", *L'Action française* IV, 11, novembre 1920, pp. 502-508

dissiper l'ignorance, faire évanouir des préjugés, apporter dans les moeurs populaires des habitudes rationnelles, et faire en sorte que l'esprit du peuple soit un esprit éclairé en matière d'hygiène." (21)

Pour parer ce programme de la légitimité morale requise, Marie Gérin-Lajoie le couvrait de l'idéal messianique qu'elle partageait avec Lionel Groulx:

" Il faut que la Canadienne étonne les autres races, non seulement par ses moeurs austères et sa capacité prolifique; mais il faut, qu'aux vertus du coeur et à la force physique, elle joigne cette intelligence éclairée, nourrie de connaissances variées et pratiques qui lui permettront de seconder docilement les vues de Dieu et les voeux de la nature, en élevant jusqu'à l'âge adulte les êtres qui ont été confiés à sa sollicitude maternelle."

Dans son adhésion totale au catholicisme social, la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste s'employait à définir le rôle des femmes par la valorisation de la maternité en conformité avec un idéal d'abnégation. Le féminisme était d'abord maternel et la finalité des femmes québécoises devenait la procréation liée à la survivance nationale.

"...au-dessus de tous ceux qui sont appelés à servir, celles qui, par leur nature et leur vocation, doivent servir davantage notre pays et la cause française au Canada, ce sont les mères" (22)

21 Marie Gérin-Lajoie, "L'oeuvre éducatrice de l'Hôpital Sainte-Justine", *La Bonne Parole*, VIII, octobre 1920 p. 3

22 Fadette (Henriette Dessaulles 1869-1946), épouse de Maurice Saint-Jacques) "Les Mères", *L'Action française*, 4, 7, juillet 1920, pp. 289-303. Voir: Paule Brière, *La pensée féministe sur la maternité*, U de M. 1987; pour le discours sur la maternité: A. Lévesque, *op. cit.*, chapitre II, pp. 25-59

Cette valorisation du rôle maternel se retrouvait également dans *Vers la Maternité* publié en 1920 (23), ouvrage dans lequel le docteur G. Paradis (1860-1924) s'appliquait à définir les rapports mère-enfant. Cette plaquette de bons conseils rappelait les obligations morales de la mère et contribuait à renforcer les valeurs privilégiées au plan socio-politique. Les médecins épaulaient les prêtres dans leurs exhortations natalistes; ils s'adressaient le plus souvent à l'élite, espérant que le discours se diluerait dans la population.

A leur tour, les dirigeantes de l'Hôpital Sainte-Justine, aimaient rappeler qu'elles participaient au développement de l'esprit social chez les Canadiens-français et que leur oeuvre en était une de survivance nationale. Elles répondaient avec enthousiasme au programme de Montpetit en mobilisant une armée de bénévoles pour assurer le développement de l'institution et le bien-être des enfants. Par son service bénévole, l'hôpital prétendait offrir à la femme un complément d'éducation familiale et jouer ainsi un rôle social. Il s'insérait dans l'appareil éducatif qui soutenait la finalité de la femme. (24)

L'appel était également entendu par le Service provincial d'hygiène qui intervenait en révisant le contenu de son programme d'enseignement de l'hygiène dans les écoles. Dès 1920 et pendant deux ans, J.A. Baudouin entreprenait une collaboration assidue à *L'Enseignement Primaire* qu'il considérait comme une tribune de premier choix pour faire pénétrer l'enseignement de l'hygiène à l'école. Ses articles portaient sur les maladies contagieuses qui avaient une incidence élevée chez les écoliers. En 1923, le Conseil supérieur d'hygiène lançait une grande campagne en faveur de l'hygiène qui exigeait le concours actif des enseignants. Ces derniers devaient intégrer l'hygiène à leur enseignement et puiser dans les brochures publiées par le Conseil, les textes sujets d'étude.

23 J. Gaudiose Paradis, *Vers la Maternité*, Québec, Imprimerie de l'Action sociale 1920, 74p.

24 A. Charles, *Travail d'Ombre et de Lumière Le bénévolat féminin à l'Hôpital Sainte-Justine 1907-1960*. Institut québécois de recherche sur la culture, Québec 1990

D'autre part, l'inspecteur du Service d'hygiène Hector Palardy, se mettait à la tâche pour publier en 1922, *Causeries sur l'hygiène*, volume destiné aux maisons d'enseignement (25). Avec l'approbation du Conseil de l'Instruction publique et pour mieux refléter l'idéologie nouvelle, ce livre du maître portait une attention particulière à la reproduction de l'espèce. Les 33 causeries s'inscrivaient dans la campagne menée par le Conseil supérieur d'hygiène, avec l'appui du gouvernement, pour former l'opinion publique; elles avaient reçu deux préfaces, l'une du Chanoine Chartier, vice-recteur de l'Université de Montréal et l'autre du docteur E. Gendreau, directeur des études de la faculté de médecine qui considérait un traité d'hygiène comme une oeuvre sociale et civilisatrice. Le volume était bientôt suivi d'un *Abrégé d'hygiène à l'usage des écoles* (26) présenté sous forme de catéchisme qui adoptait cependant, un ton moins moralisateur que les volumes qu'il devait remplacer. Et pour adapter l'enseignement de l'hygiène aux défis du temps, un supplément de 32 pages au manuel d'hygiène, était distribué avec réserves et portait le titre: *Hygiène sexuelle L'homme et la génération La femme et la génération Les maladies vénériennes*. L'exposé comportait une description des organes génitaux et des pratiques sexuelles, il abordait le contrôle des naissances et confirmait le rôle passif de la femme et son destin maternel. L'introduction de l'hygiène sexuelle à l'école reflétait les préoccupations de l'heure et pour McLaren, les préoccupations des eugénistes qui cherchaient à faire passer la reproduction sous le contrôle des experts (27).

L'éducation à l'hygiène cherchait avant tout à assurer la conformité aux normes communes. Par sa position charnière entre la famille et la société, l'école était bien placée pour inculquer des attitudes et des

25 Hector Palardy, *Causerie sur l'hygiène*, Chicoutimi, Le syndicat des imprimeurs du Saguenay, 1922, 350 p.

26 Hector Palardy, *Abrégé d'hygiène à l'usage des écoles*. Montréal, Granger 1925, 73p. Depuis 1911, devant le spectre des maladies vénériennes, le *Montreal Local Council of Women* réclamait l'enseignement de l'hygiène sexuelle à l'école: Y.Pinard, *op. cit.*, p. 118

27 A. McLaren, *Our Own Master Race*, chapitre 4. Les premiers cours d'éducation sexuelle étaient donnés à Vancouver en 1916, p. 69

comportements et transmettre les valeurs proposées. Elle devenait de plus un outil de médicalisation.

Au niveau municipal, la division de l'hygiène de l'enfance était créée en 1918 à partir du service d'inspection scolaire et 6 consultations prénatales étaient ouvertes en 1921. Au lendemain de l'épidémie de typhoïde, le Bureau de santé était réorganisé en 1928 pour mieux tenir compte des nouveaux objectifs et offrir de nouveaux services. Dès ce moment, la division de l'enfance comprenait cinq sections, à savoir: l'hygiène maternelle, infantile et préscolaire; l'inspection médicale des écoles; une section de nutrition, d'hygiène mentale et d'hygiène dentaire.⁽²⁸⁾ Tandis que les structures administratives s'élaboraient à l'échelle provinciale, elles se ramifiaient au niveau municipal. Ce déploiement de services publics allait susciter des réactions de la profession médicale.

Le discours nationaliste d'Édouard Montpetit substituait à la résignation, la volonté d'agir. A la fois rassembleur et mobilisateur, il ralliait médecins, hygiénistes et féministes chrétiennes qui déployaient leurs énergies dans la création d'organismes où chacun pouvait défendre sa cause et y trouver son compte. Le développement des services de santé s'articulait ainsi à des stratégies d'action collective qui n'étaient pas neutres dans leur orientation. La destinée collective ainsi définie, reposait sur l'acceptation des femmes à répondre aux visées natalistes; elles étaient donc étroitement prises en charge. Et si des conditions socio-économiques défavorables étaient reconnues d'emblée dans le discours, elles ne donnaient lieu qu'à de timides revendications, sans jamais remettre en cause un système qui favorisait les décideurs.

28 A. Groux, "La division de l'hygiène de l'enfance au service de santé de Montréal. Son histoire et son programme actuel", *UMC* 73, novembre 1950, p. 1323

2.1.2 L'eugénisme

A côté des préoccupations populationnistes, des préoccupations eugénistes prenant appui sur les théories de Darwin et Mendel, faisaient leur chemin. Inquiets de la détérioration physique, morale et même mentale de la population, les hygiénistes constataient que cette dégénérescence coûtait cher à la société et sapait ses forces vives. Ils proposaient donc à la fois de régénérer cette population et d'empêcher toute dégénérescence future en favorisant la reproduction d'une force de travail en santé (29). Ce souci de régénération avait été au coeur des réformes sociales du dernier tiers du XIXe siècle dans les pays industrialisés européens (30). Au XXe siècle, les théories génétiques tissaient en filigrane le thème des campagnes de promotion du développement de la population, soutenaient le modèle spencerien (la survie du mieux adapté conçue comme mode de progrès) et justifiaient l'intervention de l'État. Elles étaient cependant reçues différemment selon les influences culturelles des sociétés.

Le terme "eugenic" donné à la science qui étudiait les facteurs d'amélioration ou de décadence de la race pouvant être soumis à un contrôle social et à des mesures législatives, était créé par Sir Francis Galton qui fondait à l'Université de Londres, l'*Eugenic's Laboratory* en 1904. Il élaborait alors une anthropologie psychologique basée sur la croyance que le génie était héréditaire au même titre qu'un autre caractère racial et partant, la supériorité ou l'infériorité des races tenait essentiellement aux caractères intellectuels. Ces idées étaient diffusées par une société de propagande londonienne, l'*Eugenic's Education*

29 Claudine Pierre-Deschênes, "Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918", *RHAF* 35, 3, décembre 1981, p. 363

30 Bruno Latour, "Le théâtre de la preuve" dans C. Salomon Bayet, *Pasteur et la révolution pastoriennne*, p.339; Guy Grenier, "Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930)", *Cahiers du centre de Recherches historiques* 12, avril 1994, pp. 105-115 et "Eugénisme et stérilisation" dans *L'implication et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentales au Québec entre 1885 et 1930*, p. 112; T. Richardson, *op. cit.*, p. 70

Society, présidée par Léonard Darwin. Des sociétés semblables, indépendantes ou formant des sections spéciales de divers corps savants, existaient également aux États-Unis, au Danemark, en Italie, en Allemagne, en Suède, en Hollande (31) et au Canada en 1930.

De son côté, Adolphe Pinard (1844-1934) proposait de réserver le mot "eugennétique" à une branche de l'eugénique qui devait étudier les conditions d'une bonne procréation; c'était l'application de l'eugénique à la fonction de reproduction. Par ailleurs, au laboratoire de génétique, Karl Pearson élaborait des méthodes biométriques pour étudier le rôle des facteurs héréditaires dans la maladie (32). Il soutenait que le darwinisme et le progrès de la médecine étaient des forces opposées et plaidait en faveur d'un contrôle des naissances afin d'empêcher les "inadaptés" de se reproduire. La biométrie venait à la rescousse et marquait son importance par la création de la revue *Biometrika* en 1901, par W.F.R. Waldon. Les enquêtes anthropométriques à la mode permettaient d'établir des standards de croissance et de développement, comme nous l'avons mentionné. En juillet 1912, se tenait à Londres, le premier congrès international d'eugénique sous la présidence d'Edmond Perrier, des vice-présidents Landouzy, Pinard, Frédéric Houssay, du trésorier March et du secrétaire général Apert. Devant le mouvement international pour l'établissement et la mise en pratique des principes eugéniques, à Montréal, Delfino (33) se questionnait sur l'application de ces principes.

Au Québec, les théories biologiques développées au cours du XIXe siècle auxquelles avaient contribué Lamarck, Darwin et De Vries, faisaient l'objet d'une conférence en 1907 du docteur Albert Laurendeau (1857-1920), membre actif de la Société médicale de Joliette. Chaud partisan de la formation scientifique des candidats à l'étude de la

31 A.B. Marfan, "L'enseignement de l'hygiène et des maladies de la première enfance dans les facultés de médecine. Leçon inaugurale faite à l'Hôpital des Enfants Malades" 28 novembre 1914, *Le Nourrisson*, p. 313

32 R.H. Shryock, *Histoire de la médecine moderne*. Paris, Colin 1956, p. 201

33 Dr. Victor Delfino, "Quelques aperçus eugénésiques", *La Clinique* VII, 1, avril 1916, pp. 1-6

médecine, il entraït souvent en conflit avec ses confrères défenseurs de la formation humaniste. Son exposé lui attirait une lettre de l'évêque. A cette réaction, Laurendeau ripostait par la publication en 1911 d'un volume de 238 pages, intitulé *La Vie considérations biologiques* dans lequel il dénonçait l'esprit étroit de certains théologiens; il affirmait:

"Vis-à-vis de Lamarck et de Darwin nous sommes ici, dans notre province, au point où en était le monde chrétien du XIVe siècle et XVe siècle vis-à-vis de Copernic et Galilée"

Il ajoutait:

"Tout professeur, tout médecin soupçonnés de partager les opinions des deux naturalistes français et anglais...sont certains d'être exclus irrémédiablement de l'école, la faculté, quelque soient leur mérite, leur talent, leur science, leur compétence, leur honnêteté" (34).

Cette publication interdite par l'évêque, nous permet de comprendre avec quelle prudence était abordé le transformisme dans le milieu franco-montréalais et bien davantage l'eugénisme, thème récurrent dans le milieu anglo-saxon au début du siècle (35). Cependant, en mars 1923, le Frère Marie-Victorin exposait les théories génétiques récentes à la Société de Biologie.

La prudence à l'égard des théories biologiques était une chose mais les positions s'affirmaient quand en leur nom, le problème démographique était abordé. Très souvent, les eugénistes n'hésitaient pas à associer le haut taux de fertilité et la faiblesse intellectuelle. Cette assertion constituait une attaque à peine voilée à l'égard de la société canadienne-française. Et des idées vagues se transformaient en valeurs

34 Albert Laurendeau, *La vie considérations biologiques*, 1911, p. 109. *Dictionnaire biographique du Canada XIV* p. 662

35 P.T. Rooke, R.R. Schnell, *op. cit.*, p. 403

réelles finalement reflétées dans les décisions politiques quand la stérilisation des inaptes faisait l'objet de législation en Alberta en 1928 et en Colombie anglaise en 1933. Au programme d'étude de la Société de philosophie de Montréal (36), elle essayait une fin de non recevoir. Des esprits vigilants se méfiaient de la définition éventuellement donnée au terme "inapte", de l'extension qu'elle pourrait prendre et des abus et des erreurs en perspective. Des médecins ajoutaient leur voix à cette prise de position.

Le pédiatre Lapière (37) réfutait les raisons économiques invoquées par les eugénistes en affirmant que la cause du malaise économique devait être attribuée, non pas à la surpopulation, mais à l'inégalité de la distribution des ressources. Il réfutait également l'argument des néo-malthusiens qui liait la baisse de la mortalité à la limitation des naissances et démontrait que la diminution de la mortalité infantile avec une fécondité à peu près maintenue, était due à l'éducation des familles par les cliniques infantiles, les médecins mieux avertis, l'action des pouvoirs publics et la multiplication des oeuvres sociales.

Dans le premier chapitre de son livre *Pour la mère et l'infirmière*, Lapière écrivait:

"Ce n'est pas en diminuant le nombre des enfants que les conditions économiques d'un peuple s'améliorent, mais plutôt en administrant la chose publique avec sagesse et prévoyance, en supprimant avec énergie les abus du capitalisme, en améliorant certains milieux sociaux responsables d'inégalités physiques et mentales".

36 Antonio Barbeau, "La place d'une technique eugénique en biologie humaine. La stérilisation des inaptes", *UMC* 63, 8, août 1934, pp. 811-849. Au début du XXe siècle, à des fins eugénistes, 17 États américains prohibaient le mariage des épileptiques et 18 États passaient des lois permettant la stérilisation de ces malades. Les lois prohibant le mariage étaient abrogées dans 14 États en 1966 et les lois de stérilisation persistaient dans 13 États. Antonio Barbeau devenait en 1939, le premier titulaire de la chaire de neurologie à l'Université de Montréal.

37 G. Lapière, "Les campagnes internationales actuelles d'eugénisme", *RTC* 21, 84, décembre 1935, pp. 356-372.

Il ajoutait :

"Au surplus, je crois qu'il est erroné de prétendre que les familles nombreuses constituent une faiblesse sociale et économique, et que l'eugénisme a atteint un tel point de perfection qu'il puisse indiquer les chiffres de population nécessaire pour les besoins futurs de la société."

A la suite d'une conférence donnée sous les auspices du *Montreal Women's Club* par le président de *The Eugenics Society of Canada*, William H. Hutton, Lapiere, à l'instar de Baudouin (38), refusait catégoriquement les lois de stérilisation des inaptes (39). Pour eux, l'intervention reposait bien davantage sur l'hygiène prénatale, l'hygiène maternelle et l'hygiène infantile et scolaire. C'est ainsi qu'au programme de lutte contre la mortalité infantile, s'inscrivait la lutte au "péril congénital" principalement axé sur l'héredo-syphilis. Mais certains médecins voulaient s'autoriser à interdire le mariage aux épileptiques, aux tuberculeux, aux alcooliques et aux syphilitiques (40) et l'examen prénuptial des conjoints étaient envisagées pour détecter les syphilitiques, les aliénés, les tarés qui "n'ont jamais contribué qu'à la déchéance d'une race" (41). Hervé Blais (42) soutenait cependant que l'examen médical devait rester libre. Il dénonçait le biologisme radical qui attribuait tout à l'hérédité sans tenir compte que le milieu prénatal conditionne aussi l'évolution générale de la vie.

38 J.A. Baudouin, *Cours d'hygiène...*, op. cit., p. 532

39 G. Lapiere, "La limitation des naissances et les lois de la stérilisation", *AMCHSJ* 2,II, mai 1935, pp. 42-59. Le peu d'intérêt suscité par l'eugénisme chez les Canadiens-français est reconnu par A. MaLaren, op. cit., p. 25

40 A. Plouffe, "A propos d'eugénisme; pour une race meilleure", *UMC* 63, novembre 1934, pp. 1240-1243

41 Adrien Roger Foley, "Réflexions en marge d'un congrès", *Relations* décembre 1941, pp. 320-321

42 Hervé Blais, o.f.m., *Les tendances eugénistes au Canada*, Institut familial, Montréal, 1943, p. 51

Cependant, l'eugénisme qui faisait peu d'adeptes au Québec n'empêchait pas le dépistage des anormaux pour leur donner une formation propre et amorcer leur socialisation. Outre la réprobation de la morale catholique, le projet eugéniste allait à l'encontre du projet social de la société canadienne-française qui visait au maintien de sa natalité et à la survie de ses enfants par le développement de l'hygiène au sein de sa population. La communauté francophone recevait quelquefois avec réticence, des modèles conçus par les anglo-saxons, qui correspondaient peu à sa culture; elle tentait de les adapter, parfois avec un certain décalage.

Les théories biologiques sur lesquelles s'appuyaient les eugénistes, attiraient l'attention sur l'hérédité familiale comme facteur étiologique de l'anomalie; elles soulevaient le danger de la prolifération des maladies héréditaires. Cependant, ceux qui y recouraient, différenciaient peu ou pas du tout, maladies génétiques et maladies congénitales; ils ignoraient l'influence du milieu ambiant sur l'embryon. Sans attendre les développements de l'embryologie expérimentale qui allait livrer quelques explications sur les maladies congénitales et ne considérant que les facteurs héréditaires dans la genèse des anormaux et des criminels, les défenseurs des vertus collectives d'une classe socio-politique qui entendaient définir l'ordre social, n'hésitaient pas à faire appel à la génétique pour servir leurs ambitions. Si le déterminisme biologique servait de point d'appui à des professions en voie de formation, telles le travail social, la psychiatrie, il ne ralliait pas nécessairement tous les membres dans ses conclusions.

Ce pouvoir qui s'exerce sur la vie, sur l'espèce, sur la race, nous renvoie à Michel Foucault qui en analyse l'origine et sa fonction (43). Dans sa première forme, d'expliquer l'auteur, ce pouvoir est centré sur le corps machine, son dressage, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion

43 Michel Foucault, "Droit de mort et pouvoir sur la vie", *Histoire de la sexualité 1 La volonté de savoir*, pp. 177-211

de ses forces, la croissance de son utilité et de sa docilité, son intégration à des contrôles efficaces et économiques, en somme, les disciplines du corps; dans sa deuxième forme, ce pouvoir est centré sur le corps espèce traversé par les processus biologiques, c'est-à-dire la prolifération, les naissances et les mortalités, le niveau de santé qui conduit à une biopolitique des populations. L'auteur démontre qu'une administration des corps est un élément indispensable au développement du capitalisme. Le biologique se réfléchit alors dans le politique, marqué par une gestion calculatrice de la vie. C'est le bio-pouvoir que décrit Foucault.

2.2 Médecine préventive en pédiatrie.

*Au lendemain de la première guerre mondiale, le Canada, membre de la Ligue des Nations, était appelé à se préoccuper plus activement de la santé de la population, domaine qui relevait de la compétence provinciale. À la faveur de cette conjoncture, le gouvernement fédéral se voyait de plus en plus assiégé par les groupes de pression parce qu'une multitude d'organismes engagés dans des activités sociales à caractère philanthropique, mesuraient les limites imposées à leur action par les contraintes financières et souhaitaient une organisation subventionnée à l'échelle nationale. Ils en appelaient à une participation de l'État. Pour ceux qui entretenaient des visées centralisatrices à l'exemple de la *Canadian Medical Association* (44), il devenait nécessaire de gouverner à l'aide de normes objectives à partir de plans d'ensemble; c'était méconnaître les différences culturelles des groupes en présence et accorder aux groupes les plus influents, le droit de définir les normes qu'ils jugeaient acceptables et les moyens d'y parvenir. La poursuite de la normalisation conduisait bientôt à la détection des différences.*

Entre-temps, dans un élan d'humanitarisme international, la Société des Nations, à travers l'Union internationale de protection de l'enfance, proclamait à Genève en 1923, une première "Déclaration des droits de l'enfant". Le Conseil de la sauvegarde de l'enfance du Canada signait le texte réunissant quelques principes fondamentaux connu sous le nom de Déclaration de Genève, le 24 juin 1924 par laquelle il s'engageait à assurer un développement normal à l'enfant et à secourir ceux qui étaient affamés, malades et arriérés. L'enfant secouru devait être mis en état de gagner sa vie pour le soustraire à l'exploitation, et

44 A propos de l'influence de la *Canadian Medical Association*, voir: H.E. MacDermot, *One Hundred Years of medicine in Canada*, p. 58

devait être élevé dans le sentiment de service au prochain. Une troisième instance gouvernementale envahissait donc le champ de la santé et intervenait sous prétexte de répondre à ses engagements. Le processus évoluait toujours davantage vers une centralisation, une normalisation et une médicalisation grandissantes avec la montée de ceux qui se définissaient comme experts.

2.2.1 Le Bien-être de l'enfance.

The International Association for the Protection of Children voyait ses prérogatives augmentées par le traité de Versailles en 1919 en vertu duquel son administration était confiée à la Ligue des Nations (45). À cette époque, le Canada créait un ministère fédéral de la santé, sanctionné le 11 avril 1919, qui regroupait des services médicaux et des laboratoires répartis dans d'autres ministères. On y constituait à cette occasion, un service de publicité et de statistiques et la *Child Welfare Division* était dirigée par le docteur Helen MacMurchy. (46)

Le but du ministère de la santé était d'établir des standards canadiens qu'il cherchait à renforcer par de nombreuses publications traduites et révisées. La première édition du *Livre des mères canadiennes* date du 3 mars 1921. La propagande de la *Division of Child Welfare*, pénétrait dans les foyers sous forme de brochures regroupées en collections dites maternelle, du foyer et domestique, connues sous le nom de *Little Blue Books* (47), et de lettres qui s'adressaient aux parents

45 ANC, RG 29, 31, (25-3-1 pt1) lettre de Rachael Crowdy Société des Nations, 17 août 1920

46 A. McLaren, *op. cit.*, p. 30 pour l'idéologie qu'elle défendait. Rooke, Schnell, *No Bleeding Heart*, p. 46. Pour ces auteurs, le service canadien était médicalisé et les travailleurs sociaux écartés et le *CWV* donnait une définition étroite du bien-être de l'enfant qui se limitait à l'hygiène maternelle et infantile.

47 *Report of the department of Health for the Fiscal Year Ended March 31 1922*, p. 36. Diane Dodd, "Advice to Parents: The Blue Books Helen MacMurchy, MD, and The Federal Department of Health 1920-34", *CBMH/BCHM* 8, 1991, pp. 203-230

canadiens: douze lettres prénatales et postnatales *Mère et enfant*, dix lettres sur l'éducation, *Les premières années à l'école* et des lettres de puériculture et d'hygiène, *Maladies fréquentes de l'enfance et traitement à la maison*. Développer de meilleures attitudes maternelles et améliorer la santé par l'éducation demeuraient les objectifs de MacMurphy qui les rédigeait. Elle confiait ainsi la santé de la famille à la mère bien renseignée.

Pendant la période que nous avons retenue, le ministère fédéral conservait sensiblement la même organisation, (il prenait le nom en 1929, de ministère des Pensions et de la Santé nationale) jusqu'au dépôt du Rapport Marsh en 1943 qui était considéré comme la charte sociale du pays. Il suggérait alors une nouvelle façon d'harmoniser le développement économique et social (48) et marquait le passage du "bien-être social" à la "sécurité sociale". Ce rapport inspirait le comité consultatif de l'assurance-santé, formé en 1942, pour finalement donner naissance en 1944 au ministère de la Santé et du Bien-être social. Cette même année était constitué un Conseil national de la santé. D'autre part, la division du Bien-être de l'enfance était supprimée en 1943 pour renaître en 1947, au sein de la division d'hygiène maternelle et infantile.

Le *Canadian Council of Child Welfare (CCCW)* (49) était formé à la suite de la *Dominion Conference on Child Welfare* tenue à Ottawa les 19 et 20 octobre 1920. Il devait coordonner les efforts des associations bénévoles et coopérer avec les services provinciaux. Le comité permanent était formé le 30 mai 1921; Arthur McBride, président du comité du Bien-être de l'enfance de Montréal et Charlotte Whitton en étaient respectivement le président et la secrétaire. Le CCCW publiait le

48 Hervé Ancil, Marc A. Bluteau, *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, p. 84. La Conférence canadienne du bien-être social était fondée en 1928.

49 ANC, RG 29, 992 (499-3-7-pt1). Aux États-Unis, la *White House Conference on Child Welfare* avait lieu en janvier 1909. Elle était responsable de la création du *Children's Bureau* en 1912 qui se préoccupait particulièrement de l'assistance aux mères. En 1913, ce bureau était rattaché au département du travail. Voir: Neil A. Cohen, "Child Welfare History in the United States" chapitre 2 pp. 13-37.

Child Welfare News. En 1926, C. Whitton (1896-1975) devenait la première directrice à temps complet du CCCW. En 1929, le CCCW prenait le nom de *Canadian Council on Child and Family Welfare (CCCFW)* pour mieux refléter sa nouvelle orientation élargie et l'expansion de son budget (50). Ce conseil misait sur la famille perçue comme cellule de base de la société, pour en soutenir l'élévation morale et la cohésion. Cette politique qui aidait la famille au lieu d'aider l'enfant, favorisait la désinstitutionnalisation. A l'origine, des groupes cibles étaient visés mais avec le temps, c'était l'ensemble de la population infantile qui était l'objet de l'attention de l'État.

La première conférence du CCCW se tenait à Montréal les 29 et 30 septembre 1921 sous les auspices de la *Child Welfare Association*. Dès lors, les participants étaient divisés tant sur les objectifs que sur les moyens de les atteindre. Le domaine était d'abord de juridiction provinciale et le CCCW constituait une intervention de l'État dans les organismes bénévoles (51).

Les organismes voués au bien-être de l'enfant, devaient être reconnus pour déléguer un représentant aux réunions du conseil, dont le but était de promouvoir les objectifs de la *Child Welfare Division* du *Federal Department of National Health* par la coopération. Par le biais de cette division, le gouvernement fédéral subventionnait plusieurs associations bénévoles d'hygiène dont les associations de lutte contre la tuberculose, du bien-être de l'enfance et d'hygiène mentale (52). Elle permettait au gouvernement central d'établir les priorités et de s'assurer que les provinces s'y conformeraient en subordonnant les subventions à leur adhésion. L'autorité centrale pouvait veiller à ce que les priorités, aux quatre coins du pays soient en harmonie avec les impératifs nationaux.

50 Rooke & Schnell, *op. cit.*, p. 83

51 ANC, RG 29, 992 (499-3-7-pt1) *The Canadian Council of Child Welfare*

52 J.A. Baudouin, *Cours d'hygiène*, p. 250

Marie Gérin-Lajoie qui joignait le CCCW en 1920, se réjouissait bien naïvement de ce geste qui fortifiait l'action privée et "arrêtera la submersion par les autorités publiques des oeuvres privées, en enrayera les dangers de la nationalisation, de la municipalisation à outrance qui sont en train de tarir la source même de la charité" (53). C'était dans les faits, l'élaboration d'une politique à l'égard de l'enfance et la lutte à la mortalité infantile était désormais menée au niveau canadien et québécois.

La communauté anglophone cherchait à imposer ses vues dans le domaine social alors que ses aspirations correspondaient peu à celles des francophones. Un journaliste (54) du *Devoir* s'en ouvrait dans un article sur l'exposition du bien-être de l'enfance tenue à Montréal sous la présidence de McBride en 1918. Il qualifiait l'exposition "d'anglaise et protestante" pour finalement indiquer que la population française aurait tout intérêt à s'occuper elle-même de ses affaires.

2.2.2 De l'hygiène scolaire à la médicalisation du psychisme

Dans le domaine de l'hygiène scolaire, les actions qui consistaient à placer l'enfant sous observation médicale depuis le début du siècle, se poursuivaient mais dans son enseignement, nous l'avons vu, l'hygiène devait refléter les nouvelles conceptions idéologiques. Surtout, l'hygiène élargissait son territoire et s'ouvrait au sort des anormaux tant mentaux que physiques. Cette orientation supposait le recensement des enfants qui échappaient au système scolaire et l'organisation de structures adaptées. Le rôle des associations philanthropiques était primordial dans cette expansion tant pour la sensibilisation de l'opinion publique que pour leur apport financier; elles influençaient grandement l'élaboration des politiques de santé.

53 M.G. Lajoie, "Le Conseil canadien du bien-être de l'enfance", *La Bonne Parole*, novembre 1920

54 Louis Dupire, "Le bien-être de l'enfance", *Le Devoir*, 16 mai 1918

A mesure que le désir d'eugénisme s'ancrait dans l'esprit des gens, la pédiatrie élargissait son champ d'activité. Elle étendait son domaine à l'arriération mentale, aux troubles d'apprentissage, aux déficits moteurs. Elle prenait en charge avec le concours d'organismes bénévoles soutenus par les fonds publics, tout un groupe d'individus jusque-là laissés à eux-mêmes dans la société. L'importance et l'influence des groupes de pression dans l'élaboration des politiques de santé, apparaissaient à l'origine de nombreuses initiatives; elles reflétaient les préoccupations d'une élite philanthropique hantée par les coûts sociaux de la détérioration génique, et préoccupée d'ordre social assuré par l'intégration au monde du travail de tous les individus. Ces groupes de pression se substituaient très souvent aux membres élus démocratiquement en faisant jouer à l'opinion publique une fonction qu'on s'appliquait à manipuler.

Jusqu'au siècle dernier, la déficience mentale ou physique n'était pas considérée comme une affaire médicale. Léonard (55) rappelle qu'au XIXe siècle, le handicap était souvent vécu comme une épreuve du destin et faisait sourdre l'animosité; les invalides étaient tenus à l'écart sans être assimilés aux malades. Les pays scandinaves les premiers, entreprenaient leur insertion sociale à la fin du siècle (56). Dans cette volonté de "ré-intégrer", Stiker, (57) y voit la césure entre deux époques: l'image de l'infirmité devenait celle de l'insuffisance à compenser et impliquait une notion différente de celle de la guérison. La guérison concerne la santé tandis que la réintégration se situe au plan social et tend à faire disparaître la différence. Comme pour les autres enfants, il ne s'agissait pas uniquement d'assurer l'épanouissement de l'enfant mais surtout d'assurer son intégration dans le système économique, seule raison pouvant justifier les investissements nécessaires à son éducation. Par l'intégration au monde du travail, les handicapés devaient retrouver leur utilité sociale.

55 Jacques Léonard, *Archives du corps*, op. cit., p. 268-271

56 H.J. Stiker, *Corps infirmes et sociétés*, p. 131

57 H.J. Stiker, *ibid.*, p. 139 et suiv.

2.2.2.1 L'hygiène mentale infantile

L'homme reconnu comme un tout indivisible, l'étude du corps ne pouvait se séparer de celle de l'esprit et bientôt les médecins entrevoyaient un nouveau champ d'activité, l'hygiène mentale. Le Comité national canadien était fondé en avril 1918 et l'Association d'hygiène mentale tenait à Toronto sa première assemblée annuelle l'année suivante, sous la présidence de Charles Martin de Montréal. Contrairement au comité américain dominé par des médecins, ses membres étaient issus de l'élite influente le plus souvent recrutés en marge du monde scientifique (58). A travers ce mouvement, l'hygiène mentale de l'enfant était davantage perçue comme un mode de prévention plutôt qu'une thérapie et l'action portait surtout sur le dépistage précoce. (59)

Si on peut remonter aux diverses théories de l'éducation formulées au XVIII^e siècle pour retracer les origines de la psychiatrie infantile, c'est en 1841 qu'Édouard Séguin publiait *Théorie et Pratique de l'éducation des idiots*. Mais ce n'est qu'en 1885 que le psychiatre allemand Rieger mesurait la perception, la mémoire et la compréhension en utilisant pour la première fois le chronomètre. Le psychologue allemand Wundt créait en 1878 à Leipzig, un Institut de psychologie expérimentale (60). Les tests de Wundt étaient surtout des épreuves de physiologie nerveuse ayant pour point de départ les travaux de Hermann von Helmholtz. En Angleterre, le psychologue J. Sully qui avait suivi avec beaucoup d'attention les travaux de l'école psychologique allemande, fondait en 1895 la *British Association for Child Study*. Vers la même époque, Witmer,

58 T. Richardson, *The Century of the Child The Mental Hygiene Movement and Social Policy in United States and Canada*, p.66. Le mouvement d'hygiène mentale démarrait aux États-Unis avant de passer en Suisse en 1909 et en France en 1919

59 Les préoccupations quant à l'hygiène mentale se transposaient à l'échelle internationale à l'occasion du premier congrès du Comité international d'hygiène mentale tenu à Washington en 1930. Ce comité prenait le nom de Fédération mondiale pour la santé mentale au congrès de Londres en 1948 et jouait un rôle consultatif auprès des Nations Unies. Le 5^e congrès se tenait à Toronto en 1954.

60 R.H. Shryock, *Histoire de la médecine moderne*. Paris, Colin 1956, p. 141 et 232 et suiv.

à l'Université de Pennsylvanie, créait une Clinique de psychologie pour "enfants difficiles" en 1896, tandis que Stanley Hall éveillait dans l'opinion publique américaine, à partir de 1900, un vif intérêt pour la psychologie infantile.

Les premiers tests réellement psychologiques sur l'intelligence générale étaient créés en 1905 par le psychologue Alfred Binet (1857-1911) et diffusés dans *L'Échelle Métrique de l'Intelligence*. Cette échelle permettait d'apprécier le niveau mental d'un individu en tenant compte de son âge chronologique. En Allemagne, William Stern introduisait la notion de quotient intellectuel; il menait des recherches sur la psychologie infantile et des investigations étroitement reliées à la recherche pédagogique.

Toutes ces questions offraient des perspectives fort intéressantes, tant pour la pédiatrie que pour la psychiatrie. Emil Kraepelin, qui exerçait à Heidelberg et à Munich, entrevoyait d'étendre les méthodes expérimentales de Wundt à la psychopathologie. Les anomalies mentales faisaient l'objet d'études expérimentales et de mesures quantitatives. Ainsi, le développement de la psychologie infantile éveillait l'intérêt pour la débilité mentale et les troubles psychiatriques chez les enfants. A Montréal, dans les années mil-neuf-cent-quarante, Saucier (61) soulignait la portée sociale du diagnostic précis de l'arriération mentale: il permettait le dépistage et le regroupement des déficients selon leur degré d'aptitude, leur traitement dans des établissements spéciaux et leur orientation dans certains secteurs de l'industrie.

Dès 1914, la *Canadian Medical Association* mettait sur pied un comité présidé par le docteur Helen MacMurchy, chargé de faire le point sur l'hygiène mentale. Préoccupée par le déclin de la race, MacMurchy abordait les problèmes mentaux en rapport avec l'immoralité et la

61 J. Saucier, "La pratique des tests mentaux", *AMCHSJ* 4, 1, mai 1942, pp. 15-24

délinquance juvénile (62). Elle prônait l'identification et la ségrégation des populations tarées et posait les préoccupations de l'hygiène mentale en termes de santé publique, particulièrement celles qui concernaient les enfants. A titre de chef de la *Division of Child Welfare*, elle réunissait les mouvements canadiens d'eugénisme et d'hygiène mentale. Ainsi, le *Canadian National Committee for Mental Hygiene* se formait autour du retard mental au lieu de la maladie mentale. Richardson (63) souligne l'importance qu'exerçait le CCCW sur le mouvement d'hygiène mentale et l'orientation généralement plus axée sur la psychiatrie du groupe de Montréal en regard de celui de Toronto.

Le comité national d'hygiène mentale et ses dirigeants prenaient la bannière du sauvetage de l'enfance; ils devenaient les avocats de l'extension de la responsabilité publique dans la vie de l'enfant et poussaient plus avant la médicalisation de l'enfance (64). A Montréal, dans le milieu anglophone, on réclamait sans succès, l'établissement de classes spéciales pour les enfants retardés depuis 1913; Carrie Derrick, professeur de biologie à l'Université McGill, dirigeait au *Montreal Local Council of Women* un comité spécialisé dans l'étude du problème de la déficience mentale (65). Elle était séduite par les théories eugénistes et insistait sur le lien entre la déficience mentale et la dépravation.

La Commission scolaire protestante accordait à la Commission canadienne d'hygiène mentale l'autorisation de faire l'examen mental de tous ses élèves (66). En novembre 1919, 10 000 enfants des écoles protestantes de Montréal subissaient un examen mental sous direction médicale. L'enquête rejoignait dans ses conclusions la pensée du *National Council of Women of Canada*, qui concevait la déficience

62 T.R. Richardson, *op. cit.*, p. 64 et suiv.

63 *ibid.*, p. 74

64 *ibid.*, p. 80

65 Y. Pinard, *op. cit.*, p. 165; pour l'attitude du NCW, voir: McLaren, *op. cit.*, p. 37 et suivantes. A. Lévesque, *La norme et les déviantes*, p. 72. Carrie Derrick était membre du Comité provincial pour le suffrage féminin créé en 1922.

66 G.S. Mundie, "Le problème des arriérés mentaux", *Bulletin d'hygiène* V, 10 11 12, 1919, p. 2

mentale comme héréditaire et justifiait le contrôle de l'immigration. De plus, il importait d'isoler les faibles d'esprit pour les empêcher de se reproduire; le même sort devait être réservé aux épileptiques. A noter que la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste s'abstenait dans ce domaine, d'autant plus que la politique canadienne du temps de guerre avait soulevé des divergences de vue au sein de ces deux groupes féminins.

L'étude de l'enfant s'imprégnait de la philosophie d'une nouvelle institution, la *Child Guidance Clinic* dont le développement passait par le *Canadian National Committee for the Mental Hygiene* grâce au *Commonwealth Fund*. (67) Il était responsable de la mise sur pied du *McGill University's Day Nursery and Child Laboratory* et de la *Saint George School for Child Study* à l'Université de Toronto (68). Nous verrons en troisième partie, l'ouverture d'une clinique de ce type à l'Hôpital Sainte-Justine en 1949. Le lien entre ces cliniques et les hôpitaux s'inspirait du modèle anglais.

2.2.2.2 Scolarisation des enfants handicapés mentaux

L'éducation des sous-doués devenait un problème social quand l'école était rendue obligatoire. La loi française de 1909 avait attiré l'attention des médecins d'ici sur le problème des écoliers présentant des troubles psychiques et leur traitement médico-pédagogique dans des classes spécialisées (69). C'était encore une fois le regroupement des enfants qui permettait de les étudier et de les différencier. Le docteur J.A. Baudouin analysait le problème et formulait les solutions.

67 Deborah Tom, "Wishes, anxieties, play and gestures Child guidance in inter-war England" dans R. Cooter, *In the Name of the Child* p. 206. La première *Child Guidance Clinic* ouvrait à Saint-Louis en 1922

68 Véronica Strong-Boag, "Intruders in the Nursery: Childcare Professionals Reshape the Years One to Five 1920-1940" Joy Parr (dir), *Childhood and Family*, McClelland and Stewart, Toronto 1982, pp. 160-178. Gilles Plante, "La prévention primaire et la psychiatrie infantile", *La Vie médicale au Canada français* 7, décembre 1978, pp. 1071-1080

69 Wilfrid Derome, "Les anormaux psychiques à l'école et le rôle du médecin", *UMC* 41, 11 novembre 1912, pp. 629-639

Pour l'hygiéniste Baudouin (70) les déficients intellectuels présentaient des coûts sociaux, ils contribuaient à la criminalité, à la prostitution, à l'illégitimité et à la pauvreté. Il identifiait la symptomatologie, le diagnostic au moyen de l'échelle Binet-Simon et les solutions qui consistaient dans des classes de perfectionnement, des écoles ou des institutions spécialisées, des ateliers et des colonies agricoles. Les moyens d'intervention pour en promouvoir la cause à laquelle il donnait une portée morale, se voulaient d'ordre législatif, organisationnel et éducatif.

Dès 1926, l'École d'hygiène sociale appliquée dirigée par Baudouin, était à l'origine du premier service d'examen psychométrique des enfants d'âge scolaire; les cours de psychiatrie étaient confiés à Alcée Tétreault et Adonias Lussier dirigeait la consultation psychiatrique. L'expérience était cependant de courte durée puisque l'année suivante, le service de santé municipal en collaboration avec le comité national d'hygiène mentale du Canada, créait dans son service de l'hygiène de l'enfance, une section d'hygiène mentale composée d'un personnel spécialisé dont deux médecins psychiatres, les docteurs Omer Noël et Gaston de Bellefeuille, et quatre infirmières "psychologues" (71). Les objectifs étaient tout d'abord le dépistage des enfants présentant des problèmes scolaires, leur évaluation au moyen de l'échelle psychométrique Binet-Simon perfectionnée par Stanford, et l'élaboration de statistiques en vue d'établir des écoles spéciales. T.H. Simon (1873-

70 J.A. Baudouin, "La mission sociale de l'hygiène", *École sociale populaire* 176, 1928

71 G.L. De Bellefeuille, *L'hygiène mentale, psychologie, les enfants anormaux. les instables.* textes dactylographiés 14/9/1929. Collection Chagnon, brochures B, 2., Université de Montréal. B. Gaumer, *op. cit.*, p. 208

Gaston Lefebvre de Bellefeuille (1882-1938) était chef de service, section des femmes à Saint-Jean-de-Dieu et titulaire de la chaire de psychiatrie à l'Université de Montréal en 1928. Il était membre associé de la Société Clinique de Médecine mentale de Paris et *Fellow of the Royal College of Physicians* (Canada); membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris et de l'*American Psychiatric Association*. Au Canada, la Commission scolaire de Vancouver dès 1910, ouvrait des classes pour enfants déficients. Voir: Norah Lewis "Physical Perfection for Spiritual Welfare: Health Care for the urban Child 1900-1939" in P.T.Rooke & R.L.Schnell (dir.) *Studies in Childhood History A Canadian Perspectives*, Calgary, Detselig 1982, pp. 135-166

1961) (72) donnait à Montréal des explications sur sa méthode dans un exposé sur l'hygiène mentale de l'enfant dans le cadre d'une visite de centres médicaux, à l'occasion du congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Chez les jeunes enfants, c'était en 1940 que débutait l'examen psychométrique des enfants des crèches, en coopération avec le service de la Ville de Montréal (73).

La fondation d'une section québécoise du Comité national d'hygiène mentale du Canada en juin 1929, à laquelle participaient le président Desloges, le vice-président Victor Doré incidemment président de la Commission scolaire de Montréal depuis 1927 et membre fondateur de la Société de biologie en 1922 (74) et J.E. Dubé à titre de représentant de la faculté de médecine, se fixait pour objectif la création de classes spéciales pour les enfants en difficulté d'apprentissage, autorisées par la loi de 1929 (75). Ces classes étaient créées l'année suivante, par la Commission des écoles catholiques de Montréal, en coopération avec le Service de santé de la ville de Montréal, et le Comité provincial d'hygiène mentale. Quatre professeurs s'étaient spécialisés dans cet enseignement au cours de la même année (76).

Par ailleurs, l'école Emmelie Tavernier (Gamelin) pour les arriérés mentaux éducatibles était fondée en septembre 1931, par les Soeurs de la Providence à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Elle accueillait 125 garçons et filles de 5 à 20 ans dont le développement, à l'exemple de la *Fernald School de Waverly* (Boston), était assuré par l'éducation sensorielle, les

72 T.H. Simon, "La mesure du développement de l'intelligence par l'échelle B.S.", *UMC* 57, 10, octobre 1928, p. 568. Conférence donnée à la salle Saint-Sulpice le 14 septembre 1928.
Pierre Lereboullet, *Un voyage médical au Canada français: Québec et Montréal*. Paris, Librairie J.B. Baillière et fils, 1929, 32p.

73 Léandre Lacombe, "Enfance abandonnée et adoption", *Relations*, octobre 1941, pp. 268-270

74 R. Duchesne, *La science et le pouvoir au Québec*, p. 13. Victor Doré était président de la Commission d'administration de l'Université de Montréal de 1934 à 1938

75 Statuts de Québec 19 Geo 1929, p. 147. Voir aussi: M.P. Malouin, *L'Univers des enfants en difficultés au Québec entre 1940 et 1960*, Chapitre 9, "Éducation et déficience mentale" p. 305

76 Dominion of Canada. Rapport du ministère des Pensions et de la Santé nationale. Service du Bien-être de l'enfance, 1931, p. 161

exercices physiques, la gymnastique et le travail manuel (77). Par la suite, l'établissement de classes spéciales à l'intérieur du système scolaire avait pour but de retirer les enfants des hôpitaux d'aliénés, où leur hébergement présentait un coût trop élevé (78). Des questions économiques présidaient au transfert de ces enfants qui quittaient le milieu hospitalier pour passer sous la responsabilité de la commission scolaire qui détenait un pouvoir de taxation.

En 1931, le Service municipal de santé chargeait le psychiatre Alexandre Marcotte attaché à son service, d'approfondir l'influence du physique sur le développement intellectuel de 510 enfants caractérisés par leur insuccès scolaire (79). Ces enfants étaient soumis à des tests psychométriques et à un examen physique et psychiatrique. Après avoir décrit sa méthodologie, Marcotte émettait l'opinion que le physique et le psychisme défectueux seraient dans certains cas, les effets d'une même cause biologique (hérédité, traumatismes obstétricaux, maladies nerveuses, dysfonction des glandes endocrines, intoxication etc.). Il concluait que le mauvais état physique avait des répercussions désastreuses sur le développement intellectuel et que le remède viendrait d'une hygiène intensive, conséquence d'une action concertée des pouvoirs publics, des médecins, des éducateurs et des travailleurs sociaux. Il recommandait la fondation d'un hôpital-école pour les débiles mentaux, puisque la santé physique conditionne en grande partie le

77 M.G. De Bellefeuille, "L'hygiène mentale au service de la population écolière de la ville de Montréal", *UMC* 63, 8, août 1934, p. 752-759

78 J.E. Dubé, "L'hygiène mentale dans le domaine pratique", *UMC* 63, 8, août 1934, pp. 747-749. L'éducation des anormaux éducatibles retenait l'attention des autorités médicales qui élaboraient un projet pouvant desservir d'abord de 400 à 500 enfants et pouvant par la suite recevoir 1000 personnes. Pour mieux assurer leur éducation intellectuelle morale et physique, les Soeurs de la Charité qui avaient accepté la direction de l'école, recevaient une formation aux États-Unis. Jean Charles Miller, fils du docteur J.E.L. Miller, président de la Fédération d'hygiène infantile, était directeur médical du pensionnat-école la Jemmerais de Québec fondé en 1928 et rattaché à l'Hôpital Saint-Michel Archange. Voir: J.C. Miller, "L'école La Jemmerais pour les anormaux éducatibles", *UMC* 57, 9, septembre 1928, pp. 542-544

79 J.E.A. Marcotte, "L'influence du physique sur le développement intellectuel", *L'Action médicale* IX, 12 (décembre 1933), p. 227. Marcotte était psychiatre consultant au *Montreal Children's Hospital*.

développement intellectuel. Les médecins distinguaient alors des causes prédisposantes sociales et individuelles à savoir: l'illégitimité, la misère, l'isolement, l'errance, la migration et l'hérédité, et des causes déterminantes dont l'alcoolisme, la syphilis et les drogues, qui pouvaient être combattues (80).

En 1933, De Bellefeuille (81) publiait sous la direction du Comité d'hygiène mentale de la Province de Québec, le *Manuel de technique psychométrique*, un volume illustré comprenant 18 chapitres, sur la classification des arriérés et la pratique des tests mentaux de Binet-Simon. Entre l'année 1929/30 et l'année 1935/36, 20 574 enfants qui accusaient un retard scolaire étaient examinés. De ce nombre, 490 étaient classés instables et 9327 arriérés (82). Ainsi, la section d'hygiène mentale du Service de santé de la ville de Montréal axait principalement son travail sur le dépistage et le classement des enfants qui accusaient un retard scolaire; il fallait établir le niveau mental de l'enfant. En 1936, à la Commission des écoles catholiques de Montréal, on comptait 33 classes auxiliaires groupant 650 arriérés mentaux de 8 à 16 ans; on prévoyait 70 classes, l'année suivante.

Les services étaient complétés en juin 1933, par l'ouverture d'une consultation d'hygiène mentale qui se tenait deux fois la semaine, en anglais et en français, au Centre d'hygiène Laurier. On y faisait l'examen psychiatrique et l'évaluation psychométrique des cas spéciaux référés à la Division de l'hygiène de l'enfance. 174 enfants jugés inadaptables dans leur milieu familial à cause de diverses réactions antisociales, étaient placés soit à l'école de la Jemmerais (Québec), soit à l'école Emmelie Tavernier (Montréal) ou à Baie Saint-Paul pour les cas jugés graves. (83)

80 C.A. Décary, "Maladies mentales", *AMCHSJ* 1, III, mai 1932, pp. 125-129

81 G. L. De Bellefeuille, *Manuel de technique psychométrique*, Beauchemin, Montréal 1933, 175p.

82 G. De Bellefeuille, "L'hygiène mentale dans les écoles de la cité de Montréal" *Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord*, 3, 1937, pp. 192-198. Voir: M. P. Malouin, *op. cit.*, p. 314 et suivantes.

83 *ibid.*, *Bulletin...*

Ici, la pathologie mentale conservait des relents de la théorie de la dégénérescence au début des années 1930, comme en témoigne le *Manuel de neuro-psychiatrie* dans lequel on conseillait de rechercher les "stigmates de dégénérescence" dans les pathologies mentales (84).

Le IV congrès international de pédiatrie de 1937 (85) faisait une large place aux maladies neuropsychiques. Il reflétait l'état des connaissances et ouvrait quelques champs à l'expertise. Le développement technologique et celui de la physiologie offraient des directions nouvelles. Ainsi, l'électroencéphalographie qui permettait d'observer des lésions du système nerveux central, s'imposait pour l'étude des maladies neuropsychiques et Rietschel soulignait l'importance des déséquilibres endocriniens dans la formation des états neuropsychiques. A l'Hôpital Sainte-Justine, Alcide Pilon (86) relevait cet état de fait, dès 1938.

D'abord préoccupés de l'éducation des déficients mentaux, les médecins étaient bientôt confrontés aux enfants instables, perturbés, présentant des troubles de comportements qui, sans présenter de déficience intellectuelle, affichaient un retard scolaire. L'instabilité constituait, comme l'écrivait Saucier (87), un cadre d'attente à la fois commode et imprécis. Elle posait le problème de l'intégration des normes sociales qui relevait de la sociologie, science peu développée ici à cette époque.

A l'Hôpital Sainte-Justine, les troubles endocriniens de l'enfance retenaient l'attention du docteur Alcide Martel depuis un bon moment (88)

84 E. Langlois et al, *Manuel de Neuro-psychiatrie*, 3e partie
 85 IV Congrès international de pédiatrie tenu à Rome en septembre 1937. *Revue française de pédiatrie* 14, 1938, p. 298
 86 A. Pilon, "A propos de la jeunesse délinquante", *AMCHSJ* 3, 1, mai 1938, pp. 83-89. Voir: M. Paule Malouin, *op. cit.*, "La délinquance juvénile" pp. 190-248
 87 J. Saucier "L'instabilité", *AMCHSJ* 4, 4, mai 1945
 88 A. Martel, "Idiotie mongolienne", *AMCHSJ* 2, 4, mai 1937; "Observations cliniques sur deux cas de syndrome adiposo-génital", *AMCHSJ* 3, 2, mai 1939; "Les dysendocrinies au cours de la puberté", *AMCHSJ* 4, 2, mars 1943.

et l'hôpital lui confiait le service d'endocrinologie qu'il créait en 1943. Son travail lui permettait d'associer à l'occasion, le dysfonctionnement du système endocrinien au retard scolaire (89). Ce dernier pouvait alors se poser en termes biologiques et relever du domaine médical.

Les psychiatres étaient également confrontés à la délinquance juvénile. Pour Alcide Pilon la délinquance tenait à l'inadaptation sociale et non à la débilité mentale et son traitement par la psychanalyse relevait du psychiatre. Il recommandait l'établissement d'institutions spéciales pour les délinquants afin d'obtenir une connaissance précise du terrain biologique et de sa constitution psychologique, pour mieux y exercer une orthopédie mentale. A son avis, les décisions des magistrats ne devaient plus être basées sur la nature du délit mais sur la nature du coupable. Pilon imputait donc la délinquance à des facteurs psychologiques et non à des facteurs moraux et sociaux et proposait une approche différente. On passait de l'enfant dangereux à l'enfant en danger.

La commission d'enquête Gameau donnait lieu à la loi sur la protection de l'enfance et à la formation du Conseil supérieur de la protection de l'enfance. Le gouvernement sanctionnait le 1er juin 1945 une loi instituant une Clinique d'aide à l'enfance, attachée à la cours des jeunes délinquants et en décembre 1947, on entreprenait l'examen psychiatrique et psychologique des délinquants. Cette évolution débouchait sur la formation de la Cour du bien-être social en 1950.

La scolarisation des handicapés mentaux avait confronté les médecins à des problèmes médicaux nouveaux et contribuait à l'élargissement de leur champ d'étude. Les enfants qui accusaient un retard scolaire entraient dans le champ de la médecine qui par ailleurs en s'ouvrant aux problèmes des adolescents, allait bientôt créer un secteur spécialisé de la pédiatrie, nous le verrons en troisième partie.

89 A. Martel, "Le problème endocrinien à l'école", *AMCHSJ* 4, 3, mai 1944, pp. 43-49

L'hygiéniste Baudouin récupérait au profit de la médecine préventive, les préoccupations d'ordre social et pédagogique d'une élite hantée par les coûts sociaux de la détérioration génique. En démontrant les coûts sociaux que présentaient les déficients mentaux, Baudouin avait tracé la voie de leur éducation et justifié l'intervention médicale. Leur intégration au monde du travail par la scolarisation, s'était bientôt médicalisée. En investissant ce nouveau secteur, il l'ouvrait à la psychiatrie infantile qui s'intégrait à l'hôpital pédiatrique.

2.2.3 L'Hôpital Sainte-Justine et la réhabilitation.

La création d'organismes de réhabilitation constituait une première étape dans le soin des enfants infirmes. Au Canada, durant le seconde décennie du XXe siècle, les enfants handicapés physiques recevaient une attention sans précédent tant au niveau des institutions hospitalières qui cherchaient à leur venir en aide par des traitements orthopédiques ou chirurgicaux, qu'en ce qui regardait leur scolarisation; le rôle de la *Junior Red Cross* dans le traitement des enfants handicapés était particulièrement important dans certaines provinces canadiennes (90). Charlotte Whitton du *Canadian Council of Child Welfare*, lançait en 1925, un appel en faveur des enfants infirmes (91) devant être entendu dans tout le Canada. En août 1929, le problème des enfants handicapés était porté à l'échelle internationale. La première conférence universelle sur "Le problème de l'enfant estropié" se tenait à Genève. Elle concluait à la nécessité d'un recensement national des infirmes, au devoir de l'État de mettre à la disposition des enfants infirmes des centres de traitements médicaux et chirurgicaux, à la nécessité de mettre en oeuvre une

90 G.H. Agnew, *op. cit.*, p. 46

91 AHSJ, *Canadian Council of Child Welfare*, dossier 171. Volet canadien d'une organisation américaine dont l'administration suprême résidait à Albany, New York, le *Shriner's Hospital for Crippled Children*, adjacent au *Children's Memorial Hospital*, avenue des Cèdres, ouvrait ses portes à Montréal en février 1925. Construit au coût de 450 000\$, l'institution privée offrait 50 lits aux enfants handicapés: *Canadian Child Welfare New 1*, January-March 1925, p. 32

médecine préventive, un enseignement de qualité et des centres de placement. Ce mouvement de sensibilisation trouvait ici son écho.

La scolarisation des enfants handicapés prenait un premier essor en avril 1916 (92), avec l'inauguration d'une école sur le site du *Montreal Children Hospital*, école qui demeurait sous l'administration de l'hôpital jusqu'en 1929. Ces services scolaires étaient complétés par des séjours à la campagne dans les Cantons de l'Est.

Devant les services offerts aux anglo-protestants et fréquentés par des catholiques, Monseigneur Gauthier invitait la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste à s'ouvrir à ce champ d'activité (93). Le Comité de visite des hôpitaux de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste fondé en 1923 (94) constatait qu'une quarantaine d'enfants infirmes catholiques fréquentaient l'école protestante en 1925. Il était donc justifié d'agir.

Après des démarches infructueuses auprès de la Commission scolaire et l'intervention de Monseigneur Gauthier, l'Hôpital Sainte-Justine s'engageait à accueillir l'école des enfants infirmes dans ses locaux. L'école s'adressait aux pauvres, incapables de fréquenter l'école de leur quartier, afin de leur permettre d'acquérir une certaine autonomie (95).

L'hôpital jouait un rôle d'appoint en apportant son savoir-faire administratif, ses services médicaux et les services éducatifs de la communauté religieuse qui le desservait. L'urgence de la situation fixait l'inauguration de l'école au 22 novembre 1926, d'abord dans des locaux provisoires. L'école recevait en alternance une quarantaine d'enfants, trois fois la semaine, à ses débuts. Outre les soins médicaux, elle assurait

92 J. Boyd Scriver, *The Montreal Children Hospital*, p. 54

93 *La Bonne Parole*, novembre 1925, p. 4

94 AHSJ, Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, Comité de la visite des hôpitaux, dossier 222-2; *La Bonne Parole* XIV, 2, février 1926, p. 4

95 Marie Jeanne Guilbeault, "L'école des enfants infirmes de l'Hôpital Sainte-Justine", *École sociale populaire*, 198, juillet 1930. pp. 10-23

l'instruction religieuse, la fréquentation de la messe du dimanche et un enseignement élémentaire les deux premières années auquel s'ajoutait un enseignement technique durant la troisième année de fonctionnement. L'administration générale relevait de Lucie Bruneau secondée par une organisation bénévole spécifique, indépendante de celle de l'hôpital, regroupée en 6 sous-comités, pour satisfaire aux divers besoins des enfants. Tandis que les Filles de la Sagesse et des laïcs assuraient l'enseignement, les médecins cherchaient à améliorer la santé des enfants. La notion d'assistance prévalait, d'où la collaboration du service social économique de l'hôpital dans l'admission des enfants. Ces derniers subissaient un examen médical et au besoin, recevaient lunettes, appareils orthopédiques ou chaises roulantes, selon le cas. Parallèlement, l'hôpital de Cartierville accueillait 50 enfants infirmes sous contrôle médical à qui on s'efforçait de donner l'instruction correspondant à leur degré de développement (96).

Par ailleurs, les clubs Saint-Laurent Kiwanis et Chevaliers de Colomb défrayaient pendant un certain temps, le transport par autobus des 96 enfants qui fréquentaient l'école, avant que l'hôpital n'obtienne, par l'intermédiaire du docteur Boucher, une subvention de la Ville de Montréal. Un groupe de 23 enfants suivaient une classe spéciale une fois la semaine (97). En quatre ans, l'école avait reçu 207 enfants dont les infirmités relevaient de l'hérédité (40) ou avaient une origine tuberculeuse (80) ou encore étaient consécutives à la paralysie infantile (76); quelques cas relevaient d'accidents (5) ou de troubles cardiaques et de rhumatisme (6). Le coût mensuel par enfant s'élevait à 15.78\$.

En 1930, l'école acquérait son autonomie administrative afin de permettre son expansion et Lucie Bruneau (98), se consacrait dorénavant

96 *École Sociale Populaire*, 193, février 1930, p. 20

97 AHSJ, École enfants infirmes, dossier 54, Rapport 12 décembre 1930

98 Lucie Lamoureux Bruneau (1877-1951) épouse en 1899 Théodule Bruneau (1873-1938) chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Co-fondatrice de l'Hôpital Sainte-Justine en 1907, elle siégeait au conseil d'administration jusqu'à sa démission en 1932. Elle s'impliquait activement au sein de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste. En 1940, Lucie Bruneau, avec l'appui de la Ligue

aux enfants handicapés. L'école était subventionnée par l'Assistance publique depuis 1930 et la Commission scolaire jusqu'au moment où cette dernière prenait la relève en septembre 1932 et logeait quelque 200 enfants à l'école Montcalm, devenue l'école Victor Doré (99). Le docteur Gaston Caisse (100) de l'Hôpital Sainte-Justine était médecin de l'école. À compter de septembre 1939, la direction médicale passait aux mains de l'orthopédiste Édouard Samson assisté de Calixte Favreau et d'Antonio Samson (101).

La collaboration de l'hôpital se poursuivait même après le départ de l'école: alors que des enfants fréquentaient l'hôpital pour y recevoir des traitements d'électrothérapie, des enfants du département d'orthopédie et du dispensaire de l'hôpital séjournaient quelques semaines au camp de vacances "Le Grillon" à l'île Saint-Bernard, (Châteauguay) fondé en 1930 et propriété de l'Association catholique d'aide aux enfants infirmes, elle-même fondée en 1926 par Madame Lucie Bruneau (incorporée en 1931). (102) D'une part, l'Hôpital Sainte-Justine fournissait les services infirmiers et les médicaments, en retour, les infirmières assuraient les soins d'urgence à tous les enfants de la colonie (103).

des droits de la femme et de la FNSJB, devenait conseillère municipale du district No 9 Classe A, pour les quartiers Rosemont, Saint-Eusèbe et Préfontaine.

99 La loi (Statuts de Québec 19 GEO V 1929, p. 147) concernait l'établissement de classes spéciales pour l'instruction des enfants exigeant une attention spéciale.

100 Gaston Caisse avait été interne à l'hôpital Niort France, assistant étranger à la clinique chirurgicale des Enfants Malades de Paris et stagiaire à l'hôpital maritime de Berk-sur-Mer. Il était prosecteur à l'Université de Montréal et assistant bénévole à l'Hôpital Sainte-Justine en 1930. Il devenait assistant régulier au service et à la clinique infantile l'année suivante. Il était également directeur médical de l'École Victor Doré. Il était l'instigateur d'une campagne d'hygiène dentaire en 1938.

101 François Hudon, *Histoire de l'École Victor Doré de Montréal 1926-1996*

102 En 1930, un premier camp de vacances était fondé à Contrecoeur, la Villa Saint-Médard.

103 AHSJ, Règlements 1908-1967, 28/9/31 infirmières. En 1935, 48 enfants de l'Hôpital Sainte-Justine séjournaient au camp "Le Grillon".

Il est intéressant de rappeler le regard posé par Louis Bernard (104) sur les camps d'été pour handicapés dont il disait qu'ils constituaient finalement l'antithèse de la réadaptation. En effet, à l'origine, ces colonies de vacances avaient surtout pour but d'améliorer la santé des participants et ne visaient pas leur réintégration; ils devenaient un moyen dépassé quand les objectifs sociaux étaient révisés.

Les médecins poursuivaient une association étroite avec des oeuvres philanthropiques qui assuraient aux malades à la fois le transport à l'hôpital pour les traitements répétés et défrayaient les appareils orthopédiques. Les clubs sociaux dont le Rotary, jouaient un rôle prépondérant dans l'organisation des Sociétés de secours aux infirmes à l'échelle nationale et régionale (105). En mars 1930, Alphonse Brodeur fondait la Société de secours aux enfants infirmes de la Province de Québec qui couvrait un champ plus large que l'association précédemment citée. Les docteurs Dubé et Favreau de l'Hôpital Sainte-Justine, joignaient le comité médical de la société. Cette société élaborait une organisation sociale complexe pour répondre à l'insertion sociale des handicapés. Formée par les représentants de 37 organismes de la province, elle établissait les liens entre les enfants, les infirmières, la famille, les hôpitaux, les centres de physiothérapie, les centres d'appareillage orthopédique, les camps d'été et les écoles spécialisées. Son budget de 3 000 \$ en 1930 passait à 65 000 \$ en 1949.

En 1934, l'Hôpital Sainte-Justine prenait une part active au congrès de la Société internationale de secours aux enfants infirmes, société à laquelle était associée celle du Québec. Des médecins soumettaient des études et une clinique était donnée à l'hôpital par trois chirurgiens. L'importance du rôle des associations philanthropiques dans

104 Louis Bernard, "Colonies de vacances pour enfants handicapés ou atteints de maladies chroniques" *La Vie médicale au Canada français* 6, 4, avril 1977, p. 375

105 J.C. Favreau, "L'enfance infirme: problème social", *UMC* 80, 1, 1951, pp. 102-107. Pour le rôle du Club Rotary fondé à Chicago en 1905, voir: Danielle Choquette, *Histoire de l'Institut de réadaptation de Montréal de 1949 à 1976*, p. 33

la professionnalisation des médecins, tant par leur apport financier que par la formation de l'opinion publique, ne saurait être minimisée.

Le service d'orthopédie de l'Hôpital Sainte-Justine inauguré en 1929, formait une section indépendante en 1931 avec le docteur Gaston Caisse qui s'adjoignait bientôt les services du docteur J.C. Favreau (106). En 1933, les départements de chirurgie et d'orthopédie étaient divisés. Les orthopédistes en définissant leur rôle dans la réhabilitation, confortaient leur légitimité et précisaient leur rôle au sein de l'hôpital. Au même moment, la technique de massothérapie accédait au rang de thérapeutique et était placée sous la direction des chirurgiens.

En 1929, Marie Hepworth qui offrait gratuitement depuis 1925 des traitements de massage à l'Hôpital Sainte-Justine, dirigeait des classes de gymnastique en vue de la rééducation fonctionnelle des patients. Ces services de rééducation étaient particulièrement sollicités à la suite de l'épidémie de poliomyélite de 1931 qui avait laissé de nombreux enfants paralysés. Au cours de l'année 1933, on introduisait la mécanothérapie et on ajoutait des appareils au gymnase. L'année suivante, devant l'importance accordée à l'appareillage des handicapés et parce que pour rééduquer il fallait réadapter, l'hôpital établissait des ateliers pour la fabrication d'appareils orthopédiques sous la supervision des chirurgiens-orthopédistes. Finalement, le département était redéployé dans de nouveaux locaux en 1942, et une piscine complétait les installations destinées à venir en aide aux enfants handicapés. De nouvelles techniques développées avec le concours d'une multiplicité d'agents

106 J. Calixte Favreau, boursier du gouvernement provincial en 1929, se perfectionnait à Paris durant trois ans. Nommé assistant bénévole à l'Hôpital Sainte-Justine en 1932. Il était chirurgien à l'Hôpital Saint-Luc et prosecteur à la faculté de médecine. En 1945, il était nommé professeur agrégé à la chaire de chirurgie infantile et chef-adjoint du service de chirurgie-orthopédie en 1952. En 1949 il remportait un concours pour un travail portant sur la maladie de Hans-Schuller-Christian. Cette même année, il devenait président de l'Association des chirurgiens orthopédistes de la province de Québec et secrétaire de la *Canadian Foundation for Poliomyelitis*. Il présidait l'Association canadienne d'orthopédie en 1953. Il était nommé associé du Collège Royal en 1965. Il devenait directeur médical de l'École Victor Doré au début des années 1950, ayant pour assistant Bernard Gauthier et Pierre Labelle.

physiothérapeutiques, nécessitaient la collaboration constante de l'électrologue et de l'orthopédiste (107). En 1947, l'électrothérapie était annexée au service de massothérapie pour former un service complet de physiothérapie.(108) Le développement d'un service de physiothérapie appelé à collaborer étroitement avec le service d'orthopédie assurait à cette dernière discipline un champ précis au sein de l'hôpital.

Parallèlement, l'Hôpital Sainte-Justine apportait une aide précieuse aux enfants ayant subi une intervention chirurgicale pour corriger une fissure labiale ou palatine, en inaugurant une école d'orthophonie en septembre 1939 sous la direction d'Aline Delorme (109). Ce traitement postopératoire consistait en une série d'exercices de respiration, de gymnastique buccale pour assouplir le voile du palais et les muscles de la langue et des lèvres. Avec le temps, l'école accueillait les enfants atteints de bégaiement. L'école, qui accueillait plus d'une centaine d'enfants annuellement, recevait en 1948, un appareil d'enregistrement vocal RCA offert par le Club Kiwanis Saint-Georges pour parfaire ses techniques éducatives. L'Hôpital Sainte-Justine s'appliquait à mettre en place des services de réhabilitation qui n'étaient plus uniquement du ressort des seules maisons charitables d'éducation.

La Société de réhabilitation des infirmes fondée en 1949 à l'instigation du Comité de soutien aux infirmes du Club Rotary, proposait à la Commission Sylvestre, la création d'une école de physiothérapie. La commission recommandait par contre de confier aux universités, les institutions de réhabilitation. Toute cette attention portée aux handicapés outre qu'elle élargissait le champ de la chirurgie orthopédique, favorisait

107 A. Comtois, "La physiothérapie de la paralysie infantile", *AMCHSJ* 4, 1, mai 1942, pp. 71-76

108 Pour le développement de ces disciplines aux États-Unis, on consultera avec intérêt: G. Gritzer et A. Ariuke, *The Making of Rehabilitation A Political Economy of Medical Specialization 1890-1990*.

109 Aline Delorme épouse d'Hector Beaudin, avait suivi les cours de la *Speech Clinic* donnés par Madame Wotten du *Children's Memorial Hospital* et ceux de Père Lucien Pagé de l'Institut des Sourds-Muets. Elle demeurait attachée au service bénévole de l'hôpital jusqu'à son décès en 1968.

la fondation par le docteur Gustave Gingras (1918-1996) de l'Institut de réadaptation de Montréal en 1949 auquel s'associait l'École de physiothérapie et de thérapie occupationnelle fondée par la faculté de médecine de l'Université de Montréal avec la collaboration de l'Université de Toronto en 1954, qui prenait bientôt le nom d'École de réhabilitation. Le concept de réhabilitation associait cette thérapeutique au moyen d'agents physiques à la réhabilitation médicale, sociale et psychique.⁽¹¹⁰⁾ En 1958, l'Hôpital Sainte-Justine recevait son premier ergothérapeute et offrait des services à la clientèle qui souffrait de paralysie cérébrale. Les intervenants paramédicaux se professionnalisaient et s'intégraient aux services hospitaliers.

2.2.3.1 Les épileptiques

Les épileptiques constituaient un groupe d'individus particulièrement inquiétant. Voici la description de leur état mental qu'en faisaient nos médecins dans le *Manuel de neuro-psychiatrie*, destiné aux gardes-malades, publié en 1930 (111). Les épileptiques étaient irritables, méfiants, soupçonneux, impertinents, querelleurs, exigeants et jamais satisfaits. De surcroît impulsifs, leurs impulsions pouvaient revêtir un caractère sérieux et même dangereux; ils étaient souvent poussés à commettre, dans l'intervalle des crises, des actes délictueux tels que vols, attentats aux mœurs et parfois même des homicides. Un tableau bien sombre pour lequel un traitement diététique et calmant (gardénal) était prévu et dans les cas graves, la médication énergique consistait dans des grands bains tièdes, des saignées, des ponctions lombaires, des inhalations de chloroforme ou des lavements au chloral.

110 Au Canada, le premier cours d'ergothérapie était inauguré à Toronto en 1926, suivi trois ans plus tard, d'une section de physiothérapie. L'Université McGill fondait en 1945 une école de physiothérapie et une section d'ergothérapie en 1950. Voir pour l'Université de Montréal: D. Choquette, *op. cit.*

111 E. Langlois, J. Saucier, R. Amyot, *Manuel de neuro-psychiatrie*, p. 57

La Commission Montpetit constatait en 1933 que le Québec ne possédait aucune institution spécifique pour le traitement des épileptiques (112). Nous l'avons déjà mentionné, quelques-uns de ces enfants étaient accueillis à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu où ils suivaient quelques heures d'école maternelle par jour (113). Quatorze ans plus tard, Saucier (114) admettait sans peine que la profession médicale avait évolué jusque-là, au sujet de l'épilepsie, entre l'hésitation et l'incertitude. Mais comme dans les autres cas, la phase du regroupement des individus s'avérait le détour obligé pour une observation, une étude et un mode d'intervention.

En 1933, Madame Bruneau fondait *Les Établissements Notre-Dame* pour enfants épileptiques et mettait sur pied l'année suivante, des classes spéciales pour ceux qui étaient jugés éducatibles (115) au siège social de l'oeuvre, rue Saint-Mathieu. *Les Établissements Notre-Dame* étaient cédés aux Soeurs Grises en 1936 qui ouvraient une maison à Chambly-Bassin. Repris par les laïques en 1942, les Établissements devenaient non-confessionnels l'année suivante. De leur côté, les Frères de Saint-Jean de Dieu prenaient charge des garçons, à l'Institut Saint-Éphrem à Sainte Rose de Laval; Antonio Barbeau y assurait le service médical (116). Malgré ces quelques modestes réalisations, des épileptiques séjournaient toujours à l'asile. Leur éducation préoccupait Barbeau qui réclamait des instituts spécialisés qui leur assureraient une instruction, une éducation et une thérapeutique appropriée. Le foyer Dieppe de Saint-Hilaire recevait en 1959, dans le cadre d'une subvention à l'hygiène du gouvernement fédéral, la somme de 96 000\$ pour porter à 168 lits, les services offerts aux épileptiques de la province.

112 *Commission des assurances sociales de Québec*, 2e rapport p. 52

113 *École sociale populaire*, 193, février 1930, p. 20

114 J. Saucier, "L'épilepsie: dysrythmie cérébrale symptomatique", *AMCHSJ* 4, 3, mai 1944, pp. 111-117

115 Albert Laplante, "Le soin des épileptiques", *Relations*, mai 1945, pp. 115-118. Fondation à Montréal en 1920, du *Montreal Industrial Institute for Epileptics*.

116 A. Barbeau, "Profil criminologique de l'épilepsie", *UMC* 73, octobre 1944, pp. 1147-1161

Entre-temps, le traitement des handicapés tant mentaux que physiques n'avait pas laissé l'Hôpital Sainte-Justine indifférent puisqu'il inaugurait en 1930 un service de neuropsychiatrie avec le docteur J. Adonias Lussier, assisté du docteur Charles Auguste Décary et de l'infirmière S. Panet-Raymond. La neuropsychiatrie marquait l'intégration de la psychiatrie et de la neurologie. Après une année d'existence, on comptait 935 patients traités pour troubles nerveux dont 275 avaient été hospitalisés. Plus de la moitié (157) portait les séquelles de la poliomyélite. Il s'agissait de troubles neuro-moteurs, mais un nombre assez important de patients présentaient des psychopathies doublées de déficience intellectuelle ou de trouble de caractère. Des causeries étaient organisées à l'intention des mères de ces enfants et des visites à domicile étaient effectuées par l'infirmière, pour mieux évaluer le milieu familial. En janvier 1934, pour assurer un service plus régulier, la neuropsychiatrie passait sous la direction du neurologue Jean Saucier (117), assisté d'Alcide Pilon nouvellement arrivé de Paris.

L'étude de l'épilepsie sur laquelle s'était penchée la Réunion neurologique de Paris en 1932, retenait l'attention des docteurs Saucier et Pilon qui publiaient le résultat de leurs observations et de leurs recherches dans les *Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine*. Par ailleurs, l'intérêt pour les maladies neurologiques favorisait la création par la faculté de médecine d'une chaire de neurologie en 1938 qu'elle confiait à Antonio Barbeau. Avec l'introduction dans les années 1940 de nouveaux médicaments anticonvulsivants pour le traitement de

117 Jean Saucier (1899-1968) Diplômé de l'Université de Montréal en 1922, il obtenait un poste de médecin résident au *Worcester State Hospital (Mass.)* durant un an avant de revenir à l'Hôpital Saint-Michel Archange. Boursier du gouvernement québécois, il fréquentait le laboratoire de Déjérine à Paris et obtenait un doctorat en 1927, avec une thèse intitulée "*La névrite hypertrophique*". Médecin des hôpitaux Notre-Dame, Albert Prévost et Sainte-Justine à son retour, il était invité à rejoindre l'Institut neurologique de Montréal ouvert en 1934 avec l'aide de la Fondation Rockefeller. Il était nommé professeur agrégé en neurologie en 1938 et titulaire en 1948, succédant à Antonio Barbeau. À son départ de l'Hôpital Sainte-Justine le 13 novembre 1947 pour prendre la direction du service de neurologie de l'Hôtel-Dieu, il devenait consultant et Léon Desrochers lui succédait. UMC 98, mars 1969, pp. 457-460

l'épilepsie et une nouvelle méthode de diagnostic, cette maladie entrait dans une nouvelle ère.

L'avènement de l'électroencéphalographie (EEG) permettait de démontrer l'altération de la constitution physico-chimique de la cellule cérébrale. L'utilisation de l'EEG sur l'homme remontait à 1931. L'Américain Herbert Jasper, qui en était ici le pionnier, menait des travaux sur la classification encéphalographique des épileptiques et l'anatomie fonctionnelle du cerveau à l'Institut neurologique de Montréal. Il comptait au nombre de ses élèves, Annie et Guy Courtois à qui l'Hôpital Sainte-Justine confiait conjointement, son service d'électroencéphalographie en 1953. Parallèlement, un autre Américain Wilder Penfield (118), incidemment fondateur de l'Institut neurologique en 1934, poursuivait des travaux sur la stimulation électrique du cortex de malades pleinement conscients, à la recherche d'un traitement chirurgical de l'épilepsie (119), alors que la médication chimique en neuropsychiatrie connaissait une période de tâtonnement pendant laquelle différents produits étaient utilisés tantôt dans l'épilepsie, tantôt dans les troubles de comportement et d'instabilité. En 1955, une clinique pour les épileptiques était ouverte à l'Institut à l'aide d'une subvention gouvernementale de 10 100\$ pour favoriser la recherche et la réadaptation.

Entre les deux guerres, avec le concours d'organismes philanthropiques, un groupe important d'enfants handicapés tant physiques que mentaux, était pris en charge, surveillé et dirigé. Et c'est par la scolarisation, que ces enfants accédaient à des services médicaux. Tout comme l'enfant s'était détaché du monde des adultes par l'école, c'est par elle que les enfants handicapés se singularisaient des autres enfants et retenaient l'attention des médecins. L'école permettait surtout

118 Wilder Graves Penfield (1891-1973), dans son ouvrage autobiographique *No Man Alone*, retrace l'avènement de l'Institut neurologique. Il faisait une place aux francophones au sein du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, au moment de son passage à la présidence de l'organisme en 1939-1941: *UMC* 108, janvier 1979, p.100. Il était à l'origine de la fondation de la *Canadian Neurological Society* à Montréal en 1949.

119 P. Huard, R. Laplane, *Histoire illustrée de la pédiatrie* 2, p. 91

de classer pour mieux étudier. L'aphorisme qui dit que l'alphabétisation nourrissait la médicalisation, se vérifiait.

Les regroupements d'individus atteints d'un même handicap, permettaient l'étude d'une même déficience sur un nombre significatif d'individus. Ils favorisaient l'acquisition de connaissances et suscitaient le développement des spécialités médicales. A l'intérieur de ce processus, diverses techniques qui exigeaient une formation spécialisée se développaient et les professions paramédicales faisaient leur entrée à l'université. Graduellement, l'intervention multidisciplinaire s'imposait pour aborder l'enfant sous différents aspects et pour lui apporter une attention de plus en plus individualisée.

Les institutions pour les handicapés étaient au départ des oeuvres, inspirées du principe chrétien de "charité" et caractérisées par l'idée de suppléance, de compensation, de rattrapage qui gouvernait ces oeuvres (120). Elles prenaient une attitude de collaboration et de négociation avec les pouvoirs publics et gouvernementaux. Peu après la Première Guerre mondiale, apparaissait une nouvelle manière culturelle et sociale d'aborder l'infirmité (121). La charité s'enchevêtrait avec le développement de la profession médicale qui apportait une dimension nouvelle. L'encadrement des handicapés se faisait par une multitude d'agents qui, en posant un regard biologique, donnaient au secours une forme *curative et ré-intégrante*.

Le passage de la bienfaisance à la réadaptation marquait le passage de l'obligation morale à l'obligation sociale ressentie particulièrement chez une élite philanthropique préoccupée tout autant par la détérioration génique que par les coûts sociaux qu'engageaient les personnes atteintes d'un déficit moteur ou intellectuel et qu'il fallait insérer dans le rouage productif. Axée sur ces préoccupations, la médecine investissait

120 H.J. Stiker, *op. cit.*, p. 190

121 *ibid.*, chapitre VI, "La naissance de la réadaptation" p. 137

plus d'un champ d'activité qui, le plus souvent, précédait le développement des connaissances médicales. La médecine établissait sa juridiction bien au-delà de sa capacité effective de guérir même si on mettait de l'avant le professionnalisme médical pour légitimer l'intervention. Il nous apparaît donc juste d'attribuer la médicalisation de certains secteurs de l'enfance, non au développement des connaissances médicales mais à l'affermissement de l'autorité médicale acquise par l'habileté des médecins à se positionner socialement.

2.2.4 L'hygiène entre la bactériologie et la diététique

Mc Cuaig (122) constate un changement dans la conception de la tuberculose au moment de la Grande Guerre. La lutte à la tuberculose entrait dans une nouvelle ère; on avait la conviction de pouvoir intervenir favorablement et des institutions nouvelles étaient mises sur pied dans lesquelles la médecine préventive jouait un rôle de premier plan.

2.2.4.1 L'Institut Bruchési (123)

La lutte à la tuberculose entreprise au début du XXe siècle s'intensifiait à la suite du rapport de la Commission royale de la tuberculose. Attribuée à des causes sociales et produisant des effets sociaux, cette maladie était jugée d'intérêt public et susceptible d'être enrayerée par l'éducation. Les médecins se proposaient de diriger l'action publique et d'en éclairer l'opinion en matière de santé. C'était donc avant tout un rôle préventif qui incombait à l'Institut Bruchési qu'on s'appropriait à fonder et dont le modèle était d'inspiration new yorkaise, où la première

122 Katherine Mc Cuaig, "Tuberculosis: The Changing Concepts of the Disease in Canada 1900-1950" in C. Rolland, *Health, Disease and Medicine Essays in Canada History*, pp. 196-307

123 Les informations sont tirées des rapport généraux de l'Institut Bruchési, à moins d'indications contraires.

clinique antituberculeuse était établie en 1878. Cependant, l'institution évoluait rapidement vers le statut de centre de diagnostic.

Des subventions municipales et provinciales s'ajoutaient à celles de la charité privée pour faire fonctionner un dispensaire qui ouvrait le 27 février 1911. Logé gratuitement à l'Asile de la Providence, les religieuses en assuraient les services infirmiers et ceux de pharmacie. Son organisation laïque, se dotait d'un bureau médical qui veillait au fonctionnement des consultations médicales, aux soins médicaux fournis au dispensaire, au service d'infirmières visiteuses assuré par les religieuses de la Providence et pour une courte période, d'un préventorium permettant d'offrir des cures d'air. Dès 1914, la mise sur pied d'un laboratoire permettait de préciser le diagnostic, mais ce n'est qu'en 1918 qu'un service de rayons X était organisé sous la direction du docteur Lorrain.

En 1915, les inspecteurs de la ville de Montréal assuraient l'Institut de leur collaboration. Ils surveillaient surtout l'état sanitaire des logements et réclamaient la réglementation de l'habitation par les autorités sanitaires. Pour chaque patient, un système de fiches cumulait, outre des informations relatives à son état de santé et à la fréquence de ses visites au dispensaire, un relevé de l'état sanitaire de son logis, de sa pratique des règles de l'hygiène et de sa situation sociale. Ces renseignements contribuaient à mettre en évidence la situation des enfants élevés dans ces milieux contagieux et leurs besoins particuliers. La lutte à la tuberculose ne se limitait plus aux soins gratuits donnés au dispensaire à ceux qui s'y présentaient, elle élargissait ses modes d'intervention et pénétrait dans les familles.

Il importait d'assurer d'abord une formation médicale particulière à l'égard de cette maladie si chargée de toutes les interprétations et de tous les préjugés surtout, depuis que certains traitements soutenaient l'espoir de la vaincre. Cependant, en dépit du fait que des moyens

thérapeutiques avaient été développés, aucun ne s'avérait absolument efficace mais il convenait quand même d'en diffuser la connaissance. A cette fin, une chaire de phtisiologie était créée à l'Université Laval à Montréal en 1914 et confiée au docteur J.E. Dubé. Un cours était dispensé aux religieuses infirmières dès 1915. Des cours de perfectionnement destinés aux médecins étaient donnés en 1913 et en 1914. Cette dernière année, le professeur S.A. Knopf du *New York Post Graduate Medical School and Hospital* et directeur de l'Association nationale pour l'étude et la prévention de la tuberculose, donnait la leçon d'ouverture. Les étudiants en médecine recevaient un cours magistral de 12 leçons et un enseignement clinique d'une durée de trois semaines qui se donnait à l'Institut. A l'instar de l'hygiène mentale, c'était sous l'oeil américain que se mettait en place la lutte contre la tuberculose.

En 1915, les docteurs Aubry et Dubé présentaient des propositions concrètes pour mener la lutte contre la tuberculose à l'échelle provinciale sous la direction du Conseil d'hygiène. Ils sollicitaient le concours du gouvernement, lui seul disposant des moyens d'action. Ce programme comportait au chapitre de l'éducation, la distribution de brochures tant au public en général qu'aux élèves des écoles, l'inscription au programme d'études d'un enseignement de la prophylaxie de la tuberculose, des expositions, des conférences. Ces médecins réclamaient la déclaration obligatoire de la maladie par le chef de famille, l'établissement de sanatoriums et d'hôpitaux pour les contagieux, l'établissement de dispensaires antituberculeux et de laboratoires gratuits à travers la province. La lutte devait être menée sur tous les fronts. Par souci de concerner les efforts, l'année suivante, le docteur S. Boucher, chef du Bureau municipal d'hygiène, joignait le bureau de direction de l'Institut, alors que le président de l'Institut, J. Aug. Richard était nommé président du bureau de direction à la Commission centrale des écoles catholiques. Autant de procédés qui assuraient la convergence des efforts.

Si au début de la fondation de l'Institut, les enfants étaient reçus en clinique avec les adultes, en 1913, une clinique des enfants était tenue une fois la semaine, le vendredi de 9 heures à 11 heures. Elle était confiée aux soins du docteur J.A. Leduc de l'Hôpital Saint-Paul, assisté des docteurs Del Vecchio, Lebel et Dufresne. A cette intervention spécifique, s'ajoutait, les séjours à la colonie de vacances "Les Grèves" de Contrecoeur qui accueillait dès 1915, des enfants exposés à la maladie, sans être déclarés tuberculeux.

Ces initiatives privées recevaient une impulsion décisive au moment où le gouvernement provincial votait un budget spécial de 100 000\$ par année pour 5 ans en faveur d'une campagne intensive pour combattre la tuberculose et la mortalité infantile. Cette loi, sanctionnée le 15 mars 1924 soutenait ou créait des dispensaires antituberculeux et de puériculture. L'action était suggérée par les comités de lutte antituberculeuse et de la sauvegarde de l'enfance mis en place par le Conseil d'hygiène en 1920 (124) et marquait le transfert en matière de santé publique, du niveau municipal au palier provincial. Dans cette offensive sans précédent, les médecins de la faculté de médecine de Paris, Émile Sergent et Louis Ribadeau-Dumas étaient invités à donner des cours à l'Université Laval et à l'Université de Montréal que le Service provincial d'hygiène s'empressait de publier. (125)

Ce soutien financier correspond à la hausse marquée du nombre de consultations à la clinique des enfants en 1926. Le nombre des consultations porté au tableau suivant, évoluait en dents de scie jusqu'au moment de la crise économique où une décroissance se faisait sentir, ponctuée d'une baisse subite en 1936 résultat de l'action des médecins qui restreignaient leur activité dans les dispensaires en guise de moyen

124 Desrosiers, Gaumer, Keel, *La santé publique au Québec. Histoire des Unités sanitaires de comté: 1926-1975*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1998, p. 7.

125 Émile Sergent, Louis Ribadeau-Dumas, *La tuberculose et la mortalité infantile*. Service provincial d'hygiène, Québec 1924, 410 p.

de pression, afin d'obtenir une rémunération pour ce travail. Ce sujet sera repris au chapitre sur l'Assistance publique.

Les enfants étaient également reçus à la clinique d'oto-rhino-laryngologie car on croyait à l'importance de corriger les défauts physiques, particulièrement les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales qui auraient constitué un facteur prédisposant au développement de la tuberculose (126). Les services de ces cliniques étaient étendus aux succursales créées par l'Institut.

Tableau 2-1

Institut Bruchési

Clinique des enfants (127)

Années	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921
Consultations	1163	2448	3456	2745	1836	1592	1892	1962	2911
Années	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Consultations	2912	2770	2555	3618	6366	6547	7475	8139	9609
Années	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
Consultations	9137	9113	8549	8364	8414	6634	6527	6634	8455
Années	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	
Consultations	8587	8188	8365	8948	10421	9549	9118	8876	

126 Rapport de J.A. Baudouin, *Institut Bruchési Rapport général 1925 et 1926* p. 32

127 J.A. Baudouin, *Institut Bruchési Rapport général 1925 et 1926*, p. 31. Pour les années suivantes, les informations sont tirées des rapports annuels.

Tableau 2-2

Institut Bruchési

Clinique d'oto-rhino-laryngologie (128)

Années	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Consultations	1874	2224	2692	3150	3180	2536	2263	1754	1706
Années	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Consultations	1781	2290	2669	3097	3048	4188	4233	4894	4890
Années	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Consultations	4558	5539	5530	5520	5191	4988	4478	5026	4134
Années	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Consultations	5032	4657	3950	3961	3270	2798	3368	3086	2521

Nous observons chez les enfants, deux approches préventives de la tuberculose: l'une relevait de la diététique, l'autre, de la bactériologie.

Dans une allocution présentée au congrès de l'Association du bien-être de l'enfance, tenu à Ottawa en octobre 1925, le docteur Pietro Del Vecchio, devenu directeur du dispensaire des enfants (129), après un bref bilan des réalisations, témoignait de la nouvelle approche médicale qui prévalait dans le groupe qu'il dirigeait. On constatait que dans le courant mécaniste, la médecine avait négligé l'individu et renouant avec

128 *ibid.*, p. 30 Le nombre de consultations inclut les opérations chirurgicales.

129 P. Del Vecchio, *Institut Bruchési pour combattre la tuberculose* Rapport Général 1922-1925 pp. 25-29. Pietro Del Vecchio (1884-1962) Diplômé de l'Université Laval à Montréal en 1908, il travaillait à l'Hôpital Saint-Paul et à l'Institut Bruchési. Il enseignait la diététique à l'Université de Montréal.

des conceptions mises à l'écart, les médecins s'appliquaient d'abord à cultiver les immunités naturelles chez les individus dans l'espoir d'obtenir des résultats plus durables. Durant les neuf premières années d'activités, on effectuait les examens cliniques, l'enseignement de l'hygiène et la prescription de toniques routiniers d'usage. Mais, de dire Del Vecchio, "depuis deux ans, nous nous appliquons surtout à préparer les terrains et nous n'accordons aux microbes que l'attention qu'ils méritent". Il s'inscrivait dans la ligne de pensée du docteur Daigle, médecin de la Crèche de la Miséricorde au début du siècle, dont nous avons fait état en première partie. Del Vecchio poursuivait: "...nous avons compris que toutes les maladies qui ne cessent d'affliger l'humanité sont dues à des troubles de nutrition, préparés dans le sein de la mère et pendant l'enfance, causés par une mauvaise hygiène générale, et en particulier par une alimentation nocive et défectueuse". Les mesures de prophylaxie et la lutte anti-microbienne s'avéraient insuffisantes pour enrayer la tuberculose, il fallait fortifier la constitution des enfants. Il considérait que "la tuberculose est une maladie de civilisation et de déchéance plus qu'une infection microbienne pure et simple" (130). Ainsi, la lutte ne devait pas être menée comme un combat anti-microbien seulement, mais surtout au niveau de la réceptivité et de la résistance du terrain organique. Cette notion de terrain avait été développée dans les enseignements de Ribadeau-Dumas (131). Elle répondait à celle de "lutte pour l'existence" et ouvrait la voie à la notion d'individualité biologique.

A partir de ce moment, le dispensaire pour enfants limitait ses soins aux enfants exposés au bacille tuberculeux ainsi qu'à ceux souffrant de troubles sérieux de la nutrition. Et devant la nécessité d'un diagnostic précoce, Del Vecchio préconisait la cuti-réaction à la tuberculine de Von Pirquet pour tous les malades de son dispensaire. De plus, le service social sur le point d'être créé à l'Institut, devait accorder une attention particulière aux enfants. Finalement, il estimait que la lutte

130 P. Del Vecchio, "Les syndromes de la tuberculose", *UMC* 55, 4, avril 1926, pp. 213-224
131 E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas, *op. cit.*, p. 372

antituberculeuse devait s'exercer depuis la fécondation puisqu'il fallait diriger les efforts du côté du "terrain" (132).

Del Vecchio était engagé depuis un bon moment déjà dans la lutte pour le sauvetage de l'enfance; il avait travaillé au dispensaire de pédiatrie de l'Hôpital Notre-Dame, il avait été assistant à la clinique des maladies contagieuses à l'Hôpital Saint-Paul et il avait participé à la fondation de la goutte de lait de l'Enfant-Jésus. De plus, il était chargé du cours de diététique à la faculté de médecine. Suivant ses convictions, au moment où la pasteurisation du lait était rendue obligatoire à Montréal en mai 1926, il se prononçait contre la pasteurisation du lait, lui préférant la certification (133). Il considérait que la pasteurisation dénaturait le lait, le dévitalisait considérablement et était générateur d'altérations digestives qui mettaient les enfants en état d'aptitude morbide. Ce péché contre l'orthodoxie lui valut la destitution de son poste de professeur de diététique (134). Notons que Del Vecchio n'était pas seul à soutenir cette position et que les médecins ne faisaient pas l'unanimité sur la question même en 1942, quand la Ligue canadienne de santé du Québec faisait pression pour obtenir la pasteurisation du lait à l'échelle de la province (135). La faculté de médecine de l'Université de Montréal votait alors une résolution à cet effet.

Au lendemain de la pasteurisation du lait rendue obligatoire à Montréal, l'épidémie de typhoïde qui surgissait en 1927, vraisemblablement véhiculée par le lait, (la *Montreal Dairy* était en cause), semblait donner raison à Del Vecchio qui pointait du doigt le manque de surveillance et la négligence coupable sur les lieux de production du lait et déplorait la foi aveugle dans la pasteurisation. A

132 P. Del Vecchio, "L'enfant et la tuberculose", *L'Action Médicale*, V, 1, janvier 1929

133 P. Del Vecchio, "Le lait pasteurisé", *L'Action Médicale* 2, 2 (février 1926), p. 9 ; "L'enfant Lait cru et pasteurisé", *L'Action Médicale* III, 11, novembre 1927, p. 223

134 P. Del Vecchio, "L'épidémie de typhoïde Le lait: les leçons que nous pouvons en tirer", *L'Action Médicale* 3, 6 (juin 1927), p. 1

135 A. Lesage, "La pasteurisation du lait ordinaire", *UMC* 72, mars 1943, p. 261. La pasteurisation du lait était rendue obligatoire dans la province ontarienne en 1937.

cette lutte uniquement anti-microbienne, il opposait le développement de la force de résistance de l'organisme chez l'individu, par la diététique. Il publiait régulièrement ses cours de diététique dans *L'Action Médicale*, et portait une attention particulière à la diététique maternelle et infantile puisqu'il soutenait qu'il fallait s'adresser "au terrain". Ses prises de positions ne l'empêchaient pas de poursuivre son action au dispensaire des enfants de l'Institut Bruchési.

Pendant ce temps, le Bureau des oeuvres sociales de la Commission scolaire catholique de Montréal, administrait les cantines scolaires dans les écoles primaires de Montréal et en faisait sa principale activité (136). S'inspirant du modèle américain, la distribution quotidienne du lait dans plus de 200 écoles montréalaises en 1941, débutait timidement dans quelques écoles dix ans plus tôt; le lait était gratuit pour les nécessiteux. Ce service social effectuait des enquêtes économiques et sociales auprès des familles, pour sélectionner les pauvres.

Le faible poids, le développement anthropométrique insuffisant, la fatigue, la mauvaise dentition, constituaient autant de facteurs révélateurs. Bien au fait de ces problèmes, l'Hôpital Sainte-Justine inscrivait en 1934 à son programme d'éducation populaire commencé cinq ans plus tôt, des démonstrations culinaires sur la préparation des aliments pour les jeunes enfants.

Les initiatives précitées marquaient l'importance que prenait la diététique dans l'état de santé, importance qui se traduisait en juillet 1936, par l'établissement d'une division de la nutrition au sein du Service provincial d'hygiène; elle commençait ses activités en 1937 et les deux premières années étaient consacrées à l'organisation générale, à la formation du personnel et à un travail de propagande auprès des institutions (137). Cependant, la croissance de cette division demeurait

136 Alice Lebel, "Le service social à l'école", *Relations* septembre 1941, pp. 242-243

137 Premier rapport annuel du Ministère de la Santé et du Bien-être social, 1944, p. 182

lente puisque jusqu'en 1945, une seule nutritionniste était attachée à la division, le personnel se composant d'infirmières. Vingt ans après sa fondation, la division comptait 6 nutritionnistes à son emploi (138). L'Université de Montréal créait en 1942, l'Institut de diététique et de nutrition (139) qu'elle confiait à la direction de Madame Smith, de Toronto. Le gouvernement fédéral constituait de son côté, une division de la nutrition au ministère de la santé, en 1941; les problèmes de nutrition chez les enfants étaient au nombre des préoccupations des responsables de la Division de l'hygiène de l'enfance (140).

Le Camp David

La conviction s'imposait à l'effet que la tuberculose demandait toujours un traitement général et au nombre des instruments de lutte il fallait compter, en Europe (141) d'abord et ailleurs dans le monde occidental par la suite, l'institution des "Écoles de plein air". Ces écoles, dont Lapierre (142) se faisait ici le promoteur, devaient offrir des cures d'air et de soleil quotidiennes, des exercices respiratoires et de la gymnastique, un programme pédagogique de trois heures par jour au maximum et, orientation non négligeable, des travaux de jardinage susceptibles de développer éventuellement le goût de la terre. Le projet se concrétisait dans une formule plus modeste, quelques mois plus tard.

138 J.E. Sylvestre, "Les ailes qui s'ouvrent", *UMC* 84, décembre 1955, pp. 1412-1419

139 D. Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine, op. cit.*, p. 326. En 1942 également, pour répondre aux exigences de l'*American College of Surgeon*, l'Université Laval affiliait l'École d'enseignement ménager Saint-Pascal de Kamouraska, devenue l'École normale classico-ménagère qui prenait le nom d'École supérieure des sciences domestiques et déménagement à Québec en 1947.

140 N. Laporte, "L'examen physique de l'enfant et la recherche de la dénutrition", *UMC* 72, juin 1943

141 Les Écoles de plein air étaient mises en place à Berlin en 1904 et en Angleterre en 1907 par des associations qui luttèrent contre la tuberculose: Linda Bryder, "Wonderlands of Buttercup, Clover and Daisies. Tuberculosis and the Open-Air school movement in Britain, 1907-39", dans R. Cooter, *In the Name of the Child*, chapitre 3

142 Gaston Lapierre, *L'École de plein air*, Montréal 1925. Les anglophones inauguraient en 1931 un institut pour enfants tuberculeux le *Jeffrey Burland Open Air School*.

En 1925, les médecins menaient une expérience sur 50 enfants choisis parmi les plus malades du dispensaire en mettant l'accent sur le développement de la résistance à la maladie. Un camp d'été ouvert dans le parc Maisonneuve permettait de soumettre ces enfants à certaines règles d'hygiène générale et alimentaire. Les résultats s'avéraient à leurs yeux concluants puisqu'on y constatait des "transformations physiques et mentales rapides et décisives". Les médecins préconisaient par la suite les colonies de vacances dont J.E. Dubé était le président-fondateur.

Situé à Oka, le Camp David, ainsi nommé en l'honneur du secrétaire provincial qui a pris une part active dans la lutte contre la tuberculose, donnait suite à l'expérience urbaine. Le service médical en était confié au docteur Vigeant. Ce camp de santé élisait finalement domicile au lac l'Achigan, où il connaissait une expansion importante.

La vie au camp n'était pas considérée précisément comme une vacance mais comme un traitement faisant suite à l'examen, aux soins et à la surveillance médicale, auxquels l'enfant était soumis à l'Institut Bruchési pendant l'année scolaire. L'enfant faisait l'apprentissage des règles d'hygiène très strictes dans l'espoir de développer chez lui des habitudes de vie saine qu'il devait transposer dans son milieu familial. Le gain de poids était l'indice mesurable des bienfaits du camp. En 1948, le service B.C.G. y était inauguré (143).

Si durant les années de crise économique, devant l'insuffisance des revenus, le camp ne pouvait accueillir tous les enfants que ses installations lui permettaient, à partir de 1934, le nombre d'enfants accueillis augmentait jusqu'à atteindre en 1941, 547 enfants et en 1950, 660 enfants. La durée du séjour était d'environ deux mois (144). Enfin, pendant la guerre, le camp de santé Bruchési jetait les bases de l'organisation d'un sanatorium pour enfants tuberculeux en hospitalisant,

143 E. Autotte, "Le service B.C.G. inauguré au camp Bruchési", *UMC* 78, janvier 1949, p. 109. E. Autotte était médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

144 Le bilan est contenu dans le rapport 1950-51

durant les mois d'automne dans son pavillon central aménagé à l'épreuve du froid, 30 enfants tuberculeux. (145)

2.2.4.2 Le vaccin B.C.G.

Le programme de lutte antituberculeuse tracé par J.E. Dubé (146) en 1928 comportait un important volet concernant les enfants où l'approche diététique était doublée d'une approche bactériologique. Si certaines organisations étaient déjà en activité, d'autres se présentaient comme des objectifs à réaliser.

Le vaccin antituberculeux B.C.G., découvert par Calmette et Guérin connaissait son application à l'espèce humaine de juillet 1921 à juillet 1922 sur 120 nouveau-nés, avec le docteur B. Weill Hallé de l'École de puériculture de Paris (147); des tests étaient menés concurremment à l'Institut Pasteur d'Alger et à Dakar. Les premières publications de Calmette et ses collaborateurs, remontaient à 1924 dans *La Presse Médicale*.

Le Comité national de recherches d'Ottawa acceptait le projet proposé par l'Université de Montréal de reprendre au Canada la méthode de vaccination des nouveau-nés proposée par Calmette (148). Le protocole suivi était celui adopté à la Conférence technique pour l'étude de la vaccination antituberculeuse au B.C.G., réunie à Paris en 1928

145 J.A. Corrigan, médecin pédiatre à Notre-Dame, était surintendant médical des camps de santé David et Perron de 1927 à 1938. On y organisait une clinique dentaire avec la coopération du Bureau de l'École dentaire.

146 J.E. Dubé, "Programme de lutte antituberculeuse". *Institut Bruchési de Montréal Rapport général 1927 et 1928*, p. 24

147 J.A. Baudouin, *Cours d'hygiène*, p. 335; J.A. Bourgoïn, "La vaccination antituberculeuse", *École sociale populaire*, février 1929, pp. 1-30

148 J.A. Baudouin "La vaccination contre la tuberculose par le B.C.G.", *UMC* 58, 5, mai 1929, pp. 274-282; *UMC* 58, 6, juin 1929, p. 329; "La vaccination antituberculeuse au B.C.G.", *UMC* 69, avril 1940, pp. 396-399; Denis Goulet *Histoire de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal 1843-1993* Montréal, V.L.B. éditeur 1993, p. 219. Pour la France, voir : C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 206

sous les auspices de la Société des Nations. C'était la première expérience de bactériologie expérimentale d'envergure menée en milieu francophone. Une souche de ce vaccin de bacilles vivants atténués préparée par l'Institut Pasteur, arrivait à Montréal par l'entremise du professeur Auguste Pettit de l'Institut Pasteur, en 1926. (149) Sous sa direction, le docteur J.A. Baudouin entreprenait des travaux de recherche. En 1928, avec l'ouverture du département d'obstétrique, l'Hôpital Sainte-Justine entrait dans le mouvement et les nouveau-nés étaient vaccinés avec le consentement des parents (150). L'hôpital incluait dans ses projets de recherche, pour lesquels il demandait une subvention à la *Rockefeller Foundation* (151), l'étude clinique et expérimentale de la tuberculose chez l'enfant et la création d'un centre de distribution du B.C.G.. A noter que les essais étaient souvent répétés sans tenir compte des observations faites antérieurement par d'autres chercheurs; cette redondance des expériences étaient dénoncée aux États-Unis (152).

