Document généré le 5 juin 2025 22:09

Recherches sociographiques

Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921. Quelques données statistiques

Jacques Bernier

Volume 20, numéro 1, 1979

Savoirs savants

URI : https://id.erudit.org/iderudit/055821ar
DOI : https://doi.org/10.7202/055821ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)
1705-6225 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Bernier, J. (1979). Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921. Quelques données statistiques. *Recherches sociographiques*, *20*(1), 41–58. https://doi.org/10.7202/055821ar

Résumé de l'article

C'est un point de vue généralement accepté que les professions libérales (droit, notariat, médecine), qui étaient le lieu d'orientation privilégié des élites québécoises au XIXe siècle, souffraient alors d'un encombrement. L'article met à l'épreuve cette hypothèse en ce qui concerne les praticiens de la santé. Sur le plan global, on constate que, de 1871 à 1921, le nombre des praticiens québécois, en termes relatifs, a été inférieur à celui de la plupart des autres régions du Canada et des États-Unis. D'autre part, à l'intérieur même du Québec, on note des taux de densité médicale fort différents d'un bout à l'autre du territoire.

Ce phénomène est d'ailleurs encore plus marqué si l'on considère chaque discipline séparément (médecins-chirurgiens, pharmaciens, dentistes). Le problème du surnombre apparaît finalement comme la manifestation d'un malaise essentiellement propre aux villes.

Tous droits réservés © Recherches sociographiques, Université Laval, 1979

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

LES PRATICIENS DE LA SANTÉ AU QUÉBEC, 1871-1921 QUELQUES DONNÉES STATISTIQUES *

« Depuis bien longtemps l'on se plaint que la profession médicale est trop encombrée. »[1]

C'est un point de vue généralement accepté que les professions libérales (droit, notariat, médecine), qui étaient le lieu d'orientation privilégié des élites québécoises au XIX[e] siècle, souffraient alors d'un encombrement. L'article met à l'épreuve cette hypothèse en ce qui concerne les praticiens de la santé. Sur le plan global, on constate que, de 1871 à 1921, le nombre des praticiens québécois, en termes relatifs, a été inférieur à celui de la plupart des autres régions du Canada et des États-Unis. D'autre part, à l'intérieur même du Québec, on note des taux de densité médicale fort différents d'un bout à l'autre du territoire. Ce phénomène est d'ailleurs encore plus marqué si l'on considère chaque discipline séparément (médecins-chirurgiens, pharmaciens, dentistes). Le problème du surnombre apparaît finalement comme la manifestation d'un malaise essentiellement propre aux villes.

L'histoire des professions médicales connaît depuis la deuxième Grande Guerre un grand intérêt en Amérique. Quatre domaines ont particulièrement attiré l'attention des chercheurs. Tout d'abord, les institutions d'enseignement qui, en standardisant les programmes d'études, ont permis une plus grande homogénéité des membres de ces professions. En second lieu, les revues scientifiques et les associations professionnelles qui, en soutenant les échanges d'idées, ont encouragé la socialisation et la promotion de ces groupes professionnels. Troisièmement, la législation, parce qu'elle a contribué à l'élaboration d'un code d'éthique propre aux professions médicales ainsi que des règles qui les régissent. Enfin, le nombre, parce qu'il rend compte de l'évolution de leur importance dans une société donnée.

---

* Cette recherche, effectuée à l'Institut d'histoire et de sociopolitique des sciences de l'Université de Montréal, a été réalisée grâce à une subvention du Conseil de recherches médicales du Canada.

1. Éditorial des docteurs A. LAMARCHE et H.E. DESROSIERS, directeurs de *l'Union médicale du Canada*, XV, 5, juin 1886, p. 284.

