



Documenting the legacy and contribution of the
Congregations of Religious Women and Men in Canada,
their mission in health care, and the founding and operation of Catholic hospitals.



Retracer l'héritage et la contribution des congrégations religieuses au Canada,
leur mission en matière de soins de santé ainsi que la fondation
et l'exploitation des hôpitaux catholiques.

Histoire de l'Institut Bruchési et son engagement dans la lutte contre la tuberculose à Montréal (1911-1945)

par Yves Lajoie

Département d'histoire faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté la Faculté des études supérieures en vue de
l'obtention du grade de Maître ès arts (M.A.) en histoire

**Source: Faculté des études supérieures
Université de Montréal**

Université de Montréal

**Histoire de l'Institut Bruchési et son engagement dans la lutte contre la tuberculose
à Montréal (1911-1945)**

Par

Yves Lajoie

Département d'histoire

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès arts (M.A.) en histoire

Décembre 2002

© Yves Lajoie



D
7
U54
2003
N.015

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Histoire de l'Institut Bruchési et son engagement dans la lutte contre la tuberculose
(1911-1945)

Présenté par

Yves Lajoie

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jacques Rouillard, président-rapporteur
Othmar Keel, directeur de recherche
Georges Desrosiers, membre du jury

Mémoire accepté le : 7 mai 2003

Sommaire

Au cours du dernier tiers du XIXe siècle et des premières décennies du XXe, Montréal s'industrialise et s'urbanise rapidement. Sans plan d'encadrement urbain, les quartiers ouvriers de l'est de la ville deviennent rapidement des endroits insalubres et malsains pour y vivre en santé. Par ailleurs, le travail dans l'industrie est épuisant et aliénant. Combinées à la mauvaise alimentation, à l'alcoolisme et à l'absence de règle d'hygiène, les maladies infectieuses et contagieuses telles que la tuberculose sévissent de façon endémique.

Quelles ont été alors les actions privées et publiques entreprises pour endiguer la tuberculose? Quels moyens techniques et humains ont été déployés afin de contrôler et de faire diminuer l'incidence de la tuberculose à Montréal dans la première moitié du XXe siècle? La création et l'implantation de l'Institut Bruchési et de son dispensaire en 1911 fut l'un de ses moyens.

Ce mémoire de maîtrise a donc pour objectif de démontrer le rôle salvateur qu'a joué l'Institut Bruchési et son dispensaire dans la lutte contre le fléau de la peste blanche au cours de la première moitié du XXe siècle. En effet, entre le début des années 1910 et la fin des années 1940, où apparaissent les premiers antibiotiques, l'épidémie de tuberculose recula considérablement grâce à l'abnégation de ses médecins phthisiologues et aux efforts acharnés du dispensaire, le pivot de toute lutte organisée contre la tuberculose.

Notre étude est donc avant toute chose une analyse socio-historique du rôle joué par l'Institut Bruchési dans le contexte d'une société socio-sanitaire en mutation. Il n'est nullement question ici de faire une étude de la maladie en tant que tel.

Dans cette optique, nous verrons, au cours du premier chapitre, quel fut le contexte socio-sanitaire qui favorisa la mise sur pied de l'Institut Bruchési. Au cours du second chapitre, nous analyserons le mode de fonctionnement de l'Institut ainsi que la façon dont était assurée la direction des différentes fonctions de régie entre les instances laïques et religieuses. Le chapitre trois, pour sa part, décrira et analysera le mode de fonctionnement du dispensaire de l'Institut et le rôle prépondérant qu'il a joué au sein de la société montréalaise avec ses mesures prophylactiques et ses moyens médicaux. Finalement, le dernier chapitre traitera de l'œuvre de l'enfance mise sur pied par l'Institut au cours des années 1920. Comme le lit de la tuberculose se prépare dans l'enfance, disait-on à l'époque, une attention particulière fut portée aux enfants de niveau préscolaire.

Abstract

During the last part of the 19th century and the first part of the 20th century, Montreal became industrialized and urbanized at a very rapid pace. Because there was no urban planning program of any sort, the working class neighborhoods of the east-end were quickly becoming unhealthy and unwholesome places to live. Working in factories was exhausting and alienating as well. Unhealthy eating habits, alcoholism and a lack of sanitary measures are some of the reasons why infectious and contagious diseases, such as tuberculosis, were endemic and rampant.

What private and public actions, if any, were undertaken to restrain tuberculosis? What technical and human means were used to control and reduce the incidence of tuberculosis in Montreal during the first half of the 20th century? We'll find out that the creation and implementation of the Institut Bruchési and its dispensary in 1911 was one of those means.

The purpose of this master's thesis is to show how the Institut Bruchési and its dispensary had an important, salutary role in the fight against the "white plague", during the first half of the 20th century. As a matter of fact, between the 1910s and the end of the 1940s, when the first antibiotics appear, the tuberculosis epidemic slowed down considerably, due in large part to the selfless devotion of doctors specialised in tubercular medicine and to the non-stop measures of the Institut's dispensary, which served as the central hub of the organized fight against tuberculosis.

This study is a sociological and historical analysis of the role played by the Institut Bruchési in a society that is evolving in all social and health-related aspects. It is not an analysis of the disease itself in any way.

With this in mind, the first chapter discusses the social and medical environment that brought about the creation of the Institut Bruchési. The second chapter examines the way the Institut worked, and how the roles were separated and managed between religious and non-religious organizations. The third chapter describes and analyzes the day-to-day functions of the Institut's dispensary, and discusses its essential role in the city, with its preventative measures and medical support. Finally, the last chapter studies a program intended especially for children, established by the Institut during the 1920s. They used to say "tuberculosis has its root in childhood." For that reason, the Institut and its dispensary paid particular attention to children of preschool age.

Table des matières

SOMMAIRE.....	i
TABLES DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : L'aube du XXe siècle : contexte et ferment d'une époque.	
Aspect socio-économique et sanitaire de Montréal.....	9
1.1. Contexte économique : l'idéologie libérale.....	9
1.2. Quartiers prolétaires : physionomie d'une urbanisation dépassée.....	11
1.3. L'alimentation de la classe ouvrière.....	14
1.4. Ateliers et manufactures : le milieu de travail.....	17
1.5. Contexte législatif en matière de santé au Québec.....	19
1.6. La formation de la première ligue antituberculeuse de Montréal au début du XXe siècle.....	27
1.7. La Commission royale d'enquête sur la tuberculose : vers la création et la mise sur pied de l'Institut Bruchési.....	33
1.8. Ouverture et inauguration de l'Institut Bruchési : des débuts incertains....	38
Conclusion.....	44
Chapitre 2 : Organisation et mode de fonctionnement de l'Institut Bruchési.....	46
2.1. Le Bureau d'administration.....	47
2.2. Le Bureau médical.....	49
2.3. Le financement de l'Institut Bruchési.....	51
2.3.1. Les sources de revenus privées.....	52
2.3.2. Les sources de revenus publiques.....	52
2.3.3. Autres sources de revenus : la vente de remède.....	54
2.3.4. Contribution financière des religieuses de la Providence.....	55

2.3.5. L'association des Dames Patronnesses de l'Institut Bruchési.....	56
2.4. Les dépenses.....	59
2.5. Bilan financier de l'Institut Bruchési pour la période.....	63
Conclusion.....	66
Chapitre 3 : L'Institut Bruchési : un dispensaire-hôpital.....	67
3.1. Fonctionnement du dispensaire : un emploi double.....	68
3.2. Les cliniques du dispensaire : une diversité d'approche et de soins.....	72
3.2.1. Le service clinique pour enfants tuberculeux.....	74
3.2.2. Le service des premières voies respiratoires.....	77
3.2.3. Le service de tuberculose chirurgicale.....	78
3.2.4. Le service de dermatologie.....	81
3.2.5. Les chambres d'observation du dispensaire.....	82
3.2.6. Le service de laboratoire et de radiologie.....	83
3.2.7. Le service social de l'Institut Bruchési.....	85
3.2.8. Les gardes-malades visiteuses.....	88
Conclusion.....	94
Chapitre 4 : Les camps de santé Bruchési pour les enfants.....	96
4.1. Création et établissement des camps.....	97
4.2. Organisation et mode de fonctionnement des camps.....	98
4.3. Aménagement des camps.....	104
4.4. Des idées d'expansion.....	106
4.5. Le Bureau d'administration des camps de santé Bruchési.....	109
4.6. Les états financiers des camps.....	110
Conclusion.....	112
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	114
BIBLIOGRAPHIE.....	121

Liste des tableaux

1. Profits réalisés par la vente de médicaments.....54
2. Montants annuels déboursés par les religieuses pour l'Institut Bruchési.....56
3. Montants perçus par la vente du timbre de Noël comparés aux
subsidés publics.....58
4. Dépenses annuelles pour la distribution gratuite de médicaments.....60
5. Salaires versés pour les infirmières et le personnel des dispensaires.....61
6. Dépenses reliées aux frais d'entretien et de fonctionnement des
camps David et Perron pour l'année 1941.....111

Liste des sigles et des abréviations

CHPQ	Conseil d'hygiène de la province de Québec
CSHPQ	Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec
UMC	Union médicale du Canada
RAIB	Rapport annuel de l'Institut Bruchési
SPH	Service provincial d'hygiène

Remerciements

Mes remerciements vont à tous ceux, qui de près ou de loin, m'ont accompagné tout au long de cette aventure qu'est la réalisation d'un mémoire de maîtrise, notamment à mon directeur de recherche, Monsieur Othmar Keel, pour ses remarques et ses suggestions toujours pertinentes.

Je tiens également à remercier ma famille. Ma mère, Marie-Anna et mes deux frères, Mario et Gilles. Mes remerciements vont aussi à Anick, ma conjointe, ainsi qu'à mes deux enfants, Élisabeth et Elliot. Ils ont été bien souvent à l'écoute de mes angoisses existentielles et de mes préoccupations intellectuelles face à ce chantier de solitude que peut représenter l'écriture d'un mémoire de maîtrise.

Dans un tout autre ordre d'idées, je tiens à remercier sincèrement mon ordinateur qui a su tenir le coup au cours des deux dernières années. Je ne peux cependant en dire autant de mon imprimante qui a rendu l'âme au moment même où j'en avais le plus besoin. Enfin.

En dernier lieu, merci à Brigitte pour le travail de relecture et de révision de ce mémoire.

INTRODUCTION

Le médecin phthisiologue, avant que les premiers antibiotiques ne soient découverts, soigne des tuberculeux et non la tuberculose. À vrai dire, il n'y a presque aucune différence entre le médecin du XIXe siècle et celui des quatre premières décennies du XXe siècle en ce qui a trait à la façon de traiter la tuberculose et réussir à la guérir. Le praticien est totalement désarmé devant le cours inexorable et fatal de la maladie. Ne pouvant guérir, il peut seulement encore espérer n'être qu'une figure encourageante et convaincante avec l'utilisation de médicaments n'ayant pour seule portée curative qu'un effet placebo.

Cependant, le dernier tiers du XIXe siècle et le début du XXe siècle, vont radicalement changer le contexte médical et socio-sanitaire en ce qui concerne l'organisation des soins et des pratiques contre la tuberculose. En effet, la révolution microbienne contribua à ce revirement. Trois noms sont à retenir : le précurseur, le Français Jean Antoine Villemin, lorsqu'il démontra la transmissibilité de la tuberculose en 1865; l'Allemand Robert Koch, lorsqu'il identifia le bacille de la tuberculose en 1882 qui, par le fait même, allait porter son nom; puis, un second Français, Louis Pasteur, dont les travaux sur la bactériologie et les maladies infectieuses allaient créer une nouvelle conception des maladies en fonction de leurs spécificités pathogènes intrinsèques. Trois noms importants qui allaient transformer la base des connaissances, des savoirs et des découvertes de toutes sortes dans le domaine de la médecine. À partir de ce moment, les perceptions et les mentalités devant les maladies épidémiques et infectieuses seront pour toujours modifiées.

Car bien avant que ne se produise cette révolution, le tuberculeux était considéré comme un taré et un pestiféré irresponsable au même titre que le lépreux du Moyen Âge, l'alcoolique notoire des faubourgs ouvriers, le vénérien démobilisé et les autres débiles de toutes sortes qui, de leur dépravation morale et physique, jonchent le territoire de la ville. En d'autres termes, le tuberculeux ne devait sa maladie qu'à son irresponsabilité et à ses mœurs débauchées. Il la devait aussi à son hérédité. Comme la notion de contagion n'était pas encore admise, du moins pas avant les années 1880, la conception du terrain était celle qui avait cours dans les milieux scientifiques de l'époque. En effet, on ne concevait pas que la transmission de la tuberculose puisse se faire par contact, c'est-à-dire de personne à personne, mais plutôt qu'elle s'effectuait par le biais des gènes du père ou de la mère. Pour les contemporains de cette époque, la théorie de l'hérédité de la tuberculose était tout à fait plausible et vraisemblable puisqu'il n'était pas rare de voir des familles entières décimées par la peste blanche. La déduction était simple. le constat héréditaire se confirmait de lui-même.

Cependant, la révolution microbienne de la fin du XIXe siècle allait permettre le passage d'une pensée limitée et circonscrite au seul champ de la perception déductive de l'état des choses à une pensée axée sur des principes objectifs, épurée de « tout jugement de valeur » péjoratif envers le tuberculeux et son malheur. C'est en effet le moment où ce dernier passe du statut de pestiféré et de taré à celui de victime d'un mal contagieux et d'un fléau social. L'ennemi devient donc le germe, le microbe, le taudis, le quartier vétuste, etc. Par ailleurs, la tuberculose ne se définit plus comme un mal fatal et inéluctable mais plutôt comme un mal évitable puisque l'on connaît maintenant son mode de transmission. Par contre, on ne sait comment la guérir de façon efficace avec des

médicaments. La prévention et la prévision de son incidence morbide sur la population seront les solutions immédiates pour encadrer le problème de la peste blanche et tenter de la circonscrire.

Ce nouveau contexte scientifique et médical entraîne l'application de nouvelles sciences pour faciliter la compréhension des phénomènes sociaux et humains. Par exemple, la science statistique sera employée au Québec comme d'ailleurs dans les autres pays industrialisés, afin de connaître l'ampleur du mal et des dégâts engendrés par la tuberculose. Pour la décade 1896-1906, au Québec, on recensera 33 190 morts causées par la tuberculose ¹. Vues sous cet angle, les préoccupations reliées à la tuberculose prennent une nouvelle tournure. Il ne s'agit plus de reléguer la maladie à la responsabilité individuelle de l'ignorant, mais plutôt de lui attribuer une responsabilité sociale. La tuberculose devient donc une maladie de la collectivité passant du rang de simple mal de poitrine à celui de fléau national pouvant sérieusement entraver et hypothéquer la revitalisation de la nation car « les maladies sociales sont [...] celles qui menacent les unités sociales dans leur quantité et dans leur qualité et qui peuvent ainsi compromettre l'avenir des sociétés » ².

La tuberculose se présente désormais comme un mal engendré par les inégalités sociales et, pour les médecins hygiénistes, attribué à l'organisation capitaliste axée sur l'exploitation de « l'économie humaine ». Comme le dit Jean-François Chanlat, « la sociologie et l'histoire nous apprennent que chaque système socioculturel contribue à

¹ Mais il ne s'agit que du chiffre officiel. En réalité, le tribut payé à la tuberculose doit sûrement être encore plus lourd étant donné que les certificats de décès n'étaient pas toujours remplis par un médecin. Et même s'ils l'étaient, le diagnostic du décès pouvait s'avérer erroné.

² Jules Héricourt. *Les maladies des sociétés. Tuberculose, Syphilis, alcoolisme et stérilité*. Paris, Ernest Flammarion Éditeur, 1918, p.2.

modeler le genre de maladies qui vont devenir dominantes à une époque donnée »³. C'est en effet pour faire contrepoids au système économique orienté vers l'asservissement du capital humain que va naître la médecine hygiénique. Mais prenons note que l'expression utilisée à cette époque était « hygiène ».

Plus précisément, l'hygiénisme émerge parallèlement à l'industrialisation pour en diminuer ses ravages. Cette nouvelle doctrine, axée sur la prévention, permet de devancer l'apparition des maladies qui, en aucun cas, ne pourraient être traitées et guéries par la médecine curative. L'hygiénisme, avec ses moyens de prévention et de dépistage, s'inscrit et s'impose donc comme une nécessité pour le monde industrialisé. De plus, la médecine hygiénique, comme le rapporte Dominique Gaucher, « ne se limite pas uniquement qu'à entreprendre des actions sanitaires. Elle a pour mandat d'essayer de contribuer à régler les problèmes de maladie, d'arriération mentale, de pauvreté, de criminalité, d'alcoolisme, d'instruction publique et des problèmes industriels »⁴. La dégénérescence de l'homme ne doit pas entraîner l'effondrement de l'organisation sociale. La société doit être repensée. Le capital humain doit être revitalisé car il est la base même du fonctionnement du système social et économique et de la prospérité nationale.

L'idée d'une œuvre antituberculeuse pour les Canadiens français à Montréal et la fondation de l'Institut Bruchési s'inscrivent parfaitement dans ce contexte d'urgence face à la décomposition et à l'effondrement de l'ordre socio-sanitaire causé par la fléau de la peste blanche. En ce sens, le dispensaire antituberculeux doit donc devenir un élément

³ Jean-François Chanlat, *Type de sociétés, type de morbidités: la sociogenèse des maladies*, dans Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin. *Traité d'anthropologie médicale*. Québec/Lyon, IQRC, PUQ et PUL, 1985, p. 298.

dynamique où converge un ensemble de solutions plutôt qu'un simple endroit où l'on pratique une médecine de soins ponctuels. Partant de cette idée, faire l'histoire de l'Institut Bruchési est plus qu'une simple remise en contexte ou encore une banale description des efforts entrepris par cet organisme pour combattre la tuberculose. C'est plutôt saisir l'enjeu d'une société en mouvance, en transformation et en évolution. Et c'est aussi saisir l'importance d'un défi de taille, celui pour lequel on ne connaît aucun moyen thérapeutique efficace.

La perspective du défi est intéressante puisqu'elle suggère un déploiement d'énergie extraordinaire pour arriver à des résultats. Toute société donnée, à une époque donnée, et qui fait face à une épreuve d'envergure nationale, est un révélateur de son dynamisme et de l'existence de forces irréductibles face à la nature. C'est dans ce contexte effervescent d'une société en transition socio-sanitaire qu'allait s'élaborer et se développer le dispensaire antituberculeux de l'Institut Bruchési, le pivot de toute lutte organisée de façon systématique contre la tuberculose. L'expérience des autres pays tels que la France, l'Angleterre et les États-Unis le démontrait très bien. Sans dispensaire, il n'y avait aucune possibilité d'assurer une lutte efficace contre la tuberculose. C'est à partir de ces expériences, surtout celles des Américains, que prendra exemple l'Institut Bruchési pour fonder son propre dispensaire. Bien entendu, ce dernier s'adapta aux particularités et au contexte socio-sanitaire et socio-politique du Québec du début des années 1910⁵.

⁴ Dominique Gaucher, *La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975*, dans *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*, sous la direction de Peter Keating et Othmar Keel, Boréal, 1995, p. 163.

⁵ Cette notion de spécificité du dispensaire de l'Institut Bruchési cadre très bien avec l'approche de G. Rosen à propos de la spécificité des structures ou institutions de santé publique qui sont fortement influencées par les savoirs médicaux, mais aussi par les progrès des sciences humaines, diffusant à l'échelle

Notre mémoire aura donc pour objectif de faire valoir et de démontrer le rôle salvateur et prépondérant de l'Institut Bruchési, ainsi que de son dispensaire, dans la lutte antituberculeuse dans le district de Montréal. En quels termes, a-t-il permis d'améliorer et de circonscrire le problème de la tuberculose dans le district de Montréal? Tout porte à croire, selon notre enquête, que l'encadrement de la tuberculose par l'Institut Bruchési a contribué à mettre un frein à l'épidémie de peste blanche à Montréal entre le début des années 1910 et la fin des années 1940 où apparaissent les premiers antibiotiques.

Par ailleurs, nous chercherons également à voir et à comprendre quel rôle joua le dispensaire dans l'établissement d'une prophylaxie antituberculeuse, et surtout s'il contribua à changer le contexte sanitaire à Montréal. Nous verrons, à la lumière des faits recueillis et analysés, que la variété des services cliniques qui y étaient offerts, semble avoir permis de diffuser largement et efficacement les préceptes des pratiques hygiéniques non seulement auprès de la population de Montréal mais aussi de celles d'autres villes et régions.

Notre étude sera à la fois descriptive et analytique selon une approche méthodologique socio-historique. La description du contexte d'émergence de l'Institut Bruchési ainsi que des différentes cliniques de son dispensaire sera complétée et enrichie par une analyse qui aura pour but de démontrer l'impact réel ainsi que le rôle prépondérant que joua cet organisme au sein de la société montréalaise en servant d'exemple dans l'organisation de la lutte et des soins antituberculeux.

Pour mener à bien notre étude, nous avons systématiquement dépouillé et analysé les sources sanitaires de l'époque. Ainsi, nous avons dépouillé les rapports annuels de

du monde industrialisé tout en s'adaptant au milieu socioculturel d'adoption. Voir à ce sujet : Rosen, G. A *history of public health*. New-York, 1958.

l'Institut Bruchési pour les années allant de 1911 à 1960, le Bulletin de santé du Service de santé de la cité de Montréal pour les années 1916 à 1954, le Bulletin sanitaire pour les années 1910 à 1960, les rapports annuels du Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec, du Service provincial d'hygiène ainsi que du ministère de la Santé couvrant la période allant de 1915 à 1950. Nous avons également dépouillé les rapports annuels du Comité provincial de défense contre la tuberculose. Fut également consultée de façon très méthodique l'Union Médicale du Canada, pour les articles relevant de la tuberculose, les quotidiens La Presse, La Patrie, Le Devoir ainsi que le Journal d'hygiène populaire. Finalement, thèses, mémoires et monographies nous ont servi à compléter et à construire le cadre et le contexte de la période étudiée.

Nous avons aussi eu accès à des sources dactylographiées, principalement de la correspondance entre le Bureau d'administration de l'Institut et la Communauté des sœurs de la Providence. Ces sources nous ont été d'un grand secours, entre autres, pour comprendre la structure et la division des pouvoirs entre les laïques et les religieuses. Malheureusement, nous n'avons pu avoir accès à d'autres sources primaires concernant l'Institut Bruchési. Ainsi, nous n'avons pu retrouver les procès-verbaux. Comme il y a des lacunes dans les sources, il nous a été impossible de dégager de possibles conflits ou divergences quant à l'administration et à la régie interne de l'Institut. Les sources dactylographiées, mentionnées précédemment, nous parlent peut-être de « l'affaire Bertrand », mais ne laissent pas sous-entendre ce qu'on reprochait au docteur Bertrand. Il est simplement fait mention que la dite personne ne devait plus avoir accès au dispensaire et aux dossiers des malades.

Comme le disent Gagnon et Hamelin dans *L'homme historien*, « l'historien travaille avec les sources qu'il trouve ». Dans cette optique, l'objet de notre étude « devient donc un compromis entre ce qu'a permis [notre] documentation et le projet de recherche initial »⁶.

Notre mémoire est divisé en quatre chapitres. Le premier dégage le contexte socio-politique et sanitaire du district de Montréal pour les quatre premières décennies du XXe siècle. Il nous servira de point de départ pour connaître le contexte qui favorisa la création de l'Institut Bruchési. De façon synthétique, nous y relaterons les origines des premières lois provinciales en matière de santé, suivies par la création des premières ligues antituberculeuses qui furent à l'origine de la conscientisation du problème tuberculeux chez les classes aisées de la société. Cette prise de conscience, en plus d'encourager la constitution d'une Commission royale d'enquête sur la tuberculose, favorisa et entraîna la mise sur pied de l'Institut Bruchési. Au second chapitre, nous traiterons du mode de fonctionnement de l'Institut, de sa structure administrative, de son Bureau médical et de son mode de financement. Au chapitre trois, nous relaterons le mode de fonctionnement du dispensaire antituberculeux ainsi que sa diversité d'approche clinique et de soins. Finalement, en dernier lieu de notre analyse, nous traiterons de l'Oeuvre de l'enfance de l'Institut Bruchési et des camps de santé Perron et David pour les jeunes, situés dans les Laurentides, au nord de Montréal.

⁶ Nicole Gagnon et Jean Hamelin. *L'homme historien. Introduction à la méthodologie de l'histoire*. Edisem Inc. 1979, p.60.

CHAPITRE UN

1. L'AUBE DU XX^e SIÈCLE : CONTEXTE ET FERMENT D'UNE ÉPOQUE. ASPECTS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET SANITAIRES DE MONTRÉAL

1.1. Contexte économique : l'idéologie libérale

Un observateur de l'époque a décrit Montréal comme *The city of wealth and death*⁷. En effet, au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle, Montréal s'industrialise et s'urbanise rapidement. L'immigration en provenance d'Europe et celle des campagnes québécoises créent alors un problème de surpopulation dans les quartiers ouvriers de l'est de la ville. L'entassement des familles dans les taudis, les infections de toutes sortes, le manque d'hygiène personnelle et corporelle, les carences alimentaires ainsi que l'exploitation faite par les industriels maintiennent un taux élevé de mortalité dans la classe prolétaire. C'est le règne de la haute bourgeoisie capitaliste et de son hégémonie économique.

L'idéologie libérale prédomine. Véhiculée par les hommes d'affaires, les dirigeants politiques et la presse à grand tirage, elle encourage et valorise l'entreprise privée, la propriété et l'effort individuel. C'est en effet une période de grand changement où l'investissement canadien et étranger ainsi que les réalisations techniques prennent une place très importante chez les élites du début du XX^e siècle. Dans cette veine, les tenants du capitalisme ne se gênent pas pour propager le mythe que la richesse est

⁷ Linteau, Durocher, Robert. *Histoire du Québec contemporain. De la Confédération à la crise (1867-1929)*. Tome 1, Boréal, 1989, Ibid., p.214. De plus, cette métaphore est également le titre d'un article de J.C. Robert : « The city of wealth and death » dans *Essays in the History of Canadian Medicine*. (dir. Publ.) Mitchinson, W et J.D McGinnis, Toronto, 1988. pp. 7-38.

accessible à tous et que le progrès matériel est impossible sans le développement économique.

Toutefois, ce contexte d'exploitation du prolétariat et de laisser-faire économique entraîne la naissance d'un courant réformiste dès le tout début du XXe siècle. Ni contestataire ni révolutionnaire, il se définit avant toute chose comme une voie du courant libéral cherchant à concilier les nouvelles conditions engendrées par l'industrialisation et l'urbanisation avec les nouvelles notions de progrès issues des sciences, des technologies et de la médecine. C'est d'ailleurs à partir de cette dernière notion, et plus particulièrement en santé publique, que les plus grandes réformes auront lieu. En effet, la maladie et la mortalité représentent des enjeux et des défis importants pour la raison et le progrès. Les maladies ne doivent plus être vues comme des phénomènes isolés et individuels, résultat du vice et de l'oisiveté de l'individu, mais plutôt comme un danger pour l'ensemble de la société. Conférences de toutes sortes et articles de journaux foisonnent alors sur la nécessité d'une intervention de l'État afin d'améliorer les conditions matérielles et sanitaires des classes défavorisées. Cette intervention sera toutefois lente à être mise en place. Comme l'idéologie libérale et le profond conservatisme social de ses classes dirigeantes sont bien installés, il faudra attendre les années 1920 et 1930 avant que de véritables politiques de santé et de responsabilité collective soient mises de l'avant. Entre-temps, les conditions matérielles et sanitaires de la population ouvrière de Montréal se détériorent et la propagation des maladies infectieuses et contagieuses devient un véritable fléau. De telles conditions seront donc propices à la dissémination du bacille de la tuberculose ⁸.

1.2. Quartiers prolétaires : physionomie d'une urbanisation dépassée

Le problème de l'habitation insalubre dominera toujours la prophylaxie de la tuberculose.

Congrès international de la tuberculose 1905

L'urbanisation massive⁹ que connaît Montréal au début du XXe siècle entraîne de nombreux problèmes d'ordre sanitaire et la détérioration des conditions de vie en général¹⁰. Le système d'égout ne répond à aucun critère de salubrité. Son étendue, insuffisante pour l'ensemble de la ville, surtout dans les quartiers pauvres de l'est de la ville¹¹, ne favorise pas l'écoulement des eaux usées. Celles-ci sont souvent responsables de la transmission et de la propagation de maladies infectieuses comme la typhoïde. Les fosses d'aisance représentent aussi un autre danger. Souvent placées trop près des maisons, leur contenu peut refluer et se répandre sur le sol. Les enfants et les animaux (domestiques et de basse-cour) sont alors en contact avec les germes de la variole, de la diphtérie et des fièvres typhoïdes. Cette situation, on le comprendra aisément, aura pour corollaire d'entretenir un taux de mortalité très élevé, en particulier chez les enfants¹².

Les logements où habitent les populations ouvrières sont également dangereux et malsains. Petits, malpropres, insalubres, peu aérés, peu éclairés et entassés les uns sur les autres, ils sont la cause d'une plus grande mortalité qu'ailleurs dans la ville et de la

⁸ Linteau et al., op. cit., pp. 695-698.

⁹ En 1901, la population de Montréal est de 360 347 âmes. 30 ans plus tard, elle fait plus que doubler pour atteindre 1 003 868 âmes. Linteau et al., op. cit., p.62.

¹⁰ Jacques Bernier, *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les presses de l'Université Laval, 1989, p. 148.

¹¹ Martin Tétreault, «Les maladies de la misère: aspects de la santé publique à Montréal 1880-1914», dans Peter Keating et Othmar Keel, dir. *Santé et Société au Québec. XIXe et XXe siècle*. Boréal, 1995, p. 147.

¹² Ibid., p. 147.

propagation de la tuberculose ¹³. La crise du logement qui survient dans les premières années du XXe siècle viendra compliquer les choses. En effet, entre 1897 et 1904, le prix des loyers augmentera de 50%. Cette situation obligera bon nombre de familles à s'entasser dans un logement commun afin d'en minimiser les coûts et ce, même si cette pratique est interdite à tous les propriétaires par la législation antituberculeuse de la province de Québec ¹⁴. Cette promiscuité entre les membres des familles, combinée à l'exiguïté des lieux, aura pour résultat de créer des conditions d'existence physiques malsaines. La situation du logement insalubre est en effet une question importante pour les hygiénistes de l'époque. Comme la prédisposition à la tuberculose n'est plus tributaire de la conception héréditaire mais de la contagion, le logement délabré devient une véritable pépinière de phtisiques. « Traitez tous les tuberculeux dans les hôpitaux spacieux, isolez-les tous dans des sanatoria luxueux, tant qu'il y aura des logements insalubres, il y aura des tuberculeux, ce sera toujours à recommencer » ¹⁵.