La préparation et l'administration d'un vaccin vivant atténué étaient alors considérées en Amérique comme un procédé dangereux. Ailleurs au Canada, particulièrement à l'Université d'Alberta, on poursuivait des épreuves de pathogénicité sur les animaux et les conclusions confinaient à la prudence; les preuves d'efficacité et de sécurité faisaient défaut (153). A la Société médicale de Montréal le 19 février 1929, certains médecins étaient défavorables à la vaccination de masse, alors que Baudouin la préconisait.

La préparation du vaccin au laboratoire de bactériologie de la faculté de médecine, relevait du docteur J.A. Breton, tandis que le

149 J.C. Bourgoin, "La vaccination antituberculeuse", *École sociale populaire* 180, février 1929. 30 p.

150 J.A. Jarry, "L'Institut Bruchési de Montréal", *UMC* 77, juillet 1948, pp. 884-886

151 AHSJ, dossier 126-1, Lettre à E. Vincent, président de la *Rockefeller Foundation*, 12 septembre 1929. Refus: 17 septembre 1929

152 Susan E. Lederer, "Orphans as Guinea Pigs. American children and medical experimenters" dans R. Cooter, *In the Name of the Child* Chapitre 4,

153 *Bulletin de l'Association canadienne antituberculeuse* 7, 1, septembre 1928, p. 3 et 7, 3, mars 1929, p. 2

docteur Baudouin était responsable des essais du vaccin (154). Ce dernier limitait ses travaux aux aspects épidémiologiques et statistiques et présentait ses résultats à la Société de phthisiologie de Montréal sous le titre *B.C.G. chez nous Statistiques*. L'École d'hygiène sociale appliquée devenait le centre de distribution de ce vaccin, où une infirmière hygiéniste était chargée du service. Le dépistage de la tuberculose se faisait alors par l'application systématique du Von Pirquet (155).

La faculté de médecine confiait au microbiologiste Armand Frappier (1904-1991) de retour d'un stage d'études à l'Institut Pasteur et au Rockefeller Institute, la préparation du vaccin à partir d'une nouvelle souche apportée de Paris en 1933. Cette précaution était prise à la suite du décès par tuberculose de J.A. Breton. Armand Frappier obtenait des fonds importants du Conseil national des recherches pour pousser l'étude expérimentale du B.C.G.. Ce vaccin constituait dès ce moment un outil privilégié dans la lutte contre la tuberculose et en 1935, un montant de 2 000\$ était alloué par le gouvernement provincial pour en assurer la distribution (156). En 1936, 10 dépôts de vaccins existaient à Montréal dans les hôpitaux Sainte-Justine, Saint-Luc, Notre-Dame, Sainte-Jeanne-d'Arc, Miséricorde, Général de Montréal est, Général de Verdun, à l'Assistance Maternelle et dans deux pharmacies (157). L'École d'hygiène sociale appliquée demeurait le centre de contrôle des vaccinations et en août 1936, on comptait au total, 10 000 vaccinés B.C.G. . En 1938, le laboratoire B.C.G. était intégré à l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal au moment de sa fondation; il en devenait le moteur.

Pour sa part, l'Hôpital Sainte-Justine qui cherchait toujours à harmoniser son expansion avec les besoins de l'Université, s'engageait

154 J.A. Baudouin, "L'École d'hygiène sociale appliquée", *Revue trimestrielle canadienne*, 17, juin 1931, pp. 186-202

155 J.A. Baudouin, "L'École d'hygiène..." *op cit.*,

156 Denis Goulet, *op. cit.*, p. 228

157 A. Seguin, "Le service B.C.G. à Montréal", *Bulletin AMLFAN* 3, 1937, pp. 420-423

en 1933, dans le dépistage de la tuberculose, en mettant sur pied avec le docteur Louis Roux de l'Institut Bruchési, une consultation, confiée l'année suivante, au docteur Alphonse Lafleur. Les enfants élevés au contact des tuberculeux et présentant certains symptômes apparentés à la tuberculose, étaient examinés et suivis en clinique externe. De plus, on pratiquait systématiquement l'épreuve à la tuberculine sur tout enfant entrant dans le service de médecine (158). Parallèlement, en août 1934, l'hôpital créait, sous la responsabilité de l'infirmière Madeleine Magnan, un service social pour le B.C.G., rattaché au service médico-social dirigé par Gaston Lapierre.

Le drame de Lübeck en Allemagne, où en 1931, sur 252 enfants, 77 mouraient de tuberculose à la suite d'une vaccination au B.C.G., malgré qu'un procès révélait la contamination du vaccin, avait relancé la controverse sur les dangers de l'inoculation d'un bacille vivant atténué et constituait une redoutable épreuve pour la réputation du B.C.G.. Il en allait de même du décès de Breton. Il fallait démontrer que la virulence du vaccin ne se réveillerait pas. Le but du service social était de recenser les enfants vaccinés à l'Hôpital Sainte-Justine depuis 1928, pour contrôler l'efficacité de la prophylaxie (159) et exécuter la revaccination au besoin. Entre 1928 et 1934, 634 enfants avaient été vaccinés à l'Hôpital Sainte-Justine. Les visites sociales pour contrôler le B.C.G. se poursuivaient par la suite.

158 A. Léveillé, "Importance de la réaction à la tuberculine", *AMCHSJ* 3, 1, 1938, pp. 57-62

159 27^e *Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Justine*, p. 61; G. Lapierre, "Le B.C.G. à l'Hôpital Sainte-Justine", *AMCHSJ* 4, 4, mai 1945, pp. 20-27

Tableau 2-3

**Visites B.C.G.
effectuées par l'Hôpital Sainte-Justine**

Année	Visites
1936	1900
1941	5689
1943	5531
1944	7209
1945	6883
1946	5660
1947	4986
1948	5946

Au décès de Lafleur, W. Major prenait charge du dépistage de la tuberculose à l'Hôpital Sainte-Justine en décembre 1946 et ce, jusqu'au début des années soixante. En consacrant un important secteur de son service social à la prévention de la tuberculose, l'Hôpital Sainte-Justine apportait une contribution non négligeable à la lutte entreprise mais surtout, il contribuait au contrôle expérimental du B.C.G. d'une façon significative. En pédiatrie, la médecine préventive et la médecine curative ne constituaient donc pas des secteurs isolés.

La clinique B.C.G.

Le 1er octobre 1935, la clinique B.C.G. était inaugurée par le professeur parisien Emile Sergent, grâce à l'initiative d'Athanase David. Dans un premier temps, elle pouvait accueillir 10 patients et relevait de

l'Assistance maternelle jusqu'en 1938 (160). Par la suite, elle était confiée à des administrateurs sous la présidence de Madame Simonne David Raymond. Située rue Saint-Hubert près de la rue Cherrier, elle était placée au moment de sa fondation, sous la direction médicale du pédiatre Albert Guilbeault (161)

La clinique était une oeuvre d'assistance publique qui fonctionnait avec l'aide du gouvernement provincial où Guilbeault considérait qu'il menait "une véritable expérience de laboratoire". La clinique avait pour but de retirer les nouveau-nés dès leur naissance des milieux contaminés par la tuberculose, de les isoler et de les vacciner par voie buccale dans les dix jours qui suivaient la naissance ou par voie sous-cutanée après un mois. Le nourrisson était généralement remis aux parents après quatre à six mois, période pendant laquelle les parents ne pouvaient voir leur enfant qu'à travers une baie vitrée. Les enfants étaient également immunisés contre la coqueluche et la diphtérie. En neuf ans, 433 enfants étaient passés par la clinique; on enregistrait 20 décès (162). Avec le temps, la clinique devenait un véritable hôpital sans chirurgie qui pouvait recevoir jusqu'à 90 enfants (163). En 1948-49, 236 enfants avaient été hospitalisés pour un total de 20 244 jours d'hospitalisation et on comptait

160 Yvonne Martineau, *L'Assistance maternelle à Montréal*, Service social, Université de Montréal 1948, 60p., p. 40; Madeleine Doyon, "La Clinique B.C.G. prend un nouvel essor", *L'hôpital d'aujourd'hui*, II, 11, novembre 1956, p. 28. Au ministère de la santé, en décembre 1938, on créait une division de la tuberculose.

161 Albert Guilbeault (1908-1973) était assistant bénévole à l'Hôpital Sainte-Justine en 1932 avant d'obtenir une bourse du gouvernement provincial pour poursuivre des études en pédiatrie, d'abord à Paris puis à Londres, Strasbourg et New York. Il revenait à l'Hôpital Sainte-Justine dans le service de contagion. En 1937, il joignait les rangs de l'*American Academy of Pediatrics* et ceux de la *Society for the Study of Diseases of Children* en 1943. Au moment où le service de pédiatrie à l'Hôpital Notre-Dame étendait ses cadres en 1947, il succédait à J.A. Leduc à la direction du service et ce jusqu'en 1965. Reconnu spécialiste en pédiatrie par le Collège des médecins et chirurgiens du Canada en 1951, il devenait associé du même organisme en 1972. Il dirigeait le supplément mensuel de la revue *La Famille*. Il était élu conseiller municipal sous la bannière de la Ligue d'Action civique en 1954 et 1957.

162 Norbert Vézina, "Vaccination anti-tuberculeuse: le B.C.G." *UMC*, 73, novembre 1944, p. 1330-1335. Norbert Vézina (1913-1967) diplômé en médecine en 1938, succédait à Guilbeault à la direction de la clinique B.C.G..

163 A. Guilbeault, "Vaccination par le B.C.G. avec isolement", *UMC* 77, décembre 1948, pp. 1429-1432

16 décès, alors que 64 enfants étaient suivis au dispensaire (164). Cette clinique prenait le nom d'Hôpital Marie-Enfant en 1965 au moment de lui attribuer une nouvelle vocation.

Un service social était chargé des visites prénatales pour obtenir le consentement des parents à l'isolement du nourrisson et ses infirmières suivaient l'enfant après son retour à la maison. La clinique organisait une revaccination périodique. En 1943, dans le but de déterminer la contagiosité du milieu familial, un service de radiologie était mis sur pied sous la direction d'Albert Jutras. La clinique retenait également les services de l'anatomo-pathologiste J. Luc Riopelle.

Pour mener à bien des études épidémiologiques financées par l'État, des services sociaux créés à cette fin, exerçaient des pressions auprès des familles pour obtenir leur consentement à disposer de leur enfant dans une clinique-laboratoire. Sous le couvert de la prévention, les services sociaux naissaient à l'ombre de l'autorité médicale et marquaient une ingérence sans précédent dans la vie familiale. Entre 1935 et 1947, 1071 enfants séjournaient à l'hôpital et on y déplorait 53 mortalités. Avec un taux de mortalité de 4.9%, Guilbeault croyait avoir démontré la valeur du B.C.G. et présentait les résultats obtenus à la clinique B.C.G., seule du genre en Amérique du Nord, au premier Congrès international du B.C.G., tenu à Paris en juin 1948. Guilbeault et Frappier étaient invités par l'Institut Pasteur.

A la suite des résultats présentés à Paris, le Ministère provincial de la Santé intégrait la vaccination B.C.G. à son programme de médecine préventive en 1949. Pourtant, ce vaccin ne faisait pas toujours l'unanimité chez les pédiatres. Longpré (165) commentait les travaux publiés à la suite d'une immunisation massive en URSS et qui à ses yeux, démontrait l'efficacité bien relative du B.C.G.. D'autres moyens de prévention plus

164 Commission Sylvestre, *Enquête sur les services de santé de la Province de Québec* t. VII, p.41

165 Société de pédiatrie, 13 janvier 1949, *UMC* 78, avril 1949, p. 485

efficaces étaient à rechercher, selon lui. En 1960, une résolution du Conseil médical de l'Hôpital Sainte-Justine stipulait que la vaccination B.C.G. était offerte par l'infirmière du B.C.G., mais seul le pédiatre traitant décidait de la vaccination (166). La vaccination systématique du B.C.G. était interrompue dans les cliniques préscolaires et dans les écoles montréalaises à la fin des années soixante. A cette époque, l'immunologie avait fait quelques progrès après avoir étudié les mécanismes de résistance et les mécanismes d'immunité naturelle à l'infection (167). On comprenait l'importance de ne pas contrecarrer ces mécanismes en leur substituant une immunité artificielle de valeur inférieure ou comportant des complications trop importantes en regard des avantages retirés. Même si les calendriers de vaccination étaient révisés périodiquement, ils accusaient des retards appréciables, d'affirmer Joncas.

Il appert que l'emploi du B.C.G. très répandu au Québec l'était peu ailleurs au Canada (168). Selon Wherrett, depuis 1926, sur 4 000 000 de vaccinations ou revaccinations exécutées au Canada, 3 200 000 étaient effectuées au Québec. Pourtant, la diminution de la tuberculose dans le reste du Canada se faisait plus rapidement. L'exemple de l'usage du B.C.G. nous met en présence d'une pratique médicale qui relève tout autant du domaine culturel que du domaine scientifique et témoigne de l'ambition de quelques médecins montréalais, à adhérer à un milieu scientifique. (169) Il ressort surtout que le déclin de la tuberculose ne saurait être attribué trop exclusivement à l'emploi du B.C.G. dont la protection n'était pas absolue et d'une durée mal connue.

166 AHSJ, 24, O, 2 Obstétrique-gynécologie 1955-1973

167 J. Joncas, "Les immunisations et les problèmes qui leurs sont reliés", *UMC* 100, juin 1971, pp. 1124-1130. L'arrivée de Jean Joncas à l'Hôpital Sainte-Justine en juin 1970 favorisait la mise sur pied d'une unité des maladies infectieuses bien structurée. Il était professeur agrégé de microbiologie et d'immunologie délégué au département de pédiatrie et partageait ses activités entre l'Institut de microbiologie et d'hygiène et l'Hôpital Sainte-Justine.

168 G.J. Wherrett, *The Miracle of the Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*, p. 65

169 E. Freidson, "Divergences médicales dans la définition et le traitement des maladies", *op. cit.*, p. 262

Le placement familial.

En 1930, une loi (170) permettait d'établir l'Oeuvre du placement familial apparentée à l'oeuvre française Grancher, fondée en 1903. Ce service préventif qui relevait du service social de la clinique B.C.G., avait pour but de retirer l'enfant dès sa naissance de son milieu familial contaminé par la tuberculose, pour le placer de préférence à la campagne, afin de le soustraire à la contamination. Les frais étaient assumés par le Service provincial d'hygiène qui versait une allocation mensuelle de 8\$ à la famille d'accueil. Il est particulièrement intéressant de noter que si les chances de survie des enfants étaient meilleures à la campagne avant 1935, la situation s'inversait par la suite (171). En novembre 1946, le Ministère de la santé fondait une division de l'Oeuvre du placement familial ayant des bureaux à Montréal, Québec et Trois-Rivières. (172) Ce service s'adressait aux enfants sains de foyer tuberculeux, de moins de douze ans.

Une enquête menée par Saint-Martin, directeur de la division de l'Oeuvre du placement familial, sur 200 enfants qui étaient passés par l'Oeuvre, démontrait qu'après des séjours variant de un à cinq ans le plus souvent interrompu par le décès du porteur de bacilles, 80% des enfants retournaient vivre dans des foyers surpeuplés et à faible revenu. En somme, l'Oeuvre était plus préoccupée des conditions bactériologiques que des conditions sociales de la tuberculose et témoigne ici encore, d'une approche bactériologique de la maladie.

Les mesures radicales de la clinique B.C.G. qui consistaient à retirer les nouveau-nés de leur foyer et le placement familial qui éloignait l'enfant de son milieu contaminé, tenaient peu compte du développement affectif de l'enfant et se poursuivaient même après l'avènement d'une

170 Statuts de Québec, 19 Geo V 1929, p. 147

171 A. Authier, *op. cit.*, tableau comparatif des mortalités infantiles rurale et urbaine, p. 56

172 Théo. Saint-Martin, "L'Oeuvre du placement familial", *UMC* 76, novembre 1947, p. 1349; *UMC* 78, janvier 1949, p. 110.

thérapeutique efficace et ce, en dépit des progrès de la pédo-psychologie.

La lutte à la tuberculose entreprise au début du siècle, portait essentiellement sur l'action préventive, les moyens curatifs s'avérant véritablement efficaces qu'après la deuxième guerre mondiale, avec l'utilisation de la streptomycine. Les enfants étaient sujets d'une attention particulière et les méthodes retenues visaient surtout à les éloigner de leur milieu familial. Faisant peu de cas des conditions socio-économiques qu'on se bornait à constater, deux approches étaient retenues: l'une diététique, l'autre bactériologique; elles relevaient de deux volets complémentaires de la prévention. Quant aux études épidémiologiques entreprises sur le B.C.G., elles ouvraient un nouveau champ à l'expertise médicale tandis que des nouveau-nés servaient à l'expérimentation.

2.2.5 Hygiénisme et professionnalisation

La conjoncture de l'entre-deux-guerres et la crise économique réunissaient les conditions d'émergence d'une véritable "culture du professionnalisme" caractérisée par le refus de toute forme d'autorité traditionnelle et d'amateurisme et par le mépris à l'égard de la médiocrité et l'incompétence, d'affirmer Fournier (173). Pourtant, le souci de conserver des privilèges ou d'en acquérir de nouveaux sur la base du diplôme, n'est pas toujours synonyme de compétence. Mais dans ce contexte, les institutions qui portaient l'empreinte de l'organisation charitable traditionnelle, devenaient la cible de ceux qui se sentaient lésés dans leur prestige et leurs privilèges.

L'intervention de l'État tant au niveau fédéral que provincial, suscitait chez certains médecins, la mobilisation. En 1925, au cours d'un *conventum*, les médecins diplômés de 1909, décidaient de fonder à Montréal, un journal mensuel qui tirait à 3000 exemplaires, *L'Action Médicale*, voué expressément à la défense de leurs intérêts professionnels. Leur association constituée en société en mars 1929, recrutait des membres qui avaient une certaine notoriété. Ils exerçaient une surveillance sur le Collège des médecins auprès de qui ils faisaient valoir leurs griefs; ils luttaient contre les charlatans et les chiropraticiens et mettaient de l'avant certaines revendications, par exemple: l'institution d'un cours universitaire de physiothérapie pour contrer l'action des chiropraticiens, l'obligation pour les hôpitaux d'avoir à leur service un pharmacien licencié etc.. Certains médecins voyaient d'un mauvais oeil la multiplication des oeuvres de bienfaisance, des dispensaires gratuits et des consultations municipales fréquentés, selon leurs prétentions, par de faux pauvres. De plus, certains estimaient que les visiteuses sanitaires supplantaient le médecin (174). L'opposition s'étendait également aux

173 Marcel Fournier, *L'entrée dans la modernité Science, culture et société au Québec*. Montréal, Saint-Martin 1986, p. 35

174 *L'Action Médicale* V, 8 (août 1929), p. 173

Unités sanitaires de comté (175). Des médecins développaient beaucoup d'appréhension à l'égard des Assurances sociales obligatoires et engageaient la lutte pour sauvegarder leurs privilèges (176).

La Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste établissait en 1919 un service de renseignements confidentiels pour ses associations affiliées dont le but avoué était l'établissement d'un meilleur diagnostic social et son traitement par l'évaluation du milieu familial dans son entier. C'était dans les faits un bureau de renseignements sur les indigents auquel participait l'Hôpital Sainte-Justine. Mais voilà que les contestations des médecins suscitaient la mise sur pied par la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste en 1927, d'un fichier central dont un des objectifs était le dépistage des "mendiants indignes qui exploitent la charité publique au détriment du véritable pauvre", service qu'elle se voyait contrainte d'abandonner l'année suivante (177). Le "Fichier central des oeuvres" était repris en 1934 pour coordonner le travail des oeuvres de bienfaisance qui s'affiliait au *Social Service Exchange* fondé en 1916 par la *Charity Organization Society* dans le milieu anglophone.

Entre-temps, le gouvernement provincial mettait sur pied en 1930 la Commission des assurances sociales du Québec, la Commission Montpetit. Des sept volumes publiés entre 1930 et 1933, le second traitait de la protection de l'enfance et recommandait d'instaurer un bureau provincial à cette fin. Il suggérait aussi la mise sur pied d'un régime d'assistance aux mères nécessiteuses, dont la loi était adoptée tardivement au Québec soit en 1937, après le Manitoba (1916), la Saskatchewan (1917), l'Alberta (1919), l'Ontario (1920) et la Nouvelle-Écosse (1930), tout en offrant les taux les plus bas. À ce propos, Gérard Pelletier qualifiait de "théoriciens de la débrouillardise" ceux qui allouaient 30\$ par mois à une mère et son enfant dans une localité de

175 A. Dumas, "La médecine et mon temps", *Recherches sociographiques* 16, 1, 1975, p. 31

176 *L'Action Médicale* V, 12 (décembre 1929), p. 244

177 AHSJ, dossier 203 Le fichier central des oeuvres, mars 1936; "Le fichier d'aide sociale", *La Bonne Parole* VI, 12.

moins de 5000 habitants, à condition que la mère ne gagne pas plus de 25\$ par mois par son travail (178).

La Commission Montpetit recommandait également de subventionner les associations bénévoles d'assistance à domicile qui étaient reconnues comme "institutions sans murs" à partir de 1932. Ces subventions accordées aux associations bénévoles ne pouvaient qu'assurer leur développement et n'étaient pas de nature à rassurer les médecins de pratique privée. Lors de la création en 1936 du ministère de la Santé et du Bien-être social (179), les services d'assistance et d'hygiène publiques se trouvaient regroupés sous une même autorité. Le ministère de la Santé était confiée au docteur Albiny Paquette et le docteur Jean Grégoire en était le sous-ministre (180). Le gouvernement cherchait à développer les soins médico-sociaux donnés à la population. Mais il n'est pas indifférent de constater que les médecins entreprenaient au même moment des moyens de pression dans les dispensaires. L'intervention gouvernementale poussait les médecins à la revendication.

2.2.5.1 Les gouttes de lait

En 1922, au moment où le docteur J.E.L. Miller en assumait la présidence, les gouttes de lait paroissiales se plaçaient sous la loi de l'Assistance publique (181) et recevaient une subvention annuelle de 10 000\$. Leur nombre se maintenait sensiblement, alors que les

178 Gérard Pelletier. *Histoire des enfants tristes*, l'Action nationale. Recueil d'articles parus dans le *Devoir* sur les crèches. (Vers 1950) Voir: Y. Vaillancourt, *op. cit.*, pp. 253-304

179 Hervé Anctil, Marc A. Bluteau, *op. cit.*, p. 70

180 Albiny Paquette, *Albiny Paquette soldat médecin maire député ministre 33 années à la Législature de Québec*, Montréal 1977, p. 97

181 *Fédération des Oeuvres d'hygiène infantile*. École sociale populaire, 162, 1927, Jacques Ernest Lucien Miller (1866-1942) président de la Fédération d'hygiène infantile jusqu'à son décès en 1942, il était également médecin de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Institut Bruchési.

consultations municipales connaissaient une importante expansion. Ce phénomène accompagnait celui de la professionnalisation et l'augmentation des budgets consacrés à la santé. Graduellement le bénévolat cédait la place à des emplois rémunérés impliquant une compétence reconnue.

En février 1927, le Bureau central des gouttes de lait paroissiales qui administrait la subvention de la ville, cessait d'exister au profit de la Fédération des oeuvres catholiques françaises d'hygiène infantile. En 1931, on comptait 23 gouttes de lait paroissiales sur lesquelles se greffaient des consultations prénatales qui avaient pour mission de donner des conseils aux mères et de les diriger vers leur médecin de famille (182), et des dispensaires préscolaires (183). Le bilan de 1936 affichait 43 consultations dirigées par le Service de santé, 19 consultations françaises relevant de la Fédération d'hygiène infantile et 8 consultations anglaises dirigées par la *Child Welfare Association*. (184)

La nouvelle Fédération se fixait pour objectifs d'ouvrir et de maintenir des consultations prénatales en collaboration avec l'Assistance maternelle, d'assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés par le biais des consultations de nourrissons, de protéger la santé des enfants par les visites à domicile des infirmières et enfin, de promouvoir l'éducation populaire. Le médecin chef devait être un pédiatre reconnu. Cette unification des activités de toutes les organisations françaises permettait une seule campagne de sollicitation mieux organisée et un meilleur contrôle des activités, parce que les Gouttes de lait subissaient depuis quelque temps, les foudres de certains médecins qui soutenaient

182 J.E. Laberge, "L'alimentation maternelle", *L'Action Médicale* VII, 1 (janvier 1931), p. 19

183 J.E. Laberge, "Éducation de l'enfant", *L'Action Médicale* VII, 3, (mars 1931) p. 47

184 Les gouttes de lait anglaises fonctionnaient indépendamment jusqu'en 1918 alors qu'elles s'affiliaient sous le nom de *Baby Welfare Committee*. En s'unissant à l'organisme de publicité, la *Child Welfare Association* (1918), elles en prenaient le nom en 1920. En 1935, les treize consultations passaient graduellement sous le contrôle du Service de santé. Voir B. Gaumer, *op. cit.*, p. 205. Voir en annexe III, la liste des médecins participants au *Montreal Lions Club Better Baby Clinic*

qu'elles leur causaient un tort considérable en leur soustrayant une clientèle aisée importante et qu'en définitive, elles n'avaient pas amélioré la mortalité infantile à Montréal (185). Elles étaient considérées comme une oeuvre discutable puisqu'elles s'occupaient des enfants élevés au biberon, qu'elles étaient dirigées par des pédiatres improvisés et présentaient des statistiques dont la valeur pouvait être mise en doute quant à la façon dont se faisait l'enregistrement des inscriptions et des décès. (186) Les griefs suscités par des membres de la profession médicale étaient suffisamment importants pour nécessiter la réorganisation. Une brochure publiée au même moment par le service municipal de santé (187), déclarait haut et fort que la place du bébé malade n'était pas à la consultation de nourrissons (188). De plus, elle enjoignait les mères à se placer sous la surveillance constante du médecin.

Le docteur J.E. Laberge qui sentait le besoin de donner la réplique, attribuait aux dispensaires tout le bénéfice de la diminution de la mortalité infantile (189). Les causes de cette mortalité étaient attribuées à la "mauvaise nutrition", dénomination qui réunissait les cas de gastro-entérite (39.1%) et les cas de débilité congénitale (28%), le logement insalubre et le manque de soins dans les familles nombreuses. Mais il reconnaissait par la même occasion, que toutes les gardes-malades des gouttes de lait n'étaient pas diplômées. Elles étaient le plus souvent recrutées chez les dames patronnesses dont le rôle consistait à rabattre la clientèle et à organiser des distributions de prix pour les enfants ayant fréquenté la consultation. Or, selon le secrétaire de la Fédération

185 "Les gouttes de lait paroissiales de Montréal" *L'Action médicale*, 2, 12, (décembre 1926), p. 5; 2, 10 (octobre 1926), p. 15; "La Fédération infantile" *L'Action médicale* IV, 3, mars 1928

186 Sur la méthode comptable des inscriptions dont se plaignaient les médecins: D. Baillargeon, "Fréquenter les Gouttes de lait. L'expérience des mères montréalaises 1910-1965", *RHAF* 50, 1, 1996, p. 37. Cet article contient des tableaux se rapportant aux inscriptions des gouttes de lait.

187 Service de santé de la cité de Montréal, *L'hygiène de l'enfant au premier âge*. 1929, 32p.

188 *ibid.*, p. 32

189 J.E. Laberge, "Conférence du Dr E. Laberge", *L'Action Médicale* V, 7 (juillet 1929) pp. 147-151

d'hygiène infantile, L. Lamoureux, les consultations municipales et le *Child Welfare* employaient une infirmière diplômée par centre, alors que la Fédération employait 6 infirmières diplômées pour ses 24 centres en 1934 (190).

Cette mise en cause de la compétence des infirmières avait suscité dès 1925, un projet d'entente élaboré entre l'École d'hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal et les gouttes de lait paroissiales; des cours étaient donnés par l'école aux infirmières des gouttes de lait et le service cherchait à évoluer vers une professionnalisation de son personnel. Les gouttes de lait recevaient également une appréciation mitigée dans la population (191).

2.2.5.2 La vaccination

Dans les maladies contagieuses si fréquentes chez les enfants, la vaccination et la sérothérapie demeuraient les principaux moyens d'action. À l'Hôpital Sainte-Justine, on s'y était très tôt intéressé; ses médecins trouvaient dans le milieu hospitalier le lieu propice à l'observation et à la mise au point de techniques d'application (192).

La diphtérie constituait une maladie redoutée et la sérothérapie préventive procurait une immunité de deux à trois semaines et de nombreux effets secondaires; elle était indiquée surtout dans un foyer

190 L. Lamoureux, *L'Action médicale* X, 2, février 1934, p. 264

191 D. Baillargeon, *Ménagères au temps de la Crise*, p. 119

192 H. Baril, "La vaccinothérapie dans la méningite cérébro-spinale", *AMCHSJ* 1, 2, mai 1931, pp. 21-24; J.A. Léveillé, "Le sérum d'adulte comme moyen de prophylaxie de la rougeole", *AMCHSJ* 2, 3, 1936, p. 46; G. Lapierre, "Un traitement efficace de la coqueluche", *AMCHSJ* 1, 4, mai 1933. Dans le but de promouvoir de meilleurs services sanitaires au Canada, Ottawa créait en 1921 un laboratoire en vertu de la loi des aliments et drogues, qui soumettait les médicaments biologiques à des épreuves qualitatives, pour échapper à la distribution de vaccins mal contrôlés. Ce laboratoire d'hygiène prenait le nom de Centre canadien des maladies contagieuses en 1970. On lira avec intérêt: S. Lederer, "Orphans as Guinea Pigs" dans *In the Name of the Child*, chapitre 4

épidémique. Lapiere (193) débutait en 1922, l'immunisation contre la diphtérie à l'aide du mélange toxine-antitoxine auprès de 50 enfants de l'Hôpital Sainte-Justine, à l'occasion d'un "dimanche du praticien", une journée d'étude ouverte à la communauté médicale. Outre l'inconvénient de la méthode, ce sérum équin présentait certains dangers et Lapiere reconnaissait avoir eu à cette occasion, quelques réactions très fortes. Après 1926, l'immunisation se poursuivait à l'École d'hygiène sociale appliquée où Lapiere enseignait, avec l'anatoxine de Ramon plus sécuritaire et où la méthode subissait les ajustements nécessaires. De son côté, Téléphore Parizeau menait une importante campagne pour la fabrication de l'anatoxine de Ramon à l'Hôpital Saint-Paul en 1927 (194).

A leur tour, les consultations de nourrissons s'impliquaient dans la prévention des maladies contagieuses en pratiquant l'immunisation contre la diphtérie dès 1928. Et parce que le dépistage des maladies contagieuses avait ouvert la voie à la vaccination des écoliers, le procédé s'étendait aux écoles en 1932, après que les médecins du service d'hygiène de l'enfance aient reçu une formation à l'École d'hygiène sociale appliquée (195). Dans cette foulée, le Service de santé montréalais orchestrait une propagande intensive en faveur de la vaccination antidiphtérique qui, pour les trois premiers mois de 1933, pouvait compter 20 000 enfants immunisés (196). Les praticiens jetaient les hauts cris au moment du déclenchement de cette campagne (197). Les docteurs S. Boucher et J.A. Baudouin, sujets de critiques acerbes, étaient considérés comme des personnes nuisibles à la profession (198).

193 G. Lapiere, "État actuel de la prophylaxie de la diphtérie", *Revue trimestrielle canadienne* XVI, mars 1930, pp. 63-85; "Mémoire sur la vaccination antidiphtérique", *UMC* 79, novembre 1950, pp. 1265-1269;

194 L. Deslauriers, *op. cit.*, p. 124. Parizeau et Bernier avaient été délégués par le gouvernement québécois pour étudier l'organisation des laboratoires Connaught et l'École d'hygiène de Toronto en 1925.

195 A. Groulx, "La division de l'hygiène de l'enfance au service de santé de Montréal. Son histoire et son programme actuel", *UMC* 79, novembre 1950, p. 1323

196 Dominion du Canada, Rapport du Ministère des Pensions et de la Santé Nationale 1933, p. 120. Pour la campagne d'immunisation contre la diphtérie, voir: B. Gaumer, *op. cit.*, p. 189

197 "Réflexions pour le Carême", *L'Action médicale* XI, 3, mars 1935, p. 498

198 *L'Action médicale* 13, 6 juin 1937

Certains médecins devenaient carrément hostiles au développement des services médicaux de santé publique. (199) Les interventions du Service de santé se heurtaient aux intérêts des médecins. Le docteur Boucher quittait le poste de directeur du Service de santé en 1937 et Adélard Groulx (200) lui succédait. Quant à l'École d'hygiène sociale appliquée dirigée par Baudouin, elle perdait son statut "d'école annexée à une faculté" en septembre 1939, pour devenir un département de la faculté de médecine.

Sans reculer devant cette levée de boucliers mais quand même sensible à la critique, la division de l'hygiène de l'enfance en 1938, profitant de la réorganisation, engageait un pédiatre consultant à temps complet tout en poursuivant son programme d'immunisation. Lapière (201), dans un discours à l'occasion de l'ouverture des cours à la faculté de médecine, s'appliquait à convaincre les étudiants d'écartier l'indifférence, et encore plus l'hostilité, à l'égard des services d'hygiène.

En 1941, la "Semaine d'immunisation contre la diphtérie" était inaugurée par l'action conjointe du Service de santé, de la Ligue canadienne de santé qui était financée par la charité privée, des compagnies d'assurances et des grandes compagnies. Elle était précédée d'un symposium sur la diphtérie organisé par la Société médicale de Montréal, pour mieux préparer l'opinion médicale. Quatre ans plus tard, on y ajoutait l'immunisation contre la coqueluche dans un vaccin combiné coqueluche/diphtérie et en 1953 on y associait le tétanos. Au programme régulier d'immunisation et de vaccination s'ajoutait en 1971 la vaccination contre la rougeole et la rubéole. En 1948, le bilan se

199 R.A. Meckel, *op. cit.*, p. 127. Critiques des médecins américains à l'égard des services municipaux de santé et des activités philanthropiques.

200 Adélard Groulx (1897-1978). Chef interne en 1924 puis médecin bénévole au dispensaire de l'Hôpital Sainte-Justine en 1925, il poursuivait sa formation au Centre médical Johns Hopkins de Baltimore. Il était professeur d'hygiène publique à la faculté de médecine. En 1928, il remplaçait E. Gagnon à la tête de la division de l'hygiène de l'enfance du service de santé de la ville de Montréal.

201 G. Lapière, "Hygiène de l'enfance", *UMC* octobre 1940, pp. 1040-1045

présentait comme suit: plus de 315 000 enfants avaient été vaccinés contre la diphtérie depuis 1928 et plus de 75 000 l'avaient été contre la coqueluche (202).

A la fin de la période retenue, le territoire était desservi par 87 consultations, toutes catégories confondues et depuis 1940, par une clinique d'orthodontie. A cette époque, la division de l'hygiène de l'enfance comptait à son emploi: 35 médecins, 4 psychiatres, 13 dentistes et 140 infirmières. Les gouttes de lait paroissiales disparaissaient en 1953.

2.2.5.3 Le service social de l'Hôpital Sainte-Justine

La maladie, d'abord attribuée à des causes individuelles, était de plus en plus évaluée à la lumière des causes sociales. Les différentes institutions mettaient sur pied des services sociaux, soit pour faire enquête et évaluer la situation familiale, soit pour prolonger leur action. Avec la fondation de l'École d'hygiène sociale appliquée, et d'une façon plus générale, la professionnalisation des infirmières, graduellement, ces dernières s'approprièrent un travail jusque-là réservé au médecin et écartèrent les personnes sans formation professionnelle qui oeuvraient dans les services sociaux. Mais dans l'ensemble, leurs tâches demeuraient celles d'assistantes et ne constituaient pas encore à proprement parler, des actes médicaux.

Dans la foulée des revendications médicales des années trente, le développement des services sociaux mettait en cause à son tour, l'autorité du médecin sur les autres travailleurs de la santé et la question des territoires. Il constituait une autre pomme de discorde, le travail de l'infirmière sociale disait-on, empiétait sur le terrain du médecin de famille

(203). A travers l'évolution du service social de l'Hôpital Sainte-Justine nous retraçons la transformation de ce secteur dans le sens d'une médicalisation accrue et du contrôle médical qui en résultait.

Le service social de l'Hôpital Sainte-Justine connaissait des débuts modestes. D'abord mis sur pied pour enquêter sur les patients non payants (204), il s'étendait l'année suivante, à la visite des enfants sortis de l'hôpital pour finalement inclure la visite de enfants du dispensaire sous traitement ou en attente d'un lit, en novembre 1917. Dans un esprit charitable, ce service pourvoyait au soutien des familles les plus démunies en fournissant argent, nourriture et vêtements. Il naissait à la rencontre de l'enquête et du secours, le second justifiant la première.

L'année même de l'entrée en vigueur de la loi de l'assistance publique, le service social était officiellement organisé sous la direction d'Aurore Lesage et relevait directement du Conseil d'administration; il s'appuyait pour son fonctionnement, sur les sections paroissiales de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste (205). Tandis que les visites à domicile étaient assurées par des gardes-malades pour les cas sous traitement, des visiteuses bénévoles, principalement recrutées parmi les membres de la Fédération, jouaient le rôle d'enquêteurs sociaux, pour les autres. La formation de ces visiteuses reposait pour l'essentiel, sur des directives et des conférences données par des médecins de l'hôpital. Ce service enregistrerait 4467 visites en 1930.

En 1932, Gaston Lapierre (206) donnait une orientation nouvelle au dispensaire; un volet préventif s'ajoutait au volet curatif. Le projet devait comprendre la surveillance de la grossesse et l'assistance

203 "Hygiène sociale", *L'Action médicale* XIV, 1, janvier 1938, p. 219

204 AHSJ, *Assemblées hebdomadaires*, 15 août 1915-29 octobre 1919, 6 décembre 1915

205 Jeanne Baril, "Le service social de l'Hôpital Sainte-Justine" *La Bonne Parole* XII, 1, janvier 1924, p. 4; "Sur l'Hôpital Sainte-Justine", *La Bonne Parole* XIV, 6, juin 1926, pp. 6-8. Jeanne Baril succédait à A. Lesage en 1923 à la direction du service social.

206 G. Lapierre, "Les services par les dispensaires et les soins à domicile", *UMC* 61, août 1932, p. 960

prénatale, l'hygiène de l'enfance, l'hygiène mentale, la défense contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer. Le dispensaire devait agir en relation étroite avec les diverses oeuvres d'assistance. Pour se faire, il mettait sur pied et dirigeait, à côté du service socio-économique, un service médico-social avec ses gardes-malades visiteuses, pour mieux suivre les convalescents, faire du dépistage et à l'occasion, exécuter des traitements. Nous avons souligné précédemment qu'une bonne part de ces visites médico-sociales étaient consacrées à l'étude du B.C.G.. Le service accueillait les élèves de l'École d'hygiène sociale appliquée où Lapierre enseignait.

A partir du moment où l'on visitait l'enfant dans son milieu familial, on ouvrait la voie à une contribution du service social, mais l'absence manifeste de formation professionnelle à l'origine de ce champ de pratique, écartait les recherches socio-économiques au profit des interventions médico-sociales qui devaient être exécutées par les infirmières de l'École d'hygiène sociale appliquée. Cet état de fait explique l'accroissement du nombre de visites médico-sociales en regard de celui des visites socio-économiques confiées à des non professionnelles qui perdaient graduellement du terrain.

Tableau 2- 4

Visites du service social de l'Hôpital Sainte-Justine (207)

Année	Visites médico-sociales	Visites socio-économiques
1932	6111	1177
1933	6317	2363
1934	6656	2402
1935	7848	2859
1936	8811	3781
1937	12873	6053
1938	14958	6545
1939	15588	10195
1940	15588	6666
1941	15610	6330
1942	14372	6683
1943	13445	5699
1944	14114	5022
1945	14266	4387
1946	13268	3661
1947	12513	2533
1948	13729	2168
1949	14832	3066
1950	13792	3220

L'absence en milieu francophone d'une école de service social qui aurait formé des travailleurs sociaux professionnels (208) et par ailleurs, le développement d'une École d'hygiène sociale appliquée, dont

207 AHSJ, dossier 48, *Hôpital Sainte-Justine 1907-1947*, p. 19 et Rapport annuel 1965, p. 50

208 Le premier programme de service social était établi à Toronto en 1914. L'Université McGill ouvrait une école de Service social en 1918 et l'Université de Colombie Britannique faisait de même en 1927. L'Université de Montréal emboîtait le pas en 1939 et l'Université Laval en 1943. Y. Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal 1988, p. 221, 239, 246

l'enseignement complétait la formation de l'infirmière, conférait un caractère nettement médical aux intervenants "sociaux" et assurait la subordination du travail social au travail médical. Cette particularité du milieu franco-montréalais mérite d'être soulignée. Aurait-elle été dictée par la circonspection dont on entourait l'eugénisme plus radical présent dans le secteur social anglo-saxon, ou les médecins voulaient-ils garder plus aisément le contrôle sur la profession en la plaçant sous leur juridiction ? Cette subordination du social au sanitaire, Vaillancourt la tient pour inhérente au système de l'Assistance publique (209) qui avait un fort penchant pour l'institutionnalisation des indigents.

En 1937, le service social de l'Hôpital Sainte-Justine était subdivisé; la section "Follow-up" était créée dans l'intention de rechercher les malades traités antérieurement pour fournir aux médecins "les matériaux nécessaires à des travaux scientifiques" par la comparaison des traitements employés et des résultats obtenus. Cette expansion serait responsable de l'augmentation importante des visites médico-sociales en 1937. Finalement en septembre 1953, les différentes sections du Service social étaient fusionnées sous la direction de Lapierre; il comprenait le service médico-social d'orthopédie, le service du Follow-up, le service B.C.G., le service d'assistance dans les règlements des problèmes sociaux des enfants traités à l'Hôpital Sainte-Justine, des placements dans des institutions spécialisées, et le service qui assurait la protection des mères et des enfants au cours de la grossesse et de la période postnatale.

Fondé principalement pour répondre à des besoins socio-économiques, le service social de l'Hôpital Sainte-Justine subissait une réorientation majeure au moment de sa ramification en 1932. Le développement d'un secteur médico-social dépassait bientôt en importance le secteur dont il était issu. Le Service social était finalement réunifié pour être entièrement médicalisé en 1953. Le docteur Paul

Larivière prenait la direction du service en février 1959. Dans les années cinquante, le service cherchait à répondre aux principes recommandés par l'*American Hospital Association* et la *National Association of Social Workers* (210). Il constituait un des rouages essentiels du programme de médecine préventive chez les enfants.

En juin 1965, l'intégration des différentes sections de Service social de l'hôpital (médicale, psychiatrique, orthopédique) formait la Division Service social qui recevait l'accréditation de l'École de Service social de l'Université de Montréal. Cette division placée sous la responsabilité d'une travailleuse sociale professionnelle, comptait alors 20 travailleuses sociales professionnelles et au moment de son rattachement en 1975, au Centre des Services Sociaux du Montréal Métropolitain (CSSMM), elle en comptait 30. L'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie fixaient les règles du jeu; le travail social échappait aux médecins et passait sous la juridiction des travailleuses sociales.

2.2.6 Obstétrique et professionnalisation

Prompts à imputer la mortalité infantile aux causes héréditaires sur lesquelles ils savaient peu de choses et à celles à connotation morale qui permettaient de définir la morale sociale, les médecins passaient assez allègrement sous silence les traumatismes obstétricaux qui pourtant relevaient de leur compétence. Au tournant du siècle, le pédiatre américain Jacobi (211) affirmait que beaucoup d'enfants mouraient des conséquences de la grossesse et de l'accouchement; il pointait du doigt les obstétriciens responsables d'un nombre important de problèmes

210 58e Rapport annuel Hôpital Sainte-Justine, p.71. La *Canadian Association of Social Workers* était établie en 1926 et sa branche montréalaise l'était l'année suivante; en 1928 elle tenait sa première réunion générale à Toronto.

211 A. Jacobi, "The History of pediatrics...", *op. cit.*, p. 810

consécutifs à l'accouchement. Après en avoir donné de nombreux exemples, il affirmait:

"All such cases prove the insufficiency of knowledge without art, or art without knowledge, and the grave responsibility of the practical obstetrician"

Jacobi abordait du coup la nécessité de la prévention qui appelait à l'amélioration des conditions d'accouchement et interrogeait les méthodes d'intervention. Dans le milieu francophone montréalais, l'évolution était cependant lente en obstétrique. Alors qu'en 1924 Lapiere (212) préconisait une puériculture anténatale au nombre des solutions "d'hygiénisation de l'élevage de l'enfance", la question des accidents obstétricaux était timidement soulevée; elle demeurait une préoccupation pour le chirurgien orthopédiste Favreau qui soulignait encore la nécessité de la prévention des handicaps physiques par l'amélioration des conditions d'accouchement en... 1951.

Mais il faut auparavant rappeler la fondation en Allemagne, pays qui détenait l'avant-garde du développement de la pédiatrie, d'une ligue de protection de la maternité et d'hygiène sociale familiale en 1905 à laquelle participait l'activiste Helene Stocker (1869-1943), (ligue qui diffusait de l'information sur la contraception) bientôt suivie également en Allemagne, de la fondation par le gynécologue Felix Theilhaber (1884-1956) de la *Sexual Reform Society* en 1913, alors qu'en Belgique le docteur Mascaux fondait la ligue néo-malthusienne en 1905. Aux États-Unis, Margaret Sanger (1883-1966) menait dès 1913 une vaste campagne en faveur de la contraception et fondait la première clinique de planification des naissances en 1923 avant de gagner la cause de la légalisation de la contraception en 1937. L'*Union internationale des femmes pour la régulation utilitaire de la natalité* était créée par l'Anglaise

212 G. Lapiere, "La mortalité infantile dans la Province de Québec", *UMC* 53, juin 1924, pp. 266-273

Alice Drysdale-Vickery. Enfin pour la France, le mouvement populationniste rencontrait l'opposition des néo-malthusiens (213). Au Canada, les autorités religieuses torontoises étaient préoccupées du contrôle des naissances en 1908 (214). La crainte du "suicide de la race" était accentuée chez les anglophones, par la fertilité des Irlandais, la "revanche des berceaux" au Québec et l'immigration non britannique. Cependant, le lien entre le mouvement féministe, l'évolution de la gynécologie et de l'obstétrique au sein de la profession médicale, et ses conséquences sur la transition démographique, dépasse notre sujet mais il ne peut être ignoré dans toute l'attention portée à la maternité et à la mortalité maternelle. Dans ce contexte, il nous apparaît réaliste de situer la fondation de l'Assistance maternelle à Montréal dans ce mouvement social féminin.

Dans l'évolution de la conceptualisation de la mortalité infantile qui animait le mouvement d'hygiène infantile, la mortalité maternelle devenait un sujet de santé publique en relation avec le bien-être de l'enfant, parce qu'elle déstabilisait la famille (215). Ainsi, au début des années vingt, la mortalité maternelle devenait une affaire publique et politique chaudement débattue non seulement par la profession médicale et les gouvernements, mais aussi par le public en général, par l'intermédiaire des journaux et des revues féminines (216). L'analyse du déclin de la mortalité maternelle a fait l'objet d'études dans lesquelles les auteurs font intervenir de façon complexe, des facteurs tant cliniques que socio-économiques (217). Cependant, Loudon (218) soutient qu'il n'y a pas de

213 Francis Rosin, *La grève des ventres*. France, Aubier-Montagne 1980. Chapitre XV

214 Angus McLaren "Birth Control and Abortion in Canada 1870-1920" *Medicine in Canada Society. Historical Perspectives*. S.E.D. Shortt, McGill-Queen's University Press, Montreal 1981, pp.285-313

215 I. Loudon, "On Maternal and Infant Mortality 1900-1960" *The Society for the Social History of Medicine* 4, 2, 1991, pp. 29-73.

216 Irvine Loudon, "Maternal Mortality: 1880-1950. Some Regional and International Comparisons", *The Society for the Social History of Medicine* 1, 2, 1988, pp. 183-228

217 S. Buckley, "The Search for Decline of Maternal Mortality: The Place of Hospital Records" in Mitchinson, McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto 1988, pp. 149-163. L'auteur démontre que les causes de la mortalité maternelle sont tout autant socio-économiques que médicales: la résistance à la maladie et la capacité de surmonter la

lien étroit entre la mortalité infantile et la mortalité maternelle, ces deux mortalités répondant à des déterminants différents; la mortalité maternelle semble plus sensible à l'amélioration des standards en obstétrique qu'aux facteurs socio-économiques. Il souligne également que l'expansion des services d'obstétrique n'est pas synonyme de soins obstétricaux sécuritaires.

2.2.6.1 Assistance maternelle

En octobre 1912 Madame Caroline Leclerc Hamilton, soutenue par Monseigneur Bruchési (219), fondait à Montréal l'Assistance maternelle au 544 rue Cherrier, oeuvre affiliée à la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, qui avait pour but de secourir à domicile les mères pauvres et celles qui avaient de nombreuses grossesses. Une enquête qui portait sur les conditions morales, les revenus et les charges familiales était préalablement instituée avant d'accorder les services. L'oeuvre recevait également le concours de la faculté de chirurgie dentaire et du *National Institute for the Blind*.

En 1914, l'Assistance ouvrait un dispensaire rue Rachel pour les femmes mariées indigentes, où les deux médecins et l'infirmière qui y étaient attachés, effectuaient les examens médicaux, la distribution de médicaments et les analyses de laboratoire. Quand un cas de maternité était signalé, une visiteuse encourageait la future mère à fréquenter le

maladie dépendent de l'état de santé. I. Loudon, "Maternal Mortality: Definition and Secular Trends in England and Wales, 1850-1970", *The Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge, Cambridge University Press 1993, pp. 214-221. Loudon démontre que ce sont les facteurs cliniques dont l'usage des sulfaminés, les transfusions sanguines et après 1945, l'emploi des antibiotiques qui seraient davantage responsables de la chute après 1937.

218 I. Loudon, "On Maternal and Infant Mortality 1900-1960", *The Society for the Social History of Medicine* 1991 4, 2, pp. 29-73

219 Yvonne Martineau, *L'Assistance Maternelle à Montréal*. Service Social Université de Montréal 1948. Madame Hamilton était l'une des fondatrices de la FNSJB. Voir: Corinne Rocheleau Rouleau. *Une vie rayonnante Madame Hamilton fondatrice de l'Assistance maternelle*. Oeuvre des tracts, no 343, *École sociale populaire*, Montréal, janvier 1948, 16p.

dispensaire (220). Au moment de l'accouchement, l'Association des gardes-malades Ville-Marie (221), répondait aux appels de l'Assistance maternelle et ses infirmières assistaient le médecin.

En 1923, rue Cherrier, une maternité de 10 lits dirigée par une infirmière, Madame Laguë, accueillait les patientes dans deux salles. Quand cinq ans plus tard, l'Hôpital Sainte-Justine ouvrait un service d'obstétrique, seules les convalescentes séjournaient à l'oeuvre. Il s'agissait donc pour l'essentiel, d'un service à domicile administré par un comité exécutif sous le regard d'un comité d'honneur, d'un directeur spirituel, d'un conseil médical et des conseillers. L'oeuvre fonctionnait à travers ses comités paroissiaux bénévoles: on en comptait 19 en 1927. Constituée en société en 1917, elle était placée sous la loi de l'Assistance publique et recevait le subside de la classe "E" ainsi qu'une contribution du Bureau d'hygiène municipal et plus tard de la Fédération des oeuvres de charité canadiennes-françaises qui devenait son principal pourvoyeur, assurant les 4/5 de son budget dans les années quarante.

Toutes les patientes devaient s'inscrire à la consultation de la rue Cherrier où elles bénéficiaient d'un examen général au moment de l'enregistrement et d'un examen postnatal. Elles subissaient l'épreuve de Wasserman, test sérologique destiné à détecter les anticorps de la syphilis. Suite à l'enquête faite par l'Assistance, les cas normaux étaient traités à domicile et les cas pathologiques étaient dirigés vers l'hôpital. Les visites prénatales des patientes qui ne pouvaient se rendre au dispensaire étaient faites par les médecins du dispensaire au tarif de 0.50\$ la visite.

Comme complément à ces services médicaux, l'oeuvre fondait en 1925, un service social bénévole où l'enseignement de la puériculture et

220 "L'Assistance maternelle", *La Bonne Parole* X, 5, mai 1922 p. 4-5; Léda Larue, "L'Assistance maternelle", *Bulletin d'hygiène* 8, mars avril 1922

221 *Le Devoir*, 25 avril 1913. L'Association, fondée en 1913, logeait au 773 rue Saint-Denis. A. Lévesque, *op cit.*, p. 54

de l'hygiène se faisait par des dames visiteuses. D'autre part, les préoccupations à l'égard de l'aide domestique au moment de la naissance étaient soulevées au ministère fédéral de la santé en 1923 (222). La réponse se traduisait en 1927, par la mise sur pied par la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, du Comité des aides-maternelles qui se formait en société trois ans plus tard, sous le nom d'Aides-Maternelles.

En 1932, le service médical comptait 15 médecins nommés et rémunérés par le comité central et 14 gardes-malades et aides-maternelles sous la direction d'une infirmière diplômée de l'École d'hygiène sociale appliquée, qui soignaient à domicile les mères et les nouveau-nés.(223) En 1934, le service médical était centralisé au 544 Cherrier (224). Le comité central retenait les services des médecins et les rétribuait au tarif de 5\$ par accouchement incluant deux visites, et 7\$ dans le cas de grossesse gémellaire; 5\$ dans le cas d'un avortement suivi de trois visites obligatoires. Le comité défrayait tous les médicaments et assurait le service infirmier. A partir de 1933, l'Assistance maternelle accordait à ses patientes le droit d'être accouchées par leur médecin de famille.

En 1940-41, 2200 mères étaient assistées, (225) alors que 41 comités paroissiaux regroupant des sous-comités, étaient en activité; ils recevaient la coopération des Petites Soeurs de l'Assomption. Aliments, médicaments, lingerie, vêtements, layettes étaient fournis au besoin, et occasionnellement les patientes étaient dirigées vers le Bureau d'assistance aux familles. En somme, un travail important de sensibilisation à l'hygiène, de soins médicaux et d'assistance sociale était accompli tant par des bénévoles que par des professionnels de la santé. Loin d'applaudir à ces services, en 1938, des plaintes étaient formulées

222 *Rapport du ministère de la santé*, 1923, p. 50

223 Juliette Lorrain *L'Assistance maternelle 20e anniversaire 1912-1932* (brochure 27p.)

224 "L'Assistance maternelle" *L'Action médicale* X, 3 (mars 1934) pp. 285-287

225 Alice Lépine, "L'Assistance maternelle", *Relations* 2, février 1942, pp. 48-49

par les Associations médicales de Montréal auprès de Collège des médecins et chirurgiens, sur la façon dont se comportait l'Assistance maternelle à l'égard du corps médical (226). Curieusement, en 1941, Ernest Couture successeur de MacMurchy, citait en exemple l'Assistance maternelle qui avait un taux de mortalité maternelle très bas soit 2,16/1000 en 1939 (227).

Les médecins cherchaient aussi des appuis du côté de la Compagnie d'Assurance métropolitaine dont les infirmières inscrivaient à domicile les femmes enceintes pour leur recommander de se mettre sous la surveillance du médecin de famille. Ceci était à l'avantage de la profession puisque le reconnaissait le docteur Stéphane Langevin, professeur de clinique en hygiène prénatale à l'École d'hygiène sociale appliquée (228).

Au milieu des années 1930, dans la mouvance des revendications des médecins auprès du gouvernement, le docteur A. Lesage (229) n'hésitait pas à réclamer des services d'obstétrique pour favoriser la diminution de la mortalité maternelle et infantile. Le développement des services d'obstétrique en institution devait par la même occasion, répondre au besoin de la pratique médicale qui se trouvait en crise. La mortalité maternelle et infantile était ainsi utilisée à des fins d'avancement social pour les médecins et l'envahissement du champ de l'obstétrique demeurait un des objectifs de la profession.

Des oeuvres sociales que les médecins avaient souvent appelées de tous leurs voeux et auxquelles ils avaient contribué, devenaient l'objet de critiques acerbes, au moment où elles étaient subventionnées par la

226 "Faits et Gestes de l'Assistance maternelle" *L'Action médicale*, XIV, 2 (février 1938) p. 246
 227 E. Couture, "La lutte contre la mortalité maternelle et infantile au Canada", *UMC* 70, décembre 1941, pp. 1277-1289. Ernest Couture (1891-1970) obstétricien-gynécologue, publiait *La mère canadienne et son enfant* en 1942 à plus de 2 millions d'exemplaires.
 228 Rapport de l'année 1935 de l'École d'hygiène sociale appliquée, *Revue trimestrielle canadienne* 86, juin 1936, pp. 195-215, p. 201
 229 A. Lesage, "A propos de l'assistance publique", *UMC* 65, 3, mars 1936, p. 201

loi de l'Assistance publique. Après avoir recherché des appuis chez les patronesses, les médecins s'appliquaient à les évincer du champ médical. Toute une clientèle semblait échapper à leur contrôle, particulièrement au moment de la crise économique. Le discours médical prenait un accent vindicatif au moment de la fondation de nouvelles associations médicales chargées de défendre leurs intérêts professionnels.

2.2.6.2 Obstétrique et pédiatrie

La mère associée à son enfant à la naissance rendait l'obstétrique inséparable de la pédiatrie puisque ces spécialités chevauchaient un même territoire. C'est d'ailleurs à l'Hôpital de la Maternité que l'accoucheur parisien Pierre Budin (230) commençait en 1892, un programme d'éducation maternelle à travers les consultations de nourrissons qu'il réservait aux mères ayant quitté l'institution. Mais avant que la collaboration ne s'installe entre ces deux spécialités, une période de rivalité contribuait à les éloigner l'une de l'autre. Et si elles partageaient le statut inférieur que leur réservait la profession médicale, étant le plus souvent associées à l'art vétérinaire, elles allaient toutes deux bénéficier du mouvement d'hygiène infantile.

S'inspirant de la Grande-Bretagne, la question de la mortalité maternelle était sous enquête aux États-Unis en 1916 (231). Elle débouchait sur le *Sheppard-Towner Act* qui proposait un programme d'hygiène maternelle et infantile, présenté en 1921, malgré l'opposition des anti-féministes, des anti-socialistes, de certains membres de l'Église catholique de Boston et de la médecine organisée, à l'exception de la section pédiatrique de l'*American Medical Association* (232). Le Canada à son tour, menait une enquête à la demande de l'Association médicale canadienne (*CMA*) et du Conseil canadien d'hygiène publique, entre

230 C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 127, 356

231 R. A. Meckel, *op. cit.*, p. 202

232 R. Meckel, *op. cit.*, chapitre 8

juillet 1925 et juillet 1926, qu'il confiait au docteur Helen MacMurphy responsable de la *Child Welfare Division of the Department of Health*. MacMurphy concluait que le manque de soins médicaux prénatals étaient un obstacle à la baisse de la mortalité maternelle. Même si des facteurs non-médicaux jouaient un rôle, elle retenait qu'un nombre élevé de décès étaient attribuables à des formes de toxémie de la grossesse et à l'infection puerpérale. Principalement perçue comme un problème médical, la solution ne pouvait venir que de l'accroissement de l'intervention médicale (233). Les conclusions de l'enquête indiquaient qu'il fallait changer la mentalité du médecin et du public face à la gestation (234). L'interprétation faite des résultats déterminait le mode d'intervention: il fallait d'abord assurer une formation médicale adéquate pour mieux offrir des services à la population. La *Canadian Medical Association* préconisait donc le perfectionnement des médecins en obstétrique, les soins prénatals et le développement de services d'obstétrique. MacMurphy s'appuyait sur les associations féminines pour faire l'éducation des masses et exercer des pressions.

Les conclusions de l'enquête soutenaient la médicalisation de la grossesse et de la naissance par la multiplication des cliniques prénatales et des services d'obstétrique; elles contribuaient à dégager l'espace nécessaire à l'épanouissement de l'obstétrique. La lutte contre la mortalité infantile et maternelle était désormais menée aux trois niveaux de gouvernement.

A Montréal, à la fin du XIXe siècle, le docteur E.A. René de Cotret, observait et enseignait l'antisepsie obstétricale à l'Hôpital de la Miséricorde et dénonçait l'emploi abusif des forceps (235). Mais au

233 A. McLaren, *op. cit.*, p. 35;

234 "La mortalité maternelle et le rapport de l'enquête" *L'Action Médicale*, 4, 4, avril 1928, p. 76. McLaren, *op. cit.*, p. 33. Pour l'évolution de la mortalité maternelle à Montréal, consulter le *Bulletin d'hygiène*, Service de santé, Montréal, 30, 2, mars-avril 1944, pp. 14-15

235 E.A. René de Cotret, "Hospice de la Maternité", *UMC* 26, novembre 1897, pp. 690-697. E.A. René De Cotret (1861-1937) devenait professeur titulaire en 1910; il était nommé à la chaire d'obstétrique par concours. Harold E. Harrison, "Rickets", *History of Pediatrics 1850-1950*, pp.

moment où l'Université de Montréal acquérait son autonomie et que la faculté de médecine cherchait à améliorer son enseignement clinique, De Cotret considérait toujours que l'enseignement de l'obstétrique recevait peu d'attention et était négligé; il déplorait l'ignorance des médecins et les conséquences néfastes qui en résultaient pour les femmes (236) et jugeait insuffisantes les cliniques données deux fois la semaine. Il se plaignait auprès du nouveau doyen de la compétence de ses assistants. "Débarrasse-moi de ces deux nullités", écrivait-il (237). De plus, il réclamait un dispensaire pour former convenablement les médecins et sensibilisait les autorités universitaires à l'importance de suivre les femmes durant tout le cours de la grossesse, l'accouchement d'heure en heure et les suites des couches de jour en jour, pour enrayer la morbidité et la mortalité puerpérales. (238)

Ce souci de formation des médecins le poussait à publier *Suite de couches normales et pathologiques* en 1919. Ce volume de 430 pages constituait un condensé de son enseignement qu'il puisait tant à l'école française qu'à l'école américaine et dont il commentait et appréciait les résultats. Il le faisait suivre bientôt de *L'obstétrique des Gardes-Malades* en 1924; un abrégé présenté sous forme de questions et réponses, publié au moment où les médecins établissaient un programme d'études pour les gardes-malades, en vue du diplôme universitaire (239).

159-170: L'auteur évoque la possibilité que le rachitisme ait été un facteur de l'émergence de l'obstétrique; le bassin rachitique rétréci associé au problème de l'enfantement, était une cause de dystocie qui nécessitait l'emploi des forceps réservé aux obstétriciens.

236 AUM, D35/799 12,58,16 Hôpital de la Miséricorde 1892-1944. Lettre de René De Cotret à Mgr Gaspard Dauth, v-recteur de l'Université Laval à Montréal, 19 août 1917; lettre de Soeur Saint-Hilaire à Mgr Gauthier, 5 octobre 1917. AUM, D35/799, 12/58/16, Lettre de René De Cotret à Mgr Gauthier, 20 mai 1920: De Cotret remet sa démission et il considère que les assistants ne sont pas à la hauteur. Voir aussi: M.P. Malouin, *op. cit.*, p. 104 et suivantes.

237 AUM, Boîte 2958, Correspondance. Lettre de René de Cotret au Doyen L. de L. Harwood, 17 mars 1919.

238 H. Laforce dans *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec* p. 114, affirme que les médecins ne peuvent plus se permettre de partager leur matériel d'apprentissage avec les sages-femmes, à cause du nombre croissant d'étudiants en obstétrique

239 R. Desjardins, *op. cit.*, p. 137; voir aussi: H.G. Agnew, *Canadian Hospital 1920 to 1970* p. 115 et N. Perron, *Un siècle de vie hospitalière au Québec*, p. 150. En Angleterre, l'enregistrement des infirmières est adopté en 1919 (Freidson, p. 72). En 1920 naît

Au docteur de Cotret qui réclamait plus d'accès aux patientes de la Maternité, les religieuses répondaient qu'elles ne pouvaient recevoir les filles dans le seul but de fournir du matériel clinique et refusaient d'ouvrir un dispensaire. Les religieuses de Miséricorde qui poursuivaient une oeuvre de réhabilitation, n'entendaient pas se soumettre entièrement à la volonté des médecins qui réclamaient l'utilisation des patientes à des fins d'enseignement. Les objectifs des administrations hospitalières s'écartaient parfois de ceux des médecins, comme le souligne Rosenberg (240). Toutefois, les religieuses reconnaissaient que leur système était peu prophylactique et ne se rencontrait plus dans un hôpital moderne; elles demandaient aux médecins d'améliorer le bien-être des patientes et l'emploi plus restreint de remèdes. En 1924, elles inauguraient un hôpital général qui comprenait une maternité privée; l'ensemble des constructions devenait l'Hôpital Général de la Miséricorde. Les docteurs A. Z. Crépault, A. Lafleur et Gaston De Cotret de l'Hôpital Sainte-Justine joignaient les rangs du corps médical, tout en poursuivant leurs activités à l'Hôpital Sainte-Justine. (241)

Si à l'Hôpital Notre-Dame un service des "maladies des femmes" existait depuis 1889, il excluait cependant les cas d'obstétrique. Mais le

l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec qui détient l'exclusivité de l'enregistrement. Les anglophones y sont majoritaires. En 1924 une loi provinciale est adoptée pour l'enregistrement des infirmières. On assiste alors à la création d'un diplôme universitaire dont l'enjeu est de conserver le contrôle de l'enseignement qui est de juridiction provinciale. Ceci est à mettre en relation avec le Bill Roddick qui voulait standardiser l'enseignement médical canadien. Le docteur E.P. Benoit, président du bureau médical de l'Hôpital Sainte-Justine, entreprend d'établir un programme d'études pour les gardes-malades des hôpitaux reconnus par l'Université de Montréal. Un amendement à la loi créant l'Association des gardes-malades, confie l'examen d'enregistrement à l'Association et à l'Université. Le diplôme universitaire assure automatiquement l'enregistrement à l'Association. On assiste à la multiplication des écoles d'infirmières dans les établissements de santé montréalais. L'École des gardes-malades de l'Hôpital Sainte-Justine est officiellement reconnue par l'Université de Montréal le 31 mai 1923. En 1924, le *Montreal Maternity Hospital* fusionnait ses services avec le *Royal Victoria Hospital* dépourvu d'un service d'obstétrique.

240 C. Rosenberg, *The Care of Strangers The Rise of America's Hospital System*, New York, Basic Books 1987, p. 57, 178, 204

241 La Maternité Catholique qui comptait 175 lits et 500 berceaux, prenait le nom d'Hôpital général de la Miséricorde avec 250 lits et 600 berceaux.

refus des religieuses de Miséricorde poussait l'Hôpital Notre-Dame à ouvrir un service d'obstétrique en 1924, qu'il confiait au docteur E.A. René de Cotret, suivi l'année suivante, de la mise sur pied d'un dispensaire d'obstétrique (242). Pour René de Cotret, la femme enceinte devait se mettre sous surveillance médicale; il parlait alors de "puériculture préconceptionnelle" ou de "puériculture intra-utérine" (243). Il faut cependant souligner qu'avant 1950, le fœtus était vu comme partie intégrante de la mère et les signaux émis par le fœtus étaient pris en considération que dans la mesure où ils participaient au diagnostic de certitude de grossesse (244). On n'avait aucun renseignement objectif avant sa naissance, sur sa croissance ou son état de santé et les maladies du fœtus n'étaient pas accessibles au diagnostic pendant la grossesse.

En novembre 1928, l'Hôpital Sainte-Justine confiait la direction de son nouveau service d'obstétrique au docteur Gaston René de Cotret, assisté du docteur Adélard Groulx. Simultanément, l'hôpital répondait au désir de l'Assistance maternelle d'offrir un véritable service d'obstétrique aux mères pauvres, agrandissait son champ d'étude, satisfaisait au programme d'étude de son école d'infirmières (245), répondait aux recommandations du rapport MacMurchy et ouvrait son service à l'expérimentation du B.C.G. sur les nouveau-nés, comme nous l'avons déjà souligné.

242 Goulet, Keel, Hudon, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*, p. 285; le graphique 9 indique l'évolution du nombre d'accouchements entre 1930 et 1965; Pierre Audet Lapointe, *Historique du département d'obstétrique-gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame*. Brochure 23p.

243 E.A. De Cotret, "Hygiène de la grossesse", *UMC* 52, 8, août 1923.

244 O. Kemp, et al, "Le développement de la sémiologie foetale en Amérique du Nord" *Archives françaises de pédiatrie* 47, 1, janvier 1990, pp. 59-63

245 ANQ, Fonds MAS/E8, Hôpital Sainte-Justine, 12,1, 30 janvier 1928. AHSJ, 24,0,7 Obstétrique gynécologie 1929-1952. Les étudiantes infirmières faisaient un stage de 3 mois en obstétrique. Le service d'obstétrique était placé sous la surveillance de l'infirmière Yvonne Talbot de 1928 à 1949.

Gaston René de Cotret (-1933) avait été chef interne à l'Hôpital Notre-Dame avant de devenir en 1921, assistant étranger à la Clinique Baudeloque, durant une année. Il dirigeait la clinique prénatale à l'EHSA. Chef du service d'obstétrique de l'Hôpital Sainte-Justine, il était assistant à la clinique obstétricale à l'Hôpital de la Miséricorde.

Ce service de 17 lits à l'origine, dont la moitié était réservée aux mères indigentes, était porté à 40 lits en 1932, pour y recevoir des patientes privées. Une réorganisation permettait d'ajouter 6 chambres privées, trois ans plus tard. En 1933, suite au décès du docteur de Cotret, Pacifique Gauthier devenait chef de service; il était assisté des docteurs Perrault et Joly.

Tableau 2-5

**Répartition de la clientèle du service d'obstétrique
de l'Hôpital Sainte-Justine. (246)**

Année	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Admissions	253	269	380	574	703	635	616	776
Publiques	205	228	338	537	571	438	370	456
Semi-privées	42	39	37	29	69	101	114	152
Privées	6	2	5	8	63	93	132	168

Au début, la clientèle se recrutait principalement chez les gens défavorisés et les efforts pour attirer la clientèle privée donnaient de lents résultats, comme le démontrent les statistiques. Ce tableau laisse voir une diminution des admissions à l'Assistance publique au moment où les médecins exerçaient des mesures de pression en vue d'obtenir une rémunération pour le traitement des patients sous le régime de l'Assistance, alors qu'elles augmentaient dans les services semi-privé et privé. Nous élaborerons au chapitre sur l'Assistance publique. Faut-il rappeler qu'à cette époque, moins de 5 % des femmes accouchaient à l'hôpital au Québec (247) alors qu'un accouchement normal requérait 12

246 AHSJ, dossier 24 O 7 Obstétrique 1929-1952

247 F. Laurendeau, "La médicalisation de l'accouchement", *Recherches sociographiques*, 24, 2, 1983, pp. 203-234. Voir aussi: Marie Josée Blais, *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec 1930-1960*. M.A. (histoire) Université de Montréal 1995. L'auteur souligne le développement de l'encadrement médical de la grossesse particulièrement par le suivi prénatal, p. 32

jours d'hospitalisation pour un coût total de 50\$, un montant prohibitif pour de nombreuses familles.

L'ouverture de services d'obstétrique dans les hôpitaux universitaires répondait à la fois aux exigences de la formation des infirmières et tenait compte de la formation des obstétriciens, car les accidents obstétricaux étaient de plus en plus souvent invoqués au nombre des causes de mortalité infantile; ils venaient même au premier rang selon Ribadeau-Dumas (248) et de nombreuses lésions encéphaliques étaient attribuées à l'application inconsidérée des forceps. Ces services favorisaient l'accouchement en milieu hospitalier.

Le développement des services d'obstétrique répondait aux préoccupations à l'égard de la mortalité maternelle et s'inscrivait en complément aux politiques à l'égard de l'enfance qui souhaitaient développer une puériculture anténatale pour combattre les tares héréditaires (249). Ces préoccupations se situaient tout naturellement dans la foulée de l'eugénisme et le désir de contrôle de la reproduction tout en servant la profession médicale dans son désir d'expansion. L'initiative faisait évoluer l'idée d'hôpital pédiatrique vers celle de centre de l'enfant et marquait un début de symbiose entre l'obstétrique et la pédiatrie tout en répondant à des fins d'enseignement. C'était imprimer à la pédiatrie une direction nouvelle si l'on prend en compte l'assertion de Goldbloom (250) "*It is difficult today for any one,...to imagine the vehemence of some of the obstetricians of the twenties in their opposition to pediatricians*" et celle de Fortier (251) qui confirme que la pédiatrie menait une lutte pour devenir maîtresse des pouponnières. En 1931 l'Association médicale de la Province de Québec formait un Comité du Bien-être maternel analogue à celui de la *CMA Maternal Welfare*

248 Sergent, Ribadeau-Dumas, *op. cit.*, p. 283

249 G. Lapierre, "La mortalité infantile dans la Province de Québec", *UMC* 53, juin 1924, pp. 266-273

250 A. Goldbloom, *Small Patients*, Toronto, Longmans 1959, p. 192

251 de la Broquerie Fortier, "Histoire de la pédiatrie au Québec", *La Vie médicale au Canada français* 1, juillet 1972 p. 715

Committee pour étudier la question des maternités privées; le pédiatre Daniel Longpré était nommé président de ce comité auquel se joignaient les docteurs Caouette de Québec et Philpott de l'Hôpital Royal Victoria.

La rivalité des disciplines médicales mettait un frein à l'approche multidisciplinaire et retardait l'évolution scientifique. En juin 1939 seulement, un pédiatre joignait le personnel obstétrical de la pouponnière à l'Hôpital Sainte-Justine. Ce rapprochement de l'obstétrique et de la pédiatrie permettait de chercher les causes de la mortalité infantile du côté de la période antérieure à la naissance; nous le verrons en troisième partie.

L'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord adoptait à son XVe congrès d'octobre 1938, une résolution à l'effet que le Ministère de la Santé entreprenne une campagne éducative en faveur de l'hygiène prénatale, que le gouvernement vote des allocations généreuses en faveur des mères nécessiteuses et majore l'allocation de 0,34\$ par jour de l'Assistance publique, accordée aux mères. En effet, jusqu'en 1933, l'Assistance publique accordait 2\$ par jour pour l'hospitalisation des femmes en couches mais sous prétexte que l'accouchement n'était pas une maladie, le tarif passait à 0,34\$ par jour. Lapierre (252) traçait avec un certain décalage, le plan d'action axé sur les thèmes chers aux hygiénistes qu'avait déjà retenus Lachapelle: surveillance et lutte à l'ignorance.

En 1940, la faculté de médecine décidait d'étendre son enseignement clinique de l'obstétrique au service de l'Hôpital Sainte-Justine avec Pacifique Gauthier. Les cliniques données aux élèves de quatrième année, avaient lieu deux fois la semaine au moment de leur stage à l'hôpital. Toutefois, l'administration spécifiait que le nombre d'étudiants devait être limité, la clientèle étant des "mères légitimes".

(253) Notons que l'enseignement de l'obstétrique a longtemps été confronté à l'accès aux patientes; le jugement moral porté sur les mères célibataires considérées sans pudeur, faisait qu'elles seules servaient de matériel clinique et subissaient des examens répétés par des étudiants malhabiles, ce à quoi les Soeurs de Miséricorde s'opposaient souvent d'ailleurs. Ceci forçait la faculté à multiplier ses lieux d'enseignement.

En 1943, le comité d'études de l'Hôpital Sainte-Justine décidait d'agrandir son champ d'action en participant à la protection des mères déjà entreprise. Forts de l'idée que la lutte contre la mortalité maternelle reposait essentiellement sur l'éducation du peuple, les médecins, invoquant la prophylaxie, préconisaient l'examen médical en début de grossesse. Ils s'appuyaient encore une fois sur les services sociaux pour faire le recrutement (254). Le nombre d'accouchements à l'Hôpital Sainte-Justine qui allait grandissant, annonçait le développement de la périnatalogie mais auparavant il fallait réaliser une meilleure intégration de l'obstétrique et de la pédiatrie. Notons aussi que la mortalité maternelle à l'Hôpital Sainte-Justine était à la baisse et que la césarienne demeurait une intervention relativement rare.

253 AHSJ, dossier 24 O 7 Obstétrique 1929-1952

254 P. Gauthier, "Lutte contre la mortalité maternelle", *AMCHSJ* 4, 2 (mars 1943), pp. 124-132.

Tableau 2-6

**Statistiques du service d'obstétrique
de l'Hôpital Sainte-Justine
tirées des rapports annuels**

Années	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Accouchements	122	201	220	380	491	586
Naissances	128	205	225	308	483	591
Forceps	—	51	43	54	64	80
Césariennes	—	4	8	9	4	10
Décès	—	7	5	4	7	9

Années	1935	1936	1937	1938	1939	1940
Accouchements	548	536	660	742	879	1009
Naissances	530	559	664	767	886	1017
Forceps	84	114	112	140	173	230
Césariennes	—	4	12	12	19	21
Décès	11	7	6	14	8	—

Années	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Accouchements	942	921	1118	1098	1126	1254
Naissances	953	930	1126	1112	1141	1296
Forceps	208	231	260	233	189	182
Césariennes	10	15	20	—	19	24
Décès	13	7	4	4	6	2

(255)

Le plan intégré de 1943, participait à une gestion du capital humain et à sa reproduction à l'intérieur duquel pédiatres et obstétriciens, membres de professions longtemps jugées subalternes, acquéraient une

255 Les décès maternels comprennent ceux survenus en moins de 48 heures après l'admission. Seules les années 1932, 1933 et 1935 présentent un nombre de naissances inférieur à celui des accouchements; l'interprétation nous échappe.

légitimité importante. Ce plan déblayait le territoire à la génétique. En établissant un lien entre la mortalité maternelle et la mortalité infantile, la reproduction passait graduellement sous contrôle médical et l'évolution de la médecine infantile, accompagnait celle de l'obstétrique. Le développement de l'obstétrique bénéficiait des préoccupations populationnistes et répondait à l'appel de Montpetit; il répondait également à l'intérêt de la profession médicale qui cherchait à élargir son territoire amputé de la chirurgie dentaire et de la pharmacie au début du siècle (256). Les préoccupations à l'égard de la mortalité maternelle favorisaient la constitution de l'obstétrique en spécialité et contribuait à l'élimination des sages-femmes.

256 J. Bernier, "La corps médical au Québec au tournant du XXe siècle" dans P. Keating et O. Keel. *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*. Montréal, Boréal 1995, pp. 151-159

2.2.7 Idéologie et professionnalisation

Les médecins voyaient dans l'appui aux objectifs populationnistes, un moyen d'étendre leur champ de pratique aux jeunes enfants qu'ils avaient jusque-là négligés. Mais comment la pédiatrie pouvait-elle devenir une profession consultante? Le discours médical sur la valorisation de la maternité et particulièrement sur l'alimentation du nourrisson, fournit l'exemple du recours à l'idéologie pour assurer le développement de la pratique médicale; il permet de distinguer la part de l'une et de l'autre et les conditions de réception d'une innovation technologique telle la pasteurisation.

Le lien entre la mortalité infantile et le mode d'allaitement remontait au siècle des Lumières qui manifestait des préoccupations populationnistes. Cette découverte confortait les campagnes en faveur de l'allaitement maternel et renforçait l'observation d'une mortalité plus grande chez les enfants nourris au biberon, particulièrement dans les crèches. Au Québec cependant, ces préoccupations survenaient après les découvertes pasteuriennes et le développement de la bactériologie. On aurait pu s'attendre à ce que les processus de stérilisation et de pasteurisation largement connus, soient préconisés avec conviction pour contrer la mortalité infantile. D'ailleurs le pédiatre montréalais Alton Goldbloom (257) affirmait que des changements dans l'incidence et la mortalité dus à la diarrhée infantile survenaient quand des autorités pédiatriques telles que Schloss, John Howland et Marriott réalisaient que le sucre était essentiel à la nutrition des enfants et que le lait devait être stérilisé. Or le discours médical noyait toujours cette solution dans une multitude de considérations. Dans les faits, elle servait peu la stratégie médicale. Revoyons le discours médical sur le mode d'allaitement qui occupait une place importante dans le scénario de la lutte contre la mortalité infantile.

257 A. Goldbloom, *op. cit.*, p. 160

Si les préparations lactées en vente dans le commerce n'avaient pas la faveur des médecins au moment d'ouvrir la première goutte de lait à Montréal, il n'en allait pas ainsi du lait de vache pasteurisé (258). Lors d'une séance de la Société médicale de Montréal, Hervieux proclamait la facilité de garder l'enfant nourri artificiellement hors d'atteinte de l'infection grâce à une stérilisation parfaite du lait et à la régularité des repas et de Grandpré croyait la pasteurisation supérieure à l'ébullition du lait. Le pédiatre Cormier (259) ajoutait qu'à Montréal on était loin de mettre en pratique tous les moyens hygiéniques que la science pouvait procurer au sujet de la lactation artificielle. Ainsi l'attitude des médecins face à l'alimentation dite "artificielle" en était une d'ouverture alors que la goutte de lait devait offrir un lait de vache de bonne qualité et exempt de bactéries au tournant du siècle. Mais cette institution était bientôt détournée de sa fonction première précisément au moment où la pédiatrie devenait une discipline médicale autonome. Nous avons souligné les circonstances de ce virage idéologique.

La première convention des gouttes de lait de 1913 (260) affirmait avec force que la cause principale de la mortalité infantile était l'abandon grandissant de l'allaitement maternel même si dans les faits, la mortalité infantile déclinait lentement. La goutte de lait se donnait donc pour objectif de mettre le nourrisson sous surveillance médicale continue et non d'encourager l'allaitement au biberon. Ainsi, considérant la mortalité infantile comme une calamité nationale attribuable directement à la grève de l'allaitement maternel, J. Gauvreau (261) en 1924, n'y voyait qu'un remède, l'allaitement maternel qu'il considérait indispensable au parachèvement moral et naturel de l'enfant. Les causes morales de la

258 L.P. de Grandpré, "L'alimentation chez le nourrisson", *UMC* 30, jr. . . . , pp. 404-423; H. Hervieux, "Traitement de la diarrhée infantile", *UMC* 30, juillet 1901, pp. 424-430. Hervieux était membre du premier bureau médical de l'Hôpital Sainte-Justine.

259 I. Cormier, "Quelques notes sur la mortalité excessive des enfants..." *UMC* 32, janvier 1903, pp. 13-21

260 *UMC*, 42, juin 1913, pp. 316-338

261 Joseph Gauvreau, "La mortalité infantile Calamité nationale Un seul remède: l'allaitement maternel", *UMC* 52, octobre 1923, p. 441-454

mortalité infantile appelaient selon lui, l'intervention des autorités religieuses, pour un renforcement de cette pratique peu importe les raisons invoquées pour recourir à l'allaitement au biberon du nourrisson. Il fallait d'abord définir le rôle de la mère et en démontrer sa justification morale. Le discours normatif sur la maternité devait servir la survivance nationale et tout ce qui pouvait éloigner la femme de sa fonction de reproduction, devait être tenu pour suspect.

Au même moment, le docteur Ribadeau-Dumas de la faculté de médecine de Paris était invité à donner des cours sur la mortalité infantile, cours que le Conseil d'hygiène s'empressait de publier. Ribadeau-Dumas consacrait un volet aux troubles digestifs des enfants nourris au sein après avoir expliqué la succession de théories qui avaient prévalu soit: l'action nocive des aliments d'après des analyses chimiques et le retour à la théorie microbienne. Il abordait les troubles digestifs des enfants nourris au sein (262). Moins péremptoire, il départageait les causes de la mortalité infantile.

Qu'à cela ne tienne, Baudouin (263) répétait sans ambages que la gastro-entérite relevait d'abord et surtout de la diminution progressive de l'alimentation maternelle à laquelle il ajoutait, par souci d'exactitude, de multiples causes d'ordre environnemental. Il préconisait donc la diffusion des principes de puériculture, la multiplication des consultations de nourrissons et des oeuvres d'assistance maternelle par des personnes compétentes, la pasteurisation du lait etc.. Raoul Masson (264) souscrivait à ces moyens préventifs tout en reconnaissant dans le sentiment religieux un renfort contre la limitation des naissances et "la sauvegarde de notre survivance". Masson attribuait les troubles gastro-intestinaux à des erreurs de régime et des fautes de diététique. Peu après, une étude du rapport du comité d'enquête sur l'hygiène à Montréal

262 Sergent, Ribadeau-Dumas, *op. cit.*, p. 304

263 J.A. Baudouin, "La mortalité infantile", *L'Action française* janvier 1924, pp. 4-20

264 R. Masson, "La mortalité infantile dans la Province de Québec", *UMC* 54, 1, janvier 1925, pp. 3-25

expliquait la mortalité par tuberculose plus élevée chez les Canadiens-français, par la pauvreté, les familles nombreuses et les mères épuisées (265). Ces causes étaient-elles entendues?

Bourgoin (266) s'inspirant de la méthode française, faisait connaître la diète du nourrisson selon les données récentes de la puériculture moderne; il témoignait surtout que l'état des connaissances permettaient de faire confiance à l'alimentation au biberon dans certaines conditions. Le discours semblait évoluer vers une certaine ouverture pour mieux se resserrer après le passage de Georges Mouriquand venu donner des leçons de pédiatrie dans le cadre de la lutte contre la mortalité infantile à l'automne 1929 (267). Notons qu'à cette époque, l'opinion médicale américaine se montrait parfois très favorable à l'allaitement artificiel qui apportait souvent une solution adéquate pour certains enfants; même si certains pédiatres prônaient toujours l'allaitement maternel, ils constataient peu de différence entre les enfants nourris au sein ou au biberon, quant à leur développement physique (268).

Mouriquand tenait un discours suranné qui invitait à la propagande pour l'allaitement maternel sous l'effet de la contrainte morale. Dans sa façon intégriste d'aborder le sujet, il tenait le mauvais lait pour responsable des 4/5 des entérites et répétait que leur étiologie tenait à des facteurs alimentaires, digestifs et nutritifs. Il affirmait que "si l'allaitement naturel pouvait être partout généralisé, la question des gastro-entérites ne se poserait pas". Et Lapière retenait la leçon. Constatant une diminution de l'allaitement maternel, il affirmait que la maladie était trop souvent invoquée pour recourir à l'allaitement au biberon alors qu'il existait en fait, peu d'obstacles à l'allaitement maternel.

265 *L'Action médicale* V, 11, novembre 1929, p. 229. M. Tétreault, *L'état de santé des Montréalais de 1880 à 1914*, p. 74: l'auteur souligne la surmortalité féminine par tuberculose, trait propre au Québec et à l'Ontario.

266 J.C. Bourgoin, "L'alimentation artificielle du nourrisson", *AMCHSJ* 1, 1, mai 1930, pp. 5-9

267 Georges Mouriquand, "Les gastro-entérites de l'enfance", *UMC* 59, 4, avril 1930, pp. 189-207

268 R. Apple, *op. cit.*, p. 72

Il tenait pour responsables la vie hors du foyer, les plaisirs, l'égoïsme, l'indifférence, l'ignorance, la misère et les conseils médicaux imprudents (269). Dès ce moment, il faisait de l'allaitement maternel une condition essentielle au développement de l'enfant. Vers la même époque, dans son livre qu'il destinait aux étudiants en médecine, aux infirmières et aux élèves des écoles et des couvents, il préconisait de "s'emparer de la mère immédiatement après la naissance" (270) afin de s'assurer qu'il n'y ait pas interruption dans la qualité de nourrice, qu'il affirmait être héréditaire. Dans son enthousiasme à prôner l'allaitement maternel, il n'hésitait pas, à l'instar d'Adolphe Pinard, à laisser planer la croyance que "toute femme qui n'a pas allaité à 25 ans sera atteinte plus tard d'un fibrome utérin".(271) A la culpabilité suscitée quelques années plus tôt, il agissait la crainte que pouvait éveiller la maladie. L'opinion d'un Lapière aurait été négligeable, n'eut été qu'il aspirait à la chaire de pédiatrie qu'il allait bientôt occuper ! Dans la même veine, la brochure *L'hygiène de l'enfant au premier âge* (272) largement distribuée, proclamait à propos de l'allaitement maternel: "En priver le bébé sans raisons importantes, c'est l'exposer à une foule de dangers et presque commettre un crime".

A la Société médicale de Montréal, le 6 décembre 1938, les pédiatres Letondal, Lapière, Longpré, Guilbeault et l'hygiéniste Baudouin faisaient le point sur l'alimentation du nourrisson à l'état normal et pathologique. A l'exception de Longpré, les pédiatres s'accordaient pour imputer les piètres performances du Québec en matière de mortalité infantile à la baisse de l'allaitement maternel. Devant cette quasi unanimité des jugements professionnels, Longpré questionnait: "Est-ce que dans les autres provinces l'allaitement maternel est plus

269 G. Lapière, "Où en sommes-nous en 1930 avec la question de l'allaitement maternel chez-nous?", *UMC* 59, 11, novembre 1930, pp. 703-706

270 G. Lapière, *Pour la mère et l'infirmière Du soin des enfants*, p. 44 et suivantes

271 Cette croyance aurait sa source chez Gubian qui l'aurait introduite dans la littérature médicale en 1838 alors qu'il affirmait: "Toute femme mère qui ne nourrit pas ses enfants, s'expose aux maladies les plus graves de son sexe": Olivier Faure, *Genèse de l'hôpital moderne Les Hospices civils de Lyon 1802-1845*, Paris, CNRS 1982, p. 193

272 *L'hygiène de l'enfant au premier âge*. Service de santé de la Cité de Montréal 1929. 32 p.

considérable?" Baudouin reconnaissait alors que les meilleures statistiques présentées ailleurs étaient dues à l'amélioration du lait de vache. Peu après, Longpré (273) faisait observer que de grandes maladies tuberculeuses, typhiques et diabétiques avaient allaité leurs petits et que finalement le biberon avait cessé d'être le cauchemar des mères et des médecins au moment où la diététique de l'enfant normal était traitée distinctement de celle de l'enfant malade, à la fin des années trente. En 1944, le pédiatre Léveillé (274) finalement reconnaissait que "Les infections situées en dehors du tube digestif sont les causes les plus fréquentes de diarrhée, tant chez l'enfant nourri au sein que chez l'enfant nourri artificiellement, avec un régime équilibré et sain surtout en hiver". Il ajoutait: "En somme la diarrhée ne doit pas être considérée comme une maladie mais comme un symptôme pouvant être produit par des causes différentes".

Peu après, le pédiatre Vézina (275) admettait "qu'on a exagéré dans le passé le rôle des facteurs alimentaires dans le genèse des diarrhées aiguës de l'enfant". Il précisait en guise de justification, que depuis le milieu des années trente, des techniques bactériologiques plus précises permettaient d'établir l'étiologie infectieuse primitive et confirmait le rôle de l'infection comme cause de diarrhée. Ignorait-il le travail de Longpré qui l'avait démontré dans son service à la crèche, ou les cours de Ribadeau-Dumas largement publiés? Vézina poursuivait: "...on a dû progressivement se rendre à l'évidence et reconnaître l'importance croissante de l'infection dans l'origine de la plupart des soi-disant dyspepsies gastro-intestinales de l'enfant". La contamination plus que l'écart de régime, était responsable des diarrhées infantiles. Assistions-nous à l'écroulement d'un paradigme qui justifiait le contrôle médical de l'alimentation du nourrisson?

273 D. Longpré, "L'alimentation artificielle du nourrisson normal", *UMC* 68, juillet 1939, pp. 749-750.

274 A. Léveillé, "Quelques réflexions sur la diarrhée du nourrisson", *AMCHSJ* 4, 3, mai 1944, pp. 50-54

275 N. Vézina, "Nouveautés en pédiatrie", *UMC* 75, 1, janvier 1946, pp. 45-51

Le virage s'opérait à la fin de la période retenue. Longpré (276) reconnaissait qu'une longue période de tâtonnements empiriques sous l'influence de différentes écoles de pensée, avait précédé la formulation de lois rationnelles de diététique qui se résumaient à quelques règles, soit que le régime des enfants devait être suffisant, complet, digestible et exempt de contamination. Aussi simplement résumées, peut-on croire qu'on ait mis autant de temps à formuler ces règles? Longpré soulignait les oppositions d'écoles qui menaient à de "pathétiques débats beaucoup plus burlesques que scientifiques". Il se rappelait le temps où l'on attribuait tout à la suralimentation (ou à l'hérédosyphilis): vomissements, diarrhée, constipation, convulsions, obésité, athrepsie, rachitisme, eczéma, asthme...alors que les enfants mouraient littéralement de faim. À ce propos, rappelons que le pédiatre français Variot dans un article percutant, dénonçait la théorie de la suralimentation de Budin, initiateur des gouttes de lait en France, dont il disait qu'elle avait causé la sous-alimentation de certains enfants! (277) Des médecins d'ici dont Lachapelle, souscrivaient à cette théorie, dans un premier temps (278) et J.A. Leduc aurait repris ici cette dénonciation (279). Il est également intéressant de noter les directives inscrites au verso de la carte bleue des gouttes de lait (280): en 1937, à l'article 5, on indiquait que durant sa première année, l'enfant ne doit prendre que du lait alors que l'article était supprimé en 1944.

276 D. Longpré, "Un demi-siècle de progrès en alimentation artificielle du nourrisson", *UMC* 79, 11, novembre 1950, pp. 1269-1272

277 Variot, "Laissons les bébés au sein téter suivant leur appétit Les abus de la balance dans le contrôle de l'allaitement", *Montréal-Médical* XV, 172, juin 1915

278 S. Lachapelle, "Mortalité des enfants", *Journal d'hygiène populaire* IV, 2, juin 1887, pp. 22-24

279 J.H. Charbonneau, *UMC* 85, 2 février 1956, p. 109

280 D. Baillargeon, "Fréquenter les Gouttes de lait..." *op. cit.*, pp. 67-68. C. Rollet-Echalier, "Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIXe siècle", *Population* 33, 6, novembre-décembre 1978, pp. 1189-1202. L'auteur fait remarquer que le seul critère de l'allaitement maternel sans considération de sa durée (âge du sevrage) est insuffisant; son usage trop exclusif et tardif est aussi cause de surmortalité.

La décennie 1950 apportait finalement des opinions nuancées. Albert Royer (281) de la nouvelle génération de pédiatres formés aux États-Unis, exposait la variété des opinions qui portaient surtout sur l'introduction d'aliments solides dans la diète infantile, sous la pression des compagnies de produits alimentaires pour bébés. Il se situait au moyen terme adoptant comme règle qu'il fallait adapter la diète à l'enfant et non l'enfant à la diète, témoignant du rejet du dogmatisme et la prise en compte de l'individualité biologique.

Le discours sur l'allaitement des nourrissons tenait tout autant à des stratégies d'affirmation d'autorité qu'à une question prétendument scientifique. Quant à la valorisation de l'allaitement maternel, elle sera reprise plus tard, non plus pour contrer la mortalité infantile mais, à la lumière des développements de la psychologie montante, sur la base de la relation privilégiée mère-enfant et de la reconnaissance des besoins affectifs.

Nous sommes ici confrontés à l'idéologie scientifique que Canguilhem (282) définit comme "un certain type de discours, à la fois parallèle à une science en cours de constitution et pressé d'anticiper, sous l'effet d'exigences d'ordre pratique, l'achèvement de la recherche". En effet, ici, le discours médical toujours agrémenté de statistiques, se donnait des apparences de scientificité pour mieux véhiculer des valeurs qui avaient souvent peu à voir avec les connaissances scientifiques de l'époque. Les préoccupations populationnistes et les objectifs sociaux qui en découlaient, appelaient une valorisation du rôle maternel. Il en résultait que le désir de retenir la mère à son foyer afin de maintenir l'organisation sociale fondée sur une conception patriarcale de la famille, n'était pas étranger au discours sur l'allaitement maternel. Les médecins qui souscrivaient à ces objectifs en profitaient pour accroître leur rôle auprès des mères en imposant leur autorité morale. La diète infantile

281 A. Royer, "L'état actuel de l'alimentation chez le nourrisson", *UMC* 85, février 1956, pp. 157-160
282 G. Canguilhem, *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, p. 62

devenait la voie d'insertion dans la relation mère-enfant. On assistait alors à l'acharnement des forces les plus conservatrices à mener des campagnes idéologiques, contre toutes formes modernes de compréhension. En tenant l'abandon de l'allaitement maternel comme la cause principale de la mortalité infantile, les pédiatres faisaient porter aux mères les piètres résultats du Québec dans la lutte à la mortalité infantile, raison d'être de la pédiatrie. Engagés dans la reconnaissance professionnelle de cette spécialité médicale, ils refusaient de mettre en cause leurs moyens d'intervention.

Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, un seul des objectifs sociaux était atteint, celui de la baisse de la mortalité infantile (283). Quant à la natalité, elle avait connu une décroissance durant la crise économique (284). Le discours médical qui persistait à vouloir freiner des changements sociaux, s'avérait impuissant à redresser des tendances qui lui échappaient. Les médecins évacuaient doucement la propagande à partir du moment où ils avaient réussi à s'insérer dans la relation mère-enfant; leur objectif professionnel était atteint puisqu'ils obtenaient la reconnaissance de la spécialité pédiatrique auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 1947. L'allaitement maternel sous surveillance médicale avait préparé les conditions mentales à la médicalisation de l'enfant. La science même vouée à des objectifs louables, n'est pas neutre.

Cependant, l'état de santé de la population québécoise dans les années quarante, demeurait lamentable en regard des autres provinces canadiennes; Vaillancourt (285) note que le taux de mortalité infantile demeurait le plus élevé et que la tuberculose y faisait plus de ravages

283 A. Authier, *La lutte contre la mortalité infantile au Québec de 1900 à 1970*, les tableaux des pages 47, 47A, 56, 58; Pour l'évolution de la mortalité infantile à Montréal pour la période 1877 à 1943, *Bulletin d'hygiène*, Service de santé Montréal, 30, 2, mars-avril 1944, pp. 16-17. A. Lévesque, *op. cit.*, p. 35; Pour Lévesque, une baisse de la natalité révèle un usage certain de moyens contraceptifs, p. 64. Voir aussi: Jacques Henripin, *Naître ou ne pas être*, Québec, IQRC 1989

284 D. Baillargeon, *op. cit.*,

285 Y. Vaillancourt, *op. cit.*, p. 149

même si dans l'ensemble, les pathologies liées au milieu extérieur étaient relativement bien connues et mieux contrôlées. De longues années d'un enseignement plus idéologique que scientifique ne pouvaient disparaître du seul fait d'une révision des concepts. Les médecins qui, par leur isolement à l'extérieur des centres urbains, avaient un accès limité aux nouvelles connaissances, perpétuaient des notions fausses pour un long moment. Il n'est pas indifférent de noter que les taux de mortalité infantile rurale passaient au-dessus de ceux de la mortalité infantile urbaine vers 1935-1940 (286).

Le développement des politiques de santé à l'égard des enfants s'articulait à des stratégies d'action collective et au nombre des facteurs externes qui influençaient le développement de la pédiatrie, il fallait compter le projet social qui situait la pédiatrie au coeur du débat, la création de sociétés philanthropiques à but spécifique, qui orientaient l'intervention dans un secteur donné et la mise en place des structures de santé publique et leur expansion qui permettaient, par l'examen systématique des collectivités d'enfants, le dépistage des malades, des infirmes, des déficients qui formaient bientôt une partie importante de la clientèle de l'hôpital pédiatrique. De plus, le développement de la médecine préventive faisait passer tous les enfants sous surveillance médicale. S'y ajoutait en complément, l'entrée à l'hôpital de l'obstétrique et son développement qui favorisait une puériculture anténatale et postnatale. A ces réalisations concrètes se superposaient différents facteurs idéologiques qui poussaient à la convergence: les préoccupations populationnistes, les préceptes humanitaires et l'ambition de certains groupes sociaux.

2.3 Développement institutionnel de la pédiatrie

Cette deuxième période caractérisée par l'intervention gouvernementale, plaçait l'enfant au coeur des enjeux sociaux. La pédiatrie qui répondait aux priorités retenues par les dirigeants politiques, pouvait identifier sa cause à celle de la nation et cette convergence d'intérêt était favorable à son développement institutionnel. A la fois soutenue par des circonstances externes, nous les avons vues, la pédiatrie l'était également par l'évolution de la science médicale et une dynamique professionnelle interne qui lui permettaient de prétendre à une expansion de son territoire.

La reconnaissance de la spécificité de l'enfant amorçait le processus de spécialisation. La pédiatrie qui intégrait la puériculture poursuivait ses interventions en médecine préventive et curative et réussissait à constituer un corpus de connaissances qui la démarquait de plus en plus de la médecine des adultes, pour finalement développer une médecine infantile qui regroupait toutes les spécialités. A titre d'hôpital universitaire, l'Hôpital Sainte-Justine pour les Enfants répondait à ce développement et poursuivait son expansion pour se constituer en un centre de pratique spécialisée. Les soins pédiatriques s'y concentraient et graduellement sa vocation locale devenait régionale. La pédiatrie se taillait une place importante dans le secteur de la santé.

Sous l'impulsion de l'évolution scientifique, on enregistrait avec le développement technologique et un raffinement de l'investigation clinique, un développement institutionnel qui s'accompagnait d'une diversification des services et de la spécialisation des médecins. En même temps, les études médicales s'enrichissaient des nouvelles connaissances et s'ouvraient timidement aux activités de recherche. Les *Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine* rendaient compte des activités scientifiques alors qu'elles prenaient place au sein des organes d'information et de diffusion des connaissances pédiatriques.

2.3.1 Les médecins et l'Assistance publique

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, les hôpitaux éprouvaient des difficultés financières et un projet de loi était élaboré pour l'hospitalisation des indigents aux dépens de leur municipalité respective (1). Le projet de loi ne devant pas être approuvé, il était résolu de refuser dans tous les hôpitaux, les malades des campagnes qui ne pouvaient payer 2\$ par jour (2). Le 1er mai 1919, un avis parvenait aux municipalités de la province à l'effet qu'elles devaient s'engager par écrit, à payer 2\$ par jour pour leurs indigents qui demandaient à être hospitalisés à Montréal. La stratégie était donc bien engagée dans le milieu hospitalier, au moment où le gouvernement provincial décidait de passer la loi d'Assistance publique.

Cette loi sanctionnée le 19 mars 1921 par le gouvernement d'Alexandre Taschereau, changeait les règles du jeu et constituait pour 40 ans, la base de l'organisation médico-sociale du Québec. En 1922, le Département du secrétaire et registraire de la province était chargé de l'administrer. Dans le monde hospitalier, la loi pourvoyait dans une certaine mesure, aux institutions d'assistance privée qui en faisaient la demande, et partageait également entre le gouvernement, la municipalité et l'institution concernée, les frais d'hospitalisation des malades indigents évalués à 2,01\$ par jour (3). Le tarif passait à 3\$ par jour en 1942; il était de 4\$ en 1948 alors qu'on estimait le coût d'un malade à 7,64\$ par jour.

La loi ne prévoyait pas d'honoraires pour les médecins qui soignaient les indigents alors que dans les institutions universitaires, ces derniers répondaient aux besoins de l'enseignement clinique. Par ailleurs,

1 AHSJ, Assemblées hebdomadaires 15 août 1915 au 29 octobre 1919: Lettre du président de la Société médicale, 26 novembre 1918. Y. Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales 1940-1960*, chapitre 5 "Le régime québécois d'Assistance publique", pp. 205-252

2 *ibid.*, 8 avril 1919; Bureau médical 1908-1921, dossier 16, 29 avril 1919

3 AHSJ, dossier 1, Assistance publique, 15 novembre 1921

l'Assistance publique soutenait la recherche clinique en élargissant le nombre de patients admis gratuitement à l'hôpital. L'évolution de la médecine demeurait donc influencée par les législations sociales qui la touchaient directement, et les médecins se voyaient insérés dans le réseau de responsabilités sociales. L'État donnait à la médecine de nouveaux paramètres qui orientaient sa pratique et son déploiement.

Cette loi rencontrait à l'origine la résistance de l'épiscopat qui tardait à lui donner son accord et était jugée "une mauvaise loi" par Henri Bourassa (4) parce que basée sur un principe faux qui soumettait les institutions religieuses à un gouvernement laïc. L'épiscopat voulait obtenir la reconnaissance du maintien de son autorité sur les communautés religieuses et empêcher que, devenues institutions d'assistance publique, elles ne soient soumises à l'autorité civile dans les domaines où elles étaient canoniquement soumises à l'autorité religieuse (5). Pour sa part, Bourassa soutenait qu'on se dirigeait tout droit vers le socialisme d'État en mettant sous la direction suprême et la tutelle effective de l'État, toutes les oeuvres de bienfaisance de la province. Pour les opposants, cette loi s'attaquait donc à l'ordre moral, à la famille et à la religion et la hantise de la laïcisation rendait cette loi suspecte. Mais plus qu'une confrontation idéologique entre l'anti-étatisme des ultramontains et l'anticléricalisme des libéraux, cette loi marquait surtout une évolution sociale indéniable qui accompagnait l'industrialisation (6) et le début d'un nouveau rapport entre certains membres de la profession médicale, les médecins des hôpitaux et l'État.