Au Québec, les études sur ces questions commencent à peine et elles n'ont porté jusqu'ici que sur les trois premiers points (enseignement, revues et associations, législation). Elles font apparaître cependant la deuxième partie du XIX[e] siècle comme une période charnière dans l'histoire de la profession médicale. C'est le moment où celle-ci se définit, se structure et acquiert son autonomie à l'égard du pouvoir politique. Du point de vue de l'enseignement et de l'information, cette époque marque la fin de l'apprentissage et l'apparition des premières maisons d'enseignement moderne.[2] La Faculté de médecine de McGill est fondée en 1823, l'École de médecine et de chirurgie en 1843, la faculté de l'Université Laval en 1854 et celle de Bishop's en 1871. Au Canada, au moins sept périodiques naissent entre 1860 et 1880. Au Québec, après trois tentatives infructueuses dans la première moitié du XIX[e] siècle, deux importants journaux sont fondés : *The Canada Medical Journal and Monthly Report of Medicine and Surgery of Montreal*, en 1864, et *L'union médicale du Canada*, en 1872. On voit également les associations volontaires s'organiser dans le but de défendre les intérêts de ces professions, de stimuler les échanges et d'uniformiser les normes professionnelles. La société médico-chirurgicale voit le jour en 1843 ; une association de pharmaciens montréalais est créée en 1854 ; [3] la Société médicale de Québec, qui avait subi un échec peu après sa fondation en 1826, resurgit vers 1867. Au plan national, les mêmes motifs inspirent la fondation, en 1867, de la Canadian Medical Association qui vise à regrouper tous les membres du corps médical canadien. Les premières corporations professionnelles apparaissent : le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec en 1847 ; le Collège des chirurgiens-dentistes en 1869 [4] et le Collège des pharmaciens en 1870.[5] Comme ces corporations ont maintenant le pouvoir de définir les règles régissant leur développement, elles contrôlent les admissions et peuvent exclure de la pratique tous ceux qui n'en sont pas membres ou qui sont jugés incompétents. La création des collèges devait du reste être un des moteurs de l'évolution de la législation médicale de l'époque. D'ailleurs, c'est entre 1847 et 1909 qu'ont été votées plusieurs des principales lois qui régissent encore aujourd'hui ces professions. La deuxième moitié du XIX[e] siècle marque donc ici une étape importante. Les professions médicales se transforment sur le plan du savoir et des institutions et donnent les premiers signes de modernisme. Mais si nous les voyons prendre

2. Pour des indications chronologiques sur cette période, voir : M.E. ABBOTT, *History of Medicine in the Province of Quebec*, Montréal, McGill University, 1931, 97p. ; H.E. MACDERMOT, *One Hundred Years of Medicine in Canada, 1867–1967*, Montréal, McClelland and Stewart, 1967, 224p.

3. W.W. STIEB *et al.*, *One hundred Years of Pharmacy in Canada, 1867–1967*, Toronto, Canadian Academy of the History of Pharmacy, 1969, p. 23.

4. *Acte pour incorporer l'Association des dentistes de la province de Québec*, 1869, 32 Victoria, chap. 69.

5. *Loi incorporant l'Association pharmaceutique de la province de Québec*, 1870, 34 Victoria, chap. 52.

forme, un point est resté tout de même obscur : l'importance numérique de ces praticiens, leur évolution sur le plan statistique, et leur distribution géographique.

Les données de ce problème quantitatif se présentent de la façon suivante. À la lecture des revues médicales de la fin du XIX[e] siècle, il semble que la médecine souffrait à l'époque d'un « engorgement » ou d'un « encombrement » important. Hypothèse plausible à première vue puisque l'élite québécoise du XIX[e] siècle, comme on le sait, s'orientait surtout vers les professions libérales. Peut-être en effet y avait-il au Québec, comme cela se produira un peu plus tard aux États-Unis, un surnombre de médecins et peut-être même ce problème était-il plus grave ici que dans le reste de l'Amérique du Nord. Le présent texte tente de vérifier numériquement l'importance de ce surcroît théorique des praticiens de la santé au Québec à la fin du XIX[e] siècle. Il essaie également d'en étudier les manifestations selon les champs disciplinaires et les régions.

