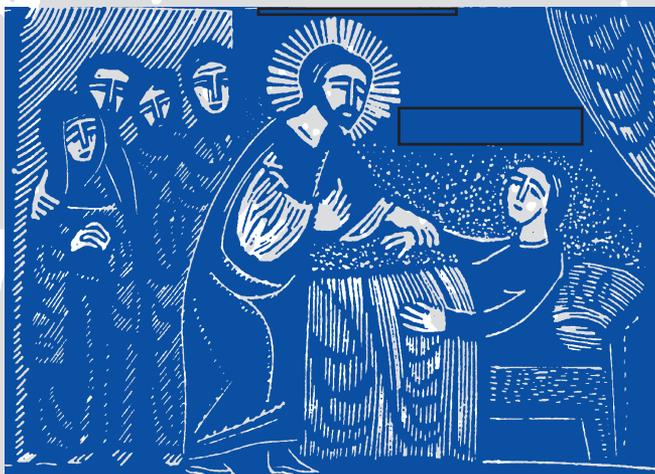


# Une mission : prendre soin des malades



L'essor des établissements  
catholiques de soins de santé  
et leur évolution au Nouveau-Brunswick

Michael McGowan

# **Une mission : prendre soins des malades**

L'essor des établissements  
catholiques de soins de santé  
et leur évolution au Nouveau-Brunswick

Michael McGowan



Association catholique canadienne de la santé  
Catholic Health Association of Canada

Données de catalogage avant publication (Canada)

McGowan, Michael, 1952-

Une mission : prendre soin des malades : l'essor des établissements catholiques de soins de santé et leur évolution au Nouveau-Brunswick

Publié aussi en anglais sous le titre : The mission to Care for the Sick.

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 0-920705-33-2

1. Équipements sanitaires catholiques--Nouveau-Brunswick--Histoire. 2. Équipements sanitaires catholiques--Canada--Histoire. 3. Soins aux malades--Histoire. I. Association catholique canadienne de la santé. II. Titre.

RA975.C37M3414 1999      362.1'09715'1      C99-900623-1

© Association catholique canadienne de la santé, 1999

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec  
l'Association catholique canadienne de la santé  
1247, place Kilborn  
Ottawa (Ontario) K1H 6K9

Téléphone      (613) 731 7148

Télécopieur      (613) 731-7797

[www.net-globe.com/chac/french/catpub.html](http://www.net-globe.com/chac/french/catpub.html)

# TABLE DES MATIÈRES

Un mot sur l'auteur .....	v
Introduction .....	1
I. Les premiers services de santé .....	2
A. Racines prébibliques .....	2
B. Réflexion scripturaire sur la maladie et la santé .....	3
C. Les temps apostoliques et l'Église primitive .....	6
D. L'époque post-apostolique .....	8
1. Du VI <sup>e</sup> au VIII <sup>e</sup> siècle .....	8
2. Le IX <sup>e</sup> siècle .....	8
3. Le Moyen Âge .....	9
4. Les XVI <sup>e</sup> et XVII <sup>e</sup> siècles .....	11
II. Le développement de l'apostolat catholique de la santé au Canada ...	12
III. L'évolution du secteur catholique de la santé dans la province du Nouveau-Brunswick .....	15
A. Le contexte .....	15
B. Les instituts religieux .....	19
1. Les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph .....	19
2. Les Soeurs de la Charité de l'Immaculée-Conception de Saint John .....	23
3. Les Soeurs de Notre-Dame du Sacré-Coeur .....	24
4. La Congrégation des Filles de Jésus .....	25
C. Les soins de santé au Nouveau-Brunswick .....	27
Conclusion .....	33
Notes .....	34



## UN MOT SUR L'AUTEUR

L'abbé Michael McGowan est né à Saint John, Nouveau-Brunswick, le 4 juin 1952. En 1977, il obtenait un B.A. de l'Université du Nouveau-Brunswick. Il s'est ensuite inscrit à la Faculté de théologie de l'Université Saint-Paul, à Ottawa, dont il a obtenu un B.Th. en 1980. Ordonné prêtre le 7 mai 1981, il a été vicaire et curé de plusieurs paroisses dans le diocèse de Saint John. L'abbé McGowan a aussi exercé diverses fonctions à l'intérieur du tribunal ecclésiastique de Saint John. En 1994, il a entrepris des études en droit canon à l'Université Saint Paul et a obtenu une licence en 1996. Cette même année, il commençait ses études de doctorat et, en 1998, il obtenait son Ph. D. en droit canon. Le titre de sa thèse de doctorat était *The Canonical Status of Catholic Health Care Facilities in the Province of New Brunswick in the Light of Recent Provincial Government Legislation*. Il a récemment publié un document intitulé *Modèles de direction et de parrainage des organisations catholiques canadiennes de la santé*. À l'heure actuelle, il exerce les fonctions de juge ecclésiastique du Tribunal matrimonial régional de Halifax, de conseiller canonique auprès de l'Association catholique de la santé du Nouveau-Brunswick et, au même titre, auprès de l'évêque de Saint John. À l'automne de 1999, il doit commencer à enseigner à l'Université St. Thomas, de Fredericton.

## INTRODUCTION

Depuis des générations, une foule de personnes de bonne volonté, animées par leur foi, ont exercé l'important apostolat du soin des malades. La compassion, le souci et les soins apportés à ceux qui sont affligés par la maladie et la souffrance sont en effet considérés par l'Église catholique comme une oeuvre de charité et de miséricorde faisant partie intégrante de sa mission.

Entre autres façons de s'occuper des malades, l'Église catholique a fondé d'innombrables établissements de santé, en signe d'espérance et en témoignage vivant de la présence et de la puissance d'un Dieu guérisseur. Ces établissements, partout au Canada, continuent encore aujourd'hui de suivre « une tradition d'excellence, d'engagement et de compassion réelle »<sup>1</sup>. Ils font partie intégrante du système de santé du Canada, et ils contribuent à l'instauration et à l'offre de services de santé de qualité à tous les citoyens du pays<sup>2</sup>.

Le but de ce court ouvrage est de retracer le développement des établissements de santé catholiques, en particulier ceux de la province du Nouveau-Brunswick. Ces établissements sont apparus en réponse à divers besoins et situations, entre autres le soin des victimes d'épidémies et le soutien des immigrants. La première partie de cet ouvrage porte sur les tout premiers développements des établissements de santé et présente un synopsis des racines prébibliques, suivi d'une réflexion scripturaire sur la maladie et la souffrance dans l'Ancien comme dans le Nouveau Testament. Les établissements des premiers temps apostoliques et de l'Église primitive ont assuré des services d'hospitalité et d'aide aux pèlerins et voyageurs et ont ainsi jeté les fondements de tout le développement futur de l'apostolat des soins de santé. Cette réflexion est suivie d'un survol de la croissance de ces établissements de santé entre le VI<sup>e</sup> et le XVII<sup>e</sup> siècle.

L'essor des établissements de santé catholiques au Canada constitue la base de la deuxième partie. C'est en examinant l'engagement de l'Église dans le secteur de la santé, et particulièrement la contribution de ses divers instituts religieux, qu'apparaîtra le rôle considérable qu'elle a

joué dans le développement global des établissements de santé de toutes les régions du pays.

Enfin, la troisième partie traite de façon spécifique du secteur de la santé de la province du Nouveau-Brunswick du le développement de ses établissements de santé catholiques. Le rôle particulièrement important joué par les instituts religieux, ainsi que leur contribution substantielle à cette oeuvre primordiale du soin des malades dans toute la province s'en dégagent nettement.

## **I. LES PREMIERS SERVICES DE SANTÉ**

### **A. Racines prébibliques**

La recherche du bien-être physique et mental de la personne humaine est commune à tous les peuples et à toutes les époques. La société a toujours utilisé de grands moyens pour traiter et prévenir la maladie sous toutes ses formes et pour en contrôler la propagation. En recourant à divers médicaments et pratiques médicales, l'humanité a su remplir de façon remarquable la tâche noble et sublime du soin des malades, des affligés et des mourants. On peut probablement affirmer que, dans l'histoire, pratiquement tout groupement de personnes s'est construit et donné des établissements spéciaux, d'un genre ou l'autre, dans le but unique de fournir des soins de santé.

Le soin des malades, la prévention de la maladie, le réconfort des affligés et la consolation des mourants nous ont fascinés de génération en génération, mais nous ont toujours en même temps présenté un défi. Longtemps avant la naissance du Christ, les peuples de l'Extrême Orient – au Ceylan (maintenant Sri Lanka) et en Inde, à l'époque de Bouddha – disposaient d'établissements consacrés au soin et au traitement des malades. Ces services présentaient les caractéristiques essentielles que nous y retrouvons encore aujourd'hui; déjà, ils soulignaient l'importance de l'hygiène, de la bonne alimentation et d'un traitement des patients marqué de bonté et de respect<sup>3</sup>.

Durant toute l'époque gréco<sup>4</sup>-romaine<sup>5</sup>, la construction de temples consacrés aux dieux de la santé a été chose commune. Les installations de services aux malades étaient habituellement associées à ces endroits de dévotion et de pèlerinage. Le monumental et impressionnant Temple d'Esculape, le dieu romain de la médecine, identifié au dieu grec Asclépias, témoigne de ces multiples endroits où les gens allaient implorer la guérison<sup>6</sup>.

Mais les services de soin et de prévention de la maladie ne se retrouvent pas seulement dans les anciennes sociétés grecques et romaines. L'art de guérir, qu'on appelle maintenant médecine, était également pratiqué dans les anciennes sociétés d'Égypte, de Babylonie et de Chine<sup>7</sup>. Par toutes sortes de remèdes, produits et pratiques naturelles – herbes, aiguilles et acupuncture – le malade recevait des traitements contre ses souffrances. Les méthodes et pratiques modernes de la santé sont grandement redevables à ces anciennes cultures pour le développement des services de qualité auxquels nous sommes habitués de nos jours. Même dans la médecine d'aujourd'hui, nous retrouvons les symboles d'anciennes pratiques médicales, spécialement le *Serment d'Hippocrate* et le rappel de la *caducée*, l'emblème traditionnel du médecin<sup>8</sup>.

## **B. Réflexion scripturaire sur la maladie et la santé**

La littérature judéo-chrétienne abonde d'histoires sur la vie, la maladie, la guérison et la mort. Par leur réflexion sur ces divers thèmes, les traditions de foi juive et chrétienne ont réagi au problème de la maladie en assurant des soins, en manifestant du souci et de la compassion et en apportant un réconfort aux personnes affligées. À l'époque des Écritures, la fièvre, la lèpre, la paralysie, la surdi-mutité, l'atrophie, l'hémorragie, la cécité, l'épilepsie, la difformité, et l'hydropisie étaient signalées comme maladies affligeant l'humanité<sup>9</sup>.

Dans les premières pages de l'Ancien Testament, une vision de sérénité, de paix et d'harmonie nous est offerte. La santé et le bonheur sont dans l'ordre des choses. Tout est bon – tout est même très bon. Mais la désobéissance de l'humanité vient briser rapidement cette relation avec le Créateur et dès lors, la maladie, la souffrance et la mort deviennent le lot de chacun. Dieu n'en demeure pas moins constamment fidèle,

ardemment désireux de restaurer l'harmonie dans la création, et malgré l'infidélité de l'humanité, Il conclut un serment d'alliance avec Ses créatures, par le truchement d'Abraham et de Sarah et de leurs descendants<sup>10</sup>.

Les thèmes bibliques de la vie, de la maladie, de la souffrance et de la mort sont repris encore dans le livre de l'Exode. Dieu y est présenté sous les traits du toujours fidèle, de Celui qui a promis la libéralisation de l'esclavage, de l'asservissement et de l'oppression. Sous l'habile direction de Moïse, Israël séjourne sur la terre où coulent le lait et le miel. Cet événement central dans la vie d'Israël continue de montrer que Dieu garde toujours le désir d'éloigner la misère et de restaurer la santé et la plénitude de vie<sup>11</sup>.

La foi en la vie est encore réaffirmée dans le Deutéronome. Israël est alors mis au défi de choisir, d'opter véritablement en faveur de la vie et contre la mort<sup>12</sup>. Encore une fois, Dieu y est présenté comme le Dieu de la vie, et non pas de la mort. Il est Celui qui restaure la santé et la prospérité. Dans le Nouveau Royaume, dans la nouvelle création qu'il promet, l'humanité sera libérée du péché, de la maladie, de la souffrance, et surtout de la mort<sup>13</sup>.

Les hymnes contenus dans le livre de Psaumes nous rappellent les expériences humaines du peuple de Dieu. La perte de la vie y est considérée comme une cause de lamentation, comme une punition de l'infidélité à l'alliance. D'un autre côté, la restauration de la santé est une occasion de louange et de gratitude, un moment de confiance dans la délivrance et la guérison future<sup>14</sup>.

Enfin, les écrits des prophètes de l'Ancien Testament, et particulièrement Ezéchiel et Isaïe, développent également les thèmes de la maladie et de la guérison. L'image la plus frappante qu'utilise Ezéchiel est celle du cours d'eau présenté comme un courant et une source de vie<sup>15</sup>. Quant à Isaïe, ses écrits portent surtout sur le Serviteur souffrant. Ce Serviteur de Yahvé nous est montré comme le témoin puissant de l'alliance avec Dieu, avec un Dieu aimant établi dans une relation de don de vie avec Son peuple. Par les souffrances du Serviteur, par ses blessures, c'est nous qui sommes guéris<sup>16</sup>.

L'Ancien Testament peut être résumé en un mot – l'ancien terme hébreu

« Yeshe » – qui signifie salut. Ce seul mot nous donne toute une nouvelle image de Dieu, d'un Dieu qui est le dispensateur de la vie et de la santé, le restaurateur de l'oeuvre de la création. « Aux termes de la Bible, le salut est un moment de totale guérison où le péché et la souffrance sont éloignés par le pouvoir de donner la santé dont Dieu dispose en faveur de ceux qui suivent Sa parole »<sup>17</sup>.