Cependant, cette loi qui apportait une solution financière aux déficits des hôpitaux, devenait bientôt elle-même source de déficit, à

4 Henri Bourassa, *Une mauvaise loi L'assistance publique*. 1921. L'Église catholique de Boston s'opposait à la même époque (1921) au *Sheppard-Towner Act*, un programme fédéral d'hygiène mère-enfant; R. Meckel, *op. cit.*, p. 214

5 G. Poulin, "L'assistance sociale dans la province de Québec 1608-1951" Commission Trambly, annexe 2, p. 62

6 B.L. Vigod, "Ideology and Institutions in Quebec. The Public Charities Controversy 1921-1926", *Histoire sociale*, XI, 21, mai 1978, pp. 167-182; N. Perron, *op. cit.*, p. 214

partir du moment où elle n'était pas ajustée régulièrement au coût de la vie. Il faut également souligner que l'hôpital ne recevait en principe aucune compensation financière pour ses dispensaires bien que l'Hôpital Sainte-Justine recevait en 1923 un don de 1500\$ du gouvernement provincial, à cette fin (7). Par ailleurs, si l'obligation était faite aux municipalités de payer en partie pour leurs indigents, aucune obligation ne leur était faite de s'occuper d'eux effectivement en fondant des institutions nouvelles. La loi d'Assistance publique faisait ainsi porter un fardeau financier aux institutions existantes qui devaient pourvoir au tiers des frais encourus pour les indigents tout en élargissant leur clientèle et leur rayonnement géographique. Cette forme d'assistance privée assurée en partie par les deniers publics, maintenait une administration discrétionnaire préoccupée constamment par les abus potentiels. Voici en 1928, le portrait de la clientèle de l'Hôpital Sainte-Justine qui bénéficiait largement de cette nouvelle loi; les enfants hospitalisés provenaient majoritairement des milieux à faible revenu où un des parents était malade; l'âge de cinq ans répartissant à part égale la clientèle.

Tableau 2-7

**Situation familiale et financière de la clientèle
de l'Hôpital Sainte-Justine (8)**

Assistance publique (patients acceptés)	648
Assistance publique (sans réponse)	42
Semi-payants	45
Patients ayant payé 0,67\$/jour	76
Cas perdus	15
Total:	826

7 ANQ, Fonds MAS/E38 HSJ, 12,1. Lettre au Docteur A. Lessard, 28 mai 1924

8 ANQ, Fonds MAS/E8 HSJ, 12,1 Relevé des admissions du 1er janvier au 30 avril 1928

Situation familiale		Salaire hebdomadaire	
Père décédé	54	0-10\$	33
Mère décédée	35	10-20\$	216
Père malade	120	20-30\$	139
Mère malade	188	30-40\$	26
Abandon du père	2	40-50\$	2
Abandon de la mère	35	chômeurs	104
Issu de l'orphelinat	18		
Père et mère décédés	4		
		total des familles	520

Nombre d'enfants par famille

Nombre d'enfants	Nombre de familles
1	84
2	85
3	118
4	107
5	95
6	63
7	60
8	21
9	39
10	22
11	9
12	1
14	2

Répartition des âges des patients

Âge	Nombre de patients
0 à 2 ans	238
2 à 5 ans	152
5 à 8 ans	131
8 à 11 ans	110
11 à 15 ans	111
16 ans	1
total des admissions	743 admissions

Un peu plus de la moitié de la clientèle a moins de 5 ans.

A partir du moment où des sommes importantes étaient consacrées au système de santé, les médecins ne se contentaient plus de réclamer des législations favorables à leur profession; ils cherchaient à négocier leur part des retombées financières qu'apportait le nouvel interlocuteur. La médecine n'était plus séparable du projet politique et elle s'installait au coeur de la politique parce qu'elle ne pouvait plus se passer de l'État pour répondre à ses demandes. Les impératifs de la technologie et de l'organisation faisaient que les médecins ne pouvaient plus considérer l'hôpital uniquement comme pourvoyeur de matériel clinique nécessaire à leur enseignement et ils se voyaient contraints de négocier leur position dans la réorganisation des activités médicales soumises à la standardisation. Faut-il rappeler la publication en 1920 par G.A. Marsan du volume *Le code des médecins et chirurgiens* qui faisait valoir les droits des médecins.

L'intervention de l'État impliquait des sommes considérables que les médecins risquaient de voir échapper à leur contrôle. Nous avons, dans les chapitres précédents, fait état des revendications collectives des médecins, après l'entrée en vigueur de la loi d'Assistance publique et l'expansion d'organismes subventionnés tels les Gouttes de lait et l'Assistance maternelle. A l'Hôpital Sainte-Justine en 1921, la gratuité des

soins donnés au dispensaire était l'objet d'un litige entre le Bureau médical et le Bureau d'administration (9). Le problème perdurait puisque, quelques années plus tard, l'administration menaçait de congédiement les médecins qui réclamaient des honoraires au dispensaire (10). Les médecins bénévoles devenaient militants.

Dès le début de 1922, le pédiatre Raoul Masson, alors président de la Société médicale de Montréal, (11) remarquait que la multiplicité des services médicaux gratuits, entraînait un éclaircissement de la clientèle et Z. Rhéaume exposait le projet d'association des médecins pour défendre leurs intérêts. L'Association médicale de la Province de Québec, branche de la *Canadian Medical Association*, était fondée précisément en 1922. Elle avait pour but d'établir des rapports amicaux et coopératifs entre médecins francophones et anglophones et de répandre les connaissances scientifiques. Raoul Masson joignait les rangs.

Dussault (12) rappelle les valeurs d'autonomie et d'autorité auxquelles les médecins souscrivaient et le droit qu'ils se voulaient reconnaître, de définir les règles du jeu en matière de distribution des soins. Mais obligés de négocier leurs honoraires, les médecins voyaient se brouiller le code de la vocation, fondement de la pratique médicale, à en croire le discours.

La Société de Chirurgie de Montréal fondée en 1929 et à laquelle participait E. Dubé et A. Ferron de l'Hôpital Sainte-Justine, s'empressait de former un comité pour trouver un moyen de rémunérer les chirurgiens qui traitaient les malades indigents (13). Les tensions aboutissaient à une

9 AHSJ, dossier 16, Bureau médical 1908-1921, 2 septembre 1921; P.V. Bureau médical 4 novembre 1921

10 AHSJ, dossier 16-20, Surintendant médical 1924-1927, 27 mai 1924

11 R. Masson, "Utilité de l'association scientifique. Abus des consultations gratuites. Exploitation des médecins", *UMC* 51, 2, février 1922, pp. 70-74. Il n'est pas indifférent de constater que la Confédération des travailleurs catholiques du Canada (CTCC) était créée en 1921.

12 Gilles Dussault, *La profession médicale au Québec 1941-1971*, p. 67

13 E. Desjardins, "Les Sociétés de chirurgie du Québec", *UMC* 102, août 1973, p. 1749

crise de la profession médicale dans les années trente, traduite ainsi par Arthur Rousseau en 1933: (14)

"La profession médicale est, de toutes les institutions professionnelles, la plus menacée par le bouleversement actuel de l'ordre social. Des philanthropes chimériques s'accordent avec les masses populaires aveuilles pour abandonner les malades à la sollicitude de l'État. Déjà la pratique libre de la médecine est limitée par les empiètements des pouvoirs publics que ne semble nullement impressionner la banqueroute universelle des méthodes centralisatrices contemporaines".

Il ajoutait:

"C'est en conservant à la profession médicale ses prérogatives et ses droits acquis qu'on lui permettra de remplir pleinement sa mission"

Les médecins feignaient d'oublier qu'ils avaient eux-mêmes réclamé les dispensaires pour répondre à des fins cliniques, qu'ils s'étaient appuyés sur les philanthropes pour répondre à l'institutionnalisation de la médecine et qu'ils avaient si souvent réclamé l'intervention législative et financière de l'État.

En 1935, les médecins de la *Canadian Medical Association* présentaient un plan d'assurance maladie (15). Cette même année à Montréal, naissaient l'Association des médecins des hôpitaux et une fédération des sociétés d'omnipraticiens pour revendiquer auprès des autorités provinciales et municipales, une rémunération pour les services

14 J. Gauvreau, *Les médecins au Canada-français*, Montréal 1933. préface A. Rousseau, Université Laval.

15 E. Desjardins, "Les revendications des médecins en l'an 1935", *UMC* 99, novembre 1970, pp. 2077-2081. Voir aussi: D. Goulet et al., *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal*, p. 271

médicaux rendus aux patients de l'Assistance publique et dénoncer les dispensaires d'hôpitaux qui, disait-on, faisaient une concurrence déloyale aux praticiens. La création d'un ministère de la santé au Québec survenait en 1936. E. Desjardins affirme que pour la première fois, les médecins pensaient à s'unir sur la question pécuniaire. La question s'était pourtant posée dès l'avènement de l'Assistance publique comme nous l'avons mentionné (pp. 246 et 293) et le projet d'assurance maladie cristallisait la mobilisation. Quant aux effets de la crise économique invoqués par les médecins pour justifier leur attitude, ils servaient d'écran à un rapport de force engagé avec le gouvernement depuis un bon moment. Et il semble bien qu'il faille attribuer à l'intervention de l'État, la nouvelle perception des médecins de leur statut professionnel au sein de l'hôpital.

En octobre 1937, l'organisation médicale vouée à la défense des intérêts professionnels, prenait de l'ampleur. Un mouvement déclenché à Montréal, l'Alliance médicale de la Province de Québec, absorbait les divers regroupements et sociétés de médecins pour s'imposer à l'attention des pouvoirs publics et faire reconnaître les droits et les revendications des médecins. Par ailleurs, les demandes d'indemnités s'accompagnaient d'une diminution importante des activités des dispensaires, en guise de moyens de pression (16); elles étaient responsables du décrochage dans la progression continue des activités du dispensaire de l'Hôpital Sainte-Justine présentées dans le tableau suivant et du fléchissement dans la courbe ascendante des admissions présentée plus loin. Une observation similaire était faite au dispensaire de l'Institut Bruchési, comme nous l'avons soulignée. Tributaires des objectifs sociaux mais sans vouloir en faire les frais, les médecins prenaient conscience du pouvoir de négociation dont ils disposaient.

16 A. Lesage, "A propos de l'assistance publique", *UMC* 65, 3, mars 1936, p. 201; O. Mercier, "Les dispensaires, le médecin praticien, le médecin des hôpitaux", *UMC* 65, 2, février 1936, p. 152

Tableau 2-8

Consultations externes
Hôpital Sainte-Justine 1930-1939 (17)

Année	1930	1931	1932	1933	1934
Consultations	33700	45688	71587	76548	71682
Années	1935	1936	1937	1938	1939
Consultations	62143	53769	56119	59564	62037

Dès 1927, l'Hôpital Sainte-Justine proposait à ses médecins une rémunération pour le département semi-privé (18). Les médecins étaient rémunérés à 15% du prix de la pension perçue, le radiologiste recevait 15% du total des recettes de son département et l'anesthésiste recevait 15% des recettes de l'anesthésie, lesquelles étaient calculées dans la proportion de 50% du taux du département privé. En novembre 1934, un comité inter-hospitalier cherchait les moyens d'assurer aux médecins de service, une rémunération; il entreprenait des démarches pour obtenir une rétribution pour les consultations externes. Cette même année, les salaires des médecins de l'Hôpital Sainte-Justine représentaient 34 572\$, soit 23,02% du total des salaires payés à l'hôpital (19). Et en février 1936, l'hôpital soumettait aux médecins le barème suivant:

17 Rapport annuel de l'HJSJ 1965, p. 50

18 AHSJ, dossier 40, Rémunération des médecins, 15 novembre 1927

19 AHSJ, dossier 159, Association générale des médecins des hôpitaux, 5 novembre 1934

Tableau 2-9
Rémunération des médecins de l'Hôpital Sainte-Justine 1936 (20)

Disponibilité	Service	Titre	Salaire
9 am. à 1 pm.	médecine	chef (2)	2 000\$
		assistant (2)	1 250\$
9 am. à 1 pm.	chirurgie	chef (2)	2 500\$
		assistant (2)	1 500\$
9 am. à 12 am.	radiologie	chef	2 000\$
		assistant	1 000\$
9 am. à 11 am.	dermatologie	chef	1 500\$
		assistant	700\$
9 am. à 1 pm.	O.R.L.	chef	2 000\$
		assistant	1 000\$
9 am. à 12 am. (2 fois/sem)	odontologie	chef	600\$

L'Hôpital Sainte-Justine était cité en exemple et Madame Beaubien, qui avait convaincu son bureau d'administration de verser des salaires à ses médecins, recevait de l'Université de Montréal, un diplôme "Honoris Causa" en juin 1936 (21). La faculté de médecine lui marquait sa reconnaissance pour son leadership dans le domaine social et médical précisément au moment de la question des salaires.

Ce débat se déroulait en toile de fond au moment où la pédiatrie prenait son expansion. Les nombreux services médico-sociaux qui rendaient les soins plus accessibles, créaient la clientèle et ce fait doit demeurer présent à l'esprit, dans l'étude de l'expansion du travail médical, tout autant que le développement technique et scientifique qui apportait des solutions réelles à la maladie.

²⁰ *ibid.*

²¹ A. Lesage, "Université de Montréal", UMC 65, juin 1936, p. 505

Avec la prise en charge par l'État d'une partie des frais d'assistance et l'attribution de capitaux importants aux services médico-sociaux pour répondre aux nouvelles exigences sociales manifestées par les divers groupes de pression qui se formaient, débutait le débat sur l'assurance-maladie qui devait se poursuivre pendant quarante ans. Partie intégrante de cet enjeu, les médecins s'organisaient et leur pouvoir allait s'affirmant. Ils exigeaient de participer activement à cette redistribution sociale des frais de santé. (22) Avec Dussault et Freidson avant lui, nous constatons que le système de distribution des soins de santé n'est pas le fruit d'une évolution des connaissances médicales qui tente de répondre aux besoins de la population, mais qu'il est la résultante d'un ensemble d'interaction de groupes spécifiques: les médecins, les consommateurs et l'État.

2.3.2 Les crèches dans le développement de la pédiatrie

Les statistiques de mortalité infantile à Montréal étaient lourdement grevées par le taux excessif de mortalité dans les crèches. Gaumer (23) donne pour Montréal les taux de mortalité infantile pour les enfants légitimes et illégitimes qui confirment pour l'ensemble de la période 1915-1969 la surmortalité des enfants illégitimes. En 1926, la société d'hygiène infantile mettait sur pied un comité composé des docteurs Letondal, Longpré et J.A. Baudouin, pour faire enquête sur les services médicaux des institutions infantiles (24). Dès ce moment, l'intérêt pour la diététique et la bactériologie dans les crèches était ravivé et des mesures importantes étaient prises pour diminuer la mortalité infantile qui s'élevait en 1925, à 39.7% à la Crèche d'Youville (25).

22 Goulet et al., *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame*, pp. 270-275

23 B. Gaumer, *op. cit.*, Au tableau II en annexe, l'auteur donne les taux de mortalité infantile pour les enfants légitimes et illégitimes compilés sur une base quinquennale à Montréal pour les années 1915-1969. Aussi voir p. 212

24 R. Masson, "École d'hygiène sociale", *UMC* 55, 1, janvier 1926, pp. 44-50

25 Soeur S. Collette, *op. cit.*, p. 45. Annexe 4

2.3.2.1 La Crèche d'Youville

La construction de la Crèche d'Youville à la Côte de Liesse était commencée en 1913 mais une interruption des travaux reportait à 1924 l'occupation des nouveaux locaux par les Soeurs Grises et les 375 enfants de moins de 5 ans, reçus rue Saint-Mathieu. Le gouvernement provincial leur octroyait 10 000\$ annuellement pendant 25 ans. (26)

La crèche qui pouvait recevoir 800 enfants, comprenait 33 salles de 24 à 32 lits chacune, alors qu'elle accueillait chaque année 400 à 450 nouveaux enfants. Elle disposait d'un véritable hôpital avec ses salles d'opérations, de pansements, de stérilisation et d'autopsies, ses laboratoires de diététique, de rayons X et ultraviolets, et ses installations de physiothérapie (27). Elle était placée sous la surveillance d'un bureau médical désigné par la faculté de médecine qui comptait deux pédiatres, un oto-rhino-laryngologiste, un dermatologiste, un chirurgien et plus tard, un odontologiste.

Le service des nourrissons comprenait 21 pouponnières dont une destinée aux cures d'air. Une infirmerie de 72 lits divisée en chambres de 2 à 3 lits, permettait l'isolement des enfants, alors que les salles regroupaient 20 à 24 berceaux. Une infirmerie de 22 lits accommodait les enfants âgés de 2 à 5 ans.

La pédiatrie était confiée aux médecins de l'Hôpital Saint-Paul et du dispensaire de pédiatrie de l'Hôpital Notre-Dame; Daniel Longpré était chef de service des enfants de moins de deux ans et J.A. Leduc assumait la même fonction pour ceux de deux à six ans. J.H. Rivard (28) de

26 Soeur S. Collette, *op. cit.*, p. 36; Joseph Edmond Dubé, "Nos hôpitaux le passé, leur évolution, le présent", *UMC* 61, 1932, pp. 148-234, p. 163. En 1918, dans l'incendie de l'aile Saint-Mathieu, 53 des 170 enfants périssaient.

27 *Album Souvenir Hôpital Général des Soeurs de la Charité*, Montréal 1930.

28 J.H. Rivard (1895-1961) Diplômé de l'Université de Montréal en 1920, il se spécialisait en chirurgie infantile auprès d'Ombredanne avant de devenir assistant bénévole à l'Hôpital Sainte-Justine en 1922 et assistant régulier en 1925. Agrégé en 1930 puis chef de service en

l'Hôpital Sainte-Justine, assurait le service de chirurgie, assisté peu après d'Émile Thomas (29). Avec sa population infantile regroupée, la crèche présentait un terrain clinique intéressant et les médecins se mettaient à l'oeuvre pour déterminer les causes de la mortalité infantile pour mieux instaurer une thérapeutique adéquate.

Vers cette époque, les docteurs Renaud de Paris et Marriott de Saint-Louis Missouri découvraient le rôle des infections parentérales, le rôle de l'otite moyenne et de la mastoïdite occultes dans la genèse des diarrhées et de l'athrepsie. Ainsi, l'expérience clinique démontrait de plus en plus qu'un grand nombre de troubles attribués au système digestif, étaient dus à des lésions infectieuses situées la plupart du temps dans l'oreille moyenne et la mastoïde; la gastro-entérite étant alors une infection secondaire. A la Crèche d'Youville, l'observation rigoureuse faite par Longpré et Panneton (30) des enfants qui présentaient une symptomatologie à peu près identique quelques jours après leur admission, les analyses bactériologiques réalisées dans deux laboratoires différents, accompagnées de l'exécution d'un nombre important d'autopsies (environ 250), permettaient de déceler la présence

1933, il devenait chirurgien en chef au décès de E. Dubé en 1960. Il était associé du Collège Royal des Chirurgiens du Canada.

29 **Emile Thomas** (1903-1962) Diplômé de l'Université de Montréal en 1929, il se spécialisait en chirurgie traumatique à l'Université Columbia avant d'entrer à l'Hôpital Sainte-Justine en 1930. En 1937, il poursuivait des études en chirurgie générale à Paris, Manchester et Vienne. Il était associé du Collège international des Chirurgiens.

30 **Daniel Longpré, Philippe Panneton**, "La diphtérie clandestine dans nos crèches. Ses localisations nasales et auriculaires. Ses relations avec le taux de mortalité infantile", *CMAJ* XXII, 2, février 1930, pp. 203-207.

Daniel Longpré (1893-1968) était assistant à l'Hôpital Saint-Paul avant d'être chargé du service de médecine infantile à l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc. En 1941, il devenait chef du service de pédiatrie à l'Hôpital Saint-Luc. Longpré avait travaillé près de vingt-cinq ans à la Crèche d'Youville quand Claude Léonard lui succédait à la section de pédiatrie en 1948. Ce dernier deviendra chef du département de pédiatrie à l'Hôpital Maisonneuve Rosemont.

Philippe Panneton (1895-1960) Diplômé de l'UdeM en 1920, il était boursier du gouvernement provincial ce qui lui permettait de poursuivre des études en France en ORL. De retour à la fin de 1923, il entrait à l'Hôpital Notre-Dame où il devenait chef du service ophtalmo-ORL de 1939 à 1949. Il ouvrait une clinique privée. Assistant à l'enseignement en 1926, il recevait l'agrégation en 1933 et devenait titulaire de la chaire d'ORL en 1945. Polyglotte, homme de lettres, il devenait ambassadeur au Portugal en 1956. *UMC* 90, avril 1961, pp. 339-342

de bacilles diphtériques virulents qui ne déterminaient pas de manifestations diphtériques classiques. Une forme atypique de diphtérie était responsable de l'endémie à la crèche et on constatait que de nombreux enfants officiellement morts de "diarrhée", présentaient une infection de l'oreille moyenne et de la mastoïde. Mais plus encore, huit des trente-deux membres du personnel examinés, s'avéraient être porteur de germes diphtériques. Les médecins concluaient que la pasteurisation s'avérait insuffisante, il fallait la stérilisation à l'autoclave. Ils déduisaient:

"La présence d'une telle infection spécifique si dangereuse, et si répandue, du moins chez nous, ne peut qu'avoir une influence néfaste sur notre chiffre de mortalité. Et nous croyons que cette influence n'est pas petite".

Panneton affirmait avec conviction:

"Nous avons depuis deux ans constaté que la mastoïdite méconnue, sans signes mastoïdiens est *une* sinon *la* cause de la mortalité infantile"

Et d'ajouter:

"Tout ce travail, couvrant une période de deux ans, nous a persuadés que le problème des crèches est un problème *infectieux et non pas alimentaire*"

Cette conclusion était importante à un double point de vue: d'abord, elle posait un nouveau paradigme quant aux causes de la diarrhée infantile et conséquemment de la mortalité infantile, ensuite, elle orientait différemment le traitement.

Dès septembre 1927, les enfants étaient vaccinés contre la diphtérie (31) et si avant 1930, on immunisait les enfants vers l'âge de deux ans, graduellement l'âge de la vaccination devenait plus précoce, de sorte qu'en 1935, ils l'étaient vers l'âge de trois mois. Quant à la nutrition, en 1927, dès l'âge de six mois l'enfant recevait du lait, du jus d'orange, de l'huile de foie de morue, des céréales, du bouillon et des légumes.

L'autre volet du dépistage des maladies infectieuses concernait l'oreille. Panneton et Longpré (32) témoignaient de leur expérience à la Crèche de Liesse. Constatant la difficulté de l'examen otoscopique qui s'avérait peu révélateur chez le nourrisson, ils préconisaient la ponction exploratrice de la caisse de l'oreille. Ils pratiquaient cette opération délicate qui exigeait précision et dextérité, plus de 2000 fois entre juin 1925 et 1929; les résultats indiquaient plus de 200 trépanations mastoïdiennes et de nombreuses paracentèses. La ponction exploratrice permettait de connaître la présence de l'otite et de soupçonner la mastoïdite. Quand à la trépanation, Panneton avait mis au point une technique qui exigeait l'anesthésie locale seulement, une incision réduite et un temps d'intervention court. Les médecins concluaient:

"Chez le nourrisson qui présente un symptôme, on doit d'abord relever la température et chercher la localisation infectieuse s'il y a lieu avant de saboter le régime alimentaire...le problème alimentaire ne nous semble pas et de beaucoup, le principal problème de la médecine infantile"

Ils poursuivaient:

31 S. Collette, *op. cit.*, p. 73

32 Philippe Panneton, "Technique de la trépanation mastoïdienne chez le nourrisson", *Annales des maladies de l'oreille, du larynx du nez et du pharynx*, 47, novembre 1928, pp. 986-992; P. Panneton, D. Longpré, "De l'importance primordiale de la ponction exploratrice de l'oreille moyenne chez le nourrisson" *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, Paris, 48, 1929, p. 911; D. Longpré, "Un demi-siècle de progrès en alimentation artificielle du nourrisson", *UMC 79*, novembre 1950, pp. 1269-1272

"Nous avons actuellement la certitude, étayée par nombre d'autopsie(s) que les abcès de l'oreille et la mastoïdite qui les complique souvent, retentissent pratiquement toujours de cette façon sur les organes digestifs".

Nous n'avons retracé aucune référence précise aux travaux de Panneton et Longpré chez les pédiatres francophones si ce n'est que J.E. Saint-Onge (33), soulignait la contribution des pédiatres à l'étude "si discutée" de l'otite latente chez l'enfant et qu'un soin minutieux était apporté à sa détection et à son traitement. De plus, la recherche systématique de la diphtérie nasale du nourrisson était entreprise sur tous les enfants de moins de 30 mois (34) en 1928 et 1929 sans résultats significatifs, selon Letondal. Panneton et Longpré étaient-ils trop interventionnistes?

Trois moyens avaient été retenus à la Crèche de Liesse pour réduire la mortalité: une alimentation plus complète, la vaccination antidiphtérique et la ponction exploratrice de l'oreille pour localiser l'infection. Mais surtout, ses médecins étaient conscients qu'ils emboîtaient le pas à "une révolution de la science pédiatrique" comme ils l'affirmaient, qui attribuait de plus en plus les problèmes diarrhéiques à des infections situées hors du tube digestif, qui avaient peu à voir avec la nutrition.

Si trois moyens avaient été retenus pour combattre la mortalité infantile, un quatrième nous apparaît non négligeable. L'école de

33 Rapport annuel, Hôpital Sainte-Justine 1933, p. 47. J. Egidé Saint-Onge, (1870-1947) obtenait son diplôme en médecine à l'Université Laval à Montréal en 1893. En 1901, il se spécialisait à Paris en O.R.L. et complétait sa formation par des voyages d'études à New York en 1906-7 et à Paris en 1912-1913. Il devenait assistant bénévole en ophtalmo-ORL à l'Hôpital Sainte-Justine en décembre 1916 et assistant régulier l'année suivante avant de devenir chef de service en juillet 1917. A l'Institut Bruchési, il était assistant au dispensaire d'ORL (1912-1915) et chef de service d'ORL durant 5 ans; il demeurait consultant. Il était aussi attaché à l'Institut Nazareth.

34 P. Letondal, "Note sur la fréquence de la diphtérie nasale du nourrisson à l'Hôpital Sainte-Justine", *UMC* 57, 10, octobre 1928, p. 584

puériculture ouverte en 1919 était réorganisée en 1926 comme l'avait préconisée R. Masson président de la Société d'hygiène infantile, et le cours recevait l'approbation des docteurs Leduc et Longpré (35). La nécessité de réviser les notions de puériculture enseignées jusque-là, s'imposait et Longpré y répondait en traduisant en 1930, le livre du docteur Alton Goldbloom sous le titre: *Du soin des enfants* (36). Le livre prodiguait les conseils de puériculture sans parti pris moralisateur, il comportait un chapitre important sur les vitamines et mettait en garde contre l'alimentation lactée exclusive, formule prônée avec force par certains médecins, quelques décennies plus tôt. A noter surtout que Goldbloom avait été formé à l'école américaine.

Longpré, très au fait des développements en pédiatrie et en puériculture (37), publiait en 1933, *L'enfant sain*, manuel qu'il destinait aux jeunes médecins et aux infirmières. Aux thèmes jusque-là traités en puériculture, il ajoutait ceux de l'hygiène mentale et de la prématurité ainsi qu'un chapitre sur les vitamines et l'inspection médicale des écoles.

La contamination intra-hospitalière demeurait cependant la pierre d'achoppement de l'équipe médicale et les moyens thérapeutiques s'avéraient limités. La coqueluche sévissait de façon endémique à la crèche de 1925 à 1930; elle était finalement contrôlée qu'après un recours à l'isolement des contacts et l'imposition de mesure de quarantaine à l'intérieur de l'institution (38). La maladie faisait à nouveau son apparition en 1942 et en 1943 et cette fois, elle était contrôlée par

35 Collection Chagnon, Bibliothèque des sciences humaines, Université de Montréal, brochures CM-CZ, *Cours préliminaire à l'usage des gardes d'enfants de la Crèche d'Youville*, 1928, 39p.

36 Alton Goldbloom, *Du Soins des enfants* ed. 1930, p. 83. A. Goldbloom was lecturer in pediatrics at McGill University; associate physician at the Children's Memorial Hospital; attending physician at the Montreal Foundling and Baby Hospital; assistant physician at the Shriner's Hospital. L'édition de 1941 était révisée et augmentée; elle comportait un chapitre sur l'éducation sexuelle et sur l'adolescence.

37 D. Longpré, "Analyse de quelques travaux récents", *UMC* 54, août 1925, pp. 537-539

38 D. Longpré, "La coqueluche Essai d'une cuti-réaction et d'un sérum antitoxique", *UMC* 75, août 1946, pp. 924-929. Pour Québec, voir: A. Jobin "Historique d'une épidémie de rougeole à la crèche", *Bulletin Médical de Québec* 32, 1931, pp. 105-115

l'isolement, la quarantaine et l'emploi d'un sérum expérimental. A cette occasion, le sérum préparé à Montréal par le docteur L.P. Strean, sur la base des travaux du docteur Sauer qui avait mis au point un vaccin vers 1933, permettait quelques observations. Le sérum antitoxique se montrait efficace dans la vaccination passive préventive contre la coqueluche et diminuait l'intensité et la durée des quintes de toux sans toutefois faire cesser cette dernière; il était cependant impuissant à guérir la coqueluche.

De son côté, dans les années quarante, Panneton (39) observait une diminution des porteurs d'amygdales hypertrophiées qui coïncidait avec la presque disparition des maladies contagieuses infantiles; il n'y avait plus d'épidémies massives de diphtérie, de rougeole, de coqueluche et de scarlatine qu'il attribuait à l'isolement plus sévère, à des précautions générales adéquates et à l'immunisation.

En oto-rhino-laryngologie la fonction des amygdales était un sujet très discuté qui suscitait les opinions les plus diverses et l'amygdalectomie, une des plus anciennes interventions chirurgicales, était devenue probablement la plus fréquente; Panneton (40) parlait de "véritable offensive anti-tonsillaire" dans le sillage de l'école américaine. Il soutenait dans sa thèse d'agrégation en août 1935, qu'il ne semblait pas déraisonnable de supposer "que la diphtérie pourrait occuper une place importante et par trop méconnue dans la pathologie amygdalienne, et par là, dans le développement hypertrophique des amygdales" (41).

L'ablation des amygdales était la grande mode au début des années trente autant chez les parents que chez les médecins, d'écrire

39 P. Panneton, "L'amygdalectomie chez les petits enfants", *UMC* 71, mars 1942, p. 239-245

40 P. Panneton, "Considérations pratiques sur les problèmes de la fonction et de l'hypertrophie des amygdales palatines", *UMC* 64, août 1935, p. 768; "Variation de technique dans l'amygdalectomie dite à l'américaine" *Annales d'oto-laryngologie*, février 1937, pp. 112-122

41 P. Panneton, "L'amygdalectomie chez les petits enfants", *UMC* 71, mars 1942, pp. 239-245

Freidson (42) qui rappelle une étude faite aux États-Unis en 1934 par l'*American Child Health Association* sur mille enfants des écoles soumis à l'examen de quelques groupes de médecins où en bout de ligne, une cinquantaine d'enfants seulement auraient été exemptés de l'intervention. Friedson soutient que ces pratiques abusives relèvent de la décision médicale qui renvoie à des manières de procéder tout autant qu'à des diagnostics; elles soulignent le caractère subjectif de l'expérience clinique.

Dans une volonté de rompre avec la routine, Panneton s'interrogeait sur chacune des étapes de l'intervention et dans la description qu'il faisait de sa méthode chirurgicale, il remettait en cause certains procédés qui souvent s'avéraient peu efficaces ou carrément inutiles. Il préconisait les épreuves de coagulation sanguine et de temps de saignement pour éviter une médication inutile et cherchait à prévenir l'acidose. Même si généralement l'amygdalectomie n'était pas recommandée chez les moins de cinq ans, Panneton la pratiquait sans inconvénient, plus de cent fois à la crèche entre 1935 et 1940, alors que plus de la moitié des enfants avaient entre 2 et 3 ans et quelques-uns étaient des nourrissons. Il avouait cependant que dans ces derniers cas, la dextérité était de rigueur. Les médecins de la crèche étaient-ils plus audacieux, plus avant-gardistes ou tout simplement adoptaient-ils une nouvelle manière de regarder les faits à la lumière d'une autre théorie ?

Entre la diététique et la bactériologie, les médecins de la crèche d'Youville avaient d'abord tenté de résoudre les problèmes causés par les maladies infectieuses mieux identifiées. Mettant leur expérience en commun, ils adoptaient une démarche scientifique en s'appuyant sur le laboratoire. Ils travaillaient avec méthode, évaluant chaque procédé tout en développant une technique précise et efficace. Le contexte de la crèche était-il plus propice à une réflexion conceptuelle puisqu'ils

42 E. Freidson, *op. cit.*, p. 259-260. Nous avons déjà observé l'importance d'une clinique d'ORL à l'Institut Bruchési, avec statistiques à l'appui.

n'avaient pas à tenir compte des idéologies dans lesquelles baignait la puériculture? Ces médecins représentent à notre avis le passage de la pensée dogmatique à la démarche scientifique et leur mode de pensée retirait à la diététique quelques prétentions explicatives.

2.3.2.2 La Crèche de la Miséricorde

En janvier 1921, la crèche de la Miséricorde passait sous la direction médicale de Adélard Lebel (43) et ce jusqu'en septembre 1934. Quelques mois plus tard, le pédiatre Paul Letondal lui succédait en qualité de chef de service de quelque trois cents enfants de moins de deux ans (44).

Les statistiques de la crèche affichaient une chute importante de la mortalité dans les années trente chez les enfants âgés de moins d'un an; les taux passaient de 43% en 1930 à 27% en 1939 (45). Letondal attribuait cette amélioration à une plus grande méthode dans le travail et à une augmentation du personnel médical composé de deux pédiatres, un oto-rhino-laryngologiste, un chirurgien, un radiologiste et un biologiste. La mortalité d'ordre alimentaire avait été résolue par une diète appropriée et la pasteurisation du lait, et dès lors la broncho-pneumonie passait au premier rang des causes de mortalité, affirmait-il. Il reconnaissait la gravité des otites et de la broncho-pneumonie chez les enfants de moins de trois mois.

Vers le milieu des années trente, la thérapeutique infantile marquait des progrès. L'action des vitamines était mieux connue et par exemple, la découverte de la vitamine C et sa synthèse, permettaient d'offrir l'acide ascorbique en comprimé même si à titre préventif, on

43 Adélard B. Lebel (1877-1948) avait été assistant au dispensaire de pédiatrie de l'Hôpital Notre-Dame de 1916 à 1919. Il était nommé professeur agrégé à la clinique des maladies contagieuses en mars 1918.

44 P. Letondal, "Diminution de la mortalité infantile à la Crèche de la Miséricorde", *UMC* 68, février 1939, p. 210; *Relations* 1, septembre 1941, pp. 232-233

45 A. Lévesque, *La norme et les déviantes*, p. 134, voir Annexe II

donnait des jus de fruits aux enfants de la Crèche, dès l'âge de trois mois (46). Par ailleurs, en dépit de la reconnaissance des rhino-pharyngites à l'origine des affections graves de l'appareil respiratoire, la thérapeutique demeurait traditionnelle jusqu'à l'avènement des sulfamides. Dans une conférence à la Société médicale de Montréal le 19 décembre 1939, Letondal (47) rapportait les résultats obtenus, à la suite de leur utilisation chez les enfants de son service à la crèche.

En septembre 1944, une école d'aides maternelles était inaugurée; un cours d'une durée d'un an, permettait de former un personnel qualifié, le travail des mères célibataires obligées à une compensation de services si elles ne pouvaient défrayer leur accouchement, étant jugé inefficace (48). Si on a mis autant de temps à se rendre à cette évidence, c'était qu'on attribuait à ce travail une dimension morale et économique (49). Lévesque (50) rapporte que "...des bonnes notes sont décernées aux mères qui consentent à donner de leur sang pour une transfusion à leur enfant ou qui allaitent plusieurs nourrissons" ... et les bonnes notes méritaient une sortie anticipée!

La crise économique qui contraignait les mères célibataires à abandonner leur enfant et la survie d'un plus grand nombre d'enfants créait bientôt un problème d'encombrement qui rendait difficile l'isolement, alors que les épidémies à répétition retardaient le développement des enfants et les rendaient plus vulnérables. Letondal souhaitait une transformation profonde de l'organisation matérielle et scientifique de la crèche et préconisait une pratique de l'asepsie médicale rigoureuse et l'isolement individuel des nouveau-nés, tandis qu'à Québec,

46 P. Letondal, "Le traitement du scorbut infantile par l'acide ascorbique", *Bulletin de l'AMLFAN* 3, 1937, pp. 97-98

47 P. Letondal, *L'Action médicale* XVI 1, janvier 1940; "Traitement des bronchites aiguës du nourrisson", *UMC* 66, 2, février 1937, pp. 182-183; "Traitement des rhino-pharyngites du nourrisson", *UMC* 66, 1, janvier 1937, pp. 61-63;

48 A. Laplante, *Relations*, 5 octobre 1945, p. 277

49 A. Lévesque, *op. cit.*, p. 129

50 *ibid.*, p. 128

le pédiatre Jobin préconisait la décentralisation pour contrer l'encombrement qu'il tenait pour responsable du taux élevé de mortalité. Letondal reprenait le rêve de Cormier et proposait de réaliser la construction de crèches modèles pouvant servir à la recherche et à l'enseignement universitaire. Il reconnaissait par ailleurs, que l'adoption devenait la solution normale au problème des enfants abandonnés pour assurer leur développement physique et intellectuel dans les meilleures conditions possibles.

Par ailleurs, le débat sur la protection de l'enfance abandonnée était amorcé depuis un bon moment aux États-Unis; il opposait les tenants du placement familial au placement institutionnel. Alors que l'Américain Howard Hopkirk, président de la *Child Welfare League of America* concluait en 1926, que les crèches étaient des institutions non souhaitables, ici le deuxième rapport de la Commission des Assurances sociales, (Commission Montpetit) se contentait d'affirmer que le placement familial était désirable pour les enfants des crèches (51). Une modification à la loi d'adoption (52) suivie de la fondation de la Société d'adoption et de protection de l'enfance par Arthur Lessard, Séraphin Boucher et Mgr Georges Chartier en mai 1937, et le placement des enfants en milieu familial, soustrayaient *de facto* les enfants à l'encombrement des salles, à la contamination hospitalière et à l'expérimentation médicale. De plus, les sommes recueillies par la Société devaient servir à améliorer les conditions matérielles des enfants des crèches et à défrayer le salaire des spécialistes. Dans les débuts de la Société, l'âge moyen d'adoption était de deux ans; les enfants avaient donc traversé l'âge critique de la mortalité infantile.

51 Albert Plante s.j., "Placements familial et institutionnel". *Relations*, janvier 1947, pp. 9-12; février 1947, pp. 35-38; avril 1947, pp. 106-108

52 Une première loi d'adoption était votée en 1909; des amendements la modifiaient en 1924 et 1933. "Une oeuvre de science et de charité" *L'Action universitaire*, XII, 8, avril 1946, pp. 10-12; L. Lacombe, "Enfance abandonnée et adoption", *Relations*, octobre 1941, pp. 268-270. M.P. Malouin, *L'univers des enfants en difficulté au Québec entre 1940 et 1960*, chapitre 4.

La mortalité infantile dans les crèches, amorçait sa résorption à la fin des années vingt, avec une meilleure investigation clinique appuyée sur le laboratoire, une étroite collaboration du pédiatre et des autres spécialistes, la vaccination des jeunes enfants, l'introduction de mesures aseptiques appliquées par un personnel mieux formé, l'avènement d'une thérapeutique plus efficace, sans oublier les mesures d'adoption qui soustrayaient les enfants à la contamination intra-hospitalière et réduisaient l'encombrement.

La compétence des intervenants était aussi nécessaire que les mesures d'hygiène, à la diminution de la mortalité infantile, même si dans l'ensemble ces enfants recevaient de bons soins, compte tenu du sous-financement des institutions. Cependant, le maintien des enfants abandonnés en institution, la crèche de la Miséricorde fermait ses portes en 1969, et plus spécifiquement la concentration des enfants dans quelques institutions, retardait l'amélioration de leur sort, même si l'institutionnalisation avait démontré ses méfaits. Le service des communautés religieuses dans les crèches rendait moins impératif le placement familial même si ces institutions ont longtemps constitué un poids lourd au chapitre de la mortalité infantile et faisaient peser sur la communauté francophone en général, une réputation peu enviable d'incapacité à répondre aux enseignements de l'hygiène. Il semble bien que la réhabilitation morale des mères célibataires a longtemps prévalu sur le sort des enfants. Au-delà de l'expérience biologique dont s'enorgueillissaient les pédiatres, les enfants des crèches présentaient-ils un intérêt autre que celui de terrain clinique où se réalisaient les expériences médicales? Nous verrons au chapitre de l'enseignement, l'intérêt que présentaient les crèches.

2.3.3. L'Hôpital Sainte-Justine

L'Hôpital Sainte-Justine qui comptait au moment de la promulgation de la loi d'Assistance publique, 68 lits publics et 12 lits privés pour les enfants de moins de huit ans, s'empressait de demander son adhésion et était reconnu institution de classe "A" (hôpitaux généraux) le 15 novembre 1921. Dès ce moment, aux souscriptions publiques s'ajoutait la participation financière du gouvernement aux constructions nouvelles ce qui encourageait l'expansion des services. A l'Hôpital Sainte-Justine, l'ajout d'une première aile, doublait sa capacité dès 1922. La répartition des lits entre les spécialités se faisait comme suit: 48 lits allaient à la médecine, 44 à la chirurgie, 5 en salle de réveil, 16 en dermatologie, autant en l'ophtalmologie et en oto-rhino-laryngologie, 16 lits étaient réservés à l'observation et à l'isolement; 32 chambres restaient privées. Contrairement à certains hôpitaux pédiatriques, l'Hôpital Sainte-Justine recevait dès sa fondation les nourrissons, même si l'on admettait à l'époque qu'il était difficile de séparer la mère de l'enfant et que le nouveau-né malade requérait une expertise spécialisée. En 1924, l'hôpital accueillait dans ses services internes les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans, s'ouvrant ainsi aux adolescents. La construction d'une seconde aile en 1927 permettait de disposer de 230 lits. Des additions et des réaménagements successifs faisaient passer le nombre de lits à 460 en 1932 puis à 536 en 1939, chiffre maintenu jusqu'à l'occupation des nouveaux locaux Chemin Côte Sainte-Catherine, en octobre 1957.

Au développement institutionnel correspondait un développement administratif qui multipliait les instances décisionnelles. Le bureau d'administration bénévole, exclusivement féminin et laïc, s'occupait de la gestion financière et déterminait, par ses politiques générales, le caractère de l'hôpital; il dirigeait le travail des différents comités de soutien. C'est de lui qu'émanait la conviction que l'hôpital devait s'engager dans la voie de la modernisation et joindre le mouvement de

standardisation des normes hospitalières. (53) Il lui incombait de procurer les facilités requises pour emboîter le pas, non sans avoir l'assurance que les médecins suivraient. Ces derniers étaient invités à adhérer par règlement du Bureau médical, à ce mouvement et à en assurer l'efficacité. Ces exigences définies par des organismes extérieurs à l'hôpital, renforçaient l'opinion des médecins que le contrôle leur échappait en partie du moins.

Le bureau médical formé dès les débuts de l'hôpital avait pour principales fonctions de discuter des problèmes hospitaliers, de réviser les dossiers des mortalités, de discuter des diagnostics et des traitements; en somme, d'apprécier la qualité technique du travail médical qui se voyait soumis à l'observation des confrères. A ces réunions, les médecins présentaient des cas intéressants observés dans les services internes et échangeaient sur les présentations qui étaient faites.

L'hôpital comptait à son service un corps médical de 23 médecins organisé de façon hiérarchique. Pour le chapeauter, le poste de surintendant médical créé en 1923, incombait à J. Charles Bernard (54). Cette fonction exigeait de connaître le fonctionnement de tous les départements et leurs besoins, de veiller à la coordination des services, à leurs bons rapports réciproques et à l'exécution des décisions du bureau d'administration et du bureau médical. L'année suivante, la fonction impliquait que le surintendant consacre tout son temps à l'hôpital sans conserver une pratique médicale privée. Devant l'accroissement des effectifs médicaux, en octobre 1925 un premier Conseil médical composé de 5 membres élus par le bureau médical, était chargé d'étudier les

53 AHSJ, dossier 16A Bureau médical 1922-1924. Lettre au Docteur Benoit, président du BM, 5 juin 1922; Lettre au président du BM 4 juillet 1923.

54 J. Charles Bernard, (1869-1941) obtenait son diplôme en médecine en 1893 avant de fréquenter durant un an les hôpitaux de Paris. Il avait apporté sa collaboration à titre d'assistant à l'Institut Bruchési. Alors chargé du service de pharmacie en 1935, sous sa direction l'Hôpital Sainte-Justine publiait un formulaire médical qui comportait un index alphabétique, des renseignements utiles sur les diètes, les maladies les plus fréquentes et les traitements, qui constituait un guide pratique sur les maladies de l'enfance.

questions urgentes relatives à la régie médicale; l'exécution des décisions de ce Conseil relevait du surintendant ainsi que la révision des dossiers des patients, la direction des cours aux gardes-malades et la direction des internes. (55) Car en 1927, l'internat devenait obligatoire et un service d'internes qui assurait la garde, était placé sous la direction d'un chef interne (56).

Avec l'agrandissement de l'hôpital en 1928, le département de médecine comptait trois services qui relevaient respectivement des docteurs H. Baril qui succédait à R. Masson décédé, J.C. Bourgoïn et G. Lapierre. En 1931, le poste de Directeur médical nouvellement créé était confié au docteur E. Dubé qui avait pour fonction de servir d'intermédiaire entre le Bureau d'administration et le Conseil médical. En 1937, le Bureau médical comptait 55 membres.

Par ailleurs, des assemblées conjointes mensuelles étaient mises sur pied au début des années vingt; elles regroupaient les dames du conseil d'administration, les religieuses directrices des services, les membres du bureau médical et les chefs de services. Ces réunions devaient assurer la cohésion, l'entente, l'efficacité et conduire à la concertation dans les traitements afin d'assurer la qualité des soins.

Progressivement, l'Hôpital Sainte-Justine définissait la structure de ses services et en recrutait les responsables; il perfectionnait ses équipements de laboratoires et d'investigation clinique; il mettait sur pied un service d'archives médicales. En somme, il s'appliquait à réaliser les normes établies par la *Catholic Hospital Association*, et autres organismes de normalisation. Finalement en août 1926, l'Hôpital Sainte-Justine obtenait l'agrément décerné par l'*American College of Surgeons*,

55 AHSJ, Règlements 1908-1967, "Fonctions du surintendant", p. 3

56 Pour la mise en place de l'internat: Goulet et al, *op. cit.*, p. 275

assurance d'un service consciencieux et efficace répondant aux normes hospitalières en vigueur (57).

Tableau 2-10
Admissions, décès et séjour moyen à l'Hôpital Sainte-Justine (58)

Année	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Admissions	1100	1087	1173	1603	1691	1854	1968	2302	2799
Mortalités	146	155	—	162	177	236	173	273	383
Année	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Admissions	3149	3006	3105	3451	4078	5844	5531	4622	6428
Mortalités	502	453	394	377	355	497	557	467	620
Séjour moyen						22,0	22,6	20,4	21,0
Année	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Admissions	6590	5278	6851	8053	7969	8537	9162	9288	9900
Mortalités	521	485	426	486	467	542	590	530	500
Séjour moyen	20,5	19,9	20,3	19,4	18,4	18,1	16,3	15,8	16,4

Notons qu'à certains moments, les épidémies avaient un impact sur les admissions qui étaient temporairement suspendues. Mais à la croissance à peu près constante des admissions, correspondait une diminution du séjour moyen qu'on ne saurait attribuer trop exclusivement à l'efficacité des traitements. L'entrée à l'hôpital des mères et leur nouveau-nés en obstétrique c'est-à-dire de non malades, dont le nombre allait croissant, contribuait à cet état de fait. De plus, cette nouvelle orientation se traduisait par une augmentation de la clientèle féminine à l'hôpital, phénomène également constaté à l'Hôpital Notre-Dame (59).

57 L'*American College of Surgeon* était fondé à Washington le 5 mai 1913 pour élever les standards de la chirurgie et certifier la compétence des médecins membres. En 1914, Z. Rhéaume et Romulus Falardeau, médecins de l'Hôpital Sainte-Justine en étaient membres.

58 A moins d'indications contraires, les informations qui suivent sont tirées des rapports annuels de l'Hôpital Sainte-Justine.

59 Goulet et al, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame*, p. 346 et 366, note 113

Soulignons toutefois que la clientèle masculine a longtemps prévalu à l'Hôpital Sainte-Justine, dans une proportion variant entre 54% et 59%. Nous le confirmerons en troisième partie. Il apparaît difficile d'attribuer ce fait aux seules considérations médicales; des facteurs culturels sont à interroger.

Tableau 2-11
Répartition des enfants hospitalisés
à l'Hôpital Sainte-Justine selon leur sexe
d'après les rapports annuels.

Année	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Garçons	680		710	966	1070	1154	1195	1394	
Filles	499		508	741	730	832	893	1043	
Année	1929	1930	1931	1932	1933	1934			
Garçons	1904	1915	1978	2226	2606	3006			
Filles	1578	1509	1574	1766	2227	2418			

2.3.3.1 Le travail médical

A l'Hôpital Sainte-Justine, médecine préventive et médecine curative ne connaissaient pas de cloisonnement étanche, entendu que la pédiatrie incluait la puériculture. D'ailleurs les Lapierre, Letondal, Bourgoïn, Henri Baril et Dutilly obtenaient un diplôme de l'École de Puériculture de la Faculté de médecine de Paris, dans les années vingt (60). Notons qu'à l'exception de Raoul Masson qui faisait des études pédiatriques au début du siècle et Letondal qui avait été assistant étranger à l'Hôpital des Enfants Malades, ce cours de puériculture de quelques mois constituait l'essentiel de la formation spécialisée des

60 Adolphe Pinard fondait un Institut de puériculture en 1920 et une École de puériculture en 1926 à la faculté de médecine de Paris. Voir: Y. Kribiehler, *La femme et les médecins*, p. 238

pédiatres. Ainsi, parallèlement à leur travail à l'hôpital, les premiers pédiatres de Sainte-Justine s'appliquaient à diffuser les règles d'hygiène infantile et apportaient leur collaboration aux différentes oeuvres sociales. Certains participaient à la formation des infirmières de l'École d'hygiène sociale appliquée tandis que d'autres faisaient du service à l'Institut Bruchési. Quelques-uns conservaient un service dans un autre hôpital.

Nous avons amplement décrit le travail d'organisation de Raoul Masson qui s'impliquait activement dans les oeuvres d'hygiène infantile à l'extérieur de l'hôpital dont les gouttes de lait paroissiales, la Société d'hygiène infantile et l'Assistance maternelle et celui de Gaston Lapierre (61) qui cherchait à intégrer médecine préventive et médecine clinique; ses essais cliniques sur la vaccination déjà mentionnés, la collaboration étroite qu'il apportait à l'École d'hygiène sociale appliquée et la mise sur pied du service médico-social en sont l'illustration. Lapierre oeuvrait surtout à l'intérieur du cadre académique et hospitalier qui s'était développé. Au décès de Raoul Masson en 1928, Lapierre assurait l'intérim avant d'occuper la chaire de pédiatrie en 1937. Ces faits nuancent l'affirmation de Gaucher à l'effet que "la médecine préventive et la médecine curative étaient donc vouées à se développer de manière isolée..." (62). Il nous semble que la pédiatrie ne connaissait pas ce cloisonnement même si le volet curatif s'imposait avec plus d'assurance après la première guerre mondiale.

61 Après l'obtention de son diplôme en 1908, **Gaston Lapierre (1885-1958)** complétait sa formation par une année d'internat à l'Hôtel-Dieu. Entré à l'Hôpital Sainte-Justine comme assistant bénévole au service de médecine en 1918, il obtenait un diplôme de l'Institut de Puériculture de la faculté de médecine de Paris en 1921 avant de devenir professeur titulaire de médecine infantile en 1924. Chef de service en médecine de 1928 à 1958, Lapierre était promu à l'agrégation en 1930 et accédait à la chaire de pédiatrie en 1937, poste qu'il détenait jusqu'en 1950. En 1944, il joignait le comité exécutif de la faculté de médecine. Il dirigeait le service médico-social qu'il avait mis sur pied en 1932. Il était membre de la Société de pédiatrie de Paris en 1929 et membre de la Commission municipale d'hygiène en 1941. P. Gauthier, *UMC* 87, novembre 1958, p. 1446

62 D. Gaucher, "La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975: De la santé publique à la médecine préventive", dans P. Keating, O. Keel. *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*, chapitre VII

Le discours de Raoul Masson (63) au milieu des années vingt, traduisait la nouvelle orientation de la pédiatrie; les facteurs sociaux ne pouvaient à eux seuls expliquer les maladies infantiles. L'évolution et le développement de certains enfants étaient faussés par leur état de santé. Les diverses infections, la débilité congénitale ou constitutionnelle étaient souvent en cause. Il reconnaissait que des soins appropriés permettaient de corriger les erreurs de la nature et qu'il était possible de modifier certaines conditions défectueuses en rétablissant l'équilibre physiologique. Des facteurs intrinsèques étaient placés au centre des préoccupations; le rôle de la médecine curative se voyait confirmé.

Le laboratoire

Devant l'insistance des Américains à standardiser les études médicales sur le continent, l'enseignement médical à l'Université de Montréal prenait un virage scientifique. La transformation du programme d'études était liée aux subventions de la Fondation Rockefeller et pour se rendre admissible, la faculté de médecine introduisait une année pré-médicale axée sur l'enseignement des sciences physiques, chimiques et biologiques en 1921 dite (PCN), afin de préparer l'élève à l'enseignement des sciences fondamentales adaptées à la médecine (64). Cette dernière s'écartait de l'empirisme pour s'appuyer sur la biologie qui elle, faisait appel à la physico-chimie pour l'analyse des phénomènes vitaux; elle bénéficiait de l'organisation de l'enseignement des sciences à l'Université de Montréal sous G. H. Baril. Cette transformation scientifique se faisait sous l'oeil américain.

Ainsi, dans la foulée des développements scientifiques, la médecine devait compter de plus en plus sur le laboratoire pour établir

63 AHSJ, dossier 171, Conférence du Docteur Masson au Congrès de la Sauvegarde de l'enfance, septembre 1925

64 Ernest Gendreau, enseignait la physique, G.H. Baril, la chimie et Louis Janvier Dalbis, la botanique et la biologie. Dalbis était un des fondateurs de la Société de Biologie de Montréal et du *Journal canadien de Biologie* et de l'Institut scientifique franco-canadien.

ses diagnostics et devait en tenir compte dans ses enseignements. La loi médicale de 1909 au Québec révisait les programmes d'études qui s'échelonnaient désormais sur cinq ans et la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal développait ses laboratoires pour répondre aux besoins de l'enseignement. Après la guerre, les analyses de laboratoire entraînaient graduellement dans les moeurs médicales et complétaient la clinique au nom de la standardisation des études médicales et des normes hospitalières. Il devenait d'une importance capitale pour le clinicien de pouvoir confirmer ou infirmer un diagnostic par les recherches bactériologiques, chimiques, microscopiques et les rayons X. Dans ces circonstances, l'Hôpital Sainte-Justine développait ses services diagnostiques au rythme de son expansion institutionnelle et des ressources professionnelles disponibles.

L'affiliation universitaire et la vocation d'enseignement qui en découlait étaient les raisons invoquées pour la mise sur pied d'un laboratoire à l'Hôpital Sainte-Justine en 1918, qui était reconnu comme service l'année suivante. Son organisation était confiée à G.H. Baril (65) qui en conservait la direction jusqu'en juillet 1948. Dans un hôpital pédiatrique, le recours à des micro-méthodes s'avérait une nécessité et commandait aux médecins qui s'y adonnaient, un effort supplémentaire pour les établir. De plus, l'enfant étant un être en évolution continue,

65 Georges Hermyle Baril (1885-1953) diplômé en médecine en 1908, poursuivait deux années d'internat à l'Hôtel-Dieu avant d'obtenir un certificat d'études supérieures en chimie générale à l'Institut Catholique de Paris et à la Sorbonne. Agrégé de chimie en 1911, il était chargé du cours de chimie à la faculté de médecine où il organisait les laboratoires. Membre de la commission administrative de l'Université de Montréal en 1927, il était secrétaire de la Faculté des Sciences avant d'en devenir le doyen en 1947. Il recevait le titre d'officier d'Académie (France) en 1927. Il était membre de la Société chimique de France, de la Société de Chimie industrielle de France, de la Société de Chimie biologique de France, de la Société médicale de Montréal, de la Société de Chimie et de Physique de Montréal, de la Société de Biologie de Montréal, du *Canadian Institute of Chemistry*, de la *Society of Chemical Industry* (Angleterre), de l'*American Chemical Society* et de la *Canadian Physiological Society*. Voir: *Annales de l'ACFAS* 3, 1937, p. 140; D. Goulet, *Histoire de la faculté de médecine*, p. 190. AHSJ, Services hospitalier Laboratoires 1918-1946. G.H. Baril recevait une indemnité de 600\$ annuellement pour 3 présences par semaine; il recevait l'autorisation d'acheter un microscope à Paris en 1921

les critères de "normalité" dépendent de son âge; ces critères devaient être établis pour chaque groupe d'âge.

Le recrutement d'un personnel compétent pour les services techniques, posait un problème et dans un premier temps, G.H. Baril confiait à son assistant Henri Baril (66) qui n'avait pas de formation spécialisée, l'exécution des analyses. Les modestes débuts des laboratoires connaissaient un essor quand l'hôpital redéployait ses laboratoires dans de nouveaux locaux en 1927, au moment où Louis Paré prenait la relève.

Louis Paré avait été l'élève de Weinberg à l'Institut Pasteur de Paris, où il avait fait des études de bactériologie et de biologie pathologique en 1920. En décembre 1923, avec le docteur Bertrand, il commençait la culture du bacille tuberculeux dans les laboratoires de l'Hôpital Notre-Dame. (67) Paré contribuait ici à la reproduction de techniques bactériologiques et par son esprit de recherche et son aptitude à travailler en coopération avec les cliniciens, il favorisait l'implantation d'une médecine de laboratoire à l'Hôpital Sainte-Justine.

66 Henri Baril, (1891-1952) diplômé de médecine de l'Université Laval à Montréal en 1917, complétait sa formation par une année d'internat à l'Hôpital Sainte-Justine. Médecin militaire démobilisé en 1919, il acceptait le poste d'assistant au laboratoire de l'Hôpital Sainte-Justine de 1919 à 1926. L'année suivante, il permutait en médecine dans le service du docteur Bourgoïn à qui il succédait en 1933. Il obtenait un diplôme de l'École de puériculture de la faculté de médecine de Paris en 1929. Agrégé en pédiatrie en 1939, il obtenait son certificat de spécialité du Collège Royal des médecins du Canada en 1945 et celui du Collège des médecins du Québec en 1950.

67 L. Paré, "La culture du bacille tuberculeux au point de vue clinique", *UMC* 53, décembre 1924, pp. 594-597. Suivant un procédé établi, Louis Paré ensemençait des produits pathologiques sur différents milieux de culture qu'il contrôlait par l'examen microscopique. Il concluait que la culture du bacille tuberculeux utilisée dans le diagnostic de la tuberculose s'avérait une méthode fiable et plus rapide que l'inoculation au cobaye. Très au fait des travaux récents sur la tuberculose, il poursuivait des études histo-pathologiques expérimentales sur le sujet qu'il présentait à la Société de Biologie en 1926. Il publiait avec Pierre Masson, "Un cas de broncho-pneumonie à plasmodes (Riesenzellenpneumonie HECHT) Contribution à l'étude du revêtement alvéolaire" *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale* VIII, janvier 1931, pp. 13-35. Il démissionnait en décembre 1943 pour prendre la direction des laboratoires de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et du Sanatorium Saint-François. Voir aussi: D. Goulet et al, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame*, p. 311

Sous la direction de Paré, aux analyses bactériologiques et chimiques s'ajoutaient la numération globulaire, qui devenait un examen de routine pour toutes nouvelles admissions en 1928. Il y observait particulièrement l'hématologie du nourrisson. Rappelons que l'examen sanguin remonte à Hunter et l'école anglaise et à Gabriel Andral qui dans *Essai d'hématologie pathologique* en 1843, mettait en évidence l'existence de symptômes qui ne s'accompagnaient pas de lésions au niveau des organes solides, mais se traduisaient dans l'altération des liquides. Depuis, le mot anémie était employé dans son sens moderne. D'autres après lui perfectionnaient les méthodes d'analyse et contribuaient à faire du laboratoire, l'auxiliaire de la clinique. Cependant, la culture médicale s'ouvrait lentement à cette innovation en certains milieux, particulièrement à cause de l'enseignement médical qui y était privilégié. Le rôle essentiel du laboratoire était confirmé quand en 1940, pour répondre aux situations d'urgence, un service de nuit était organisé.

A la fin des années trente, Paré s'adjoignait les services de Nazeeb Bouziane (68). En 1941, au moment où la faculté décidait d'instituer des travaux pratiques de laboratoire clinique pour les élèves de quatrième année à raison de deux heures par semaine, Bouziane était chargé d'enseigner la bactériologie à l'hôpital qui recevait alors une indemnité annuelle de 500\$ pour l'usage de ses laboratoires. A partir de janvier 1947, les étudiants de cinquième année recevaient des cours de laboratoire clinique (69).

68 Nazeeb Bouziane. Chef interne en 1937, Bouziane obtenait le titre de fellow du *Canadian Council of Chemistry* en 1940. Après la soutenance d'une thèse intitulée *L'équilibre acide-base par l'analyse d'urine* à l'Université de Montréal en 1942, il devenait chef-adjoint en bactériologie et chimie en 1944. Fellow de l'*International Society of Hematologists*, il détenait trois certificats de spécialité: pathologie clinique 1951, biochimie 1957, hématologie 1960. Il succédait à G.H. Baril en 1948, comme chef de service et démissionnait le 1er décembre 1953 dans des circonstances que nous évoquons en troisième partie.

69 AHSJ, Services hospitaliers Laboratoires 24L, 1947-1960

Par ailleurs, le laboratoire constituait pour l'hôpital une source de déficit qui s'aggravait au lendemain de la guerre. A titre indicateur, voyons l'état des revenus et des dépenses. (70)

Tableau 2-12
État des revenus et des dépenses des laboratoires
Hôpital Sainte-Justine

Année	1944	1945	1946
Revenus	10473,53\$	20602,74\$	26598,44\$
Dépenses	26673,94\$	30012,57\$	45900,01\$

Les Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine

Disposant d'un hôpital de plus de deux cents lits et d'une technologie plus adéquate, à partir des années trente, des médecins apportaient leur contribution à la constitution d'un savoir pédiatrique. Pour répondre plus adéquatement à cette nouvelle dimension de leur travail, E. Dubé créait en 1930, avec l'appui financier de l'administration, les *Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine (AMCHSJ)* En complément, des séances d'études étaient inaugurées en 1931.

Cette revue annuelle publiée jusqu'en 1961, (elle n'a pu survivre à son promoteur), cherchait à susciter une certaine émulation chez les médecins de l'hôpital, afin de contribuer à l'expansion de la médecine infantile en faisant connaître le travail médical réalisé à l'Hôpital Sainte-Justine. Ces annales, qui se voulaient une source d'information scientifique et technique, accumulaient les faits cliniques et présentaient une compilation bibliographique, décrivaient de nouvelles méthodes thérapeutiques tant médicales que chirurgicales, rapportaient des observations cliniques et rendaient compte de travaux de médecine expérimentale ou de nouvelles méthodes de diagnostic; elles étaient

70 *ibid.*,

surtout de type descriptif. A l'occasion, les textes faisaient une revue historique d'une question médicale, présentaient l'état des connaissances sur un sujet clinique ou donnaient un compte rendu des symposiums qui se tenaient à l'hôpital. Ce faisant, les *AMCHSJ* stimulaient l'intérêt scientifique, diffusaient la connaissance et participaient à la constitution d'un savoir pédiatrique. Elles marquaient la reconnaissance officielle de la pédiatrie et le passage de l'enseignement à la recherche. Cette publication-maison accueillait au cours de son évolution les articles des responsables des services et de leurs assistants puis, ceux des jeunes pédiatres et résidents. Les études plus élaborées trouvaient le chemin de revues plus prestigieuses à diffusion plus large, à mesure que les médecins joignaient les rangs des sociétés nationales et internationales. A travers les *Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine*, qui traduisaient les champs d'intérêt scientifique, nous suivons ce développement.

Pour s'ouvrir à la recherche, à l'exemple de l'hôpital pédiatrique de Toronto qui possédait depuis 1918 un laboratoire de recherche clinique orienté principalement sur la nutrition (71), des demandes de subventions étaient présentées à la Fondation Rockefeller à deux reprises, par G. H. Baril; elles étaient chaque fois refusées (72). Ces demandes s'accompagnaient de la liste des projets de recherche qui étaient quand même entrepris avec une pénurie de moyens et déjà, on pressentait la nécessité de la création d'un organisme provincial pour subventionner la recherche. Georges Baril présentait en 1931 un projet de conseil provincial des recherches qui n'était pas retenu (73).

A la fin des années vingt, la cause première de la mortalité infantile demeurait de l'avis des médecins, la diarrhée infantile qui constituait toujours un problème pour les pédiatres. Même si quelques observations

71 M. Collar, "The Pabulum Connection" *Star*, December 17 1978, p. 17

72 AHSJ, dossier 126-1, "Rockefeller Foundation", 12 septembre 1929; 2 mars 1939; Services hospitaliers, Laboratoire Recherches cliniques 24 LR, 16 janvier 1930

73 R. Duchesne, *La science et le pouvoir au Québec*, p. 21

permettaient d'en mieux connaître les causes, l'origine infectieuse était connue depuis 1890 mais pas toujours admise, la thérapeutique restait aléatoire aussi longtemps que l'équilibre aqueux et électrolytique demeurait mal connu en pédiatrie, c'est-à-dire jusqu'au milieu du siècle (74). Il faut retenir que si le principe du remplacement de l'eau perdue par l'organisme remontait au siècle précédent, la quantité et la tonicité demeuraient approximatives.

En 1929, Georges Mouriquand (75), professeur de clinique infantile et d'hygiène du premier âge à la faculté de médecine de Lyon, était invité par l'entremise de l'Institut franco-canadien, à donner des cours théoriques et cliniques qui s'inscrivaient dans le programme de lutte contre la mortalité infantile. Il proposait, dans le traitement des entérites infantiles, la diète hydrique, c'est-à-dire de l'eau bouillie, recommandée par Alfred Luton dès 1874 mais dont l'acceptation fut lente à s'imposer (76) et comme adjuvant, des injections de sérum physiologique, d'eau de mer ou de sérum glucosé. A remarquer que l'Américain Holt recommandait les injections d'une solution saline dans le traitement des diarrhées sévères chez les enfants, dès 1897 (77) et l'acidose sévère était démontrée par Sellars en 1911. Au début des années vingt, la technique de ré-hydratation était mise au point et la mortalité par déshydratation était réduite (78). Par la suite en 1931, l'installation du goutte à goutte était suggérée par le pédiatre new yorkais Samuel Karelitz pour remplacer les multiples injections intraveineuses (79).

74 P. Brodeur, "Mode d'emploi de solutions électrolytiques pour la correction des déshydratations en pédiatrie", *AMCHSJ* VI, 4, 1953, pp. 18-28; L. Chicoine "L'équilibre aqueux et électrolytique en pédiatrie", *AMCHSJ* 8, 1, 1954, pp. 16-40;

75 P. Letondal, "Le professeur Georges Mouriquand", *UMC* 58, 11, novembre 1929, p. 655; "Les gastro-entérites de l'enfance", *UMC* 59, 4, avril 1930, pp. 189-207

76 C. Rollet-Echalier, *op. cit.*, p. 199

77 T. Cone, *op. cit.*, p. 114

78 James Gamble, "Early history of fluid replacement therapy", *Pediatrics*, May 1953, pp. 554-567

79 A. Goldbloom, *Small Patients*, p. 262

Au cours de l'été 1930, pour la première fois au Canada d'affirmer Letondal, des injections intra-péritonéales d'une solution hypotonique conçue par A. Hartmann de Saint-Louis Missouri, étaient utilisées de façon systématique dans le traitement de 22 patients souffrant d'anhydrémie, dans le service du docteur Lapierre (80) et le procédé connaissait d'heureux résultats par la suite (81). A noter que Leveillé ne trouvait pas la méthode du goutte à goutte supérieure à celle pratiquée par Letondal. Peu après, les premières recherches d'Henri Baril s'orientaient vers la mise au point d'un traitement diététique du syndrome diarrhéique.

Henri Baril avait acquis une expérience au laboratoire de l'Hôpital Sainte-Justine avant de permuter en médecine en 1927. Sans chercher à élucider le phénomène biologique complexe de la diarrhée du nourrisson, Baril mettait au point un traitement efficace pour les enfants de moins de dix mois. Le traitement par les pommes était connu de façon empirique depuis longtemps mais la difficulté venait du traitement des jeunes enfants. Il fallait substituer aux pommes crues râpées, un produit plus facilement digestible. La préparation d'une poudre de pommes présentait l'avantage d'être un produit stable et facile d'émulsion. Le produit était connu en Allemagne sous le nom d'*Aplona*. En collaboration avec le docteur Georges Baril du laboratoire de chimie de l'université, il étudiait et mettait au point ce traitement simple et efficace à base d'une poudre de pommes, préparée depuis 1932 dans les laboratoires de l'Hôpital Sainte-Justine. La préparation en quantité suffisante pour répondre aux besoins, constituait cependant un obstacle surmonté en 1936, quand le Conseil national des recherches du Canada octroyait 750\$ et mettait son service de chimie à la disposition du directeur du laboratoire pour étudier le

80 P. Letondal, "L'anhydrémie des enfants du premier âge", *AMCHSJ* 1, 2, mai 1931, pp. 31-54.
Voir J.B. Scriver, *The Montreal Children's Hospital*, p. 75: Graham Ross en 1919 fréquentait le Johns Hopkins Hospital durant deux ans avec les docteurs James Gamble et Frederick Tisdale dont les travaux cherchaient à solutionner les problèmes de la balance électrolytique chez les jeunes enfants pour établir des solutions d'électrolytes à des fins thérapeutiques. En 1919, Schloss mentionnait le traitement intraveineux pour la réhydratation.

81 A. Léveillé, "L'action des sérums dans la déshydratation", *AMCHSJ* 2, 4, mai 1937. p. 38.

rendement comparé de deux procédés préconisés pour la préparation de la poudre de pommes (82). En 1940, les produits à base de poudre de fruits et de légumes étaient sur le marché. Ce traitement diététique appliqué à 37 nourrissons en 1936 donnait des résultats positifs dans 27 cas. Ce sujet faisait l'objet de la thèse d'agrégation d'Henri Baril, à la faculté de médecine de l'Université de Montréal en 1939.

Finalement en 1950 (83), les progrès de la physiologie permettaient d'opter pour un traitement de la diarrhée infantile basé sur des principes scientifiques qui consistaient à vaincre la déshydratation, à corriger l'acidose et à maintenir l'équilibre électrolytique, assorti d'un traitement antibiotique et diététique. L'évolution dans le traitement de la maladie, pouvait réclamer sa part dans la chute des taux de mortalité.

Concurremment aux diverses solutions envisagées dans le traitement de la diarrhée, la recherche des causes se poursuivait. Pendant huit ans, alors que le laboratoire était doté d'une animalerie en 1932, Louis Paré menait des études coprologiques expérimentales sur les diarrhées infantiles, études basées sur la méthode de Triboulet (84). Ces analyses connaissaient une certaine vogue à l'époque, selon Goldbloom (85) qui les qualifiait ironiquement par la suite de "Divination by stool".

82 H. Baril, "Résultats obtenus avec la poudre de pommes dans les diarrhées", *UMC* 66, août 1937, p. 841. Baril avait fait part de ses observations à la Société de gastro-entérologie en mai 1937; L. N. Lamothe, "Le traitement des diarrhées par les pommes crues", *AMCHSJ* 2, 4, mai 1937; H. Baril, "Le traitement par les pommes du syndrome diarrhéique", *AMCHSJ* 3, 2, mai 1939.

83 Robert Saint-Martin, "Traitement de la gastro-entérite", *AMCHSJ* 6, 1, 1950, pp. 83-88; A. Royer "Acidose et alcalose en pédiatrie", *AMCHSJ* VI, 4, 1953, pp. 94-105; L. Chicoine "L'équilibre aqueux et électrolytique en pédiatrie", *AMCHSJ* 8, 1, 1954, pp. 16-40; P. Brodeur "Mode d'emploi de solutions électrolytiques pour la correction des déshydratations en pédiatrie", *AMCHSJ* 6, 4, 1953, pp. 18-28

84 L. Paré, "Les microbes des entérites infantiles", *UMC* 64, 9, septembre 1935, pp. 1137-1141

85 A. Goldbloom, *op. cit.*, p. 124

L'oto-rhino-laryngologie

Au début des années 1930, l'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Sainte-Justine, connaissait une augmentation importante de sa clientèle qui lui venait des médecins examinateurs d'écoliers, surtout depuis la réorganisation du service de l'hygiène de l'enfance à la ville de Montréal en 1928, qui s'accompagnait d'une augmentation de ses effectifs médicaux. Soulignons que des 1352 interventions effectuées en ophtalmo-oto-rhino-laryngologie en 1928, 1021 l'étaient pour l'ablation des adénoïdes et des amygdales.

En 1932, le dispensaire d'oto-rhino-laryngologie bénéficiait de gardes-malades diplômées attachées au service et de la nomination d'un anesthésiste qui permettait certaines innovations dans la façon d'opérer. "Les suppurations chroniques des oreilles qui nous occupent depuis longtemps, nous ont orientés activement vers un traitement jusqu'ici un peu redouté. En effet, "l'évidement pétro-mastoïdien a été pratiqué cette année avec plus d'enthousiasme que par le passé", écrivait le chef de service, J.E. Saint-Onge (86). A cette époque, l'expansion du service se faisait dans de nouvelles installations qui occupaient une maison attenante à l'hôpital, rattachée au dispensaire. Ainsi, à côté des développements du service oto-rhino-laryngologie, de nouvelles techniques s'ajoutaient aux méthodes traditionnelles au moment où la clientèle des écoliers se faisait importante. L'expansion du service serait donc attribuable au dépistage effectué dans les écoles qui créait la demande et se faisait sentir surtout dans le service externe.

Tableau 2-13

**Interventions chirurgicales
dans le service interne d'oto-rhino-laryngologie
d'après les rapports annuels de l'Hôpital Sainte-Justine.**

Année	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Opérations	1352	1507	1659	2052	2354	2504	2707	741	945	635

Année	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Opérations	442	466	459	625	529	—	1013	888	1122

Jusqu'en 1935, le nombre d'interventions chirurgicales comprend celles effectuées en ophtalmologie.

Bronchoscopie et oesophagologie

L'invention d'ampoules électriques miniatures donnait à l'endoscopie une impulsion énorme. L'endoscopie *per orale* prenait son rang dans les techniques de la médecine moderne et scientifique quand en 1927, l'Américain Chevalier Jackson qui en perfectionnait l'instrumentation, voyait son enseignement officiel couronné par la faculté de médecine de Paris. Cette technique devenait bientôt indispensable dans le diagnostic des maladies du larynx, de la trachée, des bronches et de l'oesophage. Elle permettait également l'exérèse des corps étrangers introduits dans les voies respiratoires et digestives supérieures. Le médecin montréalais Edmond Aucoin (1894-1931) au cours de ses études à Paris, servait d'interprète à Chevalier Jackson qui avait été chargé des cours théoriques et pratiques dans ce domaine en 1925. Attiré par cette discipline, Aucoin devenait par la suite, assistant professeur à la chaire détenue par Jackson à Philadelphie, et accompagnait de nouveau ce dernier à Paris en 1927 et 1930 pour y

donner des cours. (87) De son côté, la faculté de médecine de l'Université de Montréal fondait des espoirs dans le retour d'Aucoin, espoirs interrompus par sa mort accidentelle. Il venait d'être admis à la Société française de laryngologie.

En 1930, l'Hôpital Sainte-Justine inaugurait un service de bronchoscopie avec le docteur Ernest Foucher. Cette discipline constituait un moyen d'investigation visuelle pour le dépistage des modifications pathologiques des voies aériennes supérieures. Huit ans plus tard, soit en avril 1938, le docteur Maurice Bonnier (88), bronchologiste formé aux États-Unis, mettait sur pied un service d'endoscopie pour les enfants à l'aide d'une subvention de 10 000\$ du gouvernement provincial.

Au début, la bronchoscopie était appliquée à l'extraction des corps étrangers, problème rencontré fréquemment chez les enfants, puis d'autres manoeuvres bronchoscopiques venaient s'ajouter. Les aspirations bronchiques avaient une valeur palliative importante et le drainage et l'instillation de médicaments ajoutaient aux interventions. L'ensemble de ces nouvelles techniques permettaient le traitement plus efficace de certaines affections bronchiques et pulmonaires. La bronchoscopie avait aussi une valeur diagnostique dans la recherche de sténoses ou d'obstructions par des tumeurs bénignes ou malignes et par

87 E. Desjardins, *UMC 106*, janvier 1977, p. 106

88 **Maurice Bonnier** (1908-1953) obtenait son doctorat en médecine en 1934, suivi d'une année d'internat à l'Hôpital du Sacré-Coeur. D'octobre 1935 à mars 1938, il était interne résident en charge de la clinique bronchoscopique Chevalier Jackson à l'Hôpital Temple de Philadelphie. Il accompagnait son patron à Paris où en août 1937, il était nommé organisateur des cliniques bronchoscopiques comme assistant du professeur Chevalier L. Jackson à l'Hôpital Necker Enfants Malades et à l'Hôpital Américain de Neuilly, démonstrateur et chargé de cours à Paris. A son retour, il était attaché à l'Hôpital Sainte-Justine et à l'Hôpital Sacré-Coeur. Il était membre correspondant de la Société française d'ORL (1937) et membre titulaire de la Société de Broncho-Oesophagologie de langue française (1937); membre associé de l'*American Broncho-Oesophagological Association* (1938), *Fellow of The American College of Chest Physicians* (1941), *member of the Committee on Broncho Oesophagology of the American College of Chest Physician* (1951) et membre fondateur de la Société internationale de Broncho-oesophagologie en 1951.

l'analyse des sécrétions bronchiques. Ces techniques développées par les laryngologistes devenaient particulièrement utiles aux chirurgiens du thorax.

Les otites et les oto-mastoïdites

Nous avons déjà mentionné, le lien qu'établissaient Panneton et Longpré entre les diarrhées infantiles et les otites latentes, et les techniques originales qu'ils avaient mises au point pour leur traitement, dès 1928 à la Crèche de Liesse. Ce sujet des otites et leurs affections secondaires était repris à l'Hôpital Sainte-Justine par l'otologiste Mignault (89) qui en cernait l'origine, les symptômes, l'évolution et le traitement. Devant la fréquence de l'otite chez le nourrisson, Mignault recommandait de multiplier les paracentèses au moindre soupçon pour diminuer la mortalité infantile et Paré y apportait la collaboration du laboratoire par l'examen bactériologique des suppurations auriculaires.

Par ailleurs, l'autopsie révélait souvent la présence d'otites non décelées, chez les jeunes enfants traités pour gastro-entérite. Alors que de plus en plus, les otites moyennes latentes étaient reliées aux diarrhées infantiles, il revenait au pathologiste de rapprocher le pédiatre et l'otologiste. Au début des années trente, plusieurs pédiatres reconnaissaient l'otite latente comme cause de dyspepsie et recouraient à la paracentèse mais la majorité d'entre eux s'opposaient à l'adénectomie chez le nourrisson, préconisée par "les moins craintifs de la jeune génération des oto-rhino-laryngologistes" qui conseillaient une

89 J.A. Mignault, "Les otites moyennes aiguës", *AMCHSJ* 1, 3, mai 1932; "Mastoïdite aiguë", *AMCHSJ* 1, 4, mai 1933; "Quelques considérations sur l'otite des nourrissons" *AMCHSJ* 2, 1, mai 1934.

Jean Aubin Mignault, (1891-1954) diplômé en 1918, complétait sa formation médicale par une année d'internat à l'Hôtel-Dieu, avant de poursuivre ses études à titre d'assistant étranger à l'Hôpital Beaujon de Paris. A son retour en février 1922, il entrait dans le service d'ORL du docteur Saint-Onge. Il était chargé du service d'ophtalmologie en 1933 et nommé chef-adjoint en ORL en 1945. *AMCHSJ* VIII, 1, 1954

intervention plus précoce, d'affirmer Lapierre (90). Six ans plus tard, Lapierre (91) reprenait le sujet et son opposition s'éclipsait devant la collaboration du pédiatre et de l'otologiste.

Le virage scientifique qui consistait à relier la gastro-entérite à l'otite, celle-là ayant été jusqu'alors attribuée le plus souvent à des troubles de la nutrition, se cristallisait au Congrès français de laryngologie de 1935, confirmé par les travaux présentés à la Société de pédiatrie de Paris l'année suivante. Le problème était à l'étude au cours de perfectionnement en pédiatrie donné à l'Hôpital de la Miséricorde en 1939.

Le Bureau médical de l'Hôpital Sainte-Justine à ses assemblées de janvier et février 1940, envisageait le sujet des otites dans son rapport avec le taux de mortalité chez le nourrisson. Ces préoccupations donnaient lieu à un travail de Lapointe (92) qui faisait le point sur l'état des connaissances et décrivait le traitement médical et chirurgical qui se révélait très semblable à celui préconisé par Panneton et Longpré quelque quinze ans plus tôt. Par la suite, Léveillé confirmait la fréquence des otites dans les entérites et affirmait que ces dernières devaient être considérées comme un symptôme et non comme une maladie.

"Toutes les infections avec température peuvent favoriser la diarrhée; certaines infections sont même plus susceptibles que d'autres de provoquer ces troubles, telles les infections du rhino-pharynx, les otites moyennes qui se rencontrent plus fréquemment que la pyéélite" (93)

90 G. Lapierre, "Les méfaits de l'otite du nourrisson", *UMC* 63, 6, juin 1934, pp. 575-577

91 G. Lapierre, "L'otite meurtrière chez le nourrisson", *UMC* 69, mars 1940, pp. 297-298

92 Jean Lapointe, "L'oto-mastoidite du nourrisson", *AMCHSJ* 3, 3, mai 1940, pp. 71-95;

"Traitement de l'otite moyenne aiguë", *UMC* 71, 8, août 1942, pp. 952-960

93 A. Léveillé, "Quelques réflexions sur la diarrhée du nourrisson", *AMCHSJ* 4, 3, mai 1944, pp. 50-54

Par ailleurs, Lapointe (94) s'appliquait à introduire une nouvelle méthode dans le traitement de la mastoïdite qui consistait à pratiquer une suture totale de la plaie mastoïdienne après avoir appliqué localement de la poudre de sulfathiazole. L'action des sulfamides s'avérait une réponse intéressante dans certaines maladies infectieuses. Mais en 1950, l'oto-rhino-laryngologiste Croisetière (95) constatait que l'oto-mastoïdite latente existait presque à l'état endémique à Montréal et soulignait que dans les centres médicaux américains, elle se rencontrait très peu souvent alors qu'elle était très fréquente dans les centres français; par contre, elle aurait été peu fréquente à la campagne. Croisetière expliquait cet état de fait par la différence de compréhension de l'hygiène et revenait aux causes si souvent invoquées: le manque d'hygiène familiale, l'insalubrité, l'infection des voies respiratoires. En invoquant la différence culturelle, il repoussait le problème à l'extérieur de la pratique médicale.

Il n'en demeurait pas moins qu'à son tour, l'oto-mastoïdite devenait responsable d'un nombre élevé de mortalité dans les trois premiers mois de la vie et donnait lieu à des complications variées qui brouillaient les pistes (96). La controverse se situait surtout au niveau du mode d'intervention.

Cette nouvelle vérité qui voulait que l'otite latente soit la cause la plus fréquente des états atrepsiques, ralliait des adeptes et le problème des diarrhées infantiles, pendant longtemps, cause première de la

94 J. Lapointe, "Application locale de poudre de sulfathiazole et suture totale après mastoïdectomie", *AMCHSJ* 4, 4, mai 1945, pp. 90-94

95 F. Croisetière, "L'oto-mastoïdite latente du nourrisson", *AMCHSJ* 6, 1, 1950, pp. 13-19. **Fernand Croisetière** (1915-1981). Diplômé en médecine en 1942, il poursuivait un internat à l'Hôtel-Dieu de Montréal de 1942 à 1945 avant d'être admis comme assistant bénévole dans le service d'ophtalmo-ORL à l'Hôpital Sainte-Justine en mai 1946. En 1947 il fréquentait les hôpitaux parisiens Quinze-Vingt et Lariboisière et l'année suivante les hôpitaux américains de Philadelphie et Boston. Il obtenait son certificat de spécialiste en ophtalmologie de Collège des médecins du Québec en 1952 et devenait chef du service d'ophtalmologie de l'Hôpital Sainte-Justine de 1958 à 1974. Voir: *UMC* 111, août 1982, p. 695

96 G.A. Blanchard, "Statistiques sur l'oto-mastoïdite", *AMCHSJ* 6, 1, 1950, pp. 7-12; Complications de l'oto-mastoïdite latente du nourrisson", *AMCHSJ* 6, 2, 1951, pp. 12-16

mortalité infantile à Montréal, se résorbait au fur et à mesure que s'imposait le nouveau paradigme. Comment expliquer le temps écoulé entre l'introduction d'un nouveau paradigme et son acceptation par l'ensemble de la communauté pédiatrique? Nous touchons là un problème qui relève de la sociologie de la connaissance et qui nous renvoie à l'analyse de Freidson du comportement de diagnostic se référant à la culture. Car si la diarrhée et son étiologie étaient d'ordre biologique, l'attribution des causes comportait une composante sociologique.

La diarrhée infantile avait créé un consensus indépendamment de l'exactitude démontrable de sa conception étiologique et qui ne tenait pas à sa solidité scientifique. Il relevait davantage de l'idéologie scientifique que Canguilhem (97) définit comme étant "...des idéologies de philosophes, des discours à prétention scientifique tenus par des hommes qui ne sont encore, en la matière, que des scientifiques présomptifs ou présomptueux". Il ajoute: "L'idéologie scientifique est évidemment la méconnaissance des exigences méthodologiques et des possibilités opératoires de la science dans le secteur de l'expérience qu'elle cherche à investir, mais elle n'est pas l'ignorance, ou le mépris ou le refus de la fonction de science". Il conclut qu'une "idéologie disparaît quand ses conditions de possibilité historique ont changé".

Partant, nous avançons que Panneton et Longpré responsables de leur service respectif, dirigeaient eux-mêmes leurs recherches et possédaient une expérience clinique personnelle, mais oeuvraient dans un milieu marginal et fermé, celui de la crèche, et ayant peu d'influence, ils pouvaient se détacher du consensus établi sans grandes conséquences. La position qu'ils occupaient dans la division du travail favorisait la différence de points de vue, comme le souligne Freidson (98). Ils n'appartenaient pas au même réseau de praticiens et ils

97 G. Canguilhem, "Qu'est-ce qu'une idéologie scientifique? *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*", pp. 33-45

98 E. Freidson, *op. cit.*, p. 337, 211

publiaient dans une revue parisienne spécialisée les *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* et en français, dans le *Canadian Medical Association Journal*. L'attribution des diarrhées infantiles à des causes sociales, exigeaient, pour être changées, d'abandonner les certitudes sur lesquelles était bâtie trop étroitement la stratégie de la lutte contre la mortalité infantile qui servait à organiser les activités professionnelles. C'est ce que Freidson appelle le parti pris ou les écoles de pensée qui relèvent du système référentiel (99). Ces écoles sont responsables de la formulation d'un certain diagnostic et du choix du traitement. Certains pédiatres demeuraient prisonniers de leur idéologie. Quant à Longpré et Panneton, ils établissaient une méthode scientifique d'analyse de l'expérience clinique et vérifiaient l'hypothèse que la diarrhée infantile avait des causes autres que nutritives qui devaient être recherchées du côté du processus infectieux. La diminution des diarrhées infantiles qui relevait jusque-là presque exclusivement de l'élaboration de mesures d'hygiène (100), devenait redevable à un meilleur diagnostic clinique et conséquemment à un traitement plus approprié. Enfin le travail de Panneton et Longpré nécessitait la collaboration étroite du pédiatre, de l'otologiste, du pathologiste et du bactériologiste, concertation qui s'imposait lentement dans le milieu médical où chaque spécialité cherchait à découper son champ d'activité.

Jusqu'en 1935, la cause principale de mortalité infantile était la diarrhée et l'entérite. Dans la décennie suivante, leurs taux baissaient de moitié et faisaient passer les maladies congénitales et la prématurité au premier rang des causes de mortalité infantile. Cependant Charest (101) du Bureau municipal de santé, constatait que dans un grand nombre de cas, on se préoccupait peu d'établir un diagnostic précis. Le débat sur les

99 *ibid.*, p. 264

100 M. Tétreault, "Les maladies de la misère: Aspects de la santé publique à Montréal 1880-1914", *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*, p. 142

101 G. Charest, "Épidémiologie des entérites estivales de la région de Montréal", *UMC* 76, 3, mars 1947, pp. 332-335. A. Groulx, "Le bilan santé de Montréal en 1946", *UMC* 76, mars 1947, pp. 336-338

diarrhées infantiles n'était pas réglé pour autant (102) mais, peu à peu, les positions de certaines écoles de pensée tombaient finalement en désuétude. Cette situation coïncide avec le développement formel de la spécialité pédiatrique et la fréquentation des écoles de médecine américaines.

Les maladies pulmonaires

Le second problème qui éveillait l'attention du clinicien était celui des maladies pulmonaires chez le jeune enfant qui demeuraient toujours responsables de nombreuses mortalités, particulièrement pendant la saison froide. De plus, Masson avait constaté que malgré les précautions habituelles, la contagion de la broncho-pneumonie était évidente dans les salles de l'hôpital; elle était fréquente dans les hôpitaux pédiatriques. Il devenait impérieux d'en connaître l'étiologie.

Henri Baril (103) observait la présence de l'otite moyenne suppurée, associée à la gastro-entérite et à la broncho-pneumonie. Il remarquait la fréquence de l'otite moyenne précédant la complication pulmonaire. Sur 16 autopsies effectuées à la suite de décès causés par la broncho-pneumonie, 14 révélaient la présence d'otites. La fréquence de l'otite moyenne précédant les complications pulmonaires, s'établissait. Côté thérapeutique, à la panoplie des moyens traditionnels s'ajoutait en 1934, le traitement par l'oxygène dont l'utilisation laissait entrevoir d'heureux pronostics (104). Puis cinq ans plus tard, avec l'aide financière du ministère de la santé, les docteurs Major et Léveillé étudiaient les applications pratiques du sérum antipneumococcique dans le traitement des affections pulmonaires aiguës de l'enfant. Entre 1934 et 1944, Major

102 P. Dagenais-Pérusse et al., "Les diarrhées du nourrisson", *UMC* 88, janvier 1959, p. 17

103 H. Baril, "Broncho-pneumonie chez les enfants", *AMCHSJ* 1, 3, 1932, p. 50

104 N. Vézina "Oxygénothérapie et transfusion dans le traitement des affections respiratoires du nourrisson", *UMC* 73, 2, février 1944, pp. 110-121

(105) relevait 1805 cas de pneumonies à foyers multiples à l'Hôpital Sainte-Justine; leur fréquence demeurait élevée.

Avec la découverte de la pénicilline, la mortalité par pneumonie chutait mais le développement de souches microbiennes résistantes, diminuait la valeur de ce médicament (106). La pneumonie se présentait souvent avec des infections associées dont les plus fréquentes étaient l'otite moyenne bilatérale, l'otite suppurée à staphylocoque et la pyodermite. En dépit de l'utilisation des antibiotiques qui devaient être employés en association, le traitement chirurgical conservait sa valeur mais le taux de mortalité demeurait élevé. On constatait surtout que le nouveau-né pouvait être contaminé par le staphylocoque à la pouponnière par le personnel hospitalier, porteur de souches résistantes.

Une autre affection pulmonaire fréquente chez les enfants était la pleurésie purulente qui, presque toujours, était une infection secondaire à la broncho-pneumonie souvent d'origine pneumococcique et quelquefois de formes associées (107). On relevait 186 cas traités à l'Hôpital Sainte-Justine en 1928 et 1929. Le traitement de la pleurésie purulente revenait aux chirurgiens qui pratiquaient la pleurotomie chez le nourrisson et la pleuro-costotomie chez les enfants de plus de trois ans. Chez le nourrisson, les résultats étaient peu satisfaisants mais à un âge plus avancé, la guérison était de règle après un long traitement postopératoire de 6 à 8 semaines qui s'accompagnait dans de nombreux cas, de séquelles (108).

105 W. Major, Assemblée scientifique du Bureau médical de l'H.S.J., 15 décembre 1945, *UMC* 75, juin 1946, p. 740

106 R. Poirier, "Pneumonie à staphylocoque de l'enfance", *AMCHSJ* VIII, 3, 1959, p. 59

107 E. Dubé, E. Vigeant, "Les pleurésies purulentes chez les enfants", *AMCHSJ* 1, 2, mai 1932, pp. 55-70;

108 E. Dubé, "L'évolution de la chirurgie infantile à Sainte-Justine", *AMCHSJ* 5, 3, 1948, pp. 17-20

Dans son étude qui portait sur 61 cas de pleurésie purulente recueillis entre 1933 et 1937 Larichelière (109) concluait:

"Les conceptions actuelles sur la mortalité infantile, surtout celles des premières années, accordent bien à l'infection plutôt qu'aux troubles gastro-intestinaux la plus grande part des décès"

Les méningites

Les infections méningées provoquées par des microbes variés, présentaient une élévation de température, des céphalées, des vomissements, des convulsions et souvent un état délirant, accompagné de raideur musculaire surtout marquée à la nuque. Elles étaient souvent à l'origine de troubles chroniques importants dont des surdi-mutités. Dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, la sérothérapie qui consistait en injections à fortes doses de sérum anti-méningococcique dans le rachis, s'avérait très décevante au début des années trente (110) avant l'introduction des sulfamides qui faisait naître quelques lueurs d'espoir. Dès 1939, Major (111) concluait à la supériorité de la sulfamidothérapie sur la sérothérapie dans le traitement des méningites à pneumocoques et à méningocoques. Outre les résultats bénéfiques pour le patient, on appréciait son efficacité parce qu'elle diminuait les soins et les coûts hospitaliers par la réduction du séjour moyen à l'hôpital. Cependant, quelques années d'utilisation des sulfamides révélaient leurs effets

109 R. Larichelière, "Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant de moins de deux ans", *AMCHSJ* 3, 2, 1939, pp. 176-178

110 H. Baril, "La vaccinothérapie dans la méningite cérébro-spinale", *AMCHSJ* 1, 2, mai 1931, pp. 21-24. Le sérum antiméningococcique était en usage vers 1906: P. Huard, R. Laplane, *Histoire illustrée de la pédiatrie*, vol II, p. 107

111 W. Major, "La sulfanilamide dans le traitement des méningites à pneumocoques et à méningocoques chez l'enfant", *AMCHSJ* 3, 2, mai 1939, pp. 192-203. Notons que les sulfas étaient découverts en 1932 et que la pénicilline bien que découverte par Fleming en 1926, était utilisable en 1939 et produite au Canada en 1943. Elle était introduite dans les services de l'Hôpital Sainte-Justine en 1944.

toxiques (112) et même si le pronostic de la méningite à pneumocoque était amélioré, il demeurait très sérieux. Encore en 1945, on conservait le traitement traditionnel qui consistait dans l'application de chaleur aux pieds et glace sur la tête, l'usage de l'huile camphrée, le tout accompagné d'une diète liquide auquel on ajoutait le sulfadiozine et la pénicilline (113). Quant à la méningite à bacille de Pfeiffer (*Hemophilus influenza*) qui connaissait un taux de mortalité de 97-99% avant que les sulfamides ne le ramènent à 20%, elle connaissait ses meilleures chances de guérison avec la streptomycine qui affichait une supériorité sur les traitements antérieurs (114) mais se révélait bientôt ototoxique.

L'introduction en 1943 de "l'épreuve de Levinson" permettait un diagnostic plus rapide et plus précis dans les cas de méningite tuberculeuse et favorisait le traitement précoce (115). Mais jusqu'en 1948, tous les cas ou presque n'obtenaient qu'une survie de quelques semaines. Les espoirs survenaient après 1948, c'est-à-dire après l'emploi de la streptomycine qui enregistrait en quatre ans (de 1947 à 1951) 8 guérisons sur 66 cas de méningite tuberculeuse (116). Entre 1959 et 1964, 33 cas de méningite tuberculeuse étaient traités à l'Hôpital Sainte-Justine qui représentaient 19.8% des cas de tuberculose et pour lesquels on déplorait 8 décès. Surtout, on constatait avec étonnement que des 33 cas, 9 avaient reçu le vaccin B.C.G. (117).

Au cours des années quarante, on notait un changement d'attitude thérapeutique. L'avènement des sulfamides après 1936 et près de dix ans plus tard, des antibiotiques, révisait certains traitements, enrayait plus rapidement certaines maladies et diminuait la mortalité. Leur usage

112 J. Saucier, "Le traitement actuel des méningites purulentes", *AMCHSJ* 4, 2, mars 1943, p. 148

113 H. Trudel, "Un cas de méningite aiguë à pneumocoques traité à la pénicilline" *AMCHSJ*, 4, 4, mai 1945, pp. 41-44

114 W. Major, P. Larivière, "De l'emploi de la streptomycine dans la méningite à bacille de Pfeiffer", *AMCHSJ* 5, 2, 1947, pp. 41-50.

115 A. Royer, C. Perras, "Épreuve de Levinson", *UMC* 77, mars 1948, pp. 273-280

116 E. Laberge, "Pronostic des méningites tuberculeuses", *AMCHSJ* VI, 3, 1952, pp. 64-71

117 R. Poirier, et al. "Méningite tuberculeuse chez l'enfant", *UMC* 95, janvier 1966, pp. 15-21

répandu en médecine évitait les complications engendrées par certaines maladies; en chirurgie, il prévenait les risques d'infections secondaires. Si dès 1941, on attribuait une baisse de mortalité dans certaines maladies à l'emploi des sulfamides, cette chimiothérapie n'allait pas sans inconvénients. En partie déclassée par les antibiotiques, bientôt l'usage de ces derniers à leur tour, révélait ses limites. Les conquêtes de la chimiothérapie se faisaient pas à pas, par essais et erreurs et ne s'établissaient pas d'emblée, comme parfois on tend à le laisser croire. Chez les enfants, elles commandaient une expertise particulière, pour les différents groupes d'âge.

Les maladies métaboliques

A la lumière du concept général de vie, la physiologie était appelée à étudier la variété des processus biologiques et les chercheurs finalement dégagèrent les caractères des êtres vivants à savoir: qu'ils sont des totalités dont les différentes composantes concourent au maintien de l'ensemble; que la structure, la formation et le développement d'un être vivant sont régis par une programmation interne, qu'ils ont le pouvoir de reproduire et de transmettre l'information correspondant à leur propre structure et enfin qu'ils ont la capacité de maintenir une permanence équilibrée, toujours changeante, le métabolisme.

La découverte de sécrétions internes permettait à Claude Bernard (118) de développer le concept biologique de milieu intérieur qui présentait des propriétés qui résultaient de l'activité biochimique en même temps qu'elles créaient les conditions de réalisation de cette activité. Le vivant pouvait créer, selon ses besoins, son énergie vitale. Le physiologiste américain Walter Cannon (1871-1945) introduisait le terme d'homéostasie pour désigner la capacité d'un organisme vivant à

118 Georges Canguilhem, *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin 1968, p. 149; Alain Prochiantz, *Claude Bernard. La révolution physiologique*. Paris, PUF 1990 p. 47

maintenir la constance de son milieu intérieur. C'est dans ce cadre que les problèmes du métabolisme et de l'alimentation rationnelle se posaient. En incorporant les pratiques d'analyses biologiques à la médecine clinique, les connaissances s'approfondissaient et permettaient d'aborder les maladies métaboliques qui renvoyaient à la théorie du milieu intérieur. Le médecin pouvait ainsi observer les fonctions perturbées par la maladie et le défi consistait à rétablir l'équilibre fonctionnel de l'organisme.

Les travaux du Japonais Takaki et les expériences de Christian Eijkman faisaient découvrir la valeur essentielle de certains aliments dans le cas du béribéri, par exemple. Mais il restait à poursuivre des recherches pour déceler les substances dont l'absence provoquait des perturbations (119). En raison de leur importance vitale, ces substances étaient nommées "vitamines" en 1912, à Londres, par le biochimiste polonais Casimir Funk (1884-1967). Le rôle de l'alimentation était scientifiquement démontré et le concept de maladie de carence était né. L'importance accordée à l'alimentation que justifiait la "notion de terrain" dans la résistance à la maladie, était confortée par la découverte des vitamines dont la carence était désignée sous le nom d'avitaminose. Le mécanisme de ces maladies graduellement déchiffré, repoussait dans l'ombre le traitement empirique et à côté du traitement diététique s'élaborait une thérapeutique de causalité qui nécessitait l'étalonnage des doses thérapeutiques. Le regard médical sur le rachitisme, longtemps associé à la hantise de la dégénérescence de la race humaine, échappait désormais à la métaphysique du mal, à la dégénérescence et accédait à la scientificité, comme le souligne Christiane Sinding qui en analyse les théories tant idéologiques que scientifiques (120).

Longtemps attribuée à l'environnement des quartiers densément peuplés où les populations étaient privées d'air frais et de soleil, à la

119 R. H. Shryock, *op. cit.*, p. 203; A. Carré, "Scorbut marin Historique et biologie moderne", *Histoire des sciences, médecine, mathématiques*. IV, Bordeaux 1979, pp. 219-230.

120 Christiane Sinding, *Le clinicien et le chercheur*. Paris P.U.F. 1991 p. 19, 49. Le rachitisme avait été décrit dès 1634, selon Abt, Garrison, p. 74

mauvaise ventilation et à l'absence d'exercice, bref d'origine inconnue, le rachitisme était soumis à une variété de traitements et de mesures d'hygiène. N'étant pas considéré comme une déficience du régime alimentaire, la prise d'huile de foie de morue utilisée à titre préventif, semblait illogique; cet usage se répandait aux États-Unis dans les années 1920 (121). Cependant l'huile de foie de morue était une source de vitamine A qui prévenait la xérophtalmie mais le facteur préventif du rachitisme est la vitamine D. En 1919 au Québec, la notion de vitamine D était présentée comme une notion nouvelle qui devait toujours rester présente à l'esprit de l'hygiéniste et de l'éleveur (122). Elle faisait l'objet d'observations du responsable du dispensaire médico-dentaire de l'Hôpital Sainte-Justine E.E.D. Aucoin (123), qui soulignait l'importance de l'alimentation. L'hygiène alimentaire se voyait accréditée.

Le traitement du rachitisme se posait dès l'ouverture de l'Hôpital Sainte-Justine. La prescription remise aux parents à l'époque, consistait dans une série de mesures toutes empiriques visant à améliorer l'état de l'enfant; elle tenait dans l'interdiction de faire marcher l'enfant, l'usage de bains salés trois fois la semaine, la pratique quotidienne d'affusions froides sur la colonne vertébrale suivies de frictions sèches et à l'alcool, l'emploi d'une nourriture riche en protéines une fois le sevrage terminé, à laquelle s'ajoutait la consommation de phosphate de chaux pulvérisé, d'un sirop d'iodure de fer et d'huile de foie de morue. La vie au grand air était fortement recommandée.(124) Avec l'avènement de la radiologie, dans les années vingt, le rachitisme était traité par les rayons ultraviolets et les déformations rachitiques commandaient un traitement orthopédique (125).

121 Samuel J. Fomon, "Infant Feeding", *History of Pediatrics 1850-1950*, p. 82. L'usage de l'huile de foie de morue était emprunté à l'ethno-médecine nordique; elle était introduite en Angleterre par Percival en 1767 et en Hollande par Schytte en 1824: P. Huard, R. Laplane, *Histoire illustrée de la pédiatrie*, vol II, p. 36

122 Louis Bourgoïn "L'importance de l'alimentation", *Revue trimestrielle canadienne*, 17, mai 1919 pp. 55-73

123 E. E. D. Aucoin, *op. cit.*

124 *Les Rayons X* avril 1910, p. 32.

125 E. Vigeant, "Déformations rachitiques", *AMCHSJ* 1, 3, 1932, pp. 96-109

La nécessité du dosage des vitamines se posait à l'échelle internationale quand en juin 1931, se tenait à Londres une première conférence internationale pour l'étalonnage des vitamines sous les auspices du *National Institute for Medical Research* qui agissait en qualité de laboratoire central pour le Comité d'hygiène de la Société des Nations. Trois ans plus tard, une deuxième conférence donnait suite à la première réunion. La pharmacologie s'enrichissait d'une nouvelle thérapeutique.

A l'Hôpital Sainte-Justine, le sujet des vitamines retenait l'attention des médecins qui s'intéressaient aux maladies métaboliques et Major (126) faisait le point sur l'état des connaissances qui s'accompagnait d'une révision des traitements. Le mécanisme des causes morbides du rachitisme était révélé par l'étude du métabolisme phosphocalcique sous l'action de la vitamine D (127).