Par ailleurs, il n'est pas rare que l'on construise les immeubles sur des sols humides ou sur d'anciens dépotoirs ¹⁶. Elzéard Pelletier, alors secrétaire du Conseil d'hygiène de la province, dénonce vertement cette pratique et se demande pourquoi ces terrains ne sont pas recouverts de béton ¹⁷. La législation antituberculeuse de la province de Québec exige pourtant que les fondations des immeubles soient « faites avec de la pierre et du ciment et reposent sur un béton et qu'en outre le sol des caves ou sous-sol de

¹³ Ibid., p. 143.

¹⁴ Québec. Commission Royale de la tuberculose. *Rapport de la Commission Royale de la tuberculose*. Québec, 1909-1910, p. 151. Comme le stipule en effet la législation : « plus d'une famille ne peut vivre dans un même logement à moins que le cube d'air de toutes les pièces prises collectivement, soit suffisant pour que chaque occupant ait un cube d'air d'au moins 300 pieds et que la surface des planchers soit en raison de 32 pieds cube pour chaque occupant ».

¹⁵ J.E. Laberge, « La tuberculose et le logement », *UMC*, vol 48., 1919, p. 587.

¹⁶ Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté. Les conditions des travailleurs montréalais 1897-1929*. Montréal, Les Éditions du Boréal Express, 1978, pp.77-80.

la bâtisse soit recouvert d'une couche de béton d'au moins six pouces d'épaisseur ¹⁸» mais en pratique l'incurie persiste. Terrains inappropriés et immeubles vétustes, ces deux conditions favoriseront le développement de pathologies précoces telles que les rhumatismes, l'asthme et la tuberculose.

C'est ainsi que durant les trois premières décennies du XXe siècle, rien de significatif ne sera entrepris dans le domaine de la construction et de la réglementation du logement à Montréal. Aucune étude, aucune réforme et presque aucune sanction contre les propriétaires ne seront entreprises ¹⁹.

Si des résolutions sont parfois adoptées par la ville, les résultats, pour leur part, se font attendre. En effet, bien que le Bureau de santé de la ville de Montréal ait adopté en 1911 une résolution pour empêcher la construction de maisons avec des chambres noires ²⁰, cinq ans plus tard, l'ingénieur de la ville déplore que cette pratique soit toujours en vigueur ²¹. Il faudra attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale avant qu'une véritable politique du logement ne soit établie à Montréal.

¹⁷ Rapport annuel du Conseil d'hygiène de la province de Québec. (RACHPQ) 1908-1909, p. 5.

¹⁸ Rapport de la Commission royale d'enquête. op. cit., p. 151.

¹⁹ En effet, lorsque le parlement de Québec révisa la charte de Montréal en 1899, les questions concernant les normes sur l'habitation ne furent pas mentionnées comme faisant parti des champs de compétence des municipalités. Comme l'affirme Terry Copp, cette situation serait le résultat que " À Montréal comme partout en Amérique du Nord, le problème du logement était entièrement laissé à la discrétion des entrepreneurs privés ". De plus, comme l'État Québécois et le gouvernement de Montréal disposaient de maigres ressources, ils n'avaient ni l'un ni l'autre la volonté de réglementer le marché. Toutefois, en 1914, le gouvernement du Québec présenta une loi visant à favoriser la construction de logements, par l'octroi de prêts. Mais la loi demeura inopérante pour toute la durée de la Première Guerre mondiale. Puis, en 1919, il déposa une nouvelle loi portant sur les habitations insalubres. Copp, op. cit., p.90-95.

²⁰ Pièce d'un logement qui ne possède aucune fenêtre. Par conséquent, l'ensoleillement et l'aération, deux conditions nécessaires à la salubrité d'un logement, selon les préceptes de la doctrine hygiénique, sont impossibles.

²¹ Ibid., p. 84.

1.3. L'alimentation de la classe ouvrière

L'alimentation est une autre préoccupation des hygiénistes pour améliorer le bien-être et la santé. Sans son appui pour fortifier l'organisme contre les attaques virales et microbiennes, le corps de l'homme ne peut offrir toute la résistance nécessaire contre les maladies. Mais, la qualité, la diversité et la salubrité des produits alimentaires ont un prix qu'une famille ouvrière ne peut se permettre.

La nourriture représente donc une portion importante du budget familial. Le boeuf, le lard, les patates et le lait constituent le mode alimentaire et culinaire des classes ouvrières. Même les bébés peuvent être nourris avec ce type d'aliments, les parents n'ayant pas les ressources pécuniaires suffisantes pour acheter des produits alimentaires destinés uniquement aux nourrissons. Comme le relate DeBonville, « ...les charcuteries remplacent les viandes fraîches telles que le boeuf, le poulet et le poisson et l'orge, le pain, les pommes de terre, le sucre, la mélasse et le lard remplacent les fruits, les légumes ainsi que les oeufs. Cette diète procure donc une grande quantité d'hydrates de carbone et de graisse mais fournit très peu de protéines. À la limite, ce régime peut convenir à l'homme qui travaille mais s'accorde mal à ceux des enfants qui ont besoin de vitamines et de sels minéraux²² ». Quoi qu'il en soit, ce type d'alimentation, aussi bien pour l'adulte que pour l'enfant, aura pour résultat d'entraîner des carences alimentaires et la déminéralisation des cellules facilitant ainsi l'intrusion du bacille tuberculeux dans l'organisme affaibli²³.

²² DeBonville., op. cit., p.134-135

²³ Rapport de la Commission royale d'enquête. op. cit., p. 56.

Par ailleurs, la qualité et la salubrité des aliments qui sont mis sur le marché ne font l'objet d'aucune surveillance systématique. Les produits laitiers, par exemple, font partie de cette catégorie. La mortalité infantile et la transmission de la tuberculose en sont largement tributaires. On accuse entre autres les fermiers de traire leurs vaches dans des seaux qui contiendraient du pus ou des bactéries de toutes sortes. On retrouverait toutes sortes d'autres produits dans le lait. Par exemple, de la cervelle de mouton pour en augmenter la pesanteur ou de l'eau de puits qui pourrait être facilement contaminée par d'autres fluides dangereux de la ferme. Cette situation, pour le moins dangereuse, sera à l'origine de la création du projet des Gouttes de lait à Montréal au tout début du XXe siècle. Cette mesure vise essentiellement à assurer une distribution de lait salubre aux enfants. Par contre, elle n'est appliquée que dans certains quartiers et peu d'enfants peuvent s'en prévaloir. Toutefois, avec le temps, l'accessibilité aux Gouttes de lait deviendra de plus en plus facile pour l'ensemble de la population. Au début des années 1910, par exemple, le projet voit le jour dans un quartier défavorisé, la paroisse de l'Enfant-Jésus du Mile End, grâce à l'initiative du chanoine Lepailleur. Puis, en 1913, le premier Bureau central de l'Association des Gouttes de lait, sous la présidence du docteur Séverin Lachapelle, sera créé. Dès lors, 26 oeuvres de la Goutte de lait distribueront du lait de bonne qualité aux enfants. Il est intéressant de noter que selon le Bureau de Santé de la ville de Montréal, le taux de mortalité des enfants qui ont profité de ce service n'a été que de 5 % alors que le taux de mortalité pour la ville au complet est demeuré de l'ordre de 19%²⁴.

²⁴ Tétreault, op. cit., p. 144-146.

D'autres cas de produits falsifiés et vendus dans les marchés publics de l'est de Montréal relèvent du scandale. Le docteur C.A. Pfister, membre actif de la Société d'hygiène, tient les propos suivants, à la fois intéressants et déconcertants, sur la falsification des aliments:

C'est surtout l'ouvrier, le petit marchand, l'employé, le petit propriétaire, le paysan, le peuple enfin qui souffre de cet état de choses. C'est lui qui consomme en guise de thé les feuilles de prunier colorées avec du bleu de Prusse; c'est lui qui boit en guise de café de la chicorée fabriquée elle-même avec de la sciure de bois. C'est encore lui qui croit prendre du chocolat en absorbant de la dextrine. Pauvre berné, il s'imagine, en croquant de petits harengs conservés dans l'huile de graine de coton, manger des sardines à l'huile d'olive. Il poivre avec des poussières étranges la viande qu'il fait cuir dans des vases étamés avec du plomb. Il achète des confitures fabriquées avec de la gelée d'algues ou de fucus, sucrées avec du glucose puis parfumées avec de la nitrobenzine. Son vinaigre ne doit sa force et sa conservation qu'à l'acide sulfurique qu'il contient, et cet acide sulfurique renferme invariablement de l'acide arsénique. Le pain blanc, qu'il croit payer bon marché, a été fabriqué avec des farines avariées auxquelles l'alun a redonné du ton et du corps ²⁵.

Ces exemples révélateurs démontrent à quel point les contrôles sur la nourriture étaient inexistants et que les plus pauvres de la société s'empoisonnaient avec des produits insalubres et nocifs pour la santé. La législation antituberculeuse régissait et dénonçait bien toutes ces pratiques douteuses et malhonnêtes, mais en pratique, le problème persistait faute d'argent, d'inspecteurs et de conscience hygiénique au sein de la population.

²⁵ Quelques réflexions sur le Bureau de santé et sur l'assainissement de Montréal. 1887

1.4. Ateliers et manufactures : le milieu de travail

Du moment que l'effort dépasse la capacité du muscle, alors, l'équilibre est rompu et le muscle subit une souffrance que l'on appelle fatigue ²⁶.

Au début du XXe siècle, le travail industriel et manufacturier est harassant et aliénant, mais aussi très fatigant. La semaine de travail est longue. L'ouvrier travaille six jours par semaine à raison de 10 heures par jour, et cela, sans compter les heures supplémentaires payées à taux régulier. Dans le domaine de la vente et des services, c'est pire. Les employés travaillent 72 heures par semaine ²⁷. Comme les lois sont mal appliquées les patrons profitent de cette situation et en tirent avantage pour exploiter les ouvriers et autres gagne-petit ²⁸.

Les patrons se soucient peu du bien-être de leurs employés dans les manufactures. L'environnement et l'atmosphère sont insalubres et les locaux sont remplis de poussière et d'émanations délétères. De plus, la ventilation est inappropriée, l'éclairage insuffisant et les lieux d'aisances quasi inexistantes ²⁹. En effet, comme plus de la moitié des entreprises montréalaises emploient dix employés ou moins, ce sont dans de petits locaux, souvent d'anciens logements, que les ouvriers travaillent. Cette exigüité des lieux ainsi que la promiscuité des travailleurs compromettent leur santé et leur sécurité ³⁰.

²⁶ Rapport annuel du CHPQ, 1910-1911, p.63.

²⁷ Linteau et al., op.,cit., p. 221.

²⁸ En effet, depuis 1885 existe la loi des manufactures. Cependant le nombre des inspecteurs n'est pas assez élevé pour visiter toutes les manufactures. De plus, l'application de la loi est souvent arbitraire ou contrainte au chantage des patrons de fermer leur établissement.

²⁹ Jusqu'à très tardivement au cours des années 1920, les inspecteurs des manufactures eurent énormément de difficulté à faire admettre la nocivité des divers types de poussières animales, végétales et minérales en suspension respirées par les travailleurs. Comme ce qu'on ne voit pas ne peut faire de mal, les patrons refusèrent longtemps de dépenser dans l'achat de masques protecteurs.

³⁰ Jean De Bonville, *Jean Baptiste Gagnepetit. Les travailleurs Montréalais à la fin du XIXe siècle*, Les Éditions de l'Aurore, Montréal, 1975, p. 69.

L'ouvrier devrait en fait, comme le stipule la loi, travailler dans au moins 400 pieds cube d'air et l'atelier devrait être ventilé régulièrement au cours de la journée afin d'assurer le renouvellement de l'air ³¹. Car, il faut surtout « envisager la tuberculose comme une maladie des masses, à un point de vue social très grand, et sans l'amélioration de la condition des ouvriers, la peste blanche ne disparaîtra jamais ³² ». Mais comme aucune inspection médicale des milieux de travail n'est effectuée, cette situation laisse la place à la dissémination et à la transmission des maladies contagieuses telles que la tuberculose ³³.

Le contexte socio-sanitaire d'une ville et la santé de ses habitants sont à toute fin pratique liés de façon inextricable. Lorsque les notions de santé publique et d'hygiène ne sont pas établies, les maladies contagieuses et épidémiques frappent. Opportuniste, la tuberculose frappe les habitants de Montréal. Ne faisant pas de différence entre les classes, elle sévit autant chez les pauvres que chez les riches, bien que pour ces derniers les taux de mortalité dus à cette maladie étaient très bas pour ne pas dire insignifiants. Toutefois, la proportion de décès la plus élevée se trouve chez les Canadiens français. Entre 1900 et 1908, le taux de mortalité par tuberculose est d'environ 200 pour 100 000 habitants. Sur ce nombre, 167 sont des Canadiens français ³⁴.

La formation des premières ligues antituberculeuses au Canada et au Québec, au début du siècle, sera la première vraie tentative de lutte concrète, organisée et structurée contre le fléau de la tuberculose. Elle aura un impact certain et décisif sur le sort de milliers de personnes atteintes de cette maladie. Mais avant de discuter de la formation de

³¹ Rapport de la Commission royale d'enquête, op. cit., p. 156.

³² Adolphus Knopf, *La tuberculose, maladie du peuple : comment la combattre*. Montréal, Imprimerie Bilaudeau, 1912, p. 91

³³ Copp., op.cit., p. 183.

la première ligue antituberculeuse de Montréal, intéressons-nous à la genèse et aux lois en matière de santé au Québec. Nous nous proposons, en une courte synthèse, de faire comprendre les enjeux fondamentaux qui menèrent les autorités à favoriser la mise en place graduelle d'instruments de lutte contre la tuberculose.

1.5. Contexte législatif en matière de santé au Québec

Les lois hygiéniques et sanitaires sont tout aussi importantes que les lois commerciales et industrielles.

Docteur E.P. Lachapelle ³⁵

Les mesures de santé publique, celles qui cherchent à protéger la santé par le dépistage et la prévention des maladies, se sont systématiquement organisées à partir de 1886 lorsque le Premier ministre conservateur du Québec, J.J. Ross, fait adopter par la législature provinciale la Loi de l'hygiène publique ³⁶. L'épidémie de variole qui avait décimé le Québec l'année précédente et qui fit plus de 3000 morts à Montréal seulement, poussa les autorités à sortir de leur inertie et à intervenir dans le domaine de la santé publique ³⁷. À des mesures d'interventions mal organisées et ponctuelles se substituait une réelle volonté de l'État d'encadrer le domaine de la santé par une législation.

La Loi de l'hygiène publique entraîna l'année suivante la formation du Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ) et l'avènement du règne de l'hygiénisme au sein de la société québécoise. C'était la première fois que le Québec se dotait d'un

³⁴ Ibid., pp. 109-110.

³⁵ UMC, vol. 30, 1901, p. 43.

³⁶ Hervé Anctil et Marc-André Bluteau. *La santé et l'assistance publique au Québec, 1886-1986*. Santé Société, édition spéciale, gouvernement du Québec. p. 40.

³⁷ François Guérard. *Histoire de la santé au Québec*. Boréal, 1996. p. 32.

appareil d'État qui établissait une réglementation en matière de santé pour l'ensemble du territoire ³⁸. Son mandat consistait à faire l'étude des statistiques démographiques, à mener des enquêtes épidémiologiques, à mettre sur pied une série de mesures relatives aux lois de la salubrité et à favoriser la création et la multiplication de bureaux d'hygiène municipaux ³⁹. Son action porterait sur les principaux fléaux de l'époque qui décimaient la population : les maladies infectieuses et contagieuses telles que la tuberculose, la mortalité infantile et les maladies vénériennes qui connurent une recrudescence après la Première Guerre mondiale ⁴⁰.

La mise sur pied du CHPQ entraîna aussi de profondes transformations dans l'organisation des services de santé municipaux. Ces derniers perdirent en effet une partie de l'autonomie qui leur avait été dévolue de par le passé. L'incurie et le laisser-faire de plusieurs municipalités, la majorité en fait, dans le domaine de l'hygiène publique et de la salubrité, amena le CHPQ, par une série de règlements adoptés en 1889, à obliger chaque municipalité à organiser un service de santé qui ferait respecter les lois et les règlements sanitaires provinciaux sous la direction et la surveillance du CHPQ ⁴¹. Le Conseil ira encore plus loin peu de temps après. Par amendement à sa loi constitutive, il obtiendra la permission d'obliger les municipalités à se doter d'un bureau de santé permanent. En 1891, 839 municipalités sur 875 auront leur bureau ⁴².

Le CHPQ ne peut cependant assurer à lui seul la surveillance de l'ensemble du réseau. Et c'est d'ailleurs là où réside sa faiblesse. Doté de droits et de pouvoirs étendus qui lui ont été octroyés par le gouvernement du Québec, il ne peut, faute de personnel

³⁸ Ibid., p. 32.

³⁹ Anctil et Bluteau., op. cit., p. 40.

⁴⁰ Ibid., p. p. 41-43.

⁴¹ Guérard., op. cit., p. 32.

formé et compétent, assurer le respect de son programme sanitaire. En effet, un seul inspecteur est au service du CHPQ, et ce, pour l'ensemble de la province ⁴³. Cette situation perdurera jusqu'en 1910. À ce moment, la province de Québec sera divisée en 10 districts sanitaires. Chacun de ces districts aura un médecin inspecteur diplômé en hygiène publique ⁴⁴. À partir de 1915, les pouvoirs du CHPQ augmenteront considérablement. Sa loi constitutive, par amendement, sera modifiée et créera le Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec (CSHPQ). Exerçant maintenant son contrôle sanitaire sur 1158 municipalités réparties dans les 10 districts, il peut désormais leur intenter des poursuites si elles ne se conforment pas aux décisions du Conseil. De plus, toute municipalité négligente dans la mise en place de mesures préventives en cas de maladies contagieuses se voit contrainte de prendre à sa charge les frais engendrés par les mesures qui auront été directement instaurées par le Conseil ⁴⁵. Prenons note que le nombre de district passera à 15 en 1920-1921 ⁴⁶.

Le rôle du CSHPQ et l'implication du gouvernement dans les affaires touchant la santé prendront une importance accrue à partir de la décennie 1920. Durant cette période, la demande en soins de santé augmentera considérablement en raison de la forte poussée d'urbanisation et d'immigration. Pour faire face aux problèmes d'ordre financier que commencent à connaître les communautés religieuses dans le domaine de la santé, le gouvernement de Louis-Alexandre Taschereau promulguera la loi de l'assistance

⁴² Anctil et Bluteau., op. cit., p. 40.

⁴³ Guérard., op. cit., p. 33.

⁴⁴ Georges Desrosiers, Benoît Gaumer, Othmar Keel. *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté : 1926-1975*, Les Presses de l'Université de Montréal, 1998, p.6.

⁴⁵ D Goulet, A Paradis. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal, 1992, p. 277-278.

⁴⁶ Guérard., op. cit., p. 33.

publique en 1921, la première vraie forme d'aide gouvernementale à la santé et à l'assistance ⁴⁷.

Cette période représente également le véritable envol de la lutte antituberculeuse. Le Québec possède alors le plus grand nombre de morts par tuberculose et le plus haut taux de mortalité infantile de toutes les provinces du Canada. Devant ces faits, le gouvernement provincial met sur pied, par l'entremise du CSHPQ, deux comités afin d'étudier le problème et pour établir un plan de lutte conjoint ⁴⁸. Lorsqu'il dépose son rapport, le comité a identifié une série de causes reliées à la maladie et les mesures à prendre pour les contrôler. Il faudra entre autres combattre la prolifération des logements insalubres, l'alimentation déficiente, la débilité, les excès de travail, le travail des enfants, l'alcoolisme par la réglementation et l'éducation, aussi bien du peuple que de la classe dirigeante (gouvernement, clergé, organisations ouvrières, conseils municipaux, etc.). Il faudra de plus construire des sanatoriums, des préventoriums, des hôpitaux pour tuberculeux et des dispensaires ⁴⁹. Ces mesures proposées par les hygiénistes du comité sur la tuberculose ne resteront pas lettre morte. En 1922, le gouvernement Taschereau allouera une somme de 500 000\$ à être dépensée sur 5 ans pour lutter contre la tuberculose et la mortalité infantile ⁵⁰.

C'est aussi cette même année que le CSHPQ cède le pas au nouveau Service provincial d'hygiène de la province (SPH)⁵¹ et que la lutte antituberculeuse prend son

⁴⁷ Marie-Thérèse Lacourse, *Sociologie de la santé*. Éd. De la Chenelière inc. 1998, p.214.

⁴⁸ Daniel Angers, *La promotion de l'hygiène privée : les autorités sanitaires de la province de Québec et la propagande hygiéniste en territoire québécois (1908-1936)*. Mémoire de maîtrise, (Histoire), Sherbrooke, 1998, p.72. Pour les besoins de notre étude sera seulement fait mention du comité sur la tuberculose.

⁴⁹ Ibid., p. 73-74.

⁵⁰ Desrosiers et al., 1998, op. cit., p. 7.

⁵¹ Georges Desrosiers, Benoît Gaumer, François Hudon, Othmar Keel. *Le renforcement des interventions gouvernementales dans le domaine de la santé entre 1922 et 1936 : le Service provincial d'hygiène de la province de Québec*, Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine, vol. 18 : 2001, p. 206.

véritable envol. En effet, comme le déclare le Dr Alphonse Lessard, directeur du SPH, dans son premier rapport annuel : une « lutte ardente, intensive contre la tuberculose et la mortalité infantile dans notre province est commencée »⁵². Elle sera orientée vers le dépistage (par la création de dispensaires), l'assainissement du milieu et l'éducation de la population ⁵³.

Comme l'éducation du peuple et la propagande sanitaire sont les meilleurs moyens à l'époque pour lutter efficacement contre la tuberculose et en diminuer la contagion, le SPH n'hésite pas à utiliser dès la première année la moitié des premiers 100 000\$ à cette fin. Il fera imprimer des affiches, des brochures d'information et organisera des conférences dont certaines seront agrémentées de projections cinématographiques ⁵⁴. Une campagne de presse de 8 semaines sera également entreprise à raison d'une demi-page de publicité par semaine. Elle aura pour but de sensibiliser l'intérêt du public aux ravages causés par la tuberculose et d'exposer les pertes économiques qu'elle engendre au sein de la nation ⁵⁵.

Le SPH s'engage aussi à multiplier le nombre de dispensaires antituberculeux au Québec ⁵⁶. Entre 1922 et 1926, leur nombre passera de 3 à 20 pour l'ensemble du Québec. Sur ce nombre, Montréal en possède 5 ⁵⁷. Les dispensaires seront équipés d'appareils radiologiques et auront pour mission de réaliser le plan de lutte antituberculeux du gouvernement ⁵⁸.

⁵² Rapport annuel du SPH, 1922-23, p. 8.

⁵³ Desrosiers, Gaumer, Hudon, Keel, op. cit., p. 214.

⁵⁴ Ibid., p. 214.

⁵⁵ Daniel Angers, op.cit., p. 76-78.

⁵⁶ Desrosiers et al., 2001, op.cit., p. 214.

⁵⁷ Desrosiers et al., 1998, op. cit., p. 8.

⁵⁸ Desrosiers et al., 2001, op. cit., p. 214.

Parallèlement à l'augmentation du nombre de dispensaires, la lutte contre la tuberculose infantile prend de l'importance au cours de la seconde moitié des années 1920. Les colonies de vacances pour enfants atteints, déjà en fonction depuis les années 1910, gagnent en popularité et l'œuvre du placement familial, directement influencée et inspirée de l'œuvre Grancher en France, est inaugurée à la fin de l'année 1929. Son but consiste à placer chez une famille d'accueil à la campagne des enfants non-tuberculeux issus d'un milieu familial où la tuberculose d'un parent aurait tôt fait de les contaminer. En revanche, la vie au grand air, les travaux de la ferme et les valeurs du monde rural fortifieront leur organisme pour les préserver de la tuberculose ⁵⁹.

Cependant, malgré les efforts soutenus du SHP, la lutte antituberculeuse au Québec, au cours des années 1920-1930, comporte encore plusieurs lacunes majeures. Les taudis urbains, véritables nids à infections, n'ont pas disparu et le nombre de lits de sanatoriums ainsi que la construction d'hôpitaux sanatoriums tardent à augmenter de façon significative. La mortalité par tuberculose diminue peut-être de façon importante, passant de 182 morts par 100 000 de population en 1900 à 91.8 en 1935, il n'en demeure pas moins que ces chiffres ne donnent qu'une vision superficielle de la réalité. Ces données ne portent que sur le nombre de morts enregistrés et ne rendent pas compte du nombre des nouveaux cas identifiés chaque année. Il est donc difficile et hasardeux de juger de l'impact réel qu'eut le SPH sur la diminution du taux de mortalité par tuberculose ⁶⁰. Quoi qu'il en soit, le travail de prévention et d'éducation sanitaire du SPH eut un effet certain au sein de la population québécoise. Contribuant à modifier les mœurs

⁵⁹ Ibid., p.214-215.

⁶⁰ Ibid., p. 215.

individuelles et collectives en matière d'hygiène, cette propagande sanitaire ciblée favorisa l'amélioration et l'augmentation du niveau de santé de la population en général.

Puis, au cours de la seconde moitié des années 1930, des changements d'ordre législatif et technique se produisirent au sein de l'organisation sanitaire québécoise. Plus exactement, en 1936, Maurice Duplessis et l'Union nationale sont portés au pouvoir. Duplessis nomme alors son ami, le docteur Albiny Paquette, secrétaire de la province et responsable du SPH. Il ne tarde pas à y présenter un projet de loi qui sera accepté afin de créer un département de la santé. C'est ainsi qu'à la fin de l'année 1936, le nouveau ministère de la Santé prenait la relève du SPH ⁶¹. Le changement d'administration n'apportera rien de nouveau. Le nouveau ministère continuera l'œuvre du SPH sans pour autant provoquer de remous ou de changements majeurs dans le système de santé ⁶². On peut toutefois remarquer qu'au cours des années 1930 et avec la mise en place du ministère de la Santé, les subsides accordés à la santé et au bien-être par les budgets du gouvernement augmenteront de façon significative :

Déjà en 1932, plus de un million de dollars couvrant des emprunts garantis par le gouvernement et totalisant plus de 17 millions sont ainsi affectés à la construction ou à l'agrandissement de diverses institutions d'assistance publique, comprenant des hôpitaux, des hospices, des orphelinats, des crèches, des maternités. La majeure part va aux hôpitaux, lesquels nécessitent des équipements de plus en plus coûteux ⁶³.

⁶¹ Ibid., p. 230.

⁶² Ibid., p. 233.

⁶³ François Guérard, *op. cit.*, p. 54.

Les sommes allouées pour l'assistance publique augmentent également de façon significative. Pour l'année budgétaire de 1929-1930, elles étaient de 2,7 millions. En 1940, elles sont à plus de 8 millions ⁶⁴.

Bref, doté d'un appareil administratif destiné à prendre en charge la santé publique dès la fin du XIXe siècle et ayant établi un véritable réseau de santé centralisé et organisé par des mesures modernes et des actions concrètes, les instances gouvernementales de l'époque firent preuve de leadership et non de laxisme comme peut le laisser entendre une certaine pensée historique populaire. Si la preuve de l'incurie de plusieurs municipalités en matière d'encadrement sanitaire n'est plus à faire, il en est tout autrement de l'implication du gouvernement provincial dès la décennie 1910.

Pour terminer, quelques mots sur les unités sanitaires de comté créées en 1926. Représentant l'un des éléments les plus dynamiques de l'organisation de santé publique, elles étaient l'instrument par lequel le gouvernement et le SPH pouvaient encadrer toutes les municipalités rurales et semi-rurales en matière de santé en les contraignant, d'une certaine façon, à se plier aux directives du programme sanitaire du SPH ⁶⁵.

En dépit de l'avènement du crash boursier de 1929 et du rationnement entraîné par la Seconde Guerre mondiale, le financement du réseau s'est bien porté et la lutte contre les maladies infectieuses et contagieuses a été bien organisée. À partir de 1945, la santé publique et toutes les préoccupations s'y rattachant deviendront un enjeu majeur voire un projet de société porteur des nouvelles valeurs héritées de la médecine préventive des décennies précédentes.

⁶⁴ Ibid., p. 54. À noter que cet argent provient de droits perçus sur les licences des lieux d'amusement, d'une taxe sur les repas pris au restaurant ou à l'hôtel à partir de 1926 et de versements de la Commission des liqueurs de la province à partir de 1929.

1.6. La formation de la première ligue antituberculeuse de Montréal au début du XXe siècle

Comme nous venons de le voir, l'implication gouvernementale en matière de lutte antituberculeuse ne commença qu'au début des années 1920. Comme rien n'était fait par les élites politiques pour encadrer et s'occuper de cet épineux problème, la création de la première ligue antituberculeuse représente donc une réponse progressiste au fléau de la peste blanche au début du siècle. Leurs campagnes de prévention et de dépistage ainsi que leurs efforts soutenus afin de sensibiliser le gouvernement du Québec auront un impact décisif sur l'organisation et l'orientation de la lutte contre la tuberculose dans le district de Montréal au cours des deux premières décennies du XXe siècle.

La Ligue antituberculeuse de Montréal fut inaugurée le 29 novembre 1902⁶⁶ suite à la création de l'Association canadienne pour la prévention de la tuberculose deux ans plus tôt⁶⁷. Cette association donnera d'ailleurs le ton à la création de nombreuses ligues dans toutes les grandes villes canadiennes⁶⁸. Créée par un groupe de citoyens issus des professions libérales, des milieux financiers et industriels, la Ligue antituberculeuse de Montréal agira et oeuvrera comme un élément régulateur devant les inégalités sociales et les ravages engendrés par la tuberculose chez les pauvres⁶⁹. Les docteurs Emmanuel Persillier Lachapelle, Richer et T.G. Roddick ainsi que des collègues des universités McGill et Laval en sont les principaux artisans⁷⁰.

⁶⁵ Desrosiers et al., 2001, op. cit., p. 225-226. Voir également pour une étude étoffée sur la question des unités sanitaires de comté : Georges Desrosiers et al., 1998, op.cit.