Les auteurs du Nouveau Testament attachent une très grande importance au ministère de guérison de Jésus. Leurs textes abondent de récits et d'exemples saisissants de soin et de compassion, ainsi que de rétablissement de la santé de personnes atteintes de toutes sortes de maladies. La sensibilité, le souci et la tendresse de Jésus à l'égard des malades et des affligés ne cessent de se manifester en témoignage de la présence guérissante de Dieu. Le Nouveau Testament nous montre un Jésus qui est non seulement un grand enseignant, mais également un guérisseur; il nous est présenté comme le divin Médecin. Il a mis en oeuvre ce qu'il a prêché, il s'est porté vers les autres et, en toute solidarité, il a touché et restauré la dignité humaine, il a redonné la santé et la vie à ceux qui se montraient fragilisés et traversaient une période de vie difficile.

Jésus regardait la maladie et la souffrance comme un mal, comme une conséquence de la relation brisée entre le Créateur et la créature, un détournement de l'homme de son Dieu, un signe de la domination de Satan sur l'humanité<sup>18</sup>. Néanmoins, tout au cours de ses nombreuses rencontres, il s'est montré sensible et compatissant à l'égard des êtres malades et fragiles de son milieu. Il a mené une campagne active contre la maladie et la souffrance et il a soulevé le voile du doute et des ténèbres; il a ainsi fait percevoir la présence et la puissance d'un Dieu guérisseur. La maladie, la souffrance et la mort pouvaient être vaincues et Jésus a ouvert les perspectives à cette croyance, à cette possibilité. Il a montré que son pouvoir ne s'exerçait pas seulement contre le péché, mais également contre la maladie<sup>19</sup>. En Jésus, le bien pouvait triompher du mal, la vie pouvait triompher de la mort. La puissance de guérison exprimée et démontrée en lui était le signe indéniable des débuts du Royaume de Dieu<sup>20</sup>. En Jésus et par Jésus, Dieu a touché et transformé la maladie qui, dès lors, a pris une nouvelle et plus profonde signification. La maladie, la souffrance et la mort sont devenues des valeurs rédemptrices pour l'humanité<sup>21</sup>.

Dans ses écrits sur cette notion biblique, L. Dufour déclare que « la maladie est un symbole de l'état dans lequel l'homme pécheur se retrouve; spirituellement, il est aveugle, sourd et paralysé. La guérison de cette homme prend donc également valeur de symbole. Elle représente la guérison spirituelle que Jésus est venu apporter aux hommes »<sup>22</sup>.

Le ministère et l'exemple de Jésus sont le sacrement, le signe de la puissance de guérison de Dieu. Jésus est celui qui prend sur lui la souffrance et la transforme, celui qui lui donne une valeur et qui restaure l'harmonie entre la personne et son créateur<sup>23</sup>.

### **C. Les temps apostoliques et l'Église primitive**

Les apôtres ont été investis de l'autorité de poursuivre la mission de Jésus. Ils ont été faits participants de l'oeuvre de guérison. Ils ont continué à être les signes et les témoins de la présence puissante de Dieu dans le monde<sup>24</sup>. Partout où ils allaient, leur enseignement et leur partage de l'Évangile étaient accompagnés d'expressions concrètes de souci et de soin, particulièrement à l'endroit des personnes affligées par la maladie<sup>25</sup>. Les témoignages les plus puissants du ministère de guérison des apôtres se retrouvent dans les Actes des apôtres<sup>26</sup>. Dans ses écrits, saint Paul parle spécialement du don de guérison<sup>27</sup>, un don qui est fait en vue de la construction de la communauté – l'Église.

Depuis l'époque apostolique, l'apostolat de la guérison a fait partie intégrante et été une composante essentielle de la mission de l'Église. Ensuite, au cours des âges, cet apostolat s'est exercé de diverses façons et a généralement pris trois formes concrètes :

- les guérisons miraculeuses;
- la prière, l'onction d'huile et l'imposition des mains; et
- l'expression visible et le témoignage assurés par la fondation d'établissements de santé<sup>28</sup>.

Dans son étude sur les soins de santé et l'Église, F. Cleary affirme que : « le christianisme a été unique dans sa façon d'institutionnaliser les soins de santé et de les faire servir comme témoignage formellement religieux à la face du monde. Nulle part ailleurs, le soin des malades a-t-

il été aussi répandu, si bien organisé et si marqué par l'esprit d'abnégation »<sup>29</sup>. Ce que nous avons appris à apprécier et à espérer des services de santé modernes prend solidement racine dans le tout début de la chrétienté, dans le ministère exercé par les premiers apôtres<sup>30</sup>.

Après la mort du dernier apôtre, l'Église primitive a poursuivi ce ministère du soin des malades. Hippolyte, qui écrit au II<sup>e</sup> siècle, a parlé des chrétiens comme de personnes soucieuses et dévouées à l'endroit des malades, poursuivant ainsi l'oeuvre de guérison des apôtres<sup>31</sup>. Les Constitutions apostoliques – le registre liturgique le plus ancien de l'Église – contiennent les textes de consécration de l'exorciste et du guérisseur au sein de la communauté chrétienne<sup>32</sup>. Ce document contient aussi la prière de demande du pouvoir de guérison qui était prononcée à l'occasion de l'ordination d'un prêtre<sup>33</sup>. Julien l'Apostat, qui écrit au IV<sup>e</sup> siècle, fait remarquer : « Maintenant, nous voyons ce qui fait des chrétiens des ennemis aussi puissants de nos dieux. C'est la charité fraternelle dont ils font preuve à l'égard des étrangers et à l'endroit des malades et des pauvres »<sup>34</sup>.

L'origine des établissements de santé s'enracine donc profondément dans la vertu chrétienne de l'hospitalité. Étymologiquement, le mot « hospitalité » vient du mot latin « hospes », qui signifie hôte. À leurs débuts, les hospices ont assuré des soins et du réconfort aux voyageurs; ils ont aidé les pauvres et les nécessiteux, ils ont apporté consolation et souci aux personnes affligées de maladies, ils ont aidé les vieillards, et ils ont servi de foyers pour les orphelins, les personnes abandonnées et les veuves<sup>35</sup>. Comme autre facteur de promotion de la vertu de l'hospitalité et du soin des malades, il faut aussi souligner le développement de l'ordre du diaconat<sup>36</sup> au sein de l'Église. Cette fonction devait surtout assurer l'hospitalité aux personnes dans le besoin. Le ministère du service pouvait s'exercer de diverses façons, mais quatre formes différentes se sont développées dans l'apostolat des soins de santé dans l'Église<sup>37</sup> :

- la fondation de refuges pour voyageurs (xendochia);
- la fondation d'infirmes (nosocomia);
- la fondation de foyers pour enfants abandonnés (brephotrophia);

- la fondation de foyers pour personnes âgées (gerocomia)<sup>38</sup>.

Dans son ouvrage de réflexion théologique sur l'apostolat de la santé, J. Casey fait valoir que « chacune de ces initiatives marquait un souci pour la santé, mais ce sont les auberges pour voyageurs et les infirmeries qui ont été les précurseurs des soins de santé systématiques. La fonction la plus importante de ces auberges était en effet d'abriter les malades »<sup>39</sup>. Ces établissements d'aide et de soin des malades ont gagné de plus en plus d'importance dans l'Église. En 335 ap. J.-C., un Décret de l'empereur Constantin ordonna la création systématique d'établissements de santé à Rome, à Constantinople et à Ephèse, ainsi que dans d'autres parties de l'Empire<sup>40</sup>.

Dans la dernière partie du IV<sup>e</sup> siècle, soit en 370 ap. J.-C., saint Basile le Grand a fondé un important établissement près de Césarée, en Cappadoce. Ce monument devint le modèle de l'hôpital chrétien. Grégoire de Naziance le décrit comme un endroit où la maladie devient une école de sagesse, où la maladie est considérée comme une lumière religieuse, où la misère se change en bonheur, et où la charité chrétienne trouve son expression la plus frappante<sup>41</sup>.

## **D. L'époque post-apostolique**

### **1. Du VI<sup>e</sup> au VIII<sup>e</sup> siècle**

Pour la majeure partie de la période du VI<sup>e</sup> au VIII<sup>e</sup> siècle, les établissements de santé étaient construits tout près de la cathédrale ou du monastère local. L'accent principal, à cette époque, était placé sur le bien-être spirituel du malade et sur sa condition physique. C'est durant cette période que les grands établissements tels que l'Hôtel-Dieu de Lyon (en 542) et l'Hôtel-Dieu de Paris (en 660) ont été fondés. Mais à mesure que les différents établissements se répandaient à travers le continent, habituellement sous la direction et la vigilance de l'évêque local, la nécessité de règles juridiques spécifiques s'est manifestée, particulièrement en ce qui regarde leur organisation.

### **2. Le IX<sup>e</sup> siècle**

Le IX<sup>e</sup> siècle peut être décrit comme l'âge de la médecine monastique. Avec l'intérêt marqué pour la vie monastique et son développement, la vertu de l'hospitalité est rapidement devenue l'une des caractéristiques

communes de cette tradition religieuse et, avec cette vertu, un intérêt s'est développé pour la pratique de la médecine chez les moines. À certains moments au cours de cette période, ces derniers ont compté parmi les rares individus considérés comme qualifiés pour apporter les traitements nécessaires aux malades. Les moines, particulièrement les Bénédictins, ont ainsi exercé rapidement une grande influence sur la science de la médecine et ses disciplines complémentaires<sup>42</sup>. À cause de ces trois facteurs, le monastère est devenu l'établissement de santé de base<sup>43</sup>. Premièrement, il comportait habituellement un *infirmatorium*, où le malade pouvait recevoir le traitement approprié et adéquat pour son mal. Deuxièmement, en plus de l'*infirmatorium*, le monastère disposait d'une pharmacie ou dispensaire où les médicaments nécessaires étaient directement accessibles. Et en dernier lieu, le potager du monastère non seulement produisait les aliments voulus pour les moines et les visiteurs, mais permettait également d'obtenir les genres d'herbes utilisées pour la préparation des médicaments. Au cours du IX<sup>e</sup> siècle, le monastère a fonctionné comme l'un des tout premiers établissements consacrés non seulement à l'hospitalité, mais également à l'oeuvre intégrale du soin des malades. Et pour ce qui concerne la pratique de la médecine, le monastère et ses dépendances sont rapidement devenus un monopole virtuel<sup>44</sup>.

### **3. Le Moyen Âge**

Peut-être plus que toute autre période, le Moyen Âge a influé sur le caractère religieux de l'apostolat de la santé. L'événement marquant de cette époque a été les Croisades. Avec ce tournant, un nouveau genre d'intervenant est apparu dans le secteur de la santé : les ordres militaires<sup>45</sup>. Les Chevaliers hospitaliers de Saint-Jean, également connus sous le nom de l'Ordre de Malte, ont rapidement pris la place la plus visible parmi ces ordres et, en 1099, ils avaient fondé un grand hôpital à Jérusalem afin de soigner les malades, les blessés et les mourants ) tous victimes des Croisades. Encore aujourd'hui, cet ordre joue un rôle significatif dans le secteur de la santé. Dans certaines parties du monde, une de ses oeuvres dérivées est l'Association de l'Ambulance St-Jean. D'autres ordres militaires ont également contribué à la prestation de soins et de traitements aux malades, par exemple les Chevaliers teutoniques et les Hospitaliers de St-Lazare. Toutefois, avec le temps, les Chevaliers teutoniques ont été relégués aux livres d'histoire, alors

que les Hospitaliers de St-Lazare existent encore de nos jours<sup>46</sup>.

Le deuxième facteur d'importance dans les soins de santé au cours de cette époque a été la croissance continue des établissements de santé eux-mêmes, particulièrement les hôpitaux. Avec cette croissance, évidemment, le besoin d'un plus grand nombre de règles et règlements s'est fait sentir. Inévitablement, les règlements canoniques ont alors exercé une grande influence sur les établissements de santé associés à l'Église<sup>47</sup>.

Le troisième facteur de développement des établissements de santé catholiques a été l'apparition des guildes hospitalières, « des confréries organisées de laïcs, vivant habituellement selon une règle religieuse et qui se dévouent aux soins des malades »<sup>48</sup>. La formation de ces guildes a donné un élan à l'émergence d'une nouvelle branche du droit, la loi hospitalière. L'hôpital a été rapidement soumis à la réglementation du droit canon de l'époque, particulièrement en ce qui concerne l'administration des biens ecclésiastiques, la nomination des aumôniers, ainsi que l'apparition de nouvelles communautés religieuses.

Mais au XIII<sup>e</sup> siècle, les soins de santé et la manière dont ils étaient assurés ont subi des changements draconiens. En effet, le droit canon de l'époque interdisait aux clercs et aux moines de pratiquer la médecine de façon active. Même si le soin des malades continuait d'être considéré comme une oeuvre de charité, la pratique concrète de la science médicale a été graduellement transférée au monde séculier. Trois facteurs principaux ont conduit à cette prohibition :

- la pratique de la médecine était largement perçue comme une affaire commerciale; le motif de base derrière les soins de santé est apparu comme une course aux profits plutôt qu'une oeuvre de charité;
- certaines questions morales et pratiques ou procédures médicales sont entrées en conflit avec l'enseignement de l'Église;
- le ministère de guérison a finalement été perçu comme sans rapport et même contraire à la vie monastique autant que cléricale de l'époque<sup>49</sup>.

Avec la fin du Moyen Âge, l'apostolat des soins de santé dans l'Église a donc accusé un recul et un mouvement de désaffection. Il faudra quelque deux cents ans, en plus d'approches nouvelles et dynamiques, pour

instiller une nouvelle vie dans cette ancienne oeuvre essentielle de l'Église.

#### **4. Les XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles**

En effet, à l'aube des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles, l'apostolat des soins de santé dans l'Église a connu un renouveau d'intérêt. De nouveaux instituts religieux, particulièrement de femmes, se sont tournés entre autres oeuvres vers le secteur de la santé. Ce faisant, une nouvelle dimension a été apportée à cette oeuvre de charité et de miséricorde<sup>50</sup>. F. Cleary écrit :

Les religieuses, toutefois, n'ont pas été attirées à la pratique de la médecine en tant que médecins, mais en réaction à un manque manifeste d'humanité et de traitement chrétien des patients, particulièrement des pauvres, des rejetés et des abandonnés<sup>51</sup>.