A la fin du XIXe siècle, les physiologistes constataient qu'un organe pouvait être commandé à distance par un autre organe, par l'intermédiaire des hormones. Il en découlait que certaines maladies pouvaient être attribuables à l'absence de ces substances chimiques normalement sécrétées par l'organisme qui agissaient comme des catalyseurs puissants. Les premières explications étaient apportées par la pathologie endocrinienne. Les déficiences de la glande thyroïde étaient traitées avec succès dès 1891 par un extrait thyroïdien et Kendall isolait en 1914 le principe actif de la thyroïde, la thyroxine qui devenait la première hormone pure sur le marché. L'isolation puis la synthèse de certaines hormones rendaient possible l'étude de leur action physiologique. Mais une des plus importantes avancées était le développement de méthodes analytiques pour mesurer les hormones dans le sang et l'urine. Si la découverte des fonctions hormonales et leurs répercussions dans certains cas sur la croissance, retenaient

126 W. Major, "La question des vitamines", *AMCHSJ* 2, 2, mai 1935, pp. 69-87
127 W. Major, "Le rachitisme et son traitement", *AMCHSJ* 4, 3, 1944, pp. 21-31

particulièrement l'attention des pédiatres, il fallait d'abord établir le diagnostic.

Au début des années trente, une nouvelle épreuve thermoclinique permettait de déterminer l'activité vitale de base de l'organisme en mesurant les échanges respiratoires. Par le métabolisme basal on pouvait mesurer la dépense énergétique elle-même influencée par les glandes endocrines. Dutilly (128) concluait à partir des 36 observations compilées, que cette technique était valable surtout dans les cas de déséquilibre fonctionnel des glandes endocrines et les troubles sérieux de nutrition. L'appareil permettait de détecter les goitres et constituait une aide efficace pour le contrôle des différents traitements endocriniens. Chez l'enfant, en 1939, les étalons standards n'étaient pas encore établis et Bouziane comptait apporter une contribution à cette recherche (129). Chez le jeune enfant qui ne pouvait collaborer, l'épreuve nécessitait un appareil-chambrette. Une décennie plus tard, l'iodothérapie constituait le traitement du goitre simple, quand on décelait un déséquilibre de la production de l'hormone thyroïdienne causé par une déficience en iode (130).

Après avoir démontré la fonction glycogénique du foie, Claude Bernard démontrait la pathogénie du diabète, mais son traitement devait attendre la découverte de l'insuline en 1921. Le diabète infantile demeurait cependant la pierre d'achoppement du pédiatre. Dix ans après la découverte de l'insuline, on relevait encore très peu de cas de diabète infantile à l'Hôpital Sainte-Justine. Plusieurs cas étaient ignorés parce que non recherchés, constatait Dutilly (131). Et plus de dix ans plus tard

128 A. Dutilly, "Métabolisme basal chez les enfants", *AMCHSJ* 1, 3, mai 1932, pp. 79-81

129 N.R. Bouziane, "Le métabolisme basal et son application clinique", *AMCHSJ* 3, 2, 1939, pp. 65-83.

130 J.A. Martel, "Goitres", *AMCHSJ* 6, 2, 1951, pp. 63-67. L'action préventive de l'iode dans les problèmes de goitre était introduite dans les années 1920-1930 sur une large échelle; elle était responsable de l'usage du sel iodé: Andrea Prader, "Pediatric Endocrinology" *History of Pediatrics 1850-1950* pp. 97-101

131 A. Dutilly, "Considérations générales sur le diabète infantile et difficultés du traitement par l'insuline", *AMCHSJ* 1, 2, mai 1931, pp. 71-75. Arthème Dutilly (1890-1933) obtenait son

(132), on relevait de nombreux diagnostics erronés. Parmi les 58 derniers cas de diabète grave, 9 fois seulement le diagnostic était posé correctement. La fréquence des symptômes abdominaux, la déshydratation marquée accompagnée de signes méningés, la perte de poids et la confusion chez l'enfant diabétique pré-comateux, autant de signes qui brouillaient les pistes. Largement ignoré, le diabète infantile, quand il était identifié, n'était pas pour autant solutionné. Le traitement par l'insuline s'avérait particulièrement complexe chez les enfants. A la difficulté du traitement diététique qui exigeait la prise en compte des besoins de croissance, s'ajoutait celle technique, d'analyses multiples de recherche et de contrôle. Il fallait attendre les années 1960 pour que la partie s'avère gagnée. Dans un article important, Royer (133) y décrivait une physiopathologie différente du diabète infantile de celle de l'adulte et un traitement adapté à la dépense énergétique et à la croissance de l'enfant. Surtout, il cherchait pour le jeune patient une vie normale dans la mesure du possible, dans un traitement qui prenait en compte son intégration sociale; le pédiatre s'approchait de l'enfant.

La théorie du milieu intérieur orientait les sciences biologiques vers la recherche de solutions à diverses maladies métaboliques. Le mécanisme des glandes endocrines mieux perçu, il restait à trouver une thérapie de substitution et à en adapter les dosages selon les besoins des individus. Près d'un siècle était nécessaire. Le premier livre sur la pédiatrie endocrinologique était publié en 1950 par Lawson Wilkins (1894-1963). (134)

diplôme en médecine en 1919 et devenait médecin interne de l'Hôpital de la Miséricorde. Chef interne à l'Hôpital Sainte-Justine en 1920, il était nommé assistant bénévole au dispensaire de médecine en 1922 il obtenait un diplôme de l'École de Puériculture de Paris en 1930. Michael Bliss, "J.B. Collip: A Forgotten Member of the Insulin Team" *Essays in the History of Canadian Medicine*, pp. 110-125

132 H. Bañil, A. Royer, "Un cas de coma diabétique", *AMCHSJ* 4, 4, mai 1945, pp. 9-13

133 A. Royer, "Le diabète infantile", *UMC* 92, novembre 1963, pp. 1264-1275

134 A. Prader, *op. cit.*,

L'amélioration de la santé basée sur la notion de terrain, avait pour effet de diminuer les maladies carencielles. Et après 1930, les connaissances en nutrition favorisaient une meilleure croissance et faisaient disparaître la malnutrition et les carences vitaminiques; celles du métabolisme de l'eau et des électrolytes permettaient de corriger la déshydratation et l'acidose, enfin le rôle des glandes endocrines commençait à être déchiffré et certains traitements étaient institués.

Les maladies contagieuses

L'enfant malade était particulièrement vulnérable à la contamination en milieu hospitalier. Il importait donc de lui assurer une protection minimale, ce à quoi s'appliquait l'administration de l'Hôpital Sainte-Justine. Un nouvel aménagement rendu possible par l'ajout d'une première aile en 1922, permettait de consacrer une salle de 8 lits à l'isolement et une salle de 8 lits à l'observation des patients, où l'on effectuait une première toilette du malade à son arrivée. Le port de la blouse et du voile pour les infirmières, de la blouse et de la calotte pour les internes et l'assignation d'une religieuse par salle constituaient les principales mesures préventives implantées dans les années vingt (135). Pour éviter la contagion, toutes les nouvelles infirmières devaient être vaccinées contre la typhoïde et subissaient l'épreuve de Shick (136).

L'Hôpital Sainte-Justine agrandi, vivait les inconvénients de la contagion dans les salles qu'on se voyait obliger de fermer régulièrement. On profitait donc de la fermeture de l'Hôpital Saint-Paul pour réorganiser un département d'isolement capable d'offrir un service de 60 lits. Le département Saint-Roch ouvrait ses portes en septembre 1932 et l'Université de Montréal attribuait dès ce moment à l'Hôpital Sainte-

135 AHSJ, P.V., Bureau médical, 12 mai 1923; dossier 16A, 21 février 1924
136 AHSJ, dossier 16-1, 3 décembre 1930

Justine, l'enseignement clinique des maladies contagieuses qui relevait du docteur J.A. Leduc, titulaire depuis 1917 de cette chaire d'enseignement.

La première année, la majorité des patients étaient traités pour la varicelle diagnostiquée chez 204 enfants. Mais dans l'ensemble, la diphtérie, la scarlatine, la rougeole et la varicelle étaient des maladies couramment traitées et pour chacune d'elles, une salle de 5 à 20 lits était réservée ainsi que des chambres isolées où devaient d'abord séjourner les patients avant d'aller en salle. Les cas d'érysipèle et d'oreillons étaient confinés aux chambres isolées. Le port de la blouse qui devait rester dans la chambre était requis (137). En général, les enfants hospitalisés pour une autre maladie et frappés d'une maladie contagieuse pendant leur séjour, constituaient la clientèle.

Durant la période 1920-1947, l'évolution des connaissances sur les maladies contagieuses marquaient des points et partant, les thérapeutiques et les pronostics étaient très modifiés. Sérums, vaccins et antibiotiques se développaient à un rythme tel que le paysage des maladies infectieuses se transformait; des maladies redoutées s'estompaient, alors que d'autres faisaient leur apparition surtout avec le développement de la virologie (138).

La poliomyélite

Les épidémies de poliomyélite surgissaient régulièrement et au début du siècle, le traitement était presque toujours illusoire, d'affirmer Bourgoïn (139). Un traitement révulsif appliqué sur la colonne vertébrale

137 H. Trudel, "L'admission et le traitement des malades dans le service de contagion", *AMCHSJ* 1, 4, mai 1933, pp. 103-108

138 H. Charbonneau, "Quoi de neuf en maladies infectieuses", *UMC* 85, juillet 1956, pp. 796-798

139 J.C. Bourgoïn, "Épidémie de paralysie infantile", *UMC* 38, décembre 1909, pp. 683-688

pendant les premières semaines était suivi de l'application de courants galvano-faradiques et de massages.

La nature infectieuse spécifique de la poliomyélite était connue depuis les travaux de Landsteiner et Popper à Vienne en 1907 et dans les années vingt, la sérothérapie demeurait le traitement privilégié. A. Netter et C. Levaditi utilisaient pour la thérapeutique humaine le sérum des sujets guéris de poliomyélite dit "sérum des convalescents". Cependant le traitement ne faisait pas l'unanimité chez les médecins dont plusieurs niaient son pouvoir curatif et constataient la possibilité de transmettre une maladie infectieuse. L'école américaine s'opposait à l'école française sur le sujet (140).

En 1929, à l'Hôpital Sainte-Justine, le sérum antipoliomyélite et son étude expérimentale était au nombre des projets de recherche soumis à la *Rockefeller Foundation* par Georges Baril pour une demande de subvention (141). Devant le refus, le Conseil médical (142) acceptait les conditions dans lesquelles le laboratoire de l'hôpital s'engageait à préparer le sérum des convalescents avec cette restriction que "M. Paré n'a pas à réserver son opinion personnelle sur la valeur thérapeutique de cette méthode de traitement". Car s'il était impossible de démontrer scientifiquement l'efficacité du sérum des convalescents comme agent curatif de la maladie, ici, on le croyait efficace à titre préventif et dans le doute, on continuait à l'utiliser comme traitement (143). Paré préparait alors le sérum des convalescents et il avouait cependant que le sérum n'avait pas toujours été titré, donc que son pouvoir immunisant n'était pas contrôlé. Pettit mettait en garde:

140 Auguste Pettit, "Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale (S.A.P.) Seize années d'expérimentation", *Biologie médicale* XXV, octobre 1935, pp. 541-627

141 AHSJ, Dossier 126-1, Lettre à E. Vincent, président de la *Rockefeller Foundation*, 12 septembre 1929 ; refus le 17 septembre 1929

142 AHSJ, dossier 16-1 Conseil médical, 21 octobre 1929

143 D. Longpré, présentation faite à la Société médicale de Montréal, 17 novembre 1931; G. Lapierre, "La paralysie spinale infantile", *UMC* 60, 10, octobre 1931, pp. 719-723

"Administrer du sérum provenant d'une espèce zoologique quelle qu'elle soit, dont le pouvoir immunisant n'est pas établi, ce n'est pas faire de la sérothérapie mais de la protéinothérapie ou de la médecine de choc" (144)

L'épidémie de 1931 qui nécessitait l'organisation d'urgence d'un département d'isolement, posait un défi que Paré s'empressait de relever. Grâce au docteur Brodie, le titrage du sérum des convalescents préparé à l'Hôpital Sainte-Justine, était exécuté dans les laboratoires de l'Université McGill (145). En octobre 1931, l'hôpital recevait également 5 litres de sérum équin antipoliomyélite expédié gratuitement de France par le docteur Pettit. L'Hôpital Sainte-Justine demandait également à l'Université McGill, moyennant rémunération, de contrôler les moelles prélevées à l'autopsie des enfants décédés de poliomyélite (146). Par la suite, le laboratoire préparait une réserve suffisante de sérum qui était prélevé chez d'anciens patients de la polio. Cependant, l'emploi du sérum des convalescents ou d'un sérum équin n'allait pas sans tâtonnement dans le dosage requis.

Dans certains milieux médicaux, avec l'épidémie de 1931 s'achevait l'ère de la sérothérapie dans le traitement de la poliomyélite qui s'avérait être un échec. D'ailleurs, au Service de santé de Montréal, le sérum des convalescents produit et distribué gratuitement aux médecins et aux institutions qui en faisaient la demande, n'avait pas répondu aux attentes, selon son directeur Séraphin Boucher (147). Mais poursuivant ses recherches, Pettit constatait que le pronostic de la paralysie infantile s'était considérablement modifié et citait à l'appui, des statistiques transmises par le directeur médical J.E. Dubé de l'Hôpital Sainte-Justine, pour prouver l'efficacité de son sérum équin comparativement à celui des convalescents. De juillet à novembre 1931, l'hôpital avait traité environ

144 A. Pettit, *op. cit.*, p. 554

145 L. Paré, "Étude sur le sérum antipoliomyélite", *AMCHSJ* 1, 3, mai 1932, pp. 25-28

146 Archives nationales Québec, Fonds MAS/E8 HSJ 12, 2, 26 février 1932

147 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 192. A. Gordbloom, *Small Patients*, p. 218

600 patients qui, après une ponction lombaire, avaient reçu du sérum. Dix litres de sérum avait été employé, dont deux litres et demi du sérum de Pettit. Les statistiques transmises voulaient démontrer l'efficacité du sérum Pettit. D'octobre 1932 à avril suivant, Paré retournait à l'Institut Pasteur, cette fois avec Pettit, pour y poursuivre des recherches sur le sérum antipoliomyélite et le B.C.G.. Il passait également par la Belgique et l'Angleterre pour s'enquérir des récents travaux sur les mêmes sujets.

En 1938, Henri Charbonneau (148) de l'hôpital Pasteur, tout en admettant la controverse au sujet de la sérothérapie, affirmait que les parents la réclamaient; il concluait "Nous croyons devoir faire de la sérothérapie qui rassure les parents et qui est peut-être utile dans la période fébrile préparalytique". Cette même année, le plan d'action d'Adélard Groulx du Service de santé municipal, prévoyait la production du sérum des convalescents (149) et l'Hôpital Sainte-Justine constituait toujours des réserves de sérum antipoliomyélite; on demeurait attaché à l'école française ou à Pettit qui était venu ici démarrer les expériences cliniques du B.C.G.. L'usage prolongé d'un sérum sans grande valeur thérapeutique démontre encore une fois, le caractère subjectif de l'expérience clinique.

Entre-temps, le traitement évoluait peu. Et contre l'atrophie musculaire qui résultait de la maladie, il n'y avait guère que l'hydrothérapie, la physiothérapie et l'orthopédie. Pour répondre à ces traitements, l'électroradiologie disposait depuis 1927, de 6 lits. Et devant la gravité de la situation épidémique de 1931, l'hôpital recevait l'aide financière du gouvernement pour ces traitements. Cette épidémie qui avait créé une situation angoissante durant plus de trois mois, avait

148 H. Charbonneau, "Traitement précoce de la poliomyélite", *JMC* 67, juillet 1938, pp. 718-723. Henri Charbonneau (1901-1975) Diplômé de l'Université de Montréal en 1927, il poursuivait des études à Londres, Paris, Strasbourg et Boston. Surintendant de l'Hôpital Pasteur de 1934 jusqu'à son décès, il était nommé directeur du département de pédiatrie à l'Université de Montréal en 1952 après avoir obtenu son certificat de spécialiste en pédiatrie en 1950. Il joignait alors la *Canadian Paediatric Society* et en assumait la présidence en 1958-59.

149 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 257

nécessité l'hospitalisation de 157 patients dont 64 avaient été guéris, 86 connaissaient des séquelles et 7 étaient décédés. Mais pour la première fois, en cours d'épidémie on utilisait un respirateur mécanique (150). A Montréal, on avait rapporté 774 cas de poliomyélite et enregistré 75 décès.

Le service d'électroradiologie s'agrandissait en 1934 pour intégrer de nouveaux appareils et les ateliers de l'hôpital fabriquaient 5 pulmo-respirateurs en 1938. Cette même année, le Service de santé municipal faisait l'acquisition 10 pulmo-respirateurs qui étaient en usage dans les hôpitaux. Malgré cet appareil utile dans certains cas précis, le traitement demeurait l'isolement, le sérum, la diète, le repos avec immobilisation des membres paralysés; si les massages et les exercices ne venaient à bout des séquelles, il ne restait après quelques années, que le recours aux interventions chirurgicales (151). Par ailleurs, l'infirmière australienne Elizabert Kenney obtenait de bons résultats avec des enveloppements chauds de tous les membres, renouvelés aux deux heures, pour contrer les spasmes musculaires et empêcher les paralysies. L'évaluation faite aux États-Unis (152) concluait que le traitement soulageait la douleur et prévenait les contractures musculaires et qu'il fallait en enseigner la méthode. Ce traitement palliatif sans appareillage était repris ici; relativement simple, il exigeait cependant une main-d'oeuvre importante.

En 1941, on tenait un symposium sur la poliomyélite pour faire le point sur la maladie (153). Saucier soulignait les piètres résultats thérapeutiques du sérum, alors que Comtois (154) faisait part des

150 J.A. Lussier, "Considérations sur la poliomyélite", *AMCHSJ* 1, 3, mai 1932, pp. 29-52. J. B. Scriver, *The Montreal Children's Hospital*, p. 86: les ateliers de l'hôpital construisaient le premier respirateur en 1931.

151 C. Bisson, "Que faire en face d'un cas de poliomyélite déclaré", *AMCHSJ* 3, 1, 1938, pp. 11-15

152 R. Amyot, "La Fondation nationale de la paralysie infantile et la méthode Kenny", *UMC* 73, mai 1944, p. 519

153 *UMC* 70, décembre 1941, p. 1348

154 A. Comtois, "La physiothérapie de la paralysie infantile", *AMCHSJ* 4, 1, mai 1942, pp. 71-76. H. Charbonneau, op. cit.

nouveaux procédés de traitement en particulier en radiothérapie et en diathermie selon la méthode Bordier. L'emploi de ce traitement également controversé, avait aussi été recommandé par Charbonneau trois ans plus tôt, "jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'il est efficace".

Mais l'Hôpital Sainte-Justine connaissait la pire épidémie de poliomyélite depuis sa fondation en 1946, avec 516 patients et 17 décès. L'ampleur du problème amenait le Service municipal de santé à former un Comité de poliomyélite pour "L'étude d'un plan de lutte" (155). À cette époque, à l'Hôpital Pasteur, Charbonneau (156) aurait obtenu des résultats intéressants avec une médication qui avait pour but d'empêcher la fixation du virus au niveau des cellules nerveuses. Malgré tout, dans la forme bulbaire de la poliomyélite le pronostic demeurait grave et Charbonneau préconisait l'oxygénothérapie. En somme, au milieu du XXe siècle, l'activisme médical procurait un traitement non spécifique et essentiellement symptomatique.

En 1952, la *Canadian Foundation for Poliomyelitis* section Québec, proposait d'établir dans le nouvel hôpital, une clinique de réhabilitation destinée aux enfants atteints de paralysie infantile, subventionnée par la Légion canadienne sous le nom de *Canadian Legion Memorial*. Un montant de 50 000 \$ était souscrit à raison d'un versement annuel de 5 000 \$. Par ailleurs, le nouveau rôle de l'anesthésiste était établi durant l'épidémie de poliomyélite à Copenhague en 1952, au cours de laquelle plusieurs principes de contrôle de la défaillance respiratoire étaient développés (157). Mais la solution à la récurrence des épidémies de poliomyélite allait venir des travaux de Enders sur la culture des virus et

155 A. Groulx, "Dix ans de progrès", *UMC* 77, juin 1948, pp. 684-687

156 H. Charbonneau, "Diagnostic et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë", *UMC* 80, janvier 1951, pp. 54-59. Henri Charbonneau (1901-1975) Diplômé de l'UdeM en 1927, il poursuivait des études à Londres, Paris, Strasbourg et Boston. Surintendant de l'Hôpital Pasteur de 1934 jusqu'à son décès, il était nommé directeur du département de pédiatrie à l'UdeM en 1952 après avoir obtenu son certificat de spécialiste en pédiatrie en 1950. Il joignait alors la *Canadian Paediatric Society* et en assumait la présidence en 1958-59.

157 J. B. Owen Thomas, "Paediatric Anaesthesia" *Bulletin of the Hospital for Sick Children Toronto* 16, 1-2, 1967, pp. 13-18

de la découverte de Jonas Salk d'un vaccin à virus inactivé, qui était expérimenté aux États-Unis en 1954. Bien que quelques accidents étaient rapportés, dès le printemps suivant, le Service de santé procédait à la vaccination des enfants de moins de 10 ans, qui se faisait à l'Hôpital Sainte-Justine et dans différents centres. Trois injections étaient requises pour assurer l'immunité et ce vaccin avait peu d'influence lors de l'écllosion d'une épidémie. A la fin de cette campagne d'immunisation, 53 465 enfants étaient vaccinés (158). Le vaccin Sabin réalisé à partir d'un virus atténué, était introduit au Québec en 1962 (159). Il s'avérait supérieur au vaccin Salk parce qu'il conférait une immunité plus durable.

Les moyens de prévention étaient battus en brèche quand en 1959, une nouvelle épidémie de poliomyélite commandait l'hospitalisation de 433 patients à l'Hôpital Sainte-Justine, ce qui suspendait les autres activités. Cette même année, Fleur-Ange Francoeur décédait, victime des séquelles de la poliomyélite contractée en 1946 et dont la vie s'était écoulée depuis à l'hôpital, dans un pulmomètre. Si on louait unanimement son courage, sa survie dans de telles conditions ne semblait pas soulever un problème d'éthique; les valeurs chrétiennes de résignation et de charité dominaient toujours et ne posaient pas de limite au développement de la technologie médicale. Cet effet paradoxal causé à la fois par les progrès et les limites de la médecine, engendrait un nombre croissant d'enfants atteints de problèmes chroniques qui requéraient des services spéciaux.

2.3.3.2 La chirurgie infantile

Différentes disciplines apportaient au chirurgien un support indispensable qui lui permettait de pousser plus avant le développement de la chirurgie. Les progrès de l'anesthésie permettaient de recourir plus

158 A. Groulx, "La poliomyélite et le vaccin Salk", *UMC* 84, novembre 1955, pp. 1279-1285
159 V. Pavilanis, "Problèmes de la vaccination antipoliomyélique", *UMC* 93, novembre 1964, pp. 1303-1306

fréquemment au traitement chirurgical, la radiologie contribuait à éclairer le chirurgien et la pratique des autopsies contrôlait le diagnostic. L'implantation de ces différents services se faisait au début des années vingt à l'Hôpital Sainte-Justine et assurait l'essor de la chirurgie infantile.

A l'anesthésie par inhalation avec l'emploi de chloroforme puis de l'éther, succédait la méthode intraveineuse en 1932 avec l'utilisation de l'héxobarbital qui donnait le coup d'envoi. Quant à l'anesthésie locale, le premier agent utilisé était la cocaïne mais sa toxicité poussait à la recherche et en 1943 la lidocaïne était utilisée. Avant la première guerre mondiale, l'Hôpital Sainte-Justine s'attachait de façon sporadique, les services d'un chloroformisateur mais en 1919, Armand Deslauriers (160) entreprenait une carrière d'anesthésiste à l'Hôpital Sainte-Justine. Cette spécialité était récente puisque la *Canadian Society of Anaesthetists* voyait le jour en 1920 et constituait une section de la *Canadian Medical Association* en 1928 seulement.

Le service de radiologie était organisé sous la direction d'Albert Comtois (161) en 1922. Pionnier en électroradiologie, son département devenait un centre important d'électroradiologie infantile. Nous avons vu que le développement de ce service permettait de venir en aide aux enfants handicapés particulièrement ceux atteints de poliomyélite. Mais surtout par le perfectionnement de ses méthodes, la radiographie précisait l'état des lésions et améliorait d'autant le diagnostic.

160 Joseph Armand Deslauriers (1890-1953). Diplômé de l'Université Laval à Montréal en 1918, il complétait sa formation par une année d'internat à l'Hôpital Sainte-Justine, Il occupait le poste d'anesthésiste en 1919 et devenait chef de service en 1932. A l'Hôpital Notre-Dame voir D. Goulet et al, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame*, p. 336 et suivantes.

161 Albert Comtois (1893-1949). Diplômé de l'Université Laval à Montréal en 1919, il poursuivait une année d'études au *New York Post Graduate Hospital* et une autre année dans les hôpitaux parisiens. Il mettait au point une technique de traitement des angiomes. Il était chargé du cours de radiologie au département de pédiatrie. Comtois, assisté de Gagnier, était chargé de la direction du département d'électroradiologie à l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc en 1932. Il prenait une part active au sein de la Société canadienne-française d'électrologie et de radiologie médicales fondée en 1928, à titre de secrétaire de 1932 à 1940 et de président de 1940 à 1944. Comtois était assisté de L.A. Gagnier et Marc Del Vecchio; ce dernier prenait charge du service de radiologie en 1951.

En 1932, une nouvelle méthode radiologique facilitait la découverte des anomalies et des malformations congénitales de l'appareil urinaire; il s'agissait de l'urographie (162). Cette technologie ouvrait un nouveau champ à l'attention des médecins et permettait, l'organisation en 1937, d'un service d'urologie confié au docteur Paul Bourgeois qui agissait à titre de médecin consultant. L'année suivante la faculté de médecine désignait Oscar Mercier à la nouvelle chaire d'urologie. Bourgeois et Mercier participait activement à la fondation en décembre 1945, de la *Canadian Urological Association* qui regroupait les membres de cette nouvelle spécialité.

D'autre part, les chirurgiens réclamaient un laboratoire d'anatomie pathologique et en 1923, Edmond Dubé voyait à sa mise sur pied. Modeste à l'origine, il trouvait une place importante dans les plans du nouveau laboratoire, en 1926.

À la recherche d'un successeur au professeur Latreille qui avait démissionné parce qu'on voulait lui imposer un assistant, la Faculté de médecine réussissait à attirer au Canada le professeur Pierre Masson (163) à qui elle confiait la chaire d'anatomie pathologie en 1927. L'Hôpital Sainte-Justine s'efforçait à son tour de lui confier l'installation de son laboratoire d'anatomie pathologique dont il gardait la responsabilité. Ayant anticipé le développement des laboratoires, les administratrices avaient fait amender la charte de l'hôpital en 1925 afin de permettre

162 L.A. Gagnier, "L'urographie chez l'enfant", *AMCHSJ* 4, 2, mars 1943, pp. 117-123. L.A. Gagnier, assistant en électroradiologie, avait fait des études spécialisées à Chicago et à l'Hôpital de la Pitié de Paris. Il quittait l'Hôpital Sainte-Justine en 1945.

163 Pierre Masson, (1880-1959) diplômé de la faculté de médecine de Paris, devenait professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Strasbourg (1918) avant son arrivée au Canada en 1927. Entre 1927 et 1954, date de sa retraite, il formait à peu près tous les anatomo-pathologistes canadiens-français du Québec. Il poursuivait d'importants travaux sur les cellules nerveuses et sur l'histologie des tumeurs nerveuses pour finalement publier *Le traité des tumeurs humaines*. En 1953, il recevait de l'Académie des Sciences de Paris le prix Roy-Vaucouloux pour sa recherche sur les tumeurs. Il était membre de la Société Royale du Canada et de l'Académie de médecine de Paris (1935). Chevalier de la légion d'honneur. Voir: L.C. Simard, *UMC* 88, août 1959, pp. 1017-1023 et D. Goulet et al, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal*, p. 312 et suivantes

l'autopsie des malades dont les parents n'acquittaient pas les soins médicaux. Ces nouvelles dispositions permettaient aux élèves de la faculté de médecine des 3^e et 4^e années, de suivre les cours pratiques à l'amphithéâtre d'autopsie.

Pierre Masson créait en 1937, l'Institut d'anatomie pathologique, centre d'enseignement et de recherche qui regroupait les laboratoires de la faculté et les laboratoires anatomo-cliniques de divers hôpitaux dont celui de l'Hôpital Sainte-Justine. L'évolution du laboratoire d'anatomie pathologique sous Pierre Masson, plaçait l'Hôpital Sainte-Justine à l'avant-garde de l'étude du cancer chez l'enfant.

Tableau 2-14

Autopsies effectuées à l'Hôpital Sainte-Justine
d'après les rapports annuels.

Année	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
Autopsies	183	116	101	116	137	163	186	267	207	205
Année	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949
Autopsies	163	150	66	75	179	156	170	221	163	147

Le nombre d'autopsies pratiquées annuellement fluctuait passablement mais la chute marquée en 1942 correspond à l'absence du chef-adjoint Paul Martin qui joignait les rangs de l'armée canadienne; il reprenait du service à l'hôpital en avril 1946 avant de quitter en 1950 pour prendre charge des laboratoires de l'Hôpital Saint-Luc.

Le docteur Alphonse Ferron (164) détenait la responsabilité du service de chirurgie à Sainte-Justine, à la suite du décès du docteur

¹⁶⁴ **Alphonse Ferron (1884-1942)** Médecin de l'Hôpital Notre-Dame, Ferron était entré à la faculté de médecine comme démonstrateur d'anatomie. Auparavant, il s'était spécialisé en France de 1911 à 1913, fréquentant les services d'Albarran, A. Broca, Legueu, Calot et

Romulus Falardeau (165). Il accueillait comme assistant A. Z. Crépault (166) qui permutait du service de médecine. Chacun dirigeait un service de chirurgie en 1923.

En 1922, le professeur Louis Ombrédanne, titulaire de la chaire de chirurgie infantile à la Faculté de médecine de Paris, donnait des cliniques à l'Hôpital Sainte-Justine. A cette occasion, Ferron pratiquait une intervention chirurgicale pour la correction du bec de lièvre, selon une technique qu'il avait mise au point. Le professeur avait retenu cette méthode et l'introduisait dans son livre sur la chirurgie infantile. Cette marque d'appréciation était bien accueillie. Ombrédanne profitait de sa visite pour souligner l'importance d'individualiser la chirurgie infantile.

La proposition bien reçue, les administratrices de l'hôpital demandaient à la Faculté de médecine de créer une chaire de chirurgie infantile. Ferron déjà chargé, comme agrégé, des cours théoriques de pathologie chirurgicale devenait tout désigné pour occuper cette nouvelle

Ménard: AUM, P22/N569, Desjardins, "L'enseignement de la chirurgie infantile et de l'orthopédie"

165 Diplômé de l'Université Laval à Montréal en 1908, Romulus Falardeau (1884-1918) complétait une année d'internat à l'Hôtel-Dieu, avant de se rendre à Paris, dans le service de Legueu à l'Hôpital Laennec. Il était moniteur diplômé à la clinique des voies urinaires de l'Hôpital Necker de Paris (*Journal de médecine et de chirurgie* VIII, 1913, p. 249.) et avait assisté le docteur Callot à Berck sur Mer. Cette expertise lui valait le titre d'associé de l'*American College of Surgeons* en 1914. A son retour à Montréal, il était démonstrateur d'anatomie et assistant à la clinique chirurgicale avant d'être nommé professeur titulaire en mars 1918. Il était assistant chirurgien à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital Sainte-Justine.

166 Alexandre Zéphirin Crépault, (1888-1958) FRCS. Diplômé de l'Université Laval de Québec en 1913, il effectuait un internat à l'Hôpital Seton de New York avant d'être nommé interne à l'Hôpital Sainte-Justine en 1914. On lui confiait la responsabilité de l'hôpital temporaire mis sur pied en 1918 à l'occasion de l'épidémie de grippe. En 1919, il poursuivait en France des études en chirurgie générale et infantile durant deux ans et fréquentait les cliniques de l'Hôpital des Enfants Malades et celles de Berck sur Mer. A son retour d'Europe en août 1920, il était nommé chirurgien de l'Hôpital Sainte-Justine. Assistant à la clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie en 1922, il devenait chef de service en 1923. En 1925, il se spécialisait en France en gynécologie où il était attaché au service du docteur J. Louis Faure. A son retour en 1926, il gardait son service à l'Hôpital Sainte-Justine et devenait gynécologue à l'Hôpital de la Miséricorde et ce jusqu'en 1952. Il abandonnait la pratique chirurgicale en 1954. Il était membre fondateur de la Société de chirurgie de Montréal: E. Cabana, *UMC* 87, octobre 1958, p. 1227

chaire en juin 1926. Le service de chirurgie prenait son essor et en 1933, il comprenait 5 salles d'opérations, 2 salles d'anesthésie, une salle de préparation, un bureau des chirurgiens, une salle de stérilisation, une salle de clinique des étudiants. Au décès de Ferron, en 1942, le docteur Edmond Dubé (167) devenait titulaire de la chaire de chirurgie infantile et orthopédique de l'Université de Montréal.

Les ostéomyélites

En chirurgie orthopédique, dans les années trente, les ostéomyélites chroniques constituaient des maladies difficiles à surmonter même après de longs traitements qui faisaient appel essentiellement au curetage et au drainage. Une nouvelle technique qui consistait à appliquer des larves de mouches, était introduite à l'Hôpital Sainte-Justine. Cette méthode était celle de Baer qui avait inauguré le traitement à Baltimore en 1928. En trois ans, 20 enfants de 2 à 15 ans

167 Edmond Dubé, (1894-1960) FRCS, FACS, FASA. Dubé avait été moniteur diplômé de l'Hôpital Necker et assistant étranger à l'Hôpital des Enfants Malades de Paris. De retour au Québec en 1922, il devenait assistant en chirurgie à l'Hôpital Sainte-Justine et débutait deux ans plus tard, son enseignement à titre d'assistant à la clinique chirurgicale infantile et orthopédique. A cette époque, il pratiquait également la chirurgie à l'Hôpital du Sacré-Coeur. En 1929, il soutenait sa thèse d'agrégation à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il devenait directeur médical de l'Hôpital Sainte-Justine en 1931. Professeur titulaire de pathologie chirurgicale à l'Université de Montréal de 1937 à 1942, il devenait professeur titulaire de chirurgie infantile et orthopédique et professeur émérite en 1959. Il publiait *Manuel d'orthopédie*, en 1932. Il prenait une part active dans de nombreuses sociétés locales, canadiennes, américaines et françaises; ainsi, il était président de la Société médicale de Montréal en 1936 et président de la Société de chirurgie de Montréal en 1940. Il était membre de la *Canadian Association of Clinical Surgeons* (1937), membre associé étranger de l'Académie de chirurgie de Paris, Fellow du College Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, fellow de l'*American Surgical Association*, fellow de l'*American College of Surgeons*. Ses responsabilités hospitalières le désignaient au Conseil des Hôpitaux où il détenait le poste de trésorier. En octobre 1938, Dubé était appelé à siéger au conseil exécutif de la faculté de médecine. A la suite d'un conflit majeur, il en devenait le doyen de 1944 à 1950, moment de sa démission. Il était le premier doyen de l'histoire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal à être choisi en dehors des rangs de l'Hôpital Notre-Dame. Sous son mandat était fondé l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentale. Il participait à la Commission d'Hygiène de la ville de Montréal (1949).

étaient traités (168). Devant l'importance que prenait ce traitement, l'administration de l'hôpital dotait le laboratoire d'une étuve spéciale pour pratiquer l'élevage des mouches. Louis Paré perfectionnait la méthode en produisant en laboratoire des larves stérilisées. La méthode, adjuvant au curetage, demeurait empirique, mais on constatait que les larves s'attaquaient aux tissus malades uniquement; une guérison rapide s'ensuivait. L'ostéomyélite était considérée comme une maladie grave avec son taux de mortalité de 30% jusqu'à l'avènement des sulfamides qui réduisaient presque entièrement la mortalité (169).

Tout comme dans le traitement de la diarrhée par la poudre de pommes déjà décrit, le traitement par les larves de mouches relevait de l'empirisme dont l'élément de recherche portait sur le perfectionnement de la méthode et non sur son *modus operandi*. Si la recherche appliquée demeurait l'objectif principal des médecins, elle avait pour premier effet d'établir une collaboration étroite entre la clinique et le laboratoire. Cette collaboration s'élargissait avec l'expansion des laboratoires de chimie, de bactériologie, d'anatomie pathologique et la mise sur pied de services diagnostiques.

Au cours d'une période de vingt-cinq ans, Dubé (170) notait une modification dans la nature des maladies nécessitant des interventions chirurgicales. Jusqu'en 1930, les appendicites et les péritonites secondaires étaient considérables et entraînaient un taux de mortalité important surtout chez les jeunes enfants. Dubé soulignait l'influence de la pasteurisation du lait sur l'incidence des péritonites et des affections osseuses de nature tuberculeuse dont le déclin était constaté vers 1938.

168 E. Dubé, E. Vigeant, "Le traitement des ostéomyélites chroniques chez les enfants par application de larves de mouches, *AMCHSJ* 2, 1, mai 1934

169 J.C. Favreau, à la Société de chirurgie de Montréal le 4 septembre 1946, *UMC* 76, janvier 1947, p. 98

170 J.E. Dubé, "L'évolution de la chirurgie infantile à Sainte-Justine", *AMCHSJ* V, 3, 1948, pp. 17-20

Tableau 2-15

**Chirurgie Service interne
Hôpital Sainte-Justine(171)**

Année	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Interventions	844	1104	1170	1380	1600		1800	1940	2037
Année	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	
Interventions	2268	2804	3047	2955	2993	1972	2256	2252	
Orthopédie						117	90	111	
Année	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	
Interventions	2134	2416	2288	2309	3645	2657	2639	2265	
Orthopédie			445	462	526	418	416	483	

D'autre part, vers le milieu des années trente, les interventions chirurgicales étaient plus sécuritaires grâce à l'emploi systématique du tube de Levine et à l'administration de sérums par voie veineuse. De plus, avec la découverte de Landsteiner des groupes sanguins ABO au début du siècle, les transfusions devenaient possibles entre donneurs et receveurs compatibles (épreuve d'Epstein-Ottenberg) et leur pratique débutait durant la première guerre mondiale. En 1938, les patients de l'Hôpital Sainte-Justine bénéficiaient d'un service de transfusion. Ces nouvelles techniques favorisaient le développement de la chirurgie.

Si les appendicites étaient plus fréquentes, les résultats opératoires étaient améliorés surtout vers la fin de la décennie trente, avec l'introduction des sulfamides qui contribuaient d'une façon marquée à l'amélioration des résultats et à une baisse de la mortalité. Vers le

171 Rapports annuels d l'Hôpital Sainte-Justine. Les chiffres des interventions comprennent ceux de l'orthopédie jusqu'en 1936.

milieu des années quarante, (172) la pénicilline s'ajoutait à l'arsenal thérapeutique et laissait espérer d'heureux pronostics même devant l'augmentation des lésions accidentelles pour lesquelles la médecine devenait de plus en plus efficace. Sans supprimer l'acte opératoire, l'issue devenait très favorable.

Si Dubé voyait une modification dans la nature des lésions, il constatait aussi une modification dans le choix des traitements. Il affirmait (173) qu'après "une phase d'engouement pour les interventions sanglantes il y a depuis deux ou trois ans un juste retour aux méthodes anciennes". Au cours de la croissance, il y avait dans bien des cas, avantage à s'abstenir d'interventions chirurgicales; les manoeuvres orthopédiques, l'immobilisation plâtrée, souvent suffisaient. Dubé parlait alors "d'abstention raisonnée" dans le traitement de quelques lésions osseuses. Ce constat sur la multiplication des interventions, au moment de la mise au point de nouvelles techniques, demeure, toujours d'actualité.

Au début, des lésions secondaires au rachitisme (174) ou attribuables à la tuberculose osseuse se rencontraient souvent et le recours à la radiographie permettait d'établir l'état des lésions. Cependant, les séquelles du rachitisme qui nécessitaient de longs traitements orthopédiques et chirurgicaux sans résultats absolus, étaient en régression constante grâce aux régimes améliorés des bébés, à l'emploi plus généralisé de l'huile de foie de morue et à l'introduction des jus de fruits dans la diète des jeunes enfants. Il en allait de même des lésions osseuses attribuées à la tuberculose.

172 Ernest Cabana, "Considérations sur quelques cas traités avec la pénicilline", *AMCHSJ* 4, 4, mai 1945, pp. 45-57

173 E. Dubé, "Considérations sur les interventions sanglantes dans le traitement des lésions osseuses chez les enfants", *AMCHSJ* 2, 4, 1937, pp. 8-12

174 E. Vigeant, "Déformations rachitiques", *AMCHSJ* 1, 3, 1932, pp. 96-109

D'autre part, il faut reconnaître l'importance de l'orthopédie dans les hôpitaux pédiatriques; cette discipline corrige les malformations congénitales, les scoliozes acquises et les difformités. Mais bientôt, elle se redéfinissait comme l'étude des troubles fonctionnels durables du système locomoteur, de leur traitement préventif et curatif, elle comprenait aussi les malformations, une partie importante de la chirurgie, certaines lésions du système nerveux; l'anatomie, la physiologie et la mécanique des muscles et des articulations relevaient de son domaine.

Dans le traitement des scoliozes, le corset et la gymnastique étaient pendant longtemps les seuls agents de redressement et de contention du rachis jusqu'au moment où les chirurgiens orthopédistes du *New York Orthopaedic Hospital* présentèrent au congrès d'Atlantic City, une nouvelle méthode de traitement (175). L'expérience reprise à l'Hôpital Sainte-Justine consistait à pratiquer une greffe vertébrale et à utiliser un corset à charnière. La greffe osseuse et les banques d'os, révolutionnaient la chirurgie orthopédique alors que la chirurgie articulaire marquait des progrès et que les matériaux de prothèse se perfectionnaient. Mais bientôt, le traitement chirurgical était souvent jugé excessif et le traitement médical lui était privilégié; ce constat appelait une révision des tendances de cette spécialité à la fin des années cinquante (176). Nous observons une augmentation significative des interventions après l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation.

175 J.C. Favreau, G. Tremblay, "Simples considérations sur le traitement des scoliozes de croissance", *AMCHSJ* 4, 4, mai 1945, pp. 64-74

176 J.C. Favreau, "L'orthopédie et la traumatologie", *UMC* 86, novembre 1957, pp. 1260-1266

Tableau 2-16

**Interventions dans le service interne d'orthopédie
Hôpital Sainte-Justine 1947-1961, d'après les rapports annuels**

Année	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954
Interventions	456	476	519	419	477	364	398	458
Année	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	
Interventions	423	464	499	583	627	699	1007	

L'ophtalmologie

La découverte de l'ophtalmoscope par Hermann Von Helmholtz en 1851 appliqué à l'usage clinique quelque vingt ans plus tard, posait un jalon dans le développement de l'ophtalmologie par l'application de la physique à la physiologie. Vers la même époque, le laryngoscope mis au point par Manuel Garcia et adapté à l'usage clinique par Johann Czermak vers 1858, ouvrait de nouvelles possibilités d'investigations cliniques. Ces instruments étaient peu connus au Québec avant 1875 (177). A ces instruments s'ajoutait l'utilisation de la cocaïne comme premier anesthésique local utilisé en chirurgie oculaire par instillation, dès 1884. A leur début, l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie relevaient d'une même chaire d'enseignement; elles devenaient des chaires distinctes à la faculté de médecine de Montréal en 1930. (178)

L'Hôpital Sainte-Justine confiait la clinique ophtalmique qui ouvrait ses portes en 1919, au docteur Pierre Bohémier, attaché à l'Institut

177 J. Bernier, *op. cit.*, p. 136. Notons qu'une clinique d'ORL était ouverte dans un quartier populaire de Montréal en janvier 1894; H.M. Duhamel en était le directeur et F.X. Lemoine de Martigny, le chef de clinique. On y recevait les enfants. *La Clinique* 1, 7-8, janvier-février 1895, p. 50

178 Pour le développement de ces services à l'Hôpital Notre-Dame, voir: D. Goulet et al., *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame*, p. 107

Bruchési. Par la suite, en 1927, J.A. Mignault prenait charge du dispensaire ophtalmique et en 1933, l'hôpital se dotait d'un service d'optométrie au moment où au service de santé de la ville de Montréal, on entreprenait le dépistage des malvoyants chez les écoliers (179). Peu après, Mignault (180) qui utilisait la skiascopie pour déceler l'hypermétropie, constatait un accroissement de fréquence de cette affection. Il l'attribuait à la crise économique qui plaçait les classes pauvres dans des conditions de malnutrition qui affectaient la santé des enfants. Ce phénomène était également constaté par les services de santé municipaux (181). Pour obvier tôt aux défauts de vision, il approuvait l'attitude des médecins anglo-saxons montréalais qui faisaient porter des verres correcteurs aux enfants dès l'âge de trois ans. Mais, il fallait adopter une méthode d'examen propre à cette jeune clientèle.

Tableau 2-17

**Interventions en ophtalmologie service interne
Hôpital Sainte-Justine, d'après les rapports annuels.**

Année	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940
Interventions	157	68	95	43	72	80	123

Année	1941	1942	1943	1944	1945	1946
Interventions	98	62	135	77	139	127

Avec l'introduction d'un rotoscope en 1942, on cherchait à corriger le strabisme qui apparaît dans la petite enfance, par la gymnastique. Les exercices visuels, sans faire disparaître la déviation, donnaient à l'enfant un moyen de contrôler ses yeux, mais ne pouvaient se faire avant l'âge

179 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 209

180 J.A. Mignault, "De l'importance d'une correction visuelle précoce chez les enfants", *AMCHSJ*, 2, 2, 1935, pp. 95-127. E. Desjardins, "L'évolution de l'ophtalmologie au Québec", *UMC* 105, mai 1976, p. 803

181 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 210

de cinq à six ans. Par contre, les techniques chirurgicales et les possibilités d'anesthésie générale facilitaient le traitement précoce, mais la chirurgie du strabisme présentait l'inconvénient de causer fréquemment des nausées et des vomissements, phénomènes dont on cherchait à diminuer l'incidence. Les interventions chirurgicales en ophtalmologie demeuraient cependant peu fréquentes dans le service interne.

La cataracte pouvait être héréditaire, congénitale ou acquise. En 1941, l'ophtalmologiste australien Gregg faisait pour la première fois le rapport entre une épidémie de rubéole chez les femmes enceintes et l'incidence des cataractes congénitales chez leurs nouveau-nés. Mais il fallait attendre 1962 pour que soit isolé le virus de la rubéole et 1969, pour qu'un vaccin soit disponible. Entre-temps, ce problème oculaire infantile connaissait une solution chirurgicale et Lapointe (182) recommandait l'intervention précoce bien que des complications postopératoires telles l'infection et le glaucome demeuraient toujours possibles.

Lapointe s'intéressait à la greffe cornéenne que pratiquait depuis six années, Castroviejo à l'Institut ophtalmique de New York. Suivant la méthode de ce dernier, depuis 1939, Lapointe étudiait la question du point de vue expérimental et après quelques succès, il s'engageait dans la voie clinique. Il présentait ses observations à l'Association canadienne-française des ophtalmo-oto-rhino-laryngologistes de la Province de Québec, en avril 1944. Quatre ans plus tard, à l'aide d'une bourse de l'Hôpital Sainte-Justine, Lapointe se rendait en France afin de soumettre sa technique au docteur Gabriel Pierre Sourdille de Nantes. Il assistait alors au congrès des chirurgiens ayant acquis une certaine expérience de la kératoplastie. L'année suivante, sous les auspices de la Fondation L. de G. Beaubien, les ophtalmologistes Sourdille et Louis Paufigue de Lyon venaient donner des cours à l'Université de Montréal et des

182 J. Audet Lapointe, "Cataracte congénitale opération guérison", *AMCHSJ* 3, 1, 1938, pp. 43-56; "Transplantation cornéenne Observation personnelle" *UMC* 74, décembre 1945, p. 1703; *UMC* 77, juin 1948, p. 746 Jean Audet-Lapointe (1901-1972) Diplômé de l'Université de Montréal en 1925, il obtenait en 1952 son certificat de spécialiste en ophtalmo-ORL.

démonstrations cliniques et opératoires sur la greffe de la cornée à l'Hôpital Sainte-Justine. L'administration de l'Hôpital s'empressait de procurer au docteur Lapointe, les locaux et l'instrumentation nécessaires à cette pratique; il devenait chef du service d'ophtalmologie en 1955.

Conclusion

La maladie était placée au centre du système médical et soumise à la vérification opérationnelle par le recours aux mesures, à l'étude et l'expérimentation cliniques, ainsi qu'à l'évaluation conformément aux normes techniques, comme Illich (183). L'accumulation des connaissances rendue possible par le regroupement de malades atteints d'une même maladie, favorisait la mise au point de traitements dont les résultats étaient compilés, vérifiés et validés par un échantillonnage suffisamment important pour assurer une certaine constance. Soutenues par le développement des services diagnostiques qui ne pouvait se faire qu'en milieu hospitalier, la pédiatrie et la chirurgie infantile parvenaient à constituer un savoir scientifique reconnu. Appuyés par une technologie plus efficace et le raffinement des méthodes d'analyses biologiques, les diagnostics gagnaient en précocité et en précision. Les procédures thérapeutiques se détachaient de l'empirisme, devenaient plus complexes, se raffinaient, se systématisaient et prenaient en compte tout l'organisme; elles s'éloignaient du localisme au fur et à mesure qu'on intégrait la physiologie. A la fin de cette période, on connaissait mieux les structures fondamentales et les fonctions de l'organisme en croissance de l'enfant. La science médicale reconnaissait une médecine des enfants ayant une biologie, une physiologie, une pathologie et une thérapeutique particulières. La pédiatrie devait cependant déconstruire certaines erreurs où elle s'était enfermée pour s'engager dans un processus de dépassement d'ignorances qui débouchait parfois sur de nouvelles certitudes bientôt obsolètes. L'esprit critique nécessaire à ce cheminement faisait quelquefois défaut à certains participants. Enfin,

183 Ivan Illich, *Némésis médicale L'expropriation de la santé*, p. 158

l'évolution de la pédiatrie ne peut être comprise comme un progrès continu; des courants d'opinions contraires ponctuaient son développement et révisaient des positions tenues pour acquises.

La pédiatrie et la chirurgie infantile naissaient au croisement de diverses disciplines et devaient faire le lien avec les différentes spécialités. Encore aujourd'hui, elles se situent au carrefour de différents "savoirs-ressources". Mais le développement des disciplines pédiatriques tenait aux stratégies de développement de la profession médicale, à ses méthodes d'appréhension de la connaissance et d'enseignement qui reposent sur un regroupement d'individus caractérisés et à son mode d'intervention sur des populations cibles. Au cours de la période étudiée, les médecins spécialistes travaillaient le plus souvent de façon isolée, et avaient de rares échanges scientifiques avec les autres membres de leur discipline au sein des sociétés naissantes. Peu nombreux, ils étaient tenus à l'écart de la concurrence jusqu'à l'instauration d'une formation spécialisée. Par ailleurs, l'évolution de la profession qui intégrait des intervenants paramédicaux, éveillait aussi des craintes que le président du Bureau médical de l'Hôpital Sainte-Justine exprimait ainsi en 1947:

"Le médecin a des raisons sérieuses de voir apparaître avec suspicion tous les intermédiaires qui tendent de s'interposer entre lui et son patient" (184). De plus, il faut convenir que si on développait graduellement une expertise et des techniques adaptées aux enfants, la recherche tenait peu de place faute de moyens financiers et peut-être aussi, par la difficulté des quelques personnes intéressées à élaborer des projets précis suivant une méthodologie clairement énoncée. Les premières recherches avaient peu d'envergure et ne cherchaient pas à élucider des phénomènes biologiques complexes mais plutôt à répondre à des problèmes fréquemment rencontrés et dont les traitements connus n'étaient pas toujours efficaces. Le plus souvent, elles tenaient au perfectionnement de la méthode ou à l'établissement de normes en pédiatrie.

2.4 La transmission des savoirs pédiatriques 1920-1980

2.4.1 Les études pédiatriques

L'évolution de l'enseignement de la pédiatrie constituant un facteur de professionnalisation, nous avons abordé en première partie, les étapes préliminaires à l'individualisation de la pédiatrie et à sa reconnaissance au sein de la formation générale du praticien, dans la loi médicale de 1909. Nous retraçons dans ce chapitre l'évolution de l'enseignement général de la pédiatrie, le développement de la spécialité pédiatrique basée sur l'acquisition de connaissances spécialisées dans le cadre hospitalier et universitaire et l'organisation de l'enseignement continu auprès des spécialistes et des omnipraticiens tant par les groupes professionnels que par l'université. Nous élargissons ici le cadre chronologique pour en faciliter la compréhension.

La pratique des soins et la formation professionnelle s'étaient transposées à l'hôpital où se retrouvait l'arsenal technologique nécessaire à une médecine de plus en plus scientifique. La faculté de médecine de l'Université de Montréal signait un premier contrat d'affiliation avec l'Hôpital Sainte-Justine en 1914 pour assurer la formation en pédiatrie des étudiants qui se destinaient à la pratique générale de la médecine. Les crèches d'Youville et de la Miséricorde recevaient également les étudiants de même que l'Hôpital Saint-Paul, comme mentionné précédemment. Des ententes qui en définissaient les modalités, étaient renouvelées à différents intervalles et les nominations aux postes d'enseignement étaient faites par l'Université.

À la fin des années vingt, l'enseignement de la pédiatrie, tant à la faculté qu'à l'Hôpital Sainte-Justine, subissait des transformations. L'internat obligatoire qui débutait en juin 1927, comprenait trois stages distribués entre la médecine, la chirurgie et l'obstétrique et un quatrième

était fractionné entre un certain nombre de spécialités dont la pédiatrie. Dans les années trente, les études médicales comprenaient 60 heures d'enseignement de la pédiatrie (1). Les programmes davantage orientés sur la médecine clinique et le laboratoire, bénéficiaient de l'organisation scientifique des hôpitaux. L'Hôpital Sainte-Justine qui accueillait les étudiants, recevait des droits d'inscription de 2\$ par étudiant pour ses cliniques et durant les années vingt, il recevait annuellement un peu plus d'une centaine d'étudiants (2). Ainsi, l'hôpital devenait tributaire de l'université tout comme cette dernière l'était de l'hôpital.

Pour répondre à ses besoins, la faculté recrutait des médecins pédagogues dont le plan de carrière académique devait franchir les étapes suivantes: après un internat senior, le candidat-professeur était d'abord désigné par l'hôpital comme professeur bénévole, travail qu'il assumait pendant quatre ans avant de postuler le titre d'assistant à l'hôpital. Après deux années dans ce rôle, il pouvait poser sa candidature à titre d'assistant professeur, fonction qu'il conservait dix ans avant d'aspirer au titre d'agrégé puis à celui de titulaire, trois ans plus tard (3). Des modalités de succession s'instituaient et une hiérarchisation s'établissait également à l'hôpital. Ces médecins constituaient une élite clinique qui devait fournir un enseignement de pointe aux jeunes internes. L'accession à l'agrégation exigeait désormais la présentation et la soutenance d'une thèse. En 1929, Gaston Lapierre, Edmond Dubé et J.H. Rivard étaient agrégés, et Paul Letondal, l'était deux ans plus tard.

Nous avons vu dans le contexte des revendications monétaires des médecins au milieu des années trente que ces derniers mettaient parfois en cause la formation des pédiatres. Par ailleurs, le comité d'éducation formé en 1931 par la *Canadian Society for the Study of the Diseases of Children* recommandait entre autres, la création d'un département de pédiatrie autonome au sein des facultés de médecine

1 D. Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine*, p. 195

2 AHSJ, dossier 15-3 Clinique des étudiants 1910-1942

3 D. Goulet, *op. cit.*, p. 282

canadiennes, pour mieux en assurer l'enseignement. En 1937, la recommandation se concrétisait à l'Université McGill et à l'Université de Montréal où Gaston Lapierre devenait directeur du département de pédiatrie. Le développement de la discipline était donc redevable au dynamisme de l'association des pédiatres canadiens et aux pressions exercées par les médecins.

Au lendemain du second conflit mondial, une réforme de l'enseignement s'annonçait et le 6 novembre 1945, l'Hôpital Sainte-Justine signait un second contrat d'affiliation avec la faculté de médecine qui établissait des règlements concernant les nominations des assistants médecins, chirurgiens et spécialistes dans ses hôpitaux affiliés, règlements devant entrer en vigueur en septembre 1946. (4) L'assistant à titre hospitalier devait avoir fait un stage de bénévolat d'au moins 4 ans et l'assistant à titre enseignement devait avoir fait un stage comme assistant à titre hospitalier d'au moins 2 ans et satisfait aux exigences. Les postes de tuteurs en clinique relevaient de la faculté et constituaient des fonctions et non des nominations; quant aux nominations au bénévolat, elles relevaient de l'hôpital et devaient répondre à certaines exigences.

Le mémoire des pédiatres soumis au Comité fédéral de l'assurance-maladie en 1946, établissait l'insuffisance de l'enseignement de la pédiatrie au Canada. Le doyen E. Dubé, chirurgien de l'Hôpital Sainte-Justine, réorganisait au même moment certains secteurs de l'enseignement, notamment la pédiatrie dont le nombre de leçons passait de 10 à 30 et l'orthopédie qui voyait majorer ses leçons de 10 à 20 (5).

L'adoption d'une nouvelle charte à l'Université de Montréal en mars 1950 était l'aboutissement d'une restructuration de l'enseignement universitaire qui donnait des pouvoirs accrus au directeur des études de

4 UMC 74, juin 1945, p. 824. AUM, D35/799 (12,58.16), Hôpital de la Miséricorde 1892-1944. Contrat renouvelé le 7 janvier 1944.
5 D. Goulet *op. cit.*, p. 337, note 76

chaque faculté (6). La faculté de médecine se donnait un nouveau doyen et directeur des études. Succédant à E. Dubé, Wilbrod Bonin renforçait le contrôle du programme des études. Cependant, Goulet d'affirmer que la faculté de médecine conservait une orientation pédagogique traditionnelle qui ne s'adaptait guère à l'évolution du savoir médical d'après-guerre et son enseignement clinique sclérosé était l'objet de plaintes des étudiants stagiaires de l'Hôpital Sainte-Justine. Le nouveau modèle d'enseignement médical établi au début des années 1950 ne devait s'imposer qu'à la fin des années 1960, d'affirmer le docteur Desrosiers (7). Durant cette période de modernisation, une restructuration de l'enseignement clinique s'effectuait en multipliant les groupes d'étudiants encadrés de "moniteurs cliniques" qui avaient pour mandat d'organiser et de surveiller l'apprentissage des étudiants, d'élaborer les cours cliniques et d'assister ou de remplacer les professeurs chargés de l'enseignement. Outre que le directeur du département de pédiatrie siégeait au conseil de la faculté, des changements intervenaient dans l'enseignement officiel de la pédiatrie. De plus, avec la réforme de l'enseignement, les principaux acteurs se succédaient plus rapidement, ce qui était de nature à enrayer le conservatisme.

Alors que les maladies contagieuses étaient en régression et assez bien contrôlées et par conséquent qu'elles perdaient leur importance antérieure comme cause de mortalité et de morbidité, c'est à un spécialiste de ces maladies que la faculté de médecine confiait la chaire de pédiatrie en 1951. Les qualités de pédagogue et de clinicien d'Henri Charbonneau directeur de l'Hôpital Pasteur, justifiaient le choix de la faculté. D'ailleurs, c'était à la suite d'une requête adressée par les étudiants au recteur Monseigneur Maurault que des leçons cliniques sur les maladies contagieuses étaient organisées à l'Hôpital Pasteur au cours

6 D. Goulet, *op. cit.*, p. 286

7 Georges Desrosiers et al., *Introduction à la médecine sociale et préventive*. Faculté de médecine Université de Montréal, 1977-1978, p. 13

des années 1940 (8). Charbonneau avait pour agrégés à l'Hôpital Sainte-Justine, Henri Baril et Raymond Labrecque, assistés de Paul Larivière, Antonio Léveillé, Willie Major, Albert Royer, Hermyle Trudel et Alcide Martel; à l'Hôpital Notre-Dame, Albert Guilbeault était assisté de Norbert Vézina et René Benoit (9) prenait charge de la crèche de la Miséricorde. (10) Les cliniques chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine relevaient désormais du nouveau département de chirurgie (11). Suite à cette réorganisation, Charbonneau constatait que l'assiduité des étudiants aux cliniques de pédiatrie était portée à 98%, alors que celle des moniteurs l'était à 100% et celle des professeurs s'était améliorée. L'internat junior en pédiatrie était alors de deux mois.

En 1952, la seconde conférence canadienne sur l'enseignement de la pédiatrie réunissait à l'Université McGill, sous les auspices de la Société canadienne de pédiatrie et de l'Académie américaine de pédiatrie, les chefs de départements responsables de l'enseignement de la pédiatrie des écoles canadiennes de médecine (12). Sous la présidence du docteur Alton Goldbloom, les pédiatres prenaient connaissance d'une enquête élaborée, tenue dans toutes les facultés de médecine canadiennes et américaines en 1948, sur les différentes méthodes et les facilités d'enseignement théorique, clinique et pratique en pédiatrie. En 1955, l'enseignement clinique en pédiatrie et en obstétrique était réorganisé.

8 D. Goulet, *op. cit.*, p. 196

9 René Benoit était assistant bénévole en 1939 à l'Hôpital Sainte-Justine en neuropsychiatrie et en pédiatrie; il devenait assistant en 1941.

10 Daniel Longpré dirigeait le service de pédiatrie de l'Hôpital Saint-Luc, Gérard Joncas, celui de l'Hôpital Sainte-Jeanne- D'Arc et Jean-Pierre Bombardier, celui de l'Hôpital Général de Verdun. Jean-Pierre Bombardier (1911-1997) était diplômé de l'Université de Montréal en 1937. Il pratiquait la médecine générale jusqu'en 1943 avant d'effectuer des stages de formation en pédiatrie à New York, Paris et Stockholm. De retour au Canada, il fonda le département de pédiatrie à l'Hôpital général de Verdun.

11 D. Goulet, *op. cit.*, p. 290 et suivantes

12 "Conférence sur l'enseignement de la pédiatrie", UMC 81, mars 1952, p 356

Ce n'était pas le propre de la pédiatrie de connaître des difficultés au niveau de son enseignement puisqu'en 1957, l'orthopédiste Favreau (13) de l'Hôpital Sainte-Justine reconnaissait que l'enseignement de l'orthopédie était "mal fait et insuffisant". Alors que l'étudiant américain en médecine consacrait en moyenne 126 heures à l'orthopédie, l'étudiant de l'Université de Montréal y consacrait 32 heures.

Les premiers pas vers l'instauration d'un professorat rémunéré était fait avec la création de postes de chargé d'enseignement dit moniteur. Mais il fallait attendre la décennie soixante pour constater des correctifs majeurs alors que l'assurance-hospitalisation faisait disparaître les "patients publics" qui servaient à l'enseignement. Et devant la nécessité de coordonner l'enseignement de la médecine et la recherche, le 15 mars 1961, l'Hôpital Sainte-Justine signait un nouveau contrat d'affiliation avec la faculté de médecine. Albert Royer (14), était alors nommé chef de l'enseignement de la pédiatrie et les moniteurs désignés étaient G. Jéliu, R. Poirier, L. Chicoine.

Au début de 1964, Albert Royer était cette fois nommé titulaire de la chaire de pédiatrie. Un rapprochement s'établissait entre la faculté de médecine, les départements pédiatriques des hôpitaux généraux et l'Hôpital Sainte-Justine qui se concrétisait par la nomination de "professeurs à plein temps géographique" (PTG) et par l'apparition de professeurs surspécialistes (15). La création du système PTG répondait à

13 J.C. Favreau, "L'orthopédie et la traumatologie", *UMC* 86, novembre 1957, pp. 1260-1266

14 Albert Royer (1918-) s'inscrivait au "plan de quatre ans" le 1er décembre 1943. Ses études pédiatriques complétées à Boston, il débutait sa carrière d'enseignant comme démonstrateur en 1947 et assistant libre en 1948 avant d'obtenir le statut d'assistant régulier en 1950 et celui d'agrégé en 1954, année où il succédait comme chef de service à Henri Baril à l'Hôpital Sainte-Justine. Il devenait directeur du département de recherche clinique en 1954 et prenait la direction de la section d'hématologie l'année suivante. Il était "fellow" du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada et reconnu comme hématologue en 1960. Membre actif de la Société canadienne de pédiatrie depuis 1950, il en devenait le président en 1968-69. Il a publié plus de 200 articles scientifiques: voir *Paediatrics in Canada*, p. 40. Il était récipiendaire du "Mérite d'or" de l'Université de Montréal et de la médaille Reine Elizabeth II.

15 C. Laberge Nadeau, "Essor de la pédiatrie canadienne-française à Montréal depuis 1950", *UMC* 96, novembre 1967, pp. 1333-1336.

une demande de la part des organismes d'agrément qui recommandaient à la faculté la mise sur pied d'un corps professoral de médecins professeurs et chercheurs désirant faire une carrière académique. Ces professeurs travaillaient exclusivement à l'hôpital et pouvaient offrir une disponibilité accrue aux étudiants. Cette réforme de l'enseignement accompagnée d'une nouvelle structure pédagogique fait dire à Goulet que pour la première fois depuis la fondation de la faculté, une structure homogène et coordonnée du programme était définie, afin de permettre une meilleure collaboration entre les départements (16). L'organisation de l'unité d'enseignement favorisait l'approche multidisciplinaire qui correspondait d'ailleurs à une nouvelle manière de concevoir la médecine, à une rénovation des concepts médicaux qui consistaient à concevoir l'individu dans sa totalité avec son bagage génétique, son psychisme, son état général de santé. De plus la faculté découvrait la nécessité de rompre avec la pratique traditionnelle de promotion interne sur la base de l'ancienneté, pour le recrutement des professeurs.

Avec la nouvelle formule, la faculté de médecine nommait neuf médecins de l'Hôpital Sainte-Justine, "professeurs à plein temps géographique" et les rémunérait pour leur enseignement. Le statut PTG était créé pour promouvoir une carrière devenue moins attrayante depuis que la rémunération des médecins des hôpitaux était fondée sur l'acte. Cette formule permettait d'adapter l'activité professionnelle de façon à assurer des fonctions académiques et de recherche. Durant la première décennie qui suivait l'entrée en vigueur de ce système, les professeurs PTG étaient surtout à des chercheurs cliniciens et à des chercheurs fondamentaux. En juillet 1966, le gouvernement fédéral votait le *Health Resources Fund Act* auquel il attachait un budget de 500 millions de dollars pour améliorer l'enseignement clinique (17).

16 D. Goulet, *op. cit.*, p. 306 et suivantes

17 G.H. Agnew, *Canadian Hospitals 1920-1970*, p. 99

Depuis 1965 à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, le doctorat était remis après 4 années d'étude mais avant l'internat; il ne coïncidait donc plus avec l'obtention du permis d'exercice. Le cours prévoyait 2 mois de pédiatrie durant la troisième année et deux mois au cours de la quatrième année dite "externat". L'internat traditionnel comptait 5 stages cliniques dont 2 mois de pédiatrie. A partir de 1968, cette année d'internat pouvait être passée dans une seule discipline ou être faite de 2 stages de 6 mois. (18)

Albert Royer démissionnait en décembre 1968 pour aller organiser l'enseignement de la pédiatrie à la faculté de médecine de Tunis; le pédiatre endocrinologue Jacques Raymond Ducharme, lui succédait à la direction du département de pédiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine et à la direction du département de pédiatrie de l'Université de Montréal en mars 1969. Cette fois, la faculté de médecine confiait le département de pédiatrie à un chercheur qui d'ailleurs prenait en 1975, la direction du Centre de recherches de l'Hôpital Sainte-Justine, alors qu'un contrat d'affiliation était renouvelé. Le pédiatre Luc Chicoine lui succédait comme chef du département hospitalier et directeur du département universitaire de pédiatrie; il avait alors pour adjoint, Guy Rivard et la responsabilité de l'enseignement pré-gradué incombait à Roger Poirier. Cette même année, on dénombrait 120 pré-externes, 200 externes, 43 internes et 60 résidents, soit plus de 400 individus en formation à tous les niveaux.

En 1970, les pédiatres convenaient de former une association des directeurs de département de pédiatrie des universités canadiennes et ils tenaient leur première réunion à l'occasion de la réunion annuelle de la Société canadienne de Pédiatrie à Winnipeg. Ce besoin de resserrer les rangs venait de l'évolution de l'enseignement et de la profession en générale. La réorganisation des services de santé des années 1970, accordait une place importante à la médecine préventive et en accord

18 *Cahiers médicaux lyonnais* 45, 23, 10 octobre 1969: ce numéro était consacré à la médecine au Canada français

avec cette orientation, la faculté de médecine créait en 1976, un programme de médecine familiale sous la responsabilité du département de médecine sociale et préventive. Cette décision touchait de près la pédiatrie. L'année suivante, le directeur du département de pédiatrie Luc Chicoine (19) témoignait de l'orientation qu'il voulait donner au département de pédiatrie pour améliorer les soins, l'enseignement et favoriser la recherche clinique. Il écrivait alors: "...il faut éviter que la pédiatrie évolue comme la médecine interne, c'est-à-dire vers la surspécialisation et la disparition de la pédiatrie générale. Ceci est important pour la pratique pédiatrique et encore plus essentiel pour l'enseignement, surtout au pré-gradué". La nouvelle orientation qu'il voulait imprimer au département, découlait de sa "déception face à l'implication des surspécialistes dans les soins généraux, l'enseignement et la gestion académique". Pour éviter le "drainage vers les cliniques surspécialisées" et parer au manque de polyvalence des surspécialistes, il favorisait l'intégration des pédiatres généraux à plusieurs cliniques surspécialisées. En médecine familiale où l'enseignement de la pédiatrie était fondu avec l'internat multidisciplinaire ou rotatoire, il souhaitait une plus grande collaboration de la pédiatrie durant la deuxième année de ce programme.

Au début des années 1970, la pédiatrie éprouvait des difficultés à faire du recrutement particulièrement à l'Hôpital Notre-Dame où le département de pédiatrie ne répondait pas aux normes et exigences de la faculté (20). Pierre Langevin était nommé chef du service, poste qu'il quittait avant la fin de son mandat alors que Marc A. Gervais prenait la relève en juillet 1976. A l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, en février 1971, Michèle Gagnan Brunette était nommé chef du département de pédiatrie à la suite de la démission de Claude Léonard. Les difficultés

19 AUM, E38, 1820, 57/3/5/2, Département de pédiatrie 1977, octobre 1977, décembre 1977. Le 30 juin 1971, Luc Chicoine était désigné pour remplacer Ducharme pendant une année sabbatique.

20 AUM, E38, 2962, 27/9/6/3, 3 novembre 1972. Le département de pédiatrie de l'Hôpital Notre-Dame existait depuis 1930

éprouvées par le département de pédiatrie reflétaient l'importance accordée à cette discipline. D'ailleurs cette situation se traduisait aussi dans la décision d'abolir les examens en pédiatrie malgré l'opposition du chef du département. Le docteur Luc Chicoine qui faisait le point sur l'état de l'enseignement de la pédiatrie, écrivait: "Il est irréaliste de penser que l'évaluation clinique peut être assez précise pour se substituer à un examen objectif" et il souhaitait une révision de la décision (21). De plus il constatait qu'il y avait régression dans les facilités matérielles d'enseignement. Quelques années plus tard, il constatait que l'entraînement en pédiatrie des praticiens généraux était le plus court en Amérique du Nord.

L'enseignement de la pédiatrie à la faculté de médecine de l'Université de Montréal amorçait un déclin après 1970. La durée des stages allait en diminuant: elle était de 24 semaines en 1970; de 21 semaines en 1973; de 13 à 21 semaines en 1974-75, l'internat étant devenu facultatif, et de 10 à 22 semaines en 1980-81. Le docteur Chicoine s'interrogeait:

"Il faut se questionner sérieusement lorsqu'un curriculum accorde plus de temps à l'obstétrique-gynécologie qu'à la pédiatrie, obstétrique qui n'est pas pratiquée par la plupart, plus d'attention à la planification familiale qu'à la puériculture et plus d'exemples d'avortements provoqués que de ressuscitation de nouveau-nés" (22)

La pédiatrie éprouvait à cette époque de la difficulté à conserver son territoire qui éclatait au profit des surspécialités médicales; face à la profession, elle devait négocier ses frontières. Les maladies contagieuses en régression avaient entraîné la réaffectation de l'Hôpital Pasteur et des

21 AUM, E38, 1820, 57/3/5/2 Département de pédiatrie 1977

22 Luc Chicoine, "L'enseignement de la pédiatrie et les soins aux enfants", UMC 111, septembre 1982, p. 819. L. Chicoine dirigeait l'enseignement pré-doctoral et l'enseignement continu.

pans complets d'activités lui échappaient depuis que différents secteurs tels le service social et la diététique, avaient conquis leur autonomie.

Mais c'était l'enseignement générale de la médecine qui faisait problème comme le soulignait le docteur Royer qui affirmait que la faculté formait un individu incapable de fonctionner seul comme médecin généraliste, surtout dans les endroits isolés. Il précisait:

"Même avec l'internat notre récent gradué à une formation tout à fait inadéquate pour s'occuper des cas courants de médecine, de pédiatrie, d'obstétrique et de chirurgie d'urgence. Pour la plupart, la psychiatrie est un domaine inconnu et craint. La médecine sociale et l'hygiène publique sont de pures abstractions dont ils ont aucune notion. Il est triste de constater que ceci est tellement évident que les finissants eux-mêmes s'en rendent compte et beaucoup d'entre eux, qui en externat ou pré-externat, envisageaient une carrière d'omnipraticien, changent d'orientation et se spécialisent par crainte de faire face à des problèmes qui les dépassent" (23).

Une décision heureuse pour les patients mais peu flatteuse pour les facultés, commentait-il. Il ajoutait que dans les hôpitaux universitaires on ne voyait qu'exceptionnellement des cas de pratique générale car ceux-ci "ne sont pas dignes d'entrer dans ces augustes institutions".

De plus, ce rapport indiquait que le Québec se situait en 1970, au troisième rang des provinces canadiennes pour son rapport population/médecins (24) et que son taux de mortalité infantile le plaçait au sixième rang. Royer concluait que le Québec ne faisait pas honneur à son 3e rang du rapport médecin/habitants et s'interrogeait: "Faudrait-il conclure que la qualité des actes médicaux est inférieure à la moyenne

23 A. Royer, *Opération sciences de la santé, Dossier no 5, Document de travail Sous secteur de la médecine*, décembre 1974, p. 16.
24 *ibid.*, tableau 2, p. 5

canadienne ou que notre population est plus tarée ou qu'elle néglige sa santé? Il retenait la troisième option mais concluait quand même qu'il fallait repenser complètement les modes de formation médicale et qu'il fallait ajouter au programme l'enseignement de la nutrition, de l'hygiène publique, de la santé communautaire et redonner aux étudiants en médecine plus de compréhension des problèmes humains et de pratique dans la communication avec les patients.

2.4.2 La spécialisation des pédiatres

On peut distinguer quatre étapes dans la formation des spécialistes en pédiatrie. Dans un premier temps, quelques médecins développaient à l'intérieur de leur pratique générale, la pédiatrie comme secteur de la médecine, alors que la demande pour le traitement des maladies infantiles était relativement faible. Cette formation reposait sur l'expérience et les habiletés acquises en servant le plus souvent dans une crèche, dans un dispensaire ou dans un hôpital pédiatrique. Dans un second temps, les pédiatres allaient chercher à l'étranger une formation spécialisée dont ils choisissaient eux-mêmes le contenu et la durée, au moment où des organismes subventionnés, voués à la lutte contre la mortalité infantile se multipliaient, tout en élargissant la clientèle. La reconnaissance sociale de la pédiatrie était acquise. Dans un troisième temps, un programme spécialisé formellement défini était mis en place à l'hôpital au moment où la clientèle s'était considérablement agrandie; cette étape signalait la reconnaissance professionnelle de la pédiatrie. Enfin, la faculté de médecine prenait sous sa responsabilité, la formation spécialisée.

2.4.2.1 Les associations de pédiatres

Les pédiatres avaient très tôt pressenti que leur reconnaissance sociale passait par le regroupement associatif qui sélectionnait leurs membres et défendait des normes tout en faisant la promotion du

développement scientifique. A partir des associations professionnelles, la spécialisation se formalisait par l'élaboration d'un programme scientifique sanctionné par un examen. Le titre de spécialiste découlait alors de l'obtention de la licence et par cette mesure du savoir, les associations contribuaient à renforcer l'autorité médicale et le monopole professionnel.

En pédiatrie, l'école allemande dominait la seconde moitié du XIXe siècle; elle était largement responsable de l'approche scientifique reposant sur le laboratoire. La spécialisation pédiatrique y apparaissait très tôt et il n'est pas étonnant d'y voir naître la première société de pédiatrie en 1883, issue d'une section de la *Society of German Natural Scientists and Physicians* (25). Si à l'origine, certaines associations médicales développaient timidement une section de pédiatrie comme c'était le cas pour l'*American Medical Association* (1880), (26) une société distincte, l'*American Pediatric Society* naissait en 1888, présidée par Abraham Jacobi (1830-1919), diplômé de l'École de médecine de Bonn et premier à donner un enseignement pédiatrique en 1860 au *New York Medical College*, où il établissait une clinique des maladies des enfants, deux ans plus tard (27). A l'origine, cette société recrutait 43 membres. Cette évolution marquait la reconnaissance de la spécialité qui se traduisait également par la création de la revue *Archives of Pediatrics* en 1884 par W.P. Watson. Il nous faut souligner la participation d'Alexander D. Blackader (28) de l'Université McGill, à la fondation de l'*American Pediatric Society* dont il devenait le président en 1892-1893. Cette société tenait son VIIIe congrès à Montréal du 25 au 27 mai 1896, témoignant de

25 Wolfgang Braum, "German pediatrics" B. Nicols et al, *History of Pediatrics 1850-1950*, pp. 23-30.

26 Richard A. Meckel, *Save the Babies*, p. 46. Sur le fonctionnement de l'AMC: E. Freidson, *op. cit.*, p. 37. *The American Journal of Diseases of Children* débutait en 1911.

27 G. Rosen, *The Specialization of Medicine*, New York 1972, p. 40; Abt-Garrison, *op. cit.*, p. 106. E. Acherknecht, *La médecine hospitalière à Paris 1794-1848*, p. 209 et J. Poirier, "La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme", *Communications* 54, 1992, pp. 209-227. En 1862, des cours dits "complémentaires" étaient institués dont celui des maladies des enfants à Paris.

28 A. Blackader (1847-1931) pédiatre, créait en 1880 au *University Dispensary*, une première clinique pour enfants, localisée rue Saint-Urbain: Goulet, Paradis, *Trois siècles d'histoire médicale*, p. 70, 353

l'intérêt pour la pédiatrie qu'on voulait susciter dans le milieu montréalais et dont l'effet se faisait sentir dans l'inauguration de conférences sur l'hygiène infantile, déjà signalées en première partie.

La société pédiatrique de Moscou voyait le jour en 1892, présidée par Karl Rauchfuss. Celle de Paris suivait en 1899 et l'année suivante naissait *The English Society for the Study of Disease in Children*,⁽²⁹⁾ qui en 1908, était incorporée à la *Royal Society of Medicine*. Cette dernière inspirait les Canadiens qui fondaient en 1922 *The Canadian Society for the Study of the Diseases of Children* sous la présidence du docteur Blackader. L'Association Internationale de pédiatrie, fondée par la Société de Pédiatrie de Paris, tenait son premier congrès à Paris en 1910. (30) En 1912, les cadres de l'Association française de pédiatrie s'élargissaient pour devenir l'Association des pédiatres de langue française. Elle attirait quelques pédiatres canadiens-français.

2.4.2.2 La certification des pédiatres

Aux États-Unis, la profession médicale voyait elle-même à la certification des spécialistes et formait des commissions pour réglementer chaque spécialité à partir de 1916. (31) L'*American Pediatric Society*, l'*American Academy of Pediatrics* et la *Pediatric Section of the American Medical Association* étaient regroupées pour former l'*American Board of Pediatrics* en 1933. Cet organisme devait décerner les certificats de compétence.

Au Canada, la spécialisation passait graduellement au rang des méthodes de pratique médicale mais le débat sur le projet d'assurance-hospitalisation mettait de l'avant la question de la spécialisation.

29 La *British Pediatric Association* était fondée en 1928

30 *Montréal Médical* IX, 7 septembre 1909, p. 356. Le deuxième congrès international de pédiatrie se tenait à Stockholm en 1930. En 1959, la Société canadienne de pédiatrie devenait l'hôte à Montréal du IX Congrès international de pédiatrie qui attirait 3000 congressistes.

31 "Certificats de spécialistes au Canada", *UMC* 73, septembre 1944, pp. 1056-1059

L'établissement de normes et la création d'organismes chargés de surveiller la formation spécialisée, d'évaluer la compétence et de décerner les titres, devenaient nécessaires quand il était question de la rémunération des médecins. Les politiques de santé du gouvernement favorisaient donc la certification par le biais de la rémunération, et expliquerait dans une certaine mesure, que les universités aient été tenues à l'écart de la formation spécialisée.

The Canadian Society for the Study of the Diseases of Children obtenait sa charte le 5 avril 1923. À l'origine, elle regroupait 13 membres exclusivement anglo-saxons, dans le but déclaré de promouvoir l'avancement de la physiologie, de la pathologie, de la psychologie et de la thérapeutique chez les enfants. Elle cherchait également à promouvoir les intérêts des pédiatres comme spécialistes et dirigeait ses opérations à partir de Toronto (32) mais tenait sa première réunion à Montréal en 1923. À cette occasion, les membres reconnaissaient que l'enseignement de la pédiatrie était négligé au Canada, à l'exception des Universités McGill et Toronto où quelques améliorations pouvaient être apportées. (33) Devenue bilingue en 1951 après de nombreuses tractations, la société prenait le nom de *Canadian Paediatric Society / Société canadienne de Pédiatrie*. Elle tenait à Québec en 1955, une réunion conjointe avec la *British Pediatric Society*, l'*American Pediatric Society* et l'*American Pediatric Research Society*. (34) En 1959, Henri Charbonneau de l'Hôpital Pasteur en était le président, un poste confié en 1968 à Albert Royer de l'Hôpital Sainte-Justine. L'association comptait 800 membres en 1974 mais attirait tardivement les francophones; la société était d'ailleurs

32 de la Broquerie Fortier "The Canadian Paediatric Society/ La Société canadienne de Pédiatrie", *La Vie médicale au Canada français* 2, juin 1972, pp. 573-587; juillet 1973, pp. 670-682; novembre 1973, pp. 1072-1091; T. P. ed., "The Canadian Paediatric Society 1922-1990", *Medical Speciality Societies*, p. 99; J.B. Mc Kendry, J.D. Bailey. *Paediatrics in Canada*. Ottawa, Canadian Paediatric Society 1990.

33 Alton Goldbloom, dans *Small Patients*, ne déborde pas d'éloges envers l'enseignement de la pédiatrie à McGill à cette époque!

34 Le 9e congrès international de pédiatrie se tenait à Montréal en 1959 sous la présidence de Allan Ross du *Montreal Children's Hospital* et du vice-président Albert Guilbeault de l'Hôpital Notre-Dame.

menacée de l'éclatement régionale. Elle publiait les *News Letters* à partir de 1954 et le *News Bulletin* dans les années 1960 pour soutenir l'intérêt de ses membres.

Parallèlement, l'ensemble de la profession médicale se structurait. Le 14 juin 1929, une loi donnait naissance officiellement au *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (35). Il réunissait à ses débuts les professeurs de médecine, de chirurgie et de gynécologie ou d'obstétrique des universités canadiennes. Ce Collège prenait la direction de la certification des spécialistes en juin 1937 et recevait la sanction fédérale en 1939 pour ajouter cette certification à ses activités. La pédiatrie était au nombre des six spécialités approuvées. La profession médicale redoublait d'activités quand le gouvernement fédéral entreprenait de doter le pays d'un plan d'assurance-maladie. Comme il en allait de son intérêt, un comité spécial recevait le mandat d'en élaborer le projet en 1942.

La Société canadienne de pédiatrie qui comptait alors une quarantaine de membres, entreprenait l'étude des standards exigibles pour l'enseignement post-universitaire en pédiatrie et conjointement avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, elle établissait les normes académiques et les stages hospitaliers nécessaires à la formation du pédiatre. En 1942, les normes étaient établies pour l'obtention d'un certificat en pédiatrie et pour la reconnaissance des hôpitaux comme centre d'enseignement post-universitaire en pédiatrie.

Le *Royal College*, à l'exemple de la Commission des spécialités américaines, reconnaissait au stade initial d'organisation, ceux qui étaient qualifiés par leur réputation établie. Jusqu'en 1944, les certificats étaient accordés sans examen à tous ceux qui pratiquaient une spécialité depuis au moins cinq ans. La pédiatrie comptait en 1945, 127 pédiatres certifiés au Canada. Mais la pleine reconnaissance de la pédiatrie canadienne

35 H.E. Macdermot, *One Hundred Years of Medicine in Canada*, Chapitre VI,

était réalisée, quand en 1946, le *Royal College of Physicians and Surgeons* définissait la formation et les examens conduisant au certificat. Le Collège Royal décernait deux diplômes: le certificat reconnaissait l'excellence clinique et le diplôme "associé ou fellow" reconnaissait outre l'excellence clinique, l'esprit critique et didactique. Le *Fellow* indiquait un degré de qualification plus élevé que le certificat et qualifiait automatiquement le récipiendaire pour la certification. En janvier 1972, le système à deux examens était discontinué en faveur d'un seul.

En 1944, le comité provincial conjoint pour l'étude de l'assurance-maladie décidait que les certificats de spécialistes émis par le *Royal College* devaient être reconnus par les règlements et acceptés par le Collège des Médecins et Chirurgiens de chaque province (36). Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec obtenait le pouvoir en vertu de la loi de 1948 (art. 83), de faire abroger ou modifier et exécuter des règlements pour l'organisation d'un système de classification des médecins spécialistes, de déterminer les qualifications requises de ces derniers et d'octroyer des certificats de compétence dans les différentes spécialités de la médecine (37). Il prévoyait des sanctions contre ceux qui usurpaient le titre. Pour contrôler la pratique médicale au Québec, le Collège demandait la coopération des spécialistes regroupés en association.

La Société de pédiatrie de Québec se formait en 1943 et celle de Montréal était fondée le 19 janvier 1948 et s'incorporait le 19 mars suivant. A l'instigation de Paul Letondal, en mai 1949, naissait l'Association des pédiatres de la Province de Québec; vingt pédiatres

36 *Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec*, 25 avril 1944. Brochure. Le comité provincial conjoint était composé de 4 représentants de chacun des organismes suivants: le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, la Fédération des Sociétés médicales de la Province de Québec, l'Association médicale canadienne (division Québec), l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Il admettait le principe de l'assurance-santé.

37 "Le Collège des Médecins et Chirurgiens et les certificats de spécialité", *UMC* 78, avril 1949, p. 523

signaient la constitution. Quelque vingt ans plus tard, l'Association comptait 350 membres. Le Collège invitait l'association à établir les bases de la formation du pédiatre et les exigences nécessaires à l'obtention d'un certificat en pédiatrie. Il reconnaissait les porteurs de certificat du Collège Royal du Canada qui recevaient une équivalence. Pour chaque spécialité, le Bureau provincial formait un comité de certification composé de 3 à 5 membres pratiquant la spécialité concernée depuis au moins 10 ans au Québec. Un membre y représentait le Collège, trois membres étaient désignés par des universités reconnues, un dernier était nommé par l'Association provinciale de la spécialité concernée. L'examen comportait une épreuve écrite et une épreuve orale et clinique. Les règlements se lisaient comme suit pour la pédiatrie: aux 12 mois d'internat junior rotatif consécutifs aux 4 années académiques du cours de médecine, suivaient 12 mois d'internat senior ou de résidence en médecine interne ou en médecine interne et en spécialités médicales. L'étudiant poursuivait 3 années de résidence en pédiatrie dont une année pouvait être consacrée soit à l'étude et aux recherches dans un laboratoire reconnu, soit à des études postsecondaires organisées par un hôpital ou un centre universitaire reconnu, soit à une résidence en médecine ou en spécialités médicales. (38) En 1950, 26 certificats en pédiatrie étaient décernés par le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec et 28 autres l'étaient l'année suivante.(39)

2.4.2.3 La formation spécialisée à l'Hôpital Sainte-Justine

La faculté de médecine envisageait de créer en juin 1937, un diplôme spécial *La Maîtrise* dans différentes disciplines médicales dont la

38 Loi et règlements concernant l'octroi aux spécialistes de certificats de compétence. Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, Montréal 1949.

39 Les médecins et chirurgiens de l'Hôpital Sainte-Justine qui obtenaient un certificat de spécialiste du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec en 1950 étaient, en pédiatrie: G. Lapierre, P. Letondal, P. Larivière, A. Martel, A. Léveillé; en chirurgie générale: E. Dubé, E. Cabana; en allergie, J. Denis; en neuropsychiatrie, L. Desroches; en obstétrique: P. Joly, A. McNeil; en urologie, P. Bourgeois; en oto-rhino-laryngologie: R. Des Troismaisons et R. Voisard.

pédiatrie récemment constituée en département. Ce diplôme devait comporter trois années supplémentaires d'internat dont la première devait se faire en médecine et les deux autres dans un service de la discipline choisie. Le choix de l'hôpital et du service était sujet à l'approbation de la faculté et un travail écrit devait être soumis à l'évaluation d'un jury déterminé par le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec (40). Le diplôme porterait la mention de la spécialité.

En 1939, l'Hôpital Sainte-Justine accueillait ses premiers candidats le pédiatre Raymond Labrecque et l'orthopédiste P.P. Cousineau, qui devaient passer 3 années à l'hôpital et un an à l'étranger. Ce plan de résidence novateur dit "plan de quatre ans", résolvait à la fois le problème du service hospitalier et celui du recrutement de spécialistes compétents; l'hôpital rémunérait le résident à raison de 65\$ la première année et 90\$ la deuxième année. En 1945, le conseil médical exigeait du médecin résident, par une clause annexée à son contrat, la rédaction d'un travail scientifique annuellement (41).

Le 21 mars 1946, la commission des études de l'université autorisait la faculté de médecine à instituer un nouveau programme destiné aux diplômés des grades supérieurs en médecine, afin de préparer des spécialistes. Les études d'une durée de cinq ans, se poursuivaient simultanément à l'université et au sein des hôpitaux affiliés et devaient obligatoirement comprendre un séjour à l'étranger. Un diplôme de maîtrise en pédiatrie ou en chirurgie infantile et orthopédie serait octroyé (42). Pour rencontrer les exigences de la certification et de l'accréditation, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôtel-Dieu signaient en 1958, une entente qui permettait l'échange des internes intéressés à compléter des stages qu'ils ne pouvaient trouver dans l'institution choisie pour leurs études spécialisées.

40 UMC, 67, avril 1938, p. 424. *L'Action médicale* XIV, 4, avril 1938, p. 237 ; D. Goulet, *op. cit.*, p. 231

41 N. Forget et al., *Justine Lacoste-Beaubien et l'Hôpital Sainte-Justine*, p. 88

42 D. Goulet, *op. cit.*, p. 380

Ces programmes de spécialités étaient de nature à encourager la spécialisation et avec le temps, même si la formation des généralistes était encore prédominante à l'hôpital, les programmes de formation en spécialité tendaient à fragmenter la médecine. L'hôpital devenait une mosaïque de lieux centrés sur chaque organe du malade et l'étudiant généraliste côtoyait de moins en moins la clientèle qu'il était appelé à soigner. Par ailleurs, le bagage scientifique augmentait considérablement avec le développement de chaque spécialité surtout que la majorité des spécialistes formés à l'Hôpital Sainte-Justine demeuraient attachés à l'institution après l'obtention de leur diplôme. Pour encourager la spécialisation, en 1951, le Conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Justine créait un fonds annuel pour ses médecins internes de 10 000\$ divisé en quatre bourses d'étude.

Consciente que la qualité des soins repose sur la formation de ceux qui les assurent, la direction de l'Hôpital Sainte-Justine élargissait toujours davantage l'éventail des spécialités pour lesquelles elle cherchait à faire reconnaître son enseignement. Avec le développement de ses services, elle réussissait à former et à recruter un personnel médical compétent et de nombreuses spécialités y fleurissaient. En 1955, l'Hôpital Sainte-Justine était reconnu par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec pour 2 années de formation en anatomie pathologique et en bactériologie; 1 année de 4 en chirurgie générale et 2 années en orthopédie et 3 années en pédiatrie. (43) En 1957, le *Royal College of Physicians & Surgeons of Canada* approuvait les stages de spécialités à l'Hôpital Sainte-Justine en cardiologie, endocrinologie gastrologie, hématologie, néphrologie, médecine respiratoire, rhumatologie et en pédiatrie générale.

Certaines associations professionnelles, soucieuses d'aider à la formation de plans de résidence acceptables par le Collège Royal devant

43 "Hôpitaux du Québec reconnus pour l'internat et l'entraînement post-scolaire" *Le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec*, Montréal, septembre 1955

conduire à l'obtention d'un certificat de spécialiste, mettaient sur pied un programme coopératif d'entraînement auquel participait l'Hôpital Sainte-Justine. L'initiative débutait en orthopédie et s'étendait à la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique et à la neurochirurgie; elle simplifiait l'enrôlement des candidats à la résidence.⁽⁴⁴⁾ En 1965, l'Hôpital Sainte-Justine se voyait accorder par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et le Collège Royal du Canada de nouveaux crédits qui majoraient la reconnaissance de stages à la résidence dans une dizaine de disciplines. Le dynamisme de son corps médical se traduisait également dans la participation active de certains de ses membres au sein des associations professionnelles qui surgissaient nombreuses. Ainsi, par ses mécanismes institutionnels, l'Hôpital Sainte-Justine assurait le choix des candidats, déterminait leur formation et leur facilitait l'accès aux instruments de recherche et à la publication.

Jusqu'à la deuxième guerre mondiale les médecins francophones avaient tendance à fréquenter les hôpitaux français pour y trouver un complément de formation spécialisée même si certains, particulièrement dans le domaine des techniques diagnostiques, leur préféraient les hôpitaux américains. Mais la guerre déclarée, ils se dirigeaient vers les États-Unis pour y poursuivre leurs études spécialisées. Au lendemain des hostilités, ceux qui avaient conservé une admiration pour la médecine française dont Letondal, cherchait à renverser le courant ⁽⁴⁵⁾. En 1956, une entente intervenait entre les Ministères de la Santé et des Finances de France, de l'Assistance publique de Paris, du Collège de médecine de Paris, du Syndicat des médecins des hôpitaux de Paris, de la Corporation des Internes des hôpitaux de Paris et les facultés de médecine des Universités de Laval et Montréal pour offrir des postes de résidents étrangers des hôpitaux de Paris aux médecins québécois.

⁴⁴ Rapport annuel, *L'Hôpital Sainte-Justine pour les enfants*, 1965, p. 43.

⁴⁵ P. Letondal, "La médecine française d'aujourd'hui", *Archives françaises de pédiatrie* 7, 1950, pp. 550-552

2.4.2.4 L'enseignement spécialisé, une responsabilité universitaire

Les résidences relevaient du programme de chaque hôpital qui y établissait ses règlements, mais dans les années 1960, on avait de plus en plus conscience qu'elles devaient relever des facultés de médecine et être organisées sur une base inter-hospitalière. A cette époque, les organismes professionnels responsables des programmes de formation, étaient chargés à certains intervalles de faire l'agrément global d'un centre hospitalier. La méthode pédagogique reposait sur l'enseignement "tutorial" qui ne prévoyait aucune évaluation en cours de formation, la seule évaluation étant l'examen final du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Le taux d'échecs était important.

Les corporations professionnelles souhaitaient que la formation des résidents soit confiée aux universités. Dès 1954, le Collège Royal suggérait aux facultés de médecine de prendre en main l'organisation des programmes qui présentaient de grandes lacunes dont l'absence de structuration et l'utilisation excessive par l'hôpital des services des résidents au détriment de leur formation. L'étudiant faisait son propre programme ce qui entraînait une compétition pour les meilleurs postes. Vers la fin des années 1960, de plus en plus, la formation médicale spécialisée relevait de l'autorité universitaire et le grand coup était donné quand le Collège Royal annonçait qu'à compter de 1969, aucune institution ne pourrait être reconnue pour une seule année de formation spécialisée, à moins que l'enseignement donné ne le soit dans le cadre d'un programme universitaire. On reconnaissait finalement que la formation des spécialistes était plutôt artisanale (46). Les programmes, sous la responsabilité des centres hospitaliers qui étaient libres de les organiser à leur façon, ne prévoyaient aucun mécanisme pouvant assurer la continuité de l'enseignement, soit le contenu du programme, le type d'intervention pédagogique etc..

46 Jean Couture, "La formation du médecin spécialiste durant la dernière décennie", *La Vie médicale au Canada français* 7, septembre 1978, pp. 764-766.

L'État en accord avec la Corporation professionnelle des Médecins du Québec et le *Royal College*, confiait aux facultés de médecine, la responsabilité complète de l'organisation administrative et pédagogique des programmes de spécialisation. Les programmes de formation devenaient donc des programmes facultaires et non hospitaliers; il en découlait une standardisation des programmes. Quand en novembre 1967, la faculté de médecine de l'Université de Montréal acceptait de coordonner et de superviser les programmes de résidence dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales, elle trouvait pour la chirurgie orthopédique, un cours structuré "le cours Edouard Samson" (47) en plein essor, institué depuis mai 1962 et prêt à être intégré. L'orthopédiste J.C. Favreau de l'Hôpital Sainte-Justine et ses collègues des hôpitaux Sacré-Coeur, Verdun, Hôtel-Dieu et Maisonneuve, entreprenaient de jeter les bases d'un programme d'enseignement clinique dans chacun des services intégrés et un programme théorique sous forme de séminaires hebdomadaires couvrant, en un cycle de trois ans, l'essentiel des connaissances en chirurgie orthopédique avec un enseignement en pathologie osseuse et en sciences fondamentales. Ce cours servait de modèle.

47 J. Édouard Samson (1894-1963) avait fait des études spécialisées à New York dans le service de Hibbs au *New York Orthopaedic Hospital*. Il était le premier canadien-français à mettre en pratique au Québec les principes et les techniques d'une spécialité chirurgicale bien établie aux États-Unis. Il organisait en 1932 le service d'orthopédie à l'Hôpital du Sacré-Coeur, qui devenait rapidement un centre reconnu de formation pour les résidents. Il était le fondateur de la Société d'orthopédie de Montréal en 1934, société à l'origine de l'Association canadienne d'orthopédie, fondée en 1948. Chef d'une école, ses premiers disciples se sont répartis dans les hôpitaux montréalais. Ce groupe suivait de près les innovations pédagogiques entreprises dans les années soixante par l'Académie américaine des chirurgiens orthopédistes. Les disciples de Samson créaient un cours de formation et le groupe prenait le nom de "Club Édouard Samson" en 1975. Le Conseil exécutif formait en 1973, dans le cadre de la formation médicale continue à l'Université de Montréal, un groupe de recherches. Voir: Jacques E. Des Marchais, "Stratégie d'implantation d'un curriculum en orthopédie", *La Vie médicale au Canada français* 7, septembre 1978, pp. 768-772; J.C. Favreau, *UMC* 92, septembre 1963, p. 1046

Le cours de perfectionnement en pédiatrie était approuvé le 30 août 1966 (48). Il comportait un enseignement théorique réparti sur 2 ans et assumé par A. Royer et ses collaborateurs des hôpitaux Verdun, Maisonneuve, Notre-Dame et Pasteur, et un enseignement pratique, dont 1 année de résidence en médecine interne, 2 années à l'Hôpital Sainte-Justine à titre d'assistant résident en pédiatrie, et une quatrième année de préférence passée à l'étranger. Au terme de ce cycle de 4 ans, la présentation d'un mémoire devait apporter une contribution à la spécialité.

La prise en charge de l'enseignement spécialisé en pédiatrie par la faculté de médecine de l'Université de Montréal devenait effective le 1er juillet 1970 même si plusieurs programmes existaient avant cette date. Le principal changement consistait à soumettre à l'examen officiel de collègues d'autres services, toutes propositions de modification de l'étendue et de la teneur des programmes (49). Dès ce moment, aucun stage de résidence n'était approuvé à moins qu'il ne s'agisse d'un stage organisé par une faculté de médecine. Cette disposition ajoutée à l'avènement de l'assurance-maladie, modifiait le fonctionnement du service de pédiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine; les professeurs devaient s'impliquer davantage dans la distribution des soins en milieu hospitalier. Durant la décennie 1970, le nombre de professeurs plein temps géographique du département de pédiatrie et du centre de recherches de l'Hôpital Sainte-Justine, doublait comme le démontre le tableau suivant, mais il faut noter que dès l'année 1971-72, on comptait 23 PTG.

48 AUM, D35/C4 103; E38, 1816 57/3/3/2. Le Québec comptait 245 pédiatres certifiés en 1967 et plus d'une quinzaine de surspécialités pédiatriques.

49 Hugh Scott, *Opération sciences de la santé. Sous secteur médecine, État des faits* Dossier No 5, Document de travail juillet 1974, p. 3

Tableau 2-18

Répartition des professeurs en pédiatrie

Année	PTG	PTG chercheur	Professeur de recherche
1969-70	14 1/2	6	0
1975-76	26 1/2	14	2
1979-80	28 1/2	12	3 (50)

En janvier 1977, la Corporation professionnelle des médecins du Québec, suite à l'adoption du rapport d'agrément des programmes d'études spécialisées à la Faculté de médecine en octobre 1975, recommandait entre autre au doyen, de renforcer les deux premières années d'études du programme de pédiatrie, de résoudre le problème des échecs aux examens, d'inciter les candidats à compléter leur formation dans un autre milieu et d'intégrer les unités d'enseignement des hôpitaux Notre-Dame et Maisonneuve à l'Hôpital Sainte-Justine (51).

Chirurgie pédiatrique

En juillet 1968, un cours post-doctoral de spécialisation en chirurgie commençait à la faculté de médecine de l'Université de Montréal à l'instigation de Maurice Parent. Le département de chirurgie de l'Hôpital Sainte-Justine y était intégré pour l'entraînement en chirurgie pédiatrique générale et spéciale ce qui lui conférait officiellement un rôle éducatif. A la même époque, dans le cadre d'un projet du centenaire canadien, la *Canadian Association of Paediatric Surgeons* voyait le jour; elle comptait 29 membres fondateurs et obtenait sa charte en 1968 (52). P.P. Collin, Jean Desjardins et Jacques Ducharme de l'Hôpital Sainte-

50 AUM, E38, 1744, 55/7/7/2 Hôpital Sainte-Justine 1979-80

51 AUM, E38 1815, 57/3/2/2 pédiatrie 1974-1977

52 "The Canadian Association of Paediatric Surgeons", *Medical Speciality Societies of Canada*, pp. 127-136

Justine étaient du nombre. La société approuvait en 1971 le principe d'établir un certificat de spécialité en chirurgie pédiatrique dont la reconnaissance était sanctionnée par le Collège Royal en 1975. Le programme de formation de l'Hôpital Sainte-Justine était alors reconnu. A partir de 1979, le *Journal of Pediatric Surgery* constituait le journal officiel de l'association.

L'Hôpital Sainte-Justine devenait avec le temps, un centre d'enseignement de la pédiatrie à tous les niveaux de formation et dans différentes spécialités. Sur une période de vingt ans, les spécialités médicales qui se multipliaient, évoluaient vers un resserrement du contenu des programmes de formation très souvent sous l'influence des associations médicales qui contrôlaient la profession. La faculté de médecine acceptait finalement de prendre sous sa responsabilité, la formation spécialisée qui constituait une facette des transformations du système de santé dans les années 1970. L'importance que prenait l'enseignement dans un hôpital universitaire se reflétait à l'Hôpital Sainte-Justine dans l'accueil pour l'année 1980-81 de 142 résidents, 94 internes et 291 étudiants en médecine. Le rôle de cet hôpital s'était graduellement transformé; les malades sujets de soins devenaient de plus en plus sujets d'étude.

2.4.3 Du cours de perfectionnement à l'éducation continue

Devant l'évolution des connaissances médicales, la nécessité de mises à jour périodiques s'imposaient. Les associations médicales ou les médecins des hôpitaux y répondaient en proposant périodiquement des conférences ou des sessions intensives. Ces cours de perfectionnement s'adressaient tantôt aux praticiens, tantôt aux médecins des hôpitaux. Les premiers cours étaient donnés par les médecins d'ici, les seconds étaient donnés par des médecins étrangers invités. Dans ce dernier cas, on s'adressait d'abord aux médecins français puis, peu à peu on faisait appel aux spécialistes de la médecine américaine.

A l'exemple de la France, la Société médicale de Montréal inaugurait en 1920 "Le dimanche du praticien". Dans les hôpitaux d'enseignement, des cours cliniques de perfectionnement avec présentation de malades, étaient donnés. L'Hôpital Sainte-Justine recevait à son tour les médecins. Mais, poursuivant toujours son ambition de former un collège médical unique pour tout le Canada, en 1926, des cours de perfectionnement médical étaient organisés par la *Canadian Medical Association* en collaboration avec la compagnie d'assurances Sun Life du Canada et les doyens des facultés de médecine. Ces journées conférences étaient prolongées en soirée par des séances publiques auxquelles étaient invitées les autorités civiles et religieuses et le public en général. On y traitait de la tuberculose, de la mortalité infantile et de l'hygiène (53). Le Service provincial d'hygiène apportait son concours à cet enseignement qui se doublait d'une entreprise de relations publiques. Les cours de perfectionnement en médecine devenaient une activité à la mode. Aussi, dans les années trente, les médecins de l'Hôpital Sainte-Justine organisaient des réunions d'études publiques avec présentation de malades, auxquelles étaient conviés tous les praticiens de la ville.