⁶⁶ Pierre-Deschênes, op. cit., p. 104.

⁶⁷ D. Goulet et A. Paradis, op. cit., p. 261.

⁶⁸ Pierre-Deschênes, op. cit., p. 104.

⁶⁹ Albert Laramée. « La ligue antituberculeuse de Montréal », *UMC*, Vol.38, 1909, pp. 705-706.

⁷⁰ D.Goulet et A. Paradis, op. cit., p. 264.

La composition de la Ligue est formée selon un organigramme qui attribue à chacun le rôle qu'il a à jouer au sein du groupe. En 1908, Sir Géo. A. Drummond en est le président, le Dr A.J. Richer le secrétaire, le Dr E. Harding le secrétaire général, Melle C.F. Brown l'assistant secrétaire et Robert Archer le trésorier. Finalement, l'organisation compte cinq vice-présidents et six présidents de comités ⁷¹.

À cette époque, il n'existe aucune cure ou aucune médication efficace contre la tuberculose. Les vertus thérapeutiques de l'huile de foie de morue relèvent plus de la pensée magique et le traitement sanatorial axé sur le repos, l'hygiène et une alimentation substantielle et fortifiante ne peut donner de bons résultats que si le malade tuberculeux est diagnostiqué dès la première phase de la maladie. C'est pour ces raisons que l'éducation et la propagande sanitaire seront les objectifs primordiaux des membres fondateurs de la Ligue dans la lutte antituberculeuse. Modestement, à leur début, ils s'emploieront à vulgariser les notions admises sur la tuberculose et dispenseront l'enseignement des mesures prophylactiques s'y rattachant afin de faire diminuer la contagion d'individu à individu ⁷². Le moyen le plus sûr pour atteindre ce but sera encore d'aller vers le peuple et de débusquer au sein même des familles les foyers d'infection et de propagation. Cette tâche sera ardue et délicate. En effet, la plupart des familles malades sont réfractaires à déclarer les cas de tuberculose de peur d'être stigmatisées et rejetées par leur entourage. S'installe donc un processus d'endémicité de la tuberculose très difficile à contrôler pour les hygiénistes ⁷³.

⁷¹ Ligue antituberculeuse de Montréal. « *L'exposition antituberculeuse de Montréal* », Montréal, 1908, p.3.

⁷² Albert Laramée, op. cit., p. 706.

⁷³ Dr Georges Bourgeois, "Ligues et dispensaires antituberculeux comme moyen de lutte antituberculeux dans la province de Québec". *UMC*, vol. 38, 1909, p. 633.

La Ligue sollicitera également le concours de tous les hôpitaux de la ville. Elle leur demandera de lui signaler tous les cas de patients qui présenteraient des symptômes de la maladie. En contrepartie, la Ligue entrera en contact avec ces malades, leur diffusera de l'information sanitaire à propos de la tuberculose et s'assurera que les règles d'hygiène soient bien comprises ⁷⁴.

Dès l'année suivant celle de la fondation de la Ligue, les organisateurs décidèrent d'ouvrir une clinique antituberculeuse au 11, rue Bleury dans une boutique désaffectée, offerte par le docteur G.B. Burland. Cette clinique de soins s'inscrivait logiquement au programme de lutte antituberculeuse de la Ligue. D'ailleurs, après une année de soins ininterrompus et d'une demande en constante augmentation, un dispensaire sera ouvert en 1904. Ce système de dispensaire, sur lequel nous reviendrons plus en détails au cours du chapitre trois, avait déjà fait ses preuves en Angleterre et aux États-Unis. Les consultations auront lieu trois fois par semaine au début, puis, un peu plus tard, s'étaleront sur tous les jours de la semaine, sauf le dimanche ⁷⁵.

Par ailleurs, en plus d'offrir des soins médicaux, le dispensaire assurera l'identification et le suivi des malades. Un inspecteur visiteur se rendra au domicile du malade et relèvera l'état des lieux ainsi que les conditions sanitaires dans lesquelles il vit. Il s'assurera aussi de la bonne santé des autres habitants du logement, leur prodiguera des conseils, leur distribuera de la documentation écrite et leur fournira des crachoirs hygiéniques en carton. Dans certains cas, l'inspecteur ira même jusqu'à donner du charbon, des vêtements et de la nourriture aux familles très pauvres. D'autres encore

⁷⁴ Albert Laramée, op. cit., p. 706.

⁷⁵ Goulet et Paradis, op. cit., p. 265.

obtiendront même des acquittements sur une mensualité non payée de leur loyer ⁷⁶. Outre son dispensaire, la Ligue entretiendra aussi à ses frais 20 lits qui seront mis à sa disposition par les Sœurs de la Providence à l'Hospice des Incurables de Notre-Dame de Grâce ⁷⁷.

Le travail de la Ligue est considérable. En 7 ans d'existence, ses réalisations sont plus qu'honorables. En effet, plus de 10 000 consultations auront été données, 157 malades auront reçu de l'aide matérielle et 360 autres auront reçu de la nourriture et des vêtements. Sur le terrain, 25 000 visites à domicile par l'inspecteur visiteur furent effectuées, 3 500 désinfections de logements accomplies, 140 000 crachoirs hygiéniques fournis et 60 000 feuillets sur l'hygiène de la tuberculose distribuée ⁷⁸.

Mais la lutte contre le fléau de la peste blanche ne devait pas se limiter au seul travail de terrain. La Ligue devait attirer l'attention du plus grand nombre possible de personnes mais également frapper l'imaginaire collectif par une propagande alarmiste devant les dégâts sociaux causés par la tuberculose. C'est dans cette optique qu'elle organisera la grande exposition antituberculeuse de Montréal qui se déroulera du 18 au 29 novembre 1908. Ce sera l'occasion pour les organisateurs d'attirer l'attention du peuple mais aussi celle du gouvernement.

L'exposition attirera plus de 50 000 personnes ⁷⁹. La moitié de ce nombre était des écoliers ⁸⁰. Tout le savoir connu de l'époque en matière de phtisiologie sera exhibé et présenté dans les kiosques sous différents thèmes. Il y a d'abord ceux qui traitent des aspects scientifiques tels que la microbiologie, la pathologie et la bactériologie.

⁷⁶ Albert Laramée, op. cit., p. 706.

⁷⁷ Goulet et Paradis, op. cit., p. 264.

⁷⁸ Albert Laramée, op. cit., p. 707.

L'exposition d'objets sera aussi très appréciée du grand public. Entre autres objets, le musée de pathologie de l'Université McGill exhibe quatre-vingts pièces anatomiques sur lesquelles il est possible de voir des lésions tuberculeuses localisées en différents endroits des tissus et des organes du corps ⁸¹. Des sujets incontournables tels que la prophylaxie de la tuberculose ou l'hygiène sous toutes ses facettes sont aussi abordés. On traitera également des aspects physiques adéquats et d'ergonomie du milieu en abordant les questions liées aux hôpitaux et aux sanatoriums, à l'habitation salubre et aux chambres à coucher modèles.

Par ailleurs, l'exposition ira de l'avant en donnant le ton à l'élaboration de plusieurs présentations visuelles. Appréciés du public, livres et portraits, photographies et cartes démontrant les causes de la tuberculose contribuent de façon efficace à inculquer dans l'imaginaire de la population de nouveaux comportements en matière d'hygiène ⁸². Au terme de l'exposition, plus de 35 000 livres, pamphlets, opuscules et imprimés sur la tuberculose, aussi bien écrits en français, en anglais, en italien qu'en hébreux, auront été distribués gratuitement au public ⁸³. Pour sensibiliser davantage le public, on utilise également les statistiques à propos des énormes ponctions qu'effectue la maladie au sein de la population ⁸⁴. Le ton employé est alarmiste car les organisateurs de l'événement ont besoin que la population les appuie pour poursuivre leur lutte antituberculeuse sur le front

⁷⁹ Ibid. Ayant été un franc succès, l'exposition antituberculeuse de Montréal visitera d'autres villes telles que Québec, Trois-Rivières, Lachine, etc. Knopf. *La tuberculose maladie du peuple...* op. cit., p. 88.

⁸⁰ Goulet et Paradis, op. cit., p. 267.

⁸¹ *Bulletin sanitaire*, vol. 9, 1909, p.3.

⁸² À l'occasion de l'exposition, les organisateurs en profitent pour publier une brochure intitulée « Exposition antituberculeuse » ainsi qu'un petit fascicule intitulé « Catéchisme de tuberculose ». Goulet et Paradis, op. cit., p. 267. Sous forme de questions/réponses, ce fascicule a pour but de renseigner les élites (membres du clergé, maires des villes et villages et professeurs d'écoles et de collèges) afin qu'ils introduisent dans l'esprit du peuple les moyens pour s'en défendre et s'en prémunir. Voir à ce sujet : Ligue Antituberculeuse de Montréal, *Catéchisme de tuberculose*, 1908.

⁸³ *Bulletin sanitaire* op. cit., p. 3.

⁸⁴ Ligue antituberculeuse de Montréal. *L'exposition antituberculeuse de Montréal*, Montréal, 1908, p. 2.

politique. La population éduquée doit en effet devenir le déterminant nécessaire sur lequel pourra s'appuyer les médecins de la Ligue afin d'obtenir du gouvernement une législation sanitaire spéciale concernant la tuberculose. Comme ils se plaisent à le dire : « la lutte dans le monde entier doit s'appuyer sur les trois principes suivants : action conjointe des autorités et des tuberculeux et législation et éducation »⁸⁵. Plus précisément encore, aussi longtemps que le public n'exigera pas des gouvernements fédéral, provincial et municipal l'adoption de mesures législatives et d'actions concrètes en matière de lutte contre la tuberculose, l'apathie générale de la classe dirigeante persistera, et ce, principalement en raison de son manque de connaissances⁸⁶. L'instruction et l'éducation du peuple serviront de tremplin à l'instruction et à l'éducation des gouvernements.

Le travail de la Ligue antituberculeuse de Montréal finira par donner de bons résultats. Après plusieurs années de labeur acharné et de propagande sanitaire au sein des différentes classes sociales de la ville de Montréal, le gouvernement québécois acceptera la requête de la Ligue suite aux pressions exercées par le Dr E.P. Lachapelle alors président du CHPQ, vice-président du Royal Edward Institute et membre fondateur de la Ligue antituberculeuse de Montréal, afin que soit instituée une commission royale d'enquête sur la tuberculose pour étudier et mettre sur pied les meilleurs moyens de la combattre⁸⁷. S'inscrivant dans le contexte des congrès internationaux sur la tuberculose où l'on réclame une prise en charge étatique de cette maladie, la mise en place d'une telle

⁸⁵ Ibid., p. 7.

⁸⁶ Ibid., p. 8.

⁸⁷ Albert Laramée, op. cit., p. 708.

commission débouchera sur la publication d'un important rapport qui circonscrit les moyens à entreprendre dans la lutte contre la tuberculose ⁸⁸.

1.7. La Commission royale d'enquête sur la tuberculose : vers la création et la mise sur pied de l'Institut Bruchési

La Commission royale d'enquête sur la tuberculose est officiellement constituée le 9 août 1909. Présidée par le Dr E.P. Lachapelle, elle a pour tâche de faire le bilan de la situation du problème de la tuberculose, de vérifier la valeur des traitements qui y sont associés et de trouver les meilleurs moyens pour la combattre ⁸⁹. La Commission est composée de 15 commissaires, non payés, seul le secrétaire l'étant ⁹⁰.

Le rapport sera l'occasion par excellence pour les commissaires d'éveiller l'opinion publique face à l'épidémie de tuberculose. Car il s'agit bien d'épidémie, et ce mot, dans toutes ses nuances sémantiques, reflète bien le ton dans lequel sera rédigé le rapport. Il fallait en effet frapper les esprits. La tuberculose fut donc présentée et décrite comme une maladie pernicieuse mais surtout opportuniste dont les origines tiennent non seulement des agents d'ordre microbiens mais s'enracinent également dans le substrat de la déchéance sociale et du paupérisme prolétaire. Dans ce contexte, la stratégie des commissaires était de donner une image percutante et sensationnelle voire exagérée de la peste blanche afin d'obtenir un minimum d'attention et d'implication du gouvernement.

Les statistiques furent probablement le moyen le plus efficace que trouvèrent les commissaires pour démontrer la virulence, la contagiosité, les taux de mortalité élevés et

⁸⁸ Pierre-Deschênes, op. cit., p. 110.

⁸⁹ Goulet et Paradis, op. cit. p., 269.

⁹⁰ Pierre-Deschênes, op. cit., p. 111-112. Les 15 commissaires sont : E.P. Lachapelle, J. George Adami, Michael Jos. Ahern, Geo. Bourgeois, Jeffrey H. Burland, J.E. Dubé, Charles M. Holt, Jas. J. Guérin, Jos,

les pertes économiques causées par la tuberculose. Toutefois conscients des limites de la science statistique, ils l'utilisèrent avec prudence et sagacité, sachant pertinemment que le seul nombre des décès ne donne pas une image précise du contexte et de la réalité des problèmes suscités par la tuberculose. Il faut en effet prendre note que la déclaration obligatoire de la consommation est inopérante et que les certificats de décès envoyés au CHPQ sont remplis, très souvent, par des ministres du culte qui ne connaissent pas toujours la vraie cause des décès. Ils devront donc trouver une façon pour corriger le chiffre officiel de 33 190 morts par tuberculose au Québec entre 1896 et 1906, nombre qu'ils craignent insuffisant pour décider le gouvernement à intervenir ⁹¹.

Le rapport est donc pour eux l'occasion de frapper l'imaginaire en amplifiant le problème. Se basant sur une étude anatomo-pathologique réalisée en Suisse et en Allemagne, ils affirment que 40% à 50% des humains souffrent de la tuberculose et que 90% à 95% de la population, à une période ou l'autre de sa vie, en est affectée. L'étude, effectuée sur 1000 cadavres, révélait que 417 cas portaient des traces de tuberculose généralisée ou localisée, que 151 cas portaient des lésions cicatrisées, que 93 cas portaient des lésions latentes et que 22 cas, enfin, portaient des lésions actives. Comme le mentionne Pierre-Deschênes, ces chiffres n'ont certainement qu'une valeur propagandiste puisque si 95 % d'une population est atteinte par la tuberculose et que 50% des gens le sont de façon reconnue, cela voudrait donc dire qu'il y aurait 45% de guérisons spontanées ce qui contredit le fait de l'issue inéluctable et finale de la tuberculose ⁹². Il serait toutefois intéressant de connaître la provenance de l'échantillonnage qui a servi aux

Lespérance, C.R. Paquin, Elzéard Pelletier, T.G. Roddick, Arthur Rousseau, Arthur Simard, C.N. Vallin. Rapport de la Commission royale d'enquête, op. cit., p.12.

⁹¹ Pierre-Deschênes, op. cit., p. 170-171.

⁹² Ibid., p.171.

autopsies. De cette façon, nous pourrions être en mesure de dégager une interprétation beaucoup plus juste à propos de sa validité.

Comme nous l'avons souligné précédemment, en cette ère d'industrialisation, les notions de progrès, de prospérité, de productivité et d'accroissement des richesses matérielles sont très présentes dans les discours de l'époque. Les commissaires chercheront donc à attirer l'attention du gouvernement ainsi que de l'élite financière en leur démontrant que la tuberculose, par les énormes ponctions qu'elle fait dans l'« économie humaine », engendre des ravages économiques extraordinaires qui auront des répercussions désastreuses sur l'ensemble de l'économie nationale. Les commissaires, en appui à leurs propos, présentent les chiffres suivants :

Sur 10 000 malades hospitalisés, il y aura chance de guérison pour 7 500, soit 75%. En mettant le coût de l'hospitalisation à 1\$ par tête et par jour pendant un an, la guérison de 7 500 tuberculeux coûterait 2 737 000\$ ou seulement 1 368 750\$ pendant 6 mois de cure. Non guéris, ces 7 500 malades coûteront à la société le double, soit : 5 575 000\$. Sans compter les 912 500\$ que coûteront les 2 500 malades qui compléteront les 10 000 cas traités. Ainsi donc, le soin de 10 000 tuberculeux pauvres, au bon moment, au bon endroit et par le bon moyen coûterait 3 650 000\$. Le manque de soins chez 7 500 malades guérissables coûtera 5 575 000\$. Donc en sauvant de la mort 7 500 travailleurs, la nation fait une épargne de 1 925 000\$.⁹³

Seront également au cœur même des préoccupations et des principales recommandations des commissaires, l'« épuration » de la ville et son réaménagement selon l'établissement d'un code urbanistique. D'une part pour l'embellir et, d'autre part, afin d'y détruire les taudis et les quartiers insalubres des classes populaires. Souvenons-nous qu'au début du XXe siècle, l'urbanisme est très en vogue aux États-Unis et en

Europe. Le développement industriel rapide et l'expansion urbaine de l'époque étaient jusque là laissés au hasard et la ville se développait sans encadrement. Ce contexte favorisa l'apparition d'une nouvelle conscience urbaine ainsi que le développement de nouvelles théories urbanistiques au début du XXe siècle. Ces nouvelles tendances en urbanisme cherchent avant toute chose à éradiquer l'ancienne conception de la ville pour élaborer un urbanisme moderne et progressiste. En ce sens, la nouvelle ville moderne doit être assainie et les nouveaux immeubles construits espacés les uns des autres afin de favoriser l'aération et l'ensoleillement. Inspirées directement des préceptes de la science hygiénique, ces nouvelles tendances, développées entre autres par l'architecte Tony Garnier dès 1901, « élabore un plan de cité industrielle où l'on trouve à peu près tout ce qui est à la base de l'urbanisme d'aujourd'hui »⁹⁴. Son influence sera grande sur les architectes « rationalistes » de la première moitié du XXe siècle tel que le groupe du Bauhaus en Allemagne ou LeCorbusier en France⁹⁵. Cette influence se fera également sentir auprès des commissaires et de leurs recommandations sur le plan urbain. Malheureusement, l'urbanisme et la révision du code du bâtiment au Québec ne deviendront pas une priorité pour le gouvernement avant quelques décennies.

Avant de conclure cette section, prenons note que même si le rapport de la Commission revêt une dimension et un aspect très progressistes pour l'époque, il n'en demeure pas moins que les commissaires ne remettent nullement en cause le système social et économique sur lequel repose l'exploitation des prolétaires et leur assujettissement au système capitaliste. Leur propos n'est qu'une réponse à un état de chose, qu'ils considèrent malsain, et qu'ils veulent modifier et améliorer pour favoriser

⁹³ Rapport de la Commission Royale de la tuberculose. op.cit., p. 39

⁹⁴ Jean-Louis Harouel. *Histoire de l'urbanisme*. Que sais-je? Presses Universitaires de France, 1995, p. 97.

l'exploitation et non le tarissement de cette source de profit qu'est le prolétariat. En d'autres termes, comme le mentionne Pierre-Deschênes : « L'exploitation du capital humain doit être planifiée, normalisée, gérée et les lieux où elle s'exerce, quartiers, usines, bureaux, etc., doivent être repensés, modifiés et soumis à de sévères contrôles, tandis que les écoles, creuset de l'avenir national, appliqueront et dispenseront l'idéologie hygiéniste⁹⁶ ». Une société nouvelle, donc, qui s'inscrit dans un projet de société nouvelle construite selon les préceptes de la théorie sanitaire⁹⁷.

L'ensemble des mesures que présenteront les commissaires pour prévenir et contrôler la tuberculose ne pourra cependant pas être mis en application. D'une part, parce que ces mesures entraînent d'énormes frais, le gouvernement n'interviendra que superficiellement et sporadiquement. Et, d'autre part, parce qu'elles demandent voire qu'elles obligent à un profond changement de mentalité dans un contexte où valeurs libérales et absence de réglementation du marché régissent la société⁹⁸. Le plus grand mérite du rapport aura été d'ouvrir la voie aux politiques de santé et de bien-être social⁹⁹ et d'avoir préparé le gouvernement à investir un champ qui lui était entièrement inconnu : celui de la santé et de l'assistance pour pallier aux insuffisances de la philanthropie¹⁰⁰.

Par ailleurs, la Commission royale d'enquête sur la tuberculose sensibilisait pour la première fois les autorités et l'opinion publique sur la situation alarmante de l'épidémie de tuberculose au Québec et rendait par le fait même possible, l'année suivante, la création de l'Institut Bruchési pour prendre en charge les tuberculeux canadiens-français.

⁹⁵ Ibid, p. 97-98.

⁹⁶ Pierre-Deschênes, op. cit., p. 202.

⁹⁷ Ibid., p. 202.

⁹⁸ Ibid., p. 203-204.

1.8. Ouverture et inauguration de l'Institut Bruchési : des débuts incertains

Au moment même où les membres fondateurs du premier dispensaire antituberculeux francophone de Montréal, M. J. Auguste Richard, M. l'Abbé Tranchemontagne, M. Trefflé Bastien, le docteur Eugène Grenier, M. le chanoine Adam, M. Alphonse Granger et le docteur J. Edmond Dubé, s'appêtent à réaliser leur projet, la situation des œuvres de bienfaisance et de prise en charge de la santé par les diverses communautés est laissée à elle-même et à la philanthropie, le plus souvent aléatoire et insuffisante. Selon le docteur Grenier, cette situation risque de dégénérer en crise majeure dans le domaine de la santé et de l'assistance aux pauvres si rien n'est fait. Résultat du fait que les œuvres de bienfaisance sont divisées, l'élément laïque et l'élément religieux ne travaillant pas de concert, le Dr. Grenier, en fin observateur de son époque, prévoyait déjà l'imminence de la crise des années 1920, lorsque les communautés seraient débordées par le poids de la demande en soins de santé ¹⁰¹.

La ligne directrice qui se dégage de la réflexion de Grenier et de ses collaborateurs est qu'une nouvelle forme d'organisation dans le domaine de la santé publique est en train de naître et que cette forme sera axée sur des « principes de justice sociale et de solidarité chrétienne ¹⁰² ». Cette forme d'entente ou d'association avait déjà fonctionné quelque trente ans auparavant entre les instances laïques et religieuses lors de la fondation de l'Hôpital Notre-Dame en 1880. À cette époque, comme pour celle qui nous intéresse, il était en effet impossible, voire improbable, qu'une telle institution eût

⁹⁹ Ibid., p. 205.

¹⁰⁰ Ibid., p. 210.

¹⁰¹ Rapport annuel de l'Institut Bruchési (RAIB), 1911-1912, p. 6.

¹⁰² Ibid

pu voir le jour sans le concours du clergé et des communautés religieuses¹⁰³. L'élément religieux, en plus de posséder l'expertise nécessaire dans la gestion et l'administration¹⁰⁴, se révélait un atout indispensable pour obtenir un lieu servant de structure d'accueil, comme ce sera le cas pour le dispensaire antituberculeux, et en assurer la régie interne¹⁰⁵. D'un autre côté, l'élément laïque de l'Institut Bruchési était nécessaire pour assurer « la direction de l'œuvre, le fonctionnement du dispensaire, pour être le porte-parole devant les gouvernements et l'opinion publique et le représentant responsable pour solliciter des dons »¹⁰⁶. C'est de cette entente et de cette union féconde que naîtra l'Institut Bruchési.

À la fin de l'année 1910, le Dr Grenier était médecin pour le dispensaire de médecine générale des Sœurs de la Providence au 369, rue Sainte-Catherine Est, à l'angle de la rue Saint-Hubert. Ayant fait auparavant un stage d'étude à New-York avec l'éminent phthisiologue le docteur Adolphus Knopf, Grenier caressait l'idée de transformer son dispensaire en centre antituberculeux pour la population ouvrière pauvre de l'est de la ville. Pour ce faire, il devait arriver à convaincre les autorités de la congrégation de la Providence de la nécessité d'une telle œuvre. Le contexte lui était favorable et plusieurs éléments tels que la publication du rapport de la Commission royale d'enquête sur la tuberculose (1910) et la sympathie de Sœur Aline, supérieure du dispensaire où Grenier pratiquait et qui avait accepté d'être intermédiaire auprès des hautes instances de sa communauté, lui assuraient de meilleures chances de succès. Dans sa croisade, Grenier fit aussi appel à son ami, le Dr Joseph Edmond Dubé, ardent

¹⁰³ Denis Goulet, François Hudon, Othmar Keel. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (1880-1980)*. VLB Éditeur, 1993, p. 39-40.

¹⁰⁴ Ibid., p. 40.

¹⁰⁵ J.E. Dubé, "Montréal la plus importante ville du Dominion se doit d'être au premier rang dans la lutte antituberculeuse". *UMC*, vol. 48, 1919, p. 576.

¹⁰⁶ Ibid

défenseur de la lutte antituberculeuse et commissaire de la Commission royale d'enquête¹⁰⁷.

Tous les deux partirent en croisade afin d'intéresser un certain nombre de citoyens influents, dont l'archevêque de Montréal, Mgr. Paul Bruchési, pour mettre sur pied un comité de direction et lancer une campagne de souscription publique¹⁰⁸.

Comme il fallait s'y attendre, Sœur Aline fit face à certaines réticences de la part de ses supérieures pour mettre sur pied cette nouvelle œuvre. Évitions, cependant, d'interpréter cette attitude réfractaire comme une forme de refus devant un projet qui pourtant était nécessaire à la sauvegarde de la « race » canadienne-française. Les autorités des Sœurs de la Providence craignaient surtout que cette nouvelle tâche ne vienne surcharger les sœurs déjà bien occupées par les œuvres existantes¹⁰⁹. Certaines sœurs demanderont même à Mgr Bruchési de décourager les Drs. Grenier et Dubé pour qu'ils mettent fin à leur démarche. Cependant, l'archevêque est déjà d'une certaine façon gagné à la cause antituberculeuse puisqu'il sera l'un des premiers souscripteurs à la campagne de levée de fonds en faisant un don de 300\$¹¹⁰. En tout, la campagne permit de récolter 3 545\$. La campagne permit également d'amasser des biens matériels de toutes sortes : Une table de chirurgie, des médicaments, 80 gallons de gazoline, une balance, des vénitiennes pour les chambres, des instruments de chirurgie, etc. Fut offert également à l'Institut Bruchési un abonnement de la Cie de téléphone Bell, des annonces gratuites de la part des journaux *Le Devoir*, *Le Canada*, *La Patrie* et *La Presse* pour la campagne

¹⁰⁷ J.E. Dubé. *Nos hôpitaux. Le passé, leur évolution, le présent*. UMC, vol. 61, 1932, p. 188.

¹⁰⁸ Ibid

¹⁰⁹ Ibid., p. 190.

¹¹⁰ op, cit., UMC, vol. 61, 1932, p. 189-190.

éducative antituberculeuse, le paiement des frais d'enregistrement de l'Acte d'incorporation civile de l'Institut Bruchési au coût de 56.80\$, etc ¹¹¹.

L'archevêque de Montréal, bien que dévoué à la cause antituberculeuse, n'avait pourtant pas encore accepté d'assumer le haut patronage de l'Institution, et ce malgré les demandes plusieurs fois réitérées par le Dr. Grenier. Par ailleurs, l'archevêque se trouvait toujours sous le feu croisé de religieuses encore réticentes à son projet. C'est probablement la résistance des autorités de la congrégation de la Providence qui poussa le docteur Grenier à la témérité puisqu'il ouvrit son dispensaire le 27 février 1911 sans au préalable en avoir eu le consentement de la communauté ¹¹². De plus, il poussera l'audace encore plus loin puisqu'il n'attendra pas la caution de l'archevêque pour nommer son dispensaire, Institut Bruchési. Ainsi, à l'accueil, comme un peu partout à l'intérieur du dispensaire, pouvait-on voir le nom de l'archevêque. Comme à cette époque la norme pour une entreprise laïque de bienfaisance était de s'associer à l'expertise du clergé ou aux acquis d'une communauté, Grenier, par un opportunisme moins impétueux qu'anticipatoire, avait décidé de devancer la permission de l'archevêque quant à l'utilisation de son patronyme afin d'augmenter la crédibilité de son dispensaire aux yeux des malades.

Le jour de l'ouverture, le nombre des patients qui s'y présentèrent fut plus nombreux qu'il ne l'avait prévu. Mais, à ses côtés, le Dr. Grenier avait maintenant l'aide des docteurs Jarry, Robichaud, G. Migneault, Verschelden, Prince, Lussier et Miller ¹¹³. Peu de temps après l'ouverture, Mgr. Bruchési visita à l'improviste le dispensaire

¹¹¹ RAIB., 1911-1912, p. 27-29.

¹¹² *Notes concernant la fondation de l'Institut Bruchési*, SN, SD. Fonds d'archives du CHUM sur l'Institut Bruchési.

¹¹³ Op. cit., UMC, 1932, p. 190.

antituberculeux. Bien que les sources dont nous disposons ne nous laissent pas clairement comprendre pourquoi ce dernier se rendit de manière inopportune au dispensaire, il est vraisemblable de penser que les réticences des religieuses, celles qui étaient toujours opposées au projet de Grenier, l'aient conduit à se rendre sur les lieux pour juger de la situation et être en mesure de prendre une décision éclairée et finale quant à l'avenir du dispensaire ¹¹⁴.

La visite surprise, comme on peut s'en douter, causa l'émoi et la panique de Sœur Aline, la Supérieure du dispensaire, et le malaise des médecins puisque le dispensaire portait déjà le nom de l'archevêque. Sœur Aline s'empressa alors d'attirer l'attention de l'archevêque sur l'affluence élevée des malades ainsi que sur le professionnalisme et l'expertise des médecins pendant qu'on s'affairait à décrocher toute trace du patronyme de l'archevêque. Finalement, impressionné par l'ampleur et la qualité de l'organisation du dispensaire et la demande soutenue en soins par les tuberculeux, Monseigneur, dès le lendemain de sa visite, fit savoir qu'il acceptait que son nom soit associé à l'œuvre ¹¹⁵. Les autorités de la congrégation de la Providence se plièrent à cette décision.