Les recensements du Canada qui donnent, à partir de 1851, la description des occupations pour l'ensemble des Canadiens nous sont apparus comme la source la plus utile pour analyser cette question. Nous situerons la date de départ de notre enquête à 1871, parce que les données antérieures (1851 et 1861) nous apparaissent pour l'instant trop imprécises. Il a été impossible de retrouver les brochures méthodologiques qui ont servi aux officiers responsables lors du recensement de 1851. Quant au recensement de 1861, sa principale faiblesse vient de ce que, dans les villes et comtés de plus de 5 000 habitants, les formulaires ont été remplis par les familles elles-mêmes. De ce fait, on peut supposer que les informations ainsi recueillies manquent d'unité et de rigueur. Par contre, en 1871, des mesures plus strictes ont été prises et même si la personne recensée désignait elle-même son occupation, les formulaires étaient remplis en présence des recenseurs. Les recensements postérieurs sont plus exacts vu que les informations demandées étaient plus précises et que les corporations, en particulier celle des médecins et chirurgiens, exerçaient un contrôle plus strict sur les professions. En effet, depuis 1877, les praticiens qui exercent sans licence et sans les diplômes requis font l'objet d'une surveillance étroite (la Corporation des médecins et chirurgiens a même à sa disposition, depuis 1881, un agent chargé d'intenter des poursuites contre les praticiens illégaux).[6] On peut donc supposer que seules les personnes dûment en règle ont osé s'inscrire sur ces listes qui auraient pu devenir d'excellentes preuves contre les praticiens non en règle.

A) *L'évolution numérique et la densité*

Si l'on considère le groupe des praticiens de la santé dans son ensemble, c'est-à-dire si l'on englobe les trois principales activités (médecine-chirurgie, art

6. De telles représailles commencent même plus tôt en Ontario.

dentaire et pharmacie), on constate que, durant cette période, il a presque doublé par 1 000 habitants en cinquante ans. (Voir le tableau 1.) De 957 qu'ils étaient en 1871, les praticiens passent à 3 300 en 1921. Une telle augmentation, même accompagnée d'une hausse de population, entraîne avec elle un accroissement de la densité qui atteint en 1921 un praticien pour 715 habitants contre un pour 1 245 en 1871.

TABLEAU 1

Évolution du nombre total de médecins-chirurgiens, pharmaciens et dentistes et poids relatif par secteur, Québec, 1871-1921.

ANNÉE	MÉDECINS ET CHIRURGIENS		APOTHICAIRES ET PHARMACIENS		DENTISTES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1870-1871	780	81.5	131	13.6	46	4.9	957	100
1880-1881	1 065	77.5	240	17.4	69	5.1	1 374	100
1890-1891	1 220	74.6	323	19.8	92	5.6	1 635	100
1900-1901 [1]	—	—	—	—	—	—	—	—
1910-1911	2 000	74.9	330	12.6	327	12.5	2 667	100
1920-1921	2 206	66.9	460	13.9	629	19.2	3 295	100

SOURCE : *Recensements du Canada*, 1871-1921.
[1] Données non disponibles.

Bien que spectaculaire au niveau provincial, cet accroissement prend une dimension différente et une autre portée si l'on rapproche la situation québécoise de celle qui prévaut alors en Amérique du Nord. En effet, malgré ce grand bond, le corps médical québécois reste bien en deçà de plusieurs provinces canadiennes, sans parler des États-Unis qui comptaient, déjà en 1860, plus de médecins et de chirurgiens que le Québec soixante ans plus tard.[7] Face à l'Ontario qui affichait déjà en 1871 une densité double de celle du Québec, soit un pour 621, l'écart numérique, en dépit de ce gonflement, ne s'atténue pas entre les deux provinces et, en 1921, l'Ontario totalise 6 050 praticiens pour 2 933 662 habitants, alors que le Québec n'en regroupe qu'un peu plus de la moitié, 3 295, pour une population à peine inférieure, 2 361 199 habitants. (Voir les tableaux 2 et 3.) Fait plus significatif encore : cet accroissement impressionnant ne permet même pas au Québec de rattraper une province plus jeune comme la Colombie-Britannique.