Contrairement à la fin du Moyen Âge, l'engagement de l'Église a été à nouveau orienté vers le soin des malades, la compassion, ainsi que la manière de traiter les personnes souffrantes. Durant cette nouvelle période, telles ont été les valeurs essentielles qui ont inspiré le travail dans les établissements de santé<sup>52</sup>. Avec le renouveau de la vie religieuse, un nouvel âge est apparu dans la manière de percevoir les soins et la façon de les assurer.

Il y a deux raisons pour lesquelles les Soeurs ont vu que leur ministère était valable en tant que témoignage chrétien formel. D'abord, elles apportaient un sens chrétien à l'expérience de la maladie, selon l'exemple et le commandement du Seigneur auquel elles s'étaient consacrées. Elles s'employaient, deuxièmement, à traiter tous les patients de façon égale, sans égard à leur état social et économique, proclamant ainsi la volonté salvifique universelle de Dieu et son amour spécial pour les abandonnés et les faibles<sup>53</sup>.

Ainsi, cette période s'est-elle terminée sur une note d'optimisme. La voie était pavée pour de nouvelles découvertes dans un nouveau domaine, et la revitalisation de l'engagement de l'Église dans cet apostolat de la santé pouvait s'exprimer. Mais il fallait à cet effet que de nouveaux instituts religieux soient fondés avec pour seul objectif la prestation de soins et de traitements pour les malades, les blessés et les mourants. Cette oeuvre intégrante aurait dès lors la chance d'atteindre des niveaux

élevés; et c'est ainsi que les fondements ont été établis en vue d'un grand système de santé dont nous profitons tous encore de nos jours.

## **II. LE DÉVELOPPEMENT DE L'APOSTOLAT CATHOLIQUE DE LA SANTÉ AU CANADA**

Au Canada, le secteur de la santé et l'Église catholique jouissent d'une longue association qui nous ramène jusqu'au tout début de la nation elle-même<sup>54</sup>. Bravant les eaux indomptées de l'Atlantique, les premiers aventuriers et colons se sont taillés pour eux-mêmes et leurs descendants un nouveau monde. Et alors, peu après avoir atteint les rives de ce Nouveau Monde, il est apparu évident qu'une forme d'organisation de soins des malades et des blessés était nécessaire, tant pour les colons que pour les autochtones. Ensuite, en fondant ces établissements pour soigner les malades, d'autres facteurs sont entrés en jeu, par exemple la conversion des autochtones à la foi chrétienne, le soin des colonisateurs et des soldats blessés, ainsi que le contrôle des maladies telles que la fièvre et la variole<sup>55</sup>.

Au tournant du XVII<sup>e</sup> siècle, des signes de renouveau religieux sont apparus, avec de grands réformateurs comme Thérèse d'Avila, Ignace de Loyola, François de Sales, Vincent de Paul, Camille de Lellis et d'autres grandes figures innombrables qui ont instillé une nouvelle espérance, une nouvelle vigueur et un avenir prometteur pour l'Église<sup>56</sup>. Au cours de cette période, une atmosphère de zèle et d'enthousiasme s'est créée à l'égard des découvertes du Nouveau Monde. Ceux qui souhaitaient s'engager dans des aventures héroïques et ouvrir de nouvelles perspectives à l'oeuvre de Dieu et à leur pays s'empressaient de traverser la mer. Un nouveau vent d'optimisme soulevait les coeurs et les esprits de ces premiers aventuriers qui se disaient : serait-il possible d'avoir une nouvelle terre catholique de l'autre côté de l'Atlantique<sup>57</sup>?

Malgré ses débuts modestes, l'apostolat des soins de santé a plongé de profondes racines dans le tissu même de la vie canadienne et l'en a profondément imprégnée. L'histoire fait foi de l'expansion heureuse des

établissements de santé, lesquels ont jeté de solides fondements pour le système hautement technique et complexe dont nous jouissons de nos jours. D'après les récits historiques, le premier établissement hospitalier en Amérique aurait été fondé en 1503, à Santo Domingo. Et le second, l'Hôpital de l'Immaculée-Conception de Mexico, a été créé par Cortez en 1545<sup>58</sup>.

Les premiers pas vers la fondation d'un semblant d'établissement de santé au Canada remontent à l'an 1625. À leur arrivée à Québec, les missionnaires Jésuites ont entrepris une mission d'évangélisation des peuples autochtones du Nouveau Monde, et particulièrement les Hurons. Vers 1634, des résultats suffisants avaient été obtenus pour permettre à Jean de Brébeuf et ses compagnons de se diriger vers l'Ouest, dans ce qui s'appelle actuellement l'Ontario. Et en 1639, le petit groupe de missionnaires parvenait à établir la prospère mission de Ste-Marie-des-Hurons (près de la ville actuelle de Midland, Ontario), laquelle devint rapidement le port d'attache et le centre d'activité des autres entreprises missionnaires des Jésuites. Au Sainte-Marie, une éducation de base ainsi que certaines formes d'aide sociale étaient offertes. En effet, au centre de tous ces postes missionnaires, il y avait l'école, laquelle permettait entre autres de transmettre les rudiments de la foi. Certains documents attestent aussi qu'un établissement assurant des traitements et des soins aux malades était rattaché à l'école. Les *Relations des Jésuites* nous rapportent que :

en 1640, les constructions principales de type européen étaient entreprises. En 1642, une église dédiée à saint Joseph, ainsi qu'un hôpital, avaient été bâtis à l'extérieur du secteur construit par le Père [...] L'hôpital lui-même était de 44 pieds de long et de 40 pieds de profondeur, avec une petite annexe de 14 pieds par 10 pieds, sur un des côtés [...]. Il paraît assez certain qu'une partition divisait la bâtisse en deux salles, de 44 pieds de long, et de 20 pieds de large, approximativement [...] <sup>59</sup>.

Un autre institut religieux important qui a contribué à la fondation d'établissements de santé au cours des premières années de la colonisation a été la congrégation des Soeurs Augustines de la Miséricorde de Jésus. Arrivant de Dieppe, France, le 31 juillet 1639, elles se sont installées à Québec et, plus tard au cours de cette même année, ont fondé

l'Hôpital Hôtel-Dieu. Cette vénérable institution a poursuivi alors son oeuvre en faveur des malades durant près de 300 ans, c'est-à-dire jusqu'en 1938, alors que l'hôpital a été converti en résidence et centre de santé pour les personnes âgées<sup>60</sup>. Bien que nous en traitions un peu plus loin dans cet ouvrage, nous devons également mentionner le rôle de premier plan qu'ont exercé dans l'apostolat de la santé, dès les premières heures de l'histoire du Canada, les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph.

En 1737, le premier institut religieux fondé par une femme née au Canada, Marguerite d'Youville<sup>61</sup>, prit le nom de Soeurs de la Charité, connu ensuite sous le nom de « Soeurs Grises ». Dès le départ, leur apostolat a été axé, dans l'esprit de l'Évangile, vers le soin des malades, des pauvres et des mourants. Les diverses branches des Soeurs Grises ont contribué à la fondation d'établissements de santé ailleurs au Québec et partout en Ontario, sans compter ceux du Nord, de l'Ouest et de l'Est du Canada<sup>62</sup>.

Peu après la fondation des Soeurs Grises, l'administration de l'Hôpital général de Montréal (fondé par les frères Charon 50 ans plus tôt), leur a été confiée. Comme bien d'autres avant elles, elles ont dû faire face à un nombre incalculable de difficultés et de misères pour poursuivre leur oeuvre apostolique. Et malgré tous ces obstacles – incendie, difficultés financières, et même différends avec les autorités gouvernementales – les « Soeurs Grises » ont persisté dans leur action et ont manifesté le même courage et la même fidélité à leur apostolat original auprès des malades<sup>63</sup>.

Ensuite, partout au pays, divers instituts religieux de femmes<sup>64</sup> ont répondu aux multiples demandes des évêques locaux et missionnaires en vue de fonder des établissements de santé – hôpitaux, foyers de soins infirmiers, cliniques et orphelinats. En dépit des énormes défis et épreuves, ces pionnières remarquables se sont consacrées de tout coeur à cette part intégrante de la mission de l'Église. Leur foi, leur courage, leur ferme conviction en la dignité de la personne humaine à toutes les étapes de la vie en ont fait des géantes pour la mise en place du système de santé actuel au Canada. Elles ont oeuvré pendant plus de 300 ans pour que cet apostolat essentiel des soins de santé continue de s'exercer à notre époque et dans nos contrées.

### **III. L'ÉVOLUTION DE SECTEUR CATHOLIQUE DE LA SANTÉ DANS LA PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

#### **A. Le contexte**

La province du Nouveau-Brunswick couvre une superficie de 73 497 km carrés (28 354 milles carrés) avec une population de 738 133 personnes. Elle jouit d'un patrimoine grandement diversifié – provenant des Micmacs, Malécites, Loyalistes, Acadiens, Irlandais, Écossais, Danois et Allemands – chaque groupe ethnique ayant contribué de façon importante à son développement. Sa base industrielle comporte l'exploitation forestière, les mines, l'agriculture, la pêche et le trappage, la production manufacturière et le tourisme, alors que les domaines des communications, de la haute technologie, de l'énergie, de l'aquaculture, de la programmation informatique, des services de génie environnemental ainsi que des produits forestiers perfectionnés gagnent de plus en plus d'importance. Le Nouveau-Brunswick continue d'être la seule province officiellement bilingue du Canada, avec une population francophone atteignant les 35 p. 100. Au plan religieux, 53 p. 100 des gens se déclarent catholiques romains, 40 p. 100 protestants, un pour cent d'autres religions et 5 p. 100 sans pratique religieuse<sup>65</sup>.

Avant l'arrivée des colonisateurs européens, au début du XVII<sup>e</sup> siècle, les méthodes et médecines utilisées pour le traitement des malades et des blessés par les autochtones étaient celles du shaman sans compter divers produits naturels tels que des thés, des herbes, des éclisses, etc. En 1604, avec la découverte et le baptême de la rivière Saint John, Samuel de Champlain a commencé à introduire des pratiques médicales rudimentaires utilisées sur le vieux continent et quelque peu adaptées à la situation du Nouveau Monde<sup>66</sup>.

À l'époque, le Nouveau-Brunswick était fondamentalement une terre forestière où vivait une population éparse. Ce n'est qu'en 1780 avec l'arrivée des United Empire Loyalists du Nord des États-Unis qu'un

véritable peuplement s'y est produit<sup>67</sup>. En 1784, par la promulgation de la Charte royale, le Nouveau-Brunswick est officiellement devenu une province<sup>68</sup>; elle ne comptait alors que de petites agglomérations rurales dont la base économique était surtout l'agriculture, la pêche et la coupe du bois. Les principaux groupes ethniques étaient les Autochtones (Micmacs, Malécites et Algonquins) des Acadiens et des colons anglais, rejoints plus tard par des Écossais et des Irlandais. Malgré son caractère rural, des mutations de population se sont ensuite produites, permettant le développement de centres urbains comme Saint John et Fredericton. Néanmoins, avec ces mutations, certains problèmes ont pris plus d'ampleur, particulièrement en ce qui concerne la santé, à cause de la propagation de certaines maladies transmissibles. Mais pour en assurer le traitement et prévenir les épidémies, seuls des moyens primitifs étaient employés et les recours d'hygiène publique de l'époque se limitaient fondamentalement à réagir aux urgences<sup>69</sup>.

Vers la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, la province a commencé à connaître une hausse du nombre de ses immigrants, particulièrement à cause des possibilités qu'offrait l'industrie forestière. Mais avec l'immigration, il s'est produit une rapide propagation de maladies telles que le typhus, le choléra et la variole<sup>70</sup>. La ville portuaire de Saint John, connue comme havre sans glaces, est alors devenue le point d'entrée logique de milliers de personnes et a dû subir ainsi le fardeau de ces épidémies. De pauvres conditions sanitaires, combinées à un système public d'approvisionnement d'eau inadéquat, sont venues contribuer à la propagation rapide de maladies infectieuses dans toute la ville et la province.

En vue de contrôler ces épidémies, l'Assemblée législative a promulgué, en 1796, la première Loi sur la santé publique<sup>71</sup>. Grâce à cette législation, un poste de quarantaine a été mis sur pied; cet établissement est resté connu dans la province pour une bonne partie du XIX<sup>e</sup> siècle. Mais ce poste ne devait pas être la vraie réponse aux besoins de prévention de la maladie. En fait, au lieu de prévenir les épidémies, il a fini par devenir le foyer principal de propagation des maladies infectieuses<sup>72</sup>.

En 1833, le développement insidieux du choléra asiatique, en même temps que la scarlatine, la diphtérie et la variole dans toute la province,

a forcé le gouvernement à adopter une législation menant à la création de régies communautaires de la santé. Ces régies avaient pour mandat de faire le nécessaire pour prévenir toute autre propagation de la maladie, sauf qu'en majeure partie, elles n'ont pas réussi à faire grand-chose et, finalement, elles sont tombées en désuétude<sup>73</sup>.

Vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, la ville de Saint John a connu une période de grande prospérité à cause d'une activité fiévreuse de son port de mer. La construction navale et l'exploitation forestière ont aussi attiré de lucratifs contrats dans la région, suscitant une croissance de la population en même temps que la prospérité. Toutefois, la période a aussi été marquée d'énormes carences en ce qui concerne les conditions sanitaires et les services d'aqueduc. Ces problèmes ont entraîné une telle propagation de maladies que les établissements de santé ont été complètement dépassés par la situation<sup>74</sup>.

L'événement qui a le plus profondément marqué les esprits et les coeurs à cette époque a été l'arrivée massive d'immigrants de l'Irlande. En 1847, en effet, quelque 17 000 Irlandais pauvres, affaiblis et analphabètes étaient forcés de quitter leur terre natale à cause de la grande famine qui y sévissait. Deux choix s'offraient alors à eux : faire face à l'inanition et à la mort, ou chercher refuge ailleurs dans l'espoir de nouveaux départs. Un nombre incalculable d'entre eux se sont alors procurés frénétiquement un passage vers une terre nouvelle, une liberté et une sécurité retrouvée, et la possibilité d'une nouvelle vie pour eux-mêmes et leur famille. Néanmoins, Saint John était à l'époque une ville loyaliste, ayant été incorporée en 1783 par les colons fugitifs loyaux à la Couronne britannique. Ces gens avaient beaucoup de succès dans les affaires, la politique et autres domaines, alors que la population catholique, pour la plus grande part, demeurait appauvrie et peu instruite<sup>75</sup>.