Enfin, le 9 mars 1911, au 369, rue Ste-Catherine Est, lors d'une assemblée générale où Mgr. Bruchési était présent, les autorités de la communauté de la Providence et les membres fondateurs du dispensaire antituberculeux décidèrent de former une association qui porterait le nom d'Institut Bruchési. Sa mission était de combattre la tuberculose aussi bien au dispensaire qu'au domicile des tuberculeux ¹¹⁶. Fut également décidé lors de cette assemblée de la composition du Bureau d'administration et d'une

¹¹⁴ Ibid

¹¹⁵ Ibid

¹¹⁶ Ibid., p. 191.

convention contractée entre les Sœurs de la Providence et le Bureau d'administration de l'Institut Bruchési ¹¹⁷. Cette convention se lit ainsi :

- 1- « La communauté des Sœurs de Charité de la Providence met à la disposition de l'Institut Bruchési, pour le service du dispensaire antituberculeux, les quatre pièces qui ont servi jusqu'à ce jour de dispensaire général.
- 2- Les améliorations faites ou à faire, à ces quatre pièces ainsi que les accessoires nécessaires au bon fonctionnement dudit dispensaire, de même que les médicaments seront à la charge de l'Institut Bruchési.
- 3- Les consultations auront lieu aux jours et heures fixés par entente entre les sœurs et les médecins.
- 4- Aucun médecin ne sera admis au service du dispensaire sans l'approbation de la communauté. Tous seront tenus de se conformer aux règlements du dispensaire, et la Communauté se réserve le droit de les remercier de leurs services à son bon plaisir et sans avoir à offrir aucun motif pour ce faire.
- 5- Les sœurs feront la visite à domicile des malades traités au dispensaire. Elles prêteront également leur concours pour le service dudit dispensaire.
- 6- Dans le cas où le dispensaire cesserait d'exister, les sœurs resteraient propriétaires de ce qui aura été fourni pour son fonctionnement » ¹¹⁸

À partir de cette date, le dispensaire sera établi sur des bases solides qui ne feront que se renforcer dans le futur. La lutte antituberculeuse s'intensifiera constamment tout au long des décennies et l'œuvre Bruchési, dans le district de Montréal, prendra les allures d'une véritable croisade qui jettera les bases d'une lutte organisée de façon systématique.

¹¹⁷ Au nombre des Soeurs nous retrouvons: Mère M. Julien, Supérieure Générale, Mère Aristide, Assistante Générale, Mère Anaclet, Dépositaire Générale, Mère Mathilde du Saint Sacrement, Assistante Générale, Mère Marie du Rédempteur, Supérieure Provinciale, Sœur Marie Aline, Supérieure, Sœur Émilie du Sacré-Cœur et Sœur Dosithée. Op. cit., UMC, 1932, p. 192.

¹¹⁸ Op. cit., UMC, 1932, p. 192.

Conclusion

Comme nous venons d'en prendre connaissance, la naissance de l'Institut Bruchési s'inscrit dans un contexte effervescent d'une société qui, bon an mal an, se transforme graduellement du point de vue de son organisation socio-sanitaire. Les municipalités sont alors de plus en plus encadrées et surveillées par le Conseil d'hygiène de la province, et les lois sur la salubrité deviennent plus contraignantes. Par ailleurs, au cours des années 1920 et 1930, le gouvernement instaure la loi de l'Assistance publique pour venir en aide aux plus démunis, intensifie la lutte antituberculeuse par l'investissement de sommes d'argent importantes et investit plus massivement dans le domaine de la santé publique.

Mais sans le concours des premières ligues antituberculeuses de Montréal au début du XXe siècle et la constitution d'une Commission royale d'enquête sur la tuberculose en 1909, l'Institut Bruchési n'aurait sûrement pas ouvert ses portes dès 1911. En effet, la ligue antituberculeuse de Montréal sensibilisa l'opinion publique par le biais de conférences, d'expositions, de campagnes de dépistage et par l'instauration d'un programme de prophylaxie antituberculeuse. Elle milita aussi auprès du gouvernement et ses demandes répétées amenèrent ce dernier à nommer une commission d'enquête sur la tuberculose. Plusieurs médecins, œuvrant au sein de la ligue, siègeront sur la commission. Tel sera le cas du Dr E.P. Lachapelle qui en sera le président. Bien qu'en raison de facteurs idéologiques et économiques, les recommandations des commissaires ne furent pas retenues, le rapport rendait public pour la première fois la situation désastreuse engendrée par la tuberculose.

L'Institut Bruchési et l'œuvre antituberculeuse pour les Canadiens français allaient naître peu de temps après.

CHAPITRE DEUX

2. Organisation et mode de fonctionnement de l'Institut Bruchési

Au cours des prochaines pages de ce chapitre, il sera question de la structure administrative de l'Institut, de son mode d'organisation et de financement. Rappelons-nous que l'Institut Bruchési est né de l'union combinée entre l'action laïque et l'action religieuse. Cette forme d'organisation va donner à l'administration ainsi qu'à la régie interne de l'Institut son aspect personnel et original. Cependant, et il faut le noter, le rôle joué par les ecclésiastiques s'efface derrière celui des médecins. En effet, en dehors de la régie interne du dispensaire, assurée par quelques religieuses, la direction de l'Institut relève entièrement du corps laïque. En ce sens, le rôle dévolu à la communauté relève plus de détails techniques, matériels. Elle offre l'infrastructure, c'est-à-dire un local qu'elle loue; elle fournit un entretien de base en assurant les frais de chauffage ou de blanchiment par exemple; puis prête son nom à l'œuvre afin d'en rehausser la crédibilité et le prestige auprès de la population. Il faut d'ailleurs en prendre note, cette pratique qui consiste à s'appuyer sur une communauté religieuse pour fonder une œuvre philanthropique et sociale était la norme à l'époque.

La division entre les deux ordres est très claire. Au conseil d'administration siègera une majorité de laïques composée de médecins et de notables issus des milieux bourgeois. Quelques ecclésiastiques, aussi, siégeront et occuperont des postes. C'est entre autres le cas de Monseigneur Bruchési qui est le président d'honneur de l'Institut. En ce

qui concerne le conseil du bureau médical, tous les sièges seront occupés par des membres de la profession médicale.

2.1. Le Bureau d'administration

La corporation de l'Institut Bruchési ¹¹⁹ constitue un appareil administratif bien organisé dès les débuts de son fonctionnement en 1911. La composition du Bureau d'administration est déterminée par les membres fondateurs de l'Institut et lui seul peut nommer les membres des autres instances administratives. Notons toutefois que la nomination des ecclésiastiques au conseil relève entièrement et seulement de Monseigneur Bruchési ¹²⁰ qui est aussi président d'honneur du conseil d'administration de l'Institut. Le président actif est M. J. Auguste Richard, le vice-président, l'abbé S. Tranchemontagne, P.S.S., le représentant du Bureau médical, le Dr. J.E. Dubé, les représentants des donateurs de l'Institut, MM. Trefflé Bastien, le chanoine Adam et Isaïe Préfontaine, le trésorier U.H. Dandurand. Finalement, le poste de secrétaire sera occupé par le Dr Grenier ¹²¹.

L'autorité du Bureau d'administration de l'Institut est légalement établie par sa charte et reconnue dès la fondation, comme en font foi toutes les ententes intervenues entre les Sœurs de la Providence et les administrateurs. De plus, il a entière autorité sur le Bureau médical, ayant lui-même déterminé un exécutif médical et nommé un directeur

¹¹⁹ Les frais de l'acte d'incorporation civile de l'Institut Bruchési s'élevèrent à 56.80\$. Ils furent payés par MM. Morin et Mackay. RAIB, 1911-12, p.29.

¹²⁰ J.E. Dubé. « Nos hôpitaux. Le passé, leur évolution, le présent ». UMC, vol.61, 1932, p.191.

¹²¹ Ibid

médical. À partir d'avril 1940, les règlements de la corporation de l'Institut seront approuvés par le Lieutenant gouverneur de la province de Québec ¹²².

Le rôle du Bureau d'administration est avant toute chose d'organiser la lutte antituberculeuse, d'offrir les meilleures commodités aux patients et aux médecins par le biais de locaux fonctionnels et de travailler en étroite collaboration avec le Bureau médical afin d'optimiser le rendement du dispensaire. Le Bureau d'administration, du moins jusqu'à la fin des années 1940, s'occupe de faire des démarches auprès du gouvernement du Québec afin d'obtenir des subventions. C'est encore au Bureau d'administration que relève le droit de nommer le représentant du Bureau médical, les représentants des donateurs, le trésorier, le secrétaire et le président actif ¹²³. Le Bureau cherche également à attirer l'attention des classes aisées de la société dans le combat mené contre la tuberculose par le biais de la propagande, de la publicité, des campagnes d'éducation à l'hygiène et des conférences ¹²⁴.

Le Bureau d'administration est aussi conscient de la nécessité de la recherche clinique. Il instaurera donc des cours de perfectionnement en phtisiologie à son dispensaire pour les étudiants de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cette initiative débouchera sur la création d'une chaire de phtisiologie en 1913 à la faculté de médecine ¹²⁵. Son premier titulaire sera le Dr Dubé.

¹²² Correspondance en date du 25 juillet 1940 par J.A.Jarry à la Révérende Mère Praxède de la Providence, Supérieure Générale. Fonds d'archives sur l'Institut Bruchési du CHUM.

¹²³ J.E. Dubé, loc. cit., p. 191.

¹²⁴ R.A.I.B., 1912-1915., p.13.

¹²⁵ Ibid., p.13-14.

2.2. Le Bureau médical

La constitution du Bureau médical de l'Institut Bruchési s'inscrit dans la logique organisationnelle des institutions médicales de l'époque. Il est composé de 16 médecins qui assurent le soin et la prise en charge des malades ¹²⁶. « Quant à l'autorité de la direction médicale des services de l'Institut Bruchési, elle est déterminée par le bureau d'administration qui a nommé un Exécutif médical et un Directeur médical ¹²⁷.

Le Bureau médical possède tout de même une certaine autonomie, circonscrite à l'intérieur d'un cadre, où il peut exercer son expertise dans le domaine de la médecine clinique et sociale. Entre autres choses, c'est à lui que revient le mandat de choisir et d'embaucher les médecins qui feront partie de son service ¹²⁸. C'est encore de son initiative, résultat de son expérience sur le terrain, qu'il organisera le cours des gardes-malades. Comme celles-ci s'occupent de dépister les foyers de contagion, il était primordiale de les doter des notions et des connaissances nécessaires pour remplir leur mission au sein des familles malades ¹²⁹. Nous reviendrons sur la question des gardes-malades visiteuses au cours du chapitre trois.

La constitution et l'organisation de chambres d'observation ainsi que leur régie relèvent encore de l'exécutif médical. Les demandes d'hospitalisation pour les malades

¹²⁶ Il s'agit des docteurs H.Hervieux, J.E. Dubé, A.A. Foucher, E.P. Benoît, A. Lesage, L.E. Fortier, J.I. Desroches, W.P. Roux, T. Bruneau, L.A. Leblanc, R.Hébert, A.D. Aubry, D. Masson, B.G. Bourgeois, P.E. Bousquet et E. Grenier. À noter que ce nombre variera entre 16 et 35 pour la période qui fait l'objet de notre recherche.

¹²⁷ Correspondance entre Soeur Supérieure Provinciale et Soeur Supérieure et le directeur médical de l'Institut Bruchési, 17 février 1940, fonds d'archives du CHUM sur l'Institut Bruchési.

¹²⁸ RAIB, 1912-15., p. 18.

¹²⁹ RAIB, 1915-16., p. 9.

peuvent être faites par tous les médecins ¹³⁰. Toutefois, l'acceptation des demandes relève uniquement de l'approbation du directeur du Bureau médical ¹³¹.

L'action et l'expertise des médecins du Bureau médical ne se limitent pas seulement qu'à des interventions ou des réalisations d'ordre local. Au cours de la seconde moitié des années 1910, elles seront à l'origine de l'organisation de la lutte antituberculeuse de toute la province de Québec, projet que le gouvernement et le CSHPQ ont endossé au début des années 1920 comme nous l'avons vu au cours du premier chapitre. Ce projet fut présenté et proposé par le docteur A.D. Aubry, secondé par le docteur Dubé et entériné par le Bureau médical ainsi que par le Bureau d'administration le 29 octobre 1915. Établi en cinq points, ces objectifs se lisent comme suit :

1- « Éduquer le peuple par la distribution de pamphlets dans toutes les municipalités, offrir des conférences illustrées dans tous les villages et tous les quartiers des villes de la province; mettre des livres à la disposition des élèves de toutes les écoles; offrir des programmes d'étude de la prophylaxie de la tuberculose et faire des expositions anti-tuberculeuses. 2- Rendre obligatoire le rapport des cas de tuberculose ouverte comme celui des autres cas de maladies contagieuses, les chefs de famille étant tenus responsables de faire ce rapport. 3- Établir plusieurs sanatoriums dans la province pour les cas curables de tuberculose ainsi que des dispensaires et des laboratoires pour l'examen gratuit des crachats. 4- Établir des hôpitaux pour les tuberculeux arrivés à une période avancée, qui ne pourraient recevoir dans leur famille les soins nécessaires et qui seraient un danger de contagion. 5- Finalement, le Conseil d'hygiène de la province aurait le contrôle de ces établissements et sur la requête (bis), le gouvernement pourrait obliger les municipalités d'établir et de maintenir un hôpital, pour les cas de tuberculose avancée » ¹³².

¹³⁰ À noter que les demandes d'hospitalisation peuvent également être faites par les malades eux-mêmes ou leurs parents.

¹³¹ Correspondance, 17 février 1940, op. cit.

¹³² R.A.I.B., 1915-16., p.11-12.

Avec ce plan, les docteurs Aubry et Dubé ainsi que les membres de l'Institut Bruchési veulent non seulement établir les grandes règles de base de l'organisation antituberculeuse à l'échelle de la province mais aussi indiquer clairement que seul le gouvernement a les moyens nécessaires pour combattre la maladie. Des copies furent envoyées à tous les organismes antituberculeux de la province, aux médecins et au premier ministre, Sir Lomer Gouin ¹³³.

2.3. Le financement de l'Institut Bruchési

Au Québec, au début du XXe siècle, toute œuvre de bienfaisance privée ne peut recevoir un financement de l'État sans au préalable avoir fait la démonstration d'une bonne gestion et d'une saine administration de son établissement. Au cours de sa première année d'existence, l'Institut Bruchési ne put compter que sur ses seuls moyens pécuniers pour assurer le fonctionnement de son dispensaire. Comme nous l'avons vu au cours du premier chapitre, une campagne de levée de fonds organisée par les docteurs Grenier et Dubé avait assuré le fonctionnement des opérations des premières cliniques de consultation antituberculeuse pour la première année. L'année suivante, le Premier ministre du Québec avait consenti à octroyer une allocation annuelle de 3 000 dollars en autant que la cité de Montréal en fasse autant. À partir de cette date, la plus grande part du financement de l'Institut sera assurée par les deniers publics. À ceux-là s'ajouteront les sources de revenus privées telles que la vente de remèdes, la vente de timbres de Noël et les campagnes annuelles de souscriptions auprès du public.

¹³³ Ibid

2.3.1. Les sources de revenus privées

L'Institut Bruchési, tout au long de son existence, a toujours pu compter sur l'aide généreuse de la collectivité. Bien que la part de cette source de revenu soit modique en comparaison des autres rentrées d'argent, le fait demeure qu'une part représentative de la population montréalaise s'intéressait à la cause pour laquelle l'Institut Bruchési luttait. L'argent recueilli provenait entre autres des notables, des banquiers, du clergé et des petites entreprises. Les sommes versées oscillaient toujours entre un dollars et quelques centaines de dollars. D'autres encore faisaient leur don sous forme matérielle. Comme des médicaments, de la nourriture, de la papeterie, des couvertures et des vêtements.

Au fil des années, le financement privé perd de l'importance. Bien que la liste des souscripteurs soit compilée chaque année dans la section financière des rapports annuels, ce financement tend à diminuer et à s'amenuiser pour devenir une source de revenu marginale. Les sources pécuniaires les plus importantes proviendront des subventions de l'État provincial et de la cité de Montréal.

2.3.2. Les sources de revenus publiques

Comme nous l'avons dit un peu plus tôt, ce n'est qu'après une première année d'existence que l'Institut reçut une allocation du gouvernement québécois. Les docteurs Grenier et Dubé durent alors se rendre à Québec, après échange épistolaire avec le cabinet du Premier ministre Lomer Gouin, afin d'obtenir un entretien avec ce dernier. Le Premier ministre leur accorda un subside de 3 000 dollars à la condition que le conseil de

la cité de Montréal consente à donner le même montant. Mais l'Institut ne reçu finalement que 2000 dollars de la ville sans que le gouvernement n'exige de remboursement¹³⁴.

Le gouvernement du Québec assurera un bon financement de l'Institut Bruchési compte tenu de ses ressources. De 1912, année de la première subvention, jusqu'en 1922, 3 000 dollars seront octroyés annuellement. En 1923, la subvention est augmentée à 10 000 dollars et une subvention record de 14 500 dollars est allouée en 1927. L'année suivante, c'est 8 000 dollars qui sont versés. Les montants fluctueront ainsi d'une année à l'autre.

À partir de 1931, la composition et la structure des rapports financiers de l'Institut seront modifiées. On n'y parlera plus seulement des revenus et des dépenses ou encore des recettes et des déboursés mais également de l'actif et du passif de la corporation. Par ailleurs, cette année marquera le début de versements d'annuités par le gouvernement. Entre le début des années 1930 et le milieu des années 1940, l'Institut recevra des montants variant entre 60 000 et 100 000 dollars qui lui permettront d'amortir une partie de son passif pour se libérer de ses dettes.

Outre les annuités du gouvernement du Québec, l'Institut continuera à recevoir des subventions. Mais il est impossible de connaître la provenance exacte de l'argent. Pour l'année 1931, par exemple, une subvention de 19 200 dollars sera accordée. Quelle est la part respective consentie par Québec et par la ville de Montréal? Impossible de le savoir. Le rapport n'en fait pas mention et ce sera ainsi jusqu'en 1941. Cette année-là, 21 922 dollars en subvention seront accordés. 8 750 dollars par le gouvernement du Québec

¹³⁴ J.E. Dubé, loc. cit., p. 193.

et 13 172 dollars par la ville de Montréal. En 1944, Québec verse 10 000 dollars et la ville de Montréal, 13 200 dollars.

Pourquoi le financement de la ville devient-il plus important que celui accordé par l'État? D'une part, l'explication réside peut-être dans le fait qu'à partir de 1938, le contrôle et la coordination de la lutte antituberculeuse dans le district de Montréal passent aux mains du service de santé de la cité. D'autre part, cette même année, une section de la tuberculose est créée au sein de la division des maladies contagieuses du service de santé. De surcroît, c'est aussi une époque, celle d'Adélarde Groulx, alors promu directeur du Service de santé de la ville de Montréal, où l'investissement dans le domaine de la santé publique prend de plus en plus d'importance au Québec.

2.3.3. Autres sources de revenus : la vente de remèdes

Bien que le premier mandat du dispensaire antituberculeux ne soit pas de faire payer les consultations et les médicaments à ses patients, il demeure un fait : certains d'entre eux sont en mesure de payer leur examen, et le cas échéant, leurs médicaments. Il s'agit pour l'Institut d'une source de revenu non négligeable.

Tableau 1

Profits réalisés par la vente de médicaments

Années	Recettes
1916-1917	1 207.47\$
1918-1919	2 366.65\$
1919-1920	2 546.79\$
1920-1921	2 906.20\$
1921-1922	3 560.55\$

1922-1923	
1923-1924	3 383.70\$
1925-1926	2 608.35\$
1927-1928	2 021.50\$

Sources : RAIB, 1916 à 1928, section rapport financier

À partir de la fin des années 1920, la section financière des rapports annuels ne tient plus de comptabilité concernant la vente des médicaments. Quoiqu'il en soit, les chiffres que nous possédons démontrent un intérêt certain pour ce commerce. Par contre, nous assistons à une diminution des revenus pour les deux dernières années financières des années 1920.

2.3.4. Contribution financière des religieuses de la Providence

Une part importante de l'équilibre budgétaire de l'Institut est redevable aux religieuses de la congrégation de la Providence. En effet, les religieuses de la communauté apportèrent leur contribution en assumant, et ce pendant plusieurs années, les coûts reliés au chauffage, à l'éclairage, au blanchissage et aux réparations de toutes sortes. De plus, la communauté assura la rétribution de plusieurs aides qui œuvrèrent au sein du dispensaire. Comme nous le montre le tableau 2, les montants déboursés sont importants et augmentent d'année en année.

Tableau 2**Montants annuels déboursés par les religieuses pour l'Institut Bruchési.**

Années	Montants
1916-1917	3 842.87\$
1917-1918	4 485.85\$
1918-1919	4 546.20\$
1919-1920	4 846.40\$
1920-1921	5 946.40\$
1921-1922	6 546.40\$

Sources : RAIB, 1916-1922, section financière.

Pour les années ultérieures à 1922, la contribution pécuniaire des religieuses n'apparaît plus dans les statistiques des rapports annuels. Ces contributions ont-elles pu être comptabilisées sous une autre appellation dans le rapport financier? Une période de disette ou la crise économique a-t-elle pu entraîner la cessation de cette aide financière? Ou encore l'augmentation des subsides gouvernementaux, a-t-elle incité les sœurs à mettre un terme à leur contribution? Les sources restent malheureusement muettes sur la question.

2.3.5. L'association des Dames Patronnesses de l'Institut Bruchési

Les Dames Patronnesses jouèrent un rôle très important dans les campagnes de financement de l'Institut. Leurs objectifs consistaient essentiellement à apporter à l'organisation antituberculeuse des fonds provenant de la générosité du public et de faire connaître à ce public l'œuvre antituberculeuse ainsi que son aspect social. « Et quand

cette œuvre est éminemment sociale, c'est en affichant ses caractéristiques et en faisant appel au sens social de la population que l'on peut réclamer avec une plus grande chance de succès le secours du public »¹³⁵.

Mais l'élément central de leur cohésion et le point central où converge leur énergie est l'organisation de la campagne de levée de fonds pour la vente du timbre antituberculeux de Noël. Cette campagne les occupe pendant plusieurs mois et mobilise la logistique et la synergie de leur groupe. Pendant le mois de décembre, le plus important, la presse montréalaise publie gratuitement de la publicité concernant la vente du timbre sur le fléau de la tuberculose. Par ailleurs, leur travail de sollicitation les amène à attirer l'attention des classes aisées « souvent distraites par les affaires, les voyages ou par le plaisir, sur une croisade à laquelle tous sont conviés et à laquelle nul n'a le droit de se dérober »¹³⁶.

Les Dames Patronnesses, parmi lesquelles on retrouve les épouses de médecins de l'Institut recueillent ainsi, au fil des années, des sommes d'argent importantes qu'elles distribuent à part égale entre l'Institut Bruchési, le Royal Edward Institute et la Canadian Tuberculosis Association. En comparant les sommes d'argent ramassées par la vente du timbre de Noël avec celles accordées par le financement public, nous pouvons constater qu'elles constituaient un apport appréciable comme nous l'indique le tableau 3.

¹³⁵ RAIB, 1929-30-31., p. 38. Au sujet du travail bénévole des femmes dans les milieux hospitaliers et les œuvres de bienfaisance sociale voir : Aline Charles. *Travail d'ombre et de lumière : le bénévolat féminin à l'Hôpital Sainte-Justine, 1907-1960*. Québec, IQRC, 1990.

¹³⁶ Ibid., p. 41.

Tableau 3**Montants perçus par la vente du timbre de Noël comparés aux subsides publics**

Années	Vente du timbre de Noël	Subsides provinciaux	Subsides municipaux
1926	5 447.63\$	7 586.74\$	7 500.00\$
1927	11 265.13\$	14 500.00\$	7 500.00\$
1928	7 659.00\$	8 000.00\$	7 500.00\$
1929	7 500.00\$		
1930	7 500.00\$		
1931	5 000.00\$		
1932	5 500.00\$		
1933	5 050.00\$		
1934	4 000.00\$		
1935			
1936			
1937			
1938			
1939			
1940			
1941	7 502. 27\$	8 750. 00\$	13 172.94\$
1942			
1943			
1944	23 000.00\$	10 000.00\$	13 200.00\$

Sources : RAIB, 1926-1944, section financière

Le tableau comporte cependant beaucoup de zones grises. Il s'agit en fait du même problème que nous avons rencontré précédemment lorsque nous avons eu affaire aux statistiques des rapports annuels. En effet, selon les périodes, un rapport annuel peut couvrir plusieurs années. C'est entre autres le cas pour les deux derniers rapports qui couvrent notre période, soit les années 1935 à 1942 et 1942 à 1944. Or, il est impossible de connaître les sommes qui ont été recueillies pour les autres années sauf pour 1941 et

1944. En ce qui concerne 1944, tout porte à croire que les 23 000.00 dollars recueillis par la vente du timbre représentent le total des deux années précédentes ¹³⁷.

2.4 Les dépenses

Les dépenses d'une organisation antituberculeuse sont nombreuses et très coûteuses. Au cours des années qui ont fait l'objet de notre recherche, plusieurs éléments conjoncturels et structurels ont fait en sorte de faire augmenter les frais de l'Institut Bruchési. Les deux guerres mondiales, la crise économique ainsi que l'amélioration des techniques de dépistage, donc augmentation des cas à traiter, sont au nombre de ces principaux éléments. Par contre, durant cette même période, la distribution gratuite de médicaments et les indemnités salariales prirent de plus en plus d'importance.

D'ailleurs, la distribution de médicaments et les indemnités salariales occupent le devant de la scène en ce qui concerne les dépenses de l'Institut. Comme nous l'avons constaté au tableau 4, les recettes reliées à la vente des médicaments représentaient un apport financier non-négligeable pour le budget de l'Institut. Par contre, les dépenses lui étant imputables sont beaucoup plus importantes.

¹³⁷ En ce qui concerne les zones grises pour les subventions gouvernementales nous avons déjà expliqué précédemment qu'il nous était impossible de connaître la part exacte donnée par les deux paliers provincial et municipal puisque seule une somme globale, toujours autour des 20 000.00\$, est indiquée dans une section générale intitulée : *Subvention*

Tableau 4**Dépenses annuelles pour la distribution gratuite de médicaments**

Années	Dépenses
1916-1917	5 133.18\$
1917-1918	5 816.22\$
1918-1919	4 787.05\$
1919-1920	6 483.40\$
1920-1921	6 724.10\$
1921-1922	8 209.70\$
1922-1923	
1923-1924	8 175.45\$
1924-1925	
1925-1926	
1926-1927	6 394.95\$
1927-1928	5 676.00\$
1928-1929	5 691.72\$

Sources : RAIB, 1916-1929, section financière

Il nous est cependant impossible de connaître les dépenses reliées à la distribution des remèdes à l'aide des rapports annuels qui débutent à partir des années 1930. Ces dépenses sont probablement comptabilisées dans la section du rapport financier intitulée *administration, entretien, etc.*, puisque les montants qui y sont inscrits sont considérables, oscillant pour chacune des années autour des 35 000 dollars. Par contre, à partir de l'année 1941, cette section n'existe plus et il est hasardeux de trouver une section dans laquelle les frais de médicaments pourraient se trouver. En dernier lieu, notons que les dépenses reliées aux médicaments diminuent considérablement à partir de la fin des années 1920. S'agit-il d'une diminution que l'on pourrait attribuer aux effets de la crise économique qui est survenue au cours de l'automne de 1929? L'hypothèse est

intéressante. Toutefois, gardons-nous, compte tenu de l'état lacunaire de nos sources, de confirmer totalement cette assertion.

Une autre dépense qui nous a parue assez importante pour en faire mention sont les salaires versées aux employés qui travaillent au dispensaire. Le tableau 5 nous indique les coûts engendrés par les salaires.

Tableau 5. Salaires versés pour les infirmières et le personnel des dispensaires.

Années	Salaires
1916-1917	821.00\$
1918-1919	1 050.00\$
1919-1920	1 123.00\$
1920-1921	1 432.00\$
1921-1922	1 636.00\$
1922-1925	2 581.52\$
1925-1926	9 462.95\$
1926-1927	10 862.28\$
1928	14 558.76\$
1929	
1930	
1931	
1932	
1933	
1934	
1941	13 887.11\$
1944	24 606.69\$ ¹³⁸

Sources : RAIB, 1916 à 1944, section rapport financier

Comme nous venons tout juste de le mentionner, les salaires versés ne sont que pour les employés, c'est-à-dire les gardes-malades et le personnel des dispensaires. Par

¹³⁸ Cette même année des frais additionnels pour honoraires de médecin, laboratoire et dispensaire apparaissent. La somme est de 5 080.00\$.

contre, pour l'année 1944, des honoraires sont versés à des médecins. S'agit-il de tous les médecins ou de quelques-uns seulement? Les rapports annuels ne le disent pas. Par ailleurs, le prix de leurs honoraires est dilué dans une section générale intitulée *Honoraire-médecins, laboratoire et dispensaire*. Il est donc impossible de connaître la part réelle qui leur était versée. En ce qui concerne les années 1930, il n'est fait aucune mention des salaires et indemnités. Quoiqu'il en soit, les primes versées augmentent de façon constante et soutenue. En effet, entre 1921 et 1928, c'est une augmentation de plus de douze mille dollars qui est consentie.

Pour conclure sur les dépenses de l'Institut, mentionnons que les coûts rattachés à l'utilisation et au fonctionnement de la machine à « rayon X » entraînaient également de fortes dépenses. En effet, alors que l'Institut ne dépensait qu'une centaine de dollars annuellement au début des années 1920 pour cette technologie, vingt-quatre ans plus tard, la somme déboursée pour son utilisation, comprenant l'achat de films et accessoires ainsi que le salaire d'une technicienne, s'élevait à 12 229,94\$¹³⁹.

¹³⁹ RAIB, 1920 et 1944. Section financière.

2.5. Bilan financier de l'Institut Bruchési pour la période

Au cours de la période 1911-1945, l'administration financière de l'Institut fut assurée de façon compétente et responsable et s'ajusta selon le contexte et les fluctuations de l'économie. Au cours de cette période, les états financiers connaissent deux phases. Une première, de 1912 à 1928, où les rentrées d'argent sont toujours supérieures aux dépenses. Cette période peut encore être subdivisée. À partir de 1921, les revenus sont inférieurs aux déboursés. Toutefois, aucun déficit n'est enregistré puisque les surplus accumulés au cours des années précédentes assurent un excédent résiduel global des recettes sur les dépenses.