A l'initiative pan-canadienne répondait en 1927, la création de l'Institut scientifique franco-canadien, filiale de l'Université présidée par J.L. Dalbis, qui devait resserrer les liens scientifiques entre la France et le Canada par l'échange de professeurs. Dans ce cadre, en 1929, des cours de perfectionnement sur les maladies de l'enfant étaient donnés à l'Hôpital Sainte-Justine par le professeur Georges Mouriquand, professeur de clinique infantile et d'hygiène du premier âge à la faculté de médecine de Lyon. Ces leçons et ces cliniques de pédiatrie s'inscrivaient dans le programme de lutte contre la mortalité infantile (54). En 1934, l'Hôpital Sainte-Justine recevait Émile Sergent, Robert Turpin et Ernest Lamy, également invités par l'Institut franco-canadien et l'année

53 *UMC* 55, 5, mai 1926, p. 322

54 *L'Action médicale* V, 10, octobre 1929, p. 209; V, 11, novembre 1929, p. 225

suivante, Julien Hébert, médecin des hôpitaux de Paris, donnait une série de leçons cliniques. En 1937, Sorrel donnait des leçons magistrales sur la chirurgie osseuse et Nègre de l'Institut Pasteur, parlait du B.C.G.. Ces exemples démontrent que la pédiatrie en milieu franco-montréalais puisait prioritairement aux sources françaises grâce à l'initiative du milieu universitaire et demeurait sous cette influence entre les deux guerres. Elle se démarquait de la pédiatrie anglo-saxonne. Après la guerre, la Fondation L.G. Beaubien invitait Richard Bing et Elliot Newman, médecins du Johns Hopkins, John Caffey de New York, N. Silverthorne de Toronto, Claude Béclère de Paris et Pierre Lépine de l'Institut Pasteur.

Les obstétriciens s'organisaient de leur côté. A l'invitation du bureau médical de l'Hôpital de la Miséricorde, en 1927, des cliniques obstétricales et infantiles étaient données tous les jeudis de juin et de juillet (55). Puis en septembre de l'année suivante, des cours de perfectionnement en obstétrique étaient donnés par le docteur Cyrille Jeannin, professeur de clinique obstétricale à la faculté de Paris.

Avec l'appui du gouvernement provincial et du Collège des médecins, le pédiatre Paul Letondal mettait sur pied en 1937 à la Crèche de la Miséricorde des cours de perfectionnement. L'année suivante, il présidait le comité des programmes à la Société médicale de Montréal et entouré de collaborateurs, il organisait dans les années subséquentes à l'Hôpital de la Miséricorde, des cours de perfectionnement sur la pathologie gastro-intestinale du nourrisson (56). Ces 12 leçons comportaient des démonstrations pratiques et présentaient un intérêt certain puisqu'en 1939, on enregistrait environ 60 inscriptions. Les participants étaient exercés individuellement à l'examen clinique des malades ainsi qu'aux examens complémentaires et aux techniques diagnostiques et thérapeutiques (otoscopie, radioscopie, préparation des aliments de régime, injections intra-péritonéales). À la même époque à

55 "Les matinées obstétricales", *L'Action Médicale* 3, 5 (mai 1927) p. 9

56 *L'Action médicale* XIV, 6, juin 1938, p. 326; XV, 4 (avril 1939), *UMC* 67, juin 1938, p. 662

l'Hôpital Sainte-Justine, Lapierre organisait annuellement une semaine de pédiatrie qui avait un caractère essentiellement clinique.

Mais jusqu'en 1951, les cours de perfectionnement étaient le fruit d'initiatives isolées, sans lien entre elles. Le Collège des médecins et chirurgiens consentait alors à nommer un Comité de cours de perfectionnement qui devait s'adresser aux praticiens. La reprise des cours se faisait sous la direction de Letondal et elle attirait 120 médecins. Deux ans plus tard, un certificat était attaché à ces cours d'une durée d'une semaine et qui comportaient des travaux pratiques.

En janvier 1963, le docteur Pierre Nadeau s'occupait spécifiquement de l'enseignement postsecondaire à l'Université de Montréal en vue du perfectionnement du généraliste. La faculté se découvrait un nouveau rôle dans la formation continue. (57) Des séances d'études trimestrielles s'organisaient et un cours postsecondaire en pédiatrie approuvé par les médecins de pratique générale était donné à l'Hôpital Sainte-Justine tous les mardis du 19 novembre 1963 au 10 mars 1964. À l'automne 1970, la pédiatrie en pratique générale offrait un programme confié à la direction du pédiatre Pierre Brodeur. Le cours était sous l'égide du département de pédiatrie de la faculté de médecine en collaboration avec les hôpitaux Sainte-Justine, Maisonneuve et Notre-Dame.

2.4.4 Rayonnement de la pédiatrie canadienne-française

Le rayonnement de la pédiatrie canadienne-française s'insérait dans la diffusion des institutions occidentales. La fin des régimes colonialistes dans les pays africains qui accédaient à l'indépendance dans les années soixante, avait entraîné l'exode du personnel médical. À travers des programmes de soutien et d'assistance, la médecine canadienne connaissait une extension au Tiers Monde sous l'égide de

57 UMC 93, mars 1964, p. 325

l'Agence canadienne de Développement international (ACDI). Le gouvernement tunisien sollicitait l'aide du gouvernement canadien qui consentait 5M\$ sur une période de cinq ans, pour l'organisation de l'hôpital pédiatrique Bad Seedoum de 300 lits (dont 240 étaient consacrés à la médecine et 60 à la chirurgie) déjà construit en 1961 à Tunis et ouvert en 1965. La responsabilité technique et administrative du programme d'aide médicale était confiée à l'Hôpital Sainte-Justine. L'intervention portait sur l'enseignement de la pédiatrie, la formation à tous les niveaux du personnel médical et paramédical et la mise en service et le bon fonctionnement de l'hôpital pédiatrique devenu l'Institut national de santé de l'enfance.

Après avoir visité en janvier 1966 (58) les hôpitaux tunisiens ayant une section de pédiatrie, Albert Royer, pédiatre en chef de l'Hôpital Sainte-Justine et chef du département de pédiatrie à l'Université de Montréal, prenait charge au mois de septembre suivant, de l'équipe médicale composée d'une quarantaine de personnes et dirigeait plusieurs projets médicaux en Tunisie dont la mise en marche de deux hôpitaux pédiatriques, du département de pédiatrie de la faculté de médecine de Tunis, elle-même créée en 1964, et de la partie pédiatrique de l'École nationale de santé publique Avicennes.

En 1968, la pédiatre Gloria Jéliu passait une année en Tunisie où elle était chargée de l'entente canado-tunisienne pour les soins de l'enfance, organisée par le docteur Royer qui retournait en Tunisie l'année suivante. La responsabilité du centre de pédiatrie tunisien se terminait le 30 septembre 1971, alors que les Tunisiens prenaient en main l'administration du centre. Le projet incluait la distribution de 20 bourses à l'intention des Tunisiens qui suivaient une formation à l'Hôpital Sainte-Justine. Le professeur Bechir Hamza directeur de l'Institut national de santé de l'enfance, se voyait décerné l'année suivante le prix Maurice

58 "Un hôpital pédiatrique tunisien est organisé par le docteur Albert Royer de Montréal", *UMC* 95, octobre 1966, p. 22. Pour la participation de la faculté de médecine au projet tunisien. Voir: D. Goulet, *Histoire de la faculté de médecine*, p. 411

Pâtre, prix accordé annuellement par la Fédération internationale de santé de l'enfance. De plus, le docteur Royer participait à un projet de médecine préventive à Menzel Bourguiba (Tunis nord) en 1972 et contribuait à la mise sur pied de la faculté de médecine de Sousse en 1975. Au Sénégal, Royer apportait son concours à la planification du centre hospitalier universitaire de Dakar Fann. Les membres du département de pédiatrie participaient également à l'établissement du *Albert Royer Children's Hospital* de Dakar en 1981. Des jumelages étaient établis entre l'hôpital Xin Hua de Shanghai, le Children's Hospital de Dakar et l'Hôpital Sainte-Justine.

Au lendemain de la création de l'Université de Montréal en 1920, la faculté de médecine s'ouvrait à une formation médicale en relation plus étroite avec les sciences et la technologie, bien qu'elle éprouvait de la difficulté à se détacher des structures existantes. L'enseignement de la pédiatrie au sein de la formation générale du praticien bénéficiait de la réorganisation de l'enseignement médical dans les années 1950. Cependant, l'importance du temps consacré à l'enseignement de la pédiatrie connaissait un déclin dans les années 1970.

Par ailleurs, la formation spécialisée en pédiatrie se traduisait, à l'initiative d'Edmond Dubé, dans l'organisation du "plan de 4 ans" inauguré en 1939. La pédiatrie, longtemps considérée comme une discipline subalterne manifestait ainsi son dynamisme, pour mieux réussir à s'imposer. Nous avons souligné l'influence des associations professionnelles dans la conception de normes de formation et d'examens pour les spécialistes et l'intérêt tardif de la faculté de médecine à l'égard de la formation spécialisée et de l'enseignement continu. Elle réagissait plus qu'elle n'agissait, accaparée qu'elle était par son projet d'hôpital universitaire qui n'arrivait pas à se concrétiser. Dans l'ensemble, la pédiatrie évoluait vers la surspécialisation et son territoire se morcelait en même temps que son influence. Par contre, elle portait à l'étranger son savoir-faire.

Conclusion

Le gouvernement canadien, devenu membre de la Société des Nations, établissait des politiques nationales de santé en conformité avec les énoncés d'organismes internationaux créés au lendemain des hostilités. Il accaparait ainsi des prérogatives provinciales. A ce moment, l'idéologie qui présidait au développement de la société canadienne-française, faisait de l'enfant une ressource sociale et nationale et sa survie devait assurer celle de la nation. L'enfant se situait tout naturellement au coeur des enjeux sociaux.

Les objectifs sociaux mieux définis, des programmes de lutte aux maladies infectieuses, d'hygiène mentale et d'hygiène infantile et maternelle, élargissaient les horizons de l'hygiène et développaient des clientèles qui entraient dans le champ de la pédiatrie. Nous avons souligné l'importance de la création de l'École d'hygiène sociale appliquée comme instrument privilégié sur lequel s'appuyaient des membres de la profession médicale pour attirer sous leur juridiction, divers secteurs de la santé.

La pédiatrie bénéficiait au même moment de l'orientation de la médecine qui intégrait les sciences et les normes professionnelles qui les accompagnaient. L'intervention gouvernementale dans le domaine de la santé par l'Assistance publique favorisait les oeuvres de santé infantile, modelait l'institution pédiatrique et ouvrait la voie à la stratégie d'action collective des médecins dont le dynamisme était généralement soutenu par le Conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Justine qui conservait cependant un mode de gestion traditionnelle. Tout au long de la période 1920-1947, l'Hôpital Sainte-Justine tentait de concilier la vocation charitable qui l'avait vu naître et l'institution scientifique qu'il aspirait à devenir et il apportait une réponse médicale au drame politico-social de la mortalité infantile. Son fonctionnement répondait aux besoins des enfants malades, à l'intérêt pédagogique de la profession et à l'avancement des

connaissances pédiatriques. Cette discipline médicale s'enorgueillissait de maîtriser des principes de puériculture et des connaissances de pathologies infantiles qui tenaient davantage de l'observation descriptive que de la compréhension intime des mécanismes physiopathologiques et biologiques complexes. Au terme de cette seconde période du développement de la pédiatrie, les principales causes de la mortalité infantile à l'origine de l'intervention médicale, étaient résolues et la mortalité infantile n'était plus considérée comme un problème démographique.

Au cours de cette période, nous avons fait ressortir la médicalisation des services sociaux qui constituait une particularité du milieu franco-montréalais qui retardait d'autant les solutions économiques qu'engendrait la pauvreté. Nous avons souligné le poids lourd que constituaient les crèches au chapitre de la mortalité infantile et la persistance à maintenir ces institutions alors que leur existence était depuis longtemps contestée ailleurs. Nous avons souligné dans certains secteurs, le conservatisme médical qui se cristallisait autour d'écoles de pensée où l'exploitation d'un filon précieux absorbait toute l'énergie jusqu'à ce qu'il s'arrête en voie d'épuisement. Enfin, nous avons vu qu'une véritable formation spécialisée en pédiatrie naissait timidement au début des années quarante. Toutes ces raisons seraient à prendre en compte dans la lente baisse des taux de mortalité infantile.

En 1960, le démographe Jacques Henripin (59) publiait des études sur la mortalité infantile à Montréal. Le relevé de cette dernière pour les années 1926 à 1958, était appuyé d'un tableau comparatif pour le Canada, afin de déterminer l'importance relative de certains caractères

59 J. Henripin, "Les facteurs sociaux de la mortalité infantile à Montréal", *UMC* 89, février 1960, pp. 200-208; *UMC* 91, janvier 1962, pp. 65-71; "L'inégalité sociale devant la mort La mortalité et la mortalité infantile à Montréal" *Recherches sociographiques* II, 1, janvier-mars 1961, pp. 3-34. La mortalité endogène réfère à une cause inhérente à la constitution de l'enfant au moment de sa naissance (prématurité, malformation congénitale); les décès exogènes sont dus à des causes extérieures à l'enfant (pneumonie, gastro-entérite).

sociaux. Il attribuait d'emblée au progrès de la médecine et à l'hygiène, la chute de la mortalité infantile, tout en reconnaissant que ces progrès avaient porté surtout sur les décès exogènes, plus sensibles aux facteurs sociaux, même si ces taux demeuraient plus importants chez les Canadiens français. Il constatait également que les familles nombreuses étaient moins efficaces dans la conservation de la vie de leurs enfants et que le taux de mortalité infantile augmentait à mesure que l'on passait dans des catégories moins instruites et moins lucratives. Pour la mortalité endogène, la surmortalité des Montréalais francophones ne pouvait s'expliquer que partiellement par les facteurs sociaux et Henripin, qui notait que les médecins avaient tendance à surestimer les causes endogènes, cherchait la réponse du côté des parents et suggérait d'élargir l'appareil médico-social. Bref, il reconnaissait l'inégalité sociale devant la mort et l'apport de la médecine dans la diminution de la mortalité infantile. L'inégalité sociale devant la mort avait été constatée en Europe un siècle plus tôt, et le démographe ne pouvait expliquer la surmortalité des enfants franco-montréalais. Or avant d'élargir l'appareil médico-social peut-être fallait-il interroger son efficacité dans ses différentes composantes y compris dans la transmission des savoirs?

3. L'enfant entre les enjeux biologiques 1947-1980

3.1 Nouvelle donne au lendemain de la guerre

En juillet 1946, 61 pays signaient la constitution de l'*Organisation mondiale de la Santé* qui donnait une définition nouvelle et audacieuse de la santé comme étant "un état de bien-être physique, mental et social complet" pour s'éloigner ainsi de la conception de la médecine dans ses versions curative et préventive. Au processus linéaire de la médecine pasteurienne succédait un modèle explicatif fondé sur des facteurs multiples. La lésion n'était plus ce phénomène local, biochimique, histologique ou métabolique, mais était perçue comme l'expression d'un déséquilibre global impliquant à la fois le social et le biologique. Cette nouvelle vision de la maladie entraînait un décloisonnement de la médecine et un mode d'intervention multidisciplinaire qui permettait de sortir de la causalité linéaire. Cette orientation donnait lieu à une spécialisation des tâches, à une délégation des fonctions, à la collaboration des professionnels non médecins et à l'ouverture de nouveaux champs professionnels. En même temps, dans son interprétation étendue, cette définition donnait à la médecine un rôle de régulateur social dans la justice, l'éducation et le travail.

L'Association médicale mondiale fondée à New York en 1947 et qui était en réalité une fédération mondiale des associations médicales nationales vouées aux intérêts professionnels, adoptait la déclaration de Genève en septembre 1948. (1) Mais l'attention portée aux enfants se précisait quand l'Organisation des Nations Unies reprenait à son compte la Déclaration de Genève et en précisait les principes par l'adoption de la Déclaration des droits de l'enfant le 20 novembre 1959. Le droit social

1 Le docteur Léon Gérin-Lajoie (1895-1959) de l'Hôpital Notre-Dame, était délégué de l'Association médicale canadienne à l'assemblée de fondation de l'Association médicale mondiale. Il était adjoint au président du Conseil de cette association de 1948 à 1957. L'Association publiait le *Journal Medical Mondial*. Pour une notice biographique, voir: E. Desjardins, "Léon Gérin-Lajoie", *UMC* 88, avril 1959, pp. 497-500

consacrait l'existence d'un bien commun destiné au rétablissement d'une certaine égalité; il impliquait une protection de l'individu par l'intervention de l'État.

Par ailleurs, à l'échelle du monde occidental, des changements importants étaient observés dans l'évolution de la famille, alors que le développement scientifique permettait un contrôle biologique des populations. (2) Des techniques d'assistance médicale à la procréation étaient développées et la tenue du premier congrès en mai 1953 à New York, de l'*International Fertility Association and American Society for the Study of Sterility* témoignait de ces changements. De ces cliniques où se développaient les technologies de reproduction, émanaient de multiples perspectives qui démystifiaient la maternité idéalisée en la ramenant à une reproduction programmée. Elles établissaient des rapprochements avec la médecine vétérinaire dont pédiatres et obstétriciens ont si longtemps cherché à se dissocier. La fécondation *in vitro* réalisée par le gynécologue britannique Patrick Steptoe en 1970 marquait un jalon dans l'évolution de la gynécologie. Le premier enfant résultant de la fécondation *in vitro*, Louise Brown, naissait en Angleterre en 1978 et Amandine naissait en France à l'Hôpital Antoine-Béclère en 1982. À Québec, Jacques Émile Rioux du Centre Hospitalier de l'Université Laval réalisait la fécondation *in vitro* qui conduisait à la naissance de Benjamin Pierre le 10 août 1985. À Montréal Claude Duchesne (1943-1995) qui avait mis sur pied en 1971 une clinique de fertilité à l'Hôpital Saint-Luc, réalisait cette intervention qui menait à la naissance de Audry en décembre 1986. (3)

2 J.N. Biraben, Jacques Légaré, "Nouvelles données sur la natalité et la fécondité au Canada", *Population* 22, 1967, pp. 255-286. Le tableau de la page 256 montre l'évolution de la mortalité et de la natalité durant la période 1905-1965 pour le Québec, l'Ontario et le Canada.

3 "Dossier", *BIFRSQ* 3, 1, octobre 1990. Fondé en 1976, le centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, affilié à l'Université de Montréal, consacrait une attention particulière à la reproduction humaine. En 1986, on y inaugura un centre de fécondation *in vitro* ainsi qu'à l'Hôpital Saint-Luc. Cette même année, la première clinique privée au Canada, l'*Institut de fertilité de Montréal* ouvrait sous la direction du docteur Vito Cardone mais devait déménager à Boston par la suite. En septembre 1990, on inaugura l'*Institut de médecine de reproduction de Montréal* à la clinique Renée Laennec de Ville Mont-Royal.

A l'Hôpital Notre-Dame, les médecins emboîtaient le pas en ouvrant en 1948, une clinique d'infertilité et vers le milieu de la décennie soixante, on créait une section de planification des naissances. Le passage des cliniques d'infertilité à celles de planification familiale reflétait l'évolution des connaissances et le glissement des mentalités. Ce phénomène médico-social qui touchait particulièrement la pédiatrie, donnait lieu à la fondation en 1964 par H. Leonard Poller, rabbin du *Temple Beth Shalom* de Montréal, de l'Association pour la planification familiale de Montréal / *The Family Planning Association of Montreal*, une organisation médicale bilingue qui adhérait à la Fédération pour la planification familiale du Canada, elle-même membre de l'*International Planned Parenthood Federation* qui regroupait 42 pays. L'association tenait un symposium à Montréal en novembre 1966 (4). Au printemps suivant, le Service de santé de la ville de Montréal inaugurait sa première clinique de planification familiale dans la paroisse Saint-Vincent-de-Paul (5). En 1973, une subvention du ministère de la Santé nationale totalisant 491 200\$ était remise à la Fédération pour la planification familiale au Canada, pour le financement d'un programme d'aide aux associations membres. La contraception se cachait sous le couvert de la planification familiale. De plus, ce phénomène s'accompagnait d'une libéralisation des lois sur l'avortement. L'avortement thérapeutique était légalisé en août 1969. L'année suivante, certains médecins montréalais signaient une pétition pour élargir cette pratique et le docteur Maurice Jobin présidait l'Association pour l'avortement sur demande. La collusion s'établissait entre les pouvoirs politiques et médico-scientifiques, sous le couvert du progrès scientifique. L'État soutenait donc ces transformations sociales auxquelles participaient des médecins, alors qu'un siècle plus tôt, ces partenaires s'étaient associés dans une volonté populationniste. Les conditions étaient changées et la dépopulation ne relevait plus de la mortalité infantile mais de la dénatalité qui transformait la famille.

4 Société canadienne de fertilité: son journal, *Fertilité et stérilité*. Le docteur Serge Mongeau, président de l'Association pour la planification familiale de Montréal qui voyait le jour en 1966, dirigeait le Centre de planning familial du Québec.

5 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 300

Cependant, cette libéralisation de l'avortement était appliquée différemment selon les provinces et dans l'exemple retenu, l'Ontario devançait de façon significative le Québec, dans l'application de cette mesure.

Tableau 3-1

Avortements thérapeutiques par province de déclaration 1970-1976
(6)

Année	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Québec	541	1903	2912	3217	4460	5597	7177
Ontario	5657	16244	20314	22661	24844	24983	26862

Cette baisse de la natalité dans les pays industrialisés accompagnait la disparition de la signification socio-économique de la famille au profit des valeurs affectives et du coup, se doublait d'une valorisation de l'enfant qui dépassait largement sa seule survie. Le bien-être de l'enfant incorporait une définition étendue qui s'inscrivait à l'échelle d'une politique mondiale où les pays développés apportaient leur collaboration en médecine infantile dans les pays en voie de développement. Nous avons mentionné l'apport de la pédiatrie franco-montréalaise.

Au Canada, cette période était aussi marquée par l'intervention financière massive du gouvernement fédéral qui créait en 1948 le Programme des subventions nationales à la santé, par l'avènement de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie et par des programmes fédéraux-provinciaux assortis de fonds de recherche. Un État partout présent, qui gérait la santé de ses citoyens par sa capacité de prélever des impôts et d'adopter des lois qui se traduisaient dans

6 *Therapeutic Abortions/ Avortements thérapeutiques* 1976 Statistiques Canada, Division de la santé, Section de la morbidité hospitalière, Ottawa, janvier 1979, p. 118. tiré du tableau C-04

l'élaboration d'objectifs, de programmes et d'évaluations affichés comme des réussites.

Au niveau local, l'Hôpital Sainte-Justine redéployait ses services pédiatriques dans un nouvel hôpital moderne doté des technologies les plus avancées de l'heure. Toutes ces transformations qui se produisaient simultanément, influençaient l'évolution de la pédiatrie qui, en révisant ses objectifs, révisait ses modes d'intervention en s'appuyant sur des spécialistes mieux formés, soutenus par une technologie plus efficace et rompus à des méthodes de travail qui reposaient principalement sur l'équipe multidisciplinaire mettant ainsi un terme à l'isolement du médecin. La nouvelle approche diluait l'influence du pédiatre en médecine infantile; il n'était plus l'autorité incontestée mais joignait l'équipe d'intervention. Finalement, la recherche se concrétisait dans l'ouverture officielle d'un Centre de recherche en pédiatrie à l'Hôpital Sainte-Justine en 1973.

Devant l'orientation nouvelle de la science, la pédiatrie définissait son objectif comme étant de donner à l'enfant la possibilité d'atteindre son potentiel optimal. Le concept de développement optimal de l'enfant prenait le relais de la lutte à la mortalité infantile; il exigeait une attention individualisée dans la réhabilitation qui devait intégrer une autre perspective convergente, le développement de la psychologie. Dans l'ère postindustrielle, l'homme se détachait du modèle cartésien de l'homme-machine; un virage épistémologique s'annonçait. Laberge (7) parle de révolution biologique dans laquelle l'homme est maintenant évalué comme un micro-système conscient avec degrés de liberté, dans un vaste système co-évolutif de conscience humaniste plus large, une "singularité" quantitative et relative avec ses capacités homéostatiques de santé qui varient selon ses stades de développement et d'apprentissage.

7 Claude Laberge, "La révolution biologique", *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Sillery, Presses de l'Université Laval 1985, pp. 201-239

3.1.1 Les objectifs nationaux.

L'idéologie sanitaire débouchait sur la conception de l'hygiène publique embrassant tout ce qui influence la vie humaine; elle se traduisait dans le regroupement des activités du domaine de la santé et du bien-être en un seul ministère. En 1948, le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, mettait en place un programme national d'hygiène, plan préalable à celui de l'assurance-maladie auquel était rattaché un montant de 30M\$ dès la première année, soit plus de quatre fois les dépenses du gouvernement fédéral pour les services d'hygiène. Ce programme avait reçu l'appui de l'Association médicale canadienne. La part du Québec s'élevait à 9M\$ par année pour un total de 45M\$. La lutte contre la maladie se transformait en une lutte contre les causes de la maladie; elle tenait compte de l'influence du milieu et partant, élargissait ses horizons (8). Les subventions allaient à l'enquête sur la santé, à l'hygiène (les enfants infirmes, l'hygiène mentale, la lutte contre la tuberculose, l'hygiène publique) et à la construction d'hôpitaux (9). Dans un second temps, le Gouvernement fédéral faisait connaître son offre aux provinces le 26 janvier 1956 au sujet de l'assurance-hospitalisation qui devait placer sur une base financière plus solide, les hôpitaux canadiens. La loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques était adoptée le 1er mai 1957 et était opérante le 1er juillet 1958. Au Québec, elle était adoptée le 16 décembre 1960 et entra en vigueur le 1er janvier suivant. (10)

Dans la foulée de la nouvelle conception de la santé, la Commission Castonguay déposait son rapport en septembre 1970 et la sanction de la loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec qui en découlait, avait lieu en décembre 1971. Cette réforme

8 Paul Martin, "Une ère nouvelle pour l'hygiène au Canada", *UMC* 77, juin 1948, pp. 678-684

9 L'enquête J. Ernest Sylvestre du ministère de la santé du Québec (1952) recevait une subvention fédérale. Elle contenait des recommandations relatives au développement des services de santé québécois.

10 Eugene Vayda, Raisa B. Deber, "The Canadian Health Care System: A Developmental Overview", in C.D. Naylor, *Canadian Health Care and the State*, pp. 125-140

visait à réaliser le concept de médecine globale qui impliquait la prise en charge d'une population par une équipe multidisciplinaire. L'autonomie des professionnels devait faire place à la solidarité et les travailleurs de la santé devaient s'entendre sur le partage des fonctions, là où se mêlaient des questions de pouvoir, de prestige et de rémunération. La réforme législative qui soutenait la professionnalisation comme moyen de promotion sociale, et l'extension du contrôle professionnel aux soins dispensés à des gens en santé, inscrivaient la médicalisation de la vie dans la législation. L'État, directement investi d'un pouvoir sur la vie, par son ministère des Affaires sociales, définissait les politiques de santé. Les institutions de santé existantes perdaient leur autonomie et se redéfinissaient selon la nouvelle orientation pour survivre. Elles sortaient de l'ère artisanale pour entrer dans l'ère moderne. Renaud (11) y voit l'extension des rapports marchands à la santé.

3.1.2 La crise médicale et la pédiatrie

Chez les Américains, aux transformations économiques et sociales des années 1960-70 s'ajoutaient les assauts des féministes contre les experts qui faisaient s'écrouler l'alliance des femmes et des médecins (12) et mettaient un terme au "Siècle de l'enfant", trente ans avant son terme (13). De plus, on estimait généralement que la baisse importante de la mortalité dans les pays développés à partir du milieu du XIXe siècle, tenait en grande partie à des facteurs non médicaux qui accroissaient la résistance des populations aux maladies infectieuses, comme le soutenait McKeown en Angleterre. La parution du livre d'Ivan Illich (14), lançait une pierre dans la mare et créait des rebondissements qui laissaient leurs traces dans l'*Union médicale du Canada* (15). Alors qu'Illich s'attaquait à

11 Marc Renaud, "Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "Narcissique" dans P. Keating et O. Keel, *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*, pp. 189-217

12 B. Ehrenreich, D. English, *Des experts et des femmes*, p. 315 et suivantes.

13 *ibid.*, p. 268

14 Ivan Illich, *Némésis médicale L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil 1975

15 Gilbert Blain, "Ivan Illich et le rapport Castonguay: deux visions de la santé et de la médecine", *UMC* 104, novembre 1975. Voir aussi: Alfred Dumais, Pierre Saint-Arnaud, "Le

la médicalisation de la vie, à l'exploitation professionnelle du contribuable par l'institution médicale, ici paradoxalement, le système de santé prenait en charge tous les Québécois dans la réalisation du concept de médecine globale, qui devenait une manifestation de la médicalisation de la vie. Les médecins en étaient à reconstruire leurs alliances avec les technocrates de la santé sur des bases différentes qui donnaient lieu à la formation de syndicats professionnels. (16)

La désillusion à l'égard de la médecine à dominance hospitalière et technologique provoquait une crise médicale qui revêtait ici trois aspects: celui du savoir médical, de l'efficacité de la pratique médicale et de sa crédibilité (17). La crise de l'enseignement médical se traduisait dans la contestation des méthodes séculaires d'éducation médicale qui conduisait à sa réforme (18). Nous avons vu que l'enseignement de la pédiatrie amorçait un déclin précisément à cette époque. La crise de l'efficacité de la pratique médicale portait sur l'inefficacité des politiques de santé qui surgissait de la confrontation des dépenses faites par les services de santé en regard de l'évolution de l'espérance de vie des Québécois et de leur qualité de vie. La crise de la crédibilité de la pratique médicale se répercutait dans l'altération des rapports de confiance, alimentée par les grèves qui se multipliaient chez les professionnels de la santé dont l'image idéalisée sortait ternie.

L'évolution de la profession médicale qui connaissait l'éclatement, posait le problème de la reconnaissance même du pédiatre (19) et la pédiatrie traversait une période de remise en question. L'avenir de la

développement de la sociologie de la santé au Québec", *Recherches sociographiques*, XVI, janvier-avril 1975, pp. 9-20

16 G. Dussault, *La profession médicale au Québec 1941-1971*.

17 André Desgagné, "Les aspects de la crise de la médecine qui préoccupent l'Office des professions", *La Vie médicale au Canada français* 7, septembre 1978. Voir: Renaud, *op. cit.*, p. 202

18 D. Goulet, *Histoire de la faculté de médecine*, p. 396

19 Le problème de la pédiatrie donnait lieu en France au Regroupement des Pédiatres de la Région parisienne en 1961 qui, sous la devise "servir l'enfance par la pédiatrie", fondaient le *Pédiatre Parisien* l'année suivante.

profession était l'objet d'une table ronde au congrès de 1968 de la Société canadienne de pédiatrie et en 1971 le congrès faisait de la pratique générale de la pédiatrie son thème principal. Un questionnaire s'installait au sein de la profession. Dès 1969, Jacques Genest exprimait l'opinion que la médecine interne était une spécialité qui cherchait sa voie et qui était menacée de disparition puisqu'il devenait impossible à un médecin de couvrir adéquatement le vaste domaine de la médecine interne (20). Ainsi, après 1975, à l'instar de la médecine des adultes, les soins spécialisés en pédiatrie prenaient de plus en plus d'ampleur et les pédiatres devenus des internistes cherchaient à se définir un espace. Le pédiatre se consacrait à l'enseignement pédiatrique auprès du médecin praticien; consultant, il donnait le plus souvent des soins discontinus, limités à l'épisode pathologique pour lequel on le consultait et était orienté plus spécifiquement vers les problèmes médicaux. Une enquête menée auprès de 22000 pédiatres américains démontrait la transformation de la pratique pédiatrique (21). Le pédiatre devenait conseiller et développait une pratique de "guidance anticipatoire" qui débutait avec une visite prénatale afin d'établir une alliance avec la mère, se précisait à la période néonatale pour se continuer par des visites périodiques au cours de l'enfance.

En pédiatrie, la pertinence même de l'hospitalisation était remise en question et les représentants des hôpitaux pédiatriques se penchaient sur la survivance de ces institutions (22). Car avoir pour ambition de soulager un enfant malade ou mieux de le guérir, impliquait de considérer certaines réalités objectives à savoir, le traumatisme de l'hospitalisation, la séparation de l'enfant de son milieu et les traitements qui souvent comportent des désagréments et des souffrances et qui n'ont pour effets que de les prolonger. Il fallait prendre en compte l'angoisse de l'enfant, ses réactions aux traitements particulièrement lorsqu'il se sentait atteint

20 Jacques Genest, "La qualité de la pratique médicale", *UMC* 108, janvier 1979, p. 11

21 Gloria Jéliu, "Le pédiatre et le développement de l'enfant: acquisitions nouvelles", *UMC* 111, septembre 1982, pp. 805-809

22 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Justine, 1969

d'une maladie chronique, son sentiment d'impuissance devant les médecins et les traitements, et la façon dont il était amené avec plus ou moins de bonheur à confronter cette réalité. (23) Les traitements procurés n'avaient-ils pour effets que de perpétuer un état de souffrance plutôt que d'améliorer l'état de l'enfant?

Dans les hôpitaux pédiatriques, cette nouvelle vision de l'hospitalisation associée au développement technologique, permettait de repenser la chirurgie pédiatrique. Soudain l'hospitalisation longtemps favorisée, s'avérait être traumatisante pour les enfants tout en les exposant à la contamination et on découvrait que les parents munis d'instructions précises, pouvaient assurer des soins adéquats. L'hôpital de jour allait jouer un rôle grandissant.

A la fin de cette troisième période, l'âge de la médecine hospitalière arrivait à son terme (24). Les problèmes aigus de personnel, de trésorerie, de gestion assaillaient les hôpitaux.

3.1.3 Les enjeux biologiques

Nous situons cette troisième période du développement de la pédiatrie au cœur des enjeux biologiques qui caractérisaient l'évolution des sciences de la nature. Ces dernières marquaient des points particulièrement du côté de la génétique et cette évolution pouvait expliquer certains états pathologiques jusque-là restés sans réponse. La pédiatrie bénéficiait de ces développements qui lui permettaient d'aborder sur des bases scientifiques, les pathologies congénitales. Les maladies héréditaires et congénitales étaient devenues, avec la prématurité, les traumatismes et le cancer, les principales causes de mortalité infantile. L'augmentation de l'importance des maladies héréditaires était cependant

23 Chantal De Brie, "L'hospitalisation de l'enfant: aliénation ou crise de croissance", *La Vie médicale au Canada français* 9 septembre 1980, p. 629

24 Ivan Illich, *Némésis médicale*, p. 163

relative et non numériquement absolue, mais les statistiques leur donnaient du relief, comme le démontrait le rapport des médecins de l'Hôpital Sainte-Justine (25). Le nouveau positionnement des maladies héréditaires venait de la nette diminution de la mortalité par infection depuis l'avènement des antibiotiques et de la disparition de la mortalité par maladies contagieuses mieux contrôlées.

De la génétique à la génétique médicale

Les pathologies liées au milieu extérieur étant mieux contrôlées, les causes sociales étaient délaissées au profit des causes individuelles et l'attention se portait sur les pathologies liées à la constitution humaine dont les gènes portent l'information. Cette transposition tenait à l'intégration de la génétique à la médecine. A la normalisation qui caractérisait la démarche cognitive en biologie et conduisait à la détection des différences, succédait l'individualisation. Et toujours redevable au développement des sciences biologiques, la médecine empruntait le même cheminement. Le développement de la biologie cellulaire précisait la notion d'individualité biologique et au fur et à mesure que les maladies héréditaires prenaient de l'importance, cette notion allait grandissante en médecine. (26)

Pendant longtemps, les facteurs héréditaires hantaient les biologistes, les médecins et les philosophes qui y allaient de diverses théories qui tenaient tantôt des balbutiements de l'embryologie, tantôt de l'imaginaire et qui s'accompagnaient de règles déterminant des comportements. Elles étaient le plus souvent culpabilisantes pour la mère à qui on imputait toutes malformations de l'enfant à la naissance (27). L'hérédité, autrefois considérée comme un caprice mystérieux de la

25 A. Paquin et al, "La santé de l'enfant dans le Montréal métropolitain français et son acheminement vers la maturité", *UMC* 95, avril 1966, pp. 445-452

26 C. Sinding, *Le clinicien et le chercheur*, Paris, PUF 1991

27 F. Loux, *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris Flammarion 1978, p. 83; Pierre Darmon, *Le mythe de la procréation à l'âge baroque*, Paris, Seuil 1981, p. 174.

nature, devenait un phénomène scientifique mieux connu depuis le début du XXe siècle.

A partir de 1880, le problème de l'hérédité constituait une préoccupation majeure des cytologistes qui, s'appuyant sur la théorie cellulaire, pouvaient envisager la transmission d'une structure organisée. Strasburger, puis Boveri mettaient l'accent sur la notion de chromosome comme support de l'hérédité. En 1944, Avery, MacLeod et Mac Carthy démontraient que les molécules d'ADN purifiées transmettaient d'une bactérie à une autre leurs caractères héréditaires. La découverte de la structure de l'ADN en 1953, au laboratoire Cavendish à Cambridge en Angleterre, support du matériel génétique, introduisait en biologie de nouveaux concepts (28). Elle touchait trois domaines essentiels: le métabolisme, les structures tissulaires et l'embryogenèse et était le point de départ de nombreuses innovations qui permettaient à d'autres disciplines de progresser dans leurs connaissances de la physiologie et de la pathologie. Les découvertes de la génétique fondamentale et ses nouvelles techniques biologiques favorisaient l'organisation de nouveaux secteurs d'activités médicales.

Les cliniciens reconnaissaient la prédisposition familiale pour une maladie, mais cette notion de terrain basée sur l'observation, restait sans support biologique. Cette notion revêtait une couleur scientifique quand la génétique intégrait la pédiatrie. Devant la nomenclature de certaines affections congénitales et héréditaires, l'attention des biochimistes et des généticiens portait sur l'étude des gènes et leur action biochimique spécifique. Les maladies héréditaires, en révélant leurs troubles biologiques, précisaient la génétique clinique et supposaient un plan de dépistage, de prévention et de traitement. La génétique se dégagait un espace important au sein de la pédiatrie moderne. L'étude détaillée de plusieurs erreurs innées du métabolisme conduisait à des recherches

28 James Watson, Francis H.C. Crick, "Molecular Structure of Nucleic Acids D.N.A.", *Nature* 171, April 25 1953, pp. 737-738; "Genetical Implications of the Structure of Deoxyribonucleic Acid", *Nature* 171, May 30, 1953, pp. 964-967.

coordonnées qui contribuaient à l'identification de nouvelles entités nosologiques. À côté, la cytogénétique offrait un pont entre l'histologie classique et la chimie des acides nucléiques et permettait de repenser certaines classifications. L'application à la médecine du développement des connaissances en génétique ouvrait la voie à la génétique médicale, une discipline qui cherchait à s'imposer. Pluridisciplinaire, la génétique médicale était à l'origine d'une nouvelle configuration de la pédiatrie. En juillet 1959, le IX^e Congrès international de pédiatrie qui se réunissait à Montréal à l'invitation de la Société canadienne de pédiatrie alors sous la présidence d'Henri Charbonneau, plaçait la génétique au centre des intérêts. Il regroupait 3000 délégués venant de 65 pays (29).

Les généticiens se regroupaient au sein de la *Genetics Society of Canada* en 1970 qui devenait le porte-parole de la profession organisée. Mais pour baliser la génétique médicale, des médecins dont Louis Dallaire de l'Hôpital Sainte-Justine et Claude Laberge du Centre hospitalier de l'Université Laval, mettaient sur pied *The Canadian College of Medical Geneticists* officiellement reconnu en janvier 1976 et constitué à l'origine de 20 membres. Ce Collège élaborait un programme d'études et des examens d'admission écrits et oraux. Il s'occupait à la fois de la formation professionnelle et du développement des services médicaux pour faire la preuve auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, que la génétique médicale constituait un corpus de connaissances autonome et un champ de pratique admissibles à la certification. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada reconnaissait en 1989, l'autonomie de cette spécialité à la fois biologique et clinique, qui requerrait cinq années de formation spécialisée. (30)

29 De la Broquerie Fortier, "Les actualités pédiatriques", *UMC* 89, mars 1960, pp. 317-324

30 "The Canadian College of Medical Geneticists", T.P. Morley (ed.), *Medical Speciality Societies of Canada*, pp. 356-366. Première chaire de génétique en France en 1946.

Le Centre de bioéthique montréalais

L'homme ayant acquis les moyens de modifier le cours de l'évolution humaine et les éléments fondamentaux de la vie, s'interrogeait sur les développements scientifiques de l'heure et s'inquiétait de ses actions et de leurs conséquences. Il s'interrogeait sur le bien-fondé de ses choix et faisait appel à la bioéthique pour engager une réflexion qui incluait des aspects sociaux et moraux de la médecine. Premier du genre, le *Hastings Center, Institute of Society, Ethics and the Life Sciences* était fondé à New York en 1969. A son tour, l'Institut de recherches cliniques de Montréal créait un centre de bioéthique inauguré le 23 septembre 1976 et confié à la direction du docteur David J. Roy. (31) Ce centre avait pour but d'identifier les conditions nécessaires à une gestion responsable de la vie et se voulait un lieu de communication et de collaboration entre les sciences, les disciplines et les professions exerçant une influence décisive sur les structures de la condition humaine et sur l'avenir de l'évolution humaine. La philosophie s'insérait dans le débat scientifique.

Le centre tenait son premier symposium sur la compétence médicale, la morale et le traitement des nouveau-nés et des jeunes enfants gravement atteints de malformations congénitales, en novembre 1976. Il publiait la collection *Cahiers de bioéthique* dont les deuxième et troisième livres publiés en 1980, s'intitulaient respectivement *Le diagnostic prénatal* et *Médecine et adolescence*, deux thèmes se rapportant à la pédiatrie. (32)

Quant à la protection des droits de l'homme dans l'expérimentation médicale, elle s'est faite sous le parrainage de l'Organisation mondiale de la santé par le Conseil des organisations internationales des sciences

31 David Roy, prêtre de la Congrégation des Pères du Saint-Sacrement, détient des baccalauréats en mathématiques de l'Université John Carroll de Cleveland et en théologie de l'Université catholique de Washington D.C. Il obtenait en 1972, un doctorat de la Westfälische Wilhelms Universität, Münster. Il est membre de l'Académie internationale de philosophie des sciences et rédacteur en chef du *Journal of Palliative Care*.

32 En juillet 1994, la France promulguait des lois de bioéthique.

médicales. Cette exigence d'un contrôle d'ordre éthique apparaissait en 1975 à Tokyo au moment de la révision de la Déclaration d'Helsinki, quand l'Association médicale mondiale en adoptait le principe. Au Canada, le Conseil national de la bioéthique en recherche sur les sujets humains, publiait en décembre 1993, *Réflexions sur la recherche auprès des enfants* sous la plume de Judith Miller. En coopération avec la Société canadienne de Pédiatrie, on voulait offrir des paramètres efficaces tout en reconnaissant que des épreuves comparatives sur des enfants normaux étaient acceptables pour l'avancement de la connaissance. Elles devaient cependant recueillir le consentement du patient ou de ses tuteurs.

3.1.4 Vers une politique de recherche médicale au Québec

A la suite des demandes réitérées des associations médicales canadiennes, la recherche médicale prenait son essor avec la création en 1938 par le Conseil national de la recherche du Canada (CNRC), d'un Comité de la recherche médicale pour subventionner le travail des chercheurs. (33) Après la guerre, en 1946, ce comité devenait la Division médicale du CNRC qui constituait en 1961, un organisme autonome ayant un budget accru, le Conseil des recherches médicales du Canada, principal organisme gouvernemental consacré au financement de la recherche dans le domaine médical. Il recevait dans les années soixante-dix plus de 30 millions de dollars annuellement. A l'origine, des subventions spéciales étaient accordées à des projets de recherche spécifiques et non à des institutions. (34) La recherche médicale était aussi subventionnée par le gouvernement provincial et par la philanthropie et les agences ou fondations. (35)

33 UMC 67, avril 1938, p. 426. Voir aussi: Marcel Fournier, *L'entrée dans la modernité Science, culture et société au Québec*, p. 75. L'auteur y pose les conditions de l'institutionnalisation de l'activité scientifique qui sont d'ordre idéologique, intellectuel, économique et personnel.

34 En 1975, le *National Health Research Development Program* relevait du *Department of National Health and Welfare*

35 Historique du financement de la recherche médicale au Canada: UMC 91, avril 1962, p. 388. Voir aussi: G.H. Agnew, *Canadian Hospitals 1920-1970*, p. 24. Les principales fondations

Certaines agences font d'une maladie une cause commune contre laquelle il faut lutter de toutes ses énergies en suscitant l'espoir. Elles représentent des groupes d'intérêts profanes au sein desquels militent des médecins qui mobilisent pour sensibiliser l'opinion publique à la nécessité d'investir dans la recherche. Elles recourent aux souscriptions publiques pour alimenter les fonds de recherche. En outre, elles assurent des services aux patients regroupés qu'elles mettent en contact avec les institutions sociales et jouent un rôle dans l'utilisation des services médicaux. Elles jouent également un rôle dans l'établissement d'une politique de recherche.

Le **Club de recherches cliniques du Québec** témoignait de la culture scientifique existante en milieu francophone et regroupait à ses débuts une douzaine de membres. Il tenait sa première réunion le 22 septembre 1959. Cette fondation était redevable à Antonio Cantero, Charles Lépine, Jean-Marie Delage, Charles Plamondon, Aurèle Beaulne, Jean-Pierre Cordeau. Le Club qui regroupait chercheurs, médecins, chimistes et biochimistes, augmentait régulièrement ses effectifs qu'il recrutait auprès des universités francophones et des hôpitaux affiliés du Québec. Avec le temps, le Club accueillait quelques chercheurs de l'Université McGill. A sa réunion annuelle, les travaux scientifiques présentés, faisaient l'objet d'une synthèse publiée dans l'*Union Médicale du Canada*. Dix ans après sa fondation, il comptait plus de 200 membres et présentait 77 communications; ses effectifs doubleraient au milieu de la décennie 1980. A partir de 1977, le prix Michel-Sarrazin était remis annuellement à un chercheur québécois senior émérite et le prix du Jeune chercheur, était créé en 1984.

Cette manifestation de culture scientifique et technique permettait aux membres de s'imposer à la reconnaissance sociale qui s'inscrivait au

établies au début des années soixante et administrées par la Société canadienne de Pédiatrie, Mead Johnson, Reine Elisabeth II et Heinz, distribuent annuellement des bourses d'étude ou une aide à la rémunération du personnel scientifique.

nombre des conditions nécessaires au développement d'une politique scientifique revendiquée par les chercheurs. Surtout, il jouait un rôle important dans la promotion de la recherche fondamentale et clinique dans la communauté francophone. La force relative des membres du Club lui conférait une certaine légitimité qui lui permettait de faire des recommandations auprès du ministère de la Santé de la Province de Québec, au sujet de la reconnaissance des laboratoires de recherches cliniques sous le régime de l'assurance-hospitalisation et au sujet de la fondation du Conseil de la recherche médicale du Québec. Les membres constataient que le Québec recevait sa part du gouvernement canadien, mais que les fonds étaient surtout dirigés vers l'Université McGill. Ils entraient dans la concurrence et pouvaient jouer d'influence dans l'orientation du développement scientifique et la hiérarchisation de ses secteurs. Sous cet angle, le Club de recherches cliniques ne peut être considéré comme une simple manifestation de la vitalité de la communauté scientifique mais constituait un véritable tremplin stratégique. Il devenait avec le temps, le forum par excellence de la recherche biomédicale au Québec. (36)

La Commission Sylvestre se penchait sur l'état de la recherche au Québec. (37) Pour assurer son essor, elle reconnaissait la nécessité de permettre à des chercheurs de s'y consacrer à plein temps; elle ouvrait le volet de la professionnalisation des chercheurs. Elle recommandait de créer un organisme qui verrait à la gestion d'un budget provincial et donnait sa faveur à la création d'unités de recherches dans les institutions déjà existantes. Quant à la recherche clinique, elle constatait qu'elle était limitée et en recommandait chaudement son développement.

36 Pour le développement d'une politique scientifique, voir: R. Duchesne, *La science et le pouvoir au Québec 1920-1965*, p. 72. En 1970, l'État provincial formait "les premières structures de politique scientifique" pour sceller l'alliance du savoir et du pouvoir dans le rapprochement de l'autorité politique et de l'autorité scientifique.

37 "La recherche", *Enquête sur les services de santé du Québec*, 1948, chapitre XI, p. 129

Considérant la nécessité de la recherche biomédicale pour la qualité des soins médicaux, l'enseignement médical et le prestige de la médecine québécoise, le Conseil de la recherche médicale du Québec était fondé en 1963 par le docteur Jacques Gélinas, sous-ministre de la santé dans le cabinet Lesage; Jacques Genest en était le premier président. Pour soutenir la recherche en santé, le législateur créait en 1964 le Fonds de recherche en santé du Québec, une structure capable de coordonner, rationaliser, introduire et soutenir la recherche en santé. Il avait aussi pour rôle de promouvoir la formation et le perfectionnement du chercheur pour la réalisation d'une recherche de qualité internationale. J.R. Ducharme de l'Hôpital Sainte-Justine y occupait le poste de secrétaire scientifique. Les sommes mises à la disposition de la communauté scientifique québécoise étaient alors accessibles aux seuls chercheurs des centres universitaires et hospitaliers universitaires. Les chercheurs passaient à l'étape de la recherche organisée selon le modèle de Clark (38) avant de passer à l'étape de la *Big science* au sein du centre de recherche. Dans la société hautement technologique, le médecin chercheur obtenait la reconnaissance officielle de ses activités et le statut social correspondant. En 1974, au moment où le conseil commençait à bénéficier des fonds accordés par la Loi de la régie de l'assurance-maladie, le Conseil de la recherche médicale du Québec prenait le nom de Conseil de recherche en santé du Québec (CRSQ) pour s'ouvrir à la recherche évolutive, épidémiologique et organisationnelle et celui de Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) en 1981 qui publiait le *Bulletin d'information du Fonds de recherche en santé du Québec*.

Durant cette période, les médecins franco-montréalais entraient de plein pied dans les organismes nationaux et internationaux et par leur action, ils contribuaient à la redéfinition de la famille et leur influence orientait les choix politiques à l'égard de la maladie et du bien-être. Ils en

38 T. Clark, "Les étapes de l'institutionnalisation scientifique", *Revue internationale des sciences sociales* XXIV, 4, 1972, p. 699-713

définissaient une nouvelle conception, plaçant les enjeux biologiques au cœur du débat. Nous avons dégagé les conditions politiques, sociales, et institutionnelles qui modelaient la nouvelle configuration de la pédiatrie. Nous précisons dans les chapitres suivants, la spécificité des applications en milieu franco-montréalais.

3.2 Redéfinition de l'hôpital pédiatrique

A peine la faculté de médecine était-elle installée sur les flancs du Mont-Royal, que la présidente de l'Hôpital Sainte-Justine souhaitait rapprocher l'institution de l'Université (1). En 1948, l'achat de terrains Chemin de la Côte Sainte-Catherine était complété et pour affirmer le caractère régional de l'hôpital, une loi adoptée le 4 décembre 1951 autorisait les municipalités à emprunter pour souscrire au fonds de construction de l'édifice projeté. L'édifice moderne achevé pour le cinquantième anniversaire de l'institution en octobre 1957, pouvait offrir 737 lits de pédiatrie et 126 lits aux adultes. La conception architecturale du nouvel hôpital répondait au confort ultramoderne du temps; il tenait compte des besoins spécifiques des enfants et du personnel soignant. Et pour confirmer sa mission provinciale, on avait aménagé un hélicoptère sur le toit de l'édifice, un service qui, dans les faits, s'avérait très coûteux et par conséquent peu utilisé.

Tableau 3-2

Admissions à l'Hôpital Sainte-Justine 1957-1974
d'après les rapports annuels (2)

Année	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Patients	13261	16084	19528	20709	21605	22440
Année	1970	1971	1972	1973	1974	
Patients	20874	21770	20803	24283	23803	

Cette expansion considérable démontrée dans le tableau ci-haut, survenait au moment où les hôpitaux enregistraient des déficits

1 AHSJ, dossier 23-14 Lettre à Mme Jos. Beaudry, 4 juillet 1940

2 Pour l'année 1957, le déménagement de l'hôpital obligeait à suspendre temporairement les admissions.

importants et plaçait l'Hôpital Sainte-Justine dans une situation précaire. Dans le mémoire présenté conjointement par les hôpitaux généraux pour enfants à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, l'Hôpital Sainte-Justine et le Children's Memorial Hospital (3) réclamaient la révision des tarifs de l'Assistance publique. Cette dernière majorait en 1957 son tarif quotidien à 10.50\$, montant qui demeurait bien en deçà du coût moyen évalué à l'Hôpital Sainte-Justine à 17.44\$. Ce nouveau tarif représentait cependant une augmentation significative, puisqu'en 1949, il était de 8.18\$. Plus encore, en 1957, 56.3% de la clientèle relevait de l'Assistance publique pour un total de 100 480 jours d'hospitalisation; deux ans plus tard, cette même clientèle était évaluée à 54% mais requérait 144 196 jours d'hospitalisation. Pour les dix dernières années, l'Hôpital Sainte-Justine se retrouvait en tête de liste des hôpitaux avec une moyenne de jours d'Assistance publique à 54.5% du total des jours d'hospitalisation. Cependant, les administratrices, Madame Beaubien en tête, présidente depuis cinquante ans, se refusaient à tourner le dos aux objectifs qui avaient prévalu au moment de la fondation de cet hôpital pédiatrique et à réduire les admissions à l'Assistance publique. Il nous faut souligner ici que dans le développement des services de pédiatrie en milieu franco-montréalais, les femmes étaient plus que des intermédiaires neutres entre les médecins et la population; elles jouaient un rôle actif dans la distribution des soins.

A la veille de l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation le 1er janvier 1961, l'Hôpital Sainte-Justine enregistrait 158 709 jours d'hospitalisation à l'Assistance publique (64%) au coût moyen de 31.96\$. Les déficits encourus par l'hôpital depuis sa fondation s'élevaient à plus

3 En 1955, *The Montreal Children's Hospital*, centre d'enseignement pédiatrique de l'Université McGill, naissait de la fusion du *Children's Memorial Hospital*, du *Montreal Children's Hospital* et du *Montreal Founding and Baby Hospital*. Le 9 décembre 1956, il occupait de nouveaux locaux à l'angle des rues Dorchester et Atwater où le nombre de lits passait de 174 à près de 400. L'hôpital Julius Richardson pour enfants convalescents de 3 à 12 ans, fermait ses portes en 1957.

de 11M de dollars (4). Le montant forfaitaire offert par l'assurance-hospitalisation était de 21.50\$ par jour.

Sous l'effet des innovations technologiques et de la professionnalisation du personnel soignant, les coûts d'hospitalisation étaient devenus prohibitifs pour une clientèle qui se recrutait majoritairement chez les jeunes ménages peu fortunés ou chez les familles nombreuses à revenus modestes. Dans ce contexte, il faut convenir qu'avant l'assurance-hospitalisation, une part significative du travail des médecins était non rémunérée et qu'il leur fallait trouver dans la cause des enfants malades et le milieu stimulant et intéressant, la motivation nécessaire à la poursuite de leur action.

Au début des années 1960, pour desservir sa clientèle à 90% canadienne-française, l'hôpital comptait 730 lits exclusivement réservés aux enfants malades pour un total de 923 lits et berceaux (5). On évaluait la population hospitalisée de moins de 5 ans à 43% de la clientèle pour laquelle 422 lits étaient réservés, alors que 308 lits étaient attribués aux grands enfants. Le quart des enfants hospitalisés avait moins d'un an. L'obstétrique, le département privé et la pouponnière se partageaient les lits restants. En dépit du nombre de lits pédiatriques, la liste d'attente quotidienne variait entre 900 et 1200 patients. Rien d'étonnant à constater que c'était en oto-rhino-laryngologie que cette liste d'attente était de loin la plus longue puisque près de la moitié des malades hospitalisés en chirurgie, l'étaient en oto-rhino-laryngologie (6). De plus, les relevés des rapports annuels révèlent une augmentation significative des interventions avec l'avènement de l'assurance-hospitalisation.

4 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Justine 1960, p. 36. Les informations sont tirées des rapports annuels à moins d'une indication contraire.

5 C. Laberge-Nadeau, *Les caractéristiques de la population hospitalière à l'Hôpital Sainte-Justine*. M.A.H., Université de Montréal, 1963. Claire Laberge-Nadeau était assistante directrice médicale de 1962 à 1971 et directrice médicale de 1971 à 1973. Elle assumait alors la direction des services professionnels jusqu'à sa démission en février 1974.

6 *ibid.*, p. 32, 62

Tableau 3-3

**Interventions dans le service interne d'oto-rhino-laryngologie
à l'Hôpital Sainte-Justine 1948-1961**

Année	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954
Interventions	1955	1389	1791	1804	1880	1457	1392
Année	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Interventions	1455	1666	1470	2029	2349	2967	4019

La clientèle se répartissait dans les proportions suivantes: 35% en pédiatrie, 42% en chirurgie et 23% en obstétrique. Une autre caractéristique de la clientèle observée par le docteur Laberge-Nadeau, était la prédominance de l'hospitalisation des garçons sur celle des filles chez les moins de cinq ans, et une fréquence plus grande de la chirurgie élective chez les garçons. Cette tendance à hospitaliser plus de garçons que de filles restée sans explication, n'était pas récente puisque le même constat vaut pour la période précédente, comme nous l'avons souligné. A noter toutefois que le docteur Laberge-Nadeau menait son étude après l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation et que la question pécuniaire peut difficilement être retenue. Faut-il rappeler ici l'observation de Knibiehler (7) qui veut que le mépris dans lequel on tenait les filles faisait qu'on les soignait moins bien; l'étonnement vient surtout de ce que le phénomène se soit prolongé si tard dans le siècle.

La pédiatrie menacée

Au poste de directeur médical, en 1960 le pédiatre Raymond Labrecque (8) succédait au chirurgien Edmond Dubé qui avait pris une part active à l'évolution de l'hôpital. Cette passation des pouvoirs était marquée par de nouveaux règlements et statuts du bureau médical, qui remplaçaient ceux de 1941. Par ailleurs, l'avènement de l'assurance-hospitalisation accompagnait la naissance du syndicalisme dans les hôpitaux et en 1963, la première grève d'importance dans le secteur public avait lieu à l'Hôpital Sainte-Justine où les infirmières étaient en grève durant un mois. Servant de cause-type, l'hôpital était cloué au pilori sur la place publique et son administration restée traditionnelle, était contestée (9). Pour cette dernière, la cause des enfants malades était trahie et les valeurs d'abnégation et de dévouement étaient occultées au profit des conditions de travail. Les valeurs transmises pendant les années de formation en nursing n'agissaient plus. Partie prenante d'un système étatique, les administratrices jetaient un regard nostalgique sur le système privé qui s'éclipsait et voyaient leurs droits de gérance se rétrécir comme une peau de chagrin. Le poste de directeur général créé cette même année était confié à Gaspard Massue (10)

Cependant, le problème de la pédiatrie se posait à l'échelle de la profession médicale. Le docteur Joseph Stokes jr. de l'Université de

8 Raymond Labrecque (1912-1971) Chef interne en 1939, il était le premier candidat à s'inscrire au plan de quatre ans destiné à la formation des médecins spécialistes en pédiatrie à l'Hôpital Sainte-Justine. Il complétait ses études au *Post Graduate Medical School de New York* et au *Children's Hospital* de Boston. Successivement, il occupait le poste d'assistant bénévole en médecine en 1943, d'assistant directeur médical en 1946 et celui de chef du service de médecine en 1960. À l'Université de Montréal il devenait assistant professeur de clinique pédiatrique en 1947, agrégé en 1950, et chef-adjoint en médecine, section de l'enseignement en 1955.

9 Claude Ryan, *Le Devoir* octobre 1963

10 Gaspard Massue entra à l'Hôpital Sainte-Justine à titre de statisticien bénévole de 1944 à 1949, puis il prenait le titre de directeur administratif en 1949 et celui de directeur général en 1963. Il démissionnait le 30 avril 1973 et les changements administratifs apportés par l'entrée en vigueur de la loi sur les services de santé et les services sociaux, ouvraient le poste à Soeur Jeanne Laporte s.g.m. (1919-1998).

Pennsylvanie, invité du Comité de Recherches cliniques, intitulait sa conférence du 23 mars 1965, "L'avenir de la pédiatrie comme spécialité". Plus concrètement, cette même année, la survivance de l'Hôpital Sainte-Justine était mise en cause. Au moment où il commençait à acquérir une réputation intéressante dans le milieu pédiatrique, la faculté de médecine qui ambitionnait toujours de réaliser son projet d'hôpital universitaire sur le campus, réclamait une solution. Le regard des hommes politiques se posait sur l'Hôpital Sainte-Justine situé à proximité de l'université. Cette idée donnait lieu à un levée de boucliers. La transformation de l'Hôpital Sainte-Justine en un Centre médical universitaire pour des raisons financières, rencontrait l'opposition de la Société de pédiatrie (11). Outre que cette décision priverait la population d'un centre pédiatrique, elle causerait un tort considérable à la pédiatrie. L'intervention du premier ministre Lesage était perçue comme de l'ingérence politique dans les décisions universitaires et les libertés académiques (12). L'hôpital défendait pour sa part, l'avenir de la pédiatrie qui se verrait privée d'un grand nombre de lits et par conséquent compromettrait son développement (13). Bref la communauté pédiatrique franco-montréalaise se mobilisait pour contrer le projet qui était finalement abandonné.

Les développements en médecine qui s'accompagnaient de techniques nouvelles dont les médecins cherchaient à acquérir la maîtrise, les orientaient vers une discipline spécifique. Ce phénomène avait pour conséquence de faire éclater l'homogénéité qui caractérisait la profession (14). La Fédération des médecins spécialistes qui était formée au Québec en 1965, avait une portée considérable sur le développement des soins de santé. Dusseault démontre que la spécialisation était à la source des transformations majeures que connaissait la médecine au

11 AUM, D35/C4, 323, Lettre de la Société de pédiatrie au recteur R. Gaudry, 30 septembre 1965

12 AUM, D35/C4, 323, Lettre de J. Genest au recteur Gaudry, 1er octobre 1965

13 AUM, D35/C4, 323, Lettre de J.L. Beaubien au recteur Gaudry, 30 décembre 1965

14 Gilles Dussault *La profession médicale au Québec 1941-1974*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1974, p. 15. "Les médecins du Québec 1940-1970" *Recherches sociographiques* XVI, 1, 1975, pp. 69-84. En 1967, les radiologistes étaient en grève; ils perturbaient le fonctionnement de l'hôpital et l'enseignement universitaire.

Québec et qu'elle était à l'origine du syndicalisme dans la profession qui faisait naître des sous-groupes. Faut-il rappeler ici le conflit qui opposait les spécialistes au gouvernement du Québec qui donnait lieu à une grève en octobre 1970 et cet autre conflit qui se traduisait dans la grève des résidents et internes qui rappelait au gouvernement leurs revendications? (15) La pédiatre Gloria Jéliu dénonçait alors les abus du système qui voulait que les résidents assument des gardes de nuit qui leur laissaient une grande responsabilité puisque la surveillance se faisait à distance par téléphone; elle dénonçait l'usage qui consistait à faire travailler le résident à la place du spécialiste quand ce dernier en recueillait le profit financier (16). L'État, par les objectifs sociaux qu'il soutenait et les sommes importantes qu'il y consacrait, était aussi responsable des transformations de la profession médicale.

En 1971, Claire Laberge-Nadeau succédait à Raymond Labrecque à titre de directeur médical. L'institution comptait alors 266 médecins et dentistes attachés à son service; elle en comptait 321 en 1977. Cette évolution professionnelle à l'Hôpital Sainte-Justine découlait de la diversification et de l'ultra-spécialisation des activités. Parallèlement, au milieu de la décennie 1970, une nouvelle vocation se dessinait pour l'Hôpital Sainte-Justine avec le rattachement d'un département de santé communautaire.

Les politiques provinciales en matière de santé, telles l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation suivie de l'assurance-maladie avec l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en

15 L'année académique 1960-1961 voyait naître la Fédération des médecins résidents du Québec qui formait un syndicat professionnel en 1967

16 G. Jéliu, "Statut de résident", *UMC* 99, mars 1970, p. 500. Gloria Jéliu arrivait au Québec en 1952 après des études à la faculté de médecine de Paris, elle poursuivait ses études de pédiatrie à l'Hôpital Sainte-Justine et à Boston. Elle enseignait la pédiatrie au niveau pré-gradué avant de devenir directrice de l'enseignement post-doctoral. Elle a fondé et dirigé la clinique de protection de l'enfance de 1972 à 1980 et fondé et dirigé la clinique de développement du *Centre de développement de l'Hôpital Sainte-Justine* de 1982 à 1987 alors qu'elle assumait la direction médicale de ce centre inscrit dans la structure du département de pédiatrie. "Le Docteur Gloria Jéliu et les défis de la pédiatrie", *UMC* 122, février 1993

décembre 1971, avaient un impact direct sur la réorientation de l'Hôpital Sainte-Justine quant à l'administration hospitalière, à la distribution des soins pédiatriques et à l'enseignement. La planification du ministère des Affaires sociales visait à la centralisation et à la coordination de certains services médicaux et sociaux et l'hôpital qui devait offrir ses services à l'intérieur d'un budget global, était soumis à un contrôle financier qui réduisait son degré d'autonomie. Dans ce nouveau cadre, il devenait nécessaire pour l'Hôpital Sainte-Justine de redéfinir avec précision son orientation afin de s'inscrire dans les politiques gouvernementales. Des changements importants survenaient dans la structure organisationnelle des hôpitaux et commandaient un inventaire des besoins et des ressources tant humaines que matérielles, pour une planification des soins de santé à l'échelle provinciale. Au début des années 1970, l'Hôpital Sainte-Justine s'affirmait comme centre de pédiatrie, d'obstétrique-gynécologie et de périnatalogie, comme centre des maladies infectieuses, de psychiatrie infantile et comme centre de recherche. Un long cheminement et une nouvelle philosophie d'approche aboutissaient en 1979, à la présentation du premier plan d'orientation à l'Hôpital Sainte-Justine. L'intervention de l'État s'accompagnait de lignes directrices précises.

Les nouvelles politiques se traduisaient dans une référence accrue de cas ultra-spécialisés, vers les hôpitaux pédiatriques et en 1976, l'Hôpital Sainte-Justine se dotait d'un service de soins prolongés de 65 lits. Les départements pédiatriques des hôpitaux généraux offraient alors des services spécialisés limités et un petit nombre de places. Par exemple, l'Hôpital Notre-Dame ne pouvait assurer les soins intensifs aux nouveau-nés et ne disposait que d'une trentaine de lits pédiatriques en plus de la pouponnière (17). Par ailleurs, à la prévention et au traitement de la maladie dans la phase aiguë, s'ajoutait la réadaptation et le développement des services ambulatoires. En rendant accessibles à

toute la population les soins médicaux et hospitaliers, l'optique et la pratique médicale étaient modifiées. Le développement technologique, la diminution de la durée du séjour hospitalier qui passait de 14.2 jours en 1949 à 8.9 jours en 1969, et le raffinement des critères cliniques déterminant la pertinence d'une hospitalisation, favorisaient le virage ambulatoire. On comptait désormais sur la capacité des parents à assumer la prise en charge de leur enfant et son maintien à domicile. A la fin des années 1970, 20 lits étaient consacrés à la chirurgie d'un jour et on considérait la mère comme faisant partie de l'équipe soignante. L'incompétence des mères tant décriée par les premiers pédiatres s'estompait soudainement et on assistait à une régression de la fonction d'hospitalisation, la durée du séjour et le nombre de jours d'hospitalisation étant à la baisse. Entre décembre 1974 et juin 1976, 972 patients étaient opérés sur une base externe à l'Hôpital Sainte-Justine (18). De plus, les soins pédiatriques évoluaient vers une régionalisation.

L'intégration du psychisme en pédiatrie transformait le concept médical antérieur et la maladie n'était plus considérée comme une simple perturbation des fonctions organiques. La médecine infantile intégrait la médecine psychosomatique et considérait l'enfant comme un tout indivisible dont la caractéristique fondamentale était la croissance. Elle s'attachait plutôt au malade qu'à la maladie. Cette approche globale ouvrait des horizons infiniment plus vastes à la pédiatrie qui contribuaient à sa nouvelle configuration. Sous deux grands départements cliniques, pédiatrie et chirurgie, étaient regroupés 27 sections et services médicaux différents qui témoignaient de l'éclosion de multiples spécialités infantiles. La médecine et la chirurgie pédiatriques regroupaient les spécialités qui couvraient les champs de la cardiologie pulmonaire, de la chirurgie cardiaque et vasculaire, de l'endocrinologie, de la génétique, de la néonatalogie, de la virologie, de l'hématologie, de l'immunologie, de la pédopsychiatrie, de la radiologie, de la néphrologie etc.. A l'Hôpital

18 Jean Charles Ducharme, "Les avantages de la chirurgie pédiatrique sans hospitalisation ou à court séjour", *UMC* 106, janvier 1977, pp. 63-65

Sainte-Justine, on comptait une trentaine de cliniques spécialisées au milieu de la décennie 1960 dont la mise sur pied, le maintien et le développement étaient assurés par une assistance financière accordée par le gouvernement ou par des fondations privées. Parallèlement, une médecine et une chirurgie expérimentales permettaient l'application des découvertes récentes et des thérapeutiques ultra-spécialisées. L'hôpital voyait son rôle évoluer vers celui de centre tertiaire, alors que les consultations externes assuraient les services de première ligne. Des services d'urgence se développaient dans différentes disciplines et les unités cliniques assuraient le traitement hospitalier. La pédiatrie nécessitait de plus en plus des compétences distinctives. D'une part, l'étude des maladies congénitales révélait leur complexité et commandait une approche multidisciplinaire, d'autre part, plusieurs pathologies infantiles confrontaient à la chronicité. La pédiatrie concentrait alors ses efforts sur le développement optimal des potentialités de l'enfant.

3.2.1 De l'hôpital pédiatrique au centre mère-enfant

La lutte à la mortalité infantile portait surtout sur la mortalité néonatale puisque le panorama des causes de mortalité s'était grandement modifié et appelait une révision des modes de prévention. De plus, on constatait que la baisse de la mortalité infantile n'avait pas affecté la mortalité néonatale (19).

Le tableau suivant soumis à la deuxième Conférence canadienne de l'enfance, donnait, pour un intervalle de vingt ans, la mortalité par groupe d'âge pour Montréal (20)

19 G. Jéliu, "Physiologie du nouveau-né", *AMCHSJ* VII, 1, 1954, pp. 54-69

20 A. Paquin, G. Jéliu, C. Laberge Nadeau, M. Dufresne, "La santé de l'enfant dans le Montréal métropolitain français et son cheminement vers la maturité", *UMC* 95, avril 1966, pp. 445-452

Tableau 3-4

Mortalité infantile par groupe d'âge

Période	1940-42	1960-62	1940-42	1960-62	1940-42	1960-62
Age	Population moyenne		Nombre moyen de décès		Taux par millier de population	
0-1	19443	27903	1212	642	62,3	23,0
1-4	56857	92724	242	89	4,2	0,9
5-9	74624	103632	92	37	1,2	0,4
10-14	82870	96823	82	31	1,1	0,3
15-19	85149	89377	143	47	1,7	0,5

Les auteurs constataient que la mortalité postnéonatale de 1 à 11 mois avait régressé davantage que la mortalité néonatale et que la majorité des décès d'enfants de la naissance à un an pour les années 1951-1962, se classait sous la rubrique malformations congénitales, débilité et prématurité, et comptait pour 45.2% des décès, alors que la rubrique traumatismes obstétricaux, asphyxie, atélectasie postnatale, recueillait 18.2% des décès. Les malformations congénitales, les accidents, les leucémies totalisaient 39% des décès chez les enfants de 1 à 4 ans et 16% chez les enfants de 5 à 14 ans.

Malgré l'évolution de la médecine pédiatrique, le rapport soumis à la deuxième Conférence canadienne de l'enfance observait toujours au milieu de la décennie 1960, l'absence de liaison entre les disciplines obstétricale et pédiatrique qui se reflétait dans une certaine mesure dans la mortalité néonatale. L'étude des statistiques de la mortalité périnatale, amenait les médecins à se pencher sur la qualité des soins obstétricaux et néonataux, tandis que l'évaluation des facteurs de risque chez certaines femmes enceintes, débouchait sur une surveillance particulière du déroulement de la grossesse dans certains cas spécifiques.

Clinique expérimentale de soins périnataux

Les périodes prénatale et néonatale de la vie de l'enfant, intimement liées du point de vue médical, relevaient traditionnellement de l'obstétrique. A la suite d'une requête présentée au ministre fédéral de la santé en 1949, l'Hôpital Sainte-Justine recevait une subvention de 45 452\$ pour l'établissement et le maintien d'une clinique expérimentale de soins prénatals, natus et postnatus. Cette clinique d'hygiène maternelle et infantile confiée à l'obstétricien Pacifique Gauthier et au pédiatre Gaston Lapierre, débutait en septembre 1950; elle contribuait à la médecine préventive tout en ouvrant un milieu de recherche à la science médicale. Elle relevait du service social qui assurait le suivi des mères et des enfants prématurés pendant leur séjour à l'hôpital et après leur retour à domicile, par des visites de contrôle. En 1952, on y avait suivi 1543 patients. L'année suivante, à la demande du service de santé de la Ville de Montréal, on ouvrait une consultation de puériculture. En 1958, l'équipe de périnatalité suivant une méthode psychoprophylactique, établissait des cours prénatals qui étaient intégrés en 1975, au département de santé communautaire. On révisait alors les méthodes du cours prénatal pour y intégrer un programme de santé maternelle et infantile. Cependant, la baisse de la mortalité périnatale était bientôt attribuée à la baisse de la fécondité des femmes de plus de 35 ans donc à un changement dans la structure des âges (21).

3.2.1.1 Périnatalogie

Le découpage traditionnel des champs professionnels freinait l'approche médicale globale. Les obstétriciens de l'Hôpital Sainte-Justine se penchaient sur la pathologie néonatale qui résultait des traumatismes obstétricaux responsables de difformités physiques ou mentales, sur

21 J.M. Bernard, *Analyse de la mortalité infantile et périnatale au Québec 1965-1974*, MAS, Québec 1978, Chapitre 2

l'administration de narcotiques ou autres médicaments qui produisaient l'anoxie et sur l'usage intempestif des forceps; ils cherchaient à conserver leur place en périnatalogie (22). En 1960 (23) le Conseil médical décidait que tous les nouveau-nés des pouponnières devaient être examinés par un pédiatre certifié et que le résident en pédiatrie devait assister à la césarienne et prendre charge de l'enfant immédiatement pour le confier par la suite à un pédiatre certifié. L'enfant était ainsi soustrait aux soins de l'obstétricien. A la jonction des territoires, obstétriciens et pédiatres se disputaient l'enfant au moment où apparaissait une spécialité pédiatrique nouvelle, la périnatalogie dans le but de diminuer la mortalité foetale et néonatale. Cette discipline à la frontière de la vie intra-utérine et de la vie extra-utérine, c'est-à-dire d'une existence dépendante de la mère à une existence autonome, empruntait à la génétique et à l'enzymologie et se taillait une place de plus en plus importante dans une société où la baisse de la natalité s'accroissait. On faisait alors la distinction entre les différentes causes de prématurité, entre la mortalité foetale et la mortalité néonatale.

Les enfants prématurés

Dans les années vingt, les pédiatres considéraient que la prématurité était responsable de la débilité chez les jeunes enfants et mettaient en œuvre une puériculture anténatale qui se traduisait dans des services de consultation maternelle gratuits tandis que les obstétriciens répondaient par l'ouverture de services de maternité, comme nous l'avons vu. Chacun travaillait de son côté. Pendant la crise économique des années trente, un nombre anormal d'enfants prématurés se retrouvaient à l'Hôpital Sainte-Justine et cette observation justifiait la prise en charge de la pouponnière par le pédiatre en 1939. Dix ans plus

22 J. René Tittley, "La pathologie néo-natale", *AMCHSJ* VII, 2, 1955, p. 98; Marc Gagnon, Gaétan Nolin, Jacques Guimond, "Les traumatismes obstétricaux du nouveau-né", *UMC* 91, novembre 1962, pp. 1285-1291

23 *AHSJ*, 24, O, 2, Obstétrique-gynécologie 1955-1973 Résolutions du Conseil médical approuvées le 16 novembre 1960

tard, on s'avisait que la prématurité constituait la cause principale de mortalité périnatale et du point de vue prophylactique, elle était considérée comme un problème lié à des facteurs socio-économiques et commandait la protection des mères pendant la grossesse (24). Dans un mémoire présenté à la Société de pédiatrie de Montréal, Bertrand Primeau (25) faisait de la prématurité un problème d'hygiène publique parce qu'elle devenait la principale cause de mortalité infantile et que le taux de naissances prématurées avait tendance à se stabiliser. Les pédiatres disputaient alors le foetus aux obstétriciens particulièrement en s'appuyant sur le concept de prématurité, un concept dont la définition évoluait au fil des observations.

Dans les années quarante, la prématurité était définie en fonction du poids de l'enfant à la naissance. Et puisque le prématuré présentait des fonctions organiques incomplètes, il fallait lui procurer la chaleur, l'alimentation adéquate et l'isolement dont il avait besoin (26). Cependant, ces moyens s'avéraient insuffisants au fur et à mesure qu'on découvrait la complexité des problèmes dans les années cinquante et qu'on redéfinissait dans les années soixante, la prématurité en fonction de l'âge de gestation et non du poids à la naissance.

A l'Hôpital Sainte-Justine, le service des prématurés se développait surtout à partir de 1952 au moment où Albert Royer effectuait des recherches sur l'hématologie des enfants prématurés et nouveau-nés mais la réorganisation du service en 1954 permettait d'offrir 50 lits et d'admettre durant l'année, 481 enfants dont 360 n'étaient pas nés à l'hôpital. Robert Saint-Martin qui avait fait ses études aux Enfants

24 Marcèle Dorion "Problème de la prématurité dans la Province de Québec", *UMC* 87, septembre 1958, p. 1065; P. Letondal, "Le problème des prématurés", *UMC* 84, août 1955, p. 947-949. Les soins intensifs aux prématurés débutaient au *Montreal Children's Hospital* en 1957, voir: J.B. Scriver, *op. cit.*, p. 148

25 B. Primeau, "La prématurité: problème d'hygiène publique", *UMC* 79, novembre 1950, pp. 1338-1340

26 G. Lapierre, "L'enfant prématuré", *L'hôpital*, 1, 12, novembre 1937, pp. 608-610; Édouard Laberge, "Considérations sur les prématurés", *AMCHSJ* 5, 3, 1948, pp. 32-36; A. Royer, "Les handicaps physiologiques des prématurés", *AMCHSJ* 6, 2, 1951, pp. 68-72

Malades de Paris et se spécialisait dans le traitement des prématurés, était chargé de ce service l'année suivante.

A l'aide d'une subvention du gouvernement fédéral à l'hygiène maternelle et infantile qui contribuait au financement des Centres des prématurés et à l'achat d'équipement, une campagne contre la prématurité était entreprise au Québec en juin 1955 et le programme en deux volets, portait sur la prévention par l'hygiène maternelle et l'organisation de meilleurs services aux enfants prématurés, alors que 70% des naissances avaient lieu à l'hôpital. Pour former un personnel qualifié, le ministère de la Santé établissait deux centres de formation pour les infirmières, l'un à l'Hôpital Royal Victoria et l'autre à l'Hôpital Sainte-Justine. Le cours de 8 semaines était défrayé par le ministère de la Santé et les centres offraient trois séries de cours annuellement et acceptaient 4 candidates par session. Inauguré en octobre 1956, le service des prématurés de l'Hôpital Sainte-Justine évoluait vers un centre d'enseignement spécialisé pour les infirmières. Cette même année, 452 prématurés qui requéraient des soins individuels coûteux, étaient hospitalisés. Ce regroupement d'enfants permettait de poursuivre des essais cliniques sur l'alimentation des enfants prématurés, en collaboration avec la compagnie Nestlé Canada (27). En 1957, Saint-Martin et deux infirmières suivaient un cours de perfectionnement au Centre international de l'enfance à Paris. Le premier mars 1961, Saint-Martin quittait l'Hôpital Sainte-Justine et devenait assistant-directeur de la Division de la nutrition et de l'hygiène maternelle et infantile au ministère québécois de la Santé.

Les enfants de mères diabétiques avaient une mortalité périnatale élevée. Le pédiatre Bernard Doray (28) observait que ces enfants étaient

27 R. Saint-Martin, É. Laberge, "L'alimentation du prématuré", *UMC* 91, octobre 1962, pp. 1099-1103

28 B. H. Doray, "Les enfants de mères diabétiques", *UMC* 92, novembre 1963, pp. 1220. Bernard H. Doray était boursier de la fondation Mead Johnson; il faisait du service à la Crèche de la Miséricorde. Associé du Collège royal des médecins du Canada en 1965, il devenait professeur agrégé en 1969.

le plus souvent prématurés, même si leur poids à la naissance était supérieur à celui que suggérait leur maturité. Outre que les malformations de toutes natures étaient plus fréquentes, ces enfants présentaient un aspect particulier et des problèmes qui se rencontraient souvent chez les prématurés. Ces enfants étaient donc associés à des prématurés et réclamaient la même attention. De plus l'observation lui permettait de conclure à la sensibilité du fœtus aux influences extérieures qui pouvaient modifier la formation des organes.

Certaines infections et des carences vitaminiques pouvaient aussi produire des malformations (29) mais surtout, les médecins découvraient que de nombreuses embryopathies découlaient de l'action de médicaments qui passaient la barrière placentaire et s'avéraient carrément tératogènes ou pathogènes. A la suite des incidents de la thalidomide, le ministère de la Santé nationale mettait sur pied un comité d'experts en 1962 qui se penchait sur la fréquence des malformations congénitales. De plus, des recherches cliniques mettaient en lumière les degrés variables d'immaturité rencontrée à la période néonatale et leur prise en compte dans l'administration de substances médicamenteuses (30).

A l'aide d'une subvention fédérale-provinciale à la recherche pour la santé, d'avril 1962 à avril 1965, Doray (31) étudiait à l'unité des soins intensifs des prématurés, la détresse respiratoire chez 163 nouveau-nés de petits poids, dont 65 cas étaient contrôlés à l'autopsie. L'expertise développée en néonatalogie aboutissait en 1969, à l'admission de 714 prématurés et nouveau-nés de tous poids, référés par 60 hôpitaux de la province.

29 Bernard H. Doray, "Médicaments donnés durant la gestation et après la naissance. Effets néfastes pour le fœtus et le nouveau-né", *UMC* 93, mai 1964, pp. 555-559

30 J.R. Ducharme, "Métabolisme de l'hydrocortisone chez le nouveau-né et le prématuré", *UMC* 90, janvier 1961, p. 82

31 Bernard H. Doray, R. Ayotte, "Le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né", *UMC* 95, mai 1966, pp. 573-581

Bientôt la survie des enfants prématurés laissait voir le haut risque qu'ils présentaient quant à leur intégrité neuro-sensorielle et à leur développement cognitif langagier. On découvrait également que la fibroplasie rétro-lenticulaire pouvait être secondaire à un taux d'oxygène administré à la naissance à des concentrations élevées. Au-delà de leur survie, les prématurés posaient des problèmes médicaux très complexes et des services de réadaptation étaient développés.

Depuis 1939, date à laquelle Landsteiner et Weiner décrivaient le facteur agglutinant Rhésus responsable de certaines manifestations pathologiques comme l'érythroblastose foetale, les connaissances accumulées et de nouvelles techniques de dépistage précoce, permettaient d'apporter une thérapie palliative et des solutions immunologiques (32). Les conflits immunologiques mère-enfant trouvaient une première réponse dans les transfusions d'échange décrites en 1948, qui intégraient la pratique courante vers 1955. Peu après en 1962, Bevis procédait à des dosages chimiques des pigments de la bilirubine du liquide amniotique obtenu par amniocentèse et instaurait une nouvelle méthode pour évaluer l'aggravation de l'érythroblastose.

Les médecins de l'Hôpital Sainte-Justine se basaient sur le dosage des anticorps maternels, qui donnaient des valeurs très grossières et imprécises et les signes cliniques maternels, pour évaluer l'érythroblastose foetale. A partir de 1965, ils traitaient de façon uniforme toutes les grossesses sensibilisées, par l'étude spectrophotométrique du liquide amniotique et par des transfusions intra-utérines dans quelques cas graves (33). Entre 1965 et 1967, ils menaient une étude sur 40 patientes sensibilisées qui subissaient une ou plusieurs amniocentèses pour un total de 106 amniocentèses. Le degré d'aggravation de la

32 Paul Benoit "Prévention de l'érythroblastose foetale", *UMC* 98, mai 1969, p. 751; Marc Gagnon, "Considérations récentes sur le facteur RH en pratique obstétricale", *UMC* 95, décembre 1966, pp. 1408-1412

33 M. Gagnon, B.H. Doray, A. Ayotte, "L'amniocentèse, la spectrophotographie et les transfusions intra-utérines dans l'érythroblastose foetale", *UMC* 97, janvier 1968, pp. 1014-1024.

maladie pouvait être prédit d'une façon relativement précise et par cette pratique systématisée, les médecins avaient assuré la survie de 27 enfants. Le dosage des anticorps du liquide amniotique (34) apportait une technique plus précise sans toutefois changer le traitement de l'érythroblastose foetale qui demeurait la correction de l'anémie foetale. Les hématologistes apportaient leur collaboration à la clinique d'érythroblastose foetale et en 1970, on relevait à l'hôpital, 141 cas d'ictère qui requéraient 227 transfusions d'échange. (35) Précisément vers cette époque, le développement du vaccin anti-Rh éliminait presque complètement l'érythroblastose foetale et par conséquent le nombre des enfants prématurés, parce que l'évolution de la maladie chez le fœtus prescrivait très souvent l'interruption de la grossesse avant terme.

L'arrivée du néonatalogiste Harry Bard favorisait une nouvelle approche de traitement des cas d'anomalies congénitales de la synthèse de l'hémoglobine (36). Si chez l'adulte les globules rouges possèdent la capacité d'emmagasiner l'oxygène grâce à la respiration, l'hémoglobine du fœtus ne possède pas cette propriété, l'oxygène lui venant du sang maternel. La transformation qui s'opère dans la propriété de l'hémoglobine chez l'enfant né à terme n'est pas réalisée complètement chez l'enfant né prématurément ce qui engendre souvent des complications pulmonaires avec des séquelles permanentes. Bard cherchait à démontrer que le recours à la transfusion du sang adulte, pouvait apporter une solution.

Toutes ces recherches, dans l'ensemble, participaient à une meilleure compréhension des phénomènes physiologiques en

34 P. Benoit, A. Bonin, R. Bertrand, B. Doray, Marc Gagnon, "La détermination des anticorps anti-Rh (D) dans le liquide amniotique", P. Audet-Lapointe, Lise Fortier, *Les moyens récents d'investigation en Obstétrique et Gynécologie*, Montréal, Beauchemin 1975, pp. 289-290.

35 A partir de 1970, les transfusions d'échange étaient réalisées dans l'unité même alors qu'auparavant elles étaient faites en salle d'opération.

36 Harry Bard, "Études préliminaires de la synthèse des hémoglobines foetale et adulte chez le prématuré", *UMC* 100, juin 1971, pp. 1097-1099. Diplômé de Lausanne en 1962, Harry Bard arrivait à l'Hôpital Sainte-Justine en juillet 1970 à titre de professeur-adjoint PTG. Il bénéficiait d'un octroi du Conseil des Recherches médicales du Québec.

développement et avaient pour effet d'attirer l'attention sur le fœtus, pour une intervention plus précoce.

En janvier 1971, Bernard Doray (37) présentait un mémoire au ministère québécois de la santé pour démontrer l'accroissement des besoins de la néonatalogie et des services offerts, et la nécessité de diriger les nouveau-nés de poids insuffisant ou malades, vers des centres reconnus. Le développement de la section de néonatalogie pour contrer la mortalité périnatale, pesait dans la balance le moment venu de choisir le lieu d'établissement d'un département universitaire d'obstétrique-gynécologie qui donnait une orientation nouvelle à l'Hôpital Sainte-Justine.

De nouvelles orientations étaient contenues dans une première politique sectorielle du ministère des Affaires sociales qui touchait la périnatalité (38). Les objectifs à atteindre pour l'année 1980 étaient la réduction de moitié de la mortalité maternelle, soit 1.1 pour 10 000 naissances vivantes, la réduction de la mortalité périnatale qui devait passer de 19/1000 en 1969 et 17.9/1000 en 1970 à 12/1000, par la réduction de la morbidité périnatale qui exigeait la survie du plus grand nombre possible d'enfants normaux ou sans séquelles neurologiques par traumatisme obstétrical ou asphyxie et par la réduction de la prématurité de 8.24% en 1971 à 4.5%, un taux atteint par la Suède (39). Ces objectifs donnaient lieu à une réorganisation des services qui entraînaient d'importants changements.

3.2.1.2 Réorganisation de l'obstétrique-gynécologie

Au Canada, *The Society of Obstetricians and Gynaecologists* qui était fondée en 1944 sous la présidence de Léon Gérin-Lajoie médecin

37 AHSJ 24. O. 4, Obstétrique-gynécologie 1970-1972

38 A. Ouellet (dir.). *La périnatalité, une politique du ministère des Affaires sociales du Québec*, 1973

39 *ibid.*, p. 9

de l'Hôpital Notre-Dame, entreprenait des négociations avec le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada pour la reconnaissance de cette spécialité qui inclut médecine et chirurgie. Le premier examen qui se tenait en 1947 consacrait cette reconnaissance. Chez les obstétriciens, Donatien Marion (40) devenait le président fondateur de la Société d'obstétrique de la Province de Québec, en 1950.

Avec le développement des technologies, les sciences biologiques abordaient la reproduction et la génétique avec un intérêt sans précédent. En obstétrique, il se traduisait dans de nouvelles associations. Témoin de cette préoccupation et de l'implication des médecins canadiens-français, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), ouvrait un secrétariat permanent à Genève en 1954 et tenait son deuxième congrès mondial à Montréal en juin 1958 où Léon Gérin-Lajoie accédait à la présidence après avoir occupé la vice-présidence depuis la fondation en 1949. (41)

Dans cette mouvance, à la suite d'une recommandation de l'Association médicale américaine, on assistait à la fusion de l'obstétrique et de la gynécologie dans toutes les universités du continent nord-américain. Cette fusion des deux disciplines répondait aux exigences d'une médecine de la reproduction. À la faculté de médecine de l'Université de Montréal, l'implantation d'un département d'obstétrique-gynécologie était réalisée en 1963 et Michel Bérard devenait titulaire de la nouvelle chaire. A l'Hôpital Notre-Dame la fusion des services était complétée en mars 1964 et elle devenait effective au Collège des médecins et chirurgiens en 1967.

40 Donatien Marion (1897-1971), chef du département d'obstétrique à l'Hôpital Notre-Dame de 1934 à 1956, prenait une part active au sein de l'Association des médecins de langue française.

41 Le deuxième congrès mondial de la Fédération internationale de gynécologie-obstétrique. *Tendances actuelles en gynécologie et obstétrique*. Montréal, Beauchemin 1959. 2 volumes

A l'Hôpital Sainte-Justine qui avait développé un service d'obstétrique sans toutefois posséder un service de gynécologie, se posait le problème de l'agrément du service tant au niveau de l'internat que de la résidence. Par ailleurs, aucun des membres du service ne possédait les qualifications requises au poste de chef de service (42). En novembre 1966, on procédait à la mise sur pied d'un comité pour établir l'affiliation avec l'Hôtel-Dieu qui lui, n'avait pas de service d'obstétrique, afin d'établir à l'Hôpital Sainte-Justine un service d'obstétrique-gynécologie reconnu par la faculté de médecine de l'Université de Montréal. (43) Or, la réorganisation du service d'obstétrique incluant la gynécologie, supposait l'augmentation du nombre de lits destinés aux adultes ce à quoi l'administration s'opposait pour conserver la vocation pédiatrique de l'hôpital. En 1968, le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada reconnaissait le département d'obstétrique de l'Hôpital Sainte-Justine pour la formation d'une année seulement.

L'Hôtel-Dieu s'affiliait à l'Hôpital de la Miséricorde tant au plan clinique qu'au plan académique, le 17 juin 1970. Mais à Montréal, en 1969, on disposait de 616 lits en obstétrique-gynécologie alors que le besoin estimé était de 330 lits. (44) Ce surplus de lits commandait la fermeture de certains services que personne en milieu hospitalier ne voulait sacrifier même si on constatait que le taux de mortalité périnatale était plus élevé dans les petits centres (45). D'ailleurs, le nombre d'accouchements était à la baisse à l'Hôpital Sainte-Justine au cours de la décennie 1960, comme le démontrent les statistiques présentées plus loin. Fallait-il rapprocher l'obstétrique-gynécologie de la pédiatrie ou de la

42 AHSJ, 24, O, 2, Obstétrique-gynécologie 1955-1973. Lettre du sec. L. Chicoine, 6 mai 1965. Entré à l'Hôpital Sainte-Justine en 1928, Pacifique Joly permutait en obstétrique en 1932. Chef de service pendant 9 ans, il démissionnait en septembre 1965 pour reprendre un poste d'assistant régulier dans le service.

43 AHSJ 24 O 2 Obstétrique-gynécologie 1955-1973

44 AHSJ 24 O 4 Obstétrique-gynécologie 1970-1972 Intégration de la Miséricorde

45 A. Lalonde, Pierre Rollin, "La réorganisation des services d'obstétrique du Montréal métropolitain", *UMC* 111, novembre 1984, p. 948. En 1973, les services du Catherine Booth, du Reddy Memorial, du Queen Elisabeth et de la Miséricorde étaient fermés. En 1976, ceux des hôpitaux Jean-Talon et Saint-Joseph de Lachine, l'étaient à leur tour.

médecine interne? Un document de travail préparé par J.R. Ducharme cherchait à défendre le choix de l'Hôpital Sainte-Justine (46). Le rapprochement avec la pédiatrie était souhaitable particulièrement à cause du développement de la néonatalogie dont les problèmes sont à la fois pédiatriques et obstétricaux. La présence de cliniciens chercheurs à l'Hôpital Sainte-Justine était aussi soulignée.

Dans la foulée de la réorganisation des services de santé, en 1972, la faculté de médecine de l'Université de Montréal formait un comité composée des représentants du gouvernement, de la faculté, des hôpitaux Notre-Dame, Hôtel-Dieu et Miséricorde dans le but d'organiser un département universitaire d'obstétrique-gynécologie à l'Hôpital Sainte-Justine. En janvier 1973, le Conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Justine demandait cette fois à la faculté de médecine, la reconnaissance universitaire de son département d'obstétrique-gynécologie et consentait à y consacrer plus de lits (47). En mai 1973 l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Sainte-Justine unissaient leur département d'obstétrique-gynécologie pour former un seul département en regard du programme d'enseignement, afin d'être en mesure de recevoir les résidents et internes à compter du 1er juillet 1973 (48). Malgré l'amputation partielle du département privé des adultes qui créait des résistances chez certains médecins et chez le personnel qui y trouvait un lieu d'hospitalisation, l'Hôpital Sainte-Justine portait à cent lits les ressources du département d'obstétrique-gynécologie. Les nouvelles politiques gouvernementales entraînaient la fermeture de l'Hôpital de la Miséricorde le 31 mars 1974 et le transfert de ses cas d'obstétrique à l'Hôpital Sainte-Justine, appelé à devenir un centre régional de périnatalogie pour les francophones. Un essor sans précédent était donné au département d'obstétrique de l'Hôpital Sainte-Justine qui était agrandi et réorganisé pour accueillir le nouveau personnel médical. Il comptait 65 lits d'obstétrique et 35 lits de gynécologie auxquels s'ajoutait une unité de 15 lits destinés aux soins

46 AHSJ, 24, O, 4, Obstétrique-gynécologie 1970-1972, 3/5/1972

47 AHSJ 24, 0, 5, Obstétrique-gynécologie 1973

48 AHSJ, 24, O, 3, Obstétrique-gynécologie 1973-1975

intensifs en néonatalogie. Une consultation externe de gynécologie comportant une section pour les mères célibataires, une consultation de l'adolescence et de planning familial, complétaient le département. Les programmes de soins élaborés pour la mère et l'enfant touchaient les aspects préventifs et thérapeutiques dans une perspective d'approche globale. La création de ce nouveau département universitaire d'obstétrique-gynécologie conjointement avec l'Hôtel-Dieu, permettait d'y admettre pour la première fois, des internes et résidents de cette discipline. L'évolution de la profession médicale et les besoins de l'enseignement en venaient à orienter la destinée de l'Hôpital Sainte-Justine.

Les cliniques GARE

Dans le mois qui suivait l'adoption de la législation autorisant l'avortement thérapeutique, l'Hôpital Royal Victoria, en collaboration avec l'Université McGill, mettait sur pied une unité périnatale pour les grossesses à risque élevé (GARE) et peu après, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec tenait en avril 1971, un symposium sur le sujet. Il fallait d'abord isoler des critères d'évaluation et d'indexation des grossesses à risques élevés. Une clinique GARE entrait en service à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en décembre 1971; elle recevait en 1976, 621 patientes. L'Hôpital Sainte-Justine était au même moment identifié comme "Centre de grossesses à risque foetal élevé" (GARE), pour mieux jouer son rôle dans le domaine de la périnatologie moderne; il accueillait les femmes âgées de plus de 35 ans. Il réunissait l'obstétrique, la gynécologie et la périnatologie pour lesquelles son directeur Jacques Roux, spécialiste en périnatologie (49), obtenait la collaboration des hôpitaux Notre-Dame, Maisonneuve et Saint-Luc.

49 Jacques Roux était alors directeur du centre de recherche clinique prénatale au *Cleveland General Hospital* et professeur agrégé à la *Western Reserve University* de Cleveland Ohio. Roux devenait chef du département de périnatologie à l'Université de Montréal.

Avec GARE, les pédiatres établissaient des distinctions entre les prématurés et les bébés de petit poids pour l'âge gestionnel ou les enfants présentant des retards de croissance intra-utérine, et mettaient au point des traitements spécifiques pour chacune de ces entités. On développait le concept de retard de croissance intra-utérine (50) désigné RCIU, qui était déterminé par le poids à la naissance et l'évaluation de l'âge de gestation. Des courbes de croissance intra-utérine étaient établies à la fin des années 1960. Les cliniques GARE accordaient de plus en plus d'importance à la nutrition maternelle durant la grossesse, utilisant les amniocentèses et les estriols pour étudier la condition foetale.

Le concept de souffrance foetale apparaissait clairement quand on pouvait enregistrer en permanence le rythme cardiaque foetal pendant l'accouchement en parallèle avec les contractions utérines. Les nouvelles méthodes de diagnostic qui donnaient accès au foetus, s'imposaient. L'utilisation de l'électrocardiographie foetale permettait d'évaluer la vitalité cardiaque foetale durant la grossesse. La technique n'était pas tout à fait au point, ni codifiée quand en 1965, le département d'obstétrique de l'Hôpital Notre-Dame en collaboration avec le service de génie biomédical, entreprenait des recherches qui donnaient lieu à 18 mois d'essais purement techniques au cours desquels on cherchait à construire des instruments qui permettraient l'enregistrement du coeur foetal. En février 1967, le cardiotelemètre digital s'avérait un instrument fiable à tous les stades de la grossesse, pour l'étude clinique de l'effet des drogues ou de l'anesthésie sur le foetus (51). En 1975, l'Hôpital Sainte-Justine à son tour, se félicitait de l'apport précieux du service de génie biomédical, principalement rattaché au département d'obstétrique-

50 Harry Bard, J.Y. Siriez, "Le concept de retard de croissance intra-utérine", *UMC* 108,, mars 1979, pp. 259-265

51 M.J. Bérard, L. Katz, E. Uner, "Électrocardiographie foetale", *UMC* 96, juillet 1967, pp. 857-861. Le service d'obstétrique du pavillon Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal fermait ses portes le 14 juillet 1997; il fusionnait avec l'Hôpital Saint-Luc où il était transféré pour créer un Centre Mère-Enfant. L'Hôpital Saint-Luc devenait en charge de toutes les activités internes d'obstétrique-gynécologie.

gynécologie qui voyait au bon fonctionnement du monitoring foetal qui permettait le dépistage précoce de la souffrance foetale.

A cette époque, l'enregistrement continu du coeur foetal et l'intensité des contractions utérines pendant l'accouchement, était limité à certains hôpitaux ou départements d'obstétrique spécialisés. Guimond (52) faisait un véritable plaidoyer en faveur de l'élargissement de cette méthode dans le but de diminuer la mortalité périnatale et sa morbidité en rationalisant l'indication d'une césarienne pour souffrance foetale et en rendant quantitatives des données jusque-là subjectives. Le monitoring foetal devenait un moyen de détection rapide de la détresse foetale et participait à la prévention des dommages myocardiques et cérébro-vasculaires du nouveau-né. Il était responsable de l'élévation du nombre de césariennes dans les centres où il était utilisé.

Mais l'importance de déceler de façon précoce la souffrance foetale nécessitait de pouvoir découvrir les changements métaboliques et biochimiques du fœtus et du placenta, Un symposium sur la souffrance foetale se tenait à l'Hôpital Notre-Dame en 1969, avec la collaboration des services d'obstétrique-gynécologie, de pédiatrie et d'anesthésiologie; on cherchait à réduire le taux de mortalité périnatale, qui demeurait relativement stable. Ce concept nouveau en périnatologie devait être soutenu par diverses disciplines qui jusque-là n'avaient que des relations parallèles. Il commandait une réévaluation puisque l'accent mis sur le traitement de la souffrance foetale sans en connaître les mécanismes physiopathologiques, avait assuré une survie tarée (53). Soulignons ici combien l'usage du seul indice de mortalité infantile est un indice piégé qui sous-évalue l'ampleur de la morbidité.

La souffrance foetale se révélait complexe; elle pouvait apparaître à la suite de phénomènes mécaniques, chimiques, biologiques,

52 P. Guimond, "Le monitoring foeto-maternel", *UMC* 105, novembre 1976, pp. 1685-1694

53 "Symposium sur la souffrance foetale", *UMC* 98, octobre 1969, p. 1692; ce numéro contient d'autres articles sur le sujet.

endocrinologiques et immunologiques. Cette complexité même nécessitait la collaboration de différentes disciplines et laissait entrevoir la formation d'équipes complètement intégrées où généticien, gynécologue, obstétricien, néonatalogiste et anesthésiste travaillent en étroite collaboration.

Tableau 3-5

**Évolution du nombre des naissances
à l'Hôpital Sainte-Justine 1947-1981
d'après les rapports annuels.**

Année	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955
Naissances	1397	1433	1445	1457	1515	1542	1643	1696	1701
Césariennes	21	21	33	36	18	25	27	40	40
Forceps	223	244	264	248	281	229	255	372	353

Année	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964
Naissances	1588	1683	1681	2123	2223	2190	2225	2037	—
Césariennes	46	33	58	60	84	57	—	—	—

Année	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Naissances	2148	—	2028	1981	1899	1773	1713	1622	1789
Césariennes	—	—	88	108	96	—	97	120	—
Forceps	—	—	610	485	—	—	—	—	—
Prématurés	—	—	72	77	—	—	—	191	—

Année	1974	1975	1976-77	1977-78	1978-79	1981
Naissances	2495	3400	3210	3840	4000	3576
Césariennes	—	—	—	—	700	—

Le développement d'une unité de soins intensifs pour les prématurés et celui des services périnataux, l'intégration des services de

l'Hôpital de la Miséricorde, la désignation comme centre de référence à risque élevé (GARE), favorisaient l'élargissement de la mission de l'Hôpital Sainte-Justine qui devenait un centre de santé mère-enfant. Le discours sur la maternité devenait un discours scientifique.

3.2.1.3 Génétique médicale et prévention en pédiatrie

La découverte de la chromatine sexuelle par les Ontariens Murray Barr et Bertram en 1949 (54), contribuait à l'essor de la cytogénétique humaine par ses applications pratiques à l'étude des anomalies du développement sexuel; elle permettait de poser le diagnostic du syndrome de Klinefelter par exemple. Le frottis de la muqueuse buccale constituait une méthode simple pour obtenir des cellules épithéliales sur lame afin de rechercher la présence de la chromatine sexuelle dite "corpuscule de Barr". Dans la décennie suivante, grâce aux progrès de l'immunologie et à la généralisation de la technique d'électrophorèse, on découvrait que tous les individus étaient porteurs d'un patrimoine génétique différent et par conséquent apparaissait l'extrême variété des êtres vivants. En 1956, Tjio et Levan démontraient que le caryotype humain normal est formé de 46 chromosomes et en décembre 1958, Jérôme Lejeune mettait en évidence la présence d'un chromosome supplémentaire dans le syndrome de Down (mongolisme); c'était la première aberration chromosomique décrite dans l'espèce humaine. Les développements techniques subséquents permettaient d'aborder l'étude des chromosomes humains qui révélaient leurs anomalies numériques et structurales. Ainsi, grâce à la découverte de la chromatine sexuelle, du code génétique, du caryotype humain normal et de la première aberration chromosomique liée à un syndrome malformatif, la génétique évoluait à un rythme accéléré. Et pendant que des chercheurs s'appliquaient à établir une cartographie des gènes en marquant spécifiquement certains

54 Murry L. Barr, "Tests of Chromosomal Sex and their Applications to Clinical Problems", *Tendances actuelles en gynécologie et obstétrique*. Montréal, Beauchemin 1959, pp. 23-37

chromosomes, on découvrait que des substances chimiques ou médicamenteuses pouvaient produire des aberrations chromosomiques et que certains virus agissaient sur le système chromosomique comme agent tératogène.