7. R.H. SHRYOCK, *Medicine and Society in America, 1660-1860*, New York, New York University Press, p. 148.

Face à ces chiffres, le cri d'alarme lancé dans les revues médicales québécoises de l'époque et des années suivantes, quant au surcroît de médecins et à la nécessité de contrôler les effectifs médicaux, prend une importance relative. En effet, le Québec, qui a un nombre de médecins moins élevé que les États-Unis et l'Ontario mais un taux de morbidité plus élevé, voit son corps médical partager, par un mimétisme étrange, les inquiétudes de l'élite médicale américaine en ce qui concerne la qualité de la formation professionnelle et la réduction du nombre des praticiens.[8] Au Québec, cette dernière préoccupation semble être, comme nous le verrons mieux plus loin, la manifestation de l'inquiétude d'un groupe qui, face à une clientèle peu fortunée, doit restreindre son nombre pour être mieux rémunéré, hausser son statut social et faire figure d'élite.

Si l'ensemble des praticiens triple en cinquante ans, chaque discipline évolue à son rythme et occupe une place particulière au sein de cet ensemble. Durant la période étudiée, le groupe des médecins et chirurgiens est toujours le plus important et représente à chaque recensement au moins 65% de l'ensemble des praticiens. Cependant, malgré sa place prédominante, son poids relatif décroît tout au long de la période et passe de 81.5% en 1871 à 66.9% en 1921.

La diminution de l'importance de ce groupe peut être reliée au développement de l'art dentaire au XIX[e] siècle. En effet, c'est sous l'influence de l'Ontario, elle-même devancée par les États-Unis où cette discipline connaît un essor unique au monde,[9] que l'art dentaire se développe au Québec et qu'est créé en 1905, à Bishop's, le premier département spécialisé dans une université.[10] L'élargissement et la spécialisation du savoir obligent les médecins à abandonner ce secteur dont ils avaient jusque-là le monopole. On remarque du reste que la diminution du poids relatif des médecins dans le corps des praticiens est contrebalancée par une augmentation égale chez les dentistes, soit de 15%. Le nombre de dentistes s'accroît à partir des années 1900 et, alors que le Québec ne comptait que 46 dentistes en 1871 (soit un dentiste pour 26 000 habitants), les recensements en rapportent 327 en 1911 et 629 en 1921 (soit un pour 3 753). Mais, là encore, bien qu'important, ce nombre reste relativement marginal par rapport à celui de l'Ontario qui comptait déjà en 1871 un dentiste pour 7 047 personnes et dont le ratio était de un pour 2 130, en 1921.

---

8. R.H. SHRYOCK, *Medical Licensing in America, 1650-1965*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, pp. 28-37.

9. Essor qui tient d'abord au fait que les chirurgiens (auxquels sont associés les dentistes), qui ont presque toujours été considérés en Amérique comme les égaux des médecins, n'ont pas autant de difficultés que leurs confrères européens à se faire reconnaître sur le plan professionnel et, en second lieu, au fait que les Américains qui sont plus fortunés peuvent plus facilement faire face aux coûts élevés des nouveaux traitements utilisés, dont le plombage en or. (R.H. SHRYOCK, *The Development of Modern Medicine*, New York, Hafner, 1969, pp. 179ss.)

10. Toutefois un premier collège d'art dentaire bilingue avait été mis sur pied en 1892 au carré Phillips à Montréal. (D.W. GULLETT, *A History of Dentistry in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1971, p. 85.)

TABLEAU 2

Évolution de la densité médicale par secteur, Québec, 1871–1921.

ANNÉE	POPULATION TOTALE	MÉDECINS CHIRURGIENS		APOTHICAIRES PHARMACIENS		DENTISTES		HOMÉOPATHES OSTÉOPATHES CHIROPRATICIENS		SAGES-FEMMES		GARDE-MALADES		ÉTUDIANTS EN MÉDECINE	
		N	D[1]	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D
1870-1871	1 191 516	780	1 527	131	9 096	46	25 902			45	26 478			152	7 858
1880-1881	1 359 027	1 065	1 276	240	5 663	69	19 696			323[2]	4 207	22	61 773	184	7 105
1890-1891	1 488 535	1 220	1 221	323	4 608	92	16 179							498	3 114
1900-1901[3]	1 688 998	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1910-1911	2 002 712	2 000	1 001	330	6 056	327	6 093					468[4]	4 279		
1920-1921	2 361 199	2 206	1 070	460	5 133	629	3 753	48	49 191			3 142[4]	751		

SOURCE : *Recensements du Canada*, 1871–1921.