La seconde phase de l'analyse des états financiers débute au début des années 1930. La crise économique de 1929, qui perdurera pendant plusieurs années ainsi que l'économie de guerre, qui se mettra en place au tout début des années 1940, contribueront largement à rendre difficile et hasardeuse la gestion financière de l'Institut ¹⁴⁰. La virulence du désordre économique et l'apathie généralisée de l'économie mondiale feront une fois de plus craindre le pire au Bureau d'administration. En ce temps de disette et de marasme, les administrateurs, par la bouche de leur président, J.E. Dubé, pensent qu'ils devront restreindre et diminuer les activités du dispensaire et de ses ramifications si aucune aide philanthropique et publique supplémentaire ne vient s'ajouter à celle déjà existante. On demande d'ailleurs au gouvernement de ne pas diminuer les allocations octroyées, déjà que les petits souscripteurs ne peuvent plus donner et que les riches, de

¹⁴⁰ En effet, l'effort de guerre a entraîné une diminution des ressources humaines et matérielles en raison du rationnement. Le travail de dépistage et de visites à domicile diminua considérablement, ce qui provoqua une augmentation du nombre de patients au dispensaire ainsi qu'une augmentation du nombre de cas de

peur de perdre leur surplus, ont considérablement diminué leurs donations, quand ils ne les ont pas complètement cessées. Le bureau d'administration va même jusqu'à demander au gouvernement qu'il emprunte afin de répondre aux besoins toujours croissants d'une organisation dont l'administration présente des signes de fatigue ¹⁴¹.

En effet, les coûts d'opération de l'Institut augmentent et les premiers déficits apparaissent. Par contre, le versement d'annuités par le gouvernement du Québec permettra à l'Institut d'amortir ses dettes. Ainsi, en 1931, un déficit total de 22 126.99 dollars est enregistré. En 1932 et 1933, ce sont respectivement des sommes déficitaires de 8 792.55 et 6 676.75 dollars qui s'inscrivent dans les livres de compte de l'Institut. Puis, en 1934, la situation financière de l'Institut est véritablement précaire, ce qui l'oblige à revoir ses budgets pour l'ensemble de ses coûts d'opération. En assemblée, les membres du conseil se verront contraints de demander à la Supérieure du Couvent des Sœurs de la Providence, par voie de communiqué, « si [...] vous seriez disposée à considérer favorablement sa demande (celle du conseil d'administration) de réduire à 500\$ par mois l'indemnité qui vous est présentement versée, en retour de l'usage d'un local dans votre maison et des services que rendent un certain nombre de vos religieuses » ¹⁴². De plus, talonnés par les instances gouvernementales et ses principaux bailleurs de fonds qui lui demandent de rationaliser la gestion de sa corporation, les membres du conseil d'administration adressent une seconde requête auprès de la Supérieure. En huit points, elle expose et résume de façon claire la situation financière et les raisons d'ordre

tuberculose au cours des années subséquentes. L'analyse des statistiques des rapports annuels confirme ces faits.

¹⁴¹ R.A.I.B., 1932., p.17.

¹⁴² Correspondance du 22 janvier 1934, Fonds sur l'Institut Bruchési, CHUM.

conjoncturelles qui ont motivés les administrateurs à formuler une telle demande.

Intégralement, elle se lit ainsi :

- 1- « nos banquiers, de même que les gouvernements qui nous versent des octrois, exigent que nous réduisions au plus bas minimum possible toutes dépenses et tous frais d'administration;
- 2- nos sources de revenu sont amoindries, notamment celles provenant de souscriptions volontaires et de bienfaiteurs;
- 3- les propriétaires des immeubles où sont situés les dispensaires nord et est ont consenti à faire des réductions de loyer notables;
- 4- nos infirmières, et tout le personnel, en général, ont accepté de prendre, annuellement, un mois de congé sans salaire;
- 5- les médecins attachés aux dispensaires, quoique toujours pauvrement rémunérés, n'ont pas été payés depuis six mois; quelques uns ont accepté que leurs appointements soient sensiblement réduits;
- 6- pour des raisons d'économie, nous avons supprimé certains services:(vérifier les rapports annuels pour identifier ces services)
- 7- plusieurs employés ont également accepté une réduction de salaire;
- 8- nous avons envisagé une dette assez lourde contractée avec la Banque provinciale du Canada » ¹⁴³.

Il nous est cependant impossible de savoir, et ce en raison de lacunes dans nos sources, si cette demande fut accordée au Bureau d'administration. Quoi qu'il en soit, lorsque l'on regarde les états financiers pour 1934 et les autres années, la situation demeure semblable à celle des années antérieures. Les déficits, ni plus importants ni moindres, s'inscrivent invariablement au registre des rapports financiers et sont amortis grâce aux annuités du gouvernement provincial. Bien qu'un surplus de quelque 700 dollars soit enregistré en 1941, toutes les autres années subséquentes jusqu'à la fin de notre période enregistreront des déficits.

Conclusion

Ainsi, l'Institut Bruchési s'est constitué en corporation dès les débuts de son existence. La collaboration entre l'instance laïque et l'instance religieuse fut la formule adoptée. Le mode d'organisation et de fonctionnement de l'Institut reposa sur la formule standard qui était de mise pour les institutions de santé à l'époque : un Bureau d'administration et un Bureau médical. Le premier était composé presque en totalité de laïcs, soit des médecins et des hommes d'affaires de la bourgeoisie canadienne-française. Quelques ecclésiastiques aussi y siégeront.

Le Bureau d'administration est l'instance qui prend toutes les décisions. Il assure l'organisation et la coordination de la lutte antituberculeuse, s'occupe de trouver des fonds et travaille en étroite collaboration avec l'exécutif du Bureau médical. Quant à ce dernier, il agit sous l'autorité du Bureau d'administration et se conforme aux décisions prises. Sa marge de manœuvre est mince. Il peut cependant faire l'embauche des médecins qui travailleront dans son service. Il est aussi à l'origine de la fondation du cours des gardes-malades et de l'organisation d'un projet d'envergure pour la lutte antituberculeuse à l'échelle de la province.

Au niveau financier, les ressources financières de l'Institut, comme nous l'avons vu, sont d'origine publiques dès la seconde année de son existence. Les sommes accordées par le gouvernement du Québec et la cité de Montréal sont importantes et s'accroissent toujours au fil des décennies. Bien que la gestion de l'Institut fut assurée de façon méthodique et responsable, il fit face, à partir des années 1930, à des déficits. Toutefois, les annuités provinciales permirent d'amortir ses dettes et intérêts.

¹⁴³ *ibid*

CHAPITRE TROIS

3. L'Institut Bruchési: un dispensaire-hôpital

Au début des années 1910, à Montréal, la situation de la tuberculose est telle que l'oeuvre antituberculeuse de l'Institut Bruchési ne pouvait se permettre de mettre en place une organisation antituberculeuse sans se doter d'une gamme complète de services cliniques. Surnommé le dispensaire-hôpital, l'Institut s'imposa vite comme chef de file dans la lutte antituberculeuse à Montréal grâce à ses moyens variés et élaborés et ce, sans le support et l'encadrement d'une structure hospitalière.

Pour mieux comprendre la spécificité du rôle joué par un dispensaire antituberculeux, comparons-le avec un dispensaire de type hospitalier. L'une des premières fonctions de l'implantation des dispensaires hospitaliers a été de désengorger les services internes des hôpitaux. Mais ces dispensaires « servaient aussi à l'enseignement clinique : les étudiants pouvaient observer certaines maladies spécifiques au sein de dispensaires spécialisés »¹⁴⁴. En effet, « généralement, l'ouverture de dispensaires spécialisés devançait la mise en œuvre d'un service interne semblable »¹⁴⁵.

Le dispensaire antituberculeux, pour sa part, a une mission beaucoup plus grande puisque son action relève à la fois de la médecine, de l'action sociale et de la mise en place de structures prophylactiques ayant pour but de préserver et de sauvegarder la santé publique. Son organisation comporte aussi plus de travail pour les médecins, puisqu'en plus de recevoir les malades, ils effectuent leur tri, organisent la propagande sanitaire et

¹⁴⁴ Goulet, Hudon et Keel. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (1880-1980)*. VLB Éditeur, 1993, p. 118.

coordonnent la surveillance des tuberculeux qui est assurée par le service des gardes-malades visiteuses et le système de classification par fiches. Les fondateurs de l'Institut eurent donc à implanter leur dispensaire dans un climat de grande nécessité afin de juguler un fléau d'envergure nationale, contrairement à l'implantation des dispensaires de type hospitalier où l'objectif était d'offrir des soins à la population dans le but de désengorger les services internes de l'hôpital. En d'autres termes, la situation et le contexte socio-sanitaire de l'époque ont commandé un type particulier de développement du dispensaire antituberculeux de Montréal.

3.1. Fonctionnement du dispensaire : un emploi double

Le premier dispensaire de l'Institut ouvre ses portes à l'enseigne de l'Asile de la Providence en 1911 au 230, rue Saint-Hubert, à l'angle de Sainte-Catherine. Un an plus tard, il déménage au 340, rue Saint-Hubert. L'exiguïté des locaux ainsi que l'affluence grandissante des patients entraînèrent ce déménagement, ce qui permit d'aménager une salle d'attente beaucoup plus vaste ainsi que des chambres d'examen. Une salle de chirurgie et une pharmacie avec antichambre complétèrent l'organisation du dispensaire. En 1914, un autre agrandissement fut effectué afin de mettre sur pied des chambres d'observation, une autre salle d'attente et un laboratoire ¹⁴⁶.

Comme à cette époque le district de Montréal ne possède pas de sanatorium public pour ses tuberculeux pauvres, c'est au dispensaire que revient la double charge, à la fois préventive et curative, de la prise en charge du fléau de la tuberculose et des soins

¹⁴⁵ Ibid

¹⁴⁶ R.A.I.B., 1912-1915., p.12.

à donner aux malades. Pour pallier à ce problème, les sœurs de la Providence mettront à la disposition de l'Institut vingt-cinq lits à l'Hospice des Incurables de Notre-Dame de Grâce. Ce nombre augmentera à cinquante-deux au cours des années subséquentes ¹⁴⁷.

Mais outre son organisation qui lui imposait de soigner et d'effectuer des interventions chirurgicales dans certains cas, de quelle façon fonctionnait le dispensaire? Comment prenait-on en charge les malades et de quelle manière assurait-on leur suivi?

Le projet de l'œuvre antituberculeuse du docteur Grenier s'inspire largement de ce qui se faisait déjà sur le plan international, notamment aux États-Unis. En effet, au Québec, les groupes qui militaient en faveur de l'instauration de politiques d'hygiène organisées, tiraient leurs connaissances et leur savoir de l'étranger. Entre autres, par le biais des périodiques médicaux, en assistant aux congrès internationaux et surtout en participant à des stages d'étude à l'extérieur du Québec ¹⁴⁸.

Le mode de gestion de la régie interne et externe du dispensaire de l'Institut Bruchési ainsi que « l'idée fondamentale de son fonctionnement est d'inspiration américaine » ¹⁴⁹. Les Américains avaient en effet une longueur d'avance dans l'organisation de la stratégie préventive contre la tuberculose. Leur système de dispensaire et d'infirmières visiteuses avaient fait ses preuves et lorsque le docteur Grenier revint d'un stage d'étude à New York sous la direction de l'éminent phtisiologue de renommée internationale, le docteur A.Knopf, il « adopta le système de New York,

¹⁴⁷ Prenons note que le dispensaire de l'Institut, et ce même s'il assure une prise en charge complète des tuberculeux, n'assure aucune fonction de type sanatorial. Les lits mis à la disposition du dispensaire par l'Hospice des Incurables ne sont disponibles que pour les cas en phase terminale. Toutefois, nous verrons au cours de ce chapitre que la constitution des chambres d'observation du dispensaire offrait à leurs patients un environnement qui s'apparentait de près à celui des sanatoriums.

¹⁴⁸ François Guérard. « La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945 », dans *Atlas historique du Québec. L'institution médicale*, sous la direction de Normand Séguin, Les Presses de l'Université Laval, 1998, p.78.

laissant à l'expérience future de le modifier et de l'adapter définitivement aux caractères du pays »¹⁵⁰.

Ce système, inventé par les professeurs Hermann, Knopf et Biggs, ce dernier étant alors directeur du service de santé de la ville de New York, consiste à identifier, ficher et classer les malades qui se présentent au dispensaire¹⁵¹. Ceux qui sont suivis et traités à leur domicile sont également enregistrés. Les fiches de codification fournissent aussi bien de l'information sur l'histoire du malade qu'elles donnent une description sur son milieu de travail et celle de son milieu familial.

Le système de fiches est d'une utilité capitale contre la propagation de la tuberculose. Il permet de suivre l'évolution de la maladie pour chaque malade, de connaître son lieu de résidence et de tenir, par le fait même, des statistiques identifiant les points chauds de la ville où se trouve concentrée l'incidence de la tuberculose et ses fluctuations ou ses variations d'un quartier à l'autre. Cependant, et il est bon de le noter, la plupart des malades sont pauvres et ne peuvent honorer les mensualités de leur loyer. Ils déménagent donc souvent et « leur trace est ainsi perdue pour les gardes-malades du dispensaire. Leur perte est assurée à tout coup s'ils ne reviennent pas par eux-mêmes »¹⁵². Cette situation semble assez généralisée pour entraîner des problèmes au niveau de l'encadrement de la tuberculose. Comme il en est fait mention dans le rapport annuel de l'Institut de 1912-1915, les « inspecteurs ont émis 140 cartes sur les patients visités, seulement 11 renvoyèrent leur carte au dispensaire »¹⁵³.

¹⁴⁹ J.E. Dubé. "Montréal la plus importante ville du Dominion se doit d'être au premier rang dans la lutte antituberculeuse", *UMC*, vol.48, 1919, p. 580.

¹⁵⁰ Ibid

¹⁵¹ Institut Bruchési: dispensaire antituberculeux à Montréal : préventorium Saint-Victor de Beloeil, Montréal, 1911, p. 7.

¹⁵² J.E. Dubé, loc. cit., p.580.

¹⁵³ RAIB, 1912-1915., p.23.

Ceux qui ne disparaissent pas et qui se soumettent à l'encadrement et à l'expertise du dispensaire sont suivis de près : « Des fiches spéciales notent leur fréquentation au dispensaire chaque mois »¹⁵⁴. Le fonctionnement du système de fiches comprend trois séries principales d'identification qui ont pour but de connaître le plus grand nombre de cas possible, puis de les identifier et, enfin, de les suivre dans leur déplacement pour qu'ils aient toujours des soins. La fiche du malade comprend les cartes suivantes :

- 1- « la carte d'admission du malade, la même pour toutes les cliniques;
- 2- la carte d'ordre alphabétique pour la recherche du numéro du malade;
- 3- la carte d'examen, qui peut être la carte d'examen des poumons et qui recevra la carte des visites subséquentes, la carte d'examen des enfants, la carte d'examen pour la gorge, la carte d'examen pour la chirurgie, la carte d'examen pour la dermatologie. À celles-là s'ajouteront, selon les circonstances, les examens subséquents, les analyses du laboratoire, la carte du traitement à la tuberculine et au pneumothorax »¹⁵⁵.

Il nous est cependant impossible de connaître les résultats qu'a donné ce système. Nous ne possédons aucune statistique, aucune trace et aucun indice qui aurait pu nous laisser analyser et interpréter l'efficacité du système. Toutefois, Pierre Guillaume affirme que c'est un système complexe puisque les « fiches doivent suivre le malade partout, dans les établissements de soins comme au dispensaire et ce, malgré les déménagements »¹⁵⁶.

¹⁵⁴ J.E. Dubé, loc.cit., p.580.

¹⁵⁵ Ibid., p. 581-582.

¹⁵⁶ Pierre Guillaume. *Du désespoir au salut: les tuberculeux aux XIXe et XXe siècles*. Paris, Aubier, 1986, p. 198. Le système de fiches employé en France fut instauré par la mission Rockefeller en 1917. C'est le même système qui fut inventé et mis sur pied par Biggs, Hermann et Knopf. Donc, à Montréal comme à Paris, on utilisait la même méthode de codification et de classification. À ce sujet voir l'excellent et très complet ouvrage d'Alexandre Brunot qui relate l'épopée et l'histoire de la mission Rockefeller en France

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas de pratique efficace, ni d'expertise technique axée sur l'excellence sans l'élaboration et la mise en place d'une méthodologie adaptée au contexte. Partant de cette prémisse, nous pouvons affirmer que le système de fiches de l'Institut Bruchési permit d'améliorer et d'optimiser le rendement dans la lutte et le contrôle de la tuberculose à Montréal.

Du moins a-t-il permis de mesurer et de visualiser l'étendue des ravages causés par la peste blanche et d'étendre son encadrement et sa prophylaxie à d'autres parties de la ville. À cet effet, deux succursales du dispensaire central seront ouvertes afin de répondre à la demande croissante qui se fait sentir. L'une est ouverte en 1925 dans le quartier Hochelaga et l'autre dans le Nord de la ville en 1929. Toujours en augmentation, la fréquentation des cliniques dans les trois dispensaires a augmenté de 2 325 nouveaux malades en 1929, à 3 167 en 1930 et à 3 696 en 1931¹⁵⁷. Cette augmentation significative est probablement le résultat de la crise économique et des conditions sociales désastreuses, mais aussi celui du perfectionnement continu des méthodes de diagnostic.

3.2. Les cliniques du dispensaire : une diversité d'approche et de soins

Le dispensaire de l'Institut Bruchési, comme nous venons de le voir, constitue un organisme bien armé et bien préparé pour prévenir, dépister, éduquer et soigner les tuberculeux. Ce qui surprend le plus lorsqu'on se penche sur les moyens d'intervention et les modes d'action du dispensaire, c'est la variété des différentes cliniques de soins et des spécialités médicales qui étaient mises de l'avant. Bien sûr, comme nous l'avons spécifié

de 1917 à 1923 : Alexandre Bruno. *Contre la tuberculose. La mission Rockefeller en France et l'effort Français*. Paris, Société moderne d'impression et d'édition, 1925, 527 pages.

plus tôt, le contexte socio-économique et sanitaire propre au Québec et à Montréal favorisa l'implantation d'un type de dispensaire polyvalent.

Initialement, et il faut en prendre note, la mission d'un dispensaire antituberculeux consiste à faire le dépistage des cas, à les trier, à les encadrer et à les orienter vers l'institution de soins qui leur est appropriée. Trois types d'établissement s'offrent à eux. Le préventorium, pour les malades qui n'ont pas la tuberculose mais qui sont susceptibles de la développer; le sanatorium, pour les patients qui ont la tuberculose, mais dont la cure hygiéno-diététique est assurée ou presque de les guérir; et finalement, l'hôpital, pour tous les cas de tuberculose incurables. Or, comme Montréal ne possède aucun lit de sanatorium et que les hôpitaux refusent l'accès aux tuberculeux par crainte de contagion des autres patients, le dispensaire de l'Institut Bruchési devra pratiquer ses activités non seulement de façon préventive mais également à tous les autres niveaux, ce qui impliquera une prise en charge complète des malades.

C'est dans ce cadre d'implantation que se développa l'impressionnant arsenal du dispensaire orienté vers l'expertise anatomo-clinique grâce à la création des chambres d'observation et aussi à la pratique d'interventions chirurgicales telles que le pneumothorax artificiel ou la collapsothérapie. Parallèlement à ces services de type actif et interventionniste, s'y adjoignirent d'autres dont l'approche relevait de la médecine générale et sociale ¹⁵⁷. Il sera donc question, au cours des prochaines pages, de saisir le sens et la portée qu'ont eu ces différentes cliniques au sein de l'organisation de l'Institut et de la population ciblée.

¹⁵⁷ R.A.I.B., 1929-30-31., p.15.

¹⁵⁸ Comme il en a été fait mention pour la note 30, l'Institut Bruchési ne peut offrir une cure de type sanatorial à ses patients. Cependant, son service social assure le suivi de ces derniers à leur domicile. Les

Le fonctionnement des cliniques dans les dispensaires est assuré tout au long des jours de la semaine. Chaque clinique a un horaire précis à respecter à l'intérieur duquel elle offre ses traitements. Certaines cliniques, en fonction de leur importance, ont plus de jours et de temps d'ouverture pour soigner les malades. C'est entre autres le cas de la clinique de tuberculose pulmonaire et de celle des enfants. Outre ces deux services, le dispensaire offre une clinique des premières voies respiratoires (oto-rhino-laryngologie), un service de tuberculose chirurgicale, un autre de dermatologie, des chambres d'observation pour les femmes ainsi qu'un laboratoire et un service de radiologie. Finalement, le tout est complété par des cours de perfectionnement en phthisiologie et un service social qui assure des visites à domicile par le biais de ses gardes-malades visiteuses. Il sera donc question, au cours des prochaines pages, de saisir le sens et la portée qu'ont eu ces différentes cliniques au sein de l'organisation et de la population soignée.

3.2.1. Le service clinique pour enfants tuberculeux

La clinique des enfants entre en fonction dès 1913 et ce, afin de désengorger les autres services cliniques du dispensaire et d'étendre la prophylaxie antituberculeuse à la classe infantile ¹⁵⁹. Cette prophylaxie est d'autant plus nécessaire qu'on affirme à cette époque que le lit de la tuberculose se prépare dans l'enfance et qu'il est plus facile de sauver un

gardes-malades visiteuses tentent donc d'organiser l'intérieur des logements de façon à y aménager un environnement plus sain où l'aération et l'ensoleillement sont plus présents.

¹⁵⁹ R.A.I.B., 1912-1915., p.19. À cette époque on compte beaucoup sur l'éducation hygiénique des enfants. Il est en effet plus facile d'induire et d'inculquer à un enfant, plutôt qu'à un adulte, les notions de l'hygiène et de la prophylaxie sanitaire.

enfant qu'un adulte ¹⁶⁰. Les méthodes de diagnostic appliquées énergiquement, méthodiquement et systématiquement cherchent donc à déceler le plus tôt possible toute forme de tuberculose mais aussi toute autre forme de maladie qui pourrait amener une dégénérescence physiologique chez l'enfant. La cuti-réaction est l'un des premiers tests que l'on fait passer aux enfants. Elle consiste à déposer une substance antigène, la tuberculine, sur la peau scarifiée du patient. Ainsi, si une personne est atteinte de tuberculose, sa peau, par principe allergique, réagira à la tuberculine, produisant alors une réaction cutanée dont l'ampleur révélera quel est le stade évolutif de la tuberculose ¹⁶¹. Ensuite, un examen complet et approfondi au point de vue des signes généraux et locaux sera effectué. Le tout sera complété par une radiographie des poumons ¹⁶². Les plus malades viennent une fois toutes les semaines et les autres sont suivis à domicile par les gardes-malades visiteuses qui veillent à l'application des traitements et à l'enseignement de l'hygiène ¹⁶³.

La clinique de tuberculose infantile ne s'occupe pas seulement de prodiguer des soins mais cherche également à étendre son expertise dans les foyers où règne la tuberculose en enseignant aux mères et aux enfants les règles nécessaires au maintien de la santé. Par exemple, on leur enseigne la base d'une saine alimentation et les soins hygiéniques que requièrent le corps et l'environnement immédiat où l'on vit. De plus, et il faut le noter, cette incursion au sein même des familles est primordiale pour le succès de la lutte antituberculeuse. En effet, il est très facile d'inculquer aux enfants les notions

¹⁶⁰ R.A.I.B., 1922-1925., p. 26.

¹⁶¹ Dictionnaire encyclopédique universelle, dir. Raoul Mortier, Paris, Tome 3, p. 1488. La tuberculine fut mise au point en 1921 par Albert Calmette et Camille Guérin. Le vaccin est fabriqué à partir d'un bacille bovin. La tuberculine ou le BCG (bacille Calmette et Guérin) n'assure pas une immunisation complète contre la tuberculose. Toutefois, on l'emploie encore aujourd'hui dans plusieurs pays. J-C. Sournia. *Histoire de la médecine*. Paris. Éditions de la Découverte, 1992, p. 259.

¹⁶² R.A.I.B., 1920-1922., p. 27.

de l'hygiène. De plus, et ce contrairement aux adultes, une fois que ces habitudes sont acquises, ils les conservent pour la vie. Ce phénomène est attribuable au fait que les enfants, surtout d'âge préscolaire, n'appréhendent pas la nouveauté avec des préjugés comme les adultes.

La fréquentation de la clinique des enfants et son affluence vont toujours en augmentant. Entre 1913 et 1926, on passe d'une fréquentation annuelle de 1 163 enfants à 6 366 ¹⁶⁴. C'est une augmentation de plus de 5 000 cas qui fera déborder le service. Notons cependant que dès 1922, avec 2 912 consultations annuelles, le service commence déjà à montrer des signes d'essoufflement et d'engorgement. Il devra réorganiser sa façon de recevoir et de sélectionner les enfants. En effet, les enfants sont reçus indistinctement, qu'ils soient d'âge scolaire ou préscolaire. La sélection se réorganise donc et se réajuste selon une grille de sélection à trois niveaux où seuls les enfants appartenant à l'une des catégories suivantes sont acceptés : les enfants héritiers de terrains tuberculeux, les enfants exposés au contagion de la tuberculose et les enfants souffrant de troubles de nutrition prononcés ou moyennement prononcés ¹⁶⁵.

La clinique pour enfant connaîtra une telle affluence que son directeur demandera deux jours par semaine de consultation au lieu d'un seul afin d'atteindre le plus grand nombre possible de petits tuberculeux. Mais il ne les obtiendra jamais. Somme toute, l'activité de la clinique des enfants fut l'une des mieux organisées, alliant tout aussi bien soins médicaux que services sociaux.

¹⁶³ Ibid., p.28.

¹⁶⁴ R.A.I.B., 1925-1926., p. 33.

¹⁶⁵ RAIB, 1922-1925., p.28.

3.2.2. Le service des premières voies respiratoires

Le service d'oto-rhino-laryngologie existe depuis la fondation de l'Institut Bruchési en 1911. Curieusement, il en est seulement fait mention pour la première fois dans le rapport annuel de 1920-1922. Son but est de prévenir le développement de pathologies au niveau de la gorge, du nez et des oreilles ¹⁶⁶. Cette spécialité est primordiale dans la lutte contre la tuberculose. Toutes les autorités de l'époque s'entendent sur le fait qu'il faut insister sur la correction des défauts physiques et particulièrement ceux des végétations adénoïdes et de l'hypertrophie des amygdales. En effet, la tuberculose chez les enfants peut apparaître par le biais de ces maladies qui affaiblissent le système naturel de défense. Par exemple, nous dit-on, les amygdales hypertrophiées et les tumeurs adénoïdes représentent un réel danger pour les voies respiratoires supérieures et bon nombre de savants à cette époque affirment que l'otite suppurée constitue une porte d'entrée idéale pour les bactéries tuberculeuses ¹⁶⁷.

Le service d'ORL, donc, par son action, est non seulement une clinique qui traite et s'occupe du problème de la tuberculose, mais aussi de tous ces autres maux qui affligent les oreilles, le nez et la gorge et qui n'ont rien à voir avec la tuberculose. Au cours des années 1921 et 1922, c'est plus de 1 938 patients qui se sont présentés au dispensaire, dont 524 furent opérés. Sur ces 524 cas, 57 seulement furent opérés pour un problème relié à la tuberculose. Il s'agissait de laryngites tuberculeuses. Les autres furent

¹⁶⁶ R.A.I.B., 1920-1922., p.29.

¹⁶⁷ R.A.I.B., 1912-1915., p.19.

traités pour des adénites cervicales, des syphilis buccales, des insuffisances nasales, des sinusites maxillaires, etc ¹⁶⁸.

La clinique d'oto-rhino-laryngologie joue donc un rôle majeur au sein de la prophylaxie tuberculeuse. Le nombre de malades va toujours croissant, passant de 1 874 en 1911 à 3 150 trois ans plus tard pour ne citer que cet exemple ¹⁶⁹. Mais tous les autres chiffres indiquent une fréquentation soutenue de cette clinique.

3.2.3. Le service de tuberculose chirurgicale

Actif dès la création de l'Institut, ce service prend très vite de l'importance en soignant un nombre toujours plus important de patients atteints ou non de tuberculose. Pour les périodes quinquennales de 1911-1916, 1916-1920 et 1921-1925, le nombre moyen annuel de consultations, d'opérations et de pansements est de 736, 729 et 1 416 ¹⁷⁰. Cette tendance se maintiendra à la hausse jusqu'à la fin de la guerre où le taux de mortalité par tuberculose diminuera substantiellement, passant de 100 par 100 000 de population au cours des années 1930 à moins de 50 pour la période 1945-1949.

Le service de chirurgie tuberculeuse s'occupe aussi bien de traiter les cas de tuberculose externes tels que l'arthrite tuberculeuse, les ganglions cervicaux tuberculeux, la coxalgie, les scolioses, les caries osseuses, les fistules anales tuberculeuses, les pieds bots, les synovites et le goitre que les cas qui demandent plus d'expérimentation tels que la pratique du pneumothorax artificiel ¹⁷¹.

¹⁶⁸ R.A.I.B., 1920-1922., p.28-29.

¹⁶⁹ R.A.I.B., 1925-1926., p. 31.

¹⁷⁰ Ibid., p. 38.

¹⁷¹ R.A.I.B., 1920-1922., p. 30.

Le pneumothorax artificiel, pratiqué sporadiquement, est une intervention chirurgicale employée lorsque toutes les autres formes de traitement de la phthisie n'ont rien donné de concret. Il s'agit, par insufflation d'un gaz inerte, azote, air stérilisé ou oxygène, de comprimer et de mettre au repos le poumon du tuberculeux. Cette compression produit l'immobilisation de l'organe malade et donc la suppression de sa fonction de ventilation et d'hématose. Cette compression permet d'extirper du poumon le pus ou les autres sécrétions toxiques et de réduire la capacité du système circulatoire qui entre directement en ligne de compte avec l'intensité de l'inflammation. En d'autres termes, un pneumothorax artificiel a pour fonction de décongestionner et de vider les cavités de leurs sécrétions et d'accoler les lèvres des plaies ¹⁷². Voici comment se déroulait une opération de ce type au dispensaire de l'Institut Bruchési:

Le malade a été bien examiné, tenu sous observation, les lésions ont été parfaitement localisées. Le patient se présente le matin à jeun. Il reçoit d'abord une injection de morphine pour diminuer la sensibilité du réflexe pleural et éviter les accès de toux durant l'intervention. L'opéré repose sur le côté, le bras libre relevé sur la tête. On évite de choisir le champ opératoire au niveau des lésions, puis on prépare ce dernier par des lavages à l'alcool, à l'éther suivis d'une pulvérisation ou d'un badigeonnage à la teinture d'iode. L'opérateur, avec l'index de la main gauche, localise l'espace intercostal choisi et repère le bord supérieur de la côte. Un jet de chlorure d'éthyle est dirigé sur ce point et immédiatement suit l'injection d'une solution fraîche de novocaïne. Après quelques minutes l'anesthésie locale est complète. L'aiguille, connectée au tube conducteur de l'appareil à injection, est tenue de la main droite et est enfoncée perpendiculairement avec lenteur, afin de percevoir les différents plans traversés. S'il n'y a pas d'adhérences, à ce niveau, en perçant la plèvre pariétale, on aura la sensation de perforer une feuille de papier de parchemin [...]. La plèvre est ponctionnée, c'est le moment de laisser entrer le gaz.