Puis, l'année 1854 apporta la plus grave flambée épidémique de choléra jamais connue au Nouveau-Brunswick. La maladie infectieuse, transmise par bactérie, a alors contaminé les approvisionnements d'eau potable<sup>76</sup> et s'est rapidement propagée, surtout dans les centres urbains, entraînant des centaines de morts dans la seule ville de Saint John. Cette épidémie de choléra a suscité la réinstauration des régies de santé locales (à Saint John), de même que des appels urgents en faveur de l'amélioration des systèmes d'hygiène publics et d'approvisionnement

d'eau.

Avant l'entrée du Nouveau-Brunswick dans la Confédération, en 1867, les établissements spécialement conçus pour le traitement et le soin des malades étaient pratiquement inexistantes. Les asiles accueillant les pauvres, les miséreux, les personnes âgées, les infirmes et les gens souffrant d'un handicap mental ont alors doublé en nombre<sup>77</sup>. Mais ces établissements primitifs laissaient beaucoup à désirer et devinrent rapidement suspects et considérés comme des foyers de propagation des maladies. En réalité, il s'agissait de palliatifs insuffisants du point de vue des soins aux malades et de l'attention dont ils avaient besoin.

Avant la Confédération, les seuls établissements existant comme hôpitaux au Nouveau-Brunswick étaient ceux de l'armée et de la marine<sup>78</sup>, lesquels offraient des services spécialisés de santé pour leur personnel. Avec la menace persistante de maladies infectieuses, de nouveaux établissements ont dû être créés en plus des postes de quarantaine, par exemple la « maison de la fièvre » à Saint John, ou celle de Miramichi<sup>79</sup>. Il faut aussi souligner un autre centre qui a connu une grande notoriété à l'époque : une colonie de lépreux installée près de Chatham. D. Arbuckle écrit :

La lèpre est une maladie qui engendre des lésions cutanées, la paralysie du système nerveux et la mutilation physique. Elle s'est répandue dans les comtés du nord de Gloucester et de Northumberland et a amené la fondation d'un lazaret, ou maison pour malades atteints de la lèpre, sur l'Île Sheldrake en 1844. Cette mystérieuse maladie était crainte et incomprise. La régie locale de la santé, remise sur pied, était convaincue que le mal était causé par des gens qui chauffaient leurs maisons, durant l'hiver, avec des poêles fermés au lieu de foyers à feu ouvert, créant ainsi un climat tropique favorisant les infections. Les malades se réfugiaient souvent dans les bois afin de fuir l'isolement qui leur serait imposé par des gardes armés dans le lazaret. En 1849, l'établissement a été déménagé à Tracadie<sup>80</sup>.

La lèpre a contribué à la venue des Hospitalières au Nouveau-Brunswick. En 1820, cette affection mortelle avait été détectée dans la section nord-est de la province, particulièrement dans les comtés de Gloucester et de Northumberland. Dans sa volonté de la contrôler, le gouvernement

provincial avait fondé un établissement dont le seul objectif était d'en assurer le traitement et d'en prévenir la propagation. Le lazaret<sup>81</sup> situé sur l'Île Sheldrake pouvait accueillir jusqu'à 20 patients et était le seul du genre dans tout le Canada. En 1849, à cause de l'insatisfaction que causait l'endroit, les autorités ont décidé de le transférer au bas de la rivière, à Tracadie. En 1868, Mgr James Rogers<sup>82</sup>, évêque de Chatham, fit appel à l'aide des Religieuses Hospitalières de Montréal<sup>83</sup>, lesquelles répondirent favorablement à sa demande.

En somme, le secteur catholique de la santé au Nouveau-Brunswick doit son existence à l'engagement de quatre instituts religieux de femmes<sup>84</sup>. Leur vision, leur foi, leur zèle et leur engagement ont jeté les fondements de services de santé, de souci et de compassion envers les malades, les orphelins, les personnes âgées, les affligés et les mourants, instaurant une tradition de 130 années. Dans la partie qui suit, nous rendons témoignage à chacun de ces instituts religieux et donnons un aperçu de leur contribution au secteur de la santé dans la province.

## **B. Les instituts religieux**

### **1. Les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph**

L'engagement des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph dans le secteur catholique de la santé du Nouveau-Brunswick ainsi que l'arrivée des religieuses de Montréal chargées d'administrer la colonie de Lépreux à Tracadie sur la péninsule acadienne de la province, date de 1868. Elles ont depuis créé un patrimoine de foi en répondant, durant tout ce temps, à leur vocation de soin et de compassion à l'endroit des malades, des personnes souffrantes et des mourants. Ces religieuses ont manifestement exercé un impact direct sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick durant plus d'un siècle, et elles continuent cette oeuvre encore de nos jours. Il paraît donc important, pour mieux apprécier leur contribution, d'en bien connaître l'histoire.

Reportons-nous en 1630, à La Flèche, en France. Nous nous y trouvons au centre d'un rêve. Jérôme Le Royer de la Dauversière, un résident de cette ville, rêvait de fonder un institut religieux de femmes pour une oeuvre à trois volets : 1) coloniser et évangéliser le Nouveau Monde, 2) soigner les malades, et 3) établir un hôpital pour accueillir et soigner

les colons tout autant que la population autochtone sur l'île de Montréal<sup>85</sup> qu'il était question de coloniser. En 1636, un jeune prêtre parisien, l'abbé Jean-Jacques Olier, rêvait de son côté de fonder un séminaire dans le Nouveau Monde afin de former les prêtres en qualité et en nombre suffisant pour Montréal et les régions avoisinantes<sup>86</sup>. Ces deux rêves, de deux personnes inconnues l'une de l'autre, auront un impact d'une longue portée, non seulement sur l'île de Montréal, mais bien au-delà. Un autre associé de La Dauversière, le baron de Fancamp a aussi été associé, dès 1634, à ces rêves et ce projet à trois volets, planifiant pour sa part de jeter les bases de trois instituts religieux pour le Nouveau Monde : l'un pour la formation des prêtres, l'autre pour la formation d'hospitalières, et enfin un troisième pour la formation de religieuses enseignantes<sup>87</sup>.

Finalement, en 1636, La Dauversière forme un petit groupe de femmes en vue de fonder un institut religieux sous le patronage céleste de saint Joseph. Leur apostolat consisterait à coloniser et évangéliser le Nouveau Monde et à assurer le soin et le traitement des malades et des pauvres<sup>88</sup>. Dans la première Constitution du nouvel ordre, Jérôme de la Dauversière, précisant la finalité de la congrégation des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, écrivait :

Les Filles de Saint-Joseph seront des personnes entièrement consacrées à Dieu, cherchant à le servir avec ferveur par l'exercice de la vie spirituelle et la pratique de la parfaite charité à l'égard de leur prochain, et particulièrement dévouées au service de Jésus-Christ dans la personne des pauvres qui sont Ses membres.

L'esprit de cette famille s'inspire de la sainte liberté des enfants de Dieu qui rend l'âme attentive à elle-même, fidèle à Dieu, recherchant la pureté de vie, simple dans ses intentions, de commerce agréable, cordialement unie à ses soeurs, tendrement charitable envers les pauvres malades, constante et inébranlable en toutes circonstances et dans tous les événements de sa vie, et désireuse en tout en partout de plaire à Dieu »<sup>89</sup>.

Pour aider à faire du rêve de La Dauversière une réalité, Jeanne Mance<sup>90</sup>, une femme laïque d'un zèle et d'un dévouement remarquables, accompagnée de Paul de Chomedey, sieur de Maisonneuve, et de ses

compagnons arrivent et s'établissent à Ville-Marie en 1642. Son premier projet et sa priorité furent alors de créer un petit établissement en vue d'assurer les soins et les traitements aux malades. Ainsi a-t-elle jeté les fondements de ce qui allait devenir une tradition de 350 ans de soins des malades, des infirmes et des mourants sur l'île de Montréal.

En 1653, Montréal assistait à l'arrivée d'un second contingent de colons de France. Dans ce groupe, il y avait une dame française de Troyes, du nom de Marguerite Bourgeoys<sup>91</sup>. Celle-ci devint rapidement une ardente partenaire de Jeanne Mance et de son oeuvre apostolique, lui apportant une grande assistance, particulièrement dans les périodes de grand besoin<sup>92</sup>. Dès ce moment, des liens étroits se tissent entre les soeurs de la Congrégation de Notre-Dame et les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph.

Dès 1654, toutefois, le petit établissement de Montréal ne suffit plus à la tâche. Un établissement nouveau et plus important doit être construit pour répondre aux besoins des malades. Une entreprise d'une telle ampleur exige d'importantes sommes d'argent et un personnel nombreux. Confrontée à ce nouveau défi, Jeanne Mance retourna en sa terre natale, en 1658, à la recherche de fonds et de personnel<sup>93</sup>. Et elle ne sera pas déçue. Ses années de prière et de persévérance portaient enfin fruit. En 1659, une permission était accordée à trois membres des Religieuses Hospitalières, et c'est ainsi que le 20 octobre de cette même année, Mère Judith de Brésoles, soeur Marie Maillet et soeur Catherine Mace<sup>94</sup> débarquent à Montréal, « une ville de seulement 160 hommes, 50 familles, d'une centaine de nouveaux colons et d'une cinquantaine de maisons »<sup>95</sup>.

Les épreuves et les tribulations n'ont pas épargné les Religieuses Hospitalières. Elles aussi ont dû subir les effets d'une âpre pauvreté, de conditions hivernales difficiles, et même de la peur de la mort face aux attaques des Indiens. Comme si cela n'était pas suffisant, les soeurs ont dû subir aussi de violentes attaques de la nature, notamment le tremblement de terre du 5 février 1663, ainsi que les incendies de 1696, de 1721 et de 1835<sup>96</sup>. Mais malgré toutes ces difficultés et ces misères, elles sont demeurées fermes et fidèles dans leur engagement.

En 1841, après pratiquement 182 ans de service et d'énormes épreuves et entreprises, les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph se

déclaraient prêtes à ouvrir un nouveau chapitre de leur remarquable histoire. Elles voulaient élargir le champ de leur apostolat au-delà de l'île de Montréal, et le premier couvent à l'extérieur de l'île fut établi à Kingston, Ontario.

Le 16 juillet 1869, encore à la demande de Mgr Rogers, soeur Louise D'Avignon, soeur Helen McGurty, soeur Beauchamp (Sr Saint-Louis) et soeur Vitaline débarquèrent à Chatham, Nouveau-Brunswick, et y ouvrirent leur premier hôpital Hôtel-Dieu<sup>97</sup> dans le presbytère construit par l'abbé John Sweeney, lequel devait succéder à Mgr T.L. Connolly à titre d'évêque de Saint John. Et là, malgré leur part de difficultés et un incendie en 1878, les Religieuses Hospitalières ont poursuivi leur oeuvre et rayonné partout au Nouveau-Brunswick. En 1949, un nouveau défi les amena à fonder un établissement en vue de répondre aux besoins des personnes âgées de la région de Miramichi. À cette fin, l'Académie St. Michael, un pensionnat pour jeunes filles, fut rénové et devint le Foyer Mount Saint Joseph, pour lequel un nouvel immeuble a été construit en 1875<sup>98</sup>. Les Religieuses Hospitalières, ont ensuite fondé d'autres établissements, hôpitaux et foyers, dans les autres régions de la province, notamment l'Hôtel-Dieu de Perth-Andover<sup>99</sup>, l'Hôtel-Dieu de St-Quentin<sup>100</sup>, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet<sup>101</sup> ainsi que le Foyer St-Joseph à St-Basile<sup>102</sup> et le Foyer Notre-Dame de Lourdes de Bathurst<sup>103</sup>.

## **2. Les Soeurs de la Charité de l'Immaculée-Conception de Saint John**

En 1852, Thomas Louis Connolly<sup>104</sup> est devenu le deuxième évêque de Saint John, succédant à Mgr William Dollard. Ce saint et vénéré homme d'Église ne perdit aucun temps à relever le défi qui l'attendait comme pasteur. Son premier souci fut de se demander ce qu'il devait faire pour le très grand nombre de misérables qu'il y trouva. Il se rendit jusqu'à New York dans une vaine tentative d'y trouver le secours des Soeurs de la Charité, connues pour leur dévouement à l'endroit des personnes dans le besoin, des jeunes, des malades et des analphabètes. Mère Jérôme, supérieure, décida néanmoins de visiter Saint John afin de vérifier *de visu* les conditions de la ville cathédrale de Mgr Connolly. Nettement

émue par ce qu'elle y constata, une fois revenue à New York, elle écrivit ce qui suit :

Je n'ai pas hésité à engager le Conseil, par tous les arguments auxquels je pouvais penser, à envoyer des religieuses pour cette mission, à prendre pitié des pauvres enfants voués à la ruine, mais en toute franchise, je ne pouvais pas voir de qui nous pourrions nous passer<sup>105</sup>.

En 1854, la pire épidémie de choléra de l'histoire éclata dans la ville, emportant bien des victimes et laissant un nombre incalculable d'orphelins. La situation força Mgr Connolly à faire un autre appel urgent aux Soeurs de la Charité de New York. Encore une fois, Connolly reçut des nouvelles décourageantes à l'effet que l'institut se trouvait incapable d'envoyer des soeurs professes chez lui. Toutefois, un liséré de lumière apparut comme découpant le noir nuage de refus et de rejet qu'il avait éprouvé. La supérieure et son conseil permirent en effet à Mgr Connolly d'approcher les membres novices de l'Ordre; peut-être que quelques-unes d'entre elles se sentiraient interpellées. Sa prière et sa persévérance furent récompensées et en septembre 1854, un groupe de novices arriva à Saint John, entreprenant ainsi un nouveau chapitre de l'histoire de catholicisme au Nouveau-Brunswick.