[1] Densité : population pour un praticien.

[2] Sages-femmes et nourrices.

[3] Données non disponibles.

[4] Infirmières et élèves-infirmières.

TABLEAU 3

Évolution de la densité médicale par secteur, Ontario, 1871–1921.

ANNÉE	POPULATION TOTALE	MÉDECINS CHIRURGIENS		APOTHICAIRES PHARMACIENS		DENTISTES		HOMÉOPATHES OSTÉOPATHES CHIROPRATICIENS		SAGES-FEMMES		GARDE-MALADES		ÉTUDIANTS EN MÉDECINE	
		N	D[1]	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D
1870-1871	1 620 851	1 565	1 035	811	1 998	231	7 047			21	77 183			169	9 590
1880-1881	1 923 228	1 778	1 081	1 275	1 508	365	5 269			359[2]	5 357	77	24 976	215	8 945
1890-1891	2 114 321	2 266	733	1 276	1 656	465	4 630							655	3 227
1900-1901[3]	2 182 547	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1910-1911	2 523 274	3 053	825	1 135	2 223	1 127	2 238					2 763[4]	9 132		
1920-1921	2 933 662	3 459	848	1 214	2 416	1 377	2 130	333	8 809			9 951[4]	294		

SOURCE: *Recensements du Canada*, 1871–1921.

[1] Densité: population pour un praticien.

[2] Sages-femmes et nourrices.

[3] Données non disponibles.

[4] Infirmières et élèves-infirmières.

Comparativement au développement de l'art dentaire, la pharmacie, occupation plus ancienne et mieux contrôlée, connaît un accroissement plus lent. Même si le nombre de pharmaciens va plus que tripler au Québec de 1871 à 1921 pour passer de 131 à 460, son poids relatif au sein des praticiens de la santé ne change pas du début à la fin de la période et demeure à 14% environ. Ce phénomène n'est cependant pas propre au Québec et, en Ontario, on constate qu'après un accroissement rapide entre 1871 et 1881 (ils passent de 811 à 1 275) leur nombre tombe à 1 214 en 1921. Le lent développement de ce secteur apparaît essentiellement relié au contrôle interne de la profession elle-même. Ce contrôle, qui d'ailleurs a été dicté par le Collège des médecins et chirurgiens lors de la création du Collège des pharmaciens, vise à fixer des normes d'entrée plus strictes au sein de la profession.[11] Par cette mesure, les médecins veulent contrecarrer le développement d'une discipline qui se trouve en concurrence avec la leur pour ce qui est de la vente et de la distribution des médicaments, domaine qui leur avait été jusque-là réservé. Ainsi, cette discipline, à peine dégagée de ses liens avec le Collège des médecins et chirurgiens, a du mal à s'affirmer et voit toujours son développement limité par ce groupe professionnel rival.

À côté des médecins-chirurgiens, des pharmaciens et des dentistes, on rencontre un nouveau groupe, celui des infirmières qui, comme celui des dentistes, connaît durant cette période un accroissement frappant. Du début de la période à 1921, le nombre des infirmières au Canada monte en flèche et, au Québec, de 22 qu'elles étaient en 1881, elles sont maintenant 3 142 diplômées et étudiantes en 1921.[12] L'essor de cette profession, tout comme son apparition, est relié à l'émergence des spécialités et à la division du travail médical à la fin du XIX^{e} siècle. Le développement de la science médicale exige alors la formation d'un personnel technique capable d'assister le médecin et de le remplacer dans ses travaux de routine. Quant aux femmes, elles voient le secteur médical à la fois s'ouvrir et se fermer devant elles. D'une part, la profession d'infirmière en accueille un nombre considérable. D'autre part, elles sont évincées du domaine de l'obstétrique. Depuis 1847, la formation des sages-femmes est soumise au contrôle du Collège des médecins et chirurgiens. Finalement, elles sont mises à l'écart à la fin du XIX^{e} siècle. Déjà peu nombreuses en 1871 (une quarantaine), elles disparaissent complètement des recensements à partir de 1891. La pratique ne leur est pas interdite mais elles doivent subir des examens si difficiles que très

11. À un apprentissage de quatre ans s'ajoutent quatre séries d'examens avant d'avoir droit au titre de licencié en pharmacie : l'un avant et l'autre après l'apprentissage, le troisième pour devenir commis certifié et le quatrième pour obtenir la licence en pharmacie. (*L'Union médicale du Canada*, IV, 2, 1875, p. 86.)