¹⁷² Grenier, Eugène Dr. *La tuberculose en dehors de la classe indigente. Le traitement pulmonaire par la*

Dans cette première intervention, nous ne faisons qu'amorcer le pneumothorax en injectant 150 à 500 cc. de gaz; nous le compléterons par des insufflations subséquentes, répétées à trois ou quatre jours d'intervalle, selon la tolérance du sujet¹⁷³.

Le pneumothorax peut donner de bons résultats chez certains sujets. D'ailleurs, les médecins notent qu'après un pneumothorax il y a amélioration globale de la santé du sujet. La toux, l'expectoration et la transpiration diminuent et les bacilles disparaissent des crachats du patient. Dans les semaines qui suivent, la force et l'appétit reviennent et le malade reprend du poids¹⁷⁴.

Par contre, le traitement par pneumothorax n'est pas conseillé pour tous les cas. Cette chirurgie ne s'applique avec succès qu'à un nombre relativement restreint de phtisiques. Chez certains, il est impossible d'obtenir la pleine liberté de la plèvre ou encore, chez d'autres, l'âge diminue les chances de réussite du traitement. En effet, les médecins ont noté qu'après 40 ans, il est presque impossible de trouver une plèvre libre ou d'arrêter la marche de la maladie car «si la symbiose pleurale ou de fortes adhérences n'existent pas toujours, il est presque impossible d'obtenir l'immobilisation complète, vu l'état habituellement scléreux du poumon chez les malades qui dépassent la quarantaine»¹⁷⁵.

méthode de Forlanini. Montréal, 1916. p. 3-5.

¹⁷³ Ibid., p. 5-6.

¹⁷⁴ R.A.I.B., 1918-1919., p. 25.

¹⁷⁵ R.A.I.B., 1920-1922., p. 21.

3.2.4. Le service de dermatologie

La clinique des maladies de la peau de l'Institut Bruchési est créée en 1913 et ne soigne que de très rares cas de dermatoses tuberculeuses. Les cas de tuberculose cutanée sont peu nombreux. Cette clinique joue plutôt un rôle préventif adjuvant dans le grand tout prophylactique et curatif de l'Institut Bruchési. En effet, elle contribua grandement à diagnostiquer des tuberculeux qui se présentaient à sa clinique pour ce qu'ils croyaient n'être qu'une simple affection de la peau ¹⁷⁶. Malheureusement, aucune source statistique ne nous a permis de quantifier le nombre de ces malades. Et il faut prendre note qu'à partir de 1927, les rapports annuels de l'Institut ne donnent plus aucune information sur la clinique de dermatologie.

Les formes de traitements offerts pour l'époque étaient des plus modernes. Au début des années 1920, les cas de tuberculose cutanée étaient traités grâce à la radiothérapie et aux rayons ultraviolets (la lampe de Kromayer et l'Alpine) dont le Bureau d'administration venait de doter le dispensaire. D'autres procédés curatifs tels que les rayons X et la Finsenthérapie¹⁷⁷ étaient également employés ¹⁷⁸. Ils avaient pour but de soigner les gommages tuberculeuses, le lupus tuberculeux, le lupus erythémateux et les ulcères variqueux. D'autres affections de la peau non tuberculeuses telles que l'acné, l'eczéma, les furonculoses, l'impétigo, le psoriasis et la syphilis secondaire, pour ne nommer que les plus importantes, étaient aussi traitées au service de dermatologie ¹⁷⁹.

¹⁷⁶ Ibid., p.32.

¹⁷⁷ La finsenthérapie a été inventée par Niels Ryberg Finsen. Il est entre autres l'inventeur d'un traitement du lupus par des rayons solaires ou artificiels, dit finsenthérapie. Il reçut le prix Nobel de médecine en 1903. Dictionnaire encyclopédique universel, sous la direction de Raoul Mortier, tome 4, Paris, 1962, p. 2208.

¹⁷⁸ R.A.I.B., 1920-1922., p.33.

¹⁷⁹ Ibid., p. 31-32.

Les traitements offerts étaient très en demande. En ce qui concerne les rayons ultraviolets, par exemple, qui ont débuté en 1923, le nombre de traitements passa de 879 à 1 119 en 1924, à 1 520 en 1925 et à 2 128 en 1926 ¹⁸⁰.

3.2.5. Les chambres d'observation du dispensaire

Les chambres d'observation¹⁸¹ furent instaurées au début des années 1920. Comme le district de Montréal ne possède pas de sanatorium populaire, il fallait un organisme qui soit annexé à la clinique pulmonaire afin de recevoir les patients tuberculeux dont le diagnostic de tuberculose était douteux. Ces chambres avaient aussi une autre fonction, celle d'offrir un traitement au pneumothorax pour ceux dont la gravité de la tuberculose faisait craindre le pire.

Les moyens thérapeutiques et curatifs assurés par les chambres d'observation sont le pneumothorax et les réinsufflations nécessaires à ce type d'opération et les phrénicectomies ¹⁸². Outre les traitements chirurgicaux, les patientes reçoivent une cure diétético-hygiénique qui s'apparente à celle dispensée dans les sanatoriums puisque la moyenne de temps d'hospitalisation est de plus de deux mois ¹⁸³.

Comme l'Institut ne possède pas son propre sanatorium, les chambres d'observation représenteront une alternative nécessaire dans le diagnostic, l'étude clinique et le traitement des cas de tuberculose les plus avancés. Toutefois, le peu de lits qu'offrent les chambres d'observation (on en compte 23 en 1922, 30 en 1925 puis 50 en

¹⁸⁰ R.A.I.B., 1925-1926., p. 37.

¹⁸¹ Il faut prendre note que les chambres d'observation de l'Institut Bruchési étaient destinées uniquement pour le soins des femmes. Pourquoi n'étaient-elles pas accessibles aux hommes? L'état lacunaire de nos sources ne nous laissent pas connaître la raison.

1942) ainsi qu'une liste d'attente permanente maintiendront le service débordé jusqu'à l'ouverture du sanatorium populaire Saint-Joseph, dans le quartier Rosemont, au début des années 1950 ¹⁸⁴.

3.2.6. Le service de laboratoire et de radiologie

L'arsenal antituberculeux de l'Institut Bruchési ne saurait être efficace sans au préalable posséder une expertise d'investigation beaucoup plus poussée que la simple auscultation. À toute fin pratique, procéder de la sorte serait remettre en circulation un très grand nombre de tuberculeux. Le laboratoire et les rayons X deviendront donc des moyens complémentaires à l'auscultation et aux premiers examens prodigués en vue de la prophylaxie antituberculeuse.

En premier lieu, le service de laboratoire est implanté dès 1912. Il s'occupe de faire des examens de crachats, de sang, de pus ainsi que des analyses d'urine. Le laboratoire ne connaît aucun répit et le nombre d'examens qu'il doit effectuer est en constante augmentation. Entre 1912 et 1946, le nombre d'examens annuels passe de 110 à 6 650 ¹⁸⁵. Prenons toutefois en considération que cette augmentation peut être traduite par la démobilisation des hommes qui ont servi durant la guerre et les campagnes de sensibilisation et de propagande antituberculeuse.

En second lieu, l'oreille humaine et l'auscultation ne peuvent détecter tous les cas de phtisie. D'ailleurs, les médecins français Léon Bernard et Mantoux, de l'hôpital

¹⁸² R.A.I.B., 1942-1944., p. 23-24.

¹⁸³ Ibid., p.23.

¹⁸⁴ Ibid., p.23.

¹⁸⁵ R.A.I.B., 1925-1926., p.33-34. et 1945-1947., p.22.

Laënnec à Paris, ont démontré statistiquement que, sur un échantillon de 241 poitrinaires, les rayons X en trouvaient 100% alors que l'oreille avait un taux de réussite de 19% ¹⁸⁶. La radiologie constitue en effet une percée extraordinaire pour les différentes recherches cliniques effectuées en médecine. Et la recherche en phtisiologie allait s'en prévaloir aussi bien pour l'avancée de ses connaissances de la tuberculose et du système respiratoire que pour le dépistage de la maladie chez les patients. Inauguré en 1921, quelque dix ans après la fondation de l'Institut, le service de radiologie allait devenir l'un des moyens les plus efficaces dans la détection de la maladie grâce au Dr Lorain. Ce dernier, qui a été chef du département de radiologie de l'hôpital militaire Laval, fit don de son équipement à l'Institut Bruchési. Cette technologie était nécessaire pour confirmer et valider le diagnostic de l'auscultation mais aussi pour entreprendre les pneumothorax artificiels. Sans la radiographie, à vrai dire, il est impossible d'entreprendre une telle intervention avec succès car il faut connaître l'ampleur de la dilatation qu'a exercé l'azote sur le poumon ¹⁸⁷. Finalement, la prise de radiographies sur une base régulière permettra d'assurer un suivi de l'état de santé des malades.

Au cours des années qui suivirent, les administrateurs de l'Institut, à la demande des médecins, doteront les succursales des dispensaires d'appareils radiographiques afin d'accélérer le dépistage de la tuberculose. Et l'initiative portera fruits. Entre 1921 et 1926, 12 202 radiographies seront faites pour une moyenne de 2 240 examens par année ¹⁸⁸. En 1943, ce seront 11 550 radiographies qui seront effectuées et quatre ans plus tard, 16 228 ¹⁸⁹. Le service de radiologie de l'Institut prendra même l'initiative d'inviter les

¹⁸⁶ R.A.I.B., 1920-1922., p.25.

¹⁸⁷ RAIB., 1918-1919., p. 14.

¹⁸⁸ R.A.I.B., 1925-1926., p.36.

¹⁸⁹ R.A.I.B., 1945-1947., p.30-31.

médecins de cabinets privés à envoyer leur clientèle dans l'un des trois dispensaires de l'Institut afin d'étendre à un plus grand nombre possible de personnes la possibilité de subir un test de dépistage ¹⁹⁰. Par la suite, une fois l'examen complété, le dispensaire s'assurera de contacter le médecin si le diagnostic radiographique s'avère positif.

3.2.7. Le service social de l'Institut Bruchési

Présent dès la fondation de l'Institut Bruchési, le service social est au début le seul qui existe pour les Canadiens français dans le combat mené contre la tuberculose. Il est la pierre angulaire qui alimente tous les autres services et son mode d'organisation axé sur les campagnes de sollicitation, d'éducation hygiénique des familles, de placement des malades et des enfants à la campagne confirme sa vocation sociale. En d'autres termes, son mandat est de protéger, de sauvegarder, d'éduquer et de débusquer tout ce qui s'apparente à la tuberculose.

Plusieurs moyens sont à sa disposition. Les conférences, entre autres, bien organisées et mobiles servent à communiquer et à transmettre les préceptes de l'hygiène, les récents développements scientifiques sur la tuberculose, les moyens à prendre pour la prévenir et les possibilités curatives qui existent. Ces conférences, vulgarisées et accessibles à un grand nombre de personnes, sont destinées au grand public en général. Elles visent à modifier les habitudes quotidiennes du peuple et à lui démontrer que la science de l'hygiène peut prévenir la contraction de la maladie. Des conférences entre médecins et phthisiologues sont également organisées. Elles ont pour objectifs de permettre les échanges et la diffusion du savoir sur l'anatomie de l'appareil respiratoire,

¹⁹⁰ R.A.I.B., 1935-1942., p.20.

sur l'anatomie pathologique, l'histologie, la microbiologie, sur la technique du pneumothorax et la psychologie du tuberculeux ¹⁹¹ .

Le service s'emploie également à faire l'éducation de la classe dirigeante, du clergé et de la bourgeoisie afin qu'elle s'implique davantage dans la cause antituberculeuse. Il demande également au gouvernement de légiférer sur les normes du travail afin d'alléger le fardeau de la classe prolétaire soumise aux rigueurs de l'industrie et de la productivité. Il sollicite aussi la ville de Montréal pour que ses inspecteurs en bâtiments soient moins cléments avec les propriétaires et qu'ils leur imposent des amendes plus significatives pour faire respecter la salubrité des constructions.

Par ailleurs, une campagne de cartes postales est organisée à partir de 1920. Son objectif est de captiver et d'attirer l'attention sur le fléau de la peste blanche. L'image est donc au centre de cette campagne. Une image précise, directe et sans détours, accompagnée d'un petit slogan qui indique ce qu'il faut faire pour prévenir l'infection. Cette campagne vise davantage la jeunesse qui doit recevoir et enregistrer les préceptes de l'hygiène qui lui serviront de base afin «d'offrir à sa famille et à son peuple le salaire d'une santé solide» ¹⁹² .

Ces images sont celles, par exemple, d'un enfant qui est en train de boire l'eau d'une fontaine publique avec le gobelet de métal commun. Les autorités du service social insistent pour que ces fontaines disparaissent puisqu'elles représentent un élément majeur de la dissémination des bacilles tuberculeux. Une autre image nous montre les méfaits de la cigarette durant l'enfance. D'autres, encore, nous montrent qu'il ne faut pas mâcher la gomme de l'un de ses camarades d'école et ne pas dormir dans des chambres noires sans

¹⁹¹ R.A.I.B., 1922-1925., p.16.

¹⁹² R.A.I.B., 1919-1920., p.7.

aération. La liste est longue et nous aurions pu en continuer l'énumération. Cette campagne donna de très bons résultats. La distribution des cartes fut assurée par le dispensaire, les médecins, les éducateurs et par tous ceux qui s'intéressaient à la cause de la lutte contre la tuberculose ¹⁹³.

Le service social s'occupe aussi de placer les enfants de familles tuberculeuses à la campagne dans un milieu sain à partir de 1928 comme l'oeuvre Grancher le fait déjà en France depuis plusieurs années. Au cours de l'année 1931, 125 enfants furent ainsi confiés à une autre famille. D'après ce que l'on peut comprendre toutefois, il ne fut pas facile de faire accepter l'idée de la séparation aux mères qui étaient visées par cette entreprise. Selon les dires de la directrice du service social, «cette oeuvre est maintenant reconnue, acceptée et désirée par les familles». Cette phrase, à notre avis, peut laisser sous-entendre qu'il ne fut pas facile de convaincre les familles, à une époque justement où les mentalités du peuple n'étaient pas encore vraiment assujetties aux discours et aux actions de la science, en particulier celle de l'hygiénisme, perçue comme un intrus et un envahisseur de la sphère intime des familles visitées ¹⁹⁴.

Par ailleurs, le service social, tout comme les autres services que nous avons décrits, ne manquait pas d'activités. Les chiffres sont là pour le démontrer. Les rapports quinquennaux récapitulatifs du rapport annuel de 1945-1947 nous montrent la progression fulgurante du travail accompli. Entre la période de 1928-1933 et celle de 1943-1948, la moyenne annuelle du nombre de familles visitées passa de 1 619 à 4 233.

¹⁹³ R.A.I.B., 1919-1920., p.11-15.

¹⁹⁴ Pour un approfondissement de la question des résistances populaires face à la médicalisation croissante de la société ainsi que du rôle joué par la médecine hygiénique au cœur du quotidien de la population voir entre autres les excellentes études de : Denis Goulet et Othmar Keel. « Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIXe siècle ». Dans *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15, no. 2-3, 1991, p. 205-228. Ainsi que M.Farley, O.Keel et C.Limoges. « Les commencements de

Pour ce qui est des visites à domicile, les chiffres passèrent de 8 087 à 11 308. Une progression fulgurante mais qui ne fut pas suivie par l'augmentation du personnel que nécessitait l'ajout d'une somme de travail de plus en plus exigeante. Le service complètement débordé devra réagir et agir malgré le manque de ressources matérielles et humaines. Les gardes-malades visiteuses, premières sur la ligne de front, subiront cet alourdissement des tâches.

3.2.8. Les gardes-malades visiteuses

En portant assistance à un tuberculeux ce n'est pas un individu seulement qu'on assiste, ce sont encore tous ceux auxquels il peut communiquer sa maladie.

Allocution du professeur Richet, 1905¹⁹⁵

L'organisation antituberculeuse que représente l'Institut Bruchési est bel et bien en avance sur son temps et structurée de façon à se suffire techniquement sans encadrement législatif de la part des gouvernements. Pour preuve, alors même que le service des gardes-malades visiteuses existe depuis les débuts de l'Institut, le CSHPQ, en 1916, se demande « de plus en plus si l'emploi d'infirmières visiteuses ne constituerait pas [...] la solution désirée ¹⁹⁶ » pour prévenir par l'éducation le mal tuberculeux.

Comme les actions sur le terrain précèdent très souvent les décisions prises en hauts lieux, les médecins de l'Institut grâce à l'expérience acquise par Grenier à New York,

l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) ». Dans HSTC Bulletin. *Journal of the history of Canadian Science, Technology and Medicine*, vol. 21-20, pp. 24-46 et 85-109.

¹⁹⁵ Citée dans: Isabelle Grellet et Caroline Kruse. *Histoire de la tuberculose. Les fièvres de l'âme 1800-1940*. Paris, Éditions Ramsay, 1983, p. 176.

¹⁹⁶ Rapport annuel du CSHPQ, 1916-1917, p. 30.

avaient déjà conscience du degré d'efficacité que représenterait une équipe mobile d'infirmières pour surveiller, observer et débusquer la tuberculose au sein même des familles. Car, en effet, les gardes-malades visiteuses sont le phare de l'Institut Bruchési. Grâce à leur dévouement et leur abnégation, elles contribuèrent pour une large part à faire diminuer les taux de morbidité et de mortalité par tuberculose dans le district de la ville de Montréal. La fréquence de leurs visites, constantes et soutenues, systématiques et bien organisées, du moins jusqu'à la crise où elles diminueront considérablement, aura pour but de débusquer les malades tuberculeux dans leur foyer. Par ailleurs, les gardes-malades visiteuses auront également pour mission d'apporter aux familles l'aide nécessaire à leur relèvement, de les encourager et de leur enseigner les préceptes de l'hygiène afin de limiter, de diminuer et tenter d'enrayer les ravages causés par la tuberculose. De plus, comme le mentionne Yolande Cohen et Michèle Gélinas, les infirmières-visiteuses agissaient aussi dans le but de parfaire la race canadienne-française. Leur mission était à la fois social et prophylactique. Dans cette optique, une « formation médico-sociale » des gardes-malades visiteuses devenait nécessaire afin qu'elle puissent répondre à des besoins médicaux de plus en plus spécifiques ¹⁹⁷.

Au début des années 1910, deux gardes-malades visiteuses appartenant à la congrégation religieuse de la Providence sont déjà affectées au dispensaire de l'Institut Bruchési. Leur travail consiste essentiellement à assister les malades en leur donnant quelques conseils d'ordre sanitaire et à vérifier l'état de pauvreté des malades « dans le but de ne pas être trompé par les faux pauvres » ¹⁹⁸. Mais quelle est la véritable mission

¹⁹⁷ Yolande Cohen et Michèle Gélinas. « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique ». *Histoire social-Social History*, vol XXII, no. 44 (novembre), 1989, p. 219-246.

¹⁹⁸ *Institut Bruchési: dispensaire antituberculeux à Montréal : préventorium Saint-Victor de Beloeil*, Montréal, 1911, p. 6.

de la visiteuse de l'Institut Bruchési? Que doit-elle faire lorsqu'elle pénètre chez une famille et qu'elle se présente comme une personne pouvant leur venir en aide? Le tact, le jugement et le dévouement sont sûrement des attributs qui lui seront d'une grande utilité dans son travail car, comme le précise Grellet et Kruse, :

L'infirmière visiteuse a une mission délicate lorsqu'elle pénètre un foyer. Elle ne doit pas laisser supposer qu'elle est là pour aider ou préserver la famille du tuberculeux. Au contraire, le tuberculeux veut qu'on s'occupe de lui et qu'on lui dise qu'il guérira. Donc pour un incurable, comme c'est souvent le cas des tuberculeux suivis à leur domicile, l'infirmière lui donne de l'espoir sur ses chances de guérison. De cette façon elle l'apaise et influence ses appréhensions négatives face à elle. Sa mission prophylactique à l'échelle de la famille peut donc être établie ¹⁹⁹.

Ces religieuses visiteuses ont donc joué un rôle de premier plan dans la lutte contre la tuberculose et la diffusion des règles prophylactiques destinées à encadrer et à limiter la propagation de la tuberculose ²⁰⁰. Leurs visites avaient pour objectif de remettre les malades traités dans un cadre propice à la guérison. Pour ce faire, elles devaient s'assurer que les maisons étaient saines, propres et salubres. Malheureusement, comme les connaissances hygiéniques des gens étaient limitées et que les législations municipales en salubrité du bâtiment n'étaient presque jamais appliquées, la tâche à accomplir demeurait titanesque. Il s'agissait, en effet, de leur enseigner la tenue interne de leur maison, de leur apprendre les soins de propreté spécifiques que requérait le corps, de leur indiquer les précautions à prendre afin d'éviter la dissémination des bacilles tuberculeux et de leur démontrer les bienfaits d'une bonne alimentation ²⁰¹.

¹⁹⁹ Grellet, op. cit., p. 176.

²⁰⁰ Il est à noter que cette présence des infirmières visiteuses entraîne une médicalisation croissante de la société.

²⁰¹ R.A.I.B., 1912-1915., p.7. En effet, l'alimentation des familles ouvrières canadiennes-françaises laissait à désirer. Composée en grande partie de lards, de viandes salées, de féculents, de pain et de lait de

Comme le tuberculeux n'est pas un malade facile, car il faut le suivre pendant des mois, voire des années, plusieurs obstacles se dressaient devant le travail de prévention. Les gardes-malades rencontreront, entre autres, une inexplicable défiance de la part de la population canadienne-française lors des visites et des conseils prodigués. Chez certaines familles, la porte restera fermée alors que chez d'autres, indifférence et froideur étaient l'accueil réservé ²⁰².

Les gardes-malades visiteuses auront également quelques difficultés à convaincre les familles du rôle salubre que peut représenter un intérieur salubre et entretenu. Les mentalités étant tenaces, il sera difficile de faire accepter aux familles d'aérer et d'éclairer le logis. D'une part, on évoque le fait que l'aération, surtout en hiver, entraîne une perte de chaleur et que, d'autre part, l'ensoleillement du logis provoque l'étiollement des motifs sur le tapis ou encore sur celui du papier peint. Notons toutefois qu'avec patience et persévérance, les religieuses gardes-malades gagneront la confiance des familles visitées et de la population. Et cette relation d'aide et de confiance réciproques s'accroîtra et se confirmera dès le début des années 1920. En effet, au cours de l'année 1915-1916, le bureau médical de l'Institut avait pris l'initiative de fonder un cours de gardes-malades où ces dernières recevraient une éducation antituberculeuse spéciale aussi bien théorique que pratique ²⁰³. Ainsi, en 1918, les premières religieuses gardes-malades obtenaient leur

mauvaise qualité, ce régime ne pouvait permettre à l'organisme d'obtenir toutes les vitamines et les minéraux nécessaires pour combattre les infections. Il n'était pas rare que les mères, par souci d'économie ou d'insouciance administrent ce même régime à leurs enfants d'un ou deux mois. De plus, comme les mères canadiennes-françaises n'allaitaient pas leurs enfants ou peu, les risques que le nourrisson contracte la tuberculose par le lait de vache non pasteurisé étaient très élevés.

²⁰² R.A.I.B., 1912-1915., p10.

²⁰³ Les cours que l'on dispensait aux gardes-malades de l'époque étaient très complets. L'une des principales raisons était que les hygiénistes ne voulaient pas être dépassés par les nouveaux progrès prophylactiques. L'enseignement portait aussi bien sur la théorie que sur la pratique. On pouvait entre autres recevoir des cours sur l'hygiène mentale, la psychologie et la psychothérapie. Il était également possible d'approfondir ses connaissances à l'intérieur de domaines tels que la bactériologie, la diététique, l'hygiène sociale et l'administration des hôpitaux. À noter que certaines sœurs obtiendront même un

diplôme par le cours dispensé par l'Institut. Leur savoir-faire, leurs connaissances, leur approche axée sur la psychologie du tuberculeux auront tôt fait de faire leur réputation au sein de la population ²⁰⁴.

Le début des années 1920 marque donc une période de prospérité pour le service des visites à domicile. Les gardes-malades²⁰⁵ sont capables de répondre à la demande et le rapport du dispensaire de 1922-1925 affirme même d'emblée que les visites à domicile ont pris leur place d'honneur au sein de l'organisation antituberculeuse et de la société montréalaise. Toutefois, au cours de la seconde moitié des années 1920, le service commencera à connaître des problèmes d'ordres économique et logistique.

L'année 1925 marque un tournant pour le service des visites à domicile et ce, même si l'Institut s'est généreusement fait prêter des infirmières visiteuses par la Ligue antituberculeuse et de santé publique de Montréal, fondée en 1924. En effet, le nombre de malades et le suivi à effectuer va toujours en augmentant et le service arrive de plus en plus difficilement à répondre à la demande. Pour la période quinquennale de 1921-1925, la moyenne des visites à domicile s'établissait à 1 724 ²⁰⁶. En 1925, cette moyenne se chiffrait à 5 508, puis passait à 8 171 en 1927. L'année suivante, l'Institut perdra les infirmières-visiteuses qui lui avaient été prêtées par la Ligue antituberculeuse et les visites à domicile chuteront à 5 839 ²⁰⁷. Ainsi, à la veille de la crise économique, le

baccalauréat en sciences hospitalières de l'Université de Montréal. *Activités hospitalières des sœurs de Charité de la Providence. (Au Canada et en pays de mission)*. Providence Maison Mère, Montréal, 1937, p. 36 et 71.

²⁰⁴ R.A.I.B., 1915-1916., p.9., 1918-1919., p.10-13.

²⁰⁵ Les rapports annuels, malheureusement, ne nous laissent pas savoir combien de religieuses gardes-malades oeuvraient pour ce service.

²⁰⁶ R.A.I.B., 1925-1926., p.35

²⁰⁷ R.A.I.B., 1927-1928., p.32

dispensaire de l'Institut Bruchési ne possède plus que quatre visiteuses²⁰⁸. Elles ne seront pas en mesure d'assurer les besoins croissants de la population et la moyenne annuelle des visites par foyer passera de 5 à 3²⁰⁹.

La somme de travail à exécuter est donc supérieure à la capacité de travail du personnel du service. Selon les observations du Dr Opie, publiées en 1931 dans le Bulletin de l'Union Internationale contre la tuberculose, et reprises dans le rapport annuel de l'Institut de l'année 1929-1931, une infirmière visiteuse ne peut surveiller annuellement qu'une moyenne de 160 familles. En 1934, les infirmières du dispensaire ont en moyenne de 295 à 365 familles à visiter. Cette situation critique entraîne invariablement des visites trop espacées, ce qui, par ricochet, rend le travail des infirmières moins convaincant. En effet, l'infirmière ne peut tout dire et tout expliquer lors d'une première rencontre. Comme son travail est en grande partie basé sur la confiance et la relation d'aide, plusieurs visites sont de rigueur afin de rendre justice aux règles de la prophylaxie antituberculeuse et d'obtenir le consentement et l'adhésion des familles à ces règles.

Cette situation perdurera tout au long des années 1930. En 1939, cependant, le nombre des infirmières-visiteuses passera de 7 à 9²¹⁰. Comme les statistiques des rapports annuels ne nous laissent pas toujours aisément suivre leur évolution, nous n'avons pu savoir en quelle année le nombre des infirmières du service était passé de 4 à 7. Quoi qu'il en soit, le service se réorganise et les années 1940 annoncent une période de développement. En 1942, 7 autres nouvelles infirmières se joignent au contingent déjà

²⁰⁸ À noter que les infirmières visiteuses qui sont à l'emploi de l'institut Bruchési sont laïques et religieuses.

²⁰⁹ Ibid., p.34.

²¹⁰ R.A.I.B., 1935-1942., p.41.

existant, ce qui augmente leur nombre à 16 ²¹¹. Finalement, le service des visites à domicile complètera sa logistique organisationnelle lorsque le Bureau d'administration donnera la permission à Mlle Georgina Badeaux d'aller suivre un cours spécial d'administration et de surveillance à l'université McGill, de septembre 1943 à février 1944. De retour à l'Institut, elle deviendra infirmière conseillère auprès des autres infirmières ²¹².

À partir de cette date, le nombre de famille à visiter par infirmière diminuera pour passer de 367 à 268 ²¹³. À partir de 1945, le nombre des familles visitées par les infirmières sera en constante décroissance. Le pourcentage des tuberculeux vivant au sein de leur famille décroîtra graduellement pour passer de 44.5% en 1945 à 29.8% en 1949 ²¹⁴. Le travail de prévention et d'éducation des décennies précédentes avait porté fruit et les nouvelles thérapeutiques, entre autres les antibiotiques, avaient été décisives dans la diminution de la mortalité due à la tuberculose. Le service des visites à domicile n'avait donc plus la même importance.

Conclusion

Le dispensaire antituberculeux de l'Institut Bruchési est unique en son genre. Développé, élaboré et adapté au contexte montréalais du début du siècle sans encadrement hospitalier, il instaura un système de dépistage, de contrôle, de surveillance et de soins

²¹¹ Les rapports annuels ne mentionnent pas s'il s'agit d'infirmières laïques ou religieuses. Toutefois, dans le rapport de 1942-1944 il est fait mention que les infirmières du service social de l'Institut portent maintenant un uniforme afin de rehausser le prestige de ce groupe « auprès de ceux qu'il est appelé à servir ». Cette information peut laisser croire, selon nous, qu'il s'agit d'infirmières laïques puisque les religieuses portaient déjà l'uniforme de leur congrégation.

²¹² R.A.I.B., 1942-1944., p.26.

²¹³ R.A.I.B., 1942-1944., p.27.

des tuberculeux qui lui était caractéristique. En effet, faute d'installations et d'institutions vouées spécifiquement aux soins des tuberculeux, tels que le sanatorium, le dispensaire du docteur Grenier eut la double tâche, à la fois préventive et curative, de la prise en charge des tuberculeux et du fléau social que représentait la tuberculose à l'époque.