De cette petite bande de jeunes femmes courageuses et pleines de foi, Mgr Connolly fonda les Soeurs de la Charité de l'Immaculée-Conception de Saint John. Les premiers membres de l'institut, Honoria Conway (Mère M. Vincent)<sup>106</sup>, Mary Routanne (Sr M. Frances), Mary Madden (Sr M. Joseph) et Annie McCabe (Sr M. Stanislaus)<sup>107</sup> s'organisèrent rapidement pour répondre aux besoins mentionnés dans la première Constitution approuvée par Mgr Connolly<sup>108</sup>. Elles commencèrent à fonder des maisons partout dans la ville. Ainsi, à partir des événements de la moitié du siècle et de la vision de Thomas Connolly, le terrain a été préparé à toutes les autres entreprises apostoliques des Soeurs de la Charité.

Le début du XX<sup>e</sup> siècle a été témoin d'une augmentation incessante du nombre de nouvelles candidates au sein du petit institut religieux. Ainsi, les soeurs ont eu la possibilité d'élargir leurs horizons et d'établir des missions ailleurs dans le diocèse de Saint John, et même au-delà des frontières du Nouveau-Brunswick. En réponse à un appel de l'Ouest du

pays, elles se sont rendues prendre soin d'orphelins jusqu'en Saskatchewan. Elles sont ainsi devenues chères à ceux pour lesquels elles se dévouaient et se sont gagnées l'admiration et le respect de toute la collectivité. En 1906, les Soeurs de la Charité, ayant été invitées à prendre charge de l'hôpital local, se sont engagées dans une autre fonction intégrante de la mission de l'Église ) le soin des malades. Avec l'ouverture, en 1910, de l'Hôpital Holy Family de Prince Albert<sup>109</sup>, la longue tradition d'engagement dans l'apostolat de la santé des Soeurs de la Charité de l'Immaculée-Conception prenait racine<sup>110</sup>. À cette première initiative, s'ajouta l'ouverture du Saint John Infirmary, en 1914, qui devait devenir plus tard l'Hôpital St-Joseph. Cet hôpital ainsi que le foyer pour personnes âgées devaient donc devenir le noyau de leur engagement dans le secteur catholique de la santé de la ville de Saint John<sup>111</sup>.

### **3. Les Soeurs de Notre-Dame du Sacré-Coeur**

La communauté des Soeurs de Notre-Dame du Sacré-Coeur a été officiellement fondée en 1924, alors que cinquante-trois membres acadiennes des Soeurs de la Charité de l'Immaculée-Conception de Saint John ont quitté leur institution pour vivre dans une communauté d'expression française, selon pratiquement la même règle que celle voulue en 1854 par Mgr Connolly. Des tentatives antérieures, en 1871 et encore une fois en 1914, en vue d'établir une communauté séparée n'avaient pas permis d'obtenir la permission de la supérieure générale non plus que de la Sacrée Congrégation des Religieux. Toutefois, en 1922-1923, soeur Marie-Anne (Suzanne Cyr), l'une des chefs de file du nouvel institut, a reçu une toute autre suggestion. Mère Alphonse, alors Supérieure générale des Soeurs de la Charité, lui proposait une coupure complète, permettant ainsi la création d'un nouvel institut religieux. La permission formelle en a ensuite été accordée le 8 février 1924, et la fondation prit place le 17 février suivant. Ce même jour, le premier chapitre général eut lieu ainsi que l'élection d'une supérieure générale.

Ce nouvel institut religieux a connu une croissance rapide et s'est rapidement consacré aux apostolats de l'éducation et des soins de santé. Le nombre de religieuses y a atteint les 500 durant les années 60, ce qui a permis l'expansion de la communauté en Louisiane, au Pérou, au Japon, en Colombie, à Haïti de même que dans d'autres centres des Maritimes. Aujourd'hui, les Soeurs de Notre-Dame du Sacré-Coeur se

retrouvent principalement au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. Quant à leur mission à l'étranger, elle se poursuit encore en Haïti.

Fidèles à l'appel et au défi de Vatican II les engageant à réévaluer et réexaminer la vie religieuse en cette fin du XX<sup>e</sup> siècle, les soeurs ont élargi leur rayonnement et adapté leur apostolat en vue de répondre aux besoins de ceux qu'elles étaient appelées à servir. Mais malgré tout, les Soeurs de Notre-Dame du Sacré-Coeur poursuivent encore leur apostolat premier dans les secteurs de l'éducation et de la santé<sup>112</sup>.

#### **4. La Congrégation des Filles de Jésus**

Les origines des Filles de Jésus nous ramènent dans la région de Bretagne, en France, vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. La Révolution française a marqué cette période de bien des misères pour le peuple en général. Bon nombre ont souffert du manque de services élémentaires de soins de santé et d'éducation, et les plus durement frappés ont été les pauvres résidant dans les régions rurales. Mais malgré toutes ces épreuves et difficultés, le peuple est demeuré fidèle et loyal au catholicisme, et l'Église a répondu au mieux de ses possibilités aux besoins du peuple, tout au moins au niveau paroissial. Une éducation de base et diverses autres formes d'aide sociale ont été dispensées pour obvier à tous ces problèmes.

Un prêtre de paroisse, l'abbé Pierre Noury<sup>113</sup>, a alors conçu l'idée d'un institut religieux de femmes qui se consacraient aux pauvres et aux démunis. En 1834, les Filles de Jésus ont été fondées, avec seulement cinq femmes prononçant des voeux et consacrant leur vie au service de leur prochain<sup>114</sup>. Sous la direction de sa première fondatrice, Perrine Samson<sup>115</sup>, l'institut a pris de l'ampleur et s'est engagé dans les domaines de l'éducation, du soin des malades, des orphelins et des personnes âgées; il a également apporté son assistance dans d'autres situations où l'on a eu recours à son service. En 1884, les Filles de Jésus formaient une communauté de quelque 500 membres, répartis dans plus de 100 régions de la Bretagne, où elles se gagnèrent l'admiration et le respect de tous.

Les Filles de Jésus sont arrivées au Canada en 1902, bien accueillies par les évêques qui souhaitaient les voir oeuvrer dans divers ministères, mais spécialement dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Des maisons

religieuses ont rapidement été ouvertes en Alberta, au Québec, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick<sup>116</sup>. Des Canadiennes, désireuses de partager la vie et l'esprit des Filles de Jésus, se sont ensuite jointes à la communauté et, avec un même zèle, se sont consacrées au service des autres.

Toujours fidèles à la vision de l'abbé Noury et à la mission qui leur a été confiée par leur fondatrice, Perrine Samson, les Filles de Jésus comptent aujourd'hui plus de 2 000 membres et se retrouvent en Afrique, dans les Antilles, au Honduras, en Colombie et au Chili. Sept cents membres seulement demeurent au Canada<sup>117</sup>. Dans un article sur le charisme démontré par l'institut dans les établissements de santé, il est déclaré :

Depuis le tout début de notre congrégation, nous, les Filles de Jésus, avons été appelées à nous occuper des malades et des pauvres. [...] Ce fut certainement là un mandat exigeant et nul doute que les soeurs ont eu besoin du soutien de chacun de ceux dont elles s'occupaient – les malades et les personnes âgées – oui, mais également de tous ceux avec lesquels elles travaillaient.

Les soeurs se sont montrées conscientes, depuis les débuts, du fait que leurs établissements constituaient une extension de l'Église. En effet, les établissements de santé catholiques sont apparus au cours des siècles en réponse à l'appel de Jésus qui nous convie à guérir et à soigner les gens avec compassion. La mission qu'a l'Église de proclamer le règne de Dieu et de libérer les gens de la maladie, du péché, du mal et de la mort est un mandat reçu directement de Jésus. (Mathieu 10,8)<sup>118</sup>.

### **C. Les soins de santé au Nouveau-Brunswick**

La croissance économique et la prospérité ont marqué la période qui a suivi l'entrée du Nouveau-Brunswick au sein de la Confédération canadienne. Les industries de la construction navale et de l'exploitation forestière ont alors connu un succès sans précédent. Avec cette évolution, des améliorations longuement attendues ont été apportées au secteur de la santé de la province. Au lieu de ne fournir que les soins les plus fondamentaux et rudimentaires, de véritables établissements dans

lesquels les malades pouvaient être traités et soignés commencèrent à se répandre<sup>119</sup>.

Une réforme grandement nécessaire de tout le réseau du bien-être social au Canada était également réclamée durant cette période. Au Nouveau-Brunswick, la restructuration signifiait la mise à jour des procédures et des connaissances médicales, la modernisation des équipements ainsi que l'amélioration des conditions sanitaires. La ville portuaire de Saint John, avec sa forte concentration urbaine, devait tirer de grands avantages de cette réforme. En 1865, en effet, le premier hôpital public de la province a ouvert ses portes à Saint John, pavant ainsi la route à la construction d'autres d'hôpitaux à la grandeur de la province<sup>120</sup>.

Le Nouveau-Brunswick de l'après-Confédération a été marqué par un autre développement important dans le système de santé provincial : l'avènement de l'infirmière professionnelle. Encore ici, le dévouement et le professionnalisme des instituts religieux ont joué un rôle essentiel. Les écoles d'infirmières, dirigées par les Religieuses Hospitalières de St-Joseph, les Soeurs de la Charité et les Soeurs de la Providence ont produit parmi les meilleures infirmières de la province et ont eu un effet profond sur le système de santé qui perdurent encore de nos jours.

En vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867<sup>121</sup>, les soins de santé tombent sous la compétence des gouvernements provinciaux. Tous les établissements, leur création et leur administration relèvent donc des autorités provinciales, même si jusqu'à la fin de la Première Grande Guerre, les municipalités étaient encore les premières instances responsables des services de santé<sup>122</sup>.

La Loi sur la santé publique adoptée en Angleterre en 1875 a grandement influé sur la Loi sur la santé publique du Nouveau-Brunswick, adoptée en 1887<sup>123</sup>. Celle-ci prévoyait la création d'une régie provinciale de la santé. Sous cette régie, des districts de santé ont été établis avec des régies locales, lesquelles avaient comme responsabilité de mener des enquêtes et de faire des recommandations en matière d'hygiène publique en vue de contrôler les maladies contagieuses. Toutefois, dans bien des endroits sauf à Saint John, le système est tombé en désuétude. Mais la régie de Saint John a contribué à mettre de l'avant certaines recommandations concernant la réforme de la santé, et c'est grâce à son influence qu'en 1918, le ministère de la Santé a été créé

comme portefeuille distinct au sein du gouvernement provincial<sup>124</sup>.

Les soins de santé et les méthodes à appliquer prennent dès lors une importance vitale, non seulement au Nouveau-Brunswick, mais dans toute la nation. Dans les années qui ont suivi immédiatement la Première Grande Guerre mondiale, des appels de bien des secteurs se sont fait entendre en vue de la réforme sociale, et particulièrement de la réforme du système de santé public. Avec la création du ministère de la Santé au Nouveau-Brunswick, une nouvelle Loi sur la santé publique a été promulguée en 1918. Cette loi a établi trois districts de la santé : Newcastle, Fredericton et Saint John, chacun étant confié à la vigilance d'un médecin-hygiéniste de district. À leur tour, ces districts de la santé étaient subdivisés en sous-districts, et un accent spécial était placé sur la nomination d'un inspecteur médical pour les écoles. Entre l'entrée du Nouveau-Brunswick dans la Confédération et la fin de la Première Grande Guerre, « la santé publique au Nouveau-Brunswick est passée d'un système décentralisé, pauvrement administré et inefficace à un ministère provincial centralisé de la Santé. Avec sa création, une nouvelle ère s'ouvrait pour le système de santé de la province »<sup>125</sup>.

Les années de l'après Première Guerre mondiale peuvent être décrites comme le commencement de ce qu'on a appelé l'État providence. La dislocation des services sociaux entraînée par la guerre, combinée aux effets de la Crise de 1929, ont suscité de nouvelles demandes de réforme, le secteur de la santé ne faisant pas exception. Cette période pourrait même être décrite comme les années de « vaches grasses » pour les établissements de santé du Nouveau-Brunswick<sup>126</sup>.

Mais l'escalade des coûts des soins de santé de qualité a été la cause d'une intervention plus importante du gouvernement fédéral dans ce qui était un domaine de compétence provinciale. À cette période particulière, les conditions se rassemblaient donc pour susciter un débat concernant la faisabilité d'un « programme d'assurance de soins de santé universels et complets »<sup>127</sup>. La prévention était alors le mot d'ordre et c'est alors que des programmes d'immunisation des enfants d'âge scolaire, d'hygiène publique, et d'inspection des écoles ont été mis sur pied. En 1930, l'infirmière de santé publique est devenue partie intégrante du système de santé dans la province, ses fonctions allant du soin des nouveaux-nés jusqu'au suivi des cas de tuberculose.

Des progrès remarquables ont alors été réalisés dans les services d'hygiène publics et les approvisionnements d'eau potable, et la période a également assisté à la création de cliniques dentaires. Une réorganisation des districts de santé provinciaux a également pris place et cinq de ces districts ont été créés sous la direction d'un médecin-hygiéniste. Une réorganisation du ministère de la santé a amené le gouvernement à s'engager encore davantage dans la prestation des soins de santé. Par exemple, l'infirmerie de santé publique ne relevait plus de la Régie locale de la santé, mais bien du ministère de la Santé. Comme conséquence, l'inspection médicale des écoles était placée sous la responsabilité du ministère.

Dans les années quarante, de nouvelles préoccupations ont commencé à se faire sentir, particulièrement sur le nombre croissant de victimes de la polio dans la province. Ainsi, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick a-t-il été amené à instaurer des programmes de rééducation fonctionnelle, de vaccination gratuite, sans compter la prise en charge des sanatoriums spécialisés pour la tuberculose. Puis, avec le nouveau programme du gouvernement fédéral, en 1948, accordant des Subventions à l'hygiène, le Nouveau-Brunswick a pu jouir d'une nouvelle expansion de ses établissements provinciaux de santé, et particulièrement de ses hôpitaux.

En 1949, le Nouveau-Brunswick possédait 49 hôpitaux, y compris plusieurs sanatoriums pour le traitement de la tuberculose, répartis à travers la province. Le problème majeur était que la plupart des hôpitaux avaient été construits pour répondre aux besoins de communautés locales particulières, ce qui avait créé un manque de coopération et de coordination entre eux. Il manquait également une normalisation adéquate et, étant donné que bien des hôpitaux ne disposaient que d'un petit nombre de lits, l'ensemble du système se révélait inefficace<sup>128</sup>.