Le IXe Congrès international de pédiatrie qui se tenait à Montréal en 1959, consacrait un volet important à la génétique qui marquait l'orientation nouvelle de la pédiatrie (55). A la recherche des causes de la maladie, il fallait interroger la génétique pour résoudre de nombreux problèmes jusque-là restés sans réponse. Et pour y arriver, le développement de la recherche pédiatrique tant clinique que fondamentale, s'avérait la voie à suivre.

En janvier 1953, l'Hôpital Sainte-Justine fondait la Clinique des tumeurs sous l'oeil attentif de Pierre Masson et en confiait la direction à l'anatomo-pathologiste Jacques Gagnon (56). Au départ, l'objectif était d'étudier l'évolution naturelle du cancer chez l'enfant et l'évaluation des thérapeutiques employées. Gagnon participait à un plan de coopération des départements d'anatomie pathologique avec le *Montreal Children's Hospital* en 1959. Il étudiait le cancer par la cytogénétique et ses recherches étaient subventionnées par le *National Cancer Institute of Canada*.

La faculté de médecine de l'Université de Montréal fusionnait en 1964, ses départements d'anatomie macroscopique, d'histologie et d'embryologie. A cette époque, la cytogénétique prenait une place importante en génétique humaine et, alimenté par le fonds Joseph

55 IXe Congrès international de pédiatrie Montréal, *CMAJ* 81, September 1959, p. 421-423

56 Jacques Gagnon Ph.D., était entré à l'Hôpital Sainte-Justine comme médecin bénévole en anatomie pathologique en 1952. Boursier de l'hôpital en 1954, il se spécialisait en anatomie pathologique de l'enfant au cours d'un séjour d'une année à Bonn en Allemagne. En 1962, il obtenait un doctorat de l'Université de Montréal avec un travail sur "L'étude morphologique de la neuro-sécrétion hypothalamo-hypophysaire chez l'enfant". Il devenait professeur agrégé de pathologie en 1964. J. Gagnon a étudié quelques mois avec Lejeune, voir: H.C. Soltan, *Medical Genetics in Canada*, p. 100

Rhéaume, un laboratoire de cytogénétique humaine auquel participaient l'Hôpital Sainte-Justine et l'Université de Montréal, était en activité. Le laboratoire d'endocrinologie de l'Hôpital Sainte-Justine collaborait au programme de recherche. Un centre de neuro-génétique ayant une orientation biochimique et cytogénétique, était également en activité dans le but d'étudier les maladies héréditaires et métaboliques du système nerveux.

Jacques Gagnon poursuivait des études de cytogénétique humaine depuis quatre ans quand en 1964, il réclamait des espaces à l'Hôpital Sainte-Justine pour l'installation d'un laboratoire (57). Jusque-là, le laboratoire situé à l'Université de Montréal, utilisait le matériel clinique de l'Hôpital Sainte-Justine et Gagnon voulait l'établir à l'hôpital faute d'espace à l'université. Grâce à une subvention du Conseil médical de recherche et à celle de l'Institut national du cancer, sa demande était acceptée le 2 décembre 1964 par l'administration de l'hôpital. Avec ces développements, en décembre 1965, la faculté de médecine acceptait d'offrir un programme de recherche présenté par Jacques Gagnon, devant mener à l'obtention des grades de M.Sc. et Ph.D. en génétique humaine (58). Le milieu de recherche universitaire accueillait donc favorablement cette discipline au milieu des années soixante.

Par ailleurs, dans les cliniques de traitement de la stérilité qui s'étaient multipliées dans le giron de l'obstétrique-gynécologie, on observait que les aberrations chromosomiques s'avéraient responsables d'un grand nombre de cas de stérilité ou d'infertilité et leur dépistage mettait en lumière certaines anomalies pouvant compromettre les capacités de reproduction d'un individu. L'anamnèse gynécologique ou obstétricale révélait la consanguinité des conjoints et les maladies à incidence familiale élevée. Le conseil génétique s'inscrivait alors dans une démarche de diagnostic d'une pathologie de l'enfant ou d'un trouble

57 AHSJ, 24 L C, Laboratoire de cytogénétique humaine, 5 octobre 1964. Lettre de J. Gagnon à R. Labrecque
58 AUM, E 38, 4003, 9/7/4/2, Lettre à Léon Lortie, 7 juin 1966

de fertilité du couple et créait le lieu de rencontre du chercheur et du patient; le chercheur généticien devant passer par la médecine clinique pour atteindre la clientèle.

La législation canadienne qui autorisait l'avortement thérapeutique en 1969, marquait le passage de la génétique humaine à la génétique médicale. Le généticien identifiait alors les facteurs prédisposants à une embryogenèse anormale et cherchait à circonscrire certains états pathologiques de la grossesse qui pouvaient se manifester dans le métabolisme foëto-maternel. La prévention des handicaps liés aux malformations reposait alors sur le conseil génétique pour prévenir la récurrence de certaines malformations, l'élimination de certains agents tératogènes ou sur la surveillance des mères présentant une maladie chronique. Par l'analyse du problème génétique, le généticien devait fournir aux conjoints l'information la plus complète possible et acquiescer à une demande de stérilisation le cas échéant ou recourir à une interruption médicale de grossesse (IMG). Le conseil génétique devenait un service qu'il restait à faire connaître aux praticiens et au public en général, plus particulièrement aux populations dites à risque.

Le docteur Louis Dallaire (59) assumait à compter de 1969, la direction de la section de génétique médicale de l'Hôpital Sainte-Justine qui relevait de la périnatalogie. Cette section comprenait une clinique de génétique mise sur pied en collaboration avec le pédiatre Gabriel Saint-

59 Louis Dallaire obtenait son diplôme de médecine à l'Université Laval qu'il faisait suivre d'une résidence en pédiatrie au *Montreal Children's Hospital* et de séjours avec Polani au *Guy's Hospital* de Londres et avec Court Brown à l'*Edinburgh Western General Hospital*. Il fréquentait également l'Hôpital des Enfants Malades de Paris. Il obtenait un Ph.D. de l'Université McGill en 1964 et devenait directeur du laboratoire de génétique médicale au Douglas Hospital de Montréal où il poursuivait des recherches sur la cytogénétique et les acides aminés. Consulter: H.C. Soitan, *op. cit.*, p.100 et 214. Dallaire réalisait en 1968, la première amniocentèse faite en vue d'un diagnostic prénatal au Canada. Il joignait le département de pédiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine d'abord à demi-temps et à plein temps à compter du 1er mars 1970 tout en demeurant consultant au Douglas Hospital. A cette époque, il était invité à participer à la Conférence Internationale sur la cytogénétique humaine à Colorado Springs, sous les auspices de la *National Institute of Child Health and Human Development*. En 1972, il était élu par la *Society for Paediatric Research*.

Rome (60) et un laboratoire de génétique qui devait être soumis à des épreuves standardisées et à un contrôle rigoureux de qualité. Dallaire soumettait les plans du laboratoire de génétique en juin 1969 et son aménagement débutait en décembre 1970, grâce aux Fondations McConnell et Justine Lacoste Beaubien (61). Le coût d'exploitation du laboratoire de génétique médicale pour la période allant du premier août au 31 décembre 1971 était de 16 722\$, alors que les coûts du nouvel équipement nécessaire à son fonctionnement étaient établis à 27 890\$ (62). Le docteur Dallaire pouvait songer à s'insérer dans les milieux scientifiques canadiens et américains.

Le centre était appelé à participer à l'étude entreprise à l'échelle canadienne, afin d'évaluer la procédure entourant la technique d'amniocentèse, pour en établir les critères et les protocoles. Suivant les recommandations du Conseil des recherches médicales du Canada et avec son soutien financier, un comité dont les membres issus de la *Genetics Society of Canada*, de la *Canadian Paediatric Society* et de la *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* étaient mandatés en novembre 1971, pour élaborer ce programme de recherche. Le rapport publié en 1976 tirait ses conclusions des 1020 dossiers étudiés provenant des 13 centres participants (63). Les résultats obtenus concluaient à la nécessité d'un service de diagnostic prénatal dans les hôpitaux désignés GARE, entendu, là où la clientèle était susceptible de se concentrer.

60 Gabriel Saint-Rome obtenait son diplôme de médecine à Paris en 1957 et un M.Sc en pathologie à l'Université de Montréal en 1965. CSPQ pédiatrie 1965, CRCP pédiatrie 1965
61 AUM, E 38 4007 19/8/2/2 Pédiatrie 1970-1974. Lettre de Ducharme au sous-ministre Brunet 19 août 1970

62 AHSJ, 24LG Services hospitaliers, laboratoire de génétique médicale 1971

63 L. Dallaire, "Intégration du diagnostic prénatal des maladies génétiques à la pratique médicale", *CMAJ* 115, 1976, p. 713; N.E. Simpson et al., "Prenatal diagnosis of genetic diseases in Canada: report of a collaborative study", *CMAJ* 115, 1976, pp. 739-748;

L'accès au fœtus et le diagnostic prénatal

Le déclin très net de la mortalité maternelle déplaçait l'attention des obstétriciens de la mère vers le fœtus, surtout que les études de mortalité et de morbidité périnatales les rendaient de plus en plus conscients des dangers qui guettaient ce dernier, d'où la nécessité d'exercer une certaine prévention. Les techniques d'exploration qui se multipliaient et permettaient d'accéder au fœtus, débouchaient sur le diagnostic prénatal qui prenait une importance capitale dans l'approche des maladies congénitales et héréditaires. Celui-ci se répercutait sur la prise en charge des enfants malformés à la naissance, particulièrement ceux chirurgicalement curables et offrait la possibilité aux mères d'interrompre la grossesse (IMG) en cas d'anomalies sévères pour lesquelles il n'existait pas de solutions connues. Dans ce sens, il se reflétait dans la diminution des anomalies morphologiques et chromosomiques à la naissance qui était le but poursuivi.

Les techniques de détection ultrasonique utilisées par Donald et ses collaborateurs en 1958 appliquées à l'obstétrique, étaient à l'origine des explorations échographiques du fœtus et du placenta. Le dépistage prénatal des anomalies morphologiques consécutives à un accident survenu au cours de la période d'embryogenèse, reposait donc essentiellement sur l'échographie qui permettait la visualisation du fœtus, ces malformations ne présentant pas de caractéristiques biochimiques connues. Elle constituait un moyen de surveillance pour déceler les anomalies fonctionnelles et morphologiques plus précocement et rendaient compte d'un certain développement du fœtus, mais s'avérait limitée parce qu'elle présentait des variations importantes de la qualité de l'examen. (64)

64 En mai 1974, l'Hôpital Sainte-Justine confiait aux spécialistes Jacques Boisvert et Roland Guérin la responsabilité de cette technique d'investigation complémentaire à la radiologie, qui devenait primordiale en obstétrique.

Pratiquée pour la première fois par Bevis en 1956, la technique de l'amniocentèse rendait possible l'évaluation physiologique du fœtus et de la mère; elle offrait plus de possibilités de dépistage. Cependant, l'échographie précédait toujours l'amniocentèse pour confirmer l'âge gestationnel et l'évaluation globale du fœtus (65) et la ponction amniotique se faisait sous échographie. Bien que les maladies héréditaires ne connaissent pas de traitement spécifique, la mise au point de l'amniocentèse permettait d'établir un diagnostic prénatal de nature génétique à l'aide de deux méthodes d'analyse: l'une biochimique touchant les électrolytes, les lipides etc. et pouvant déceler un trouble métabolique héréditaire et l'autre, par la culture des tissus.

Les variations de la composition chimique du liquide amniotique tant qualitatives que quantitatives devaient révéler différentes pathologies (66) et permettre à long terme, d'établir les mécanismes de développement du fœtus. Il devenait possible de doser dans le liquide amniotique vers la 16^e semaine de grossesse, le taux d'alpha-protéines anormalement élevé dans certaines anomalies graves du système nerveux bien que le test demeurait non spécifique, et le taux de bilirubine, dont les variations accompagnent certaines maladies. Par exemple, le taux d'alpha-fœtoprotéines est élevé dans le sang d'une femme dont le fœtus est atteint de *spina-bifida*. (67)

Également en 1969, durant la 16^e semaine de gestation, il était possible de cultiver des cellules fœtales à partir du liquide amniotique dans le but de déterminer le sexe de l'enfant, ce qui s'avérait nécessaire

65 L. Dallaire et al., "Le diagnostic prénatal des maladies génétiques au second trimestre de la grossesse", *UMC* 111, 1982, pp. 189-202 et 299-310.

66 L. Dallaire, M. Gagnon, "Étude semi-quantitative des acides aminés du liquide amniotique en relation avec l'âge de la grossesse et les valeurs d'acides aminés présents dans l'urine et le plasma maternels", *UMC* 100, juin 1971 p. 1116

67 Le *spina-bifida* est une anomalie du tube neural. Les anomalies du tube neural comprennent le méningocèle, le myéломéningocèle, l'encéphalocèle et la forme la plus sévère, l'anencéphalie qui est une malformation mortelle. Récemment, pour prévenir ces anomalies, on propose aux femmes enceintes, un supplément d'acide folique: *L'Actualité médicale* 18, 22, 11 juin 1997

chez les individus porteurs d'une maladie liée au chromosome X.⁽⁶⁸⁾ Si d'une part un bon nombre d'anomalies chromosomiques sont éliminées spontanément par avortement très précoce, d'autre part, les cas qui viennent à terme, aboutissent souvent à une mortalité infantile plus ou moins tardive et presque toujours à une morbidité définitive, la médecine étant souvent impuissante à guérir ces maladies.

A côté des techniques de détection des malformations et des maladies, une thérapeutique foetale était inaugurée en 1963 quand, le dosage de la bilirubine dans le liquide amniotique indiquait qu'il s'avérait nécessaire de pratiquer des transfusions *in utero*, une méthode qui cependant demeurait héroïque. Pour certaines maladies, dont la leucinose fournit l'exemple, le diagnostic prénatal positif indiquait l'imposition d'une diète spéciale à la mère dans le but de prévenir les dommages au fœtus. Cependant le diagnostic prénatal n'était pas d'abord orienté vers le traitement qui était très limité, mais vers la diminution du nombre d'enfants anormaux et ce, en dépit de la recommandation de Hastings à l'effet que l'objectif du diagnostic prénatal devait demeurer la guérison et le traitement.

Dallaire était cosignataire du rapport du *Genetics Research Group of the Hastings Center, Institute of Society, Ethics and the Life Sciences* de New York, en 1979. Ce groupe de travail examinait des problèmes d'ordre moral, social et juridique dans le but de proposer des recommandations pour le développement de l'institutionnalisation de programmes de diagnostic prénatal et pour orienter les diagnosticiens dans l'assistance à apporter aux parents afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées (69). David J. Roy directeur du Centre de bioéthique

68 Les caractères dominants ou récessifs dépendant d'un gène situé sur le chromosome X sont dits "liés-au-sexe" alors que les autres dépendant d'un gène situé sur un chromosome non sexuel, sont dits "autosomiques". Par exemple, l'hémophilie est une maladie liée au chromosome X qui ne touche que les enfants de sexe masculin.

69 Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, *Le diagnostic prénatal*, Québec, Les presses de l'Université Laval 1980. Nous nous référons à ce volume riche d'informations, qui soulevait de nombreuses interrogations. Il contient les "Recommandations

montréalais, soulevait dans *les Cahiers de bioéthique*, les questions que posait ce rapport et ouvrait le débat; il condamnait vigoureusement l'euthanasie foetale qui allait à l'encontre de la mission de la médecine; cette dernière ne pouvant tuer lorsqu'elle ne pouvait guérir (70). Pour Dallaire qui définissait les objectifs de cette discipline qui prenait sa place en médecine préventive (71), la raison d'être d'un diagnostic prénatal était la naissance éventuelle d'un enfant normal. Cette position ne l'empêchait quand même pas de se soumettre à une éthique.

Le tableau suivant indique le nombre d'amniocentèses exécutées à l'Hôpital Sainte-Justine (72) et par conséquent, l'augmentation constante de la pratique du diagnostic prénatal. La forte augmentation de 1975 à 1977 s'explique par l'introduction du dépistage prénatal des malformations du tube neural. Une étude prospective impliquant 5 des 13 centres de génétique canadiens, était poursuivie en vue du dépistage des alpha-fœtoprotéines dont les analyses pour tout le Québec, se faisaient à l'Hôpital Sainte-Justine. (73) L'étude révélait que chez les femmes dont l'histoire familiale les classifiait à risque élevé, 2.2% des fœtus présentaient une anomalie ouverte du tube neural et 1.1% une anomalie fermée. Sur les 673 amniocentèses faites pour une autre raison, l'étude démontrait un taux de 0.3%. Les faux négatifs et les faux positifs étaient respectivement de 0.4% et 0.5%.

concernant les problèmes moraux, sociaux et juridiques relatifs au diagnostic prénatal" du rapport de Hastings, pp. 85-99.

70 David Roy, "Questions éthiques soulevées par les recommandations de Hasting", *Le diagnostic prénatal*, pp. 109-122.

71 L. Dallaire, "La génétique médicale et ses objectifs", *UMC* 101, décembre 1972, pp. 2663-2668. L. Dallaire, "Le diagnostic prénatal d'aberrations chromosomiques chez le fœtus dans les grossesses à risque élevé" *Rapports du XXVe congrès de la Fédération des sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française* 1974, pp. 188-199; "La prévention en obstétrique Rôle de la génétique médicale", *UMC* 104, 1975, pp. 1506-1513; L. Dallaire, S. Melançon, P. Delve, "Génétique médicale préventive" *Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents*. Québec 1978.

72 L. Dallaire, "A l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal", *Le diagnostic prénatal*, pp. 34-40

73 L. Dallaire "Antenatal diagnoses of neural tube defects in Canada: extension of a collaborative study", *CMAJ* 120, March 17 1979, p. 653-657

Tableau 3-6

Amniocentèses effectuées à l'Hôpital Sainte-Justine 1975-1979

Année	1975	1976	1977	1978	1979
Amniocentèses	165	198	300	454	628
	total: 1745				

Tableau 3-7

Répartition des diagnostics résultants des amniocentèses

Centre	Hôpital Sainte-Justine	Autres
Malformations du tube neural	30	15
Morts foetales et malformations	8	--
Aberrations chromosomiques	41	1
Maladies métaboliques	12	--
Divers	4	2

En cinq ans, 95 syndromes étaient effectivement diagnostiqués chez les patientes de l'Hôpital Sainte-Justine et 18 l'étaient sur des échantillons analysés à l'Hôpital Sainte-Justine mais provenant de centres qui pratiquaient l'amniocentèse sans faire l'analyse du liquide amniotique. A l'Hôpital Sainte-Justine, la sélection des patientes relevait des seuls critères médicaux, les services étant assurés par la Régie de l'Assurance-maladie et une femme n'était admise à l'amniocentèse que si elle acceptait l'avortement advenant un résultat positif, contrairement à la recommandation de Hastings à l'effet de dégager le diagnostic prénatal de tout assujettissement automatique à l'avortement. A l'exception de trois patientes, toutes acceptaient l'avortement thérapeutique. David Roy soulignait dans des remarques à peine voilées, que certains étaient

disposés à souscrire à la position philosophique fondamentale du rapport de Hastings en théorie, mais l'ignoraient en pratique (74).

Le recours au diagnostic prénatal connaissait une augmentation impressionnante car si entre 1966 et 1980, 3228 amniocentèses étaient effectuées à l'Hôpital Sainte-Justine en vue d'une évaluation foetale et pour la seule année 1980 le nombre total s'élevait à 1487 incluant les 533 amniocentèses réalisées dans le cadre du programme de l'Université McGill. A ce moment, on évaluait que 5 à 8 % des grossesses évaluées étaient interrompues, suite à la découverte d'une lésion foetale.

La possibilité d'un diagnostic génétique pendant la grossesse résultait de techniques nouvelles que les médecins cherchaient à perfectionner et à multiplier, si bien que la liste des désordres chromosomiques et des affections métaboliques susceptibles d'être décelés s'élargissait considérablement. Ils accentuaient les recherches sur les causes génétiques des maladies tout en cherchant à instaurer des thérapies pour en freiner l'expression chez l'enfant. Aussi, la section de génétique poursuivait des travaux sur les maladies neuro-musculaires (ataxie de Friedreich), la dystrophie musculaire, les maladies multi-systémiques et l'arriération mentale liée au chromosome X, les maladies lysosomiales et les malformations congénitales. Vers 1980, environ 500 dossiers d'enfants souffrant de malformations congénitales ou héréditaires et de nourrissons présentant un déficit psychomoteur ou une maladie métabolique, étaient référés annuellement en génétique médicale à l'Hôpital Sainte-Justine (75).

Dans l'étude des dossiers d'enfants relevant de la génétique médicale à l'Hôpital Sainte-Justine, (76) on constatait suivant la répartition de l'échantillonnage, que le pourcentage de stérilisation d'un

74 *Le diagnostic prénatal*, p. 112

75 L. Dallaire, *Étude et évaluation des services médicaux disponibles aux jeunes enfants (0 à 5 ans) souffrant de déficience et rapport sur l'utilisation et l'accessibilité de ces services*, p.4

76 L. Dallaire, *ibid.*, p. 9

des deux conjoints du groupe d'enfants atteints de maladies métaboliques héréditaires, s'élevait à 48%, alors qu'il était de 30% dans le groupe d'enfants atteints de malformations multiples. Partant, la compréhension des mécanismes de l'hérédité traduite dans le conseil génétique, contribuait à diminuer la mortalité néonatale et l'incidence des malformations congénitales ou héréditaires.

L'avortement eugénique se multipliait à la suite des possibilités offertes par l'amniocentèse qui permettait l'évaluation du fœtus. Le diagnostic prénatal même s'il comportait un élément de recherche, comme le soulignait Fraser (77), apportait des changements profonds dans la pratique de la consultation génétique tout en soulevant de nombreux problèmes d'éthique. Parallèlement, côté professionnel, le perfectionnement des techniques du diagnostic prénatal supposait la collaboration de plusieurs disciplines médicales qui jusque-là évoluaient le plus souvent indépendamment.

Dans ses applications pratiques, la génétique médicale franchissait des étapes importantes en cytogénétique par des précisions de la structure du chromosome humain, et dans le domaine des maladies métaboliques héréditaires par le dépistage précoce à la naissance d'un certain nombre de pathologies. Elle se taillait une place dans les disciplines cliniques de la médecine moderne, particulièrement au chapitre de la prévention en pédiatrie. L'analyse de la mortalité infantile et périnatale a peu tendance à retenir le diagnostic prénatal au nombre des facteurs jouant un rôle dans sa diminution.

Les objectifs de la politique de périnatalité de 1973 étaient dépassés. Ils se traduisaient dans la réduction de la mortalité maternelle pour atteindre en 1980, 1.1 pour 10 000 naissances; par la réduction de la mortalité périnatale à 12 pour 1 000; par la réduction de la morbidité

77 *Le diagnostic prénatal*, p. 17. En 1953, F. Clark Fraser établissait le premier service canadien de génétique axé sur le patient à McGill et au Montreal Children's Hospital

périnatale en abaissant à 4,5% le taux de prématurité et en assurant la survie du plus grand nombre d'enfants normaux ou sans séquelle neurologique par traumatisme obstétrical ou par asphyxie.

Épidémiologie génétique à l'échelle provinciale.

L'étude réalisée à la demande du ministère de la Santé par le démographe Jacques Henripin et publiée au début des années soixante sur la population montréalaise, faisait ressortir la surmortalité des Canadiens français et plus particulièrement la mortalité endogène. L'auteur soulignait le taux de mortalité périnatale évalué à 2,5 fois celui rencontré dans une population d'une autre origine ethnique (78) et évoquait alors les facteurs héréditaires au nombre des causes possibles de cette surmortalité.

Peu après, pour cerner de plus près ces facteurs héréditaires, une première étude de consanguinité chez les Canadiens-français réalisée par Claude Laberge (79) révélait que l'isolement du Québec dans l'Amérique anglo-saxonne avait maintenu un niveau de consanguinité plus élevé qu'aux États-Unis, bien qu'une baisse de ce taux était apparue vers 1915, avec l'éclatement des isolats, sous l'effet de la migration urbaine. Le coefficient de consanguinité demeurait cependant élevé au Québec comparativement à certains pays. Il était entre 1955 et 1965, de 0,0009 au Québec alors que l'Italie affichait 0,0007 et la Belgique 0,0005 (80). Partant, on cherchait à déterminer l'effet de la consanguinité sur l'incidence des malformations congénitales et des maladies métaboliques du nouveau-né et Dallaire mettait en évidence ce facteur dans certaines

78 J. Henripin, "Les facteurs sociaux...", *UMC* 91, janvier 1962, p. 66

79 C. Laberge, "La consanguinité des Canadiens-français" *Population* 22, 1967, pp. 861-896.
Claude Laberge deviendra président du réseau de médecine génétique du Québec, professeur titulaire de médecine et de pédiatrie à l'Université Laval et au Centre hospitalier universitaire de l'Université Laval et co-directeur de SOREP

80 P. Philippe, M. Désilets B., "Épidémiologie génétique de la mortalité intra-utérine, résultat d'une analyse dans une population rurale du Québec", *UMC* 104, mai 1975, pp. 763-767

malformations. On estimait que la consanguinité entre les époux augmentait de 1 à 2 % le risque de syndrome héréditaire chez le foetus.

De son côté, Charles R. Scriver (81) directeur du laboratoire De Belle de génétique biochimique depuis sa fondation en 1961, menait une étude épidémiologique en 1965 qui lui permettait d'observer l'ampleur du rachitisme chez les enfants hospitalisés au Québec et démontrait leur carence en vitamine D. Il attribuait leur besoin anormalement élevé en vitamine D aux saisons froides et recommandait au sous-ministre de la santé Jacques Gélinas, d'enrichir le lait homogénéisé, comme cela se pratiquait ailleurs en Amérique du Nord. Il faut rappeler ici que le bactériologiste A. Bolduc du service de santé de la ville de Montréal s'était prononcé en 1935, contre l'introduction d'un lait enrichi de vitamine D, à l'exemple de la ville de Détroit qui avait inauguré cette pratique en 1932 (82). Cette décision révisée tardivement prenait effet en 1970 (83) et entraînait le déclin de l'incidence du rachitisme relié à une déficience en vitamine D, de manière appréciable.

En cours de recherche, Scriver mettait en évidence une forme de rachitisme dont l'incidence s'avérait être plus élevée chez les enfants canadiens-français que chez ceux de la communauté anglaise. Cet asservissement à la vitamine D était manifestement une affection héréditaire puisque même soumis à une alimentation équilibrée, des signes de rachitisme étaient observés. Un gène intervenait dans le règlement du mécanisme du calcium et du phosphore. Ces travaux

81 Charles Scriver diplômé de McGill, poursuivait des études à Harvard et à Londres avant de devenir professeur de pédiatrie, de biologie et de génétique humaine à l'Université McGill et à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Il était co-directeur de SOREP. Il recevait le prix Michel Sarrazin en 1988. En 1947 un programme conjoint sur l'hérédité humaine était réalisé par le *Children's Memorial Hospital* et le département de génétique de l'Université McGill qui utilisait le matériel clinique de l'hôpital. Un département de génétique y était établi en 1949. Voir: Jessie Boyd Scriver, *The Montreal Children's*. Montréal, McGill University Press 1979, p. 138 et H.C. Soltan, *op. cit.*. Roger Poirier, "Rachitisme vitamino-résistant Considérations sur le traitement actuel", *UMC* 94, décembre 1965, p. 1611

82 B. Gaumer, *op. cit.*, p. 222, note 193

83 C. Scriver, "Fondements biologiques de la sensibilité du rachitisme à la vitamine D", *UMC* 100, mars 1971, pp. 462-474; *UMC* 99, juin 1970, p. 1177.

ouvraient la voie du dépistage systématique des maladies génétiques au Québec et l'avènement de l'assurance-maladie en facilitait le mode d'intervention.

L'utilité du dépistage génétique ainsi démontrée, les quatre chefs des départements de pédiatrie des facultés de médecine des universités de Montréal, McGill, Laval et Sherbrooke, recommandaient la création d'un programme de dépistage des maladies génétiques au niveau de la province. La création du Réseau provincial de médecine génétique du Québec en 1972 suivait de près l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie. Il reliait quatre centres de génétique québécois, chacun rattaché à un centre hospitalier universitaire. À l'origine le comité réunissait Claude Laberge du Centre Hospitalier de l'Université Laval, Charles Scriver de l'Hôpital de Montréal pour enfants, Didier Dufour, représentant du ministère de la Santé auxquels se joignaient deux membres représentant chacune des facultés de médecine (84). Ainsi, la Province de Québec était la première au Canada à implanter dans son système de santé une forme systématique de médecine génétique. Le patient qui voulait se soustraire à ce programme devait l'affirmer clairement puisque le recours aux services de santé contenait un consentement implicite à y participer.

La section de génétique médicale de l'Hôpital Sainte-Justine joignait le réseau provincial de dépistage des maladies métaboliques et était reconnue comme centre de diagnostic et de traitement pour ces maladies. À ce moment, Serge Melançon (85) joignait l'équipe de

84 C. Laberge et al., "Le réseau de médecine génétique du Québec: un programme intégré de diagnostic, conseil et traitement des maladies métaboliques héréditaires", *UMC* 104, mars 1975, pp. 429-431

85 Serge B. Melançon. Généticien pédiatre, diplômé en 1965, il complétait sa formation en pédiatrie par deux années comme associé de recherche respectivement au département de pharmacologie avec Tom Perry à l'Université *British Columbia* et en génétique au *Children's Memorial Hospital* de Chicago avec Henry Nadler, où il poursuivait des études sur les maladies métaboliques produisant de l'amaurose mentale ou des désordres neurologiques et mentaux chez l'enfant. À partir de juillet 1972, il était professeur adjoint de Recherche au département de pédiatrie de l'Université de Montréal, détenteur d'une bourse du Conseil des

génétiq ue médicale dirigée par Dallaire et ses premiers travaux portaient sur le métabolisme des acides organiques. Il cherchait à établir un profil chromatographique normal pouvant être utilisé en vue du diagnostic hâtif et précis d'erreurs innées du métabolisme touchant les acides organiques (86). Certaines maladies métaboliques étaient diagnostiquées par le dépistage systématique mis sur pied par le Réseau provincial de médecine génétique ou lorsque le nourrisson présentait une symptomatologie de léthargie, de refus d'alimentation, d'hypotonie ou de vomissement.

Après avoir observé le mode de transmission des maladies génétiques, l'épidémiologie génétique se proposait d'identifier les individus qui à cause de leur génotype, sont sujets à risque, sachant que certaines maladies génétiques se développent plus ou moins tardivement (87). Cette discipline fait aussi porter l'observation sur des individus porteurs de gènes récessifs autosomaux qui peuvent entraîner l'expression d'une maladie grave chez leurs descendants; on a alors recours au conseil génétique. Le risque génétique demeure cependant de la médecine prédictive et ici, on passait du diagnostic au pronostic. Cependant, le dépistage à la naissance offrait parfois la possibilité d'intervention clinique en vue d'enrayer l'expression de la maladie. En somme, on offrait des services de dépistage, de diagnostic, de conseil, de traitement et un suivi médical. Les participants du réseau agissaient comme consultants auprès du médecin traitant qui devenait responsable des soins de santé assurés au patient.

Le programme de médecine génétique était rendu accessible à tous les nouveau-nés de la Province de Québec avec la collaboration de 135 hôpitaux, alors que 96% des naissances avaient lieu en milieu

recherches médicales du Canada. En 1992, l'équipe du docteur Melançon réalisait le diagnostic prénatal de l'ataxie de Friedreich par l'analyse moléculaire directe des cellules amniotiques.

86 S.B. Melançon et al., "Étude comparative par chromatographie gazeuse des acides organiques urinaires et sériques chez le nouveau-né", *UMC* 103, avril 1974, pp. 678-685

87 G. Bouchard, M. De Braekeleer, *Histoire d'un génôme*, p. 374, 359

hospitalier, ce qui témoignait de l'importance que prenait cette discipline en pédiatrie. La gestion informatisée des données assurait l'établissement d'un panorama assez précis des maladies génétiques identifiées à l'échelle de la province. Des évaluations biologiques et biochimiques étaient complétées chez les familles à risque ainsi dépistées. Des programmes particuliers de dépistage auprès de populations à risque élevé, comme dans le cas de la recherche de la maladie de Tay-Sachs dans la communauté juive de Montréal et la recherche des hétérozytes de la thalassémie chez les méditerranéens de Montréal, étaient confiés aux centres régionaux.

Au chapitre des maladies métaboliques héréditaires, la phénylcétonurie et les maladies qui y sont associées, étaient les premières à être l'objet d'un dépistage systématique chez les nouveau-nés. D'octobre 1969 à septembre 1973, 253 000 échantillons révélaient une incidence de 1/35 000 chez les Canadiens-français (88). Au cours des 20 années qui ont suivi l'introduction de ce test, la maladie ne pouvant être dépistée avant la naissance, 100 enfants sont nés avec la maladie mais aucun n'a souffert de retard mental, ayant suivi une diète à très faible teneur de phénylalanine (89). Les 208 000 analyses faites en vue du dépistage de la tyrosinémie héréditaire, une maladie hépatique qui peut provoquer le développement d'une cirrhose chez l'enfant, révélaient une incidence de 1/12 000 (90). Cette maladie faisait l'objet d'une conférence pan-canadienne à *The Hospital for Sick Children* de Toronto en 1966 (91). La recherche de la galactosémie caractérisée par un désordre du métabolisme des hydrates de carbone, maladie rare qui

88 A. Grenier, C. Laberge "Dépistage des maladies métaboliques héréditaires au Québec", *UMC* 103, mars 1974, p. 453

89 G. Bouchard, *op. cit.*, p. 382.

90 Jean Larochelle et al., "Tyrosinémie héréditaire avec tyrosinurie Étude de 44 cas chez le nourrisson", *UMC* 97, juin 1968, p. 762: cette étude révélait que les patients descendaient d'un ancêtre commun arrivé sur la Côte de Beaupré en 1638 et concluait à la nécessité du dépistage systématique

91 L. Dallaire, "Genetic aspects of the tyrosinemia" *CMAJ* 97, October 28 1967, p. 1098; C. Laberge, L. Dallaire, "Genetic aspects of tyrosinemia in the Chicoutimi Region", *CMAJ* 97, October 28 1967, p. 1099

peut être diagnostiquée avant la naissance, révélait une incidence de 1/120 000. (92) Cette maladie identifiée par Holzel Kromrower en 1955, présente des symptômes qui, selon la gravité, se manifestent peu après la naissance allant jusqu'à quelques semaines et pouvant engendrer la cécité, l'arriération mentale et le retard de croissance. Si la maladie est grave, son traitement consiste à supprimer radicalement le lait et ses dérivés de la diète de l'enfant pour obtenir un pronostic favorable. En 1974, la possibilité de détecter l'hypothyroïdie congénitale chez le nouveau-né était offerte au sein du réseau.

Le programme toujours en expansion développait en quelques années des tests de dépistage touchant une trentaine de maladies héréditaires (une cinquantaine en 1990) qui révélaient quelquefois des incidences différentes au Québec de celles rencontrées dans d'autres populations et même des particularités régionales au sein de la province. Ainsi, la tyrosinémie héréditaire présentait une incidence plus élevée dans la région nord-est de la province. Récemment, un composé chimique encore à l'étape expérimentale pourrait offrir une solution efficace de rechange à la transplantation hépatique jusque-là nécessaire dans le traitement de cette maladie (93).

La génétique médicale qui avançait sous la bannière du progrès scientifique, s'engageait dans le dépistage systématique à la naissance de maladies métaboliques qui se présentaient sous forme de désordres biochimiques ou de déficiences enzymologiques. En gagnant le secteur sanitaire, elle passait d'une activité restreinte au dépistage généralisé de facteurs de risques génétiques liés aux possibilités d'intervention à visée préventive. Elle ouvrait la voie à la stigmatisation de familles, de groupes ethniques; elle ciblait des populations. De plus le dépistage systématique soulève des questions relatives à la charge financière, une question qui

92 Grenier et Laberge, *op. cit.*; Gaétan Nolin, "Un cas de galactosémie", *AMCHSJ* VIII, 1, 1957

93 Le 12 février 1970 pour la première fois au Canada était réalisée une transplantation hépatique chez un nourrisson à l'Hôpital Notre-Dame. Une première transplantation hépatique était réalisée à l'Hôpital Sainte-Justine en 1985.

prend de l'importance à mesure qu'augmente la diversité des techniques de diagnostic. Il convient cependant de s'interroger sur le bien-fondé d'une telle démarche particulièrement dans les maladies relativement rares pour lesquelles il n'existe aucun traitement. Finalement, il devient difficile d'évaluer l'efficacité des interventions du point de vue de leurs répercussions sur la mortalité et la morbidité.

Le développement de l'activité génétique ne pouvait se faire que grâce au lien qui l'unissait à la biologie et à la recherche. Par son mode d'articulation entre l'activité clinique et l'activité de recherche biologique "fondamentale", elle était à l'origine d'un redéploiement de la pédiatrie de plus en plus redevable au soutien de l'État.

Entre le savoir et le pouvoir; gérer son patrimoine génétique

La génétique agissait dans une certaine mesure, en rétroaction à l'action de la médecine qui n'avait plus pour fonction première de guérir mais celle de maintenir en vie. La prise en main du destin biologique s'accompagnait d'une diminution des possibilités naturelles de sélection et par conséquent par l'alourdissement du fardeau génétique; certaines maladies transmissibles n'étant pas incompatibles avec la reproduction. Si bien qu'une mesure individuellement bénéfique devenait socialement nuisible et posait un problème d'eugénisme. Les eugénistes tentaient de mettre au point des mécanismes de contrôle et de correction.

La tentation de gérer le patrimoine génétique était offerte par la technologie, tant en génétique qu'en informatique; elle donnait naissance à la génétique des populations définie comme une discipline qui analyse les conditions d'équilibre et le dynamisme des gènes dans les populations. Elle a pour base la famille en génétique humaine. Les études de génétique de population s'emploient à établir des statistiques quant à l'âge moyen d'apparition de la maladie, le taux de mortalité et de morbidité et à évaluer le contexte social des familles affligées. Et pour

rétablir l'équilibre compromis, Philippe (94) préconisait alors le dossier prénuptial et les restrictions matrimoniales entre proches parents et envisageait l'insémination artificielle afin de prévenir la transmission des tares.

Au Québec, la génétique des populations se traduit dans SOREP qui exploite et développe un fichier informatisé sur la population québécoise. (95) Le Centre interuniversitaire de recherches sur les populations dont Gérard Bouchard est le directeur-fondateur, était créé officiellement en 1984 dans le prolongement du réseau provincial de médecine génétique, dans le but d'élucider l'origine des prédispositions aux maladies génétiques. Il naissait d'une entente de coopération entre l'Université du Québec à Chicoutimi, l'Université Laval et l'Université McGill. Ce pouvoir de gérer le patrimoine génétique dépasse cependant le cadre que nous nous étions fixé mais il n'en pose pas moins la question de savoir s'il faut laisser aux généticiens le soin de régenter ce que doit être l'humanité de demain et s'il nous faut résister à ce processus aveugle?.

Nous avons constaté au cours de ce chapitre, que la génétique ouvrait un nouveau domaine, celui de la génétique médicale qui s'insérait en périnatalogie quand l'accès au foetus était rendu possible par la technique de l'amniocentèse. Par le diagnostic prénatal, elle influençait les taux de mortalité infantile. Si les eugénistes de 1930 avaient la préoccupation de l'espèce, ceux de 1970 ont celle de l'individu et l'eugénisme cette fois, n'est plus une question socio-politique mais une question scientifique qui renvoie encore une fois à l'emprise du bio-pouvoir analysé par Foucault.

94 Pierre Philippe, "Les mesures de la consultation eugénique", *UMC* 103, juin 1974, pp. 1100-1107

95 G. Bouchard, *op. cit.*, p. 345

3.2.2 La recherche clinique en médecine infantile

La recherche clinique consistait à effectuer des vérifications sur des sujets normaux et malades, à élucider l'étiologie et la pathologie des maladies et à découvrir et mettre au point leur traitement spécifique. Elle dépendait de l'évolution des disciplines fondamentales et des techniques élaborées dans divers secteurs et progressait grâce à la chimie organique, à l'instrumentation électronique et à l'emploi d'isotopes radioactifs. Si la recherche clinique trouvait sa place au sein de l'hôpital particulièrement avec l'arrivée des spécialistes dûment formés, il en allait tout autrement de la recherche fondamentale qui pénétrait lentement, les chercheurs devant se négocier un statut particulier, ce qui n'allait pas sans conflits.

En septembre 1949, le pédiatre Albert Royer signait un contrat avec l'administration de l'Hôpital Sainte-Justine qui l'autorisait à poursuivre des études et des recherches. Cependant, le directeur des laboratoires généraux Bouziane, refusait de recevoir des médecins. L'année suivante, le Conseil d'administration de l'hôpital se rendait à la demande du Conseil des médecins et autorisait l'organisation d'un laboratoire de recherches cliniques. Les médecins désireux de faire de la recherche devaient soumettre leurs projets pour appréciation à un comité de recherche composé des docteurs Dubé, Labrecque et Bouziane. Royer se voyait attribuer un espace de laboratoire et disposait alors d'un montant de 435\$. Il entreprenait l'évaluation de la "Chloromycétine", un antibiotique produit par la firme Parke et Davis (96), utilisé dans le traitement de 300 enfants malades qui ne répondaient pas aux traitements ordinaires. Il en précisait le mode d'emploi, en évaluait les dosages et l'efficacité dans les 4 formes employées. Au total, 700 enfants étaient traités, le médicament étant fourni par la compagnie productrice

96 Parke Davis compagnie américaine fondée en 1866, ouvrait un Centre de recherches en 1961 à Ann Harbour Michigan.

(97). Puis portant une attention particulière aux enfants prématurés (98), en 1951 Royer entreprenait des travaux sur la valeur hématologique normale chez 125 prématurés et en 1954-56, il poursuivait ses travaux à la demande du Conseil National des Recherches, chez les enfants prématurés et les nouveau-nés et faisait le suivi de ces enfants. Royer effectuait également des recherches sur les leucémies (99) et sur plusieurs autres sujets. Trois ans après son ouverture, le laboratoire de recherches cliniques affichait 7 publications, 4 en voie de préparation et 14 communications aux sociétés médicales, en plus d'un enseignement aux internes et aux résidents. Nous référant au modèle de Clark, ici, le clinicien-chercheur à l'étape de la science académique demeurait isolé.

Pendant ce temps, en 1952, le Conseil d'administration dissociait le fonctionnement du laboratoire général de celui du laboratoire de recherches cliniques qui prenait alors le nom de département de Recherches cliniques. Bouziane, directeur des laboratoires généraux démissionnait en décembre 1953 et Royer était nommé directeur de la recherche clinique peu après. Devant la situation critique, l'administration en profitait pour créer dans ses laboratoires généraux, des sections distinctes d'anatomie pathologique, de bactériologie, d'hématologie et de biochimie, chacune étant sous la responsabilité d'un spécialiste (100). En

97 A. Royer, "Le chloramphénicol en pédiatrie", *Revue Médicale*, Université de Montréal 4, 4, décembre 1952. (tiré à part). AHSJ, 24LR Services hospitaliers Laboratoires Recherches cliniques

98 A. Royer, "Les handicaps physiologiques des prématurés" *AMCHSJ* 6, 2, 1951, pp. 62-72

99 A. Royer "Les leucémies aiguës chez les enfants" *Revue Médicale*, Université de Montréal, 3, 4, décembre 1951, pp. 261-271. AHSJ, 24L Services hospitaliers, Laboratoires 1947-1960

100 En 1954, Robert Alain Ayotte Ph. D. était nommé chef du laboratoire de biochimie, Albert Royer, chef du laboratoire d'hématologie et le docteur Bernard Martineau, chef du laboratoire de bactériologie. Ce dernier assumait la direction du département des laboratoires cliniques en février 1962 et devenait directeur du département de microbiologie en février 1972. Les départements de biochimie et de microbiologie de la faculté de médecine étaient autorisés à décerner un Ph.D. en 1952: D. Goulet, *op. cit.*, p. 382. L'Association des médecins bactériologistes de la Province de Québec tenait sa première réunion en septembre 1965 dans le but de faire de la bactériologie médicale une spécialité de la médecine et l'Association des anatomistes canadiens était fondée par les anatomistes des facultés de médecine en novembre 1956. Le 7e congrès de la Société internationale de biologie clinique se tenait à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal en juillet 1969. Il était

1970, ces différentes branches devenaient des services indépendants. Peu après, le Collège des médecins émettait des certificats de spécialité en médecine de laboratoire dans quatre disciplines, soit : biochimie, hématologie, microbiologie et pathologie. Les membres de ces spécialités formaient l'Association des médecins de laboratoires du Québec.

La possibilité d'effectuer des recherches à l'hôpital était souvent perçue comme un privilège consenti à un individu et des conflits freinaient l'évolution souhaitée par l'administration, chacun défendant son fief avec âpreté. La possibilité pour les pédiatres d'effectuer des recherches cliniques rencontrait l'hostilité des médecins des laboratoires généraux. Le passage de la médecine clinique à la recherche clinique n'était pas un passage linéaire et sans embûches. Ceux qui ouvraient la voie suscitaient des conflits qui devaient déboucher sur le compromis. Vers 1961, l'arrivée du néphrologue Jean-Guy Mongeau (101) et son installation dans une section des laboratoires suscitaient des difficultés. L'administration hospitalière devait composer avec des réactions d'hypersensibilité du personnel médical mais cherchait quand même à attirer des spécialistes qui se faisaient rares. Royer était nommé directeur du département de pédiatrie en novembre 1964 et nous avons déjà souligné son rôle au chapitre consacré à l'enseignement.

A l'occasion de la visite de la reine en sol canadien en 1959, le gouvernement fédéral créait la Fondation Reine Elisabeth II qu'il dotait d'une somme d'un million de dollars, pour aider les organismes et les individus à entreprendre ou à poursuivre des recherches sur les maladies infantiles. La Société canadienne de pédiatrie apportait sa collaboration au conseil d'administration de cette fondation. Et soucieuse du développement professionnel, en 1962, cette même société soumettait un

organisé conjointement par l'Association canadienne des pathologistes, l'Association canadienne des clinico-chimistes et l'Association canadienne des microbiologistes médicaux.
101 Jean-Guy Mongeau était chargé de l'enseignement de la pédiatrie à l'Hôpital Sainte-Justine le premier novembre 1966 au moment où il devenait Associé du Collège royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Il obtenait le poste de professeur agrégé PTG en 1972.

mémoire à la Commission royale d'enquête sur les services de santé dite Commission Hall constituée l'année précédente, dans lequel elle recommandait d'intensifier la formation des chercheurs en pédiatrie. Elle considérait alors la recherche scientifique comme une activité vitale pour l'avancement de la connaissance des maladies infantiles. La pression exercée par la Société canadienne de pédiatrie soutenait les efforts déjà amorcés localement.

En 1963, à la suite d'une visite des autorités fédérales du ministère de la Santé nationale à l'Hôpital Sainte-Justine et constatant le manque d'intégration des activités de recherche, on envisageait la création d'un institut de recherche (102). En septembre 1966 (103) un plan d'ensemble prévoyant le réaménagement du laboratoire totalisait 2 625 000\$. Il prévoyait une section de génétique et de biochimie génétique, une section de recherche en physiologie pulmonaire, un ajout au laboratoire de chirurgie expérimentale, des sections d'immuno-hématologie, de néphrologie pédiatrique, de néonatalogie, d'immunologie, d'électromyographie, de neurochimie, de gastro-entérologie, d'hépatonutrition et de microscopie électronique. (104)

La recherche fondamentale entraînait à son tour à l'hôpital pour permettre d'asseoir les bases de la physiopathologie infantile et l'identification de nouvelles entités nosologiques. L'étude de certaines maladies héréditaires permettait également de compléter la cartographie des chromosomes. Il fallait aussi repenser certaines données pharmacologiques. La recherche clinique et la recherche fondamentale étaient envisagées à partir de la sélection du matériel clinique et du développement continu de laboratoires. Elles nécessitaient la collaboration du clinicien et du chercheur dans un rapprochement des

102 AHSJ, 24 LR, Laboratoires de recherches cliniques 1963-1975.

103 AHSJ, 24LR, Services hospitaliers Laboratoires Recherches cliniques 1965-67.

104 En 1966, l'Association des médecins de langue française du Canada accordait alternativement à la recherche clinique et à la recherche fondamentale, un montant annuel de 500\$ pour un manuscrit soumis. Elle soulignait ainsi l'importance accordée à la recherche.

activités de soins et de recherche, car le clinicien-chercheur regroupe à l'hôpital des patients sujets d'étude. (105) L'association des laboratoires de recherches et des services cliniques transformait le rôle de l'hôpital. Le laboratoire n'était plus un instrument complémentaire de diagnostic mais un lieu de développement scientifique.

L'endocrinologie

Dans les années 1930, le développement des connaissances dans le domaine des maladies métaboliques permettait d'ouvrir un nouveau champ d'expertise. L'endocrinologie constituait un des premiers domaines de recherche développés à l'Hôpital Sainte-Justine quand en mars 1940, il obtenait une contribution financière du gouvernement provincial pour la création d'un service de recherche expérimentale confié au docteur J. Alcide Martel qui incidemment, terminait en août 1943 un stage d'étude dans le service d'endocrinologie de l'Hôpital Notre-Dame. (106) Nous avons déjà souligné la participation active de ce dernier à la fondation à Montréal en février 1944, de la Société canadienne d'endocrinologie, sous l'égide de l'Association des Médecins de Langue française du Canada et sous les auspices de la Fondation Des Bergers-Brismol. L'intérêt pour cette discipline était accentué au même moment, par la mise sur pied de l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentales confié à Hans Selye qui devenait professeur d'endocrinologie et y menait des activités de recherches (107).

En septembre 1959, l'Université de Montréal proposait la candidature de Jacques Raymond Ducharme comme boursier de la Fondation Markle pour effectuer des recherches en endocrinologie. Prudente, l'administration de l'Hôpital Sainte-Justine élaborait une entente écrite qui stipulait que Ducharme acceptait de travailler sous la direction de Raymond Labrecque chef du service de médecine, et

105 L. Chicoine, G. Jeliu, "Recherche et pédiatrie", *UMC* 95, mai 1966, p. 517-518

106 AHSJ, 24E, Services hospitaliers Endocrinologie 1938-1979.

107 A. Yanacopoulos, *Hans Selye ou la cathédrale du stress*, Montréal, Le Jour 1992

d'Alcide Martel, chef adjoint en endocrinologie et Robert Alain Ayotte, chargé du laboratoire de biochimie. Ducharme devenait bénévole, catégorie spéciale à 200\$ par mois pour une période de temps correspondant à la durée de la bourse. Ainsi, l'octroi de 4 000\$ en 1960, du Conseil national des recherches favorisait l'aménagement d'un laboratoire de recherche en endocrinologie infantile à l'Hôpital Sainte-Justine, confié au docteur Jacques Raymond Ducharme (108). Le laboratoire connaissait une expansion importante avec l'arrivée en 1962, d'un deuxième endocrinologue, Gilles Leboeuf (109). Ces chercheurs présentaient leurs travaux lors des réunions du Club de recherches cliniques du Québec et se positionnaient pour établir des relations avec les organismes subventionnaires, les organismes gouvernementaux et l'Université. En 1965, l'Hôpital Sainte-Justine recevait une subvention du gouvernement fédéral de 12 753\$ pour l'agrandissement du laboratoire

108 Jacques Raymond Ducharme boursier de la *Canada Life Insurance Foundation*, effectuait une résidence au *Children's Hospital* de Philadelphie avant d'être *Research Fellow* au *Babies Hospital of Columbia Presbyterian Medical Center* de New York. Entré à l'Hôpital Sainte-Justine en 1960 au service d'endocrinologie du département de pédiatrie, il devenait chef du laboratoire d'endocrinologie et chef de la section d'endocrinologie du département de biochimie. Il était chef du service d'endocrinologie jusqu'au 31 décembre 1990. Il participait au Comité sur les hormones pituitaires du Conseil des Recherches Médicales du Canada en 1965. Professeur au département de pédiatrie de l'Université de Montréal, il en a été le directeur de 1968 à 1975 bien qu'en 1973, il poursuivait ses recherches à l'Unité de Recherches endocriniennes et métaboliques chez l'enfant à l'Hôpital lyonnais Debrousse dirigée par le professeur Jean Bertrand, sur la régulation endocrinienne et en particulier corticosurrénale de la maturation pubertaire. Les docteurs Robert Collu et William Gibb de l'Hôpital Sainte-Justine étaient associés à ce programme de recherche qui faisait partie des échanges franco-québécois en sciences de la santé sur le thème INSERM, CRSQ durant 8 années. Il obtenait un doctorat *Honoris Causa* de l'Université Claude Bernard de Lyon. Il est l'auteur de plus de 225 publications et communications scientifiques. Fiduciaire de la Fondation Reine Elizabeth II pour la recherche sur les maladies de l'enfance, il assumait en 1975, la présidence du Conseil de fiducie de la Fondation. En 1991, il occupait la fonction de directeur scientifique du Fonds de la recherche en Santé du Québec: *Bulletin du FRSQ* 3, 1, 1990; *AMLFC* XXIV, 6, juin 1991, p. 5

109 Gilles Leboeuf récipiendaire de la bourse Ciba, était membre de la *Society for Paediatric Research* et secrétaire du *Club de recherches cliniques du Québec* en 1965. Nommé professeur agrégé PTG de pédiatrie en 1969, il était chargé de la section d'endocrinologie en 1970, suite à la démission d'A. Martel. Il était secrétaire du Conseil de recherche en santé, remplaçant André Viallet en 1976. En avril 1977, il demandait à être remplacé comme chef du laboratoire d'endocrinologie.

d'endocrinologie et l'organisation d'un laboratoire destiné à l'étude des divers produits radio-actifs.

Les endocrinologues de l'Hôpital Sainte-Justine s'inséraient dans le réseau scientifique international et en 1964, Ducharme assistait au congrès de l'*Endocrine Society* à San Francisco et à la *Canadian Paediatric Society* à Harrison Hot Springs, C.B. où il présentait en collaboration avec Leboeuf et Melançon, une communication sur "L'effet de l'ACTH endogène sur l'excrétion urinaire d'oestriols".

Voici un aperçu du développement des activités de recherche à l'Hôpital Sainte-Justine au lendemain de la création du Conseil de la Recherche médicale du Québec en 1963.

Tableau 3-8

Activités de recherche à l'Hôpital Sainte-Justine (110)

Année	1963	1964	1965	1966
Fonds (\$)	48 260	101	148	185
		310	420	540
Projets subventionnés	5	9	16	32
Projets non-subventionnés	20	21	30	30
En collaboration avec d'autres institutions	4	3	7	—

Jacques Letarte (111) qui joignait la section d'endocrinologie en juillet 1969, s'occupait des désordres du mécanisme d'absorption des

110 C. Laberge Joncas, "Essor de la pédiatrie canadienne-française à Montréal depuis 1950", *UMC* 96, novembre 1967, pp. 1333-1336

111 Jacques Letarte, boursier de la Fondation Reine Elizabeth II de 1964-68 et du Conseil des recherches médicales du Canada en 1968 et 1969, avait poursuivi des études à Zurich, à l'Institut de biochimie clinique de l'Université de Genève et à Londres, en métabolisme des hydrates de carbone et des lipides chez l'enfant. Il était nommé en 1970 professeur adjoint

graisses et du sucre dans l'organisme dont les manifestations les plus courantes étaient le diabète et l'hypercholestérolémie et ouvrait ainsi une dimension qui tenait compte de l'effet des substances hormonales au niveau des tissus. Un dépistage précoce de ces pathologies était de nature à faire progresser la prévention des maladies cardiaques. Une unité des maladies métaboliques était placée sous la direction de Letarte et son laboratoire répondait aussi aux besoins de la gastro-entérologie et de la néphrologie. Il effectuait le dépistage des hypothyroïdies dans le cadre du réseau provincial de génétique. En 1980, cette section prenait le nom de Laboratoire de Nutrition.

L'expansion du laboratoire d'endocrinologie conférait à ses chercheurs une certaine notoriété et les recherches se situaient alors au niveau du métabolisme et de la biosynthèse des hormones stéroïdiennes durant la période néonatale, de l'interaction de l'hormone de croissance et de l'insuline dans les retards de croissance et du métabolisme des hydrates de carbone dans le tissu adipeux de l'enfant obèse. (112) En 1971, un quatrième endocrinologue entra à l'Hôpital Sainte-Justine. Robert Collu (113) qui étudiait le problème des "releasing factors", démarrait une section dite de neuro-endocrinologie. Vers la même époque, le biochimiste Martin Shapiro, rémunéré par le Conseil des recherches médicales du Canada, joignait le laboratoire d'endocrinologie. Les installations existantes devenaient insuffisantes. Par ailleurs, le Conseil des recherches médicales du Canada qui subventionnait le

PTG de pédiatrie à l'Université de Montréal et en 1972, professeur agrégé. Il occupera le poste de directeur des services professionnels.

112 Robert Collu, Jacques R. Ducharme, Gilles Leboeuf, "La sécrétion de l'hormone de croissance ETH", *UMC* 98, septembre 1969, p. 1488.

113 Robert Collu était diplômé de la faculté de médecine de Paris en 1963, CSPQ, CRCP, (pédiatrie) en 1968 et M. Sc. du *Department of Experimental Medicine* de l'Université McGill, en 1969. Voir A. Yanacopoulos, *op. cit.*, p. 197: l'équipe du Salk Institute de San Diego, Californie, identifiait la molécule de "Corticotrophine Releasing Factor" qui était le premier transmetteur libéré au cours du stress. R. Collu publiait en collaboration: *Pediatric Endocrinology*, New York, Raven Press 1981 et 1989; *Central Nervous System Effects of Hypothalamic Hormones and other Peptides*, New York, Raven Press 1979; *Brain Neurotransmitters and Hormones*. New York, Raven Press 1982. Il quittait l'Hôpital Sainte-Justine en 1995 et recevait le titre de professeur émérite en mai 1998.

docteur Ducharme depuis douze ans, mettait fin à cette subvention en juin 1971, ce dernier ayant été nommé à la direction du département de pédiatrie en 1967 se voyait contraint à diminuer ses activités de recherche (114).

Mais bientôt, le droit d'offrir des analyses hormonales à des fins diagnostiques était revendiqué par le laboratoire de biochimie qui considérait qu'il y avait duplication des analyses de routine. (115) Ce litige qui restait sans terrain d'entente, donnait lieu à une enquête du directeur des services professionnels Guy Rivard dont le rapport *Les analyses hormonales à l'Hôpital Sainte-Justine* en 1979 donnait raison au directeur du laboratoire de biochimie et recommandait la réorganisation du laboratoire d'endocrinologie. Frustrés de la décision du directeur des services professionnels, les endocrinologues Ducharme, Leboeuf et Collu alertaient le syndicat professionnel des médecins endocrinologues du Québec, l'Association des médecins cliniciens enseignants du Québec et le doyen Pierre Bois, pour faire valoir leurs droits. Ce conflit interne qui prenait des proportions importantes, illustre le problème des droits de gérance du milieu hospitalier qui étaient soumis de plus en plus à des instances externes. A la fois des considérations professionnelles, financières et de prestige étaient en jeu.

3.2.2.1 Le Centre de recherche de Hôpital Sainte-Justine

Le développement technique et l'influence du modèle américain poussaient le développement d'une recherche de plus en plus complexe qui se couplait à une pratique clinique de pointe. La recherche se divisait en recherche fondamentale, entreprise en vue de contribuer à l'enrichissement des connaissances scientifiques pour en dégager de nouveaux principes et de nouvelles généralisations, et en recherche

114 AUM, E38, 4007 19/8/2/2/ Pédiatrie 1970-1974. Lettre de Ducharme au doyen P. Bois, 17 septembre 1971

115 AUM E38 1744 55/7/7/2 Hôpital Sainte-Justine 1979-80

appliquée qui se charge d'appliquer les principes généraux à des problèmes particuliers. A l'exemple des hôpitaux pour adultes, les hôpitaux pédiatriques développaient des laboratoires de recherche fondamentale; *The Hospital For Sick Children de Toronto* possédait son *Research Institute* depuis 1953 (116) et l'Université McGill établissait le *Montreal Children's Hospital Research Institute* en 1965.

La formule des secteurs de recherche clinique dispersés au sein de l'hôpital était remise en question parce qu'elle conduisait à la dispersion des efforts et des effectifs et à l'isolement des secteurs. On lui préférait le regroupement des cliniciens chercheurs, un partage des ressources et une administration indépendante de l'administration hospitalière et universitaire. Cette formule était appliquée à l'Institut de recherches cliniques de Montréal en 1967.

Dès l'annonce de la fermeture des écoles d'infirmières au sein des hôpitaux par l'entrée en vigueur d'un nouveau programme d'éducation en sciences infirmières, l'Hôpital Sainte-Justine entreprenait des démarches en vue de transformer la résidence ainsi libérée, en un centre de recherche, pour confirmer son rôle prépondérant dans la recherche des maladies des enfants et des adolescents. L'administration de l'hôpital confiait en 1970 à un comité de recherche créé au sein du Bureau médical et présidé par Louis Dallaire, la planification des nouveaux laboratoires. La décision de constituer un comité de recherche marquait le premier pas vers une intégration administrative plus complète et plus fonctionnelle de la recherche. La contribution du pédiatre généticien Dallaire à l'organisation et au développement du centre de recherches signalait l'institutionnalisation de la génétique humaine, domaine de point au sein de la pédiatrie et accentuait le passage à la recherche fondamentale. Mais dans la foulée des importants réaménagements au sein de l'organisation des soins de santé à l'échelle provinciale, le

116 "Research and the quality of medical care at the Hospital for Sick Children", *CMAJ* 113, (September 20 1975) p. 488

ministère des Affaires sociales suspendait le projet de transformation des locaux.

Des subventions de 1M \$ étaient consenties par les gouvernements pour le réaménagement des locaux qui étaient occupés au printemps de 1973. Les équipes de gastro-entérologie, d'immunologie, des maladies infectieuses, d'endocrinologie du métabolisme, de néonatalogie, de cardiologie et médecine pulmonaire, de chirurgie expérimentale et d'obstétrique-gynécologie joignaient celles de génétique médicale et de néphrologie. En novembre 1973, (117) ce centre de recherche, endossé par le ministère des Affaires sociales avec l'appui de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, était inauguré. Les subventions à la recherche pour cette année atteignaient près d'un demi million de dollars et étaient réparties entre 21 chercheurs-cliniciens. Louis Dallaire terminait son mandat à la présidence du Comité de recherche en mai 1975 et la direction du centre était confiée à Jacques Raymond Ducharme à la condition qu'il abandonne son poste de directeur du département universitaire de pédiatrie et de directeur du département hospitalier. Ce choix jouissait d'un fort appui au sein du corps médical de l'hôpital (118). Claude C. Roy lui succédait en janvier 1978.

Les recherches à l'Hôpital Sainte-Justine couvraient au début des années soixante-dix, la majorité des secteurs de la pédiatrie. Le dépistage prénatal des affections génétiques, métaboliques, chromosomiques, le métabolisme des hydrates de carbones, des lipides, des acides aminés et des acides organiques dans diverses pathologies dont l'arriération mentale, divers aspects de la pharmacologie clinique pédiatrique, les problèmes d'absorption gastro-intestinale, la fonction hépatique, le contrôle hypophysaire, surrénalien et neuroendocrinien de la croissance et de la puberté, les maladies infectieuses, les

117 Jacques Raymond Ducharme, "L'Hôpital Sainte-Justine: centre de recherche", *UMC* 102, décembre 1973, p. 2457; F. Lachance, "Le premier anniversaire du centre de recherche en pédiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine", *UMC* 104, février 1975, pp. 178-182.

118 AUM, E38, 2962, 27/5/63, Hôpital Sainte-Justine, Centre de recherche pédiatrique.

néphropathies, les maladies immunitaires, la physiologie, la physiopathologie cardio-respiratoire, la transplantation d'organe, les aspects psychiatriques de la pathologie pédiatrique et la chirurgie expérimentale.

L'originalité du centre tenait à l'intégration dans une même institution, de la recherche sur les maladies de la mère et de l'enfant. Aux espaces déjà aménagés pour la recherche, venaient s'ajouter près de 25 000 pieds carrés de surface de laboratoire, des pièces d'utilisation commune d'instrumentation, une animalerie, des salles d'opération pour les travaux de chirurgie expérimentale, des salles d'étude et de réunions, le tout muni des derniers développements de la technologie moderne. Cet organisme multidisciplinaire s'intéressait à toutes les dimensions de croissance, de développement et de santé de l'enfant et de la mère au cours de la grossesse, par le développement de programmes de recherche en périnatalogie, par la prévention et le dépistage précoce, par le traitement des complications obstétricales et néonatales, en rendant accessible à l'enfant malade tous les progrès scientifiques et techniques. Avec le temps, il embrassait l'étude des causes, la prévention et le traitement des maladies de l'enfant, de la conception à l'adolescence inclusivement. Il participait à la formation des scientifiques. Par la recherche opérationnelle, il travaillait à l'organisation des soins médicaux et à la coordination du travail des différentes disciplines dans une optique de médecine globale. Le terme même de recherche s'élargissait pour comprendre la recherche fondamentale, la recherche clinique qui porte sur les besoins des patients, la recherche épidémiologique qui s'intéresse aux facteurs de risque d'une maladie dans une population et la recherche évaluative qui s'intéresse à l'efficacité des traitements afin de modifier certaines approches thérapeutiques et à l'évaluation des organisations de santé. En somme, l'objectif du centre visait à l'amélioration de la qualité de vie de l'enfant et de l'adolescent et ses activités s'étendaient à la recherche fondamentale, clinique, épidémiologique et opérationnelle et le

conseil d'administration créait une direction de la Recherche pour impliquer cette dernière à tous les niveaux décisionnels.

Le recrutement et la formation de chercheurs étaient un souci constant des dirigeants qui confiaient aux chercheurs seniors tous membres du corps professoral d'une faculté ou d'un département de l'Université de Montréal, une responsabilité d'enseignement, plus particulièrement aux deuxième et troisième cycles universitaires. En 1980, le centre comptait 20 étudiants en maîtrise et 16 au doctorat et 11 personnes y poursuivaient des études post-doctorales. Le financement relevait de deux sources; le ministère des Affaires sociales contribuait pour un montant de 563 980\$ et des subventions et des bourses provenant d'organismes privés et du gouvernement totalisaient 2 259 570\$. Pour la première fois, le MAS accordait au centre deux postes de chercheurs nommés sur recommandation du Conseil de la recherche en santé du Québec.

Le Centre qui coordonnait toute la recherche biomédicale qui se faisait à l'Hôpital Sainte-Justine, était doté d'un conseil et d'une assemblée des chercheurs qui agissait à titre consultatif, il obtenait un budget distinct de celui de l'hôpital. A partir de 1975, il publiait un rapport annuel présentant un exposé succinct des études entreprises sous différentes thématiques avec mention des sources de financement, la liste exhaustive des articles publiés et des présentations faites dans divers forums et la liste des chercheurs invités, sous le titre quelquefois variable, de *Centre de recherche pédiatrique Hôpital Sainte-Justine* (119). En 1980, il affichait 172 publications et 200 présentations scientifiques. En 1980-82, l'Assemblée des chercheurs était constituée de 39 médecins-cliniciens et 13 scientifiques, soutenue par une équipe de 135 personnes et appartenant à plus de 15 disciplines biomédicales et médico-chirurgicales. L'approche thématique était conçue de façon multidisciplinaire et les projets en cours étaient au nombre de 192

119 Nous tirons les renseignements de ces rapports annuels, à moins d'indications contraires.

regroupés sous les thèmes de biologie cellulaire, croissance et développement, périnatologie, épidémiologie, toxicologie et médecine de l'environnement, maladies chroniques et handicaps, adolescence et nutrition. Le centre était identifié comme centre de référence national pour de nombreuses études subventionnées en tout ou en partie par Santé et Bien-être social Canada et même comme centre de référence international pour l'application de méthodes d'investigation ultra spécialisées. Les études couvraient un vaste éventail de domaines qui concernaient toutes les dimensions de la croissance, du développement et de la santé de l'enfant ainsi que de sa mère en cours de grossesse. Le centre devait développer les outils et les techniques requis pour déceler les maladies avant qu'elles ne produisent leurs effets dévastateurs chez les enfants, afin de permettre une intervention rapide. Il devait développer, valider et évaluer les traitements les plus adéquats à chacune des pathologies en s'appuyant sur les recherches épidémiologiques qui aidaient à établir les priorités.

La création du Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine marquait la fusion des activités de soins et de recherches. L'hôpital devenait un centre d'enseignement de la pédiatrie tant au niveau prédoctoral que postdoctoral quand un important volet de recherche lui était confié. La recherche constituait une mission fondamentale de l'Hôpital Sainte-Justine et en 1980, elle comptait 15 équipes. Son budget total en 1981 était de 2 839 508\$ dont 23% provenait du Fonds de la recherche en santé du Québec.

Les subventions gouvernementales allouées par le Conseil des recherches médicales du Canada et le Fonds de recherche en santé du Québec, constituaient les principales sources de financement du centre. Ce dernier bénéficiait également de montants remis par la Fondation Justine Lacoste-Beaubien créée pour perpétuer la mémoire de la fondatrice de l'hôpital et dont les lettres patentes étaient émises en janvier 1969. Les soins des malades étant désormais assumés par l'État,

la campagne annuelle de l'hôpital dirigeait ses fonds vers la Fondation de l'Hôpital Sainte-Justine créée en juin 1973; elle incluait le Fonds Biermans. De plus, le centre était choisi conjointement avec le *McGill University Montreal Children's Hospital Research Institute* par le Conseil des Clubs Sociaux de Montréal, incidemment fondé en 1963, comme bénéficiaires de leurs activités philanthropiques. Ce Conseil confiait à Harry Moll l'organisation du premier Téléthon des Étoiles au profit des maladies de l'enfance, en mars 1977. Cette activité assurait une visibilité sociale à la recherche médicale et sensibilisait l'opinion publique à son importance tout en la préparant à accepter d'y consacrer des investissements toujours croissants. Le rapport du docteur Robert E. Cooke qui effectuait une visite à l'Hôpital Sainte-Justine en décembre 1970 recommandait cette entreprise de relations publiques pour être reconnu par la communauté (120).

Le Centre de recherches en pédiatrie se développait au sein d'un établissement de santé, en collaboration étroite avec la clinique. Il trouvait sa spécificité autour de l'axe mère-enfant qui orientait son développement. Sa mise en oeuvre arrivait à un moment où la l'hôpital cherchait à se redéfinir et contribuait à donner à la pédiatrie une nouvelle légitimité.

3.2.2.2. Les disciplines pédiatriques et les cliniques spécialisées

Les premières cliniques spécialisées à se développer dans un hôpital pédiatrique apparaissaient aux États-Unis en 1936 au *Harriet Lane Home* du *Johns Hopkins Hospital* (121). Ainsi, la pédiatrie poursuivait son développement à travers les cliniques spécialisées qui, par le regroupement de patients atteints d'une même maladie, pouvaient offrir un sujet d'étude et par conséquent favoriser la création de nouvelles

120 AUM, E38, 4007, 19/8/2/2 Pédiatrie 1970-1974

121 Andrea Prader, "Pediatric Endocrinology", *History of Pediatric 1850-1950*, p.97

spécialités et le développement de la recherche qui devenait un mode de travail. Ces surspécialités contribuaient au morcellement de la pédiatrie.

La gastro-entérologie

L'intérêt pour la nutrition orientait la recherche vers la gastro-entérologie. Déjà dans les années quarante on notait des sténoses du pylcre plus nombreuses et une progression dans les malformations congénitales qui pouvaient s'expliquer par des moyens de diagnostics précoces, une évolution des techniques chirurgicales et peut-être aussi par l'élargissement du territoire de la clientèle. Mais véritablement, la gastro-entérologie infantile comme spécialité se développait aux États-Unis dans les années 1950-1960 particulièrement grâce aux manoeuvres endoscopiques qui permettaient de nouveaux diagnostics (122). La *Canadian Association of Gastroenterology*, une association bilingue fondée en 1962, accueillait les pédiatres.

A l'Hôpital Sainte-Justine, en 1967, la gastro-entérologie développait une section d'endoscopie avec instrumentation flexible qui améliorait les possibilités de diagnostic. L'année suivante, une clinique de gastro-entérologie était mise sur pied par Claude Morin qui joignait le département de pédiatrie après trois années d'études post-doctorales à New York et Toronto où son travail portait sur l'aspect génétique et biochimique de la cystinurie (123). Claude C. Roy (124) joignait la section de gastro-entérologie en décembre 1969 et poursuivait ses recherches entreprises à Denver. A cette époque, une nouvelle clinique des malformations congénitales de l'appareil digestif était confiée à J.C.

122 Ettire Rossi, "Pediatric Gastroenterology" *History of Pediatrics 1850-1950*, pp. 105-112

123 C. Morin et al, "La cystinurie", *UMC* 95, décembre 1966, p. 1401. Claude Morin était boursier du Conseil des recherches médicales du Canada au *Research Institute The Hospital for Sick Children* de Toronto en 1967.

124 Claude C. Roy succédait à J.R. Ducharme comme titulaire du département de pédiatrie à l'Université de Montréal. En 1975, Roy travaillait au laboratoire du professeur Pierrier à l'Hôpital cantonal de Genève au cours d'une année sabbatique. Il publiait en collaboration *Paediatric Clinical Gastroenterology* en 1971 réédité en 1975.

Ducharme. En 1975, une étude qui portait sur 87 enfants atteints de maladies gastro-intestinales diverses, rendait compte de la particularité chez l'enfant, du métabolisme des acides biliaires et des complications associées à leur malabsorption dans la maladie de Crohn, dans une diarrhée rebelle, dans une diarrhée chronique spécifique ou dans une insuffisance pancréatique exocrine (125). Par la méthode de chromatographie gazeuse, Roy évaluait le taux de sels biliaires sanguins chez les enfants atteints de fibrose kystique et de maladie coeliaque.

Clinique de la fibrose kystique

Le pédiatre Vézina (126) faisait le point en 1948, sur la fibrose kystique du pancréas, entité nosologique pour laquelle la thérapeutique connue s'avérait très décevante et cette maladie congénitale était classée incurable (127). Il s'agissait d'une maladie généralisée des glandes exocrines dont la manifestation la plus précoce était l'iléus méconial qui devenait une urgence chirurgicale. L'évolution de la maladie présentait outre l'insuffisance pancréatique, des insuffisances qui allaient jusqu'à l'insuffisance cardiaque, secondaire à l'atteinte pulmonaire qui devenait fatale. Le dépistage se faisait au moyen du dosage quantitatif du sodium et du chlore dans la sueur. (128) Depuis 1959, plusieurs hypothèses nouvelles étaient émises sur la pathogénie de cette maladie.

La *Canadian Cystic Fibrosis Foundation* formait en 1963 une section d'expression française et sa directrice Yvonne Bernier offrait au

125 A. Weber, C.C. Roy, C. Morin, "Malabsorption des acides biliaires chez l'enfant, en l'absence de résection intestinale", *UMC* 103, décembre 1975, p. 2089. Andrée Weber devenait professeur adjoint de clinique au département de pédiatrie en 1970. Elle détenait des fonds de recherche de la Fondation canadienne de la fibrose kystique et de la compagnie Johnson & Johnson et travaillait dans la section de gastro-entérologie. Professeur PTG en juin 1980, elle était responsable en 1985 du programme de transplantation hépatique.

126 N. Vézina, "La maladie fibrokystique du pancréas", *UMC* 77, février 1948, pp. 142-146

127 D. Longpré, "Sur un cas de pancréatite fibro-kystique congénitale", *UMC* 81, octobre 1952, pp. 1181-1185

128 R. Lasalle, "La maladie fibro-kystique" Diagnostic, *UMC* 96, décembre 1967, pp. 1535-1540. En 1953, Paul di Sant'Agnes observait une forte concentration de sodium dans la sueur.

pédiatre Luc Chicoine d'ouvrir une clinique à l'Hôpital Sainte-Justine pour les patients atteints de cette maladie (129). Les buts poursuivis étaient l'amélioration de la qualité des soins médicaux par l'éducation des médecins, la recherche médicale et le dépistage précoce, l'information et l'allègement du fardeau financier des familles. Le plan proposé par le docteur Chicoine était accepté, et Roger Lasalle (130) prenait la direction de la clinique, assisté de Guy Rivard qui avait étudié la physiologie respiratoire durant trois ans avec le docteur Charles Cook à New Haven. Un montant de 10 000\$ était accordé par la fondation en juillet 1966 auquel s'ajoutait une allocation fédérale-provinciale.

Devant l'importance accordée aux maladies respiratoires chroniques chez l'enfant, en 1968, Guy Rivard était nommé chef du laboratoire de physiologie pulmonaire et il dirigeait une clinique de médecine pulmonaire. La physiologie respiratoire regroupe l'ensemble de tous les processus par lesquels les cellules sont approvisionnées en oxygène et libérées du bioxyde de carbone produit dans la combustion. Il devenait nécessaire de mesurer objectivement la détérioration ou l'amélioration de la fonction pulmonaire pour en connaître le degré d'atteinte fonctionnelle. Les épreuves d'exploration de l'appareil respiratoire par des méthodes qui dégageaient des paramètres spirométriques, fournissaient des indications précises sur l'état fonctionnel du poumon; elles servaient d'instrument de recherche en physiologie pulmonaire et apportaient une aide au diagnostic, à l'évaluation et au traitement des maladies pulmonaires de l'enfance dont la fibrose kystique (131).

129 AHSJ, 24F Services hospitaliers Fibrose kystique 1963-1973. Une clinique existait déjà au *Montreal Children's Hospital*.

130 Roger Lasalle, professeur agrégé au département de pédiatrie était nommé en 1974 à la direction de la Fondation canadienne de fibrose kystique; Claude C. Roy était également nommé à la direction de la Fondation canadienne de la fibrose kystique en 1974.

131 Guy Rivard, "Évaluation fonctionnelle des problèmes respiratoires chez l'enfant", *UMC* 96, novembre 1967, pp. 1420-1423

A la fin des années 1970, on cherchait à établir un diagnostic prénatal de la fibrose kystique par l'analyse du liquide amniotique. Alors que l'usage de techniques chimiques appliquées à la culture des tissus pouvaient renseigner sur différentes erreurs du métabolisme, il devenait possible de mettre en évidence la métachromasie de la fibrose kystique du pancréas. Cette maladie autosomale récessive dont l'incidence est de 1/2000 naissances chez les caucasiens produit généralement l'infertilité chez les hommes mais les femmes peuvent mener à terme leur grossesse. La démonstration en était faite en 1980 au Centre de fertilité de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont par le groupe de recherche en reproduction. L'identification du gène de la mucoviscidose était réalisée en 1989 et la détection génique était mise au point trois ans plus tard.

Urologie

L'urologie débutait comme discipline autonome à partir du développement de l'endoscopie qui constituait une nouvelle méthode d'exploration. Une grande variété de lésions tenaient de l'anomalie congénitale de l'appareil urinaire ou de l'infection. Il fallait d'abord dresser la liste des symptômes urologiques et leurs manifestations cliniques, élaborer des méthodes de diagnostic et établir les traitements.

L'infection urinaire constituait une maladie assez fréquente chez l'enfant. Un test nommé "Testuria" devenait une épreuve de dépistage efficace et pratique de l'infection urinaire au début des années 1970, et l'urographie endoveineuse s'avérait une bonne technique diagnostic. Même si l'épreuve par excellence en urologie pédiatrique était la cystographie mictionnelle, au milieu de la décennie, l'adaptation des principes de l'hémodynamique au niveau de l'arbre urinaire, l'urodynamie, constituait une branche de l'urologie qui permettait l'évaluation fonctionnelle du système urinaire et cette méthode prenait sa place dans l'arsenal diagnostique et thérapeutique de l'urologie moderne même si

elle présentait des difficultés particulières chez le jeune enfant. (132) Peu après, l'ultrasonographie s'avérait une méthode d'évaluation de l'appareil urinaire d'une grande valeur chez l'enfant surtout parce que non invasive. La dimension des structures étudiées demandait cependant une observation attentive. (133) En 1974, Yvan Laberge dirigeait le service d'urologie à l'Hôpital Sainte-Justine.

La néphrologie

Dans le monde médical, la néphrologie est une discipline qui date du milieu du XXe siècle et en milieu francophone montréalais, les premiers services étaient établis en 1959. La Société canadienne de néphrologie, fondée à Ottawa en janvier 1967 qui comptait une centaine de membres, s'affiliait à la Société internationale de néphrologie, elle-même créée en 1960 lors du premier congrès international de néphrologie tenu à Evian et Genève. La Société canadienne-française de Néphrologie de son côté, voyait le jour le 19 octobre 1967 et cette discipline était reconnue comme spécialité auprès du Collège des Médecins et Chirurgiens, le 31 janvier 1968. (134) En 1983, la Société canadienne de néphrologie créait une section de néphrologie pédiatrique. Il s'agissait donc d'une jeune discipline.

Les progrès de la physiologie qui laissaient percevoir le rôle du rein et sa complexité dans la régulation de l'équilibre hydroélectrolytique et acido-basique, ouvrait un nouveau champ d'étude à la profession médicale et par ailleurs, certaines interventions devenaient possibles par la pyéloplastie. L'étude du mécanisme de développement des maladies rénales et leurs relations avec d'autres maladies retenaient l'attention des chercheurs qui constataient que les patients atteints d'insuffisance rénale

132 Y. L. Homsy, "Études urodynamiques chez l'enfant", *UMC* 106, novembre 1977, pp. 1511-1512

133 Jacques Boivert, "Échographie rénale pédiatrique", *UMC* 107, novembre 1976, pp. 1087-1090

134 Guy Lemieux, "Évolution de la néphrologie et son essor au Canada français", *UMC* 97, novembre 1968.

aiguë et surtout chronique, présentaient des complications pulmonaires; le rôle du rein révélait peu à peu sa complexité.

Chez l'enfant, les méthodes d'exploration rénale se multipliaient et les techniques d'investigation de problèmes néphrologiques permettaient de diagnostiquer plus souvent et de façon plus précoce les néphropathies héréditaires. La biopsie rénale et l'étude du complément sérique favorisaient la précision du diagnostic et le pronostic de ces maladies.

En 1969, la section de néphrologie de l'Hôpital Sainte-Justine collaborait activement avec la Fondation canadienne des maladies du rein, à un projet de dépistage des maladies rénales chez 1000 enfants de la Commission scolaire de Montréal. L'année suivante, cette fondation souscrivait 2 500\$, un montant qui s'ajoutait aux 30 000\$ offerts par la Fondation McConnell, pour la mise sur pied d'un centre d'hémodialyse approuvé par le ministère des Affaires sociales, et inauguré en octobre 1971, résultat d'un projet conjoint avec le *Montreal Children's Hospital* en collaboration avec les départements de pédiatrie des Universités de Montréal et McGill. Ce centre spécialisé dans le traitement de l'urémie en pédiatrie, constituait une première au Québec et voyait le jour un an après celui du *Sick Children's* de Toronto. Il était placé sous la direction conjointe des docteurs Jean-Guy Mongeau de l'Hôpital Sainte-Justine et Keith N. Drummond du *Montreal Children's*. Cette initiative constituait une étape préparatoire à l'instauration d'un programme de greffe rénale. Le coût d'exploitation du centre d'hémodialyse pour la période allant du premier août au 31 décembre 1971, était évalué à 45 240\$ (135).

Le docteur Frantz Douyon pédiatre néphrologue était engagé pour assumer la responsabilité de l'unité conjointe d'hémodialyse jusqu'en septembre 1973, alors que Pierre Robitaille le remplaçait (136). Devant l'accroissement du travail, le néphrologue Sean O'Regan qui terminait

135 AHSJ, Services hospitaliers, Laboratoire de génétique médicale 24LG, 1971. L'appareil d'hémodialyse était conçu par Willem Johan Kolff dans les années 1940.

136 AUM, E38 1744 55/7/72 Hôpital Sainte-Justine 1979-1980

une année de formation intensive en hémodialyse et transplantation, rejoignait l'unité en juillet 1977.

Greffe rénale

Au nombre des maladies héréditaires relativement fréquentes au Québec, il fallait compter la cystinose, un désordre du métabolisme des acides aminés caractérisé par l'élimination urinaire exagérée de cystine et des acides aminés basiques, qui pouvait être contrée par la greffe rénale.

Le premier organe transplanté avec succès était le rein et les premières transplantations rénales chez l'humain dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique, étaient réalisées par René Küss en France en 1951 et par J.E. Murray aux États-Unis en 1954 (137); ce dernier obtenait un succès avec une transplantation rénale entre frères jumeaux. En 1960, Küss réalisait la première transplantation rénale à long terme chez des individus sans lien de parenté. En 1969, l'Hôpital Notre-Dame était le premier centre francophone à pratiquer la greffe rénale adulte et pédiatrique sous la direction du docteur Pierre Daloze (138). A l'Hôpital Sainte-Justine, quand Hervé Blanchard après un séjour d'une année au *Colorado Medical Center* à Denver, rejoignait l'équipe de chirurgie générale en 1968, il était chargé de la mise sur pied d'une équipe de transplantation d'organes. Le délai entre la pratique de la greffe rénale chez l'adulte et l'enfant relevait des modifications à apporter à l'équipement d'hémodialyse et à des problèmes de technique opératoire. Une première greffe rénale était réalisée le 27 décembre 1971.

137 Dossier 6, *Bulletin d'information du FRSQ*, 4, 2, janvier 1992. Au Canada, la première greffe d'organe était réalisée à l'Hôpital Royal Victoria en 1958; il s'agissait d'un rein prélevé chez un frère jumeau. Voir aussi: René Küss, Willy Grégoire, *Histoire illustrée de l'urologie de l'Antiquité à nos jours*. Paris, Dacoste 1988, p. 425. Jean Dausset découvrait en 1952 la compatibilité des tissus (système HLA) et ses conséquences sur les greffes d'organes.

138 D. Goulet et al., *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal*, p. 417.

Méto-Transplantation voyait le jour en 1970 pour offrir le support logistique et financier dans la recherche des donneurs compatibles. Pierre Robitaille (139) chef du service de néphrologie, démarrait alors le programme d'hémodialyse-transplantation à l'Hôpital Sainte-Justine. Le premier patient pris en charge en 1971 était greffé en juin 1974. Entre 1974 et février 1982, 89 greffes rénales pédiatriques étaient réalisées sur 64 patients âgés de 18 mois à 19 ans, atteints d'insuffisance rénale terminale. Les résultats affichaient 35 patients survivants grâce au rein greffé, 10 patients étaient repris en hémodialyse et 19 patients étaient décédés. Le rejet était responsable de 82% des échecs et les moins bons résultats étaient obtenus chez les enfants de moins de 6 ans. Si on observait une diminution du rythme de croissance chez les 2/3 des greffés, le pronostic de la greffe rénale semblait plus étroitement lié à l'âge du patient qu'à la maladie. Mais l'évolution de la transplantation d'organe était intimement liée à l'évolution des concepts fondamentaux de l'immunologie principalement marquée par la découverte du système d'histocompatibilité.

La découverte des groupes sanguins ABO par Landsteiner en 1900 ouvrait la voie à la découverte des systèmes d'histocompatibilité et leur rôle dans la défense de l'intégrité de l'organisme. Le système immunitaire différenciail le moi du non moi, et à la fin des années 1970, les chercheurs scrutaient le rôle des complexes-immuns en pathologies humaines, particulièrement dans les maladies rénales et chez les porteurs de greffe rénale en collaboration avec le docteur Normand Lapointe (140). A la fin des années 1970, l'absence d'un

139 P. Robitaille, J.G. Mongeau, S. Yazbeck, A. Bensoussan, S. O'Regan, "La greffe rénale en pédiatrie: expérience accumulée à l'Hôpital Sainte-Justine depuis 1974", *UMC*, 111, septembre 1982, pp. 810-817. En 1975, le néphrologue Jean Robillard rejoignait l'équipe et poursuivait des travaux de recherche sur la maturation de la fonction rénale chez le fœtus et le nouveau-né mais il quittait pour assumer la direction du service de néphrologie à l'Université de l'Iowa. J. Mongeau poursuivait des travaux sur l'hypertension qu'il présentait dans *Report of the Fourth Canadian Ross Conference on Paediatric Research* en 1981 sous le titre: "Childhood antecedents of adult disease", pp. 137-141

140 Normand Lapointe diplômé de l'Université de Montréal en 1963, faisait des études cliniques et immunologiques à l'Hôpital Sainte-Justine, à l'Université du Minnesota et à l'Hôpital Parrot

immunosuppresseur réduisait l'espoir à l'égard des transplantations jusqu'à l'introduction de la cyclosporine en 1983, un médicament qui révolutionnait la transplantation d'organe et était responsable de l'accroissement des activités.

La neurologie

L'attention portée aux handicapés physiques et mentaux au début des années 1930, avait suscité la création d'un service de neurologie à l'Hôpital Sainte-Justine et ouvert un nouveau champ à l'expertise, comme nous l'avons vu. Mais un lent démarrage commandait une réorganisation en 1934, alors que diverses méthodes thérapeutiques étaient introduites. Saucier inaugurait l'électrolyse (141), une méthode de traitement qui à son avis, ne semblait pas présenter de dangers sérieux pour le patient, et en 1939, une infirmière était formée à l'Hôpital Notre-Dame avec le docteur Marin, pour appliquer ce traitement. Sur une période de 15 mois, Saucier affirmait avoir traité une trentaine de patients dont 17 étaient revus à intervalles réguliers. A son avis, la guérison était obtenue dans 82.3% des cas pour une moyenne de 20 jours d'hospitalisation. Et au début des années 1940, on affirmait que la pyrétothérapie, un traitement de choc, (142) était indispensable dans le traitement de certaines maladies nerveuses dont la chorée, et que cette méthode était la seule à retenir dans le traitement des cas de syphilis nerveuse et les gonococcies chroniques (143). Vers la même époque, Saucier demandait à l'administration de faire l'achat de venin de cobra afin de poursuivre une

de Paris de 1963 à 1971 Il obtenait un MSc en microbiologie immunologie en 1968 et était nommé chef de la section d'immunologie clinique et du laboratoire d'immunologie. On lui confiait éventuellement la responsabilité administrative de l'unité clinique de recherche sur le sida.

141 AHSJ 24N Services hospitaliers Neurologie Neurochirurgie 1933-1977. Lettre de Jean Saucier, 13 octobre 1938.

142 La pyrétothérapie est une méthode thérapeutique qui consiste à faire augmenter la température du malade dans le dessein de combattre un état pathologique. Rappelons ici que S. Lachapelle dans *Femme et nurse* (1901, p. 151) recommandait le traitement à l'arsenic de la chorée.

143 AHSJ 24N Services hospitaliers Neurologie Neurochirurgie 1933-1977, 9 décembre 1943.

expérimentation scientifique (144). L'hôpital faisait également l'achat d'un barbiturique, le Dilantin (145). Dans l'ensemble, les thérapies de choc étaient à l'honneur et leur côté expérimental n'était pas toujours soumis à une évaluation rigoureuse. Saucier quittait l'Hôpital Sainte-Justine en 1947 pour prendre la direction du service de neurologie à l'Hôtel-Dieu et Jean Léon Desrochers assumait la responsabilité du service jusqu'en 1970.

De nouvelles méthodes d'évaluation et de traitement entraient en usage. Ainsi, l'hôpital faisait l'acquisition d'un appareil à électrochocs au prix de 305\$ en 1950 et le laboratoire d'électroencéphalographie (EEG) organisé en 1953, était confié à Guy et Annie Courtois. (146) Dix ans plus tard, les installations d'électromyographie étaient en fonction avec les docteurs Annie Courtois et Wanda Schiffmann (147). Cette dernière présentait une évaluation méthodique des maladies dégénératives avant de faire l'objet de recherche. Cette épreuve diagnostique permettait l'investigation des maladies neuromusculaires et s'avérait importante dans le diagnostic différentiel de l'hypotonie chez l'enfant. Au même moment, la Société canadienne de pédiatrie dans son mémoire à la Commission Hall en 1962, reconnaissait l'urgence de développer des services de neurologie infantile.

144 AHSJ 24N Services hospitaliers Neurologie Neurochirurgie 1933-1977, 23 mai 1940

145 *ibid.*, mars 1940. Le phénobarbital découvert en 1912 inaugurait une nouvelle ère thérapeutique

146 AHSJ, Services hospitaliers 24E électroencéphalographie 1952-1971. Après l'obtention de son diplôme en médecine en 1951, Annie Courtois effectuait un stage d'un an à l'Institut neurologique avant d'être chargée du laboratoire d'EEG au *Children's Memorial Hospital*. Elle quittait l'Hôpital Sainte-Justine le 30 juin 1967. Le Collège des médecins reconnaissait les électroencéphalographistes en 1964.

147 W. Schiffmann, "L'évaluation neurologique du jeune enfant en rapport avec son développement neuromusculaire", *AMCHSJ* VIII, 1, 1957, p. 62. Wanda Schiffmann (1925-1979). Née à Shanghai de parents russes, elle faisait des études à l'Université de l'Aurore avant d'immigrer au Canada à la veille de la Révolution Chinoise en 1949. Elle se spécialisait à l'Hôpital Sainte-Justine (plan de 4 ans) et complétait sa formation à l'Hôtel-Dieu et à l'Institut neurologique de Montréal. Neurologue à l'Hôpital Sainte-Justine, elle devenait professeur de clinique à la faculté de médecine où elle assumait l'enseignement de la neuro-pédiatrie. Lire: A. Larbrisseau, *UMC* 108, 1979, p. 314

Dans le domaine de la neurologie, certaines maladies défiaient tout effort de compréhension et de traitement au milieu de XXe siècle. On pouvait tout au plus en prédire l'évolution inévitable. Il fallait de nouvelles méthodes d'observation et d'expérimentation précises. La faculté de médecine de l'Université de Montréal avait créé un programme d'études en neuro-anatomie et en neurophysiologie conduisant à l'obtention d'un certificat. En 1959, dans le but de favoriser la recherche multidisciplinaire sur le cerveau, la faculté de médecine créait, avec le physiologiste Jean-Pierre Cordeau, le laboratoire de recherches en sciences neurologiques. Ce laboratoire qui n'avait pas d'indépendance administrative, regroupait les professeurs Louis Poirier (histologie), Aurèle Beaulnes (pharmacologie) et André Barbeau (neurologie) (148). En novembre 1960, un colloque international se tenait à l'Université de Montréal, sous les auspices du département de psychiatrie et présidé par Camille Laurin, qui donnait l'impulsion à la recherche en sciences neurologiques chez les francophones québécois (149). En 1963, la faculté créait un département de sciences neurologiques sous la direction de Cordeau, qui regroupait l'année suivante les départements de sciences neurologiques et de physiologie. Cordeau organisait un programme d'enseignement intégré des sciences neurologiques, type d'enseignement à l'origine de la réforme du curriculum de médecine sur la base de l'enseignement par systèmes (150). Cordeau était nommé directeur du département et professeur titulaire de physiologie tout en conservant la tâche de chef des laboratoires de sciences neurologiques. En 1965 l'Américain Herbert H. Jasper (151) joignait l'équipe et devenait professeur titulaire de

148 Centre de recherche en sciences neurologiques, Faculté de médecine Université de Montréal. Rapport d'activités 1983-1985. André Barbeau fonda en 1961, le laboratoire de neurobiologie à l'Université de Montréal qui était transféré à l'Institut de recherche clinique de Montréal en 1967

149 Les travaux étaient présentés dans la *Revue canadienne de Biologie* 20, 2, juin 1961 p. 79

150 J. Leduc, "La vie et l'oeuvre de Jean-Pierre Cordeau 1922-1971", *UMC* 101, décembre 1972, pp. 2641-2645.

151 H. H. Jasper, "Philosophie ou physique esprit ou molécules", *UMC* 108, août 1979, pp. 882-903. Récit autobiographique traduit de l'américain par Jacques Tremblay; *UMC* 94, janvier 1965, p. 103; *UMC* 102, janvier 1973, p. 34. Herbert H. Jasper était professeur de neurologie expérimentale à l'Université McGill et directeur des études supérieures et des recherches ainsi que des laboratoires de neurophysiologie à l'Institut neurologique de

neurophysiologie. A partir de 1967, le Conseil des recherches médicales du Canada octroyait des subventions.

Cordeau fondait en juin 1970, le Centre de recherche en sciences neurologiques à l'Université de Montréal. A cette époque, les membres du service de neurologie de l'Hôpital Sainte-Justine participaient activement à de nombreuses cliniques telles celles des troubles d'apprentissage, du centre de l'ouïe, des déficits moteurs cérébraux et de myopathie. Cordeau participait également à la mise sur pied d'un programme de génie biomédical en collaboration avec l'École Polytechnique en 1965 qui se concrétisait dans la création de l'Institut de génie biomédical en 1978.

L'étude des troubles neurologiques était bien engagée et l'avènement de la scanographie cérébrale allait révolutionner l'investigation du malade neurologique et entraînait une révision des méthodes d'intervention au milieu des années 1970.

Clinique de paralysie cérébrale

Les traumatismes à l'accouchement et les complications obstétricales entraînent souvent des troubles nerveux centraux. Les principales causes qui produisaient les symptômes de la paralysie cérébrale, étaient mises en évidence au milieu du siècle (152). Or la médecine curative était impuissante à remédier à cet état neurologique, tout au plus, elle employait une médication anticonvulsive dans l'épilepsie, alors que l'orthopédie ne pouvait rien faire de plus que de lutter contre certaines déformations ou certaines attitudes vicieuses de l'appareil locomoteur et préhenseur, incompatibles avec une fonction convenable. La réadaptation fonctionnelle du handicapé moteur d'origine cérébrale, cherchait à adapter l'individu avec son handicap à une vie

Montréal qu'il avait joint en 1938. En 1971, il devenait secrétaire général de l'Organisation internationale pour la recherche sur le cerveau.

152 J.C. Favreau, "L'aphyxie et l'anoxie foetale: Causes de paralysie cérébrale", *AMCHSJ* 6, 3, 1952, pp. 22-25

sociale, scolaire ou professionnelle. Elle nécessitait un traitement des troubles associés. L'équipe médicale composée de représentants de diverses spécialités, entreprenait la réadaptation qui reposait entre les mains de la travailleuse sociale, de la physiothérapeute, de l'orthophoniste et de l'institutrice spécialisée. Le traitement visait toutes les atteintes physiques, émotionnelles et intellectuelles de l'enfant pour lui permettre de prendre sa place dans la société. Il associait de près les parents appelés à maintenir et à développer les acquis. L'équipe multidisciplinaire qui prenait en charge ces enfants répondait au principe de la médecine globale.

Les Associations de paralysie cérébrale dont celle du Québec formée en 1949, prônaient et soutenaient la formation de cliniques de paralysie cérébrale pour traiter l'enfant intégralement (153). L'Hôpital Sainte-Justine joignait les rangs de cette association. En 1953, l'Association accordait une bourse de 500\$ ajoutée à celle de l'Hôpital Sainte-Justine, pour défrayer les trois mois de formation d'une physiothérapeute à l'Institut Kabat-Kaiser de Vallejo en Californie. En juin 1954, J.L. Desrochers dans un rapport présenté à la *Society for Cerebral Palsy* (154), suggérait une nouvelle approche thérapeutique et soulignait l'urgence de promouvoir la recherche dans cette perspective et la nécessité d'obtenir des subventions à cette fin. Cette même année, l'organisation d'un téléthon remettait à l'Hôpital Sainte-Justine, 71 300\$ pour l'établissement d'une clinique. Au niveau de la prévention, Desrochers rappelait l'importance du traumatisme obstétrical et soulignait la nécessité de la détection précoce de l'hémorragie cérébrale, il préconisait l'emploi de l'oxygène à la naissance pour contrer l'anoxémie cérébrale, une chirurgie hâtive dans les cas d'hydrocéphalie, le contrôle dès que possible de l'épilepsie et la prise en compte des convulsions

153 A Royer, "Symposium sur la paralysie cérébrale", *AMCHSJ* 3, VIII 1959, pp. 68-96. Le *Children's Memorial Hospital* à l'aide des subventions du gouvernement fédéral entreprenait un programme intensif de réadaptation des enfants; la clinique de paralysie cérébrale était ouverte 5 jours au lieu de 3.

154 AHSJ, 24N, Services hospitaliers Neurologie Neurochirurgie 1933-1977

chez l'enfant; il évoquait la relation probable entre les maladies contagieuses et les encéphalites et l'importance relative des syndromes post-traumatiques. Il rappelait qu'en 1953, l'Hôpital Sainte-Justine avait traité 402 patients hospitalisés en neuropsychiatrie et 2431 patients dans son service externe.

En trois années, l'Hôpital Sainte-Justine recevait à sa clinique 520 enfants, confiés à une équipe multidisciplinaire qui s'occupait de leur développement individuel. Une classe maternelle s'ouvrait à la clinique afin de socialiser l'enfant pour le rendre plus réceptif aux thérapies; on y utilisait le matériel didactique Montessori, du nom de cette femme qui s'intéressait au sort des aliénés récupérables à la clinique psychiatrique de Rome, au début du siècle.

L'Hôpital Marie-Enfant qui succédait à la clinique B.C.G. en 1965, était agrandi d'un pavillon de 46 lits en 1970 pour abriter un centre de médecine physique. On y concentrait les soins prolongés et la réadaptation physique. Il devenait en 1982 le seul centre hospitalier du réseau public québécois voué à l'adaptation et à la réadaptation des enfants et des adolescents présentant des déficiences d'origine motrice, ce qui lui conférait une vocation régionale. Il accueille encore aujourd'hui, les enfants atteints de déficiences de type moteur, de maladies neuromusculaires, de déficiences motrices cérébrales, de scolioses sévères, de lésions médullaires et des traumatisés cranio-cérébraux. Il possède son pavillon de recherche depuis 1991.

Clinique de dystrophie musculaire

Les campagnes de souscription de la *Muscular Dystrophy Association* débutaient au Québec en 1954 et les efforts d'un groupe de parents rapportaient en 1964 un montant de 31 000\$; l'année suivante, le montant recueilli était de 53 000\$ et en 1966, il était de 60 000\$.(155)

L'argent recueilli avait donc doublé en trois ans et la cause recevait la sympathie du public.

Avec l'aide financière de 5 000\$ consentie par la *Muscular Dystrophy Association of Canada* en 1959, les neurologues entreprenaient un travail de recherche sur les maladies dégénératives du système musculaire; les pathologistes s'y intéressaient également et Gaétan Germain exécutait en 1962 l'analyse histo-chimique de biopsies musculaires en vue du diagnostic de certaines maladies musculaires rencontrées chez l'enfant. En 1967, l'Association consentait un nouvel octroi de 5 000\$ à l'Hôpital Sainte-Justine et le neurologue Raymond Lafontaine (156) devenait directeur de la nouvelle clinique de myopathie tenue deux fois par mois. Il obtenait la collaboration des services de pathologie, de physiothérapie et de neurologie dans l'élaboration d'un plan de traitement. Lafontaine agissait aussi comme conseiller auprès du Centre Jardins Versailles ouvert quelques années plus tard dans l'ancien Hôpital de l'Est. Placé sous la direction générale des services du Bien-être à l'enfance et à la jeunesse du ministère québécois de la Famille et du Bien-être social, ce centre destiné aux enfants et aux adolescents atteints de myopathie, d'une capacité de 48 places en groupe de 12, offrait un système particulier d'enseignement, des activités culturelles, des loisirs et de la physiothérapie. Il offrait des services non hospitaliers adaptés aux besoins des enfants traités à la clinique de myopathie.

Les recherches en neurogénétique commençaient au Québec au début des années 1960 avec le docteur André Barbeau. Elles apportaient quelques éclaircissements particulièrement dans les maladies neuromusculaires dégénératives héréditaires. Par exemple, le gène de la dystrophie musculaire de Duchenne qui n'affecte que les enfants mâles, était identifié et cartographié en 1986. Chez les généticiens de l'Hôpital

156 Raymond Lafontaine devenait chef du service de neurologie de l'Hôpital Sainte-Justine en 1970. Il prenait une part active au sein de la Société canadienne de neurologie. Il était l'un des organisateurs du 5e Congrès international sur l'amélioration mentale qui se tenait à Montréal en 1972.

Sainte-Justine, on repensait la stratégie diagnostique dans le dépistage des porteuses puisque la moitié des femmes considérées sujettes à risque ne l'était pas (157). Devant l'importance du diagnostic prénatal, l'Hôpital Sainte-Justine se spécialisait dans le dépistage des dystrophies musculaires au sein du réseau provincial de médecine génétique (158).

L'immunologie-rhumatologie

Une société de rhumatologie était fondée au Canada en 1936 sous le nom de *Canadian Rheumatic Disease Association* mais c'est en 1948 que naissait la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme, (la section québécoise naissait l'année suivante) pour organiser la lutte contre ces maladies et favoriser la recherche en poursuivant comme objectifs l'éducation professionnelle et l'intérêt professionnel. La société, une section de l'Association médicale canadienne, soutenait les hôpitaux à l'aide des subventions fédérales-provinciales, dans leur organisation matérielle, surtout pour l'installation de département de physiothérapie. En 1952, l'Hôpital Sainte-Justine était invité à participer à l'étude des maladies rhumatismales chez l'enfant. Un centre de diagnostic était établi à l'Hôpital Sainte-Justine.

Entre 1956 et l'arrivée en 1971 de Normand Lapointe, les enfants souffrant d'arthrite étaient traités par les pédiatres et les orthopédistes. Lapointe émettait l'hypothèse qu'une anomalie de la réponse immune semblait présente chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde juvénile et poursuivait ses recherches dans cette voie.