C'est ainsi que le surnom de dispensaire-hôpital prit forme. Sa grande diversité clinique comprenant entre autres la clinique des premières voies respiratoires, les cliniques de la tuberculose chirurgicale, de dermatologie et des rayons X, ainsi que l'instauration du service des gardes-malades visiteuses, donna au dispensaire de l'Institut la spécificité qui devait le caractériser tout au long de son existence. Qui plus est, et il faut en prendre note, cette organisation systématique axée sur l'action directe et concrète contre la tuberculose prouvent indéniablement un fait : dès l'aube de la décennie 1910, il y a un soutien beaucoup plus significatif dans le domaine de la santé publique à Montréal. Et la lutte contre la tuberculose y joua un rôle prédominant. En effet, l'Institut Bruchési et le combat contre la tuberculose allaient contribuer à renforcer les bases et aider à ériger les structures d'un processus de médicalisation de la société montréalaise au cours de la première moitié du XXe siècle.

²¹⁴ R.A.I.B., 1948-1949., p.18

CHAPITRE QUATRE

4. Les camps de santé Bruchési pour les enfants

Les taux de mortalité infantile, au début du XXe siècle, et surtout dans les grands centres urbains tels que Montréal, sont effarants. Jusqu'au milieu des années 1910, ils sont de l'ordre de plus de 250 par 1 000 de naissance, principalement dans les quartiers ouvriers. Cet état de chose est le résultat des conditions matérielles et sanitaires dans lesquelles vivent les familles : logements vétustes, quartiers malpropres, mauvaise alimentation, surmenage, alcoolisme, etc. Cependant, le début du XXe siècle va modifier ce contexte. Graduellement, l'enfant et l'enfance vont occuper une meilleure place au sein de la société. De plus en plus on se souciera de son bien être, de sa santé et de son émancipation. On a qu'à penser à l'Oeuvre des Gouttes de lait au début des années 1900, à la clinique spéciale de tuberculose pour enfant mise sur pied par le dispensaire de l'Institut Bruchési dès les premières années de son ouverture, à la dénonciation du travail industriel des enfants dont l'âge est inférieur à quatorze ans par les médecins hygiénistes, à l'aménagement d'espaces verts et de parcs de jeux au cours des années 1930, et bien sûr, sujet qui nous intéresse, à la création des camps de santé Bruchési au cours des années 1920. Leurs buts seront de « soustraire les enfants à la contagion tuberculeuse familiale en les éloignant de leur milieu, et les soumettre en même temps à une cure de repos et d'alimentation appropriée à leur état ²¹⁵ ».

²¹⁵ RAIB, 1935-1942, p.4.

4.1. Création et établissement des camps

Le premier camp pour enfant, le camp David ²¹⁶, vit le jour au parc Maisonneuve au cours de l'été 1925. Aménagé comme camp de jour, une cinquantaine d'enfants, seulement, peuvent s'y inscrire. L'expérience se révéla intéressante et les organisateurs du camp décidèrent de le déménager l'été suivant, afin d'en faire un camp où les enfants pourraient y séjourner plusieurs semaines. Oka, sur le bord du lac des Deux montagnes, fut l'endroit choisi.

Au cours du séjour, les enfants dormirent dans des tentes qui furent gratuitement prêtées par le club Kiwanis de Montréal. Organisé de façon élémentaire, ce camp ne comportait aucun bâtiment pour abriter les enfants et le personnel durant la nuit. De plus, il ne comportait aucune infrastructure pour les jeux ou tout autre type d'activités qui demandent une certaine forme d'organisation. Malgré l'ostensible modestie de ses équipements, le camp David possédait son propre système d'aqueduc, un service médical, un gardien, deux cuisinières et une ménagère ²¹⁷.

Le camp David déménagea encore deux autres fois avant de s'établir définitivement, en 1927, sur les bords du lac Écho, dans les Laurentides. Puis, en 1928, il s'installa, toujours dans les Laurentides, sur le bord du Lac Lachignan où l'Institut Bruchési fit l'acquisition d'une propriété connue sous le nom de Camp du Téléphone Bell ²¹⁸. Il ne tarda pas à y construire un grand dortoir ainsi qu'à y aménager un

²¹⁶ Le nom de David a été donné en l'honneur d'Athanase David, secrétaire de la province, pour la part active qu'a pris son administration dans la lutte antituberculeuse.

²¹⁷ RAIB, 1925-26, p. 16. Il est à noter que le service médical était assuré, pour cette année là, par le Dr Vigeant et assisté par Mlle Brochu, garde-malade diplômée. Ses services étaient rémunérés par la Ligue antituberculeuse de Montréal.

²¹⁸ À noter que l'achat de cette propriété a été rendu possible grâce à la générosité personnelle de J.L. Perron, alors président du bureau d'administration de l'Institut Bruchési.

environnement apte au confort des enfants. Au cours de cet été, cent fillettes séjournèrent au camp durant le mois de juillet et cent garçons durant le mois d'août ²¹⁹. En effet, comme il n'y avait qu'un seul camp pour accueillir les enfants, les groupes de garçons et de filles devaient partager le camp durant la période estivale. Cette situation changera cependant en 1930 lorsque J.L. Perron, président du bureau d'administration de l'Institut Bruchési, meurt. L'Institut décide alors de construire un deuxième camp qui portera son nom afin d'honorer son travail et sa dévotion pour la cause des camps de santé pour les enfants défavorisés. À partir de ce moment, le camp David accueillera les filles et le camp Perron, les garçons ²²⁰.

4.2. Organisation et mode de fonctionnement des camps

La logistique organisationnelle des camps de santé pour les enfants est à prendre en considération. Il ne s'agit pas seulement de recevoir quelque cinq cents enfants pour une durée d'un mois et demi puis de les renvoyer dans leur famille. Encore faut-il faire le choix des malades, trouver le personnel qui s'occupera aussi bien de leur surveillance que de leurs soins en général, et s'assurer qu'ils auront une alimentation équilibrée et un environnement agréable afin de refaire leur santé. En effet, comme le mentionnent les organisateurs du camp : « les enfants relevant de nos camps, tout en étant des contaminés, ne sont pas des malades : ce sont des organismes qui luttent contre le mal, et cette lutte se

²¹⁹ RAIB, 1927-28, p.34.

²²⁰ RAIB, 1929-30-31, p.21.

fait, non seulement dans de mauvaises conditions hygiéniques, mais à un moment où l'enfant doit concentrer toutes ses forces à sa période de croissance »²²¹.

Le choix des enfants n'est donc pas fait au hasard. La sélection provient d'un échantillon d'enfants qui a fait l'objet d'examens médicaux au dispensaire de l'Institut et d'un suivi au cours de l'année précédente²²². Les enfants choisis ont entre six et douze ans et proviennent de familles ouvrières pauvres où l'un des membres de la famille est contaminé par le bacille de la tuberculose²²³. Par ailleurs, et il faut le noter, les enfants sélectionnés ne sont pas des cas de tuberculose déclarée. Ils sont non bacillaires et ne présentent aucune lésion ganglionnaire²²⁴. Ainsi, espère-t-on, en les extrayant de leur milieu malsain, refaire leurs forces pour qu'ils puissent demeurer en santé. Malheureusement, le retour dans la famille, lorsque le séjour au camp se termine, ne garantit pas la conservation de leur santé.

Une fois arrivés aux camps, les enfants doivent se soumettre à une discipline bien établie. Ce n'est pas seulement un camp de jeux. L'enfant est encadré par une routine et un rythme de vie orienté selon les préceptes de la médecine hygiénique. Ce cadre est essentiel et primordial, mentionne-t-on, au renforcement de la santé et de la résistance contre le bacille de Koch. Il faut en effet offrir à l'enfant un style de vie qui soit différent de ce qu'il connaît dans son quartier et son taudis; de là la nécessité d'une bonne alimentation consistante et variée, de jeux adaptés à l'extérieur, de repos et d'un suivi médical. On l'aura deviné, le séjour au camp s'apparente de près à la cure hygiéno-

²²¹ RAIB, 1932, p. 39.

²²² RAIB, 1935-42, p. 39.

²²³ Ibid, p. 4.

²²⁴ RAIB, 1927-28, p. 26.

diététique qui était dispensée dans les sanatoriums à la même époque. Notons également que les enfants assistaient à des classes en plein air.

La responsabilité de l'organisation et du fonctionnement des camps relève du service social de l'Institut Bruchési et la surveillance des enfants de celle des gardes-malades du même service. La surveillance des enfants est également assurée par de jeunes institutrices de la Commission Scolaire de Montréal pour les fillettes et par des maîtres de discipline ainsi que des scouts pour les garçons²²⁵. Mentionnons que tout le personnel des camps est bénévole et que les coûts de leur repas et de leur hébergement sont assurés par les camps.

Comme nous l'avons antérieurement mentionné, l'alimentation, à cette époque, et ce, faute de moyens thérapeutiques adéquats, était le meilleur moyen de combattre et de prévenir la tuberculose. Du moins l'affirmait-on et le croyait-on. Pour guérir cette maladie, une alimentation riche en quantité, en qualité et en diversité devait permettre à l'organisme de renforcer son système immunitaire pour éviter de tomber malade. Les organisateurs, cuisinières et diététistes des camps furent très soucieux de ce principe. Les repas qu'ils offraient à leurs pensionnaires étaient complets et en quantité suffisante pour les besoins énergétiques d'enfants âgés entre six et douze ans. Ces derniers pouvaient ainsi avoir accès à une alimentation qui devait comprendre :

- 1- « des aliments énergétiques : tels que les hydrocarbonés et les aliments gras.
- 2- des aliments capables de réparer et renouveler les éléments cellulaires : substances azotées.
- 3- les substances inorganiques : telles que le fer, l'iode, la chaux, le phosphore, etc.
- 4- la quantité d'eau suffisante.

²²⁵ RAIB, 1932, p. 39.

- 5- les vitamines.
- 6- les aliments contenant de la cellulose pour assurer le fonctionnement intestinal.

Quoique le nombre de calories exigées par 24 heures pour l'entretien d'un enfant au-dessus de 6 ans varie avec la taille, le poids et l'âge, on considère qu'il faut en moyenne 1800 calories.

Les aliments hydrocarbonés doivent entrer pour 50%; les substances grasses 35%; et les substances azotées 15% dans la composition de la nourriture des 24 heures.

Aliments hydrocarbonés : tous les farineux; le sucre.

Aliments gras : l'huile, le beurre, le gras de viande, la crème.

Aliments azotés : viande, œufs, poisson, pois, fèves, lentilles, lait, fromage et fromage à la crème.

COMPOSITION DES REPAS

- 1- Il faut que ces aliments soient bons au goût;
- 2- qu'ils soient de préparation facile;
- 3- que le coût n'en soit pas élevé.

DÉJEUNER : Céréales (7h30 à 8 heures)

Donner une variété différente chaque jour et en donner 3 à 4 cuillerées à soupe avec du lait, et pas plus qu'une cuillerée à thé de sucre. 1 tranche de bacon peut être donnée au lieu d'un œuf, qui coûte trop cher. 2 tranches de pain avec beurre. Le pain complet de préférence. 1 verre de lait ou 1 tasse de cacao.

DINER

Viande : bœuf, agneau, mouton, poulet ou poisson frais, 1 à 3 onces. Les viandes doivent être grillées ou frites. Une soupe contenant beaucoup de légumes et de la viande hachée peut très bien remplacer de la viande de temps à autre.

Légumes verts : deux plats différents, au moins un. Donner 2 à 4 cuillerées à soupe combles des légumes suivants : épinards, feuilles de betteraves, poireaux, oignons bouillis, carottes, betteraves, haricots verts, petits pois, céleri, tomates bouillies, navets, courges. Choux-fleurs. Ces légumes doivent être bien cuits et bien égouttés. 1 pomme de terre, 1 verre de lait.

DESSERT

Riz, tapioca, pudding au pain ou au corn starch, junket, custard, pommes cuites, pruneaux et autres fruits de saison.

SOUPER : (à 6 heures)

Soupe : 1 bol de soupe aux légumes et un œuf bouilli, poché ou en omelette. 1 à 2 verres de lait. 1 à 2 tranches de pain avec beurre.

DESSERT

Pommes cuites, pruneaux et autres fruits secs cuits, ainsi que les fruits de saison, pêches, poires de conserve. Custard, riz, tapioca, pouding au pain ou corn starch.

Les enfants ne doivent prendre aucun aliment entre les repas. Se servir d'une petite quantité de sucre seulement pour la cuisson des aliments. Pas de thé, café, le veau et le porc frais ne sont pas conseillés. Pas de choux ni blé-d'inde (maïs) »²²⁶.

Ainsi, les viandes fraîches, les légumes variés et le pain complet forment la base de l'alimentation des pensionnaires des camps. De plus, on ne fait pas seulement qu'offrir

²²⁶ RAIB, 1927-28, p. 35-38.

aux enfants une alimentation soutenue et équilibrée. L'art de la diététique va plus loin encore dans le processus d'éducation des enfants. On cherche à inculquer de nouveaux comportements à l'enfant quant à sa façon de manger et de se tenir à table. Aucune mauvaise manière ne sera admise et les repas devront être consommés lentement. Il faut en effet apprendre aux enfants à manger lentement et à bien mastiquer leurs aliments afin de favoriser une bonne assimilation ainsi qu'une bonne digestion de ces derniers. Dans cette veine, ils ne devront que peu boire en mangeant; un verre d'eau une demi-heure avant chaque repas puis un verre de lait à la fin des repas ²²⁷.

Les principes de l'alimentation sont donc importants. Il y a des règles établies, qui ont été pensées et réfléchies pour le bien-être des enfants et leur développement. C'est pourquoi « il ne faut pas leur donner plus que trois repas par jour à des intervalles réguliers de 4 heures au moins. Les viandes doivent être rôties, cuites au four, bouillies, cuites à la vapeur ou grillées. La préparation des plats doit être simple, il faut éviter les sauces et les épices. Ne pas donner au même repas des aliments froids et des aliments chauds, des aliments sucrés et des aliments acides »²²⁸.

Il aurait été intéressant, comme complément d'information, de connaître les raisons exactes de ces interdits ci-haut mentionnés. Pourquoi faut-il en effet éviter les sauces? Ou encore le mélange des aliments froids et chauds? Les réponses à ces questions auraient pu entre autres jeter un éclairage intéressant sur l'art de la diététique aux camps à cette époque. Quoiqu'il en soit, nous savons que les enfants y mangeaient bien, sûrement mieux que dans leur famille, et ce, gratuitement.

²²⁷ RAIB, 1927-28, p. 38-39.

²²⁸ Ibid, p. 38.

4.3. Aménagement des camps

Les camps David et Perron, du point de vue de leur aménagement et de leurs équipements, sont très bien pourvus. Ils possèdent « cinq dortoirs, une cuisine centrale, salle à manger pour filles, salle à manger pour garçons, chapelle, infirmerie, maison pour le gardien, l'aumônier et le maître de discipline, eau courante (de source), lumière électrique, égouts chlorés et surveillés par le service provincial d'hygiène. Capacité actuelle. 550 lits »²²⁹.

En 1940, d'autres améliorations seront apportées aux installations. L'aménagement des bâtisses sera mis au point et des travaux de terrassement seront effectués. L'électricité sera également installée dans les cinq dortoirs et dans les différents pavillons. Finalement, on fera construire une citerne d'eau pour faciliter l'alimentation en eau potable²³⁰.

Outre les améliorations portées aux infrastructures des camps, on se soucie également d'aménager et de créer des aires pour les sports et les jeux. Les enfants ont en effet besoin d'espaces adaptés et conçus spécialement pour eux et leurs conditions physiques. La gymnastique douce sous supervision en est un exemple. Sur un terrain adjacent aux camps ils peuvent pratiquer leurs exercices quotidiens. L'aménagement de la plage du lac Lachignan en est un autre exemple. Au cours des années 1930, rien de vraiment significatif n'avait été entrepris pour en faciliter l'accès. Puis, vers la fin des années 1930 et le début des années 1940, les baignades vont prendre de plus en plus d'importance. En ce sens on délimitera sur le lac un air de baignade qui sera circonscrit

²²⁹ RAIB, 1935-42, p. 4.

²³⁰ Ibid, p.51.

par un câble flottant et on installera un petit quai sur lequel les enfants pourront plonger dans l'eau. Au cours des années suivantes un moniteur de natation sera engagé pour apprendre la nage aux enfants.

Les enfants avaient aussi la possibilité de pouvoir jouer sur un terrain qui avait été aménagé avec des balançoires et des glissoires. Finalement, moins ludique mais tout aussi importante, une classe d'école de plein air fut organisée. Tout est ainsi mis en œuvre pour permettre aux enfants d'apprécier leur passage aux camps mais surtout pour satisfaire les besoins inhérents à leur âge ²³¹.

Au fil des ans, les camps de santé David et Perron accroîtront leur capacité d'accueil des enfants. Souvenons-nous qu'au cours de ses premières années d'existence le camp David n'avait pu accueillir qu'une centaine d'enfants seulement. En 1932, les camps pouvaient accueillir 352 enfants pour une durée de séjour de 44 jours. Dix ans plus tard, en 1942, le nombre de pensionnaires admis passait à 548, puis à 595 l'année suivante; en 1944, il augmentait encore jusqu'à 608, pour une durée de séjour oscillant toujours entre 57 et 61 jours ²³².

Mais les camps Bruchési ne feront pas seulement qu'accroître leur capacité d'accueil des enfants. Leur réputation s'accroîtra également, se traduisant par de nombreuses et fréquentes visites par les élites politiques et ecclésiastiques. En 1934 défilèrent à tour de rôle aux camps son éminence le Cardinal Rodrigue Villeneuve, archevêque de Québec, le Premier ministre Louis-Alexandre Taschereau et le maire de Montréal, Camilien Houde.

²³¹ Cette reconstruction des aspects récréatifs et ludiques qui étaient pratiqués aux camps de santé Bruchési a été rendue possible grâce à l'analyse de photos contenues dans les rapports annuels de l'Institut Bruchési. En effet, à partir du rapport annuel de 1927-28, et ce jusqu'à la fin de notre période d'étude, ces derniers

Ces visites deviendront rapidement un lieu de pèlerinage pour les élites qui récidiveront d'année en année. Nous pouvons fort bien imaginer que de telles visites représentaient une tribune inappréciable pour les politiciens et les gardiens de la foi. « Surtout en ces temps difficiles où, dans tant de familles ouvrières s'infiltrèrent et se discutent des doctrines subversives »²³³. Quoi de mieux, en effet, que d'aller voir ces jeunes enfants et de les impressionner par des discours, des promesses et des cadeaux. En 1934, Camilien Houde offrit une semaine supplémentaire aux enfants et L.A. Taschereau garnit la bibliothèque des camps d'une centaine de volumes additionnels²³⁴. L'année d'après, Taschereau offrit une statue de la Sainte vierge que l'on dénomma Notre Dame de la Garde. En conséquence de ces gestes, nous osons imaginer qu'une fois revenus dans leur famille, les enfants ne pouvaient avoir qu'une opinion positive envers ceux qui présidaient aux destinées de la nation. Il aurait été intéressant d'en faire l'analyse, si quelques discours avaient pu être conservés. En effet, dégager le sens des propos ou de toutes autres formes de subtilités discursives employées par ces politiciens auraient permis de saisir le contexte et le sens de la citation employée un peu plus haut, à savoir qu'il y avait des doctrines subversives qui s'infiltraient au sein des familles ouvrières.

4.4. Des idées d'expansion

Comme nous venons d'en prendre connaissance, les camps de santé de l'Institut Bruchési fonctionnaient bien et avaient pris leur vitesse de croisière. Les organisateurs

sont truffés d'une abondante quantité de photos des camps qui nous permettent de constater de visu les activités que l'on y pratiquaient.

²³² RAIB, 1942-44, p. 37.

²³³ RAIB, 1935-42, p. 53.

eurent donc de nouvelles idées afin d'améliorer la lutte antituberculeuse chez la classe infantile. Il s'agissait d'un programme antituberculeux très complet dans la prise en charge des enfants issus des milieux défavorisés. Malheureusement, faute de moyens financiers, le programme ne se réalisa pas. Alors pourquoi discuter de la question? Parce que compte tenu de l'importance que l'on accordait à la tuberculose infantile, mais surtout compte tenu de l'ampleur du projet que l'on voulait mettre en chantier, nous avons cru pertinent de glisser quelques lignes sur le sujet.

Ce qui préoccupait les médecins et les gardes-malades des camps était le retour des enfants dans un milieu infecté par l'un des membres de la famille. « Les enfants [...] qui ont bénéficié des Camps d'Été [...] ne doivent pas retourner dans leur famille infectante [...] »²³⁵. Selon cette affirmation, les organisateurs avaient donc imaginé un système de prise en charge afin de protéger l'enfant de la contagion familiale après leur séjour aux camps.

Premièrement, il y avait le préventorium « École industrielle ». Élément central de leur système, il était destiné aux enfants dont la cuti-réaction était négative, donc sains. Cette école aurait eu pour objectif d'éduquer les jeunes, de leur faire la classe en plein air et de leur permettre de s'émanciper de façon adéquate par le sport et les jeux adaptés à leur condition physique. Par ailleurs, cette « École industrielle » aurait aussi eu comme mandat d'offrir aux enfants la possibilité d'apprendre un métier afin de leur permettre de s'affranchir de la pauvreté et de la misère²³⁶. Pour les autres, c'est-à-dire les enfants qui

²³⁴ RAIB, 1934, p. 18.

²³⁵ RAIB, 1927-28 p.26.

²³⁶ Ibid

auraient souffert de tuberculose ouverte, donc contagieuse, le sanatorium pour enfants aurait été la solution appropriée ²³⁷.

De surcroît, ce système se serait aussi appliqué pour les enfants dont l'âge aurait été supérieur à douze ans, donc non admissibles aux camps David et Perron et vivant au sein d'une famille bacillaire. Ces enfants auraient alors été retirés de leur famille et placés dans une famille d'accueil. D'inspiration française (l'œuvre Grancher), ce système avait pour objectif de dépister les cas de cuti-réaction négative et de placer ces enfants chez une famille de cultivateur. L'enfant devait ainsi être en mesure de refaire ses forces et sa santé. Il ne pouvait retourner dans sa famille que lorsque le parent tuberculeux était guéris ou mort ²³⁸. Cette dernière initiative, contrairement aux deux autres, a pu être implantée dès 1929, par le service social de l'Institut Bruchési et par le Service provincial d'hygiène du Québec. On aurait également voulu implanter ce système pour les nourrissons, par le biais de centres d'élevage, mais les sources ne nous laissent pas savoir si un tel projet a pu voir le jour et se concrétiser ²³⁹.

Outre l'œuvre Grancher, aucune action ne suivit l'élaboration du programme de lutte et de prévention antituberculeuse pour la classe infantile qui devait s'appliquer comme œuvre adjuvante aux camps de santé. Pour notre période ainsi que pour les années subséquentes, d'ailleurs, il ne se réalisera jamais.

²³⁷ Ibid

²³⁸ Ibid, p. 25.

²³⁹ Ibid, p. 24.

4.5. Le Bureau d'administration des camps de santé Bruchési

Quand le premier camp fut inauguré en 1925, il ne faisait pas partie des œuvres permanentes de l'Institut Bruchési. Il fallut attendre l'année 1928 lorsqu'il s'établit définitivement. À ce moment, il est administré par l'Institut. En effet, l'analyse des rapports annuels de ce dernier démontre bien que les revenus, les dépenses et les déficits des camps sont comptabilisés et dilués dans ceux de l'Institut.

Toutefois, les camps vont devenir une administration distincte de celle de l'Institut en 1935, tout en demeurant, par contre, « unies par des liens intimes »²⁴⁰. En effet, à partir de cette date et de ce rapport annuel, deux faits méritent notre attention : c'est la première fois que les camps produisent un rapport financier distinct et c'est la première fois qu'il est fait mention de la composition de son propre bureau d'administration.

La composition du Bureau d'administration, qui n'est mentionnée qu'à partir du rapport annuel de 1935-42, donc, regroupe quatorze membres. Un président d'honneur, son excellence Monseigneur Bruchési, qui sera remplacé par Monseigneur Joseph Charbonneau au début des années 1940 suite à la mort de Mgr Bruchési survenue en 1939, un président, M. Émile Massicotte, un vice-président, M. Jean Lallemand, un trésorier, M. J.U. Boyer, un secrétaire, M. George F. Reid et neuf directeurs²⁴¹.

Malheureusement, nous n'avons pu en savoir davantage concernant la structure, le mode de fonctionnement et les pouvoirs du bureau d'administration des camps, les

²⁴⁰ RAIB., 1935-42, p. 48.

²⁴¹ Ibid, p. 10. Les neuf directeurs sont les suivants : M. R. Bourque, industriel, M. J.U. Boyer, gérant général de la Banque Provinciale, M. Armand Dupuis, secrétaire de Dupuis Frères Limitée, M. J.A Jarry,

rapports annuels de l'Institut étant avarés de commentaires et d'informations ²⁴². Quoiqu'il en soit nous pouvons extrapoler et affirmer qu'il s'acquitta très bien de son rôle puisque les destinées des camps furent bien menées et que de constantes améliorations y furent apportées. Et ce, sans compter que le nombre d'admissions d'enfants augmenta sans cesse au cours des années.

4.6. Les états financiers des camps

Les ressources financières des camps de santé ne sont pas aussi importantes que celles de l'Institut et de l'organisation de son dispensaire. En effet, l'activité des camps n'a lieu que durant la période estivale. Par contre, au niveau des coûts associés aux infrastructures et mobilier des établissements, ils sont de loin supérieurs à ceux que requièrent les dispensaires et les cliniques de Montréal.

Au cours des années qui ont retenu notre attention, les camps de santé Bruchési n'enregistreront jamais de surplus d'argent, sauf pour l'année 1941; et ce, même si les subventions et les revenus augmentaient de façon graduelle et constante. En 1927, le gouvernement provincial accordait une subvention de 2 000 dollars; au cours des années suivantes les subventions augmentèrent constamment, oscillant entre 6 000 et 7 600 dollars. Par contre, impossible de connaître la provenance des autres sources de revenu. En effet, ces montants étaient répertoriés sous la section *Subventions*. À vrai dire, le premier livre de compte faisant état des revenus et dépenses des camps, comme nous

médecin, M. J. Lallemant, industriel, M. Émile Massicotte, notaire, M. George F. Reid, avocat, M. A.M. Cholette, médecin et M. Joseph Gingras, avocat. Ibid.

²⁴² En effet, les camps de santé ne possédaient pas leur propre rapport annuel. Ils étaient incorporés à ceux de l'Institut dont les organisatrices faisaient partie du service social.

l'avons dit, apparaît pour la première fois dans le rapport de 1935-42, faisant alors état du bilan économique des camps pour l'année finissant le 31 octobre 1941.

Les montants perçus sont assez importants. Par exemple, la Fédération des Œuvres de Charité canadienne-française octroie une somme de 13 000 dollars. Respectivement, de leur côté, le gouvernement du Québec et celui de la cité de Montréal, donnent une somme de 3 000 et 1 000 dollars. Une somme de 369.00 dollars est aussi récoltée par des enfants qui ont été en mesure de défrayer les coûts de leur séjour. Donc, un total de 17 369.00 dollars a été enregistré. Le bilan économique pour l'année 1941 nous fait encore l'état complet des dépenses encourues par les camps.

Tableau 6

Dépenses reliées aux frais d'entretien et de fonctionnement des camps David et Perron pour l'année 1941.

Nourriture	9 252.97\$
Habitation	3 458.80\$
Entretien	1 431.87\$
Vêtements	119.89\$
Agencement	799.91\$
Maladie	1 035.95\$
Frais généraux et divers	1 774.26\$
Dépréciation	950.80\$

Source : RAIB, 1935-42, p. 59.

Le total de ces dépenses s'élève à 18 823.85\$ dollars. Donc, un déficit de 1 454.85\$. À ce dernier chiffre, soustrayons encore une somme de 1 500\$ provenant de revenus spéciaux. Les camps réalisent un profit net de 95.15\$ dollars.

Pour le rapport annuel de 1942-43-44 et celui de 1944-45-47, il ne nous a pas été possible de connaître les états financiers des camps. Cela nous semble d'autant plus curieux puisque les camps connaissaient des succès inégalés. On y ornera même un prêtre en 1947, en présence de 600 enfants.

Quoi qu'il en soit, et ce malgré les déficits, l'œuvre des camps de santé Bruchési pour la jeunesse montréalaise s'imposa rapidement comme un élément majeur dans la prophylaxie antituberculeuse.

Conclusion

Le début du XXe siècle marque un pas important dans le domaine des soins et de la prise en charge des enfants. On se préoccupe davantage de sa santé et de son bien-être compte tenu du taux effarant de mortalité infantile. Plusieurs études seront faites sur le sujet et la mère et l'enfant deviendront des cibles de choix pour les hygiénistes. Il s'agira entre autres d'apprendre aux jeunes mères les soins de base que requiert un nourrisson, comment le laver et le nourrir adéquatement, de quelle façon stériliser le lait et les biberons si elles n'allaitent pas, par exemple.

Soucieux de participer à cette philosophie et d'enrichir ses services, l'Institut instaura les camps de santé pour les enfants de six à douze ans à partir de 1925. De conception modeste à leurs débuts, ils prirent rapidement de l'expansion et s'établirent dans les Laurentides. Leur principal objectif était de soustraire les enfants à cuti-réaction négative à leur milieu familial malsain pour qu'ils refassent leur force au sein d'un environnement adéquat.

En ce sens, les camps de santé David et Perron ne furent pas seulement qu'un endroit de villégiature. Les enfants devaient s'y soumettre à des règles et respecter une routine axée sur la bonne alimentation, le repos, les bains de soleil ainsi que les jeux adaptés à leur condition. La vie aux camps s'apparentait donc quelque peu à la cure hygiéno-diététique que l'on dispensait dans les sanatoriums à l'époque.

Finalement, des améliorations furent constamment apportées aux camps, ce qui en faisait des installations modernes et bien adaptées pour les enfants. À partir de 1935, l'administration des camps deviendra indépendante de celle de l'Institut. Et les camps recevront leur financement des instances gouvernementales ainsi que par le biais de souscriptions privées.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La création et le rôle joué par l'Institut Bruchési au sein de la société montréalaise s'inscrit dans le contexte d'une société en effervescence où l'organisation sociale, économique et sanitaire était à repenser. En effet, la rapide industrialisation de la métropole ainsi que son corollaire, une urbanisation massive sans plan d'encadrement, créèrent des conditions matérielles et sanitaires sans précédent dans la jeune histoire de la ville. Apparurent alors rapidement les maladies de type contagieux résultat de la promiscuité des habitants dans les quartiers ouvriers. Cette promiscuité, combinée à une alimentation déficiente, au travail pénible dans les manufactures, aux conditions de logement désastreuses, ne pouvait faire autrement que favoriser une endémicité des maladies. La tuberculose était l'une d'elle.