Les années de la Grande crise avaient causé beaucoup de dommages et créé une grande incertitude dans tous les domaines de la vie, y compris le secteur de la santé. Dans le dessein de stimuler la confiance et la croissance, le gouvernement fédéral a proposé, entre autres, de créer un programme d'assurance-santé national<sup>129</sup>. Cette proposition a suscité une forte opposition, particulièrement de certains cercles politiques, et a

conduit à une décision de la Cour suprême du Canada, en 1945, déclarant le projet inconstitutionnel. Le tribunal réitérait alors que les soins de santé étaient de compétence provinciale et que le gouvernement fédéral allait au-delà de ses attributions en ce domaine, à l'encontre des dispositions de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867.

Ce litige amena la création de la fameuse Commission Rowell-Sirois – *la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces* – et à la mise sur pied du programme de Subventions à l'hygiène, ainsi que d'un système de paiements de péréquation par le gouvernement fédéral à ses homologues provinciaux en vue de palier l'augmentation des coûts de soins de santé de qualité. Ces paiements ont contribué à « répartir la richesse dans tout le pays, dans le but d'établir un niveau minimal de service de base pour les Canadiens. Les subventions fédérales de la santé assuraient les fonds pour la construction des hôpitaux, la formation de plus de personnel, ainsi que les améliorations aux services de santé publics »<sup>130</sup>.

Ces Subventions fédérales à l'hygiène de 1948 ont apporté un renouveau d'activité dans la prestation des soins de santé de qualité au Nouveau-Brunswick. Mais en 1959, une entente de répartition des coûts entre le fédéral et les provinces pour l'assurance-hospitalisation a été un autre facteur important de développement. Également, après avoir été adoptée en 1956, l'entente a permis la mise en oeuvre, en 1971, du Régime national et universel d'assurance-maladie<sup>131</sup>.

Au centenaire de la Confédération, en 1967, un autre changement d'importance se produisit au Nouveau-Brunswick. Le Premier ministre libéral d'alors, Louis J. Robichaud, présenta son plan d'« Égalité sociale »<sup>132</sup>. Ce nouveau programme, ajouté au Régime d'assurance-maladie ainsi qu'à l'engagement financier du gouvernement fédéral sous la forme de paiements de péréquation, a créé un système complet et complexe de soins de santé dans la province. Malheureusement, au cours des années 70 et 80, la récession économique et les compressions financières du gouvernement, sans compter les coûts de plus en plus élevés et, en certains points, l'inefficacité du système, ont créé de graves fissures à l'intérieur du système.

Le gouvernement fédéral, par ses Subventions à l'hygiène de 1948, a assuré les fonds nécessaires pour la construction soutenue

d'établissements de santé, particulièrement d'hôpitaux, au Nouveau-Brunswick. Ce fut donc entre 1948 et 1965 que les établissements de santé catholiques existants dans la province ont été grandement améliorés et développés et que de nouveaux établissements ont été construits.

En 1951, le ministère de la Santé de la province avait proposé un sondage sur un projet de régionalisation du système de santé divisant la province en une série de régions. Cinq régions de la santé avaient été proposées avec un important hôpital régional, entouré d'hôpitaux et de cliniques satellites. La proposition en était restée là, sans faire plus de vagues. Toutefois, une quarantaine d'années plus tard, ce même plan – avec quelques modifications – a été adopté par le gouvernement provincial. On peut donc dire que le travail de base en vue d'une réforme du système de santé au Nouveau-Brunswick avait été entrepris dès les années cinquante.

En 1970, une autre étude a été entreprise sur les établissements de santé de la province. Elle donna lieu à un rapport connu sous le nom de *Rapport Llewelyn-Davis* lequel s'est montré très critique de ce qui se produisait à l'intérieur du système de santé au Nouveau-Brunswick<sup>133</sup>. En même temps, des changements se produisaient dans le Régime d'assurance-maladie. En 1977, le gouvernement fédéral a réduit ses contributions à la province, ce qui a amené le gouvernement provincial à adopter une politique de frais aux usagers des hôpitaux; néanmoins, ce programme a fait long feu à cause des protestations massives venues de tous les secteurs de la province.

À la fin des années soixante-dix, il est devenu évident que des changements étaient nécessaires et que le système de santé du Nouveau-Brunswick devait être restructuré. En 1978, une autre proposition était mise sur la table; elle prônait l'établissement de six régions avec des hôpitaux répartis en établissements régionaux, de district et communautaires. Mais dans tout ce désordre, une chose demeurait évidente : les établissements de santé, particulièrement les hôpitaux, passaient graduellement de leur état d'établissements uniques et indépendants à une mise en réseau complexe de services intégrés<sup>134</sup>.

Une autre proposition concernant la réorganisation du système de santé dans la province a été soumise, dans les années quatre-vingt, au

gouvernement et autres parties intéressées. Toutefois, ce ne fut qu'au début des années quatre-vingt-dix que des changements draconiens se sont produits véritablement dans le système, et ces changements devaient toucher à la mission même de l'Église catholique dans son ministère auprès des malades. Mais en dépit de quelques aspects négatifs, comme la dépersonnalisation des soins, le secteur de la santé au Nouveau-Brunswick a fait bien des progrès en 200 ans d'histoire. Au départ, le système fonctionnait au petit bonheur, sans normes scientifiques. Certains patients recevaient des traitements adéquats, mais non pas tous. À cause d'un intérêt accru pour la santé publique, des progrès de la science ainsi que de l'augmentation des engagements financiers par les gouvernements fédéral et provincial, le secteur de la santé du Nouveau-Brunswick a pu évoluer vers un système public universel grâce auquel tous les individus trouvent un accès égal aux soins de santé<sup>135</sup>.

## CONCLUSION

Le présent ouvrage avait pour but de retracer la longue association de l'Église catholique au secteur de la santé. Depuis le tout début, l'Église s'est penchée sur les besoins des malades et de l'humanité souffrante. En fondant des établissements de santé, les divers instituts religieux ont privilégié ce rôle qui répond de façon réelle et tangible à l'appel du Christ de soigner les malades.

De façon plus spécifique, nous nous sommes arrêtés à la fondation des établissements de santé au Canada et dans la province du Nouveau-Brunswick. En dépit des défis et des difficultés de divers genres, les instituts religieux ont continué, tout au fil des ans, à offrir leurs soins, leur compassion et des soins de santé de qualité à la population. Ils ont joué un rôle vital des points de vue de l'efficacité et de l'efficience du secteur de la santé. Ils ont actualisé l'Évangile et fait des soins de santé une partie intégrante de leur mission apostolique. Sans leur contribution et leur détermination inébranlable, le Nouveau-Brunswick, et même le Canada tout entier ne serait pas aussi bien pourvu du point de vue de ses établissements de santé de qualité.

## NOTES

1. Association catholique canadienne de la santé (ACCS), *Guide d'éthique des soins de santé*, Ottawa (Ont.), 1991, p. 9.
2. *Ibid.*, p. 10.
3. *The New Encyclopedia Britannica*, (15<sup>e</sup> éd.), Chicago, Encyclopedia Britannica Inc., 1984, vol. 8, p. 1114.
4. J. Walker, *Histoire de la médecine* [traduit par A. Mesritz, adapté par V. Verviers], Belgique, Gérard, 1962, pp. 23-24.
5. *Ibid.*, p. 48-52.
6. W. Olser, *The Evolution of Modern Medicine*, New Haven, Yale University Press, 1921; les pages 34-83 traitent spécialement de la pratique de la médecine dans l'ancienne civilisation grecque.
7. *Ibid.*, voir spécialement les pages 9-7, 17-28, 30-34.
8. F. Cleary, « The Church in Health Care », p. 39.
9. *Ibid.*, p. 38.
10. Conférence des évêques catholiques du Canada (CÉCC), *Pour une nouvelle espérance dans le Christ : une vision chrétienne de la maladie et de la guérison*, Ottawa (Ont.), Concacan Inc., 1983, p. 8.
11. *Ibid.*, p. 8.
12. Deutéronome 30,20.
13. CÉCC, *Pour une espérance nouvelle dans le Christ*, p. 8.
14. F. Cleary, « The Church in Health Care », p. 38.
15. Ezéchiel 47.
16. Isaïe 53,5.
17. CÉCC, *Pour une espérance nouvelle dans le Christ*, p. 9.
18. L. Dufour, *The Dictionary of Biblical Theology* (éd. rév.), New York, The Seabury Press, 1977, p. 544.
19. Luc 13,16.
20. Mathieu 11,5.
21. L. Dufour, *The Dictionary of Biblical Theology*, p. 544. L'auteur fait remarquer que « la foi est l'élément nécessaire pour réaliser une rencontre de guérison, car elle constitue la disposition requise la plus essentielle. C'est la foi en Jésus, la foi dans le royaume qu'Il a prêché, que la santé et la vie sont restaurées. Sans cette foi, la guérison n'est pas possible ».

22. *Ibid.*
23. *Ibid.*, p. 254.
24. Mathieu 10,1.
25. Mathieu 16,17.
26. Actes 3,1; 8,7; 9,32; 14,8; 28,8.
27. I Corinthiens 12,9; 28,30.
28. F. Cleary, « The Church in Health Care », pp. 38-39.
29. *Ibid.*, p. 39.
30. *Ibid.*
31. CÉCC, *Pour une espérance nouvelle dans le Christ*, p. 13.
32. *Ibid.*
33. *Ibid.*
34. *Ibid.*, p. 14.
35. E. Nasalli-Rocca, « History of Hospitals: The Christian Hospital to 1500 », dans *New Catholic Encyclopedia*, New York, McGraw-Hill Book Co., 1967, vol. 7, p. 159.
36. F. Mourret, *A History of the Catholic Church*, (trad. par N. Thompson), St. Louis (MO), Herder Book, 1930, vol. 2, p. 474.
37. E. Nasalli-Rocca, « History of Hospitals: The Christian Hospital to 1500 », p. 159.
38. Doyle, M.G., *The Catholic Hospitals of Canada*, JCD dissertation, Ottawa (Ont.), Université d'Ottawa, 1964, p. 30; cf. F. Mourret, *A History of the Catholic Church*, vol. 2, p. 474.
39. J. Casey, *Food for the Journey: Theological Foundations of the Catholic Health Care Ministry*, St. Louis (MO), The Catholic Health Association of the United States, 1991, p. 34.
40. E. Nasalli-Rocca, « History of Hospitals: The Christian Hospital to 1500 », p. 159. Cet article affirme de plus : « Réflétant les initiatives ainsi que l'approbation du Concile de Nicée (325), le Canon 75 des pseudo-apostoliques *Canones Arabici Nicaeni* a déclaré que dans toute ville, des établissements séparés devaient être mis sur pied pour les pèlerins, les malades et les pauvres ».
41. CÉCC, *Pour une nouvelle espérance dans le Christ*, p. 14.
42. T. Fry et al. (éd.), *RB 1980: The Rule of St. Benedict in Latin and English*, Colleagueville (MN), Liturgical Press, 1981, p. 183 (RB 4,16); p. 229 (RB 31,9); p. 235 (RB 31,1-10).
43. F. Mourret, *A History of the Catholic Church*, vol. 3, p. 385. Le Concile d'Aix-la-Chapelle, en 816, a décrété qu'un hôpital devait être fondé

auprès de chaque monastère et que ce dernier devait être confié à la responsabilité d'un homme « aux yeux de qui l'avarice est méprisable et l'hospitalité une qualité à développer, un homme capable de donner aux pauvres tous les soins et le soutien dont ils ont besoin ».

44. F. Cleary, « The Church in Health Care », p. 39.
45. H. Beck et al. *Handbook of Church History: From the High Middle Ages to the Eve of the Reformation*, (trad. par A. Biggs), New York, Herder and Herder, 1970, vol. 4, p. 183 à 187.
46. Les membres de l'institut des Hospitaliers de St-Lazare demeurent actifs, encore de nos jours, au Nouveau-Brunswick.
47. E. Nasalli-Rocca, « History of Hospitals: The Christian Hospital to 1500 », p. 161.
48. Beck et al., *Handbook of Church History*, vol. 4, p. 184.
49. F. Cleary, « The Church in Health Care », p. 39. Cf. C. Bachofen, *A Commentary on the New Code of Canon Law*, St. Louis (MO), Herder, 1925-1936, note 53, cfr. C.19,x,v,12.
50. *Ibid.*
51. *Ibid.*
52. *Ibid.*, p. 40.
53. *Ibid.*
54. A. Anderson, *A New Vision, New Reality, New Structures in Congregationally Sponsored Health Care Ministry*, thèse de doctorat, Toronto, Université de Toronto Press, 1990, p. 1.
55. Doyle, *Catholic Hospitals*, nous présente un récit historique détaillé du développement des établissements de soins de santé catholiques. Voir particulièrement les pages 41 à 120. De même A. Anderson nous dresse un court profil historique des débuts du secteur catholique de la santé aux pages 1 à 5. S. Maillet, « Le développement des services hospitaliers au Canada », dans *Revue ACCS*, vol. 17 (1989) 1, p. 9-17 retrace le développement historique des hôpitaux catholiques en rapport avec les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph.
56. *Ibid.*, p. 46.
57. *Ibid.*
58. A. McPadden, « History of Hospitals: 1500 to the Present », dans *New Catholic Encyclopedia*, New York, McGraw-Hill Book Co., 1967, vol. 7. p. 165.
59. R. Thwaites, *The Jesuit Relations and Allied Documents*, Cleveland, The Burrows Bros. Co., 1897, vol. 26, pp. 201-202, Relations of 1643-1644. Cf. J. Wilfrid, *Sainte-Marie Among the Hurons*, Oxford Univer-