La fusion des secteurs de rhumatologie et d'immunologie permettait de créer un groupe de chercheurs suffisamment important pour être viable, de partager les méthodes et les techniques ainsi que les appareils de recherche. Lapointe suscitait un regain d'intérêt pour la

157 Maladie de Duchenne "Les généticiens de Sainte-Justine modifient la stratégie diagnostic"
L'Actualité médicale, 7 octobre 1987, p. 4

158 "La génétique au service de la neurologie clinique", *BIFRSQ* 2, 1, septembre 1989, pp. 4-6

rhumatologie pédiatrique et ouvrait en 1973, une clinique d'immunologie et de collagénoses. On cherchait à déterminer les mécanismes physiopathologiques de certaines collagénoses dont le lupus érythémateux. L'année suivante, la section d'immunologie de l'Hôpital Sainte-Justine joignait l'unité des maladies rhumatismales de l'Université de Montréal (159). Ces unités étaient mises sur pied à travers toutes les facultés de médecine du pays depuis 1955 par la Société canadienne de l'arthrite qui les finançait en grande partie.

L'hématologie

Les docteurs Major et Léveillé étaient les premiers pédiatres à poursuivre des études sur les anémies à l'Hôpital Sainte-Justine avant qu'Albert Royer n'approfondisse le domaine de l'hématologie chez les enfants (160) et prenne charge du laboratoire clinique. Il développait parallèlement une expertise dans le champ de l'hémato-oncologie.

En 1968, l'hématologue Paul Benoit dirigeait une clinique d'oncologie où tous les cas de cancer étaient présentés et discutés. Entre 1964 et 1970 inclusivement, 157 patients étaient traités pour une leucémie aiguë à l'Hôpital Sainte-Justine (161). Une étude démontrait la fréquence de l'atteinte des méninges dans le processus leucémique chez l'enfant qui croissait avec le temps de survie et son influence défavorable sur l'évolution de la maladie. De plus, le traitement du cancer chez l'enfant par la polychimiothérapie donnait de nombreux effets secondaires dont la diminution immunologique qui favorisait l'infection, la septicémie et les infections fongiques.

159 Roger Demers, "L'évolution de la rhumatologie au Québec", *UMC* 108, juillet 1979, pp. 771-784

160 A. Royer, "Troubles hématologiques de l'enfance", *UMC* 83, février 1954, pp. 167-174

161 P. Benoit, R. Raymond, Y. Drolet, "La méningite leucémique chez l'enfant", *UMC* 100, juin 1971, pp. 1101-1104

En 1971, le docteur Richard Raymond prenait la direction du service d'hématologie et en 1977, la clinique externe d'hémo-oncologie sortait de sa période de démarrage. En octobre 1978, une association de parents d'enfants leucémiques ou cancéreux se formait sous le nom de *LEUCAN* dans le but de reconnaître les besoins des enfants et de leurs parents et pour soutenir la recherche médicale qui le plus souvent, constituait leur seul espoir. Elle comptait 400 membres l'année suivante. Cette participation des parents au traitement de leur enfant reflétait l'approche médicale nouvelle. Le docteur Jocelyn Demers (162) cofondateur et vice-président de *LEUCAN*, se faisait le promoteur du Manoir McDonald, du nom de la chaîne alimentaire qui parrainait le projet effectivement inauguré le 1er juin 1982 sur des terrains adjacents à l'hôpital et dont l'administration était confiée à la Fondation des amis de l'enfance inc.. Des centres de ce type avaient vu le jour aux États-Unis dans les villes de Chicago, Denver, Atlanta, San Francisco, Détroit, New York et au Canada, à Toronto. Ce centre comprenant à l'origine 20 chambres et des pièces communes, avait pour but d'offrir à moindre coût, l'hébergement aux parents des enfants hospitalisés venus de régions éloignées, afin de favoriser leur présence réconfortante auprès de leur enfant.

Une section de coagulation était créée en 1962 pour mieux en étudier le mécanisme et l'hématologue Georges E. Rivard se penchait sur le métabolisme plaquettaire et dirigeait le traitement de l'hémophilie. En 1976, une clinique externe d'hémophilie était implantée. Trois ans plus tard, le ministère de la Santé faisait de l'Hôpital Sainte-Justine un des quatre "Centres désignés" pour le traitement de l'hémophilie qui

162 Jocelyn Demers, alors étudiant en médecine, travaillait pour la première fois à l'Hôpital Sainte-Justine en 1962 comme technicien de laboratoire. Au lendemain de ses études médicales à l'Université de Montréal, il se rendait à l'Hôpital d'enfants de Tunis, pour une durée de trois ans. En 1971, il complétait une spécialité en hématologie pédiatrique à l'Hôpital pour enfants de Montréal et à l'Hôpital Sainte-Justine avant de devenir consultant médical en hémo-oncologie pour l'Abitibi. Il obtenait un Fellowship en hémo-oncologie au *Children's Hospital of Los Angeles*. Professeur adjoint de clinique à McGill en 1975, il rejoignait l'équipe d'hémo-oncologie de l'Hôpital Sainte-Justine en 1977 où il devenait chef de service. En 1986 il était nommé professeur agrégé de clinique.

commandait la prise en charge globale du traitement des hémophiles de tous les âges alors que la Croix Rouge fournissait les concentrés de facteur VIII gratuitement (163). On enseignait aux parents à administrer à leur enfant le traitement à domicile dans les cas d'hémorragies mineures. Ce service intégré à la clinique de soins ambulatoires d'hématologie-oncologie, fonctionnait en relation étroite avec la physiothérapie, la physiothérapie, l'orthopédie et la chirurgie dentaire pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle. En mai 1990, un nouveau centre de jour en hémato-oncologie et en hémodialyse était inauguré à l'Hôpital Sainte-Justine, le Centre J.A. De Sève, du nom de la succession qui assurait une souscription d'un million de dollars. Ce centre offrait des services qui permettaient d'éviter l'hospitalisation et favorisaient le maintien des activités familiales et scolaires.

Microbiologie

En juin 1970, l'Hôpital Sainte-Justine retenait les services du pédiatre microbiologiste Jean Joncas qui s'intéressait à la pathogénèse de l'infection du virus Epstein Barr, pour la mise sur pied d'une unité des maladies infectieuses doublée d'un volet de recherche. Le sort de cette unité était lié à celui de l'Hôpital Pasteur dont on pressentait la fermeture et Joncas, employé d'abord à demi-temps, utilisait les laboratoires de l'Institut de microbiologie et d'hygiène. (164)

Les sociétés à l'origine des cliniques spécialisées avaient pour but de susciter l'intérêt professionnel des médecins pour une entité médicale en créant un environnement propice à la recherche médicale par le dépistage de la clientèle, la création d'un support logistique et la constitution de fonds de recherche. Elles façonnaient l'opinion publique en soulevant l'espoir de vaincre la maladie et lui faisait consentir des investissements considérables.

163 AHSJ, 24H Services hospitaliers, Hémophilie 1979
164 AUM, E38 4007 19/8/2/2 Pédiatrie 1970-1974

3.2.2.3 Réadaptation des handicapés sensoriels

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, on avait de plus en plus la conviction que les services de réadaptation pour enfants devaient faire partie des hôpitaux généraux pédiatriques qui pouvaient offrir dans une approche multidisciplinaire, des services de psychiatrie, de psychologie, de physiothérapie, d'orthophonie etc. Les médecins revendiquaient ce champ d'activité aux frontières de l'éducation et de la médecine.

Une vision et une audition normales jouent un rôle important dans l'intégration sociale de l'individu. Par conséquent, une vision et une audition défectueuses susceptibles de causer un retard de développement ou des troubles d'apprentissage, contribuent à marginaliser les individus atteints de ces déficiences. L'enfant handicapé au plan sensoriel devait donc recevoir un entraînement spécial pour lui permettre d'acquérir le plus d'autonomie possible. Au début de la décennie 70, plusieurs enquêtes et estimations situaient la proportion d'enfants affectés d'un quelconque trouble de l'ouïe à près de 5% dont 3.5% étaient des troubles mineurs, 1% étaient des sourds et 0.5% des durs d'oreille; quant à la cécité, 0.03% enfants étaient déclarés aveugles et 0.06% demi-voyants (165). Ces déficiences physiques sensorielles constituaient des facteurs d'inadaptation endogènes.

Ophtalmologie

Même si l'oeil, un organe facile d'accès, retenait l'attention des premiers spécialistes, son organisation complexe a longtemps posé de nombreux défis d'autant plus qu'on estimait que 50% des cécités de l'enfance relevaient des maladies héréditaires. L'ophtalmologie s'intéressait à son tour aux principales manifestations de la pathologie oculaire du nourrisson et distinguait les ophtalmopathies d'origine

165 *Les services à l'enfance inadaptée*, vol.1, p. 30

prénatale, obstétricale et postnatale et en déterminait le traitement (166).
Le recours au traitement chirurgical connaissait une lente progression.

Tableau 3-9

**Interventions dans le service interne d'ophtalmologie
à l'Hôpital Sainte-Justine 1947-1962**

Année	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954
Interventions	162	172	240	206	241	170	220	269
Année	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Interventions	320	358	439	573	590	709	696	—

Un Centre d'orthoptie existait à l'Hôpital Sainte-Justine depuis novembre 1955 et recevait durant sa première année de fonctionnement, 106 cas. Son rôle consistait à évaluer et à rééduquer la vision binoculaire. En 1970, il recevait 1972 patients à sa consultation externe et offrait des services à 618 patients hospitalisés. Devant l'intérêt suscité chez les ophtalmologistes, l'hôpital faisait l'acquisition de nouveaux instruments appelés aides visuelles et mettait sur pied en 1967, une consultation "Basse vision" pour étudier les causes et les effets des maladies provoquant une détérioration importante de l'acuité visuelle et surtout fournir les moyens optiques pour permettre aux enfants de poursuivre leur instruction dans des écoles régulières. Elle était confiée au docteur Jean Milot qui donnait aux résidents un enseignement plus poussé dans ce domaine. Le personnel de la consultation assistait les enfants dépourvus d'une vision adéquate que lui dirigeaient les différents services de santé des commissions scolaires de la région métropolitaine.

En 1968, Jacqueline Orquin faisait un séjour d'une année à Paris en vue d'établir un service d'électrorétinographie.

Promu au statut de département universitaire en 1977, le département d'ophtalmologie de l'Hôpital Sainte-Justine était alors reconnu par le ministère des Affaires sociales, comme centre de référence pour les jeunes handicapés visuels et une clinique était spécialement organisée pour faire une évaluation de diagnostic, de dépistage et de traitement du glaucome.

À Montréal en novembre 1980, l'Institut national canadien pour les aveugles organisait conjointement avec la Société canadienne d'ophtalmologie, un symposium sur *Les troubles de la vision chez l'enfant* (167). Les conférences portaient sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et la réadaptation.

Orthophonie et audiologie

Le développement de la technologie avait permis l'évaluation de la surdité à l'aide de l'audiomètre et la recherche nécessaire à l'effort de guerre, avait favorisé la miniaturisation des composants électriques qui permettait de réduire le poids des prothèses auditives. Dans la décennie cinquante, avec l'application de l'électronique à la fabrication de prothèses auditives, apparaissaient les premières lunettes auditives et surtout, les contours d'oreille. Grâce aux nouveaux moyens d'amplification acoustique combinés à de nouveaux types de prothèses, les méthodes d'éducation des sourds étaient révisées. Ces développements technologiques ouvraient également de nouvelles avenues professionnelles.

¹⁶⁷ Institut national canadien pour les aveugles Division Québec. *Les troubles de la vision chez l'enfant*, Montréal 1980. La banque d'yeux de Montréal était sous les auspices de cet institut depuis 1957.

La Commission Sylvestre recommandait la formation d'orthophonistes à l'Université de Montréal. En septembre 1956, cette dernière inaugurait un cours d'orthophonie et d'audiologie au sein de son École de réadaptation; alors que l'orthophonie s'intéresse aux troubles de la parole qui varient du retard d'élocution à la perte totale du langage, l'audiologie s'intéresse aux méthodes de suppléance auditive. Les orthophonistes recevaient leur formation à l'École de réadaptation jusqu'en 1978 alors que la section d'orthophonie se voyait conférer le statut de département.

La clinique des fissures palatines, mise sur pied à l'Hôpital Sainte-Justine en 1963, traitait en quinze ans 2 000 patients. Généralement, l'intervention pour la fissure labiale avait lieu à l'âge de trois mois et la fissure palatine pouvait être opérée vers l'âge d'un an. (168) On estimait qu'un enfant sur mille naissait avec une fissure labio-palatine, malformation qui apportait son cortège de problèmes d'ordre psychologiques, otiques ou ayant des répercussions sur la dentition et l'élocution. Cette malformation nécessitait l'intervention d'une équipe multidisciplinaire vers le fin de la décennie 1970 et son traitement devenait la priorité du service de plastie au milieu de la décennie 1980.

En 1961 à la demande de l'Institut Doréa, des recherches sur les troubles de la parole et du langage chez les retardés mentaux éducatibles étaient entreprises par Gustave Gauthier, professeur de physique à l'Université de Montréal, dans le but d'organiser un programme thérapeutique dans le cadre de l'enseignement spécialisé. Le service cherchait à déterminer les méthodes thérapeutiques pouvant être appliquées à ces enfants. L'année suivante, conjointement avec l'École de réadaptation et l'Institut de réadaptation, Gauthier entreprenait avec la contribution du professeur Edmund Jacobson de Chicago, des recherches sur "les réactions et les états de tension neuromusculaire

168 R. Moufarrège, Y. Ménard, M. Dion, "Le traitement de la fissure labiopalatine: un travail d'équipe", *UMC* 107, décembre 1978, p. 1130

chez les bègues et en infirmité motrice cérébrale". Puis en 1963, Gauthier étudiait les bienfaits de la thérapie de la parole sur l'éducation d'enfants aphasiques regroupés dans trois classes.

Cependant le dépistage et le diagnostic de la pathologie de l'appareil auditif par l'audiologie qui permettait une l'évaluation quantitative du déficit auditif, venait tardivement, même si le Québec accusait une moyenne de surdité infantile plus élevée qu'ailleurs au Canada (169). On enregistrait 12.7/ 10 000 h. au Québec et 9.9 pour l'ensemble du Canada. L'intégrité de la fonction auditive étant une condition indispensable à l'acquisition du langage, l'enregistrement d'audiogrammes tonals précis permettait de déceler pour chaque fréquence, le seuil d'audition. Les orthophonistes développaient une nouvelle méthode d'éducation basée sur l'audition résiduelle qui nécessitait une évaluation précoce.

Jusque-là, l'attention portée à ces enfants touchait surtout leur éducation et la médecine s'était peu souciée des causes de ces infirmités, le fonctionnement cérébral étant peu ou mal connu, même si l'on reconnaissait l'effet ototoxique de certaines médications, dont la streptomycine, la quinine, le salicylate de soude, l'arsenic et la responsabilité des encéphalites dans les surdités neuro-sensorielles. Par ailleurs, on observait un pourcentage de surdité héréditaire élevé et nous avons souligné à la période précédente, l'importance des otites et l'évolution de leur traitement. Ces divers facteurs expliqueraient le taux élevé de surdité au Québec.

A la suite d'un legs fait par P.H. Desrosiers spécifiquement pour l'achat d'instruments ultra spécialisés pour la chirurgie fine de l'oreille

169 A.M. Dulac, G. Toupin, "Nécessité d'un examen d'audition et d'intégration auditive chez les enfants atteints de troubles du langage", *UMC* 93, décembre 1964, pp. 1530-1533; A. M. Dulac, N. Gagnon, L. Legault "Surdité en milieu canadien-français Éducation des sourds", *UMC* 94, 1965, p. 25; N. Gagnon, F. Montreuil "Surdité en milieu canadien-français: étiologie de la surdité", *UMC* 93, 1964, p.1071; Louise Crawford, "Auditory Training" *Bulletin of the Hospital for Sick Children Toronto* 15, 1966, pp. 1-6

interne (170), un centre de l'ouïe et de la parole était fondé à l'Hôpital Notre-Dame en 1957, sous la direction de Fernand Montreuil. On y examinait un grand nombre d'enfants et d'adultes et une recherche était entreprise auprès de 437 enfants de l'Institut des Sourds-Muets qui, pour la plupart, n'avaient jamais été examinés.

L'étude de la surdité ne relève pas seulement de l'otologie; son étiologie très variable intéresse à la fois le pédiatre, le neurologue, le psychiatre et le généticien. L'Hôpital Sainte-Justine engagé depuis un bon moment dans la réadaptation des enfants sourds, perfectionnait ses services. La clinique d'orthophonie entrée en fonction en 1953, offrait avec le temps des services à l'Institut Doréa, à l'école John F. Kennedy et au Centre François-Michelle. Si on cherchait à établir les causes de la surdité chez les enfants pour être mieux en mesure de les prévenir (171), on s'intéressait également aux épreuves audiométriques et au traitement de la surdité. Le service d'oto-rhino-laryngologie ouvrait dans le nouvel hôpital de la Côte Sainte-Catherine une section d'audiologie pour le diagnostic et le traitement de la surdité. De 1958 à 1962, plus de 4500 examens et traitements étaient accomplis. Les audiologistes de la section d'entraînement auditif qui se faisait avec la participation des mamans, réclamaient pour accélérer la démutisation des enfants, l'ouverture d'une prématernelle à l'Institut des sourds de Montréal, un projet réalisé en janvier 1969. (172)

A l'aide de subventions gouvernementales, une clinique spéciale ouvrait en avril 1963. Après avoir examiné et traité 1416 enfants durant cette année, l'inauguration du centre de l'ouïe dirigé par Roger

170 François Hudon, *L'hôpital microcosme de la société: enjeux institutionnels et besoins sociaux à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1960*, Chapitre 5, 5, 2, 2, 4, 3

171 R. Des Troismaisons, C. Pelletier "Étiologie de la surdité chez l'enfant", *AMCHSJ* 3, VIII 1959, pp. 30-46; Un symposium sur la surdité chez l'enfant se tenait à l'Hôpital Sainte-Justine le 31 janvier 1959. De son côté, l'Université McGill doté d'une subvention de 20 000\$ de la fondation Donner, poursuivait en 1970 un projet de recherche commencé quatre ans plus tôt, sur la surdité des enfants, qui permettait à ses étudiants en audiologie, de traiter les enfants de langue française.

172 AHSJ, 24A, Services hospitaliers, Audiologie 1954-1978.

Desjardins, se faisait officiellement le 25 juin 1964, (173). Ce centre disposait outre les espaces de consultation et de réunion, de trois chambres insonores assez vastes pour permettre aux parents d'accompagner leur enfant pendant le test audiométrique. Une des chambres était conçue pour répondre aux conditions particulières que présentent les bébés et les jeunes enfants, et une salle de jeux permettait de conditionner les enfants aux tests auditifs. L'audiométrie constituant une épreuve assez difficile à réaliser chez les jeunes enfants qui ne peuvent collaborer spontanément, nécessitait la formation de personnes spécialisées qui utilisaient le jeu et le théâtre pour arriver à leurs fins. L'équipe se composait de trois audiologistes, d'une orthophoniste, d'un psychologue, d'une travailleuse sociale, d'un neurologue, d'un pédiatre et d'un oto-rhino-laryngologiste. En 1966, l'audio-encéphalographie permettait d'évaluer l'acuité auditive des enfants présentant des problèmes cliniques complexes de retard ou d'absence de langage et dix ans plus tard, plus précisément en 1977, le service d'audiologie offrait un nouveau type d'examen diagnostic ultraspécialisé, l'électrocochléographie qui évaluait l'intégrité de la cochlée. On y ajoutait également un programme de vérification des prothèses auditives.

Le dépistage précoce permettait de débiter tôt l'entraînement auditif, avant que l'enfant accuse des retards et soit marginalisé. Il restait alors à orienter l'enfant vers une institution d'éducation, ce qui demeurait le rôle du centre. En 1978, un programme pour handicapés auditifs du ministère des Affaires sociales retenait trois centres montréalais pour desservir les enfants atteints de surdité, soit l'Hôpital Sainte-Justine, le MacKay Centre et l'Institut des sourds. La médecine globale faisait en sorte que des individus placés dans une situation singulière, étaient pris en charge par des thérapeutes de diverses formations, chacun apportant ses connaissances pour assurer un meilleur résultat.

3.2.3 Les disciplines chirurgicales

Appelée à corriger diverses malformations congénitales qui étaient passées au premier rang des préoccupations de la pédiatrie, la chirurgie prenait un essor considérable qui se manifestait dans l'organisation professionnelle. La Société de chirurgie de Montréal prenait une part active dans la fondation de l'Association des chirurgiens de la Province de Québec constituée en société le 4 mars 1952.

L'emménagement de l'Hôpital Sainte-Justine dans les locaux modernes de la Côte Sainte-Catherine créait des conditions favorables au département de chirurgie qui devenait complet et autonome et où la chirurgie élective connaissait un accroissement. La chirurgie pédiatrique progressait en s'appuyant sur une meilleure connaissance de la physiologie infantile qui révélait les particularités des systèmes respiratoire, circulatoire, gastro-intestinal, métabolique et nerveux des enfants et sur l'amélioration des méthodes opératoires qui bénéficiaient du développement technologique. A cette époque le département comptait 15 chirurgiens actifs et 5 chirurgiens consultants qui pratiquaient dans des hôpitaux généraux pour adultes. En 1962, les services de chirurgie générale et spéciale étaient regroupés en un seul département dirigé par l'orthopédiste J.C. Favreau, comprenant 5 services: chirurgie générale, orthopédie, O.R.L., ophtalmologie et endoscopie, et 4 sections: chirurgie de reconstruction, neurochirurgie, urologie, chirurgie vasculaire. Dix ans plus tard, le département de chirurgie comptait 10 services autonomes. Il faut souligner ici, l'impact de l'anesthésie sur le potentiel thérapeutique de la chirurgie.

3.2.3.1 L'anesthésie

L'anesthésie comme spécialité médicale, acquérait un degré d'autonomie plus tôt dans les pays de culture anglo-saxonne. Dès 1893, une Société d'anesthésie londonienne regroupait des médecins qui se

consacraient uniquement à l'anesthésie. Cette société formait en 1908, une section de la Société royale de médecine vouée au choix méthodique des procédés d'anesthésie. L'Association américaine d'anesthésie fondée en 1919, devenait la première société nationale (174). Comme indicateur de l'individualisation de la discipline, il faut rappeler qu'en 1937, l'Angleterre fondait la première chaire d'anesthésiologie en Europe. En France, l'Institut d'anesthésiologie était créé après la Deuxième Guerre mondiale par Jean Baumann et un diplôme officiel d'anesthésie voyait le jour en 1948.

Au Québec en 1939, un règlement du Collège des médecins et chirurgiens stipulait que l'anesthésie devait être administrée par un médecin et l'enseignement de l'anesthésiologie débutait en 1943 quand le docteur Fernando Hudon fondait une école d'anesthésie à l'Hôtel-Dieu de Québec (175). En 1946, un département d'anesthésie étroitement rattaché à la chaire de médecine générale, était créé à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, avant d'être rattaché au département de médecine en 1950, conséquence de la restructuration des départements qui suivait l'adoption de la nouvelle charte universitaire. Le docteur Léon Longtin était nommé professeur agrégé de pathologie médicale, section anesthésiologie. À son retour d'Europe en 1950, il organisait l'enseignement des sciences de base et établissait des stages cliniques dans les hôpitaux affiliés. Ces cours postgradués de deux ans conduisaient à l'obtention d'un certificat décerné par la faculté. (176) L'anesthésie est une spécialité frontière entre la physiologie et la pharmacologie et était reconnue comme telle en 1950 et constituait un département autonome en 1972. L'Hôpital Sainte-Justine créait alors un département d'anesthésie reconnu officiellement par la faculté de

174 G. Arnulf, *L'histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie*, p. 164. René Lebeau "125 ans d'anesthésie au protoxyde d'azote", *UMC* 98, août 1969, pp. 1338-1344 et "Aspects physiologiques de la narcose", *UMC* 100, septembre 1971, p. 1822

175 Gérard Mignault, "L'anesthésie", *UMC* 86 novembre 1957, pp. 1166-1173; En 1946, l'Université Laval confiait à Hudon la chaire d'anesthésie. D. Goulet, *op. cit.*, p. 279, 289; Germain Lacasse, "Les débuts de l'anesthésie au Québec" *Actualité médicale*, 20 mai 1992

176 W. Bonin, "Université de Montréal", *CMAJ* 76, April 1, 1957, pp. 364-365

médecine pour la formation des résidents en spécialité, sous la direction de Claude Leduc à qui deux ans plus tôt, l'administration avait confié l'unité de soins intensifs de 12 lits, nouvellement créée. L'évolution de l'enseignement de l'anesthésiologie permettait aux chirurgiens, d'aborder la transplantation et de se familiariser avec la chirurgie thoracique qui devenait la chirurgie de pointe.

Le développement de la pharmacologie et de la physiologie créait de nouveaux agents anesthésiques et l'évolution des connaissances associée à leur emploi favorisaient le développement de l'anesthésie infantile à partir des années cinquante (177). On comprend aisément que les malformations congénitales nécessitent des interventions chez les très jeunes enfants qui présentent par ailleurs, des particularités anatomiques et exigent des techniques méticuleuses d'anesthésie, un remplacement adéquat du sang perdu et un suivi postopératoire.

L'expérience acquise en anesthésie infantile devenait utile dans le traitement des maladies cardio-pulmonaires; elle ajoutait à l'exploration fonctionnelle (mesure des volumes pulmonaires) en pneumologie. L'anesthésiste devenait aussi réanimateur à partir du moment où l'équipement technique pouvait répondre à deux grandes exigences à savoir: suppléer à la respiration et à la circulation. Son expérience était requise dans le traitement de l'insuffisance respiratoire.

3.2.3.2 La chirurgie thoracique

Les pathologies du thorax souvent liées à des anomalies congénitales, occupaient une place de plus en plus importante en pédiatrie avec l'amélioration de l'anesthésie, de l'instrumentation chirurgicale et des soins infirmiers (178). Si la première réussite dans

177 François Cliche, "Physiologie infantile en rapport avec l'anesthésie", *UMC* 85, janvier 1956, pp. 60-64

178 Jacques Doray, P.P. Collin, "La chirurgie du thorax en pédiatrie", *AMCHSJ* 8, 4, 1960-61, pp. 42-52. Le chirurgien Pierre Paul Collin, boursier de l'Hôpital Sainte-Justine en 1951,

l'intervention chirurgicale de l'atrésie de l'oesophage était attribuée à Haight en 1943 (179), à l'Hôpital Sainte-Justine, jusqu'en 1954, on s'était abstenu d'opérer cette malformation congénitale souvent accompagnée de complication pulmonaire, dans 12 des 14 cas qui s'étaient présentés. La structure rudimentaire du poumon de l'enfant était admise par les anatomistes qui reconnaissaient que la surface d'échange respiratoire était relativement petite comparativement à celle de l'adulte. L'introduction du cyclopropane en anesthésie s'avérait être un anesthésique de choix dans cette intervention (180). Une étude de 96 cas survenus entre janvier 1950 et décembre 1963, indiquait le chemin parcouru. La survie passait de 16% pour la période comprise entre 1952-1957 à 47% pour celle de 1958-1960, attribuable à l'amélioration de la qualité du nursing dans le nouvel hôpital doté d'une unité de soins intensifs (181), et à 75% pour la période 1961-1963, grâce à l'amélioration de la technique opératoire. L'hôpital avait fait l'achat d'un défibrillateur en 1954 pour remédier à l'arrêt cardiaque en cours d'intervention. Entre 1954 et 1962, les chirurgiens réalisaient 6 remplacements de l'oesophage par un segment jéjunal chez des enfants de 4 mois à 6 ans (182). Cette intervention était indiquée dans certaines lésions congénitales d'atrésie de l'oesophage souvent associée à la prématurité et dans les cas d'ingurgitation de produits caustiques. Les résultats du traitement de l'atrésie de l'oesophage pour laquelle le

poursuivait ses études au *Barnes Hospital* de St Louis Missouri. En août 1953, il reprenait du service en chirurgie-orthopédie comme assistant bénévole. Il succédait à J.C. Favreau à la direction du département de chirurgie en 1966 et il devenait professeur PTG en 1967 et son mandat était renouvelé en 1972: AUM, E/38, 2963, 27/9/63. Professeur titulaire depuis 1976, il contribuait à l'enseignement de la pathologie chirurgicale pédiatrique auprès des étudiants du premier cycle et aux résidents. Il était membre associé de l'*American College of Surgeons* (1966) et de l'*American Academy of Pediatrics*. Il était membre fondateur de l'Association canadienne de chirurgie infantile.

179 Pierre Audet-Lapointe, "L'atrésie de l'oesophage", *UMC* 93, mars 1964, pp. 296-301; J. Ducharme, P.P. Collin, H. Malouf, "L'atrésie de l'oesophage", *UMC* 93, avril 1964, p. 409

180 E. Martimbeau, H. Turner, "L'anesthésie dans les cas d'atrésie de l'oesophage", *AMCHSJ* VIII, 1, 1954

181 A. Lamarre, "La surveillance cardio-vasculaire dans l'unité des soins intensifs pédiatriques", *UMC* 113, février 1984, pp. 112-117

182 P.P. Collin, H. Blanchard, "Remplacement de l'oesophage chez l'enfant", *UMC* 92, août 1963, pp. 865-872

traitement chirurgical évoluait, révélait la fréquence de malformations congénitales associées sur les 97 patients traités entre 1962 et 1971 (183).

3.2.3.3 La chirurgie cardiaque à l'Institut de cardiologie de Montréal

Maude Abbott (1869-1940) réalisait entre 1905 et 1940, un important travail de classification des pathologies cardiaques congénitales qu'elle publiait dans *Atlas of Congenital Cardiac Diseases* en 1936. Si les maladies cardiaques retenaient déjà l'attention entre les deux guerres, l'essor de la cardiologie au lendemain de la Seconde Guerre reposait sur de nouvelles méthodes de diagnostic, de nouvelles méthodes de travail et l'élaboration de techniques opératoires très sophistiquées. Une étape importante dans l'évolution de la chirurgie cardiaque était franchie quand en 1954, la circulation extra-corporelle était rendue possible; elle rejetait dans l'ombre la méthode hypothermique qui servait à prévenir les dommages irréversibles au système nerveux central, après un arrêt circulatoire. A Montréal, le docteur Paul David mettait sur pied cette même année, un centre de recherches cliniques et expérimentales en cardiologie (184) et un service de cardiologie infantile était ouvert à l'Institut de cardiologie de Montréal en avril 1954 sous la responsabilité du docteur Gislaine Gilbert (185). A l'Institut, les progrès allaient de pair avec ceux de la cardiologie internationale. Dans son étude portant sur 428 cas, le docteur Gilbert constatait que les malformations congénitales du cœur et des vaisseaux constituaient une proportion importante des cardiopathies de l'enfance. De nouvelles méthodes d'investigation clinique comme le cathétérisme cardiaque et l'angiocardiographie, permettaient de visualiser les malformations.

183 P.P. Collin et al, "L'atrésie de l'oesophage Résultats du traitement dans un centre de chirurgie infantile", *UMC* 102, août 1972, pp. 1720-1725. François Telmosse devenait consultant en chirurgie thoracique en février 1959

184 D. Goulet, *op. cit.*, p. 364

185 G. Gilbert, "Cardiologie infantile", *UMC* 85, septembre 1956, pp. 993-1012. Le cathétérisme cardiaque était mis au point et appliqué par A. Courmand en 1941.

Gislaine Gilbert (186) rapportait en 1963 que sur 35 patients âgés de 3 à 16 ans opérés à l'aide du coeur-poumon artificiel, on enregistrait 3 décès. Elle précisait plus tard, que sur 80 patients porteurs d'une tétralogie de Fallot opérés entre 1958 et 1966, suivant une technique chirurgicale inaugurée par Blalock et Taussig en 1944 qui permettait l'anastomose de l'artère sous clavière à l'artère pulmonaire, 78 patients avaient survécu et dont les résultats étaient évalués à 38.8% excellents, 43.1% bons et 18.1% médiocres (187). Jusqu'en 1970, le nombre total des patients opérés pour cette malformation était de 335. Entre 1954 et 1970, 1615 interventions chirurgicales étaient faites pour cardiopathie congénitale à l'Institut de cardiologie de Montréal dont 668 réalisées par des méthodes conventionnelles et 937 à l'aide du système de circulation extra-corporelle. Aussi, pendant la décennie 1960, les travaux cliniques étaient consacrés à la mise au point de techniques du cathétérisme cardiaque et aux critères hémodynamiques et angiographiques du diagnostic d'un bon nombre de cardiopathies congénitales et à leur correction chirurgicale. Dans la décennie suivante, on se préoccupait de l'évaluation à long terme de la chirurgie de différentes cardiopathies congénitales. L'évolution vers une régionalisation dans les années soixante-dix, faisait passer la chirurgie cardiaque infantile à l'Hôpital Sainte-Justine.

Centre de cardiologie infantile à l'Hôpital Sainte-Justine

Un service d'électrocardiographie entraînait modestement en fonction à l'Hôpital Sainte-Justine en juin 1939, sous la direction d'Antonio Léveillé qui, après avoir visité les hôpitaux montréalais et avoir étudié sous la direction du docteur Lefebvre de l'Hôtel-Dieu, complétait sa formation par

186 G. Gilbert et al, "La communication inter-ventriculaire", *UMC* 92, octobre 1963, pp. 1087-1097

187 G. Gilbert et al., "Résultats des anastomoses dans la tétralogie de Fallot", *UMC* 95, décembre 1966, pp. 1377-1384; "Évaluation des malades qui ont subi une réparation complète pour tétralogie de Fallot", *UMC* 100 septembre 1971, p. 1722; "Évaluation des cardiopathies congénitales opérées", *UMC* 101, octobre 1972. En 1972, le docteur Gilbert participait au Congrès de cardiologie pédiatrique à Stockholm après avoir présenté 3 travaux au congrès de cardiologie infantile à Baltimore.

un séjour de deux semaines à Boston avec le docteur Hobbard. (188). Léveillé ne faisait pas de chirurgie à l'instar de ceux qui introduisaient l'électrocardiographie clinique au Canada au moment de la Première Guerre mondiale (189). Cette méthode d'investigation clinique qui consiste dans l'enregistrement des phénomènes électriques qui accompagnent l'activité du muscle cardiaque, ajoutée à celle de la radiologie, permettaient cependant d'ouvrir un nouveau champ clinique. (190) L'évolution du nombre d'exams témoigne du développement des activités dans les services internes; des examens étaient aussi exécutés en service externe.

Tableau 3-10

**Électrocardiogrammes exécutés dans le service interne
de l'Hôpital Sainte-Justine 1940-1962
d'après les rapports annuels**

Année	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947
Nombre	39	85	136	176	101	114	102	148
Année	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955
Nombre	131	167	148	154	203	273	255	355
Année	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	
Nombre	468	514	710	948	1043	1616	2187	

Dès février 1947, l'Hôpital Sainte-Justine déployait des efforts pour mettre sur pied un département de chirurgie cardio-vasculaire afin de répondre aux besoins des enfants atteints de malformations congénitales.

188 AHSJ, Services hospitaliers Cardiologie 1939-1961, 24C

189 H.N. Segall, "L'introduction au Canada de l'électrocardiographie", *UMC* 104, novembre 1975, pp. 1685-1689.

190 L'électrocardiogramme est une invention attribuée à Willem Einthoven, physiologiste de Leiden en 1905.

Il retenait les services du docteur Mercier Fauteux à titre de chirurgien consultant pour les affections cardio-vasculaires et outre l'achat du matériel nécessaire, l'administration autorisait le docteur Pierre Dumoulin (191) à suivre un stage de deux mois à Boston pour maîtriser la technique du cathétérisme cardiaque. Ce dernier démissionnait en mars 1949.

Pierre Marion s'occupait du dispensaire de cardiologie depuis 1949, et devant la nécessité de pousser plus avant le diagnostic au moyen d'un appareillage plus complexe, les administratrices retenaient ses services en mars 1953 pour l'organisation d'un service de cardiologie comprenant un service de cardiologie clinique, un laboratoire d'hémodynamique et un service de chirurgie cardio-vasculaire. (192)

L'Hôpital Sainte-Justine suivait de près les développements de l'Institut de cardiologie, et établissait en 1955 un laboratoire clinique de physiologie cardio-pulmonaire, qu'il confiait à Émilien Labelle (193). Ce dernier écrivait alors modestement: "Nous occupons la place secondaire à laquelle nos potentialités actuelles nous permettent d'accéder" (194). C'est que l'Hôpital Sainte-Justine occupait toujours l'emplacement de la rue Saint-Denis et on attendait avec impatience les espaces modernes en construction de la Côte Sainte-Catherine. Cette discipline de laboratoire servait à préciser les lésions cardiaques et pulmonaires par l'étude hémodynamique, afin d'évaluer un vice fonctionnel avant l'opération et son contrôle après l'intervention. Ce service offrait des méthodes d'investigations cliniques et s'occupait de recherche par la cueillette des données normales pour les différents groupes d'âge et s'appliquait à

191 Pierre Dumoulin était inscrit au "plan de 4 ans" en mars 1947.

192 AHSJ. Services hospitaliers Cardiologie 1939-1961, 24C Pierre Marion était alors assistant professeur à l'Université de Montréal, cardiologue de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Sainte-Justine et consultant aux Hôtels-Dieu de Sorel et de Saint-Jérôme.

193 É. Labelle, "L'étude fonctionnelle comparative des poumons" *UMC* 82, juin 1953, pp.625-634

194 É. Labelle, "Sommes-nous en retard en cardiologie infantile" *UMC*, 84, décembre 1955, pp.1410-1411; "L'hémodynamique des lésions valvulaires d'origine rhumatismale" *UMC* 86, septembre 1957, pp.963-972

concevoir des méthodes et des appareils nouveaux (195). Le service était doté d'équipements spécialisés dont un appareil de cinéradiographie d'une valeur de 28 287 \$.

Après la démission d'Émilien Labelle en avril 1961, le cardiologue André Davignon prenait la relève et deux ans plus tard, un service d'hémodynamique susceptible d'apporter à la clinique certains éclaircissements, était créé. Il disposait d'une salle de contrôle à distance ultra moderne pourvue d'un appareil d'angiocardigraphie *Elema Bi-Plan*. Parmi les examens hémodynamiques, l'angiocardigraphie qui consiste dans l'injection au cours du cathétérisme cardiaque d'une substance iodée opaque aux rayons X, signait le diagnostic. En 1968, le nouveau laboratoire de physiologie cardio-vasculaire était placé sous la direction du docteur Davignon qui n'hésitait pas à utiliser de nouvelles techniques supérieures aux techniques conventionnelles (196). En fait, l'investigation était complétée par le cathétérisme cardiaque avec cinéangiocardigraphie. Au début des années 1970, à l'aide de la fondation J.C. Edwards, un programme unique au Canada, de rédaction et de stockage par ordinateur des données de cathétérisme cardiaque, permettait d'établir les données hémodynamiques normales chez l'enfant (197). Peu après, les méthodes d'exploration non invasives transformaient l'approche diagnostique. Ainsi, l'échocardiographie constituait une méthode atraumatique d'investigation cardio-vasculaire qui renseignait sur le diagnostic, la sévérité de la lésion et sur l'évolution et le pronostic d'une cardiopathie, permettant d'éviter des cathétérismes

195 Émilien Labelle, "Angiocardiopathies congénitales et physiologie cardio-pulmonaire" *AMCHSJ*, VIII, 1, 1957, pp. 19-30

196 A. Davignon et al., "Synchronisation des radiographies cardio-vasculaires avec différentes phases des cycles cardiaque et respiratoire", *UMC* 95, mai 1966, p. 567. André Davignon s'était spécialisé en pédiatrie à l'Hôpital Sainte-Justine et à Boston puis en cardiologie infantile au Johns Hopkins et à la Clinique Mayo. Il était nommé agrégé PTG en 1969 et recevait le titre de professeur émérite en mai 1998. Il était conseiller médical auprès de l'Association québécoise pour les enfants malades du cœur. Cette association publiait *En Cœur*.

197 A. Davignon, "Données hémodynamiques normales chez l'enfant", *UMC* 101, octobre 1972, p. 2112.

répétés dont le risque était connu. (198) Cette méthode évaluative de la fonction cardiaque chez l'enfant, prenait une place prépondérante en cardiologie pédiatrique particulièrement chez les prématurés, les nouveau-nés et les nourrissons. En intensifiant ses explorations chez l'enfant, la cardiologie pédiatrique contribuait à l'avancement de la physiologie et de l'embryologie.

Le service de cardiologie prenait de l'expansion dans le nouvel hôpital grâce aux subventions gouvernementales et à celles des organismes de recherches. (199) Les administratrices signaient en 1958, une entente de collaboration avec l'Hôtel-Dieu, pour s'assurer les services du chirurgien cardiaque Paul Stanley et d'une infirmière spécialisée. Le perfectionnement des techniques opératoires commandait des études expérimentales et une section de chirurgie expérimentale débutait cette même année avec les docteurs Stanley et Chartrand (200).

L'avènement de la circulation extra-corporelle permettait de traiter chirurgicalement des formes plus graves de malformation et avec plus de sécurité et de bons résultats. En juillet 1959, la circulation extra-corporelle au moyen d'un appareil coeur-poumon (201) était utilisé et la patiente se portait bien. Un ensemble de techniques assuraient le développement de la cardiologie qui était tel qu'au début des années soixante, deux patients porteurs de cardiopathie étaient opérés en moyenne chaque semaine. Mais les besoins étaient plus grands et des interventions étaient réalisées chez des enfants de plus en plus jeunes. En 1965 un bilan permettait de conclure à propos des 489 cas opérés

198 S. Spitaels, et al., "Les mécanogrammes: une méthode atraumatique d'investigation cardiovasculaire en pédiatrie", *UMC* 100, juin 1971, pp. 1160-1170

199 Le service de cardiologie recevait en 1965, un legs de 20000\$ de Berthe Boyer Hamel

200 C. Chartrand, Paul Stanley, "La circulation extra-corporelle et la chirurgie cardiaque", *UMC* 90, novembre 1961, p. 1245; "Embolie gazeuse: étude expérimentale", *UMC* 95, mai 1966, pp. 582-585; "Le remplacement segmentaire de l'aorte thoracique par greffon péricardique", *UMC* 100, juillet 1970, p. 1307

201 Le premier appareil coeur-poumon était construit en 1948 par Jacob Jongbloed d'Utrecht.

depuis 5 ans (202), que le succès reposait sur une technique minutieuse, un remplacement précis des pertes sanguines, une anesthésie générale aussi légère que possible et une équipe de nursing spécialisée. La principale difficulté était rencontrée chez les nourrissons (0-1 an) chez qui la survie était de 64.8%.

Pierre Marion dirigeait le service de cardiologie et de médecine pulmonaire qui connaissait un essor considérable en 1968. Avec son équipe médicale et paramédicale de plus de cinquante personnes, le centre de cardiologie infantile allait devenir un des plus actifs au Canada, puisqu'en 10 ans il comptait un millier d'opérés (203). L'équipe médicale orientait ses préoccupations principalement du côté des malformations congénitales. A cette époque, Jean-Claude Fouron (204) était nommé adjoint de pédiatrie au sein du service de cardiologie et de médecine pulmonaire. En 1971, A. Davignon succédait à Pierre Marion à la direction de la section de cardiologie; l'Hôpital Sainte-Justine s'affirmait alors comme centre de cardiologie pédiatrique hautement spécialisé.

En 1970, on estimait que près des deux tiers du travail spécialisé en cardiologie infantile de la province, était exécuté à l'Hôpital Sainte-Justine et en 1974 le bilan affichait 84 opérations à coeur ouvert et 89 opérations à coeur fermé. A cette époque, Claude Chartrand après un

202 P. Stanley, A. Davignon, "La chirurgie cardiaque congénitale", *UMC* 94, novembre 1965, pp. 1413-1421; P. Stanley et al., "Chirurgie cardiaque chez le nouveau-né et le nourrisson", *UMC* 95, juillet 1966, pp. 801-801. Paul Stanley (1926-1997) Diplômé de l'Université de Montréal, il se spécialisait en chirurgie cardio-vasculaire aux États-Unis. Il assumait la direction du service de chirurgie cardio-vasculaire en 1969.

203 *AUM*, D35/C4 415

204 Jean-Claude Fouron, pédiatre cardiologue, menait des recherches expérimentales. Professeur agrégé PTG en 1972, il devenait titulaire au département de pédiatrie et dirigeait l'unité de cardiologie foetale à l'Hôpital Sainte-Justine. Il était Fellow de la Fondation canadienne des maladies du coeur à l'Institut de recherches cardio-vasculaires à San Francisco, Californie. Les pédiatres cardiologues, grâce aux appareils à ultrasons, pouvaient alors déceler les cas de malformations cardiaques chez le fœtus entre la 16^e et la 18^e semaine de grossesse. ce qui leur permettait d'intervenir médicalement avant la naissance afin de prévenir les dommages cardiaques. Les premières applications de la cardiologie foetale pédiatrique voyait le jour en 1990 et l'unité de cardiologie foetale était intégrée au service d'obstétrique en 1994.

séjour aux États-Unis où, sous la direction du docteur Shumway il s'était familiarisé avec la transplantation cardiaque, revenait à l'Hôpital Sainte-Justine. (205) Il démarrait un programme de transplantation cardiaque en 1984. (206)

Le rhumatisme articulaire aigu

Au nombre des maladies cardiaques acquises chez l'enfant, il fallait compter le rhumatisme articulaire aigu qui était essentiellement une maladie de l'enfance. Présentant divers symptômes et une pathogénèse qui s'avérait complexe, il était à l'origine de certaines cardiopathies qui n'étaient pas toujours décelées. En 1930, Alvin Coburn reconnaissait le streptocoque hémolytique comme seul agent de la fièvre rhumatoïde ou rhumatisme articulaire aigu, souvent secondaire à une infection des voies respiratoires supérieures. Aussi, au milieu de la décennie cinquante, la prévention de la fièvre rhumatismale était au centre des préoccupations et on cherchait à mettre au point une méthode de diagnostic qui permettrait de suivre l'évolution de la maladie pour instaurer un traitement qui combinait la pénicillinothérapie et les stéroïdes comme anti-inflammatoire. L'équipe de l'Institut de Cardiologie de Montréal, tenait une clinique qui se penchait sur l'étude de la fièvre rhumatismale et ses signes cliniques. De 1954 à 1966, 440 cas étaient observés et traités et les résultats étaient présentés au 5e congrès mondial de cardiologie tenu à Nouvelle-Delhi en novembre 1966.(207) Par ailleurs à l'Hôpital Sainte-Justine, André Davignon en formulait le traitement en milieu hospitalier

205 La première transplantation cardiaque au Canada avait lieu à l'Institut de cardiologie de Montréal le 30 mai 1968 avec Pierre Grondin Le patient a survécu 41 hrs après l'intervention. Même si les greffes cardiaques étaient rares chez les enfants, les premières greffes cardiaques réalisées à l'Hôpital Sainte-Justine avaient lieu en 1983 et 1986.

206 En 1978, la Fondation de l'Hôpital Sainte-Justine consacrait 30 000\$ à l'achat d'un coeur-poumon artificiel.

207 G. Gilbert et al, "Diagnostic de la fièvre rhumatismale", *UMC* 96, août 1967, pp. 1001; "Traitement aux stéroïdes de 204 cas aigus de fièvre rhumatismale" *UMC* 96, septembre 1967; "Évolution et prophylaxie de 440 cas de fièvre rhumatismale", *UMC* 96, octobre 1967, p. 1187. Martial Bourassa, Claude Goulet "L'évolution de la recherche à l'Institut de Cardiologie de Montréal", *UMC* 108, octobre 1979, pp. 1128-1138

(208) et en 1968, une clinique du rhumatisme articulaire aigu était placée sous la direction de Christa Kratz. L'ensemble de ces efforts aboutissaient finalement à la disparition presque complète de la maladie.

3.2.3.4 La neurochirurgie

Rappelons qu'avant le milieu du siècle, les interventions chirurgicales pour le *spina-bifida* donnaient des résultats peu encourageants (209). Des 65 cas qui s'étaient présentés entre 1940 et 1950 à l'Hôpital Sainte-Justine, 26 présentaient des lésions associées et on avait tenté l'intervention chirurgicale chez 39 patients dont 9 étaient décédés et 30 étaient considérés guéris. On enregistrait une augmentation très significative du nombre de cas après l'ouverture du service de neurochirurgie. Ainsi, entre 1955 et 1960, 181 cas se présentaient. Si on pouvait intervenir dans tous les cas, l'intervention n'était pas tentée quand le déficit neurologique s'avérait trop lourd car il demeurait qu'en dépit des bons résultats plus souvent obtenus, c'est-à-dire sans déficits neurologiques, il restait que des traumatismes médullaires demeuraient toujours possibles (210). Dans ces conditions, on comprend combien le dépistage prénatal constituait une solution préconisée.

C'est ainsi que parallèlement aux développements de la chirurgie du thorax, la neurochirurgie prenait son essor au lendemain de la deuxième guerre mondiale avec la mise au point de nouvelles techniques d'intervention. La délicatesse des manipulations au voisinage des régions cérébrales vitales, rendait nécessaire le développement des microtechniques chirurgicales pour assurer la qualité des résultats cliniques. Vers 1956, Littman résolvait le problème de l'acuité visuelle en développant le microscope chirurgical binoculaire, d'une efficacité

208 A. Davignon, "Le rhumatisme articulaire aigu aspect préventif et thérapeutique", *UMC* 95, décembre 1966, p. 1443

209 E. Dubé, "Le spina-bifida", *AMCHSJ* VI, 2, 1951 pp. 47-50

210 Bernard Meloche, "Spina-bifida", *AMCHSJ* VIII, 4, 1960-61

supérieure aux loupes; il repoussait la limite de la chirurgie dans le champ des structures microscopiques en permettant d'effectuer des interventions chirurgicales d'exérèse, de correction, d'anastomose, de sutures nerveuses et vasculaires de calibre inférieur à 1 millimètre. Ces manoeuvres opératoires conditionnaient l'amélioration des résultats cliniques.

En août 1951, le plan organisationnel pour la mise sur pied d'un service de neurochirurgie était élaboré à l'Hôpital Sainte-Justine et son fonctionnement était confié en 1953 à André Parenteau (211). Peu après, avec l'arrivée de Bernard Meloche, l'hôpital s'assurait les services d'un deuxième neurochirurgien et pouvait offrir un service de garde de 24 heures par jour pour tous les cas d'urgence. (212)

Au cours des années 1950, la mise au point par les docteurs Spitz et Neelson de Détroit d'une valve unidirectionnelle fabriquée par l'ingénieur Holter, solutionnait le problème de l'hydrocéphalie par la dérivation du liquide céphalo-rachidien du système ventriculaire à l'oreille droite. Cette dérivation qui permettait de rétablir la physiologie normale, était exécutée à l'Hôpital Sainte-Justine vers 1960 (213).

Au milieu de la décennie 1960, Michel Décarie joignait le service de neurochirurgie de l'Hôpital Sainte-Justine. Promu à la direction de la section de neurochirurgie en 1970, il déplorait l'équipement inadéquat en neuroradiologie (214). L'Hôpital Sainte-Justine, seul centre de neurochirurgie pédiatrique au Québec, entrevoyait alors la réorganisation et l'ouverture d'un service de médecine nucléaire. En 1972, Jean Léveillé était responsable du nouveau service de médecine nucléaire, car jusque-là, les patients étaient dirigés vers l'Hôpital Notre-Dame pour les

211 AHSJ, 24 Services hospitaliers Neurologie neurochirurgie 1933-1977

212 La Société canadienne de neurochirurgie était fondée en 1966

213 M. Décarie, C. Bertrand, "Nouvelles applications thérapeutiques de la neuro-chirurgie", *UMC* 94, novembre 1965, p. 1481

214 AHSJ, 24N Services hospitaliers 1933-1977 Neurologie Neurochirurgie

traitements. (215). Mais les traitements sur lesquels on fondait des espoirs s'avéraient parfois décevants. C'était le cas pour le traitement du neuroblastome quand en 1977, on constatait que l'utilisation systématique de la radiothérapie et de la chimiothérapie n'avait pas modifiée de façon sensible le pourcentage de guérison (216).

3.2.4 Psychiatrie infantile

Le département de psychiatrie de la faculté de médecine organisé en 1948 remplaçait la chaire de psychiatrie. Il était confié à la direction de Jean Saucier qui administrait une subvention fédérale-provinciale allouée à l'hygiène mentale, afin d'étendre les services de traitement gratuit. Régi par un comité de cinq membres, ce département administrait les cliniques psychiatriques des hôpitaux généraux (217). Les hôpitaux francophones emboîtaient le pas aux hôpitaux généraux anglo-saxons qui développaient des départements de psychiatrie générale; ainsi, la psychiatrie était introduite à l'Hôpital Notre-Dame en 1948. Cette réorganisation signalait la séparation de la psychiatrie et de la neurologie. De plus, la décennie suivante apportait une transformation importante tant au niveau de la philosophie du traitement que de la distribution des services. Par la suite, les hôpitaux psychiatriques traditionnels subissaient une transformation importante après le dépôt en 1962, du rapport de Dominique Bédard sur les hôpitaux psychiatriques dans lequel il recommandait un modèle organisationnel médical. (218) Les hôpitaux psychiatriques commençaient à changer sous l'influence de la pharmacothérapie et de l'accent mis sur le milieu.

215 En 1978, la Fondation Mac Donald Stewart faisait don d'une camera à scintillation d'une valeur de 155000\$ pour le service de médecine nucléaire.

216 A. Coulloudon et al., "Le neuroblastome: évolution du traitement et de ses résultats à l'Hôpital Sainte-Justine", *UMC* 106, décembre 1977, p. 1634

217 D. Goulet, *op. cit.*, p. 290

218 Pour le mouvement de réformes des institutions psychiatriques en France après la guerre, voir: G. Lucas, I. Talan, *Les hôpitaux de Jour en psychiatrie de l'enfant*, Paris ESF 1973

La psychiatrie infantile formulait ses premiers balbutiements à Montréal, avec Georges Gagnon à l'Hôpital Sainte-Justine et Statten Taylor au *Children's Memorial*. A l'Hôpital Sainte-Justine (219), un legs au montant de 50 000\$ de Madame Beaubien, s'ajoutait aux subventions gouvernementales pour permettre en octobre 1949, l'ouverture d'une consultation externe de psychiatrie infantile installée dans des locaux provisoires construits sur le site du nouvel hôpital, Chemin de la Côte Sainte-Catherine et occupés jusqu'en 1957, moment où l'Hôpital Sainte-Justine aménageait dans l'édifice moderne. Dès lors, un programme d'expansion graduelle mais considérable des services était autorisé.

A cette consultation externe de type *Child Guidance*, confiée au psychiatre Georges Gagnon, on recevait les parents en consultation pour établir une histoire sociale du cas, avant de faire un examen psychiatrique et une évaluation psychologique de l'enfant. Le traitement était appliqué quand il s'imposait ou l'enfant était dirigé vers l'établissement appropriée. En 5 ans, 596 enfants étaient traités, dont 345 garçons et 251 filles (220). Le plus grand nombre de cas soit 56.2 %, touchait les enfants de 6 à 11 ans, 28.8 % constituait la clientèle des adolescents de 12 à 17 ans et 15 % se recrutait chez les enfants d'âge préscolaire (221).

L'avènement de la psychopharmacologie ouvrait de nouvelles avenues. S'appuyant sur les travaux de Jasper, Desrochers voyait l'état de certains enfants qui présentaient des troubles de comportement, s'améliorer par le sulfate de benzédrine (222). Dans la décennie suivante, après les essais cliniques sur 93 enfants de l'Hôpital Sainte-Justine

219 AUM, D35/ 656. Brochure publiée à l'occasion de l'inauguration des nouveaux locaux du service de psychiatrie infantile (26 juin 1963). Le *Children's Memorial Hospital* ouvrait un département de psychiatrie infantile en 1950.

220 Denyse Rose, *Les parents interviewés dans une clinique de psychiatrie infantile*. Thèse M.A. (Service social) Université de Montréal, 1955, p. 14

221 RAHSJ 1952

222 J. L. Desrochers, "Considérations sur l'effet du sulfate de benzedrine dans quelques affections neuro-psychiatriques", *AMCHSJ* 5, 4, 1949, pp. 20-27

permettant d'affirmer que la trifluopérazine constituait un produit sûr et efficace pour le traitement des troubles de comportement, les médecins psychiatres de l'Hôpital Sainte-Justine poursuivaient des recherches cliniques à l'Institut Clair-Séjour, établissement du ministère de la Famille pour le traitement intensif des mésadaptés sociaux, qui constituaient un groupe homogène dans un milieu stable et présentant un dénominateur commun, la névrose de caractère (223). Cette recherche recevait son financement de la firme Smith, Kline et French.

Denis Lazure (224) présidait aux destinées du service puis du département (1966) de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine de 1957 à juillet 1969, période pendant laquelle un élargissement de la gamme des services offerts se réalisait. En 1958, une subvention gouvernementale de 39 380\$ \$ était affectée à une consultation interne, première en son genre au Canada. L'année suivante, naissait un programme de formation pour médecins-résidents en psychiatrie infantile suivi bientôt d'un cours post-scolaire de soins infirmiers en psychiatrie infantile d'une durée d'un an. En 1960, s'ajoutait une maternelle thérapeutique à l'intérieur du centre de jour où les jardinières d'enfants joignaient le groupe de

223 J. L. Desrochers, Wanda Schiffmann, "Étude à court terme sur l'usage de la trifluopérazine contre les troubles de comportement de l'enfant", *UMC* 90, avril 1961, pp. 369-373; L. Gratton, L. Houde, R. Lafontaine, G. Fournier, "Les syndromes hypermoteurs de l'enfant et ses réactions à la trifluopérazine", *UMC* 91, janvier 1962, pp. 23-31;

224 Lazure, Denis (1925-) Au cours de ses études à l'Université de Montréal, il fut président de l'Association générale des étudiants et président de la Fédération nationale des étudiants du Canada. Il poursuivait des études en médecine psychomotrice au *Temple University Medical School* en 1953-1954 et des études en pédopsychiatrie au *Child Study Center of the Penna. Hospital (University of Penna.)* en 1955-1957. En 1957, il obtenait un diplôme de l'*American Association of Psychiatric Clinics for Children*, et la reconnaissance de spécialiste en psychiatrie du Collège Royal des Médecins du Canada et du Collège des Médecins du Québec. Il suivait les cours à l'Institut canadien de psychanalyse. De 1959 à 1963, il était chargé du cours de psychiatrie infantile à l'École de Réhabilitation et devenait professeur agrégé de psychiatrie en 1964. Chef du service de psychiatrie infantile à l'Hôpital Sainte-Justine en 1957 et consultant à l'Hôpital de Verdun en 1959, il assumait de janvier à septembre 1961 la direction du centre de psychiatrie de Port au Prince en Haïti et devenait consultant auprès du Ministère de la Santé d'Haïti dans la planification des services psychiatriques. De 1963 à 1966, il était directeur-adjoint des Services psychiatriques au ministère de la Santé, alors qu'il devenait consultant. *AUM*, P22/ N890. Il était ministre des Affaires sociales de 1976 à 1981.

spécialistes. Le service de psychiatrie occupait un nouvel emplacement qui réunissait un service interne de 14 lits, une consultation externe, une consultation d'évaluation de l'intelligence des patients présentant des problèmes d'arriération mentale, une consultation des troubles d'apprentissage scolaire et un centre de jour. Le service s'adjoignait des psychopédagogues qualifiés au moment de la fondation en 1962 de la consultation des troubles d'apprentissage scolaire parmi les premières au Canada. Les premiers pédopsychiatres du service qui étaient issus des centres américains, privilégiaient la psychothérapie individuelle d'inspiration psychanalytique bien que la thérapie de groupe était aussi utilisée. Mais avec l'arrivée des psychopédagogues, des rééducateurs de la psychomotricité et d'orthopédagogues, marquait le début d'une nouvelle approche davantage influencée par les sciences de l'éducation que par la psychanalyse. (225)

On cherchait à mettre au point une technique d'examen en vue du dépistage des troubles d'apprentissage scolaire pour ensuite développer un enseignement correctif dans les cas relevant de la neurologie et de la psychiatrie. Le trouble d'apprentissage s'intégrait alors dans une perturbation plus vaste de la personnalité. L'imprécision des frontières commandait une approche multidimensionnelle qui devait tenir compte du développement et du fonctionnement sensori-moteur et psycho-affectif de la personnalité (226). La surveillance pédiatrique devait dépister les atteintes organiques, en apprécier l'importance et en rechercher la signification éventuelle car souvent les enfants expriment dans leur corps, les difficultés de vie relationnelle. Dans le cadre d'une politique de sectorisation des soins psychiatriques, la clinique révisait ses fonctions en 1968 et concentrait ses efforts auprès des enfants présentant des

225 *Cahiers pédopsychiatriques*, 18, automne 1982. L'éducation spécialisée voyait le jour en France vers 1945 à l'instigation d'Henri Joubrel. Au Québec, naissait en 1953 le premier centre de formation pour éducateurs spécialisés à partir des expériences de Boscombe et du Centre d'orientation. En 1959, un programme officiel du Département de l'Instruction publique, était conçu.

226 L. Houde, "Les troubles d'apprentissage scolaire", *UMC* 95, avril 1966, pp. 443-44

problèmes très complexes alors que son personnel joignait les équipes de secteurs.

La prévention des troubles affectifs et intellectuels de l'enfant faisait l'objet du 4e Congrès international de psychiatrie infantile en Hollande en 1962. En 1965 Laurent Houde (227) déposait au ministère de la Santé, un rapport sur les besoins en psychiatrie infantile au Québec (228). Il en présentait les principes directeurs et faisait une proposition d'organisation générale de la psychiatrie infantile; il définissait les services à déployer. Dans un objectif de promotion de la santé, la psychiatrie infantile devait prendre conscience de la genèse des maladies mentales pour mieux prévenir les désordres de l'esprit et de l'affectivité. La nouvelle équipe multiprofessionnelle s'ancrait simultanément dans le médical, le social et le psychologique; elle s'introduisait dans les cours juvéniles, les institutions de rééducation, dans les écoles et les agences de services qui le plus souvent s'inspiraient de philosophies différentes. À la diversité des besoins exigés par diverses catégories d'enfants, devait correspondre une diversité des soins. Ces modes nouveaux d'exercice de la psychiatrie voulaient assurer aux malades une prise en charge diversifiée correspondant aux diverses formes de traitement en fonction de l'état du patient. On craignait cependant le dépistage massif qui

227 Laurent Houde (1926-) Diplômé de l'Université de Montréal en 1953, il faisait sa résidence au Seton Institute de Baltimore (1954-1956). Il était fellow en psychiatrie infantile au *James Jackson Putman Hospital* (1956-1958). Il présidait le Conseil de l'enfance exceptionnelle en 1969 et en 1971, il devenait président du Comité de la santé mentale créé par le ministère des Affaires sociales pour mettre à jour la politique du Québec dans le domaine de la santé mentale et adapter continuellement le réseau de distribution de services. Chargé de cours en psychiatrie en 1960, agrégé en psychiatrie infantile en 1964, Houde était nommé professeur titulaire de clinique psychiatrique en 1973. Il quittait l'Hôpital Sainte-Justine en août 1979 pour devenir coordonnateur de l'enseignement offert aux médecins résidents et aux étudiants en médecine de l'Université de Montréal en stage d'externat à l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Albert Plante (1940-) diplômé de l'Université de Montréal en 1965, complétait sa spécialité en psychiatrie en 1970 et passait une année à l'Hôpital Sainte-Justine avant de coordonner l'équipe volante de psychiatrie infantile du Nord-Ouest québécois en 1971. En août 1973, était nommé représentant régional du MAS pour la pédopsychiatrie. Il devenait professeur agrégé de clinique en 1978.

228 *Rapport du comité d'étude sur les besoins en psychiatrie infantile dans la Province de Québec*. 1965

surchargerait les ressources et irait à l'encontre de la thérapeutique de "normalisation" (229). Le service de psychiatrie infantile s'insérait à l'intérieur d'un réseau de services offert à l'enfance inadaptée.

Le projet de sectorisation des soins, une politique conçue pour traiter les malades dans leur milieu de vie habituel, devenait le cheval de bataille dès 1966 et au cours de l'année 1968, le territoire desservi par la consultation externe de l'Hôpital Sainte-Justine était divisé en quatre secteurs géographiques (230). Le principe de sectorisation était emprunté à l'expérience française qui avait constitué des équipes de quartier. Les équipes de secteurs s'appliquaient à pénétrer les services communautaires pour mener une action préventive et le pédopsychiatre jouait alors le rôle de consultant auprès des autres agents de service; il devenait un coordonnateur en action sociale. L'équipe se préoccupait de l'insertion de la psychiatrie dans la communauté et développait des modes de collaboration avec les organismes déjà en place (231). Un centre communautaire sous la responsabilité de l'Hôpital Sainte-Justine, était créée dans le quartier Saint-Henri à titre expérimentale, pour offrir des services localement (232).

L'expérience était partagée lors d'une journée d'étude tenue à l'Hôpital Sainte-Justine qui attirait une soixantaine de pédopsychiatres sur un total possible de 85; on y faisait le point sur les expériences du moment et sur l'orientation de la pédopsychiatrie (233). Comme le préconisait le rapport Castonguay, une intégration maximale des ressources devait se faire dans les centres communautaires de santé. Il en découlait que les services devaient s'inscrire dans le cadre d'un

229 *ibid.*, p. 30

230 *Les services de l'enfance inadaptée*, chapitre 3.6

231 J.J. Breton, "Pédopsychiatrie communautaire: réflexions sur une expérience de quatre ans en milieu défavorisé" *Cahiers pédopsychiatriques* 2, automne 1974, pp. 69-86

232 L. Houde, Y. Gauthier, "Organisation de l'information dans un centre de formation pédopsychiatrique", *UMC* 100, juillet 1971, pp. 381-386

233 L. Houde, Y. Gauthier, *Journée d'étude des pédopsychiatres du Québec*, Le Centre d'information sur l'enfance et l'adolescence inadaptées, Hôpital Sainte-Justine, 14 mai 1971. 78p.

service de santé globale, être accessibles sur une base régionale, basés sur un mode de pratique communautaire orientée vers l'évaluation primaire et l'intervention en cas de crise, pour assurer un traitement dans les conditions les plus proches de la vie normale. Les chercheurs en psychiatrie infantile utilisaient alors le modèle de risque de crise pour déceler l'individu vulnérable et lui venir en aide alors qu'il se trouvait encore à un stade prémorbide. L'approche communautaire en santé mentale tendait à diriger ses services sur des groupes cibles, à grands risques, dans une perspective préventive.

On voyait surtout la nécessité de créer un Institut de psychiatrie infantile à Montréal qui, outre la ressource hospitalière orientée vers l'enseignement et la recherche, inclurait un centre de jour qui, s'adressant à des enfants atteints de psychopathologies importantes, pouvait assurer des soins intensifs tout en maintenant le lien solide avec le milieu familial, une consultation de troubles d'apprentissage et un centre de documentation. Houde faisait un plaidoyer pour la création au sein des services psychiatriques, d'un secteur de psychiatrie infantile et envisageait la recherche dans le domaine de l'épidémiologie, de la clinique et de la thérapeutique et dans les sciences de base (biochimie, pharmacologie).

Devant l'augmentation des consultations psychiatriques qui avaient triplé en quatre ans, l'Hôpital Sainte-Justine, en conformité avec le rapport Houde, offrait un service complet de psychiatrie infantile au tournant des années 1970 comprenant un service d'hospitalisation de 50 lits, un service de soins de jour d'une centaine de lits, des ateliers thérapeutiques et des locaux nécessaires au traitement des enfants et adolescents atteints de maladie mentale, de désordres affectifs et de déséquilibre psychique. Michel Lemay joignait l'équipe (234). Le centre

234 Michel Lemay effectuait sa formation médicale à Paris, et possédait une licence en lettres et un doctorat en psychologie. Ancien interne des hôpitaux français, il assumait, de 1960 à 1973 des responsabilités en psychiatrie infantile en Bretagne. Il revenait au Québec en 1973 pour se joindre à l'École de psycho-éducation à titre de professeur agrégé jusqu'en 1979, puis

de jour, une formule nouvelle qui s'inscrivait dans l'évolution des idées en psychiatrie infantile, développait une préoccupation psychothérapeutique qui mettait en oeuvre une pédagogie adaptée et une action visant à maintenir une relation parents-enfant. En 1975, Pierre Cousineau prenait en charge le centre de jour.

La Clinique de l'enfant et de la famille qui travaillait dans le cadre de la cour juvénile était confrontée à l'hospitalisation des adolescents qui présentaient peu de motivation à l'hospitalisation dans le cadre traditionnel (235). On reconnaissait qu'en psychiatrie comme en médecine, l'adolescent avait jusque-là été négligé et en octobre 1978, une unité psychiatrique de 12 lits était destinée aux adolescents.

Pour compléter le centre de psychiatrie infantile, Laurent Houde, directeur de la consultation des troubles d'apprentissage, se faisait le promoteur de l'organisation de la documentation au département de psychiatrie depuis 1964. Il transformait en 1968, le centre de documentation du département en Centre provincial d'information sur la santé de l'enfance et de l'adolescence inadaptées. Il s'agissait d'un centre informatisé de documentation sur la psychiatrie, subventionné par le ministère de la Santé à titre de prototype de centre de documentation moderne mis à la disposition de tous les hôpitaux. Ce centre devenait le CISE (Centre d'information sur la santé de l'enfant) en 1975. Il assurait la diffusion des *Cahiers pédopsychiatriques de l'Hôpital Sainte-Justine* qui débutait au printemps de 1974. Cette publication semestrielle apparaissait en l'organisation des *Carrefours scientifiques*, ces réunions ouvertes à tous les intervenants de la région montréalaise

professeur titulaire. Il s'associait au département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine où il était responsable de l'enseignement de 1976 à 1989, coordonnateur des soins de jour et directeur d'une clinique sur l'autisme en 1987. Il était nommé professeur titulaire au département de psychiatrie de l'Université de Montréal en 1991 il occupait le poste d'adjoint au directeur pour la pédopsychiatrie. Ses publications: *Les psychoses infantiles* (1987); *L'éclosion psychique de l'être humain La naissance du sentiment d'identité chez l'enfant* (1983); *J'ai mal à ma mère: Approche thérapeutique du carencé relationnel* (1980 et 1993); *Le diagnostic en psychiatrie infantile: Pièges, paradoxes et réalités* (1976).

du domaine de la santé, des services sociaux et de l'éducation et dont les présentations constituaient l'essentiel des *Cahiers*.

Denis Lazure quittait l'Hôpital Sainte-Justine pour assumer la direction générale de l'Hôpital Rivière-des-Prairies quand, en 1969, le Mont Providence, hôpital pédo-psychiatrique traditionnel de 850 lits, devenait l'Hôpital Rivières des Prairies au service de toute la région métropolitaine, avec ses 616 lits en 1973. Cette transformation voulait donner une orientation nouvelle en modifiant la philosophie des soins et l'organisation des équipes soignantes. (236) Pour transformer cet hôpital en un centre actif de réadaptation où les efforts privilégiaient la réinsertion sociale, on souhaitait l'augmentation du dynamisme des équipes de soins, l'élimination de la ségrégation des cas les plus chroniques et la mise sur pied de programmes pour chacun des patients, quel que soit son niveau de fonctionnement. Le nombre de psychiatres passait de 1 à 10 et on recrutait activement le personnel de diverses disciplines cliniques. Ceci réalisait l'intégration de la psychiatrie à la médecine pédiatrique. En juin 1970, Jacques Mackay coordonnateur des services interne et externe, quittait à son tour l'Hôpital Sainte-Justine, pour occuper le poste d'assistant surintendant à l'Hôpital Rivière-des-Prairies avant de succéder à Lazure en 1975. (237) En 1972, plus de 2000 enfants y recevaient des services. L'année suivante, on créait un foyer de transition pour les patients hospitalisés depuis longtemps. Les enfants handicapés mentaux entraient de plein pied dans le champ de la médecine et leur éducation passait directement sous contrôle médical.

Le département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine passait successivement sous la direction de Laurent Houde en 1969, de Pierre

236 Cette même année, le service municipale d'hygiène mentale était aboli. L'évolution du Mont-Providence est abordée par M.P. Malouin dans *L'univers des enfants en difficulté*, p. 316 et suivantes.

237 Jacques Mackay, "La modernisation d'un hôpital psychiatrique traditionnel" *Revue de Neuro-psychiatrie infantile* 25, 1977, pp. 319-327

Drapeau de juillet 1974 à 1978 et de Jean Jacques Breton (238) de 1978 à 1982. Ce département s'identifiait à trois ensembles: le réseau de la santé, le réseau des services à l'enfance inadaptée et le réseau de l'enseignement et de la formation universitaire de l'Université de Montréal. Par son rôle, il devait assurer les services cliniques aux malades, les services de consultation auprès du personnel professionnel, l'enseignement et la formation professionnelle et des fonctions de recherche.

3.2.5 Centre de médecine de l'adolescence

La poussée démographique de l'après-guerre, le développement d'une sous-culture caractérisée par un mode de vie plus libre, l'entrée plus tardive dans la vie adulte par suite d'une scolarisation prolongée, une maturation biologique qui survenait plus précocement et une incidence plus élevée des maladies chroniques qui imposaient souvent la marginalisation, voilà autant de facteurs invoqués pour justifier la création d'une médecine de l'adolescence (239). A ces raisons s'ajoutaient certaines considérations d'ordre moral dont la contestation des rapports sociaux hiérarchiques, l'émergence de nouveaux droits, l'universalité du malaise de la jeunesse, le désarroi moral, la sexualité vécue ouvertement, les troubles psychiques, la mise en place de réseaux de circulation et de consommation de drogues, qui laissaient croire à de nouveaux besoins médicaux. Les raisons touchant l'évolution de la profession médicale n'étaient pas invoquées. Pourtant, la pédiatrie cherchait au même moment à se redéfinir et la gratuité des services de santé connaissait une

238 Jean Jacques Breton (1941-) Diplômé de l'Université Laval en 1965, il obtenait son diplôme de spécialiste en psychiatrie à l'Université McGill en 1970. Il devenait successivement professeur de pédopsychiatrie (enseignement et recherche) à l'Hôpital Sainte-Justine de 1971 à 1975, chef de secteur de 1975 à 1978, et professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal en 1978.

239 Jean Wilkins, "Le cheminement personnel du médecin pédiatre vers la médecine des adolescents" *Médecine et adolescence*. Les Presses de l'Université Laval, Québec 1980, pp. 147-156; J. Wilkins et al., *Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique*, Hôpital Sainte-Justine, 1985; Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, *Médecine et adolescence*, Québec, Les Presses de l'Université Laval 1980

extension qui allait ouvrir la consultation médicale à une population qui jusque-là s'abstenait d'y recourir. Enfin l'obligation pour l'Hôpital Sainte-Justine de se redéfinir au sein de la loi sur l'assurance-maladie, le confrontait à de nouveaux défis pour éviter d'être détourné de sa vocation pédiatrique.

Constituer une clientèle en identifiant l'adolescence comme un groupe autonome à qui on devait offrir des services spécifiques, voilà bien la première étape que devait franchir la pédiatrie pour constituer une médecine de l'adolescence. Les adolescents avaient-ils été ignorés jusque-là par la profession médicale? Bien sûr que non puisque nous avons vu que les psychiatres abordaient les problèmes de l'adolescent au moment même où les endocrinologistes se penchaient sur les manifestations de la puberté.

Ce mouvement trouvait son modèle en Amérique du Nord au *Children's Hospital Medical Center* de Boston où Roswell Gallagher inaugurait une consultation distincte pour les adolescents en 1951. Dix ans plus tard, l'Hôpital de Montréal pour enfants ouvrait une consultation externe pour les adolescents constituant ainsi un précédent au Canada (240). Cependant, l'influence tardait à se faire sentir puisqu'il fallait attendre en janvier 1971, pour que la Société canadienne de pédiatrie crée un comité de l'adolescence qui recommandait que la médecine de cette période de la vie, devienne une sous-spécialité de la pédiatrie et que le programme de l'enseignement de la pédiatrie post-universitaire l'inclut dans ses subdivisions (241).

Les pédiatres franco-montréalais découvraient les besoins physiques, psychiques et sociaux particuliers aux adolescents et décidaient de les inclure dans leur clientèle en développant le concept de

240 "75 ans au service des enfants: l'Hôpital de Montréal pour enfants", *CMAJ* 120, April 21 1979, pp. 1012-1015

241 De la Broquerie Fortier, "The Canadian Paediatric Society La Société canadienne de pédiatrie (1922-1972)" *La Vie médicale au Canada français* 2, novembre 1973, p. 1082

médecine de l'adolescence. Ce concept faisait appel à l'approche en vogue dite de type global et regroupait des intervenants de diverses disciplines. De plus, il requérait une nouvelle attitude de la part du pédiatre qui devait ajuster sa relation médecin-patient-parents qui constituait l'originalité de la pédiatrie, à l'autonomie plus grande de l'adolescent qui requérait confidentialité et intimité. Une rencontre multidisciplinaire se tenait à l'Hôpital Sainte-Justine en juin 1973 pour amorcer la mise sur pied d'une section consacrée à l'adolescence.

A l'initiative du docteur Claude Roberge, une consultation spéciale pour adolescents désignée "Service 3215" voyait le jour en 1973. Deux psychiatres participaient régulièrement au programme de cette consultation qui s'adressait principalement aux adolescents qui présentaient des troubles de comportement. La création d'une unité interne contribuait à intégrer le Service 3215 à l'hôpital pour mieux démontrer la nécessité d'instituer une médecine de l'adolescence sur une base multidisciplinaire. La nécessité d'une structure spécifique d'accueil se faisait sentir.

Le centre de médecine de l'adolescence qui visait la clientèle des jeunes de 12 à 20 ans, reflétait l'approche biopsychosociale par lequel on cherchait à développer des politiques précises en rapport avec le respect des droits des adolescents et la confidentialité. Placé sous la direction de Jean Wilkins, il était créé en 1975 et comportait un service interne de 26 lits, un service externe comportant une variété de quinze consultations pour refléter les besoins de la clientèle et un service administratif. En regroupant les adolescents, on se donnait le moyen de mieux étudier cette population au point de vue épidémiologique, d'affirmer Wilkins (242). On cherchait à définir les besoins en santé des adolescents, les problèmes reliés à la sexualité, à l'adaptation situationnelle, aux maladies chroniques ou associés à l'usage des drogues. Ce centre était bientôt

242 Jean Wilkins, "Les soins de santé aux adolescents: un modèle clinique", *UMC* 109, septembre 1977, pp. 1242-1245

désigné pour recevoir, prendre en charge et traiter les victimes d'assauts sexuels. De plus, on mettait sur pied un programme de formation en médecine de l'adolescence, basé sur les priorités médicales de cette population et axé sur le phénomène de la puberté. Le savoir médical s'incarnait socialement dans une nouvelle pratique médicale pour sauvegarder un territoire menacé.

Obligés de repenser la vocation de l'hôpital pédiatrique avec l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie, et pour soutenir l'institution elle-même, les pédiatres définissaient les besoins des adolescents et créaient la section de l'adolescence, dans un souci de reconfiguration du territoire. La politique sociale était formulée à partir de la conception que se faisait la profession médicale des besoins de la population médicalisée, comme le souligne Freidson (243).

3.2.6 Département de Santé communautaire

L'Organisation mondiale de la santé ayant défini la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de maladie", la médecine communautaire récupérait les sciences sociales, quand l'État intégrait au milieu hospitalier les activités de santé publique par un arrêté en conseil en 1973. Le ministère des Affaires sociales confiait au département de santé communautaire, le soin de promouvoir la santé et de prévenir la maladie dans la population. Au concept individuel de la distribution des soins, il proposait le développement d'une médecine communautaire qui supposait une hiérarchisation des soins. (244)

Dès 1972, à la demande du ministère des Affaires sociales, l'Hôpital Sainte-Justine intégrait le service de santé de la Commission

243 Freidson, *op. cit.*, p. 340

244 Les renseignements sont tirés des rapports annuels de l'Hôpital Sainte-Justine

des écoles catholiques de Montréal. Ce nouveau service qui comptait 40 personnes sous la direction du docteur Richard G. Marsan, comportait un programme de soins infirmiers dans les écoles, un programme en cours d'emploi au bénéfice des infirmières en milieu scolaire et le dépistage d'entités pathologiques dans ce milieu. Par exemple, l'unité mobile du ministère des Affaires sociales effectuait des radiographies dans les écoles secondaires de la CÉCM en vue du dépistage de la scoliose. Sur les 14886 radiographies réalisées, 164 scolioses étaient dépistées dont le bilan affichait 60 patients ayant une scoliose d'une certaine importance, 7 patients devaient avoir recours au traitement orthopédique et 5, au traitement chirurgical (245).

A sa vocation traditionnelle d'hôpital pédiatrique, l'Hôpital Sainte-Justine ajoutait le 18 juillet 1974, à l'instar de 30 autres hôpitaux québécois, l'établissement d'un département de Santé communautaire (DSC) qui touchait la population en générale d'un secteur donné. Il concrétisait, sous un même toit, l'intégration de la médecine préventive et la médecine curative et réalisait officiellement la pédiatrie sociale. Ce département confié à la direction du docteur Isabelle Laporte, exerçait des activités de prévention, de promotion et de protection de la santé avec d'autres partenaires et cherchait à responsabiliser l'individu vis-à-vis de sa santé. A la demande du ministère des Affaires sociales, les services de santé des villes de Hampstead, Côte Saint-Luc, Outremont et Mont-Royal étaient intégrés avec leur personnel, au DSC de l'Hôpital Sainte-Justine.

En collaboration avec le docteur Lucien Deschesnes à la direction de la consultation des nourrissons logée à l'Hôpital Sainte-Justine, un enseignement de la puériculture était dispensé au niveau postdoctoral. Un projet-pilote commençait en mai 1971 en collaboration avec le service de santé de la ville de Montréal afin d'orienter la consultation des

245 Morris Duhaime, "Dépistage de la scoliose en milieu scolaire", *UMC 105*, juin 1976, pp. 886-887. Duhaime était chef du service d'orthopédie.

nourrissons et des enfants d'âge préscolaire, dans des perspectives de médecine globale. Cette consultation permettait d'explorer de nouvelles fonctions pour le personnel médical et paramédical.

Jusqu'au début des années quatre-vingt, des services directs étaient donnés à la population (cours prénatals, dépistage en milieu scolaire, soins à domicile, vaccination etc.) Mais avec le parachèvement du réseau des CLSC, les DSC retrouvaient leur vocation première de planification socio-sanitaire, la prévention des épidémies et la santé et sécurité au travail. Par cette vocation nouvelle l'Hôpital Sainte-Justine assumait des responsabilités de santé globale sur un territoire délimité mais aussi on lui attribuait des responsabilités spécifiques concernant toute la population infantile québécoise.

En 1974, les premiers jalons d'une infrastructure étaient posés et le ministère des Affaires sociales confiait au DSC de l'Hôpital Sainte-Justine, deux programmes à portée régionale dont l'un touchait la santé scolaire de l'enfance inadaptée et l'autre la santé Enfance-Jeunesse. Un comité de liaison qui réunissait les représentants de la Commission des écoles catholiques de Montréal et de l'Hôpital Sainte-Justine, établissait les services requis par l'enfance inadaptée. Cinq ans plus tard, les programmes étaient transférés: du premier programme, l'équipe de réadaptation de l'École Jean Piaget pour handicapés physiques relevait désormais de l'Hôpital Marie-Enfant et l'équipe du Centre Saint-Norbert pour les déficients auditifs intégrait le Centre suprarégional pour déficients auditifs. Quant au second programme, l'équipe Enfance-Jeunesse intégrait les différents DSC. Le DSC intégrait également des infirmières de santé scolaire, du service des soins à domicile de l'Hôpital Sainte-Justine, du centre de psycho-prophylaxie et assurait la formation du personnel.

Conclusion

Au terme de cette période, l'intervention du pédiatre qui joignait l'équipe multidisciplinaire, débutait avant la naissance et se terminait à l'âge de vingt ans. La population cible s'était élargie pour englober le fœtus et l'adolescent. En contrepartie, cet élargissement de la clientèle s'accompagnait de l'éclatement de la pédiatrie au profit du développement des surspécialités qui appelait une redéfinition des fonctions et des responsabilités et un redéploiement des services et des méthodes de travail qui intégraient les paramédicaux. L'approche pluridisciplinaire répondait à la nécessité d'une approche globale de la maladie. Le pédiatre interniste se cantonnait de plus en plus dans le rôle de consultant au sein de l'équipe d'intervention. Parallèlement à la médecine des adultes, la médecine infantile connaissait l'éclosion des surspécialités quelquefois avec un certain décalage, le temps nécessaire à l'adaptation des méthodes et des techniques. La pédiatrie subissait également l'assaut des omnipraticiens qui reprenaient un large secteur au moment de la réorganisation de l'enseignement médical.

Cette troisième période située au cœur des enjeux biologiques, voyait les maladies héréditaires et congénitales passées au premier rang des causes de mortalité infantile. Les études de mortalité infantile attiraient l'attention sur la mortalité néonatale et favorisaient le développement de la périnatalogie qui rapprochait l'obstétrique-gynécologie de la pédiatrie surtout en s'appuyant sur la génétique. Le développement scientifique et technologique permettait d'accéder au fœtus qui à son tour entrait dans le champ de la pédiatrie. L'approche multidisciplinaire faisait évoluer l'Hôpital Sainte-Justine vers un centre de santé mère-enfant offrant des services d'ordre préventif, de diagnostic et de thérapeutique.

Les médecins collaboraient par le biais des associations professionnelles devenues très influentes ou des fondations privées, aux

politiques de santé établies à l'échelle provinciale. Ils définissaient les normes, les besoins, les modes de prévention et les traitements appropriés. Ainsi, la pédiatrie montréalaise évoluait à travers les transformations politico-sociales du système de santé qui remettaient en cause les institutions traditionnelles. L'entrée en vigueur des lois sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie redéfinissaient à l'échelle provinciale le rôle de l'Hôpital Sainte-Justine pour en faire un centre ultra spécialisé dont les principaux champs étaient la périnatalogie et l'obstétrique-gynécologie, la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique, la médecine de l'adolescence et la psychiatrie. La priorité allait aux services spécialisés et l'hôpital demeurait soucieux d'obtenir la reconnaissance des organismes d'agrément pour la formation professionnelle dans les différentes disciplines pédiatriques. L'hôpital devenait une mosaïque de lieux de plus en plus organisés en fonction des critères professionnels; il engendrait une complexité structurale en constant réaménagement où chaque surspécialité réclamait son territoire. Les connaissances scientifiques augmentaient considérablement avec le développement de chaque spécialité et cette évolution entraînait un accroissement de la complexité et de l'intensité des traitements, raison pour laquelle la médecine réclamait une part accrue des ressources financières de la société. La création du Centre de recherches, confirmait le rôle de l'hôpital dans la transmission et le développement du savoir où le patient devenait sujet de recherche.

Le fait technologique qui appelait la formation de multiples spécialités tant médicales que chirurgicales, constituait un des éléments majeurs de l'évolution sociale de la profession médicale pédiatrique qui se ramifiait. Il donnait lieu à une transformation des méthodes de travail qui reposait de plus en plus sur l'équipe organisée autour d'une entité médicale souvent soutenue par un organisme à caractère philanthropique chargé du support logistique auprès de la clientèle. Le caractère unique du milieu pédiatrique joint à la concentration de toutes les surspécialités

pédiatriques faisaient de l'Hôpital Sainte-Justine un centre de référence et de consultation provincial.

Une autre transformation s'opérait quand la maladie mentale infantile quittait l'asile pour entrer à l'hôpital. Le développement d'un centre de psychiatrie infantile auquel collaborait des intervenants de diverses formations, amenait les psychiatres à développer une approche spécifique à l'égard de l'enfant qui débouchait sur une transformation radicale des institutions traditionnelles et des méthodes d'intervention.

L'avènement des surspécialités donnait lieu par ailleurs, à la multiplication étouffante des sociétés professionnelles où chaque groupe cherchait la reconnaissance sociale et scientifique pour mieux se faire entendre auprès des instances décisionnelles. Les associations internationales s'imposaient et le personnel médical de l'Hôpital Sainte-Justine participait à ces nombreux congrès où il apportait une contribution scientifique.

Par ailleurs, l'autorité culturelle des pédiatres qui définissait la manière de penser et d'agir à l'égard de la santé et de la maladie des enfants et du rôle maternel, était emportée dans la remise en question des autorités traditionnelles. La contestation des années 1970 liée à l'évolution de la profession médicale, remettait en question le rôle du pédiatre.

Conclusion générale

Longtemps contenues dans le champ de la médecine générale, la pédiatrie et son volet préventif, la puériculture, se développèrent d'abord comme discipline autonome puis comme spécialité médicale, à travers un réseau complexe de facteurs politiques, sociaux, scientifiques et professionnels avancés au nom de l'enfant. Le concept de l'enfance se formait et se précisait depuis le XVI^e siècle avec la montée des États-nations de plus en plus préoccupés du nombre de leurs sujets. Les développements de la démographie mettaient en relief l'excessive mortalité infantile qui devenait l'élément mobilisateur. Dans le dernier tiers du XIX^e siècle, les pédiatres délimitaient les contours de leur objet en ouvrant tout un champ d'étude axé principalement sur la croissance de l'enfant, une approche qui fera intégrer la mère dans leur champ d'expertise pour mieux se pencher sur le fœtus, cet être en devenir.

Située à l'intersection des préoccupations socio-politiques et biologiques, la pédiatrie avait un impact créatif sur l'évolution de la médecine en faisant passer sous son autorité, à la fois les enfants sains et malades, les enfants handicapés physiques et mentaux et ceux présentant des troubles de comportements ou de personnalité. Elle s'adressait avec le temps, à l'ensemble de la population infantile dans toutes ses composantes alors que les médecins dirigeaient les consultations de nourrissons et se voyaient confier les enfants des dispensaires, des crèches, des écoles, des colonies de vacances et des hôpitaux pédiatriques. Elle obtenait son autonomie et la reconnaissance sociale qui en découlait et négociait ses frontières d'abord aux dépens de l'hygiène et de l'obstétrique, puis aux dépens de la médecine des adultes, jusqu'à y inclure les adolescents et les jeunes adultes. Elle repoussait ses frontières jusqu'à l'éclatement au profit des surspécialités.

Ces développements échelonnés sur une longue période, survenaient à l'intérieur de théories et de pratiques qui s'organisaient en un système de santé lui-même soumis à l'habileté des médecins à imposer leur autorité culturelle dans la solution de problèmes qui se cristallisaient à un certain moment. La pédiatrie apparaît alors comme

une construction où les idéologies jouent les premiers rôles et sa cohérence est à mettre en regard de l'histoire politico-sociale, scientifique et culturelle qui l'habite. Elle progressait à travers des personnalités imprégnées des mentalités de leur époque, soumises aux événements, alimentées par les opinions politiques et sociales qu'elle contribuait à former.

La pédiatrie imposait sa spécificité en s'appuyant sur les sciences biologiques, principalement sur la bactériologie et la physiologie de la nutrition et après la Deuxième Guerre mondiale, sur la génétique médicale pour combattre la mortalité infantile dans les derniers retranchements de l'hérédité. Elle cherche alors à produire des enfants sains et à améliorer l'espèce en poussant l'enquête épidémiologique jusque dans ses fondements biologiques. Tout au long de son histoire, la pédiatrie demeure tributaire des connaissances qui deviennent accessibles par le développement institutionnel où la technologie offerte favorise le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'enfants. Au gré du développement de nouvelles disciplines médicales et pour assurer sa clientèle, elle cherche à élargir l'éventail des états de santé qu'elle considère de son ressort. Reposant sur une large base, elle était plus susceptible d'être fractionnée en surspécialités.

Un modèle se dégage de la présente analyse. La découverte de l'enfant et son intérêt pour l'État étant établis, la stratégie professionnelle consiste à cerner un problème pour susciter l'intérêt; le concept de mortalité infantile se détaillait et se raffinait toujours plus subtilement dans ses composantes pour devenir la pierre angulaire autour de laquelle s'articulait l'intervention des médecins auxquels l'État avait consenti l'autorité culturelle en matière de santé et de maladies infantiles. Les groupes de pression auxquels participaient les médecins, devenaient responsables du façonnement de l'opinion publique dans l'acceptation de l'intervention médicale. Dans des relations de réciprocité, les médecins formaient des alliances pour alimenter une propagande incessante qui, cherchait à influencer les décisions politiques en faveur de la discipline pédiatrique. La réponse politique s'exprimait alors dans la création au niveau des diverses instances gouvernementales (fédérale, provinciale et

municipale), de divisions de bien-être de l'enfance et d'hygiène infantile, qui définissaient et appliquaient les normes nationales assorties des ressources financières nécessaires à la promotion de la santé de l'enfant et à sa médicalisation. Le biopouvoir se réalisait dans les politiques de santé.

La fondation d'institutions pouvant fournir les conditions matérielles et scientifiques nécessaires à l'acquisition d'expertises nouvelles dans le diagnostic et le traitement des enfants malades et pouvant également servir à la transmission des savoirs en disposant du matériel clinique, demeurait à la base du développement de la discipline. Ce développement reposait également sur la constitution d'une clientèle. Les gouttes de lait fondées pour assurer du lait de bonne qualité aux nourrissons se transformaient en consultations de nourrissons, instruments de la médicalisation de l'enfance. Imposées à la population, les gouttes de lait étaient contestées par les médecins qui y voyaient un détournement de la clientèle au moment où les hygiénistes du service de santé municipal développaient les services de vaccination.

Par ailleurs, par le biais des associations médicales et plus spécifiquement pédiatriques qui jouaient d'influence, la pédiatrie obtenait la reconnaissance sociétale qui lui était nécessaire pour s'imposer comme spécialité médicale. Réalisant son autonomie par l'imposition de programmes de formation professionnelle et de critères d'évaluation, la pédiatrie accédait aux instruments de recherche et de publication qui se concrétisaient pleinement dans la création du Centre de recherche au sein duquel les chercheurs trouvaient les conditions matérielles et intellectuelles requises à la poursuite de recherches cliniques et fondamentales. Par sa structure administrative autonome, le centre contournait la lourdeur administrative de l'hôpital universitaire tout en conservant les ressources cliniques dont il avait besoin.

Sous le thème "enjeu politique et pédiatrie", notre première période allant de 1880 à 1920, est marquée par la construction du concept de mortalité infantile sur lequel les médecins s'appuyaient pour revendiquer le droit d'intervenir. Elle est celle des pionniers et se caractérise par la

mise en place de la protection de l'enfance abandonnée, par son institutionnalisation qui offrait un premier champ d'apprentissage aux médecins, et par l'acquisition d'une légitimité culturelle à travers la fondation d'institutions pédiatriques. La pédiatrie était rendue possible à l'intérieur d'un certain ensemble de conditions qui lui étaient favorables dont la professionnalisation des médecins, l'institutionnalisation de l'enfance, le développement des sciences biologiques surtout en bactériologie et en chimie de la nutrition et le développement de l'hygiénisme particulièrement sensible à la mortalité infantile. Artisans d'une médecine sociale, les pionniers de la pédiatrie soutenaient les efforts des hygiénistes qui prônaient l'inspection médicale des écoles, la fondation des gouttes de lait, la vaccination des enfants et la prévention de la tuberculose. Puisqu'il leur fallait utiliser la persuasion et compter sur la force des arguments pour s'imposer, ensemble, ils préconisaient l'enseignement de l'hygiène à l'école et l'éducation populaire, plus particulièrement l'éducation des mères pour assurer la médicalisation des jeunes enfants.

Les médecins intéressés à l'enfant, devenaient des acteurs sociaux qui agissaient comme un groupe de pression auprès du principal interlocuteur, l'État. Leur action s'articulait au mouvement nationaliste préoccupé de démographie et ils s'inséraient dans une stratégie d'action collective en créant des alliances avec les organisations féminines et le clergé, tout en affirmant leur autorité culturelle. Ils recevaient particulièrement l'appui de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste qui, à travers ses œuvres affiliées, (Dames patronnesses de la Crèche de la Miséricorde, l'Assistance maternelle, les gouttes de lait paroissiales et l'Hôpital Sainte-Justine), soutenait les œuvres pédiatriques. De nombreux facteurs favorisaient la survie des enfants, mais celui de la médicalisation était retenu parce que l'État avait consenti aux médecins des pouvoirs qui leur permettaient de définir la maladie et le traitement. Les pionniers de la pédiatrie s'imposaient à la population surtout par leur autorité morale, car leurs savoirs à l'époque relevaient très souvent de connaissances empiriques et ils étaient loin de détenir les connaissances dans le traitement efficace des maladies infantiles. Cependant, l'intégration progressive des développements scientifiques tant en chimie

de la nutrition qu'en physiologie et en microbiologie, savoirs encore très peu maîtrisés, servaient de point d'appui à la pédiatrie qui réclamait son autonomie comme discipline médicale, avant de se constituer en spécialité. Cette autonomie lui était reconnue dans la loi médicale de 1909.

La seconde période couvrant les années 1920-1947, placée sous le thème "enjeux sociaux et pédiatrie" était caractérisée par l'intervention gouvernementale tant au niveau fédéral que provincial et par la restructuration des rapports sociaux dans une société qui se laïcisait. Nous avons fait ressortir le façonnement d'une manière de penser et d'agir qui réunissait les membres d'un même groupe social à l'intérieur duquel des médecins se situaient à la fois comme produits et témoins de ces conditionnements collectifs. Les préoccupations populationnistes qui germaient au sein du mouvement nationaliste francophone, lui faisait sonner la mobilisation pour engager la lutte à la mortalité infantile et à la tuberculose au moment où le gouvernement fédéral s'arrogeait des pouvoirs dévolus aux provinces en créant un ministère de la santé ayant une division de l'enfance. L'élaboration de structures étatiques chargées d'établir des objectifs nationaux et des modes d'action par le biais de différentes agences, forçait l'action du gouvernement provincial qui consentait d'importantes ressources financières à la santé par la loi de l'Assistance publique. Sous l'influence des leaders sociaux qui définissaient l'idéologie de la survivance, de nouveaux services destinés aux enfants étaient créés pour mieux coordonner l'action et en unifier l'orientation. La professionnalisation qui intégrait des aspects politiques et scientifiques, était elle-même soumise à l'évolution sociale qui conférait un statut particulier au médecin.

Des liens unissaient les représentations, les technologies et l'état de développement des différents savoirs et nous avons souligné dans le cas des troubles digestifs des nourrissons, comment, à travers la notion d'obstacle épistémologique, l'articulation entre les représentations communes et le progrès des connaissances désignées comme scientifiques, peut constituer un obstacle réel. Il devient alors insuffisant de mesurer l'efficacité de la pédiatrie à l'aune de son expansion

institutionnelle, sans aborder le cheminement intellectuel qui l'oriente. Les opinions médicales défendues et les connaissances médicales retenues et appliquées, les méthodologies employées peuvent aussi influencer l'évolution des taux de mortalité infantile.

Dans les politiques de santé, l'hôpital toujours en expansion, devenait un instrument social où se jouaient une multitude d'intérêts. Avec la fondation de l'Hôpital Sainte-Justine affilié à l'Université Laval à Montréal et dont l'expansion continue permettait l'observation et le traitement d'un grand nombre de malades assurant ainsi l'épanouissement de la pédiatrie par la transmission des savoirs, cette dernière pouvait songer à se constituer en spécialité médicale par la mise sur pied d'un programme d'enseignement spécialisé. Elle redéfinissait la pratique de la médecine et le partage des territoires. Ainsi, les pédiatres convoitaient le territoire des obstétriciens qui présidaient aux premiers moments de la vie des enfants. L'intégration d'une maternité à l'Hôpital Sainte-Justine, annonçait le développement de la néonatalogie et l'évolution de l'hôpital pédiatrique vers un centre mère-enfant. En faisant de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle des éléments d'un même combat, l'obstétrique se rapprochait de la pédiatrie. À côté des causes sociales de la mortalité infantile, des causes intrinsèques apparaissaient à la lumière des lois de l'hérédité et la notion de terrain qui prenait le nom de bagage génétique, orientait l'attention sur l'enfant prématuré et bientôt sur le fœtus.

Les pédiatres développaient une expertise au sein des institutions pédiatriques et la pédiatrie était officiellement reconnue comme spécialité médicale par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada en 1947. Les avancés du savoir faisaient quitter un certain dogmatisme qui soutenait la poursuite de la reconnaissance sociale et professionnelle finalement obtenue.

Au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, les médecins définissaient au sein des organismes mondiaux de santé les nouvelles conceptions de la santé et de la maladie. Ils recevaient l'appui des gouvernements qui soutenaient financièrement le développement

technologique et les nouvelles constructions hospitalières dotées des équipements modernes. L'expansion considérable réalisée dans le nouvel édifice de l'Hôpital Sainte-Justine du Chemin de la Côte Sainte-Catherine et la modernisation des équipements qui en faisait un établissement d'avant-garde, favorisaient le développement des surspécialités pédiatriques. De plus, les capitaux importants administrés par des organismes voués à l'élaboration des politiques scientifiques, encourageaient la spécialisation des médecins qui s'engageaient dans des activités de recherches. Les médecins surspécialistes intégraient les ressources de toutes les disciplines scientifiques et poussaient à la pratique d'une médecine de pointe dans certaines sphères pédiatriques.

Durant cette troisième période couvrant les années 1947-1980, sous le thème des enjeux biologiques, les sciences biologiques prenaient le relèvement du mouvement eugénique et la génétique médicale accentuait le concept d'individu qui succédait à la vague de standardisation de la période précédente. La mortalité infantile étant passée sous contrôle au moment où la pédiatrie était reconnue comme spécialité, cette dernière se tournait vers les maladies héréditaires et congénitales qu'il restait à juguler. Par l'intégration de la génétique médicale, la pédiatrie faisait entrer le fœtus dans son champ d'expertise.

Quelques pédiatres franco-montréalais s'affirmaient graduellement au niveau international comme chercheurs scientifiques et adoptaient une véritable démarche scientifique caractérisée par l'intelligence critique. Ils abandonnaient le credo qui soutenait l'autorité de certains pédiatres pour adopter une approche multidisciplinaire basée sur la compétence, dans une perspective de médecine globale; ils quittaient les raisonnements dominés par des objectifs autres que scientifiques pour une approche plus objective des phénomènes, afin de pousser plus avant la recherche. Une distance s'établissait de plus en plus clairement entre l'opinion et la science.

La pédiatrie essentiellement fondée pour résoudre le problème de la mortalité infantile qui présentait un intérêt collectif, se ramifiait en de multiples surspécialités pour répondre à une définition nouvelle de l'état

de santé apparenté à un état de bien-être individuel. Les surspécialistes s'émancipaient de la pédiatrie qui les avait vu naître pour créer des consultations spécialisées avec l'aide des fondations privées au sein desquelles les pédiatres devenaient des consultants. La pédiatrie se voyait contrainte de renoncer aux principes sur lesquels reposait son fonctionnement et les structures qui accusaient un certain décalage, se chevauchaient avant d'être révisées par les lois sur l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie qui faisaient de l'hôpital pédiatrique un centre ultra spécialisé. La pédiatrie qui a évolué vers le morcellement, doit aujourd'hui renégocier son statut au sein de la profession médicale. La pédiatrie comme spécialité médicale constitue une époque dans le développement de la médecine où l'autorité culturelle joue un rôle important dans la capacité à définir un champ d'exercice dont les contours relèvent d'une définition de la santé et de la maladie formulée par des organismes mis en place par la profession médicale.

Placée au carrefour de l'histoire de la médecine, de l'histoire des sciences et de l'histoire sociale, notre histoire de la pédiatrie en milieu franco-montréalais a pris en compte, comme le suggère Claire Salomon-Bayet, (1) les concepts, les pratiques, les institutions, et les processus sociaux. Elle présente l'émergence, l'expansion et le morcellement d'une spécialité médicale qui a changé ou, à tout le moins, influencé la vie de l'enfant quant aux attitudes à son égard, aux soins qu'on lui donne et à l'importance qu'on lui accorde.

En l'espace d'un siècle, la province de Québec voyait chuter son taux de mortalité infantile considérablement, passant du taux le plus élevé des provinces canadiennes à celui parmi les plus bas (2); il n'a donc pas suivi l'évolution normale. La pédiatrie, engagée dans la lutte à la mortalité infantile, la baisse de cette dernière devient très souvent la mesure de son efficacité, même si cette mesure ignore la morbidité et élimine les foetus à risque élevé. Par ailleurs, le déclin de la pédiatrie ne peut être lié au déclin de la population infantile souvent invoqué, puisque l'évolution des mentalités et la gratuité des soins font recourir aux médecins plus

1 C. Salomon-Bayet, *Pasteur et la révolution pastoriennne*, p.11

2 Denise Avard, Louise Harvey, *La santé des enfants du Canada*, Profil réalisé par l'Institut canadien de la santé infantile. Canada 1989. Cet organisme a été créé en 1977

souvent. Il reste l'autorité culturelle des pédiatres qui s'est imposée sur la base de la lutte à la mortalité infantile. Celle-ci combattue dans les derniers retranchements de la périnatalogie, les pédiatres disposent d'un champ de pratique réduit. Ainsi, l'histoire de la pédiatrie se situe à l'entrecroisement des processus sociaux et idéologiques et de l'activité scientifique et est marquée par la transformation des pratiques médicales et des états de santé. Quant aux attitudes devant la vie et la mort, elles deviennent le produit de l'inconscient collectif enfoui à la limite du biologique et du culturel, comme le souligne Ariès (3).

3 Philippe Ariès. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*. Paris, Seuil 1975, p. 236

TABLEAU II

MORTALITÉ MATERNELLE

Nombre et taux des décès maternels, par 1,000 naissances vivantes, par année de 1877 à 1913 à l'exception d'une période de trois années (1896-1898-1899) et par périodes de cinq années de 1900 à 1939.