Le tissu social étant ainsi en chute libre, toutes les autres sphères de la communauté le devenaient. L'Institut Bruchési et son dispensaire se donnèrent comme mandat de relever cette frange de la société et de la remettre sur pied. Il mena à bien sa mission. Comme nous le postulons en introduction, l'Institut Bruchési permit effectivement d'améliorer la situation de la tuberculose dans le district de Montréal. Cette constatation s'appuie en grande partie sur le fait qu'en 1910, Montréal avait un taux de décès par tuberculose de 210 par 100 000 de population et qu'en 1947, ce taux n'était plus que de 52. Et cela, faut-il le rappeler, pour une ville qui ne possédait pas de sanatorium public. Dans cette optique, toute comparaison de chiffres, entre autres avec ceux de l'Ontario, doit donc s'observer de façon toute relative.

Pour arriver à faire fléchir l'indice de morbidité de la tuberculose, le dispensaire de l'Institut Bruchési mit au point une gamme complète de services cliniques qui lui valut très tôt le surnom de dispensaire-hôpital. À cette époque, les rôles qui étaient principalement dévolus au dispensaire antituberculeux consistaient à recevoir les malades, à leur faire un premier examen, puis à les trier pour ensuite les orienter vers une institution de soins qui serait appropriée à l'évolution de leur tuberculose. Donc, le dispensaire ne prodiguait aucun soin. À Montréal, les choses furent différentes. Les contextes socio-sanitaire et économique de la ville ainsi que ceux de la province ne favorisèrent pas l'implantation d'un dispensaire similaire. En effet, Montréal ne possédait pas d'installations spécifiques telles que le sanatorium populaire, le préventorium ou l'hôpital pour tuberculeux en phase terminale. Il y avait bien sûr l'hôpital du Sacré-Cœur qui, en 1926, possédait une aile spécialement aménagée pour l'hospitalisation des tuberculeux. Malheureusement, elle ne pouvait suffire à la demande. L'Institut Bruchési n'avait donc pas le choix. Il occupa un emploi double : celui de dépister et celui de soigner.

Les soins cliniques que l'on pouvait recevoir au dispensaire de l'Institut étaient à la fine pointe des savoirs, des connaissances et des technologies liées au domaine de la phtisiologie de l'époque. De plus, ils étaient variés, et ce, dès l'entrée en service du dispensaire en 1911. Autant affirmer que les docteurs Eugène Grenier et Joseph Edmond Dubé surent d'emblée ce que nécessiterait le district de Montréal pour lui offrir une lutte antituberculeuse soutenue et efficace.

L'action du dispensaire sera orientée vers deux approches prépondérantes. La première sera axée sur l'action préventive, c'est-à-dire organiser la propagande sanitaire,

s'assurer que la population soit mise au courant de l'épidémie de peste blanche, éduquer cette population et assurer son suivi par le service social et les gardes-malades religieuses et laïques. La seconde approche sera orientée vers l'action active et médicale. Elle consistait à offrir des traitements chirurgicaux par le biais de ses cliniques de tuberculose chirurgicale, de sa clinique des premières voies respiratoires, de sa clinique de dermatologie, etc.

Cette implication rigoureuse du dispensaire, mais surtout son ostensible visibilité sur la scène montréalaise allait faire de lui un des véritables chef de file dans l'organisation et l'encadrement du problème de la tuberculose chez les Canadiens français. Cette assertion nous amène donc à confirmer l'authenticité de notre seconde hypothèse à savoir, est-ce que le rôle joué par le dispensaire dans l'établissement d'une prophylaxie antituberculeuse contribua à changer le contexte sanitaire à Montréal? La réponse est oui. En effet, le dispensaire joua un rôle déterminant en ce qui a trait à l'organisation systématique de la lutte contre la tuberculose. Rappelons-nous que dès 1915, le bureau médical déposa une résolution en cinq points qui stipulait que « seul le gouvernement provincial a les moyens à sa disposition pour prévenir la tuberculose »²⁴³. Ce texte, qui fut distribué à toutes les organisations antituberculeuses de la province, ainsi qu'au cabinet du Premier ministre Lomer Gouin, jetait les bases de ce qui allait non seulement devenir le cheval de bataille de l'Institut mais également celui de toute la province du Québec, puisque cinq ans plus tard le comité spécial qui avait été constitué pour étudier le problème tuberculeux au sein de la province reprendra de façon presque identique les points qui avaient été présentés par l'Institut Bruchési.

²⁴³ Voir la note 132 du chapitre 2 qui traite de cette question.

Le fonctionnement de cette prophylaxie antituberculeuse fut assuré par le service social de l'Institut et ses gardes-malades visiteuses. Le service social s'occupait entre autres d'organiser la propagande sanitaire, principalement par le biais de conférences publiques. Elles étaient simples et faciles à comprendre. Elles avaient pour objectif de démontrer les bienfaits de la science hygiénique, de faire changer les comportements et les habitudes du peuple en ce qui concernait l'hygiène et les soins en général et de leur apprendre comment se prémunir contre la tuberculose. Par ailleurs, le service social possédait un autre moyen pour s'assurer de faire passer son message : la publicité. Elle organisa donc une campagne de cartes postales, à partir de 1920, dont l'objectif était d'attirer l'attention sur le fléau de la tuberculose par l'entremise de l'image et de petits slogans simples et concis. Faute de moyens thérapeutiques efficaces, on cherchait à vaincre la tuberculose par la propagande et l'éducation.

Outre l'organisation de ces événements, l'action du service social ne se limitait pas seulement à interpeller et à attirer l'attention d'une grande quantité de personne. Il fallait également effectuer un suivi individuel et personnalisé des malades. C'est dans cette optique qu'une équipe mobile d'infirmières fut constituée dès les premières années de la mise sur pied de l'Institut. Leur mandat consistait à assurer une continuité entre les soins reçus au dispensaire et la « convalescence » au domicile. En second lieu, elles avaient également comme tâche d'enseigner les préceptes de l'hygiène afin de sensibiliser les tuberculeux aux dangers qu'ils représentaient pour leur entourage.

Au fil du temps, le travail de propagande sanitaire de l'Institut donna d'excellents résultats. Les techniques de dépistage s'améliorèrent constamment, l'affluence des différentes cliniques augmenta, le taux de mortalité par tuberculose chuta

considérablement, les habitudes sanitaires de la population se modifièrent et les pouvoirs publics finirent par réagir aux appels incessants de l'Institut Bruchési.

En effet, et comme nous l'avons rappelé plus haut, le gouvernement du Québec, en 1920, constitua, par l'entremise du CSHPQ, un comité spécial chargé d'étudier l'épineux problème que représentait la tuberculose sur le territoire de la province. Le gouvernement retint les recommandations et octroya une somme de 500 000 dollars en 1922 à être dépensée sur cinq ans pour la lutte antituberculeuse. L'institutionnalisation étatique du bacille de Koch venait de commencer. Dans les années qui suivirent, l'organisation s'intensifia au sein des hautes instances. Dans cette veine, on vit naître, en 1936, le Comité provincial de défense contre la tuberculose²⁴⁴. Son président n'était nul autre que J.A.Jarry, alors directeur médical de l'Institut Bruchési.

Ce dernier point est important. En effet, dès le moment où le comité provincial de défense vit le jour, le Service de santé de la ville de Montréal emboîta le pas de façon énergique peu de temps après. Ainsi, en 1938, il créait, au sein de sa division des maladies contagieuses, une section spéciale de la tuberculose. Léo Ladouceur, alors médecin phthisiologue à l'Institut Bruchési depuis quinze ans, en fut nommé directeur. Cette nouvelle section spéciale de la tuberculose avait un but et un « objet bien défini : contrôler, coordonner, intensifier la lutte antituberculeuse à Montréal »²⁴⁵.

L'Institut Bruchési, pour la première fois de son existence, n'était plus seul pour accomplir les « 2/5 du travail que font ensemble toutes les organisations spécialisées de la

²⁴⁴ Le comité provincial de défense contre la tuberculose, lors de sa constitution en 1936, regroupe alors des représentants du gouvernement provincial, des membres de la Cité de Montréal, des universités, des délégués des hôpitaux antituberculeux ainsi que des membres des diverses organisations sociales qui s'occupent de la lutte antituberculeuse. Bulletin d'hygiène. Service de santé. Cité de Montréal. 1938, vol.24, no.2, p. 1.

²⁴⁵ Bulletin d'hygiène, 1938, vol.24, no.5, p. 2.

province [...] »²⁴⁶ pour l'encadrement et la coordination de la lutte antituberculeuse sur le territoire de la ville de Montréal. Le comité provincial et le service de santé, sous la gouverne d'Adélarde Groulx, venaient lui prêter main forte. Une aide attendue car l'Institut commençait à montrer des signes d'essoufflement, surtout depuis 1934 où sa situation financière laissait à désirer, comme nous l'avons montré au cours du chapitre deux. C'est d'ailleurs au cours de cette même année que les membres de l'Institut prenaient réellement et pleinement conscience du fait que le combat contre la tuberculose manquait de coordination à l'échelle de la province. Et que les diverses institutions antituberculeuses ne possédaient aucun moyen pratique et efficace pour unir leur force et leur expertise selon des standards homogènes²⁴⁷.

L'Institut Bruchési perdra donc progressivement le contrôle et le leadership de la lutte antituberculeuse à Montréal au profit du service de Santé de la ville. Avec une population surpassant le million d'habitants, l'Institut n'était plus en mesure d'assurer un encadrement adéquat pour desservir le district de Montréal. L'orgueil du dispensaire en fut-il pour autant touché? Comme le mentionne l'Institut « la collaboration de tous les organismes sera toujours nécessaire. Nous n'avons pas l'outrecuidance de penser que les résultats heureux de la lutte contre la tuberculose sont dus à notre seule action »²⁴⁸. À partir de ce moment, il prendra pleinement part, aux côtés du Service de santé et du comité de défense, à la nouvelle offensive revitalisée contre la peste blanche.

En effet, quand l'Institut décide d'unir son travail à celui du comité ainsi qu'à celui du service de santé, c'est dans le but « d'unifier les méthodes de travail dans les cliniques et dans les hôpitaux-sanatoria ». Par ailleurs, il attend également du comité « un

²⁴⁶ RAIB., 1942-43-44., p.19.

²⁴⁷ RAIB., 1934, p. 22.

puissant appui pour obtenir des autorités civiles les lits d'hôpitaux que réclament les tuberculeux du district de Montréal »²⁴⁹. Ce soutien aura des répercussions on ne peut plus positives sur le moral de l'organisation de l'Institut. Il cessera de se sentir « toujours réduit à la défensive »²⁵⁰ devant la somme de travail toujours plus considérable mais surtout devant l'impossibilité d'effectuer des dépistages précoces.

En ce sens, nous insistons sur le fait que l'Institut Bruchési et la tuberculose, tout au long de notre période allant de 1911 à 1945, ont contribué au processus croissant de médicalisation de la société montréalaise. En effet, « les maladies épidémiques et endémiques ont été l'un des principaux déterminants de la mise en place progressive d'un système de santé publique dans la province de Québec »²⁵¹. L'action médicale que mena le dispensaire antituberculeux ainsi que la campagne de propagande sanitaire qu'organisa son service social, contribuèrent non seulement à encadrer et contrôler le fléau de la peste blanche mais aussi à faire régresser de façon significative son incidence morbide dans la population. De plus, ils réussirent également à convaincre l'opinion publique afin que s'organise une véritable lutte ordonnée selon des standards homogènes.

Dans cette optique, le rôle joué par l'Institut Bruchési ne s'inscrit pas uniquement dans le seul contexte montréalais. Il a largement débordé ce cadre pour étendre et offrir son expertise aussi bien prophylactique que clinique aux autres intervenants dans le domaine de la phtisiologie et de l'organisation socio-sanitaire de la société.

²⁴⁸ RAIB., 1945-46-47, p. 13.

²⁴⁹ RAIB., 1935-42, p. 23.

²⁵⁰ RAIB., 1942-43-44, p. 12.

²⁵¹ Peter Keating et Othmar Keel. *Santé et Société au Québec, XIXe-XXe siècle*. Boréal, 1995, p. 17.

BIBLIOGRAPHIE

Sources primaires imprimées

Publications officielles et documents

Bureau provincial de santé. *Loi pour la conservation de la santé publique dans la province de Québec; règles et règlements du Bureau central de santé*. 1885. 18 pages.

Comité provincial de défense contre la tuberculose. *Au service des tuberculeux*. Québec, 1938. 45 pages.

Commission royale de la tuberculose. *Rapport de la Commission royale de la tuberculose*. Québec, 1909-1910. 161 pages.

Conseil d'hygiène. *La consommation ce que l'on connaît aujourd'hui et les moyens d'en prévenir la contagion*. Québec, 1894. 7 pages.

Desroches, Dr. Joseph-Israël. *Traité élémentaire d'hygiène privée*. Montréal, daniel, 1888. 186 pages.

Gauvreau, Joseph. *Entretien au peuple : un mal à combattre (la tuberculose)*. 1911. 31 pages.

Grenier, Eugène. *Tuberculose*. s.d., 52 pages.

Grenier, Eugène. *Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*. s.d., 8 pages.

Grenier, Eugène. *La tuberculose en dehors de la classe indigente. Le traitement de la tuberculose par la méthode de Forlanini*. Montréal. s.d., 8 pages.

Institut Bruchési. *Dispensaire antituberculeux à Montréal : préventorium Saint-Victor de Beloeil*, Montréal, 1911, 10 pages.

Knopf, Adolphus S. *La tuberculose, maladie du peuple : comment la combattre*. Montréal, 1912. 95 pages.

Laberge, Louis. *Ce que doit être la lutte antituberculeuse dans la province de Québec*. Québec, 1909.

Lachapelle, Dr. Séverin. *Manuel d'hygiène à l'usage des écoles et des familles*. Montréal, Editions Cadieux et Derome, 1901. 176 pages.

Lachapelle, Dr, Séverin. *L'œuvre des Gouttes de lait à Montréal*. Montréal, 1911. 16 pages.

Ligue antituberculeuse de Montréal. *Catéchisme de tuberculose*. Montréal, 1908. 16 pages.

Ligue antituberculeuse de Montréal. *La tuberculose*. Montréal, 1903. 23 pages.

Ligue antituberculeuse de Montréal. *L'exposition antituberculeuse*. Montréal, 1908, 40 pages.

Montréal. Fonds d'archives du CHUM sur l'Institut Bruchési. Correspondance générale. Deux chemises de documents. Quatre centimètres de fonds.

Publication du Service provincial d'hygiène. *La tuberculose et la mortalité infantile : leçons données à l'Université Laval et à l'Université de Montréal par Émile Sergent; avec la collaboration du Dr. François Bordet et le Dr. Louis Ribadeau-Dumas*, 410 pages,

Rapports annuels de l'Institut Bruchési pour les années 1911 à 1961.

Rapports annuels du Conseil d'hygiène de la province de Québec pour les années 1886 à 1915.

Rapports annuels du Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec pour les années 1915 à 1922.

Rapports annuels du Service provincial d'hygiène de la province de Québec pour les années 1922 à 1936.

Rapports annuels du Ministère de la santé pour les années 1936 à 1950.

Rapports du Bulletin de santé du service de santé de la cité de Montréal pour les années 1916 à 1954.

Rapports annuels du Comité provincial de défense contre la tuberculose pour les années 1936 à 1955.

Articles de périodiques

Chagnon, Hubertha. « Nécessité des visites à domicile dans la lutte antituberculeuse ». *Union Médicale du Canada*, vol 54., 1925, pp. 523-528.

Dubé, J.E. « Le problème de la tuberculose et la classe dirigeante ». *Union Médicale du Canada*, vol. 46, 1910, pp. 222-226.

Dubé, J.E. « Montréal la plus importante ville du Dominion se doit d'être au premier rang dans la lutte antituberculeuse ». *Union Médicale du Canada*, vol. 48, 1919, pp. 572-582.

Dubé, J.E. « Nos hôpitaux. Le passé, leur évolution, le présent ». *Union Médicale du Canada*, vol. 61., 1932, pp. 148-234.

Grégoire, Georges. « Activités du comité provincial de défense contre la tuberculose ». *Union Médicale du Canada*, vol.70., 1941, pp. 583-589.

Groulx, Adélarde. « Situation de la tuberculose à Montréal ». *Union Médicale du Canada*, vol. 67, 1938, pp. 1196-1203.

Jarry, J.A. « L'organisation anti-tuberculeuse du district de Montréal ». *Union Médicale du Canada*, vol. 47., 1918, pp. 380-384.

Laberge, J.E. « La tuberculose et le logement ». *Union Médicale du Canada*, vol. 48, 1919, pp. 586-590.

Ladouceur, Léo. « La lutte contre la tuberculose ». *Union Médicale du Canada*, vol. 74, 1945, pp. 466-470.

Laramée, Albert. « La ligue antituberculeuse de Montréal ». *Union Médicale du Canada*, vol. 38, 1909, pp. 705-709.

Laramée, Albert. « Ligues et dispensaires anti-tuberculeux comme moyen de lutte antituberculeux dans la province de Québec ». *Union Médicale du Canada*, vol. 38., 1909, pp. 632-635.

LeSage, A. « Le dispensaire antituberculeux ». *Union Médicale du Canada*, vol.41., 1912, pp. 1-6.

Rousseau, Arthur. « La lutte contre la tuberculose est aussi pour l'homme une sauvegarde contre la dégénérescence ». *Union Médicale du Canada*, vol. 39, 1910, pp. 382-392.

Sans nom. « La ligue anti-tuberculeuse de Montréal : son but, ses moyens d'action ». *Union Médicale du Canada*, vol. 32, 1903, pp. 378-379.

Encyclopédies et ouvrages de références

Baumberger, Peter, F. « Tuberculose ». *Encyclopaedia Universalis*, Paris, Encyclopaedia Universalis, 1992, vol.23, pp. 11-16.

Bynum, W.F., E.J. Brown et R. Porter. *MacMillan Dictionary of the History of Science*. London and Basingtoke. The MacMillan Press Ltd, 1983, 494 pages.

Craig, B. L. *What research tools do historians of canadian medicine currently use? What do they need and want for the future*. Report and analysis of a survey, 1995-96, *Bulletin Canadien d'histoire de la médecine*. 1997, vol. 14., no.2. pp. 289-308.

Gagnon, N. et Hamelin, J. *L'homme historien. Introduction à la méthodologie de l'histoire*. Saint-Hyacinthe, Edisem Inc. 1979.

Goulet, D. et A. Paradis. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec, chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal, VLB Éditeur, 1992.

Heather Mac Dougall. *Writing the History of Medical Institutions. General principles and Guidelines*. Toronto, Hannah Institute for the History of Medicine.

Mace, Gordon. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, (1988), 1992, 119 pages.

Séguin Normand (sous la direction de). *Atlas historique du Québec. L'institution médicale*. Québec, Presses de l'Université Laval, 1998.

Sources secondaires

Monographies et ouvrages spécialisés

Bourcier, Charlemagne. *Malgré tout...tant aimé! Récit de vie sanatoriale*, Montréal, s.n., 1955.

Bruno, Alexandre. *Contre la Tuberculose. La mission américaine Rockefeller en France et l'effort Français*. Paris, Société moderne d'impression et d'édition, 1925, 527 pages.

Choko, Marc H. *Crises du logement à Montréal (1860-1939)*. Montréal, Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, 1980. 282 pages.

Copp, Terry. *Classe ouvrière et pauvreté. Les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*. Montréal, Boréal Express, 1978. 213 pages.

Corbain Alain. *Le miasme et la jonquille : l'odorat et l'imaginaire social XVIII-XIXe siècles*. Paris, Flammarion, 1986.

Dalloux, Yvette. *La vie et l'œuvre de Camille Guérin*. Paris, Imprimerie Copedith, 1969. 75 pages.

Darenberg, Georges. *Les différentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire : pronostic, diagnostic, traitement*. Paris, Masson, 1905. 400 pages.

DeBonville, Jean. Jean-Baptiste Gagnepetit. *Les travailleurs montréalais à la fin du XIXe siècle*. Montréal, l'Aurore, 1975. 253 pages.

Delarue, Jacques. *La tuberculose*. 10^e éditions, Presses Universitaires de France, 1972 (1941). 128 pages. (Coll. « Que sais-je?»).

Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer et Othmar Keel. *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté : 1926-1975*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1998. 187 pages.

Dessertine, D. et O. Faure. *Combattre la tuberculose : 1900-1940*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1988. 244 pages.

Duffault, Paul. *Le spectre de la tuberculose : comment nous en défendre*. Montréal, Valiquette. 1939. 170 pages.

Feldberg, Georgina D. *Disease and class. Tuberculosis and the shaping of modern North American society*. New-Jersey, Rutgers university press. 1995, 274 pages.

Flick, Lawrence F. *Developpement of our knowledge of tuberculosis*. Philadelphia, 1925. 783 pages.

Foucault, Michel. *Naissance de la clinique. Une archéologie du savoir médical*. Paris, P.U.F., 1963. 214 pages.

Gaumer Benoît, Georges Desrosiers et Othmar Keel. *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal : 1865-1975*. Montréal. Les Éditions de l'IQRC. 277 pages.

Goulet, Denis, François Hudon et Othmar Keel. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal : 1880-1980*. VLB Éditeur, 1993. 452 pages.

Grellet, Isabelle et Caroline Kruse. *Histoire de la tuberculose. Les fièvres de l'âme, 1800-1940*. Paris, Ramsay, 1983.

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

Guillaume, Pierre. *Du désespoir au salut : les tuberculeux au XIXe et XXe siècles*. Paris, Aubier, 1986. 376 pages.

Harpe, Charles E. *Les croix de chair. Chroniques sanatoriales*. Montmagny, Éditions Marquis, 1945.

Harvey, Fernand. *Révolution industrielle et travailleurs. Une enquête sur les rapports entre le capital et le travail au Québec à la fin du XIXe siècle*. Montréal. Boréal Express, 1978. 347 pages.

Keating, Peter et Othmar Keel. *Santé et Société au Québec : XIX-XXe siècle*. Boréal, 272 pages.

Lacourse, Marie-Thérèse. *Sociologie de la santé*. Montréal-Toronto, Éditions Chenelière et McGraw-Hill, 1998, 254 pages.

Linteau, P.A., R. Durocher et J.C. Robert. *Histoire du Québec contemporain*. Tome 1 et 2. Boréal, 1989.

Heagerty, J.J. *Four centuries of medical History in Canada*. Toronto, 1928.

Heise, Fred. *1000 questions and answer on tuberculosis*. New-York, 1935. 232 pages.

Héricourt, Jules. *Les maladies des sociétés : tuberculose, syphilis, alcoolisme et stérilité*. Paris. Flammarion, 1918. 279 pages.

Leblond Wilfrid. *Les grandes réalisations de la médecine préventive*. Québec, Les Éditions Gameau, 1959. 207 pages.

Lumières, Auguste. *Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose*. Lyon, 1933. 123 pages.

Mack, Mary. *Le démon de la tuberculose*. Québec, L'Action sociale, 1922. 104 pages.

McNeil, William H. *Le temps de la peste. Essai sur les épidémies dans l'histoire*. Paris, Hachette littérature. 1978.

Notebaert, Gertrude. *Observation sociales sur quelques aspects psychologiques du problème de la tuberculose*. Montréal, Université de Montréal, 1948. 8 feuillets.

Porot, Maurice. *La psychologie des tuberculeux*. Paris, Delachaux et Niestlé, 1950. 211 pages.

Rist Édouard. *Les symptômes de la tuberculose pulmonaire et de ses complications : cliniques, physiologiques, pathologiques, thérapeutiques*. Paris, Masson, 1949. 983 pages.

Ronce, R. *Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaire*. Paris, LeFrançois, 1932. 144 pages.

Rosen, G. *A history of public health*. New-York, 1958.

Rousseau, Edmond. *Petit catéchisme de tempérance et de tuberculose*. Québec, 1915. 53 pages.

Ruffié, J. et J-C. Sournia. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme : essai d'anthropologie médicale*. Paris, Flammarion, 1984.

Sournia, Jean-Charles. *Histoire de la médecine*. Paris, Éditions La Découverte, 1992. 358 pages.

Vigarelo, Georges. *Le corps redressé : histoire d'un pouvoir pédagogique*.

Waskman, A. Selman. *The Conquest of tuberculosis*. University of California Press, 1964. 241 pages.

Wherrett, George, Jasper. *The Miracle of the Empty Beds. A History of Tuberculosis in Canada*. Toronto, University of Toronto press, 1977. 299 pages.

Mémoires de maîtrise

Caron, Marcel. *Le tuberculeux et ses problèmes. Enquête menée auprès de 338 anciens patients des sanatorias de la région de Québec*. Mémoire de maîtrise, Université Laval, 1952.

Cournoyer, Catherine. *Les accidents impliquant des enfants et l'attitude envers l'enfance à Montréal (1900-1945)*. Mémoire de maîtrise (histoire), Montréal, UdeM, 169 pages.

Desjardins, Rita. *Hôpital Sainte-Justine. Montréal, Québec (1907-1921)*. Mémoire de maîtrise (histoire), Montréal, UdeM.

Deslauriers, Lucie. *Histoire de l'hôpital Notre-Dame de Montréal*. Mémoire de maîtrise (histoire), Montréal, UdeM. 231 Pages.

Dion, C. *La femme et la santé de la famille : 1880-1914*. Mémoire de maîtrise. (Histoire), Montréal, Université de Montréal. 231 pages.

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

Pierre-Deschênes, Claudine. *La tuberculose au Québec au début du XXe siècle : problème social et réponse réformiste*. Mémoire de maîtrise. (Histoire), UQUAM, 1980. 225 pages.

Soucy-Roy, C. *Le quartier Sainte-Marie, 1850-1900*. Mémoire de maîtrise. (Histoire), UQUAM, 1977.

Tétrault, Martin. *L'état de santé des Montréalais, de 1880 à 1914*. Mémoire de maîtrise, (Histoire). Montréal, Université de Montréal, 1979. 225 pages.

Thèses de doctorat

Côté, Louise. « *En garde!* » : *Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XXe siècle : maladie, culture et identité*. Thèse de Ph.D (Histoire), Québec. Université Laval, 1997. 315 pages.

Gaumer, Benoît. *Le service de santé de la ville de Montréal. De la mise sur pied au démantèlement : 1865-1975*. Thèse de Ph.D (Histoire), Montréal, Université de Montréal, 1996. 341 pages.

Goulet, Denis. *Des miasmes aux germes. L'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870-1930)*. Thèse de Ph.D (Histoire), Montréal, Université de Montréal, 1992, p. 435 pages.

Articles de périodiques

Archambeault, J.L. « La lutte contre la tuberculose ». *Revue canadienne*, vol.3, 1909, pp. 323-336.

Bergeron, P. et F. Gagnon. « La prise en charge étatique de la santé au Québec ». Dans Lemieux, V. et al. (éds). *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Québec, 1994, pp. 9-32.

Bernier, Jacques. « Le corps médical au Québec au tournant du XXe siècle ». Dans Peter Keating et Othmar Keel, dir. *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*, Boréal, 1995, pp. 151-160.

Cohen Yolande et Michèle Gélinas. « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique ». *Histoire sociale-Social History*, vol.22, no. 44. p. 219-246.

Cousineau, A. « L'habitation à Montréal ». *Revue trimestrielle canadienne*, vol. 6, no. 3, octobre 1947, pp. 446-472.

Desrosiers, Georges. « L'introduction de l'enseignement de l'hygiène au Québec ». *Cahiers du centre de recherches historiques*, no.12, avril 1994, pp. 85-104.

Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer, François Hudon et Othmar Keel. « Le renforcement des interventions gouvernementales dans le domaine de la santé entre 1922 et 1936 : le Service provincial d'hygiène de la province de Québec ». *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 18, 2001, pp. 205-240.

Farley, Michael, Othmar Keel et Camille Limoge. « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) ». Dans Peter Keating et Othmar Keel, dir. *Santé et Société au Québec, XIXe et XXe siècle*, Boréal, 1995, pp. 85-114.

Gale, Godefrey, L. Norman et C. Delarue. « Surgical history of pulmonary tuberculosis : the rise and fall of various technical procedures ». *Journal canadien de chirurgie*, vol. 12, no. 4, octobre 1969, pp. 381-388.

Gaucher, Dominique. « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : de la santé publique à la médecine préventive ». Dans Peter Keating et Othmar Keel, dir. *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*, Boréal, 1995, pp. 161-188.

Gaumer, Benoît, Georges Desrosiers, Othmar Keel et Céline Déziel. « Le service de santé de Montréal : de l'établissement au démantèlement (1875-1975) ». *Cahiers du centre de recherches historiques*, no.12, avril 1994, pp. 131-158.

Gonzales, Jacques. « Il y a cinquante ans naissait la streptomycine ». *Histoire des sciences médicales*, vol. 28, no. 3, 1994, pp. 239-248.

Goulet, Denis. et Othmar Keel. « Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIXe siècle ». *Anthropologie et Sociétés*, 1991, vol.15, no.2-3, pp. 205-228.

Groulx, Adélar. « L'inspection médicale des écoles et le dépistage de la tuberculose ». *Union Médicale du Canada*, vol. 70, 1941, pp. 923-929.

Guillaume, Pierre. « La tuberculose » dans Jean-Pierre Bardet et al, dir. *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis, XIXe-Xxe siècles*. Paris, Fayard, 1988, pp. 155-281.

Mouret, Arlette. « L'imagerie de la lutte contre la tuberculose : le timbre antituberculeux, instrument d'éducation sanitaire ». *Cahiers du centre de recherches historique*, no. 12, avril 1994, pp.53-69.

Pierre-Deschênes, Claudine. « Santé publique et organisation de la profession médicale, 1870-1918 ». Dans Peter Keating et Othmar Keel, dir. *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*. Boréal, 1995, pp. 115-132.

Postel-Vinay, Olivier. « Les cent ans du bacille de Koch ». *Sciences et avenir*, no. 422, avril 1988, pp. 92-98.

Sirois, Michèle. « Mal de siècle et mal de vivre. La tuberculose et le romantisme au XIXe siècle ». *Cahiers d'histoire*, vol. XIV, no. 1, printemps 1994.

Tétreaul, Martin. « Les maladies de la misère : aspects de la santé publique à Montréal 1880-1994 ». Dans Peter Keating et Othmar Keel, dir. *Santé et Société au Québec XIXe-XXe siècle*. Boréal, 1995, pp. 133-150.

Weisberg, H Maurice. « La tuberculose chez les gardes-malades ». *Union Médicale du Canada*, vol. 60., 1931, pp. 97-101.