- sity Press, 1954, pp. 103-104.
60. F. Rousseau, *La croix et le scalpel : histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, 1639;1989, Sillery (Qué.), Éditions du Septentrion, 1989, p. 7-84.
  61. Marie Marguerite Lajemmerais est née le 15 octobre 1701 à Varennes, Québec, à une trentaine de kilomètres de Montréal; veuve de François Madelin d'Youville, mère de six enfants et fondatrice du groupe de femmes religieuses qui deviendra officiellement connu sous le nom de Soeurs Grises de la Charité de Montréal. Elle est décédée le 23 décembre 1771 à Montréal. Béatifiée le 3 mai 1959 par le Pape Jean XXIII, avec le titre de « Mère de la charité universelle », elle a été canonisée le 9 décembre 1990 par le Pape Jean-Paul II. Pour plus de renseignements sur Marguerite d'Youville, cf. R. McGuire, *Marguerite d'Youville: A Pioneer for Our Times: A Biography Based on the Life and Times of Marguerite d'Youville, Foundress of the Sisters of Charity (Grey Nuns) of Montreal*, Ottawa (Ont.), Novalis, 1982, 309 pages.
  62. S. Maillet, *Revue ACCS*, Vol. 17, 1989, « Le développement des services hospitaliers au Canada », p. 10.
  63. Soeurs Grises de Montréal, *Recueil de Règles et Constitutions à l'usage des filles séculières administratrices de l'Hôpital général de Montréal, dites les Soeurs de la Charité / recueil sur les anciens titres et usages de la Communauté; divisé en trois parties à Montréal, 1781*, [Montréal ? Soeurs Grises, 19 -] 131 f. Grey Nuns of Montreal, *Constitutions and Statutes: The Institute of the Sisters of Charity of Montreal*, « Grey Nuns », General Chapter, 1981 [Montréal ?, Grey Nuns, 1982 ?] p. 17-19.
  64. Les autres instituts religieux de femmes qui ont contribué à l'apostolat de la santé au Canada sont, entre autres, les Soeurs de la Providence, les Soeurs de Ste-Anne, les Soeurs de St-Joseph, les Soeurs de Miséricorde, et le reste.
  65. Province du Nouveau-Brunswick, *New Brunswick at the Dawn of A New Century: A Discussion Paper on Demographic Issues Affecting New Brunswick*, Fredericton (N.-B.), avril 1996. Cf. Département de la statistique – Recensements de 1991 et 1996.
  66. W. Stewart, *Medicine in New Brunswick*, Moncton (N.-B.), Moncton Publishing Company, 1974, p. 1-3, 21-27.
  67. Saint John (N.-B.), est devenue la première ville constituée en société civile au Canada, le 18 mai 1783.
  68. S.N.B., 31 Geo. III, 1784, c. 31. Cf. J. Careless, *Canada: A Story of Challenge*, (éd. revue et augnbtée), New York, St. Martin's Press,

- 1964, p. 112.
69. J. Hegarty, *Four Centuries of Medical History in Canada*, Toronto, MacMillan, 1928, vol. 2, p. 362.
  70. Santé Nouveau-Brunswick, *Les Soins de Santé au Nouveau-Brunswick, 1784-1984* préparé par les membres du Projet de recherche historique du Bicentenaire, Fredericton (N.-B.) 1984, p. 3.
  71. *Ibid.* À la page 3, il est déclaré que la Loi sur la santé publique de 1796 « concernait particulièrement l'épidémie de variole qui avait sévi en Nouvelle-Angleterre de 1788 à 1792, et avait pour objet d'imposer une quarantaine maritime pour empêcher que la maladie se propage à Saint-Jean. Par "quarantaine maritime", on entendait que tous les passagers des navires arrivant dans le port devaient faire l'objet d'un examen qui déterminerait s'ils étaient porteurs d'une maladie épidémique. Pour empêcher la propagation de ces maladies, les malades devaient être mis en quarantaine. Dès 1799, cette loi avait été élargie à toute la province ».
  72. *Ibid.* On y déclare à la page 3 que : « À l'époque, on ne savait pas que le typhus était transmis par les poux de l'homme. Par conséquent, on ne comprenait pas que le confinement des malades dans des maisons de quarantaine sales et surpeuplées ne faisait que favoriser la maladie ».
  73. *Ibid.*, p. 3
  74. St. Joseph's Hospital, *75 Years of Caring: St. Joseph's Hospital Souvenir Booklet*, Saint John (N.-B.), St. Joseph's Hospital, 1987, p. 1.
  75. W. Spray, « Immigrants and Fever in New Brunswick in 1847 », dans T. Power (éd.), *The Irish in Atlantic Canada: 1780-1900*, Fredericton, New Ireland Press, 1991, p. 107 à 126.
  76. Santé Nouveau-Brunswick, *ibid.*, p. 4.
  77. J. Whalen, « Social Welfare in New Brunswick, 1784-1900 », dans *Acadiensis*, 2(1972), p. 172.
  78. W. Stewart, *Medicine in New Brunswick*, p. 83. Plusieurs autres hôpitaux pour marins ont été fondés dans la province à la période coloniale, y comprise ceux de Saint Andrew's (1825), Dalhousie (1844), Richibucto (1849), Buctouche et Bathurst.
  79. Santé Nouveau-Brunswick, *ibid.*, p. 4.
  80. D. Arbuckle, *The Northwest Miramichi: A History of the Locality*, Ottawa (Ont.), Westboro Printers, 1978, p. 149. Cf. A. Bernard, *Les Hospitalières de Saint-Joseph et leur oeuvre en Acadie*, Vallée-Lourdes (N.-B.), Hospitalières de St-Joseph, 1958, pp. 65-66; M. Losier, *Children of Lazarus: The Story of the Lazaretto at Tracadie*, Fredericton

- (N.-B.), Goose Lane, 1984, 176 p. Aussi, cf. S.N.B., 13 Victoria, 1850, c. 18, *An Act to Prevent the Spread of a Disorder Now Existing in Certain Parts of the Counties of Gloucester and Northumberland*; cf. Doyle, *Catholic Hospitals*, p. 105, note 27.
81. *Encyclopedia Americana*, International éd., New York, Americana Corp., 1965, vol. 17. La page 133 décrit un lazaret comme étant « le nom donné déjà en diverses parties du monde à un hôpital conçu pour l'isolement et le traitement de maladies contagieuses, particulièrement la lèpre. Le mot provient du nom d'un personnage biblique, Lazare, lequel a été considéré au Moyen-Âge comme étant un lépreux, parce que l'Évangile de Luc le décrit comme "couvert de plaies". Dans les ports de la Méditerranée, les lazarets étaient des bâtiments spéciaux utilisés pour les équipages et les passagers de navires en quarantaine provenant d'endroits où sévissaient des maladies contagieuses ».
  82. Mgr James Rogers, premier évêque de Chatham (N.-B.), est né le 11 juillet 1826 à Mt. Charles, comté de Donegal, en Irlande. Il a été ordonné prêtre à Halifax (N.-É.), le 2 juillet 1851 et consacré premier évêque du diocèse de Chatham le 8 mai 1860. Mgr Rogers est décédé à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Chatham en 1903.
  83. F. Lajat, *Le Lazaret de Tracadie et la communauté des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph*, Montréal, Action paroissiale, 1938, 434 p. Cet ouvrage présente une excellente vue d'ensemble de la colonie de lépreux située à Tracadie (N.-B.).
  84. Les Soeurs de la Charité de l'Immaculée-Conception, 1854; les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, 1868; la Congrégation des Filles de Jésus, 1903 et les Soeurs de Notre-Dame du Sacré-Coeur, 1922. Ces quatre instituts religieux se sont engagés dans l'apostolat de la santé, lequel consistait jusqu'en 1892 – la date de la réorganisation des services de santé – en sept hôpitaux, quatre foyers et un hospice. Les Soeurs de la Providence de Montréal ont fondé un hôpital à Moncton (N.-B.), en 1922 – l'Hôtel-Dieu de l'Assomption. La propriété de cet établissement a été transférée, en 1967, au gouvernement provincial. Un nouvel hôpital l'a remplacé, maintenant connu sous le nom de l'Hôpital Dr Georges L. Dumont.
  85. Doyle, *Catholic Hospitals*, p. 62. cf. M. Mondoux, *L'Hôtel-Dieu premier hôpital de Montréal d'après les annales manuscrites, les documents originaux de l'Institut des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph et autres sources*, 1642-1763, Montréal, Thérien Frères Ltée, 1942, p. 34, 49, 51.
  86. *Ibid.*

87. *Ibid.*
88. J. Deslauriers, *Like a Bay Tree: The History of St. Joseph Province*, Kingston (Ont.), Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, 1984, p. 2. Cf. Mondoux, p. 57. Doyle, dans *The Catholic Hospitals of Canada*, à la page 63 écrit que « Les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph ont reçu le décret final d'érection de leur institut de l'évêque d'Angers, en 1643, et leur reconnaissance civile en 1639, mais ce ne fut que le 8 janvier 1666 qu'il a été reconnu comme institut religieux par le bref du Pape Alexandre III ». Doyle, à la note 26 de la page 63, continue : « le fait que les religieuses ne prononçaient que des vœux simples, contrairement à la coutume de l'époque, avait amené Mgr de Laval à hésiter à leur accorder l'approbation recherchée. Ainsi, même à une date aussi tardive que 1670, il écrivait à la Sacrée Congrégation pour la propagation de la foi : Verum, in hujusmodi Constitutionibus et regulis, iam multa extra ordinaria et parum usitata in Ecclesia Dei pro feminis praefertum mihi visa sunt, ut dubitarem diu an expediret eas a me approbare, praesertim cum se ut religiosas approbare intenderent, et si in hujusmodi Constitutionibus, nulla nisi votum simplicium natura appareat, nec vestibus ulla ratione ab saeculari distinctus [...] » (Archives S. Cong. Prop. Fide, America Antille, vol. I, 1634-1760, p. 282).
89. Dans les Constitutions révisées de 1991, les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, il est déclaré : « Les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph vivent la liberté des enfants de Dieu en tant que femmes de foi, incarnant la tendre compassion du Christ dans le service de Ses membres, spécialement les pauvres, les malades et les plus grands nécessiteux, dans l'union de la charité ». En outre, l'énoncé de mission de l'institut stipule : « Fidèle à sa mission, la Congrégation continue d'annoncer la Bonne Nouvelle de Jésus-Christ par le service aux pauvres et aux malades et par l'oeuvre d'éducation. Les religieuses participent à cette mission par la qualité de leur être et de leur service, révélant l'amour compatissant du Christ partout où elles sont envoyées en mission par leurs supérieures ».
90. J. Mance : née à Langres, en France, le 12 novembre 1606. Le 9 mai 1641, elle s'embarque avec douze autres pour Montréal, et arrive le 8 août à Québec. Elle meurt à Montréal le 18 juin 1663. Pour une connaissance plus en profondeur de la vie de Jeanne Mance, voir F. Deroy-Pineau, *Jeanne Mance : de Langres à Montréal, la passion de soigner*, Montréal, Bellarmin, 1995, p.167 cf. J. Bernier, *L'Hôpital de Jeanne Mance à Ville-Marie : son évolution à travers les siècles*, Montréal, Thérien Frères Limitée, 1958, pp. 25-26.
91. Marguerite Bourgeoys est née à Troies, en France, la capitale de la

province de Champagne, le 17 avril 1620. Le 15 juin 1653, elle s'embarque au port de Saint-Nazaire, France, et arrive le 22 septembre 1653 à Québec, et finalement à Montréal le 16 novembre de la même année. « Le 20 mai 1669, une autorisation écrite d'enseigner est accordée aux Filles de Mère Bourgeois par Mgr de Laval, mais ce n'est qu'en 1676 que, par mandat épiscopal, ce dernier approuve l'érection de la Congrégation de Notre-Dame de Montréal en tant que communauté, avec le 'statut de femmes laïques', c'est-à-dire non cloîtrées ». cf. S. Poissant, *Marguerite Bourgeois, 1620-1700*, Montréal, Bellarmin, 1993, p. 39. Marguerite Bourgeois est décédée à Montréal le 12 janvier 1700. La cause de sa béatification a été déposée le 10 décembre 1878 par le Pape Léon XIII, et l'héroïcité de ses vertus a été proclamée par Pie X dans un décret du 19 juin 1910. Elle a été déclarée bienheureuse le 12 novembre 1950 et, le 31 octobre 1982, a été canonisée par le Pape Jean-Paul II.

92. Deslauriers, *Like a Bay Tree*, p. 2.
93. *Ibid.*
94. Bernier, *L'Hôpital de Jeanne-Mance*, pp. 35-36.
95. Deslauriers, *Like a Bay Tree*, p. 3.
96. S. Maillet, *ibid.*, p. 10.
97. *L'Annuaire de l'ACCS 1991-1992*, Ottawa (Ont.), ACCS, 1991, page 106 : « L'Hôtel-Dieu a été créé en 1869 sous la direction des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph qui en sont les propriétaires. Cet hôpital général pleinement agréé de 125 lits et de 12 berceaux offre à ses patients des services médicaux, chirurgicaux, d'obstétrique et de pédiatrie. Dans les collectivités avoisinantes de Baie Ste-Anne et de Neguac se trouvent deux cliniques dirigées par le personnel de l'Hôtel-Dieu et dont chacune est visitée par environ 16 000 patients. Les services d'infirmerie de l'Atlantic Institution de Renous sont également assurés par le personnel de l'hôpital. » Le 1<sup>er</sup> avril 1992, l'administration de l'hôpital a été involontairement cédée à la Région 7 de la Corporation des hôpitaux lors d'un remaniement du système de santé par le gouvernement de la province. En décembre 1996, le nouvel hôpital de la Région 7 situé à son nouvel emplacement de Miramichi a ouvert ses portes, mettant ainsi fin à l'apostolat des Religieuses Hospitalières dans les soins actifs à l'hôpital de Chatham.
98. *Ibid.*, p. 111 : « En 1950, les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph ont fondé le Mount Saint Joseph comme hôpital pour les convalescents et les malades chroniques. Le premier immeuble, datant de 1902, avait d'abord été érigé comme pensionnat pour jeunes filles. L'établissement

actuel a ouvert ses portes en 1975. Il offre divers programmes spéciaux : la physiothérapie, la thérapie occupationnelle, l'orthophonie, diverses activités, l'ophtalmologie, les soins infirmiers, ainsi qu'un programme de soeurs visiteuses. » Cet établissement continue d'être la propriété des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph et d'être administré par elles.