(Commissariat, Québec & Montréal et hors de Montréal)

Année	Total des décès, etc.	Nb. de décès	Taux par 1,000 Live Births
1877	6,312	3	0.8
1878	6,312	3	0.8
1879	.....	.....	.....
Moyenne — Mean	.....	.....	.....
1880	.....	6	.....
1881	.....	15	.....
1882	.....	.....	.....
1883	.....	11	.....
1884	.....	.....	.....
Moyenne — Mean	.....	.....	.....
1885	6,312	.....	.....
1886	8,219	.....	.....
1887	8,658	.....	.....
1888	8,658	.....	.....
1889	8,658	.....	.....
Moyenne — Mean	8,441	.....	.....
1890	9,576	.....	.....
1891	9,576	.....	.....
1892	9,576	.....	.....
1893	10,981	.....	.....
1894	10,981	.....	.....
Moyenne — Mean	9,489	.....	.....
1895	10,955	.....	.....
1896	9,592	27	2.8
1897	9,592	.....	.....
1898	9,592	.....	.....
1899	9,592	.....	.....
Moyenne — Mean	9,549	.....	.....
1900	9,892	.....	.....
1901	9,892	.....	.....
1902	9,892	.....	.....
1903	10,216	.....	.....
1904	10,216	.....	.....
1905	10,216	.....	.....
1906	10,216	.....	.....
1907	10,216	.....	.....
1908	10,216	.....	.....
1909	10,216	.....	.....
Moyenne — Mean	10,074	.....	.....
1910	10,074	.....	.....
1911	10,074	.....	.....
1912	10,074	.....	.....
1913	10,074	.....	.....
Moyenne — Mean	10,074	.....	.....
1914	10,074	.....	.....
1915	10,074	.....	.....
1916	10,074	.....	.....
1917	10,074	.....	.....
1918	10,074	.....	.....
1919	10,074	.....	.....
1920	10,074	.....	.....
1921	10,074	.....	.....
1922	10,074	.....	.....
1923	10,074	.....	.....
1924	10,074	.....	.....
Moyenne — Mean	10,074	.....	.....
1925	10,074	.....	.....
1926	10,074	.....	.....
1927	10,074	.....	.....
1928	10,074	.....	.....
1929	10,074	.....	.....
1930	10,074	.....	.....
1931	10,074	.....	.....
1932	10,074	.....	.....
1933	10,074	.....	.....
1934	10,074	.....	.....
1935	10,074	.....	.....
1936	10,074	.....	.....
1937	10,074	.....	.....
1938	10,074	.....	.....
1939	10,074	.....	.....
Moyenne — Mean	10,074	.....	.....

TABLE II

MATERNAL MORTALITY

Number and rates of maternal deaths, per 1,000 live births, per year from 1877 to 1913 with the exception of a three year period (1896-1898-1899) and per five year periods from 1900 to 1939.

(resident deaths only, occurring in and out of Montreal)

Année	Total des décès, etc.	Nb. de décès	Taux par 1,000 Live Births
1910	16,616	63	3.7
1911	17,637	70	4.0
1912	17,637	71	4.0
1913	21,386	86	4.0
1914	21,386	86	4.0
Moyenne — Mean	18,817	78	3.9
1915	20,692	87	4.1
1916	19,759	77	3.9
1917	19,759	77	3.9
1918	20,311	106	5.2
1919	19,959	88	4.4
1920	28,819	87	4.3
1921	21,180	112	5.2
1922	20,720	87	4.3
1923	20,720	87	4.3
1924	21,527	81	3.9
1925	21,527	81	3.9
1926	21,527	81	3.9
1927	21,527	81	3.9
1928	21,527	81	3.9
1929	21,527	81	3.9
1930	21,527	81	3.9
1931	21,527	81	3.9
1932	21,527	81	3.9
1933	21,527	81	3.9
1934	21,527	81	3.9
1935	21,527	81	3.9
1936	21,527	81	3.9
1937	21,527	81	3.9
1938	21,527	81	3.9
1939	21,527	81	3.9
Moyenne — Mean	21,093	109	5.2
1940	21,093	109	5.2
1941	21,093	109	5.2
1942	21,093	109	5.2
1943	21,093	109	5.2
Moyenne — Mean	18,311	87	4.8
1935	17,361	86	5.0
1936	16,725	81	4.8
1937	17,361	86	5.0
1938	17,361	86	5.0
1939	17,361	86	5.0
Moyenne — Mean	17,116	54	3.2
1940	17,089	77	4.5
1941	16,711	70	4.2
1942	16,711	70	4.2
1943	20,046	62	3.1
1944	21,595	78	3.6

TABLEAU III
MORTALITÉ INFANTILE

Nombre et taux des décès d'enfants de moins d'un an, par 1,000 naissances vivantes, par année de 1877 à 1913 à l'exception d'une période de quatre années (1895-96-98-99) et par périodes de cinq années de 1885 à 1939.

(domiciliés seulement, décès à Montréal et hors de Montréal)

Année Year	Total des naiss. viv. Total live births	No. de décès Number of deaths	Taux - Rate par 1,000 Naiss. viv. Live Births
1877	6,427	1,651	257.3
1878	6,402	1,412	225.2
1879	.....	1,187	.....
Moyenne - Mean	.....	.....	.....
1880	.....	1,315	.....
1881	.....	1,806	.....
1882	.....	1,417	.....
1883	.....	1,412	.....
1884	6,723	1,044	214.4
Moyenne - Mean	.....	1,439	.....
1885	6,303	2,125	338.7
1886	8,126	1,621	218.7
1887	8,219	2,011	247.7
1888	8,658	2,150	268.6
1889	8,680	2,311	266.2
Moyenne - Mean	8,043	2,128	264.2
1890	8,072	1,985	249.9
1891	9,576	2,317	242.0
1892	9,154	2,119	231.4
1893	10,080	2,273	225.5
1894	10,714	2,520	235.2
Moyenne - Mean	9,499	2,287	238.8
1895	10,055	2,177	216.4
1896	9,592	2,074	216.2
1897	9,181	2,072	219.6
1898	9,133	2,063	226.5
1899	9,655	2,348	241.8
Moyenne - Mean	9,188	2,127	231.0
1900	9,616	2,221	231.1
1901	9,907	2,501	253.5
1902	10,326	2,704	267.7
1903	10,001	2,914	291.4
1904	.....	.....	.....
Moyenne - Mean	10,814	2,187	241.1
1905	10,822	2,195	261.7
1906	13,091	3,519	271.0
1907	13,230	3,581	270.7
1908	11,606	3,267	285.3
1909	11,678	3,815	326.9
Moyenne - Mean	13,286	3,511	268.6

TABLE III
INFANT MORTALITY

Number and rates of infant deaths under one year, per 1,000 live births per year from 1877 to 1913 with the exception of a four year period (1895-96-98-99) and per five year periods from 1885 to 1939.

(resident deaths only, occurring in and out of Montreal)

Année Year	Total des naiss. viv. Total live births	No. de décès Number of deaths	Taux - Rate par 1,000 Naiss. viv. Live Births
1910	16,616	4,101	247.0
1911	17,637	4,278	242.6
1912	19,109	3,978	208.2
1913	20,490	4,412	215.3
1914	21,366	4,201	196.4
Moyenne - Mean	19,847	4,195	210.2
1915	20,692	3,779	182.6
1916	19,759	3,632	183.8
1917	19,664	3,498	177.4
1918	20,373	3,902	191.5
1919	19,959	3,513	175.5
Moyenne - Mean	20,048	3,817	189.8
1920	21,180	4,072	192.2
1921	21,136	3,268	154.6
1922	20,720	3,301	159.4
1923	20,527	3,057	148.9
1924	21,500	3,351	155.6
Moyenne - Mean	21,013	3,218	146.6
1925	21,976	2,040	122.4
1926	21,098	2,521	119.5
1927	20,740	2,425	116.9
1928	20,307	2,519	124.0
1929	20,415	2,704	132.3
Moyenne - Mean	20,807	2,451	124.8
1930	20,993	2,650	126.8
1931	20,699	2,315	111.3
1932	19,997	1,979	99.0
1933	18,411	1,817	98.6
1934	18,433	1,674	90.8
Moyenne - Mean	19,711	2,047	103.8
1935	17,361	1,602	92.3
1936	16,723	1,408	83.9
1937	17,180	1,547	90.0
1938	17,062	1,320	77.4
1939	17,116	1,223	71.4
Moyenne - Mean	17,049	1,410	83.0
1940	18,713	1,110	59.3
1941	19,011	1,336	70.3
1942	20,606	1,190	57.8
1943	21,593	1,423	65.9

TABLEAU VIII
TYPHOÏDE

Nombre et taux par 100,000 de population des décès causés par la typhoïde, par année de 1875 à 1913 et par période de cinq années de 1875 à 1913.
(Cérambilles, seulement, déduites à Montréal et hors de Montréal.)

Année Year	Population	Nb. de décès Number of deaths	Taux par 100,000 pop.
1875	120,700	52	42.9
1876	127,400	103	80.8
1878	130,800	69	52.8
1879	131,100	63	47.0
1880	137,400	66	47.8
1881	140,700	105	74.2
1882	148,300	106	71.5
1883	155,900	101	64.8
1884	162,500	84	51.7
1885	168,100	84	50.0
1886	171,100	77	45.0
1887	172,900	79	45.7
1888	180,200	91	50.5
1889	201,500	72	35.7
1890	188,310	85	45.2
1891	209,100	62	29.6
1892	216,650	65	30.0
1893	223,800	60	26.8
1894	232,000	42	18.1
1895	231,290	83	35.9
1896	237,100	44	18.6
1897	242,300	62	25.6
1898	247,400	63	25.5
1899	257,500	48	18.6
1900	267,200	48	17.9
1901	277,300	33	11.9
1902	287,800	66	22.9
1903	307,800	90	29.2
1904	328,700	95	28.9
1905	347,800	55	15.8
1906	367,900	130	35.3
1907	387,900	122	31.5
1908	407,900	212	51.9
1909	427,900	212	49.5
1910	447,900	129	28.8
Moyenne — Mean	337,410		

(1) Année épidémique

TABLE VIII
TYPHOÏDE

Number and rates per 100,000 population of deaths caused by typhoid, per year from 1875 to 1913 and per five year periods from 1875 to 1939.

(resident deaths only, occurring in and out of Montreal)

Year	Population	Nb. of Deaths Number of deaths	Rate per 100,000 pop.
1910	448,000	192	42.9
1911	467,000	124	26.5
1912	483,000	91	18.8
1913	498,100	90	18.1
1914	513,100	91	17.7
Moyenne — Mean	482,811	131	27.1
1915	528,200	127	24.0
1916	543,300	136	25.0
1917	558,400	137	24.5
1918	573,500	141	24.6
1919	588,600	59	10.0
Moyenne — Mean	554,286	131	23.8
1920	603,700	65	10.8
1921	618,800	63	10.2
1922	633,900	47	7.4
1923	649,000	41	6.3
1924	664,100	34	5.1
1925	679,200	34	5.0
1926	718,500	31	4.3
1927	738,500	27	3.7
1928	758,500	27	3.6
1929	778,500	31	4.0
Moyenne — Mean	718,668	31	4.3
1930	798,500	40	5.0
1931	818,500	34	4.2
1932	838,500	31	3.7
1933	858,500	31	3.6
1934	878,500	17	1.9
Moyenne — Mean	824,018	31	3.8
1935	898,500	28	3.1
1936	918,500	28	3.0
1937	938,500	16	1.7
1938	958,500	17	1.8
1939	978,500	9	0.9
Moyenne — Mean	901,600	15	1.7
1940	998,500	14	1.4
1941	1,018,500	9	0.9
1942	1,038,500	7	0.7
1943	1,058,500	7	0.7
Moyenne — Mean	950,000	7	0.7

(1) Epidemic year

TABLEAU IX

VARIOLE

Nombre et taux par 100,000 de population des décès causés par la variole, par année de 1875 à 1943 et par périodes de cinq années de 1875 à 1939.

(démilités, ambulants, décédés à Montréal et hors de Montréal)

Année	Population	No. de décès	Taux par 100,000 par.
1875	120,200	519	427.7
1876	124,000	503	405.6
1877	130,800	728	556.6
1878	131,000	472	352.0
1879	137,400	644	468.4
Moyenne — Mean	140	140	101.9
1880	140,700	0	0.0
1881	140,700	0	0.0
1882	155,000	0	0.0
1883	161,500	18.4	11.4
1884	168,118	28	16.7
Moyenne — Mean	171,000	28	16.4
1885	171,000	0	0.0
1886	171,000	0	0.0
1887	186,300	0	0.0
1888	193,000	0	0.0
1889	201,500	0	0.0
Moyenne — Mean	210,000	0	0.0
1890	210,000	0	0.0
1891	211,000	0	0.0
1892	211,000	0	0.0
1893	216,000	0	0.0
1894	216,000	0	0.0
Moyenne — Mean	211,200	0	0.0
1895	212,000	0	0.0
1896	217,500	0	0.0
1897	217,500	0	0.0
1898	217,500	0	0.0
1899	217,500	0	0.0
Moyenne — Mean	217,500	0	0.0
1900	241,200	3	1.2
1901	241,200	3	1.2
1902	241,200	3	1.2
1903	241,200	3	1.2
1904	241,200	3	1.2
1905	241,200	3	1.2
Moyenne — Mean	241,200	3	1.2
1906	262,000	10	3.8
1907	262,000	10	3.8
1908	262,000	10	3.8
1909	262,000	10	3.8
1910	262,000	10	3.8
1911	262,000	10	3.8
1912	262,000	10	3.8
1913	262,000	10	3.8
1914	262,000	10	3.8
1915	262,000	10	3.8
1916	262,000	10	3.8
1917	262,000	10	3.8
1918	262,000	10	3.8
1919	262,000	10	3.8
1920	262,000	10	3.8
1921	262,000	10	3.8
1922	262,000	10	3.8
1923	262,000	10	3.8
1924	262,000	10	3.8
1925	262,000	10	3.8
1926	262,000	10	3.8
1927	262,000	10	3.8
1928	262,000	10	3.8
1929	262,000	10	3.8
1930	262,000	10	3.8
1931	262,000	10	3.8
1932	262,000	10	3.8
1933	262,000	10	3.8
1934	262,000	10	3.8
1935	262,000	10	3.8
1936	262,000	10	3.8
1937	262,000	10	3.8
1938	262,000	10	3.8
1939	262,000	10	3.8
1940	262,000	10	3.8
1941	262,000	10	3.8
1942	262,000	10	3.8
1943	262,000	10	3.8
Moyenne — Mean	262,000	10	3.8

TABLE IX

SMALLPOX

Number and rates per 100,000 population of deaths caused by smallpox per year from 1875 to 1943 and per five year periods from 1875 to 1939.

(Casualty deaths only, occurring in and out of Montreal)

Année	Population	No. de décès	Taux par 100,000 par.
1875	118,000	0	0.0
1876	118,000	0	0.0
1877	118,000	1	0.7
1878	118,000	4	3.4
1879	118,000	0	0.0
1880	118,000	0	0.0
1881	118,000	0	0.0
1882	118,000	0	0.0
1883	118,000	0	0.0
1884	118,000	0	0.0
1885	118,000	0	0.0
1886	118,000	0	0.0
1887	118,000	0	0.0
1888	118,000	0	0.0
1889	118,000	0	0.0
1890	118,000	0	0.0
1891	118,000	0	0.0
1892	118,000	0	0.0
1893	118,000	0	0.0
1894	118,000	0	0.0
1895	118,000	0	0.0
1896	118,000	0	0.0
1897	118,000	0	0.0
1898	118,000	0	0.0
1899	118,000	0	0.0
1900	118,000	0	0.0
1901	118,000	0	0.0
1902	118,000	0	0.0
1903	118,000	0	0.0
1904	118,000	0	0.0
1905	118,000	0	0.0
1906	118,000	0	0.0
1907	118,000	0	0.0
1908	118,000	0	0.0
1909	118,000	0	0.0
1910	118,000	0	0.0
1911	118,000	0	0.0
1912	118,000	0	0.0
1913	118,000	0	0.0
1914	118,000	0	0.0
1915	118,000	0	0.0
1916	118,000	0	0.0
1917	118,000	0	0.0
1918	118,000	0	0.0
1919	118,000	0	0.0
1920	118,000	0	0.0
1921	118,000	0	0.0
1922	118,000	0	0.0
1923	118,000	0	0.0
1924	118,000	0	0.0
1925	118,000	0	0.0
1926	118,000	0	0.0
1927	118,000	0	0.0
1928	118,000	0	0.0
1929	118,000	0	0.0
1930	118,000	0	0.0
1931	118,000	0	0.0
1932	118,000	0	0.0
1933	118,000	0	0.0
1934	118,000	0	0.0
1935	118,000	0	0.0
1936	118,000	0	0.0
1937	118,000	0	0.0
1938	118,000	0	0.0
1939	118,000	0	0.0
1940	118,000	0	0.0
1941	118,000	0	0.0
1942	118,000	0	0.0
1943	118,000	0	0.0
Moyenne — Mean	118,000	0	0.0

TABLEAU X
DIPHTÉRIE

Nombre et taux par 100,000 de population des illéts causés par la diphtérie, par année de 1875 à 1913 et par période de cinq années de 1875 à 1939.

(Commissaire seulement, déclarés à Montréal et hors de Montréal)

Année	Population	Nb. de décès	Taux par 100,000 pop.
1875	127,700	83	65.2
1876	127,000	211	165.3
1877	127,400	458	359.5
1878	130,800	268	204.9
1879	134,100	315	235.2
1880	137,400	315	229.2
Moyenne — Mean	135,900	161	117.2
1881	140,747	240	170.5
1882	146,300	157.1	107.4
1883	151,500	213	140.5
1884	153,500	419	272.6
1885	158,500	419	264.5
Moyenne — Mean	154,178	218	141.3
1886	171,100	479	280.0
1887	178,900	394	220.2
1888	187,300	208.1	111.7
1889	191,300	518	270.6
1890	201,500	274	136.2
Moyenne — Mean	184,246	418	227.1
1891	209,100	256	122.4
1892	210,600	110	52.2
1893	216,600	110	50.8
1894	226,500	127	56.0
1895	232,000	197	84.9
Moyenne — Mean	217,288	168	77.4
1896	247,100	308	124.6
1897	251,500	217	86.3
1898	257,500	318	123.5
1899	267,500	312	116.6
Moyenne — Mean	257,288	312	121.2
1900	267,500	128	48.2
1901	267,500	107	40.0
1902	267,500	75	28.0
1903	267,500	122	45.6
1904	270,000	122	45.2
1905	270,000	104	38.5
Moyenne — Mean	268,718	94	35.0
1906	317,600	94	29.6
1907	367,900	126	34.2
1908	407,900	111	27.2
1909	427,900	111	25.9
Moyenne — Mean	371,546	106	28.5

TABLE X
DIPHTHERIA

Number and rates per 100,000 population of deaths caused by diphtheria, per year from 1875 to 1943 and per five year periods from 1875 to 1939.

(Resident deaths only, occurring in and out of Montreal)

Year	Population	No. of deaths	Rate per 100,000 pop.
1910	418,000	136	32.5
1911	407,900	131	32.1
1912	403,000	77	18.9
1913	403,000	100	24.8
1914	415,100	169	40.7
Moyenne — Mean	414,037	144	34.8
1915	528,200	201	38.0
1916	513,200	153	29.8
1917	513,200	141	27.5
1918	513,200	141	27.5
1919	513,200	134	26.1
Moyenne — Mean	514,400	172	33.4
1920	603,000	211	35.0
1921	603,000	211	35.0
1922	618,500	153	24.7
1923	638,500	160	25.1
1924	678,500	102	15.0
Moyenne — Mean	618,411	187	30.4
1925	718,500	139	19.3
1926	718,500	139	19.3
1927	718,500	219	30.5
1928	718,500	177	24.6
1929	718,500	177	24.6
Moyenne — Mean	718,500	184	25.7
1930	798,500	81	10.1
1931	818,500	71	8.7
1932	818,500	113	13.8
1933	818,500	113	13.8
1934	818,500	30	3.6
Moyenne — Mean	818,415	81	9.8
1935	837,500	21	2.5
1936	837,500	16	1.9
1937	837,500	16	1.9
1938	837,500	26	3.0
1939	837,500	19	2.3
Moyenne — Mean	837,500	22	2.6
1940	911,000	11	1.2
1941	911,000	11	1.2
1942	926,000	26	2.8
1943	930,000	27	2.9

TABLEAU XII

COQUELUCHE

Nombre et taux par 100,000 de population des décès causés par la coqueluche, par année de 1875 à 1913 et par période de cinq années de 1875 à 1939.

(démilités seulement, décès à Montréal et hors de Montréal)

Année	Population	Nbr. de décès	Taux par 100,000 pop.
1875	120,700	40	33.1
1876	121,000	51	41.1
1877	127,400	50	39.2
1878	130,800	26	19.4
1879	132,400	26	19.4
1880	132,400	44	33.0
1881	137,400	24	17.5
1882	140,710	69	49.0
1883	135,300	45	33.0
1884	135,300	15	9.6
1885	163,500	37	22.6
1886	149,170	37	24.8
1887	171,100	30	17.5
1888	178,500	40	22.4
1889	193,900	40	21.5
1890	201,500	37	18.4
1891	188,340	114	60.6
1892	209,100	72	34.0
1893	211,000	52	24.7
1894	216,900	134	61.8
1895	226,900	116	51.1
1896	231,000	48	20.8
1897	231,000	81	35.1
1898	232,000	107	46.1
1899	237,300	116	49.0
1900	232,400	179	77.0
1901	232,400	71	30.6
1902	241,200	69	28.6
1903	262,000	49	18.7
1904	262,000	130	49.6
1905	267,000	71	26.6
1906	267,000	28	10.5
1907	267,000	28	10.5
1908	272,000	50	18.4
1909	272,000	50	18.4
1910	286,700	89	30.7
1911	312,000	71	22.8
1912	307,000	56	18.2
1913	307,000	113	36.8
Moyenne — 1875 à 1894	187,000	105	56.2
Moyenne — 1895 à 1913	237,000	38	16.0
Moyenne — 1875 à 1913	210,000	76	36.2

TABLE XII

WHOOPIING COUGH

Number and rates per 100,000 population of deaths caused by whooping cough, per year from 1875 to 1913 and per five year periods from 1875 to 1939.

(incident deaths only, occurring in and out of Montreal)

Year	Population	Nbr. of deaths	Rate per 100,000 pop.
1875	418,000	123	29.1
1876	420,000	173	41.2
1877	420,000	132	31.4
1878	498,000	39	7.8
1879	513,000	79	15.4
1880	482,837	182	37.7
1881	520,231	119	22.9
1882	520,231	119	22.9
1883	558,300	60	10.7
1884	573,300	151	26.3
1885	562,400	126	22.4
1886	603,400	84	13.9
1887	603,400	84	13.9
1888	618,500	77	12.4
1889	638,500	75	11.8
1890	638,500	142	22.2
1891	638,500	142	22.2
1892	638,500	84	13.2
1893	638,500	84	13.2
1894	638,500	93	14.6
1895	718,500	129	18.0
1896	718,500	109	15.2
1897	718,500	144	20.0
1898	718,500	204	28.4
1899	718,500	115	16.0
1900	718,500	81	11.3
1901	798,500	76	9.5
1902	818,500	29	3.5
1903	818,500	41	5.0
1904	818,500	71	8.7
1905	818,500	91	11.1
1906	824,895	72	8.8
1907	824,895	47	5.7
1908	824,895	47	5.7
1909	869,200	99	11.3
1910	877,200	41	4.7
1911	886,100	30	3.4
1912	882,200	79	8.8
1913	901,000	22	2.4
1914	926,000	40	4.3
1915	950,000	14	1.5

TABLEAU XIII
ROUGEOLE

Nombre et taux par 100,000 de population des décès causés par la rougeole, par année de 1875 à 1943 et par période de cinq années de 1875 à 1939.

(données seulement, décès à Montréal et hors de Montréal.)

Année	Population	Nb. de décès	Taux par 100,000 pop.
1871	120,700	66	54.7
1872	121,600	48	39.5
1873	127,400	43	33.7
1874	131,100	5	3.8
1875	137,400	27	21.2
Moyenne — Mean	137,400	78	56.8
1880	140,747	12	8.5
1881	145,000	12	8.3
1882	148,000	33	22.3
1883	151,000	17	11.3
1884	153,500	10	6.5
Moyenne — Mean	148,178	28	21.4
1885	171,000	142	83.1
1886	175,000	74	42.3
1887	180,000	74	41.1
1888	191,000	37	19.4
1889	201,500	108	53.6
Moyenne — Mean	184,248	74	40.2
1890	207,100	55	26.5
1891	210,000	119	56.7
1892	211,800	33	15.6
1893	226,800	53	23.3
1894	232,000	34	14.7
Moyenne — Mean	221,408	21	9.5
1895	241,000	39	16.1
1896	242,000	71	29.3
1897	247,000	71	28.7
1898	252,000	11	4.4
1899	257,000	41	15.9
Moyenne — Mean	242,508	38	15.4
1900	263,000	69	26.2
1901	267,200	60	22.4
1902	270,000	77	28.5
1903	270,000	77	28.5
1904	277,800	43	15.5
Moyenne — Mean	270,748	65	24.4
1905	317,200	82	25.8
1906	307,800	69	22.4
1907	307,000	58	18.9
1908	407,800	54	13.2
1909	417,800	75	17.5
Moyenne — Mean	337,188	71	21.3

TABLE XIII

MEASLES

Number and rates per 100,000 population of deaths caused by measles, per year from 1875 to 1943 and per five year periods from 1875 to 1939.

(resident deaths only, occurring in and out of Montreal.)

Year	Population	Nb. of deaths	Rate per 100,000 pop.
1870	418,000	155	37.1
1871	407,986	74	18.1
1872	408,000	136	33.3
1873	413,100	12	2.9
1874	422,037	78	18.2
1875	428,200	95	22.2
1876	438,000	132	30.1
1877	438,300	17	3.9
1878	468,400	45	10.4
1879	478,000	44	10.2
1880	493,400	14	2.8
1881	503,400	34	6.7
1882	518,500	36	6.9
1883	528,000	40	7.6
1884	528,500	40	7.6
1885	538,411	43	8.0
1886	548,500	59	10.7
1887	548,500	27	4.9
1888	548,500	67	12.2
1889	548,500	26	4.7
1890	548,500	33	6.0
1891	548,500	45	8.2
1892	548,500	21	3.8
1893	548,500	27	4.9
1894	548,500	67	12.2
1895	548,500	26	4.7
1896	548,500	33	6.0
1897	548,500	45	8.2
1898	548,500	21	3.8
1899	548,500	27	4.9
1900	548,500	47	8.6
1901	548,500	2	0.4
1902	548,500	34	6.2
1903	548,500	21	3.8
1904	548,500	21	3.8
1905	548,500	21	3.8
1906	548,500	24	4.4
1907	548,500	84	15.3
1908	548,500	35	6.4
1909	548,500	35	6.4
1910	548,500	46	8.4
1911	548,500	9	1.6
1912	548,500	26	4.7
1913	548,500	17	3.1
1914	548,500	5	0.9

TABLEAU XV
ERYSIPELAS

Nombre et taux par 100,000 de population de décès causés par érysipélas, par cinq années consécutives, à l'exception de l'année 1914, 1912 et 1913 (1877-1879) et par année pour 1940-41-42-43. (résidents décès en sus et hors de Montréal)

Année	Population	No. de décès	Taux par 100,000 pop.
1877	418,032	19	4.2
1878	407,266	21	5.1
1879	428,101	31	6.6
Moyenne — Mean	513,100	27	5.3
1915	482,037	24	5.0
1916	576,201	19	3.6
1917	538,840	22	3.9
1918	573,300	19	3.3
1919	566,400	16	2.7
Moyenne — Mean	618,400	23	4.0
1920	618,500	21	3.7
1921	638,500	25	3.9
1922	638,500	25	3.9
1923	638,500	19	2.9
1924	638,500	17	2.7
1925	638,500	17	2.7
Moyenne — Mean	638,411	20	3.1
1930	608,500	21	3.0
1931	718,500	31	4.3
1932	718,500	42	5.7
1933	718,500	26	3.6
1934	718,500	26	3.6
Moyenne — Mean	718,500	31	4.2
1940	798,500	35	4.4
1941	818,577	20	2.4
1942	835,500	37	4.4
1943	841,000	31	3.7
Moyenne — Mean	828,698	29	3.5
1944	872,000	17	2.0
1945	872,000	17	2.0
1946	872,000	17	2.0
1947	872,000	13	1.5
1948	886,000	5	0.6
1949	882,228	14	1.6
1950	911,000	7	0.8
1951	926,000	7	0.8
1952	950,000	1	0.1
1953	950,000	0	0.0

554

TABLE XV
ERYSIPELE

Nombre et taux par 100,000 de population des décès causés par érysipéle, par période de cinq années, à l'exception de l'année 1914, 1912 et 1913 (1877-1879) et par année pour 1940, 1941, 1942 et 1943. (démobilisés seulement, décédés à Montréal et hors de Montréal)

Année	Population	No. de décès	Taux par 100,000 pop.
1877	127,401	18	14.1
1878	130,801	5	3.7
1879	136,287	10	7.0
Moyenne — Mean	137,400	16	11.6
1880	146,717	13	8.9
1881	148,309	21	14.1
1882	158,309	21	13.5
1883	163,503	21	12.8
1884	163,503	21	12.8
Moyenne — Mean	163,503	21	12.8
1885	171,169	21	12.3
1886	176,400	16	9.0
1887	181,000	16	8.8
1888	191,000	17	8.9
1889	201,500	18	8.9
Moyenne — Mean	188,346	18	9.2
1890	202,100	11	5.4
1891	211,000	11	5.2
1892	211,000	11	5.2
1893	216,500	15	6.9
1894	212,000	19	8.9
Moyenne — Mean	211,898	14	6.6
1895	217,100	11	5.0
1896	217,100	11	5.0
1897	217,100	11	5.0
1898	217,100	11	5.0
1899	217,100	11	5.0
Moyenne — Mean	217,100	11	5.0
1940	241,000	18	7.5
1941	241,000	14	5.8
1942	241,000	14	5.8
1943	241,000	14	5.8
1944	241,000	14	5.8
Moyenne — Mean	241,000	14	5.8
1945	267,000	9	3.4
1946	267,000	9	3.4
1947	267,000	9	3.4
1948	267,000	9	3.4
1949	267,000	9	3.4
Moyenne — Mean	267,000	9	3.4
1950	307,000	29	9.4
1951	307,000	29	9.4
1952	307,000	29	9.4
1953	307,000	29	9.4
1954	307,000	29	9.4
1955	307,000	29	9.4
1956	307,000	29	9.4
1957	307,000	29	9.4
1958	307,000	29	9.4
1959	307,000	29	9.4
Moyenne — Mean	307,000	29	9.4

TABLEAU — TABLE XVII

DIARRHÉE et ENTÉRITE

Nombre et taux par 1000 naissances vivantes des décès d'enfants de moins d'un an, causés par la diarrhée et l'entérite, par année de 1920 à 1943 et par période de cinq années de 1920 à 1939. (Censitaires seulement, décès et né, à Montréal et hors de Montréal.)

DIARRHOEA and ENTERITIS

Number and rate per 1000 live births of deaths of infants under one year, caused by diarrhoea and enteritis, per year from 1920 to 1943 and per five year periods from 1920 to 1939. (Censitaires seulement, décès et né, à Montréal et hors de Montréal.)

Année Year	Pop. 1000 vivants No. of live births	No. de décès de moins d'un an No. of deaths of infants under one year	Taux par 1000 Live Births
1920	21,180	1,787	84.4
1921	21,136	1,561	74.4
1922	20,527	1,588	77.4
1923	20,527	1,686	82.2
1924	21,500	1,354	63.0
Moyenne — Mean			
1925	21,976	1,014	46.1
1926	21,776	976	45.0
1927	21,307	790	37.1
1928	21,307	971	45.6
1929	20,415	865	42.4
Moyenne — Mean			
1930	20,897	893	42.7
1931	20,793	817	39.3
1932	19,997	614	30.7
1933	18,411	487	26.5
1934	18,411	485	26.3
Moyenne — Mean			
1935	17,361	301	17.3
1936	16,725	184	11.0
1937	17,180	302	17.6
1938	17,116	238	13.9
1939	17,116	244	14.3
Moyenne — Mean			
1940	18,713	116	6.2
1941	19,011	199	10.5
1942	20,156	182	9.1
1943	21,259	186	8.8

555

TABLEAU — TABLE XVI

POLIOMYÉLITE — POLIOMYELITIS

Nombre et taux par 100,000 de population des décès causés par poliomyélite, par année de 1922 à 1943 et par période de cinq années de 1922 à 1939 à l'exception d'une période de trois années (1922-1924).

(Censitaires seulement, décès à Montréal et hors de Montréal.)

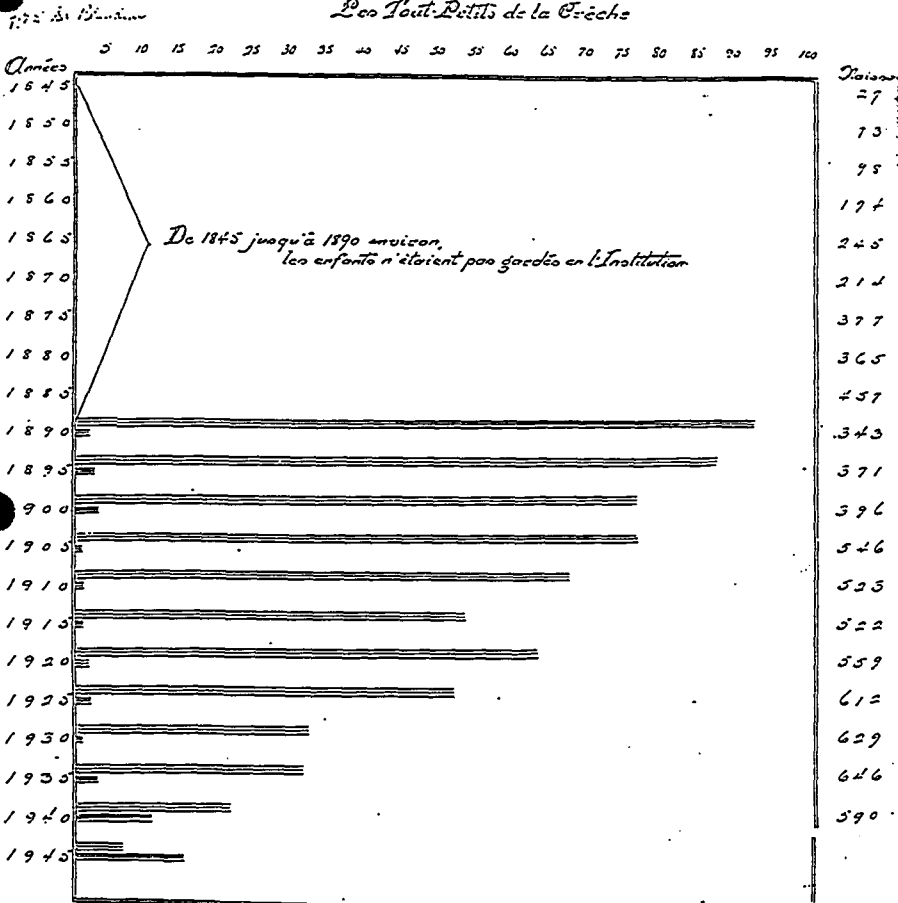
Number and rates per 100,000 population of deaths caused by poliomyelitis per year from 1922 to 1943 and per five year periods from 1922 to 1939 with the exception of a three year period (1922-1924).

(Censitaires seulement, décès à Montréal et hors de Montréal.)

Année Year	Population	No. de décès Number of deaths	Taux par 100,000 per 100,000
1922	638,500	2	0.3
1923	638,500	3	0.4
1924	638,500	3	0.4
Moyenne — Mean			
1925	698,500	5	0.7
1926	718,500	3	0.4
1927	738,500	2	0.3
1928	758,500	6	0.8
1929	778,500	6	0.8
Moyenne — Mean			
1930	798,500	4	0.5
1931	818,500	4	0.5
1932	838,500	14	1.7
1933	858,500	6	0.7
1934	878,500	5	0.6
Moyenne — Mean			
1935	898,500	20	2.4
1936	918,500	0	0.0
1937	938,500	0	0.0
1938	958,500	0	0.0
1939	978,500	1	0.1
Moyenne — Mean			
1940	998,500	1	0.1
1941	1,018,500	0	0.0
1942	1,038,500	5	0.5
1943	1,058,500	0	0.0

Soeur S. Blandine, L'organisation d'une institution avec service social spécialisé. p. 95

Les Tout-Petits de la Gèche



Pourcentage des mortalités: et des adoptions:

Par étapes de cinq ans.

ANNEXE III

Clinique de nourrissons



N^o 5

Montreal Lions Club Better Baby Clinic
 July 3rd, 4th, 5th, 6th and 7th.
 SUN LIFE BUILDING

Baby's Name Raoul Janine
 Parent's Name M.
 Address 2024 St. Germain St.
 Age 1 Yr. 9 Mo.

PHYSIQUE	PER CENT	POINTS AWARDED	DEFECTS
Height	33	10	9 1/2 1 1/2 3/16 Tall
Weight	25 1/2	10	9 1 1/2 6 1/2 Over
Ear and Eyes	10	10	
Nose and Throat	10	10	
Chest	10	10	
Skin and Appearance	10	10	
Extremities	10	10	
Bone Structure	10	10	
Abdominal	10	10	
Nervous System	10	10	
	TOTAL	98 1/2	

Remarks no defects noted

PHYSICIANS CO-OPERATING IN LIONS CLUB BETTER BABY CLINIC

- | | | |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| Dr. Frank C. Padley | Dr. H. B. Cushing | Dr. L. Corie Lejeune |
| Dr. E. B. Chandler | Dr. A. T. Basin | Dr. J. C. Mackinnon |
| Dr. Grant Fleming | Dr. Gaston Lapierre | Dr. J. A. Boudoin |
| Dr. C. F. Martin | Dr. S. Boscher | Dr. C. J. Tidmarsh |
| | Dr. L. de L. Harwood | |

DR. P. R. DUNN, Chairman

EXAMINING PHYSICIANS

- | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| Dr. L. Coats | Dr. H. Barill | Dr. C. Hill |
| Dr. A. Lavery | Dr. A. Callaghan | Dr. R. McCreeper |
| Dr. D. P. Anderson | Dr. R. R. Struckers | Dr. S. Langens |
| Dr. S. J. Usher | Dr. L. Bromont | Dr. H. M. Conditish |
| Dr. C. Hamel | Dr. H. Trudeau | Dr. C. B. Smith |
| Dr. S. C. Ross | Dr. David Klein | Dr. A. M. Chabotte |
| Dr. H. S. Shaw | Dr. Mary Childs | Dr. J. E. L. Miller |
| Dr. H. Trudel | Dr. J. P. Perreault | Dr. M. Kane |
| Dr. J. Ludue | Dr. Allan Ross | Dr. F. D. Grant |
| Dr. D. Wilson | Dr. P. C. Lenoir | Dr. W. Major |
| Dr. S. Yoness | Dr. F. Legendre | Dr. A. E. Yegand |
| Dr. P. Monaghan | Dr. J. U. Leroux | Dr. S. I. Doukhal |
| Dr. A. B. LaSalle | Dr. L. Cosmiche | Dr. J. C. Bernard |
| Dr. H. B. Cushing | Dr. L. N. Lamerthe | Dr. J. J. LaFleur |
| Dr. W. E. Enright | Dr. P. Delvachio | Dr. E. Vigant |
| Dr. A. J. Lalleur | Dr. A. Las | Dr. H. C. Gossel |
| Dr. J. P. Joly | Dr. A. K. Collias | Dr. H. C. Mitchell |
| Dr. A. Plande | Dr. W. H. Cavais | Dr. A. Groulx |
| Dr. R. Collopy | Dr. H. Keith | Dr. M. Scheraga |
| Dr. L. M. Lindsey | Dr. R. Couthier | Dr. F. N. K. Falls |
| Dr. Ben Benjamin | Dr. A. B. Chandler | Dr. E. Leclerc |

ANNEXE IV

Collette, Suzanne s.g.m. *L'oeuvre des enfants trouvés 1754-1946*, p. 92

Table 6

CRÈCHE D'YOUVILLE

ADMISSIONS, DECES, et TAUX de MORTALITE INFANTILE PAR ANNEE, de
1925 à 1946

ANNEES	ADMISSIONS	DECES	TAUX de M.I.
1925	1,253	643	39.7%
1926	1,002	483	30.6
1927	822	449	30.9
1928	641	267	20.6
1929	636	242	18.1
1930	511	79	6.4
1931	427	95	8.2
1932	456	164	13.7
1933	501	54	4.3
1934	500	49	3.9
1935	528	65	4.9
1936	349	64	5.
1937	420	45	4.
1938	401	31	2.6
1939	366	45	4.
1940	446	46	3.8
1941	418	23	1.8
1942	506	29	2.2
1943	598	37	2.9
1944	466	50	4.1
1945	500	34	2.7
1946	613	29	2.3

Statistiques de la Crèche d'Youville.

Bibliographie

Études méthodologiques

- Bernier, Jacques. "L'histoire de la médecine québécoise aux XVIIIe et XIXe siècles: problèmes et sources" *Les Sciences, la technologie et l'histoire canadienne*. Waterloo, Wilfrid Laurier University Press 1980, pp. 37-44
- Bourdieu, Pierre. "La spécificité du champ scientifique et les conditions sociales du progrès de la raison" *Revue de Sociétés VII*, 1, pp. 91-118
- Clark Terry N. "Les étapes de l'institutionnalisation scientifique" *Revue internationale des sciences sociales XXIV*, 4, 1972, pp. 699-714
- Davidson, Luke. "Identities Ascertained: British Ophthalmology in the First Half of the Nineteenth Century" *Social History of Medicine* Oxford University Press, 9, 3, December 1996 pp. 313-333.
- Faure, Olivier. "Demande sociale de santé et volonté de guérir en France au XIXe S. Réflexions, problèmes et suggestions" dans Jean-Pierre Goubert, Othmar Keel, *Polysémie de la santé. Institutions et pratiques sociales en France et au Québec (1750-1980)*. Cahiers du Centre de recherches historiques, 12, avril 1994. pp. 5-11
- Lécuyer, Bernard-Pierre. "Médecins et observateurs sociaux: les annales d'hygiène publique et de médecine légale (1829-1850)", *Pour une histoire de la statistique*. Institut National de la Statistique et des Études Économiques 1977, pp. 445-475
- Porter, Roy. "Medical education in England before the teaching hospital: some recent revisions" in "The Professional Teacher", *Proceedings of the 1985 Annual Conference of the History of Education Society of Great Britain*. J. Wilkes, éditeur, Londres, History of Education Society 1986.
- Rauch, André. "Histoires du corps et de la maladie", *Historical Reflections/Réflexions historiques* 14, 1, 1987, pp. 73-94

Études historiographiques

- Berridge, Virginia, "Health and medicine", *The Cambridge Social History of Britain 1759-1950* 3, Cambridge, Cambridge University Press 1990, pp. 171-242
- Chartier, Roger. "Histoire intellectuelle et histoire des mentalités. Trajectoires et questions" *Revue de synthèse*. 111-112, IIIe s., juillet-décembre 1983, pp. 277-307
- Duchesne, Raymond. "Historiographie des sciences et techniques au Canada" *Revue d'histoire de l'Amérique française*. 35, 2, septembre 1981, pp. 193-215.
- Mitchinson, Wendy, Janice D. McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*. Toronto, McClelland and Stewart 1988, "Introduction" pp. 7-17
- Perrier, Sylvie. *Mentalités collectives envers l'enfance dans l'Ancien Régime français. Historiographie d'un thème*. M.A. (histoire), Université de Montréal 1991.

Documents d'archives

- Archives nationales du Canada
Fonds RG 29, volumes 31, 992
Fonds MG 28, I 25, volumes 18, 36, 67, 68
- Archives nationales du Québec
Ministère des Affaires sociales, Fonds des Hôpitaux du Québec (12),
Hôpital Sainte-Justine Montréal 1921-1948 (10)
Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste P120/8
Fonds Alexandre Lacoste. Correspondance de Justine Lacoste à ses parents 1884-1919, D6 P76/5
- Royer, Albert. *Opération sciences de la santé. Document de travail Dossier No 5 Sous secteur médecine Premier cycle État des faits*. décembre 1974, 37p.

Scott, Hugh. *Opération sciences de la santé Document de travail Dossier No 5 Sous secteur médecine Deuxième et troisième cycles États des faits*. Partie I, juillet 1974, 72p.; partie II, janvier 1975, 71p.

Archives de l'Archidiocèse de Montréal (AAM) 525.109, 773.059

Archives de l'Hôpital Sainte-Justine (AHSJ)

Services hospitaliers

Procès-verbaux, Bureau médical 1908-1928

Règlements 1908-1967

Copies de lettres 1909-1910

Dossiers 3 B, C, D. *Mémoire sur les problèmes des hôpitaux généraux pour enfants de la Province de Québec présenté à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels par l'Hôpital Sainte-Justine et Children's Memorial Hospital.*

Montréal, mars 1954 .

Révision du mémoire sur les problèmes des hôpitaux généraux pour enfants de la Province de Québec. août 1960

Archives de l'Université de Montréal (AUM)

Fonds de la faculté de médecine E/38

Fonds du secrétariat général D/35

Fonds de la Société médicale de Montréal P/134

Fonds Desjardins P/22

Archives des Soeurs de Miséricorde (ASM)

Bibliothèque municipale de Montréal

Fonds de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, lot 7, C3

Documentation officielle Annuaire Rapports institutionnels**Canada**

Débats, Chambre des communes 8 mai 1895

Rapports du ministère de la Santé. 1922, 1923, 1927

Rapports annuels des ministères. 1924-25, volume V; 1925-1926, volume II.

Rapports du ministère des Pensions et de la Santé nationale. 1931, 1933

Therapeutic Abortions/ Avortements thérapeutiques 1976. Statistique

Canada Division de la santé Section de la morbidité hospitalière.

Ottawa. Janvier 1979

Québec

Annuaire de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal

Annuaire de l'Université Laval à Montréal

Commission Montpetit. *Commission des assurances sociales du Québec*,
Ministère des travaux publics, 1933.

Montréal (Québec)

Commission Sylvestre. *Enquête sur les services de santé du Québec*. 8
tomes, 1948

Commission Tremblay. *Mémoire sur les problèmes hospitaliers présenté
au nom des hôpitaux de la Province de Québec à la Commission
royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels par la commission
sur les problèmes hospitaliers formée des représentants du Comité
des hôpitaux du Québec et du Conseil des hôpitaux de Montréal*.
Montréal janvier 1954

Ministère de la Santé et du Bien-être social. Premier rapport annuel 1944.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Vivre avec un nourrisson
La périnatalité au Québec*. 1989

Rapports annuels du *Conseil d'hygiène de la Province de Québec*.
Premier rapport annuel 1895.

Rapport du directeur de l'assistance publique. Premier rapport 1923.

Rapport de la Commission royale de la tuberculose. 1909-1910, 161p.

Service de la planification des services sociaux. Direction générale de la
planification Ministère des Affaires sociales. *Les services à l'enfance
inadaptée*. Août 1972

Statuts de Québec 8 Édouard VII 1908, pp. 626-628

Statuts de Québec, 19 GEO 1929

Montréal.

Centre de recherche en sciences neurologiques, Faculté de médecine
Université de Montréal Rapport d'activités 1983-1985.

Centre de recherche pédiatrique Hôpital Sainte-Justine 1975-1980

Gouttes de lait section française Constitutions et règlements Bureau
municipal d'hygiène et de statistiques 1915. 24 p.

Hôpital Marie-Enfant Rapports annuels

Hôpital Notre-Dame Rapports annuels 1884-85 à 1934

L'Hôpital Sainte-Justine pour les enfants Rapports annuels 1908 à 1987

L'Institut Bruchési de Montréal. Rapports annuels 1911 à 1960.

L'Institution catholique des sourds-muets pour la Province de Québec.
Rapports annuels 1875, 1878, 1881-82, 1898-99.

L'oeuvre de la Crèche des Soeurs de Miséricorde de Montréal. Rapports
annuels 1902 (premier rapport publié), 1903-1904

Rapports annuels sur l'état sanitaire de la Cité de Montréal. 1868, 1872,
1875-

Mémoires et thèses

- Blais, Marie-Josée. *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec, 1930-1960*. M.A. (histoire) Université de Montréal 1995
- Caron, Joseph. *Les commencements de la biologie: ses bases conceptuelles et institutionnelles dans l'Angleterre victorienne*. Thèse Ph.D. Institut d'histoire et de sociopolitique des sciences. Université de Montréal, janvier 1986.
- Collette, Suzanne s.g.m. *L'oeuvre des enfants trouvés 1754-1946. Une étude de l'origine, des activités et de la valeur sociale de la Crèche d'Youville Montréal*. Service social, Université de Montréal 1948, 94p.
- Comeau, Michelle. *Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française de 1930 à 1950*. Mémoire présenté comme exigence partielle M.A. (histoire) Université du Québec à Montréal, août 1989
- Desjardins, Rita. *Hôpital Sainte-Justine, Montréal Québec (1907-1921)*. M.A. (histoire) Université de Montréal 1989
- Deslauriers, Lucie. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame, 1880-1924*. M.A. (histoire) Université de Montréal 1984.
- Dion, Carole. *La femme et la santé de la famille au Québec 1890-1914*. M.A. (histoire), Université de Montréal 1984.
- Fleury, Marie-Josée. *L'Hôpital Saint-Paul (1905-1935) et sa contribution à la lutte contre les maladies contagieuses*. M.A. (histoire), Université de Montréal, janvier 1993.
- Fréchette, Nicole. *Les raisons socio-économiques qui orientent les patients indigents vers le dispensaire de l'Hôpital Sainte-Justine*. M.A. Service social Université de Montréal, juin 1949.
- Gaumer, Benoit. *Le service de santé de la ville de Montréal de la mise sur pied au démantèlement 1865-1975*. Ph.D. Sciences humaines appliquées, Université de Montréal 1996
- Germain, Anne. *Mouvements sociaux de réforme urbaine à Montréal de 1880 à 1920*. Ph.D. (sociologie) Université de Montréal 1980

- Grenier, Guy. *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale au Québec entre 1885 et 1930*. M.A. (histoire), Université de Montréal 1990.
- Hudon, François. *L'hôpital microcosme de la société: enjeux institutionnels et besoins sociaux à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1960*. Ph.D. (histoire) Université de Montréal 1996.
- Laberge-Nadeau, Claire. *Les caractéristiques de la population hospitalisée à l'Hôpital Sainte-Justine Étude sociologique et démographique*. M.A.H. Institut supérieure d'administration hospitalière Université de Montréal. Août 1963.
- Martineau, Yvonne. *L'Assistance maternelle à Montréal*. Service social, Université de Montréal 1948, 60p.
- Nagant, Françoise. *La politique municipale à Montréal de 1910 à 1914; l'échec des réformistes et le triomphe de Médéric Martin*. M.A. (histoire), Université de Montréal 1982.
- Pierre-Deschênes, Claudine. *La tuberculose au Québec au début du XXe siècle. problème social et réponse réformiste*. M.A. (histoire) Université du Québec à Montréal 1980
- Pinard, Yolande. *Le féminisme à Montréal au commencement du XXe siècle 1893-1920*. M.A. (histoire) Université du Québec à Montréal 1976.
- Rose, Denyse. *Les parents interviewés dans une clinique de psychiatrie infantile*. M.A. (Service social) Université de Montréal, juin 1955. 92p.
- Soeur S. Blandine. *L'organisation d'une institution avec service social spécialisé*. M.A. (Service social) Université de Montréal 1946.
- Tétreault, Martin. *L'état de santé des Montréalais de 1880 à 1914*. M.A. (histoire) Université de Montréal 1979

Monographies

- Abbott, Maude. *History of Medicine in the Province of Quebec*, Montreal, McGill University 1931.
- Abt, Isaac A., Fielding H. Garrison. *History of Pediatrics*. Philadelphia & London, W.B. Saunders 1965. 316p.
- Ackerknecht, Erwin H.. *La médecine hospitalière à Paris 1794-1848*. Traduit de l'anglais par Françoise Bateau. Paris, Payot 1986. 296p.
- Agnew, Harvey G.. *Canadian Hospitals 1920 to 1970. A Dramatic Half Century*. Toronto, University of Toronto Press 1974
- Ames, Herbert Brown. *The City below the Hill*. Toronto Buffalo, University of Toronto Press 1972. Publié pour la première fois en 1897.
- Ancil, Hervé, Marc A. Bluteau. *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux 1986
- Apple, Rima D. . *Mothers and Medicine A Social History of Infant Feeding 1890-1950*. U.S.A., The University of Wisconsin Press 1987.
- Ariès, Philippe. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*. Paris, Seuil 1975, 237p.
- Ariès, Philippe. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris, Seuil 1973. 316 p.
- Arnulf, Georges. *L'histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie*. Paris, Lavauzelle 1989.
- Avard, Denise, Louise Harvey. *La santé des enfants du Canada*. Canada, Institut canadien de la santé infantile 1989
- Auclair, Elie J. *Histoire des Soeurs de Miséricorde de Montréal*. Imprimerie des Sourds-Muets, Montréal 1928
- Audet Lapointe, Pierre, Lise Fortier (dir.). *Rapports du XXVe congrès de la Fédération des Sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française*. Montréal, Beauchemin 1975
- Authier, Alain. *La lutte contre la mortalité infantile au Québec de 1900 à 1970*. 1992 (Document dactylographié)
- Badinter, Elisabeth. *L'Amour en plus Histoire de l'amour maternel XVIIe-XXe siècle*. Paris, Flammarion 1980. 372p.

- Baillargeon, Denise. *Ménagères au temps de la Crise*, Montréal, Éditions du remue-ménage 1991, 311p.
- Barabé, Paul Henri. *Un siècle de miséricorde*. Ottawa, Éditions de l'Université 1948, 415p.
- Bernard, Jean Marc. *Analyse de la mortalité infantile et périnatale au Québec 1965-1976*. Québec 1978
- Bernier, Jacques. *La médecine au Québec Naissance et évolution d'une profession*. Québec, Les Presses de l'Université Laval 1989.
- Blais, Hervé ofm. *Les tendances eugénistes au Canada*. Montréal, Institut Familial 1942
- Boissonnault, Charles Marie. *Histoire de la faculté de médecine de Laval*. Québec, Presses de l'Université Laval 1953, 438p.
- Boltanski, Luc. *Prime éducation et morale de classe*. Paris, Mouton 1969.
- Bouchard, Gérard, Marc De Braekeleer, *Histoire d'un génome*. Québec, Presses de l'Université du Québec 1991. 607 p.
- Boyd, Edith. *Origins of the Study of Human Growth*. Portland, University of Oregon Health Sciences Center Foundation 1980. 676 p.
- Bozzini, Luciano, Marc Renaud, Dominique Gaucher, Jaime Llambias Wolff. *Médecine et société les années 80*. Laval Québec, Éditions Saint-Martin 1981. 554 p.
- Braithwaite, Max. *Sick Kids The Story of the Hospital for Sick Children in Toronto*. Toronto, McClelland and Stewart 1974.
- Burckhard, Jacob. *La civilisation de la Renaissance en Italie*. Suisse, Gonthier 1958.
- Canguilhem, Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses universitaires de France 2e édition 1966, 226p.
- Canguilhem, Georges. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Vrin 1968. 319 p.
- Canguilhem, Georges. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie. Nouvelles études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Vrin 1977, 144p.
- Casgrain, Henri-Raymond. *L'asile du Bon-Pasteur de Québec d'après les annales de cet institut 1850-1896*. Québec, Le renouveau inc. 1980. Supplément, par Anita Charpentier 1996

- Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal. *Le diagnostic prénatal*. Cahiers de bioéthique, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1980
- Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal. *Médecine et adolescence*. Cahiers de bioéthique. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1980
- Charles, Aline. *Travail d'Ombre et de Lumière Le bénévolat féminin à l'Hôpital Sainte-Justine 1907-1960*. Collection Edmond-de-Nevers no 9. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1990. 191p.
- Cohen, Neil A. (ed.). *Child Welfare A Multicultural Focus*. USA, Allyn and Bacon 1992
- Collectif. *L'Hôtel-Dieu de Montréal 1642-1973* Collection Histoire, Cahiers du Québec, Hurtubise Montréal 1973
- Cone, Thomas E.. *History of American Pediatrics*. Boston, Little Brown 1979. 278 p.
- Confédération des syndicats (CSN) et Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ) ed. *Histoire du mouvement ouvrier au Québec. 150 ans de luttes*. 1984
- Cooter, Roger (ed.) *In the Name of the Child Health and Welfare, 1880-1940*. London & New York, Routledge 1992
- Copp, Terry. *Classe ouvrière et pauvreté Les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*. Montréal, Boréal Express 1978. 213 p.
- Dallaire, Louis. *Étude et évaluation des services médicaux disponibles aux jeunes enfants (0 à 5 ans) souffrant de déficience et rapport sur l'utilisation et l'accessibilité de ces services*. Conseil des affaires sociales et de la famille. Québec 1984. 140 p.
- Darmon, Pierre. *Le mythe de la procréation à l'âge baroque*. Paris, Seuil 1981
- Daveluy, Marie Claire. *L'Orphelinat catholique de Montréal 1832-1932*. Montréal, Lévesque 1933.
- Demers, Jocelyn. *Victimes du cancer mais...Des enfants comme les autres*. Saint-Lambert, Héritage 1983.

- Desrosiers, Georges, Benoit Gaumer, Othmar Keel. *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des Unités sanitaires de comté: 1926-1975*. Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive, Département d'histoire, 1991
- Desrosiers, Georges et al. *Introduction à la médecine sociale et préventive*. Faculté de médecine, Université de Montréal 1977-1978
- Deuxième congrès de la Fédération Nationale Saint-Jean-Baptiste* 23, 25, 26 juin 1909. Montréal, Paradis Vincent 1909
- Le deuxième congrès mondial de la Fédération internationale de gynécologie-obstétrique. *Tendances actuelles en gynécologie et obstétrique*. Montréal, Beauchemin 1959. 2 volumes.
- Diderot, Denis. *Supplément au voyage de Bougainville Pensées philosophiques lettre sur les aveugles*. Paris, Garnier/Flammarion 1972
- Drapeau Stanislas. *Histoire des institutions de charité, de bienfaisance et d'éducation du Canada depuis leur fondation jusqu'à nos jours*. Ottawa 1877
- Dreyfus, Hubert et Paul Rabinow. *Michel Foucault Un parcours philosophique*. Paris, Gallimard 1984.
- Duby, Georges. Michelle Parrot. *Histoire des femmes en occident*. Paris, Plon 1991. 5 tomes
- Duchesne, Raymond. *La science et le pouvoir au Québec (1920-1965)*. Québec, Éditeur officiel du Québec 1978
- Dufour, Paul, John de la Mothe (ed.). *Science and Technology in Canada*. Canada, Longman 1993
- Dussault, Gilles. *La profession médicale au Québec 1941-1971*. Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval 1974
- Ehrenreich, Barbara, Deirdre English. *Sorcières, sages-femmes et infirmières Une histoire des femmes et de la médecine*. Ottawa, Éditions du remue-ménage 1983.
- Ehrenreich, Barbara, Deirdre English. *Des experts et des femmes 150 ans de conseils prodigués aux femmes*. Traduit par Louise Arsenault et Zita De Konink, Éditions du remue-ménage 1982. 347 p.
- Farrington, Benjamin. *La science dans l'Antiquité*. Paris, Payot 1967.

- Faure, Olivier. *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Paris CNRS 1982.
- Flandrin, Jean-Louis. *Familles parenté, maison, sexualité dans l'ancienne société*. Collection Le temps et les hommes, Paris, Hachette 1976. 287 p.
- Fortier, De la Broquerie. *Au service de l'enfance* Québec, Gameau 1966.
- Foucault, Michel. *Histoire de la sexualité 1 La volonté de savoir*. Paris, Gallimard 1976.
- Foucault, Michel. *Naissance de la clinique*. France, Quadrige Presses Universitaires de France 1988.
- Foucault, Michel. *Les machines à guérir Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles, Mardaga 1979. 184 p.
- Foucault, Michel. *Résumé des cours 1970-1982*. Paris, Julliard 1989.
- Fournier, Marcel. *L'entrée dans la modernité: science, culture et société au Québec*. Montréal, Saint-Martin 1986
- Freidson, Eliot. *La profession médicale*. Paris, Payot 1984. Traduit par Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud. Titre original *Profession of Medicine*. New York 1970
- Gélis, Jacques, Mireille Laget et Marie-France Morel. *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris, Gallimard/Julliard 1978. 246 p.
- Giordan, André. *Histoire de la biologie 2*. Petite collection d'histoire des sciences. Paris, Lavoisier 1987.
- Giroux, Henri. *La Miséricorde ou 50 années de dévouement et d'abnégation des Religieuses de Miséricorde à Montréal*. Montréal 1894. 152 p.
- Goubert, Jean-Pierre. *La conquête de l'eau. L'avènement de la santé à l'âge industriel*. Paris Robert Laffont 1986. 296p.
- Goulet, Denis, François Hudon, Othmar Keel. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame 1880-1980*. Montréal VLB éditeur, 1993
- Goulet, Denis, André Paradis. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)* Montréal, VLB 1992

- Guérard, François. *Histoire de la santé au Québec*. Québec Boréal 1996. 124p.
- Guest, Dennis. *Histoire de la sécurité sociale au Canada*. Montréal, Boréal 1993 Traduit de l'anglais par Hervé Juste. Édition originale 1980
- Gritzer, Glenn, Arnold Ariuke. *The Making of Rehabilitation: A Political Economy of Medical Specialization 1890-1980*. Berkeley, University of California Press 1985
- Henripin, Jacques. *Naître ou ne pas être*. Québec, Collection Diagnostic 10, Institut québécois de recherche sur la culture 1989. 141 p.
- Houde, Laurent et al. *Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents*. Québec 1978
- Houde, Laurent, J. Delage, J.L. Lapointe, D. Lazure. *Rapport du comité d'étude sur les besoins en psychiatrie infantile dans la Province de Québec*. Ministère de la Santé de la Province de Québec, juillet 1965.
- Houde, Laurent, Yvon Gauthier. *Journée d'étude des pédopsychiatres du Québec. Hôpital Sainte-Justine, 14 mai 1971*. Le Centre d'information sur l'Enfance et l'Adolescence inadaptées, 1971.
- Huard, Pierre, Robert Laplane. *Histoire illustrée de la puériculture: aspects diététiques, socio-culturels et ethnologiques*. Paris, Roger Dacosta 1979. 196p.
- Huard, Pierre, Robert Laplane. *Histoire illustrée de la pédiatrie*. Paris, Roger Dacosta 1981-1983. 3 volumes
- Hudon, François. *Histoire de l'école Victor-Doré de Montréal. 1926-1996*. 1996
- Institut national canadien pour les aveugles. Division Québec. *Les troubles de la vision chez l'enfant*. Montréal 1980
- Jones, Colin. *The Charitable Imperative. Hospitals and Nursing in Ancien Régime and Revolutionary France*. London, Routledge 1989.
- Jouary, Jean-Paul. *Enseigner la vérité Essai sur les sciences et leurs représentations*. Paris, Stock 1996
- Keating, Peter, Othmar Keel. *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*. Québec, Boréal 1995.

- Knibiehler, Yvonne, Catherine Fouquet. *La femme et les médecins Analyse historique*. Paris Hachette 1983. 333p.
- Knibiehler, Yvonne, Catherine Fouquet. *L'histoire des mères du moyen-âge à nos jours*. Lausanne, Montalba 1980.
- Kuhn, Thomas S.. *La structure des révolutions scientifiques*. Paris, Flammarion 1983.
- Küss, René, Willy Grégoire. *Histoire illustrée de l'urologie de l'Antiquité à nos jours*. Paris, Roger Dacosta 1988, 509 p.
- Lachapelle, Séverin et al. *Le médecin de la famille Encyclopédie de médecine et d'hygiène publique et privée contenant la description de toutes les maladies connues et les meilleures méthodes de les traiter et de les guérir*. Guelph Ontario, World Publishing Co. 1893, 1251p.
- Laforce, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, IQRC 1985.
- Langevin Lacroix, Edouard. *L'Institut Saint-Antoine*. Montréal, Librairie d'action canadienne-française 1932
- Lapointe Roy, Huguette. *Charité bien ordonné Le premier réseau de lutte contre la pauvreté à Montréal au 19e siècle*. Montréal, Boréal 1987.
- Laurendeau, Albert. *La vie Considérations biologiques* 1911. 238p.
- Lavallé, André. *Québec contre Montréal: la querelle universitaire 1876-1891*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal 1974, 259p.
- Lavigne, Marie, Yolande Pinard. *Travailleuses et féministes. Les femmes dans la société québécoise*. Montréal, Boréal Express 1983. 430 p.
- Leblond, Sylvio. *Médecine et médecins d'autrefois, pratiques traditionnelles et portraits québécois*. Québec, Presses de l'Université Laval 1986
- Lemieux, Denise. *Les petits innocents L'enfance en Nouvelle-France*. Québec, IQRC 1985. 205 p.
- Lemieux Vincent, Pierre Bergeron, Clermont Bégin, Gérard Bélanger. *Le système de santé au Québec*. Sainte Foy, Les Presses de l'Université Laval 1994. 370 p.
- Léonard, Jacques. *Archives du corps La santé au XIXe siècle*. Rennes, Ouest-France 1986. 329 p.

- Léonard, Jacques . *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*. Paris, Aubier Montaigne 1981. 384 p.
- Lévesque, Andrée. *La Norme et les déviantes Des femmes au Québec pendant l'entre-deux-guerres*. Montréal, Les éditions du remue-ménage 1989. 232 p.
- Lewis, David Sclater. *Royal Victoria Hospital 1887-1949*. Montreal, McGill University Press 1969. 327p.
- Loux, Françoise. *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris, Flammarion 1978. 276 p.
- Lucas, Gérard, Irène Talan. *Les hôpitaux de Jour en psychiatrie de l'enfant*. Paris, ESF 1973.
- MacDermot, Hugh Ernest. *One Hundred Years of Medicine in Canada 1867-1967* Toronto/Montreal, McClelland and Stewart Limited 1967
- Mande, Raymond, Nathalie Masse, Michel Manciaux. *Pédiatrie sociale*. Paris, Flammarion 1972.
- Mayr, Ernst. *Histoire de la biologie Diversité, évolution et hérédité*. (traduit de l'anglais par Marcel Blanc) France, Fayard 1989.
- Mc Cleary, George Frederick. *Infantile Mortality and Infants Milk Depots*. London, P.S. King, 1905. (Ann Arbor, Michigan, University Microfilms 1971) 135 p.
- Mc Kendry, J.B., J.D. Bailey. *Paediatrics in Canada*. Ottawa, Canadian Paediatric Society 1990, 264p.
- McLaren, Angus. *Our Own Master Race Eugenics in Canada 1885-1945*. Toronto, McClelland & Stewart 1990, 228 p.
- Meckel, Richard A. . *Save the Babies American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality 1850-1929*. Baltimore, London, Johns Hopkins University Press 1990.
- Mercior, Roger. *L'enfant dans la société du XVIIIe siècle (Avant l'Émile)*. Dakar, Université de Dakar 1961.
- Meyer, Philippe. *L'enfant et la raison d'État*. Paris, Seuil 1977.
- Miller, Judith N. *Réflexions sur la recherche auprès des enfants par Judith Miller pour le Conseil national de la bioéthique en recherche sur les sujets humains*. Ottawa, Le Conseil de recherches médicales du Canada 1994.

- Mitchinson, Wendy, Janice Dickin McGinnis (ed.). *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland and Stewart 1988
- Morel, Pierre, Martial Dumont. *Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie*. Lyon, SIMEP 1968
- Morin, Edgar. *Science avec conscience*. Paris, Seuil 1990
- Morley, T. P. (ed.). *Medical Speciality Societies of Canada* Toronto, Associated Medical Services, 1991
- Naylor, David C. *Canadian Health Care and the State A Century of Evolution*. Montreal, McGill Queen's University Press 1992
- Nichols, Buford, Angel Ballabriga, Norman Kretchmer (editors). *History of Pediatrics 1850-1950*. New York, Raven Press 1991. 295 p.
- Ouellet, Aubert (dir.). *La périnatalité une politique du ministère des Affaires sociales*. 1973. 83 p.
- Paradis, J. Gaudiose. *Vers la Maternité*. Québec Imprimerie de l'Action sociale 1920, 74p.
- Parent, Annick. *Cent ans d'action et de réflexion en faveur de l'enfance*. Paris, Union Française pour le Sauvetage de l'Enfance 1988. 108 p.
- Parr, Joy ed.. *Childhood and Family*. Toronto, McClelland and Stewart 1982.
- Petitot, André. *Les infirmières de la vocation à la profession*. Montréal, Boréal 1989.
- Perron, Normand. *Un siècle de vie hospitalière au Québec*. Sillery, Presses de l'Université du Québec 1984.
- Poulin, Gonzalve. *L'assistance sociale dans la Province de Québec 1608-1951* Annexe 2 Commission royale d'enquête Tremblay 1955
- Prochiantz, Alain. *Claude Bernard La révolution physiologique*. Paris, PUF 1990. 124 p.
- Rapports du XXVe congrès de la Fédération des sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française*. 1974
- Répertoire d'architecture traditionnelle sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal Les couvents*. Communauté urbaine de Montréal, Service de planification du territoire 1984.
- Report of the Fourth Canadian Ross Conference on Paediatric Research*. 1981

- Richardson, Theresa R. *The Century of the Child. The Mental Hygiene Movement & Social Policy in the United States & Canada*. U.S.A., State University of New York Press 1989
- Risse, B.G.. *Hospital Life in Enlightenment Scotland*. Cambridge, Cambridge University Press 1986.
- Rolland, Charles (ed.). *Health, Disease and Medicine Essays in Canada History*. The Hannah Institute for the History of Medicine 1984
- Rollet-Echalier, Catherine. *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*. France, Presses Universitaires de France 1990.
- Ronsin, Francis. *La grève des ventres Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité en France 19e-20e siècles*. Poitiers, Aubier-Montaigne 1980.
- Rooke, Patricia, R.L. Schnell (dir.). *Studies in Childhood History A Canadian Perspective*. Calgary, Detselg 1982.
- Rooke, Patricia T., R.L. Schnell. *Discarding the Asylum. From Child Rescue to the Welfare State in English-Canada (1800-1950)*. Lanham, New York, London, University Press of America 1983.
- Rosen, George. *From Medical Police to Social Medicine*. New-York 1974.
- Rosen, George. *The Specialization of Medicine* New York 1972
- Rosenberg, Charles. *The Care of Strangers. The Rise of America's Hospital System*. New York, Basic Books 1987.
- Rouillard, Jacques. *Les travailleurs du coton au Québec 1900-1915*. Montréal Presses de l'Université du Québec 1974
- Rousseau, François. *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec I: 1639-1892*; Sillery, Septentrion 1989. 454p; *II 1892-1989*. Septentrion 1994
- Ruhrah, John. *Pediatrics of the Past An Anthology*. New York, John Ruhrah ed. 1925.
- Saillant, Francine, Michel O'Neill (direction). *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec* Montréal, Saint-Martin 1987. 441 p.
- Salomon, Jean-Jacques. *Science et politique*. Paris, Economica 1989
- Salomon-Bayet, Claire, dir.. *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris, Payot 1986. 436 p.

- Schiller, Joseph. *La notion d'organisation dans l'histoire de la biologie*. Paris, Maloine 1978
- Scriver, Jessie Boyd m.d.. *The Montreal Children's Hospital*. Montreal, McGill Queen's University Press 1979. 179p.
- Shorter, Edward. *Le corps des femmes*. Paris, Seuil 1984. Dans sa version originale: Shorter, Edward. *A History of Women's Bodies*. Great Britain, Penguin Books 1982.
- Shorter, Edward. *Naissance de la famille moderne*. Paris, Seuil 1977.
- Shortt, S.E.D. (dir.) *Medicine in Canadian Society Historical Perspectives*. McGill Queen's University Press, Montreal 1981
- Shryock, R. H. . *Histoire de la médecine moderne*. Paris, Colin 1956.
- Sinding, Christiane. *Le clinicien et le chercheur*. Paris, PUF 1991.
- Soeurs de la Providence. *L'Institut de la Providence: histoire des Filles de la Charité*. Montréal, Maison Mère Providence 1925
- Soltan, Hubert C.. *Medical Genetics in Canada Evolution of a Hybrid Discipline. Essays on the Early History*. London Ontario, Western University 1992. 259 p.
- Speert, Harold. *A Pictorial History of Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia, Davis Co. 1973. 540 p.
- Starr, Paul. *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books 1982. 514 p.
- Stiker, Henri-Jacques. *Corps infirmes et société*. Paris, Aubier Montaigne 1982.
- Taton, René . *Enseignement et diffusion des sciences en France au XVIIIe siècle*. Paris, Herman 1986.
- Teyssere, Daniel. *Pédiatrie des Lumières*. Paris, Vrin 1982.
- Trépanier, Jean, Françoise Tulkens. *Délinquance et protection de la jeunesse Aux sources des lois belge et canadienne sur l'enfance*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa 1995
- Tomkiewicz Stanislaw. *Le développement biologique de l'enfant*. Paris, Presses universitaires de France 1974.
- Vaillancourt, Yves. *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940-1960*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1988, 513p.

- Vigarello, Georges. *Le propre et le sale L'hygiène du corps depuis le Moyen-Age*. Paris, Seuil 1985. 283p.
- Vogel, Morris J. . *The Invention of the Modern Hospital. Boston 1870-1930*. Chicago, The University of Chicago Press 1980. 171 p.
- Ward, Peter W.. *Birth Weight and Economic Growth*. Chicago and London, The University of Chicago Press 1993. 218 p.
- Wharf, Brian. *Rethinking Child Welfare in Canada*. Toronto, McClelland & Stewart Inc. 1993.
- Wear, Andrew, dir., *Medicine in Society Historical Essays*. Cambridge, Cambridge University Press 1992.
- Wherrett, George Jasper. *The Miracle of the Empty Beds: A History of Tuberculosis in Canada*. Toronto, University of Toronto 1977.
- Wilkins, Jean et al.. *Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique*. Montréal, Hôpital Sainte-Justine 1985

Ouvrages biographiques

- Biographies canadiennes-françaises*. Montréal, Ouimet 1922-
- Borden S. Veeder (editor). *Pediatric Profiles*. St Louis, C.V. Mosby 1957. 267 p.
- De Léan, Pierre. *Tuberculose: visages d'hier et d'aujourd'hui. Aux enseignants et à leurs élèves*. L'Association canadienne contre la tuberculose et les maladies respiratoires, Première édition 1968, 174p.
- Des Rivières, Madeleine. *Une femme, mille enfants Justine Lacoste Beaubien 1877-1967*. Montréal, Bellarmin 1987.
- Desrosiers, Georges. "Joseph Albert Baudoin (1875-1962): professeur d'hygiène", *Bulletin canadien d'histoire de la médecine(CBMH/BCHM)* 10, 1993, pp. 251-268
- Dictionnaire biographique du Canada XIV*, Les Presses de l'Université Laval 1998
- Forget, Nicole, Francine Harel Giasson, Francine Séguin. *Justine Lacoste-Beaubien et l'Hôpital Sainte-Justine* Presses de l'Université du Québec, Presses HEC, Québec 1995

- Goldbloom, Alton. *Small Patients*. Toronto, Longmans 1959
- Langevin, Toussaint Stephen. *Soixante ans de pratique médicale*. Montréal, Léméac 1973.
- Paquette, Albiny. *Albiny Paquette soldat médecin maire député ministre 33 années à la Législature de Québec*. Montréal 1977
- Penfield, Wilder. *Mémoires* Montréal, Stanké 1978. Titre original *No Man Alone*, traduit de l'anglais par Danielle Delbas.
- René Detertoc, A. Elphège. *L'amour ne meurt pas*. Montréal 1930
- Rooke, Patricia T., R.L. Schnell. *No Bleeding Heart Charlotte Whitton, a Feminist on the Right*. Vancouver, University of British Columbia Press 1987.

Articles de revues.

- Armengaud, André. "L'attitude de la société à l'égard de l'enfant au XIXe siècle" *Annales de démographie historique*. 1973.
- Aviragnet et Dorlencourt. "A propos de quelques oeuvres allemandes de la protection de l'enfance" *Paris médical*, 7 décembre 1912, pp. 9-19
- Baillargeon, Denyse. "L'encadrement de la maternité au Québec entre les deux guerres: les gardes de la Métropolitaine, les Gouttes de lait et l'Assistance maternelle" *Bulletin du regroupement des chercheurs-chercheuses en histoire des travailleurs et travailleuses du Québec*, 16, été-automne 1990, pp. 19-46
- Baillargeon, Denyse. "Fréquenter les Gouttes de lait. L'expérience des mères montréalaises 1910-1965" *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50, 1, été 1996, pp. 29-68
- Battin, Jacques. "Le sentiment de l'enfance" *Histoire des sciences, médecine, mathématiques* 104e Congrès national des sociétés savantes Bordeaux IV, Paris, 1979, pp. 319-327
- Beaudry, G.O., "Maladies contagieuses", *La Revue canadienne* XV 1878, pp. 431-437; 496-502; 576-582.

- Biraben, Jean Noël. "Le médecin et l'enfant au XVIIIe siècle. Aperçu sur la pédiatrie au XVIIIe siècle", *Annales de démographie historique* 1973, pp. 215-223
- Biraben, Jean Noël, Jacques Légaré. "Nouvelles données sur la natalité et la fécondité au Canada", *Population* 22, 1967, pp. 255-286
- Bouchard, Gérard, "Naissance d'une élite: les médecins dans la société saguenayenne (1850-1940)", *Revue d'histoire de l'Amérique française* 49, 4, printemps 1996, p. 521
- Braithwaite, Catherine, Peter Keating, Sandi Viger, "The Problem of Diphtheria in the Province of Quebec: 1894-1909", *Histoire sociale/ Social History* 29, 1996, pp. 71-95
- Brockliss, Laurence. "L'enseignement médical et la Révolution. Essai de réévaluation" *Histoire de l'éducation*. 42, 1989 pp. 78-110
- Caillé, Augustus. "The influence of American pediatric societies in promoting the welfare of american children" *Archives of Pediatrics* XXI, 7, July 1904, pp. 481-493.
- Carré, Adrien. "Scorbut marin historique et biologie moderne" 104e Congrès national des sociétés savantes *Histoire des sciences, médecine, mathématiques*.IV, Bordeaux 1979, pp. 219-230
- Cohen, Neil A. "Child Welfare History in the United States" in Neil A. Cohen (ed.). *Child Welfare A Multicultural Focus*. U.S.A., Allyn and Bacon 1992. pp. 13-37.
- Colloque international, Département de psychiatrie, Université de Montréal, "Le système extra-pyramidal et les neuroleptiques", *Revue canadienne de biologie* 20, 2, juin 1961
- "IV Congrès international de pédiatrie tenue à Rome en septembre 1937", *Revue française de pédiatrie* 14, 1938, p. 298
- Crawford, Louise. "Auditory Training" *Bulletin of the Hospital for the Sick Children Toronto* 15, 1966, pp. 1-6
- Dagenais, Michèle. "Une bureaucratie en voie de formation l'administration municipale de Montréal dans la première moitié du XXe siècle", *Revue d'histoire de l'Amérique française* 46, 1, été 1992, pp. 177-205

- Dallaire, Louis. "Le diagnostic prénatal chromosomique chez le fœtus dans les grossesses à risque élevé", Pierre Audet Lapointe, Lise Fortier. *Les moyens récents d'investigation en obstétrique et gynécologie*. Montréal, Beauchemin 1975, pp. 188-196
- Dallaire, Louis, Serge Melançon, P. Delve. "Génétique médicale préventive", *Prévention en santé mentale auprès d'enfants et d'adolescents*. Québec 1978.
- Dalley, Marlene. "Influences of Physical Education in England on Canada Physical Education Programmes", *Histoire de l'éducation physique et du sport*. Zurich, 39, juillet 1973
- Da Molin, Giovanna. "Les enfants abandonnés dans les villes italiennes aux XVIIIe et XIXe siècles", *Annales de Démographie historique* 1983, pp. 103-124
- Dandurand, Pierre, Marcel Fournier, "Développement de l'enseignement supérieure classes sociales et luttes nationales au Québec", *Sociologie et sociétés* XII, 2, 1980. pp. 101-131
- De Bellefeuille, Gaston. "L'hygiène mentale dans les écoles de la cité de Montréal", *Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord* 3, 1937, pp. 192-198
- Dechêne, Louise, Jean-Claude Robert "La choléra de 1832 dans le Bas-Canada: mesure des inégalités devant la mort" dans Hubert Charbonneau, André Larose ed. *The Great Mortalities: Methodological Studies of Demographic Crises in the Past*. Liège, Ordina 1979, pp. 229-256
- Desjardins, Édouard, "Histoire de la profession médicale au Québec", *Union médicale du Canada* 103, 1974; pp. 732, 918-930; 1112-1119; 1279-1292; 1450-1458; *UMC* 104, 1975, pp. 1137-1142.
- Desrosiers, Georges, Benoit Gaumer, Othmar Keel, "L'évolution des structures de l'enseignement universitaire spécialisé en santé publique au Québec 1899-1970", *Canadian Bulletin of Medical History/ Bulletin canadien d'histoire de la médecine* 6, 1, été 1989, pp. 3-26

- Dodd, Diane. "Advice to parents: The Blue Books Helen MacMurchy, m.d. and the Federal Department of Health 1920-34", *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine* 8, 2, 1991, pp. 203-230
- Dubé, Joseph Edmond. "L'oeuvre de la goutte de lait à Montréal", *La Revue scientifique* 1, mai 1901, pp. 9-13
- Duhamelle, Christophe. "La petite enfance en Allemagne fin XVIIIe siècle début XIXe siècle. la vision des topographies médicales", *Revue d'histoire moderne et contemporaine* XXXVII, octobre décembre 1990, pp. 657-671
- Dumais, Alfred, Pierre Saint Arnaud. "Le développement de la sociologie de la santé au Québec", *Recherches sociographiques*, XVI, janvier-avril 1975, pp. 9-20
- Dumas, Albert. "La médecine et mon temps" *Recherches sociographiques* XVI, 1, janvier-avril 1975, pp. 21-41
- Dumont-Johnson, Micheline. "Des garderies au XIXe siècle: Les salles d'asile des Soeurs Grises à Montréal", *Revue d'histoire d'Amérique française* 34,1, pp. 27-55
- Dussault, Gilles. "Les médecins du Québec 1940-1970" *Recherches sociographiques* XVI, 1, 1975, pp. 69-84
- Farley, Michael, Othmar Keel, Camille Limoges. "Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885)" *Revue d'histoire des sciences, des techniques et de la médecine au Canada* 20, 1982, pp. 24-46; 21, 1982, pp. 85-109
- Fecteau, Jean-Marie, Sylvie Ménard, M. Josée Tremblay, Jean Trépanier, Véronique Strimelle. "Émergence et évolution historique de l'enfermement à Montréal 1836-1913", *Revue d'histoire d'Amérique française* 46, 2, automne 1992, pp. 263-271
- Fohlen, Claude. "La révolution industrielle et le travail des enfants" *Annales de démographie historique* 1973 pp. 319-325
- Fortier, de la Broquerie. "Les actualités pédiatriques", *L'Union médicale du Canada* 89, mars 1960, pp. 317-324

"Les "enfants trouvés" sous les régimes français et anglais au Canada français 1608-1850" *Laval Médical*, 33, septembre 1962, pp. 530-537

"Les "enfants trouvés" à l'Hôpital Général de Montréal 1800-1850", *Laval Médical*, 34, 1963, pp. 442-453; 35. 1964, pp. 335-347 et 469-480

"Les "enfants trouvés" de l'Hôtel-Dieu de Québec 1800-1850", *Laval Médical*, 34, décembre 1963, pp. 1242-1254

"Les "enfants trouvés" en collectivité à Québec 1850-1950", *Laval Médical*, 36, 1965, pp. 351-359 et 466-476.

"Les enfants trouvés au Canada français The Protestant Infant's Home", *Union médicale du Canada* 101, avril 1972, pp. 721-725

"L'enseignement de la pédiatrie à la faculté de médecine de Québec", *Laval Médical*, 34, septembre 1963, pp. 870-881; novembre 1963, pp. 1147-1161

"Les débuts de la pédiatrie à Québec 1892-1929", *Union médicale du Canada* 112, 7, juillet 1983, pp. 2-8

"Histoire de la pédiatrie au Québec", *La Vie médicale au Canada français*, 1, avril 1972, pp. 400-405; 1, juin 1972, pp. 608-615; juillet 1972, pp. 705-716; août 1972, pp. 795-810

"Histoire de la médecine L'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec", *Laval-médical* 36, janvier 1965, pp. 82-94; février 1965, pp. 193-199; mars 1965, pp. 285-294

"The Canadian Paediatric Society La Société canadienne de Pédiatrie (1922-1972)" *La Vie médicale au Canada français* 2, juin 1973, pp. 573-587; juillet 1973, pp. 670-682; novembre 1973, pp. 1072-1091.

"La protection de l'enfance au Canada français du XVIIIe siècle jusqu'au début du XXe siècle", *La Vie médicale au Canada français* 4, juin 1975, pp. 732-739

Fournier, Marcel, Louis Maheu, "Nationalismes et nationalisation du champ scientifique québécois" *Sociologie et sociétés* VII, 2, 1975, pp. 89-115

- Gaucher, Dominique. "La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975: de la santé publique à la médecine préventive", *Recherches sociographiques XX*, janvier-avril 1979, pp. 59-85.
- Gaumer, Benoit, Georges Desrosiers, Othmar Keel, Céline Déziel, "Le service de santé de Montréal de l'établissement au démantèlement 1865-1975", *Cahiers de centre de recherches historiques*, 12, avril 1994, pp. 131-158
- Gauvreau, Joseph. *La Goutte de lait*. École sociale populaire, 29, 1914, pp. 5-32
- Genest, Jacques. "La recherche médicale au Canada français", *Cahiers médicaux lyonnais* 45, 23, 1969, pp. 2467-2477
- Germano, J. "Histoire de la charité à Montréal", *La Revue canadienne*, XXXII, juillet 1896, pp. 423-438
- Gossage, Peter, "Les enfants abandonnés à Montréal au 19e siècle: la crèche d'Youville des Soeurs Grises 1820-1971" *RHAF*, 40, 4, printemps 1987, pp. 537-559
- Goubert, Jean-Pierre. "1770-1830: La première croisade médicale" dans Jean-Pierre Goubert ed., *La médicalisation de la société française, 1770-1830, Historical Reflexions/Réflexions historiques* 9, 1&2, printemps-été 1982, pp. 3-13
- Goulet, Denis, Othmar Keel. "Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIXe siècle", *Anthropologie et Sociétés* 15, 2-3, 1991, pp. 205-228
- Goulet, Denis, Othmar Keel. "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, hiver 1993
- Goulet, Denis, Gilles Lemire, Denis Gauvreau. "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, printemps 1994, pp. 491-520

- Gratton, Laurent. "L'utilisation des neuroleptiques chez l'enfant", *Revue canadienne de Biologie* 21, 3-4, septembre-décembre 1962, pp. 479-494
- Grenier, Georges, "La mortalité des enfants" *La Revue canadienne* 8, 1871, pp. 685-697 et 721-755
- Grenier, Guy, "Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930)", *Cahiers du Centre de Recherches historiques*, 12, avril 1994, pp. 105-115
- Guérard, François. "Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie 1889-1939", *Revue d'histoire de l'Amérique française* 48, 3, hiver 1995, pp. 375-401
- Guilbeault, Marie Jeanne. "L'École des Enfants Infirmes de l'Hôpital Sainte-Justine", *École Sociale Populaire*, 198, juillet 1930, pp. 10-23.
- Guillaume, Pierre. "Épiscopat québécois et santé publique dans la deuxième moitié du XIXe siècle", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, XXXVII, avril-juin 1990, pp. 324-336
- Hannaway, Caroline. "From Private Hygiene to Public Health: A Transformation in Western Medicine in the Eighteenth and Nineteenth Centuries" in Lloyd G. Stevenson (ed.) *A Celebration of Medical History*. Baltimore, John Hopkins University Press 1982, pp. 108-128
- Henripin, Jacques. "L'inégalité sociale devant la mort: la mortalité infantile à Montréal", *Recherches sociographiques* II, 1, janvier-mars 1961, pp. 3-34
- Jacobi, Abraham, "History of Pediatrics in New York" *Archives of Pediatrics* 34, 1917. p. 144
- Jacobi, Abraham, "The History of Pediatrics and its Relation to other Sciences and Arts", *Archives of Pediatrics* XXI, 11, November 1904, pp. 801-832
- Jobin, Albert. "Hôpitaux de la Miséricorde et de la Crèche St Vincent de Paul", *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, avril 1934, pp. 300-307
- Jobin, Albert. "Historique d'une épidémie de rougeole à la crèche", *Bulletin médical de Québec*, 32, 1931, pp. 105-115

- Julian-Reynier, Claire, Jean-Paul Moatti, Pascale Bourret, François Eisinger, Hagay Sobol. "Vers une colonisation génétique de la médecine", *Sociologie et sociétés* XXVIII, 2, automne 1996, pp. 141-155
- Keel, Othmar. "The politics of health and the institutionalisation of clinical practices in Europe in the second half of the eighteenth century" reprint from *William Hunter and the Eighteenth Century Medical World*. Edited by W.F. Bynum & Roy Porter. Cambridge University Press 1985, pp. 207-256
- Keel, Othmar. "La place et la fonction des modèles étrangers dans la constitution de la problématique hospitalière de l'École de Paris", *History and Philosophy of the Life Sciences*. 6, 1, 1984.
- Keel, Othmar. "Les conditions de la décomposition "analytique" de l'organisme : Haller, Hunter, Bichat", *Les études philosophiques*. Janvier-mars 1982, pp. 37-62
- Klose, Henri. "La ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux ans", *Archives de médecine des enfants*, 10, 2, février 1907, pp. 65-99
- Kremp, O, S. Doré, R. Bernard, M. Renaud, J.P. Deschamps. "Le développement de la sémiologie foetale en Amérique du Nord", *Archives françaises de pédiatrie*, 47, 1, janvier 1990, pp. 59-63
- Laberge, Claude, "La révolution biologique" dans Jacques Dufresne, F. Dumont, Y. Martin. *Traité d'anthropologie médicale L'institution de la santé et de la maladie*. Sillery, Presses de l'Université du Québec 1985, pp. 201-239
- Laberge, Claude, "La consanguinité des Canadiens-français", *Population* 22, 1967, pp. 861-896
- Laurendeau, France. "La médicalisation de l'accouchement" *Recherches sociographiques* 24, 2, mai-août 1983, pp. 203-234
- Lécuyer, Bernard Etienne. "Médecins et observateurs sociaux, Les annales d'hygiène publique et de médecine légale (1820-1850)", M. Perrot et al., *Pour une histoire de la statistique*. Paris (INSEE) 1977, pp. 445-455

- Léonard, Jacques. "Femmes Religion et Médecine Les religieuses qui soignent en France au XIXe siècle", *Annales E.S.C.*, sept.-oct. 1977, pp. 887-907
- Lock, Margaret M. "L'homme-machine et l'homme-microcosme; l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux", *Annales ESC*, 5, septembre-octobre 1980, pp. 1116-1136
- Longpré, Daniel, Philippe Panneton. "La diphtérie clandestine dans nos Crèches", *The Canadian Medical Journal* XXII, 1930, pp. 203-207
- Loudon, Irvine. "Maternal Mortality: 1880-1950. Some Tegmental and International Comparisons", *The Society for the Social History of Medicine* 1, 2, 1988, pp. 183-228
 "On Maternal and Infant Mortality 1900-1960", *The Society for the Social History of Medicine* 4, 2, 1991, pp. 29-73
 "Maternal Mortality: Definition and secular Trends in England and Wales, 1850-1970", *The Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge, Cambridge University Press 1993, pp. 214-221
- Luc, Jean-Noël. "A trois ans, l'enfant devient intéressant..." La découverte médicale de la seconde enfance 1750-1900", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 36, 1 janvier-mars 1989, pp. 83-112
- Mackay, Jacques. "La modernisation d'un hôpital psychiatrique traditionnel", *Revue de Neuro-psychiatrie infantile* 25, 1977, pp. 319-327
- Massicotte Édouard Zotique, "Le travail des enfants à Montréal au XVIIIe siècle", *Bulletin des Recherches historiques* 22, 1916, p. 57
 "Comment on disposait des Enfants du Roi", *Bulletin des Recherches historiques* 37, 1931, pp. 49-54
- Mesureur, André, "Il faut des infirmières dans nos écoles", *La Presse médicale* 86, 24 octobre 1908
- Mongeau, J., "Childhood antecedents of adult disease", *Report of the Fourth Canadian Ross Conference on Paediatric Research*. Québec 1981, pp. 137-141

- Morel, Marie France. "Les soins prodigués aux enfants: influence des innovations médicales et des institutions médicalisées (1750-1914) médecine et déclin de la mortalité infantile", *Annales de démographie historique*. 1989 pp. 157-181
- Morin, Victor. "L'évolution de la médecine au Canada français", *Les Cahiers des Dix* 25, 1960, pp. 65-83
- Nadeau, Émile. "Promenade mélancolique à travers les cimetières de Québec", *Le Bulletin Medical de Québec* 1916, pp. 275-299
- Olson, Sherry, Patricia Thornton, Quoc Thuy Thach, "Dimensions sociales de la mortalité infantile à Montréal au milieu du XIXe siècle", *Annales de démographie historique* EHESS, Paris 1989, pp. 299-325
- Owen Thomas, J.B., "Paediatric Anesthesia", *Bulletin of the Hospital of the Hospital for Sick Children Toronto* 16, 1-2, 1967, pp. 13-18
- Pettit, Auguste, "Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale (S.A.P.) Seize années d'expérimentation", *Biologie médicale* XXV, octobre 1935, pp. 541-627
- Pierre-Deschênes, Claudine. "Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918", *Revue d'histoire de l'Amérique française* 35, 3, décembre 1981, pp. 355-375
- Robert, Jean-Claude, "The City of Wealth and Death: Urban Mortality in Montreal, 1821-1871" in W. Mitchinson, J. McGinnis, *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto Mc Clelland and Stewart 1988, pp. 18-38
- Rollet-Echalier, Catherine. "Allaitement, mise en nourrice et mortalité infantile en France à la fin du XIXe siècle", *Population* 33, 6, novembre-décembre 1978, pp. 1189-1202
- "L'allaitement artificiel des nourrissons avant Pasteur", *Annales de Démographie historique*, 1983, pp. 81-91
- Rotch, Thomas Morgan. "The position and work of the American Pediatric Society toward public questions", *Transactions of the American pediatric Society*, XXI, 1910, pp. 7-26
- Seidler, Edward. "An historical survey of children's hospitals", *The Hospital in History*. London, Routledge 1989, pp. 181-197

- Spivak, Marcel. "Le développement de l'éducation physique et du sport français 1852-1914", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*. 1, 1977, pp. 28-48
- Tétreault, Martin. "Les maladies de la misère Aspects de la santé publique à Montréal 1880-1914", *Revue d'histoire de l'Amérique française* 36, 4, mars 1983, pp. 507-526
- Tétreault, Martin. "De la difficulté de naître et de survivre dans une ville industrielle de la Nouvelle-Angleterre au XIXe siècle: mortalité infantile, infanticide et avortement à Lowell, Massachusetts 1870-1900", *Revue d'histoire de l'Amérique française* 47, 1, été 1993, pp. 53-82
- Sutherland, Neil. "To Create a Strong and Healthy Race: School Children in the Public Health Movement 1880-1914", in Shortt S.E.D., *Medicine in Canadian Society Historical Perspectives*. Montreal, McGill-Queen's University Press 1981, pp. 361-393
- Watson, James, Francis H.C. Crick, "Molecular Structure of Nucleic Acids D.N.A.", *Nature* 171, April 25 1953, pp. 737-738.
"Genetical Implications of Structure of Deoxyribonucleic Acid", *Nature* 1971, May 30 1953, pp. 964-967.
- Ward, Patricia et Peter W.. "Infant Birth Weight and Nutrition in Industrializing Montreal", *The American Review* 89, 2, April 1984, pp. 324-345

Brochures.

- Alliance scientifique universelle Association Internationale des Hommes de Sciences Sciences Littérature Beaux-Arts*. Compte-rendu de l'assemblée générale du 17 octobre 1909, Montréal
- Audet Lapointe, Pierre. *Historique du département d'obstétrique-gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame*, 1993, 23 p.
- L'Aveugle*. Montréal, Imprimerie Arbour et Dupont 1912, 15 p.
- Barré, S.M.. *Aux Mères canadiennes Le lait pour l'alimentation dans les villes*. 1905, 44 p.

- Benoit, E. P. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame*. Montréal, Hôpital Notre-Dame 1924.
- Canadian Council on Child Welfare. *The social Significance of Child Labour in Agriculture and Industry*. 1924, 12 p.
- Child Welfare Exhibition*. October 8-22, Montreal 1912. 40 p.
- De Bellefeuille. *L'hygiène mentale Psychologie Les enfants anormaux Les instables*. textes dactylographiés. Collection Chagnon, brochures B, 2.
- Dubé, Joseph Edmond. *La situation hospitalière à Montréal*. Montréal 1928. 44 p.
- Fédération des oeuvres catholiques françaises d'hygiène infantile*, École Sociale Populaire, 162, juillet 1927. 32p.
- Fêtes jubilaires de l'Institut des Soeurs de Miséricorde*. Montréal 1898, 53 p.
- Filteau, Alice *Au pas de la Providence Les étapes du centenaire 1851-1950*. Montréal, Institut des Sourdes-Muettes 1950, 78 p.
- Gauvreau, Joseph. *La mortalité infantile*. École sociale populaire, 118, Montréal 1923.
- Gauvreau, Joseph. *L'Oeuvre des Gouttes de lait paroissiales*. L'Oeuvre des tracts, 198, 1935
- Grenier, Georges. *Quelques considérations sur les causes de la mortalité des enfants*. Montréal, Eusèbe Senécal 1871. 49 p.
- Grenier, Georges. *Contagion de la variole: lecture faite devant l'Union catholique (séance du 19 mai 1872)* Montréal 1872. 56 p.
- Guay, Donald. *Masson Raoul 1875-1928 L'éducation physique: conditions et bienfaits corporels*. Société québécoise d'histoire du loisir 1981, 34 p.
- Hôpital Sainte-Justine 1907-1932*. 32 p.
- Hôpital Sainte-Justine 1907-1947*
- Hôpital Sainte-Justine pour les enfants, service de psychiatrie infantile* 1963. 18 p.
- Langevin Lacroix, Edouard. *L'Institut Saint-Antoine*. Montréal, Librairie d'action canadienne-française, 1932, 15 p.
- Lapierre, Gaston. *L'École de plein air*. Montréal 1925, 11 p.

- Letondal, Paul. *Tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfance à évolution lente*. Institut Bruchési 1927, 6 p.
- Lebel, Léon s.j. *Le problème de la famille nombreuse Sa solution Les allocations familiales*. Montréal 1928, 32 p.
- Ligue antituberculeuse de Montréal. *Catéchisme de tuberculose*. Montréal, 1908, 16 p.
- Lorrain, Juliette. *L'Assistance Maternelle, 20e anniversaire, 1912-1932, 1932*, 27 p.
- Origine de l'Association canadienne pour l'étude de la diffusion des sciences sociales. Étude des questions sociales*. Montréal.
- Reid, R.G. Helen. *Social Service and Hospital Efficiency Charity Organization Society of Montreal*, 1913, 12 p.
- Rocheleau-Rouleau, Corinne. *Une vie rayonnante Mme Henry Hamilton fondatrice de l'Assistance maternelle*. L'Oeuvre des tracts 342, janvier 1948. 16 p.
- Saint-Luc 75 ans d'hospitalité! 75 ans...et combien d'histoires*. Montréal, Hôpital Saint-Luc 1985. 51 p.
- Service de santé de la cité de Montréal, Division de l'hygiène de l'enfance. *Hygiène de l'enfant au premier âge*. Montréal 1929, 32 p.

Revue / Journaux

- L'Action française*. 1920, 1921, 1924
- L'Action Médicale*. 1925-1943
- L'Action Universitaire*
- L'Actualité Médicale* 1987-
- Annales médico-chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine*. 1930-1961 (AMCHSJ)
- La Bonne Parole*
- Bulletin d'hygiène* 1923-1929
- Bulletin d'information du Fonds de Recherche en santé du Québec* 1988-1995 (BIFRSQ)
- Bulletin de l'Association canadienne antituberculeuse* 1928, 1929.

Bulletin sanitaire 1909-
Cahiers pédopsychiatriques Hôpital Sainte-Justine, 1974-
Canada Medical Journal, 1868, 1869
Canadian Medical Association Journal (CMAJ)
Canadian Child Welfare News. Canadian Council on Child Welfare,
 Ottawa
La Clinique 1894-1900; 1910-1922
L'École sociale populaire 1914-1948
La Gazette médicale de Montréal 1887-1893
L'Hôpital 1937-
Le Journal de médecine et de chirurgie 1906-1915
La Mère et l'enfant, mai 1890 à octobre 1891
Montréal-Médical 1901-1920
Relations 1940-1953 :1 à 13
La Revue canadienne
La Revue canadienne de biologie 1961, 1962
La Revue médicale du Canada 1901-1903
La Revue médicale de l'Université de Montréal 1951, 1952
Revue trimestrielle canadienne 1918-1935 (RTC)
L'Union médicale du Canada 1872-1990 (UMC)
La Vie médicale au Canada français 1972-
Le Devoir, La Presse, La Patrie, The Star.

Documents audiovisuels

Gravel, Nicole réalisatrice, Eric Michel, producteur. *Armand Frappier
 Pasteur, mon violon, ma mère et moi*. ONF 1995, 52 minutes
 Robitaille, Fernande (collaboration) *La grande dame de Sainte-Justine*.
 1985

Manuels

- Baudouin, Joseph Albert. *Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal*. Montréal, édition universitaire Librairie Déom, 1931.
- De Bellefeuille, Gaston Lafébur. *Manuel de technique psychométrique*. Montréal Beauchemin 1933. 175 p.
- Desroches, J.I. *Cours complet d'enseignement de l'hygiène Traité élémentaire d'hygiène privée*. Montréal, W.F. Daniel 1888, 186 p. Première édition.
- Dubé, Edmond. *Orthopédie*. Montréal Edouard Garand 1932. 125p.
- Ferrier, Pierre E. (dir.) *Précis de pédiatrie* Genève 1974. Ce livre écrit en collaboration par des auteurs de Suisse Romande, du Québec et de France. Les médecins de l'Université de Montréal participants: Jean Joncas, Luc Chicoine, Lucette Lafleur, André Davignon, Claude C. Roy, Claude Morin.
- Fortier, de la Broquerie. *Précis de puériculture et de pédiatrie*. Montréal, Wilson et Lafleur 1957, 549 p.
- Goldbloom, Alton. *Du soin des enfants*. Toronto, London, New York, Longmans Green and Compagny 1930, 258 p.. Traduit de l'anglais par le docteur Daniel Longpré; titre original *The Care of the Child*. 1928 Première édition.
- Huard, Victor A. (abbé) *Traité élémentaire de zoologie et d'hygiène* Québec 1906, 259 p.
- Lachapelle, Séverin. *La Santé pour tous ou notions élémentaires de physiologie et d'hygiène à l'usage des familles suivies du petit guide de la mère auprès de son enfant malade*. Montréal, Compagnie d'imprimerie canadienne 1880, 316 p.
- Lachapelle, Séverin. *Manuel d'hygiène. A l'usage des écoles et des familles*. Montréal, Cadieux & Derome 1888, 176 p.
- Lachapelle, Séverin. *Femme et nurse* 1901, 212 p.
- Langlois, Edgar, Jean Saucier, Roma Amyot. *Manuel de neuro-psychiatrie*. Montréal, E. Garand 1930, 214 p.
- Lapierre, Gaston. *Pour la mère et l'infirmière Du soin des enfants*. Montréal 2e édition 1938, 232 p.. Éditions 1931, 1938, 1944

- Lespérance, Henri. *Leçons de Pédiatrie*. École des gardes-malades de l'Hôtel-Dieu de Saint-Joseph de Montréal. Montréal, Beauchemin 1924. 138 p.
- Longpré, Daniel. *L'enfant sain*, Montréal, édition Albert Lévesque 1933. 121 p.
- Palardy, Hector. *Causeries sur l'hygiène*. Chicoutimi, Syndicat des imprimeurs du Saguenay 1922. 352 p.
- Palardy, Hector. *Hygiène sexuelle L'homme et la génération La femme et la génération. Les maladies vénériennes*. Chicoutimi, Le syndicat des imprimeurs du Saguenay 1922. 32 p.
- Palardy Hector. *Abrégé d'hygiène à l'usage des écoles* Montréal, Granger 1927
- Paquin, Elzéar. *Le livre des mères ou instructions pratiques sur les principes fondamentaux de la propagation de la race humaine*. Montréal, 2e édition 1880, 254 p.
- Paquin, Elzéar. *Instructions pratiques aux Mères de famille Hygiène et les Maladies des enfants Hygiène et maladies des organes de la digestion*. Imprimerie de la Revue canadienne de l'ouest 1884 première édition. 182 p.
- Roy, Claude C., Arnold Silverman, Frank Cozzetto. *Paediatric Clinical Gastroenterology*. The C.V. Mosby Co., St Louis 1975. 799 p.
- René de Cotret, Elphège Adalbert. *Traité des soins à donner à la femme enceinte, à la parturiente, à l'accouchée et à l'enfant Suite de couches normales et pathologiques L'obstétrique des gardes-malades*. Montréal 1924
- Sergent, Émile, Louis Ribadeau-Dumas. *La tuberculose et la mortalité infantile Leçons données à l'Université Laval et à l'Université de Montréal*. Québec, Publications du Service provincial d'hygiène 1924. 410p.
- Traité élémentaire de matière médicale*. Soeurs de la Providence, 1869. 1186 p.