99. *Ibid.*, p. 108. Cet établissement a d'abord ouvert ses portes en 1947; il est la propriété des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph. Un nouvel immeuble a été construit en 1954, disposant de 45 lits, d'une salle d'opération, d'un laboratoire et d'un département de rayons-X. Puis, des ajouts et des améliorations ont été apportés en 1959, 1967 et 1978. L'hôpital était dirigé par un conseil d'administration de treize membres. Le 1<sup>er</sup> avril 1992, son administration a été involontairement transférée à la Région 3 de la Corporation hospitalière.
100. *Ibid.*, p. 109. L'Hôtel-Dieu de St-Quentin a ouvert ses portes en 1947, disposant de 12 lits. En 1963, un nouvel immeuble de 40 lits était construit, avec les services suivants : médecine générale, obstétrique, pédiatrie et clinique externe. En 1979, en raison de compressions budgétaires, le ministère de la Santé a fermé 8 lits. Le 1<sup>er</sup> avril 1992, son administration a été involontairement transférée à la Régie 4 de la Corporation hospitalière.
101. *Ibid.*, p. 106. Cet établissement a été fondé en 1963; il est la propriété des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph. L'Hôpital de l'Enfant-Jésus est un établissement de soins actifs, disposant de 64 lits. Il offre les services suivants : soins de malades aigus, urgence et clinique externe. Le 1<sup>er</sup> avril 1992, son administration était involontairement transférée à la Région 6 de la Corporation hospitalière.
102. *Ibid.*, p. 112. Le Foyer St-Joseph est un établissement de 126 lits; il est la propriété des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph. Il accueille les personnes âgées et autres patients souffrant d'incapacités physiques et mentales. Mettant l'accent sur les soins holistiques, l'établissement a pour mission de rendre la vie la plus confortable possible pour ses patients, en tenant compte de leur culture, valeurs, traditions et croyances. Il dessert la communauté locale et ses environs depuis mars 1976.
103. *Ibid.*, p. 111. Le Foyer Notre-Dame de Lourdes est la propriété des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph; il a été fondé en 1932 comme hôpital pour tuberculeux. En 1972, sa mission a été complètement changée : après d'importantes rénovations, il a été converti en foyer pour personnes âgées. Il accueille aussi des personnes handicapées plus jeunes.
104. Thomas Louis Connolly, O.F.M., né en Irlande en 1815, nommé évêque

de Saint John en 1852, consacré à la Cathédrale St. Mary's de Halifax (N.-É.), le 15 août 1852 et arrivé à Saint John le 11 septembre 1852. Il a ensuite été nommé archevêque de Halifax le 15 avril 1859.

Mgr Connolly a été l'un des Pères du Concile Vatican I. Il est mort à Halifax, en juillet 1876.

105. St. Joseph's Hospital, *75 Years of Caring*, p. 1.
106. Pour un récit plus détaillé de la vie de Honoria Conway, voir G. Hennessey, *Honoria Conway: Woman of Promise, Foundress of the Sisters of Charity of the Immaculate Conception*, Saint John (N.-B.), 1985, 142 p.
107. E. Legere, *Laus Deo: 1854-1954: Centenary of the Sisters of Charity of Immaculate Conception*, Saint John (N.-B.), Raphaelite Press, 1955 (?), p. 14.
108. Soeurs de la Charité de l'Immaculée-Conception de Saint John (N.-B.) *Rules of the Sisters of Charity of the Immaculate Conception*, Saint John, New Brunswick, 1854, 1<sup>er</sup> feuillet : « Elles doivent se consacrer de façon particulière au soin des orphelins, à l'instruction des pauvres et au soutien des malades, même au sacrifice de leur vie ». Cf. *Constitutions of the Sisters of Charity of the Immaculate Conception*, Saint John (N.-B.), 1983, p. 13 : « En tant que Soeurs de la Charité de l'Immaculée-Conception, un institut religieux apostolique de droit pontifical fondé en 1854, nous sommes appelées à demeurer avec le Christ et nous sommes envoyées pour répondre aux besoins de son Église. Par divers ministères qui incluent traditionnellement les apostolats de l'éducation chrétienne, du soin des malades et des services sociaux, nous nous adaptons aux besoins de l'heure et des lieux dans un esprit de foi, de charité, de simplicité et de disponibilité. Nous nous efforçons ainsi d'être fidèles au charisme de notre Fondatrice, Honoria Conway, et à l'esprit de son parrain ecclésiastique, Thomas Louis Connolly ».
109. L'Hôpital Holy Family a officiellement fermé ses portes le 30 septembre 1997, mettant fin à 86 années d'engagement dans l'apostolat de la santé par les Soeurs de la Charité dans cette ville de l'Ouest.
110. St. Joseph's Hospital, *75 Years of Caring*, p. 1.
111. *Annuaire* de l'ACCS, p. 109 : « Fondé en 1914 par les Sisters of Charity of the Immaculate Conception, l'hôpital St. Joseph's assure les services d'anesthésie, de gynécologie, de médecine interne, d'orthopédie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, de radiologie, d'urologie, de neuro-chirurgie et neurologie, de médecine familiale, de chirurgie générale, de pathologie et de pédiatrie; on y trouve également un service d'urgence et une clinique externe. L'hôpital dispose également d'un centre de jour actif en chirurgie ainsi que d'un foyer de diagnostic. Ces

deux derniers services sont uniques à St. Joseph's. Agréée par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, l'institution est associée au cours de formation médicale de l'université Dalhousie. On offre également l'expérience clinique aux étudiants en soins infirmiers et aux aides-infirmières de l'école des soins infirmiers à Saint John. Une école de technique en radiologie, fondée en 1931, fait toujours partie de cette institution. » Le 1<sup>er</sup> avril 1992, l'administration de cet hôpital a été involontairement transférée à la Région 2 de la Corporation hospitalière. Dans l'Annuaire de l'ACCS, à la page 112, le Foyer Rocmaura, de Saint John, est décrit comme un foyer de 150 lits qui est propriété des Soeurs de la Charité et dirigé par elles et du personnel laïc. Les religieuses ont commencé à soigner les personnes âgées en 1888 à l'ancien Foyer Mater Misericordiae, sur la rue Sydney, lequel avait été construit par le Diocèse de Saint John. En 1958, les résidents du foyer ont été déménagés à l'ancien orphelinat de la rue Waterloo. Manquant d'espace, les religieuses ont fait des plans en vue d'un nouvel immeuble et, le 16 décembre 1972, Rocmaura accueillait les personnes âgées ayant besoin de soins infirmiers. Ce sont les valeurs chrétiennes fondamentales qui marquent l'esprit du foyer de manière que la dignité et l'individualité de chaque résident soient respectées. Le personnel s'efforce de contribuer à la santé et à la guérison de tous dans un climat de respect et d'affirmation du caractère sacré de la vie humaine.

112. *Annuaire* de l'ACCS, page 108 : « L'Hôpital Stella-Maris-de-Kent ouvrit ses portes en septembre 1966 pour desservir le comté de Kent. Ce comté est une région rurale couvrant une superficie de 1 590 milles carrés et ayant une population d'environ 30 000 à grande majorité catholique et française. L'hôpital offre des services de base à la population; il dispose de 45 lits. » Le 1<sup>er</sup> avril 1992, son administration a été involontairement transférée à la Région 1 de la Corporation hospitalière.
113. A. Trottier et J. Fournier, *Les Filles de Jésus en Amérique*, Charlesbourg, Impr. Le Renouveau Inc., 1986, p. 17.
114. Dans la Constitution des Filles de Jésus de 1834, on peut lire : « Le but établi pour la Congrégation est d'honorer l'Humanité du Fils de Dieu en imitant ses vertus, particulièrement la vertu de charité, et de prendre soin des malades et des personnes âgées ».
115. Trottier et Fournier, *Les Filles de Jésus en Amérique*, p. 19 à 21.
116. *L'Annuaire* de l'ACCS, page 107 : « L'Hôpital St-Joseph de Dalhousie est une institution de traitements actifs desservant la population du comté de Restigouche Est. Fondé en 1948 par les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, il est maintenant la propriété et sous la direction de la Corporation des Filles de Jésus. Les services comptent :

- la médecine, la chirurgie, la pédiatrie, l'obstétrique et la gynécologie, l'urgence, les soins intensifs, la pastorale, les services de diagnostic et de thérapie, ainsi qu'une diversité de traitements pour les patients externes. Le 1<sup>er</sup> avril 1992, son administration a été involontairement transférée à la Région 5 de la Corporation hospitalière.
117. Trottier et Fournier, *Les Filles de Jésus en Amérique*, p. 4.
118. E. Boudreau, « The Charism of the Congregation in our Health Care Institutions », pp. 3.1-3.2. Il s'agit ici d'un exposé donné à Moncton (N.-B.), par Soeur Boudreau, le 4 avril 1982, lors d'une réunion des personnels administratifs des hôpitaux et foyers des Filles de Jésus.
119. Santé Nouveau-Brunswick, *ibid.*, p. 6.
120. *Ibid.*, p. 7 : « Entre 1867 et 1900, six autres hôpitaux généraux se sont ouverts à Chatham (1869), St. Basile (1873), Fredericton (1888), Moncton (1895), Campbellton et Tracadie. Une maternité, la Salvation Army Evangeline Maternity Hospital, a ouvert à Saint-Jean en 1899. Entre 1900 et 1914, quatre autres hôpitaux ont été construits à St. Stephen, Woodstock, Grand Falls et Bathurst. Deux sanatoriums ont également ouvert pendant cette période près de Moncton (1913) et à Saint-Jean (1915). En outre, il existait des établissements distincts et spécialisés par exemple des hôpitaux maritimes, militaires et des asiles.
121. *Ibid.*, p. 8 : « En vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, la prestation des soins de santé était reconnue comme une responsabilité principalement provinciale. Le gouvernement fédéral se voyait confier le contrôle de la quarantaine et l'établissement et le maintien des hôpitaux maritimes, tandis que les provinces se voyaient conférer le contrôle de la fondation, du maintien et de la gestion des hôpitaux et des asiles.
122. *Ibid.*
123. S.N.B., *Public Health Act*, 50 Victoria, 1878, c.3.
124. Le ministère de la Santé a été créé en 1918. Il s'agissait du premier ministère de la Santé de tout l'ensemble de l'Empire britannique.
125. Santé Nouveau-Brunswick, *ibid.*, p. 9.
126. *Ibid.*, p. 10 : « Après la guerre, les hôpitaux ont connu une expansion rapide, devenant les principaux centres de traitement, grâce aux progrès de la science médicale et des connaissances scientifiques. Pendant cette période, on a accordé plus d'importance aux mesures préventives et, pour répondre à la demande d'accroissement des services, de nouveaux programmes ont été offerts.
127. *Ibid.*
128. *Ibid.*, p. 11. Cf. Santé Nouveau-Brunswick, *Rapport du Comité*

*d'enquête sur la santé de la Province du Nouveau-Brunswick*, 1951, p. 57.

129. *Ibid.*, p. 12.

130. *Ibid.*

131. *Ibid.*, p. 13 : « Même si l'assurance-maladie devait être financée conjointement par le gouvernement fédéral et les provinces, le gouvernement du Nouveau-Brunswick devait encore assumer un fardeau financier énorme pour garantir des services de base à tous ses citoyens. Les coûts élevés de la prestation de services non seulement de santé, mais aussi de bien-être social, ont créé de graves problèmes pour le gouvernement de la province. »

132. *Ibid.*, p. 14 : « Le Programme d'égalité sociale a eu d'importantes répercussions sur les services médicaux au Nouveau-Brunswick. Il a permis de restructurer le système des soins de santé de la province et d'en accroître l'efficacité. Par la suite, en 1971, la province adhère au régime national d'assurance-maladie. » Et encore, à la p. 15 : « Les principales conséquences de l'adoption de ce programme dans le domaine de la santé ont été l'abolition des conseils de santé locaux et le transfert de leurs responsabilités au ministère de la Santé. Celui-ci s'est vu confier la responsabilité financière de la prestation directe de services d'hygiène publique dans toute la province, et l'objectif d'assurer des normes de base en matière de soins pour tous les résidents. Avec l'abolition des conseils locaux en 1967, les services de santé dans les localités ont été regroupés en cinq régions administratives de la santé, désignées par les lettres A à E, chacune concentrée autour d'un grand centre urbain de la province. Il s'agissait d'offrir un système coordonné de soins plus efficaces, qui permettrait l'égalité d'accès aux services à tous les citoyens. » Cf. Honorable Louis J. Robichaud, *Programme d'égalité sociale*, 1965. Et aussi Santé Nouveau-Brunswick, *Rapport annuel* de 1967, p. 238.

133. Santé Nouveau-Brunswick, *Study of Health Facilities in the Province of New-Brunswick*, Ottawa, Llewelyn-Davis, 1970, p. 1. On peut y lire : « Le manque préalable de planification coordonnée a entraîné la fondation d'un hôpital dans pratiquement chaque collectivité. Même si cette situation paraissait s'accorder à la politique d'égalité sociale [...] il faut souligner que l'égalité d'accès à un immeuble hospitalier n'équivaut pas nécessairement à l'égalité d'accès à des services hospitaliers de grande qualité [...] l'établissement d'un grand nombre de petits hôpitaux peut réduire considérablement la qualité des soins ». Cf. Santé Nouveau-Brunswick, *Les soins de santé au Nouveau-Brunswick*, p. 17 : « L'étude concluait que pour des raisons à la fois de qualité et

d'économie, les services hospitaliers devraient être concentrés et coordonnés dans le cadre d'un programme régional, les services spécialisés étant regroupés dans un même lieu. Selon le système en vigueur en 1970, le Nouveau-Brunswick comptait trente-huit hôpitaux dont les normes de qualité variaient. Ils étaient trop clairsemés et nombre d'entre eux étaient trop petits pour offrir des services efficaces. L'étude de 1970 proposait une plus grande intégration des services hospitaliers, par l'entremise d'un développement régional dans les cinq grandes régions administratives avec des hôpitaux aux paliers des régions, des districts et des collectivités ».

134. *Ibid.*, p. 17 : « Entre 1950 et 1984, les hôpitaux ont été utilisés de plus en plus couramment par une proportion sans cesse croissante de la population. Ils se sont mis à la fine pointe de la technologie, grâce à l'introduction d'équipement moderne, par exemple la tomographie, et à l'établissement de nouvelles divisions, par exemple la médecine nucléaire. »

135. *Ibid.*, p. 17.