12. La loi constituant la Montreal Graduate Nurse Association sera votée en 1907. (7 Edward VII, chap. 130.)

peu de candidates s'y présentent.[13] Ce sont les médecins qui s'approprient leur domaine, en exigeant pour la pratique de cet art une formation qui n'est dispensée que dans les universités et qui comprend une initiation aux techniques nouvelles en obstétrique (forceps, césariennes) et une connaissance des pratiques aseptiques et antiseptiques.[14] Enfin, l'exclusion des sages-femmes est également reliée au fait que les accouchements, surtout en milieu urbain, se font de plus en plus dans les hôpitaux où elles ne sont pas admises.

B) *La répartition géographique*

Après avoir constaté l'écart de densité entre les praticiens de la santé du Québec et ceux des régions plus développées, nous avons tenté de déterminer des aires de disparité calquées sur les divisions régionales du Québec. Par exemple, de distinguer la situation des villes et des campagnes, celle des quartiers urbains et des comtés ruraux. Cette analyse permettra, en corollaire, de déceler les groupes qui bénéficient le plus du développement de la médecine et de ses spécialités.

1. *Les médecins et chirurgiens*

Un fait ressort clairement des informations fournies par les recensements, c'est que les caducées font surtout carrière dans les centres urbains. Cette préférence très marquée pour la ville par rapport à la campagne se dessine nettement à l'étude des chiffres. Ainsi, en 1871, les villes de Québec et Montréal, qui comprennent alors seulement 14% de la population du Québec, rassemblent à elles seules 26.4% de la population médicale, soit une densité d'un praticien pour 567 habitants contre un praticien pour 1 872 habitants dans les campagnes. Cet écart entre les villes et les campagnes est encore plus accentué en 1881 alors que Québec et Montréal, qui regroupent alors moins de 15% des citoyens, accaparent 34.4% des praticiens québécois. À la fin de la période, en 1921, l'afflux des médecins et chirurgiens vers les centres urbains aux dépens des campagnes n'a pas cessé et 53% d'entre eux exercent dans les villes de Hull, Montréal, Sherbrooke, Verdun, Trois-Rivières et Québec, centres qui, en dépit de leur développement rapide, ne regroupent que 34.2% de la population de la province.

Cette attraction continue qu'exercent les villes sur les professionnels de la médecine s'explique assez facilement. Du fait qu'elles regroupent une vaste clientèle généralement plus fortunée et que les honoraires y sont élevés, les villes

13. Sur les règlements du début du XX[e] siècle, voir : *Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 1847-1947*, 1947, s.l.n.e.

14. F.E. KOBRIN, « The American midwife controversy : a crisis of professionalization », *Bulletin of the History of Medicine*, July-August 1966. Voir aussi : R.H. SHRYOCK, *Medicine in America : Historical Essays*, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1966, (chapitre : « Women in American Medicine »).

offrent des avantages indéniables. D'autant plus qu'à l'époque que nous étudions la campagne québécoise est dans une situation économique précaire. La concurrence de la péninsule ontarienne et du Middle-West américain [15] et le surpeuplement des terres ont fait que les ruraux, qui en 1881 représentent encore 77.2% de la population québécoise, quittent leurs terres en masse pour échapper à la misère et viennent s'installer dans la métropole ou émigrent aux États-Unis.[16] La fin du XIX[e] siècle marque également la première phase d'industrialisation et les praticiens pressentent peut-être qu'à la suite de ces deux phénomènes: migrations et industrialisation, les villes sont appelées non seulement à grandir mais aussi à s'enrichir. Ils ne sont probablement pas sans savoir non plus qu'avec l'industrialisation naissante dans les villes de Montréal et de Québec, des sommes importantes vont circuler entre les mains d'une nouvelle classe chez laquelle va germer et grandir un besoin pour leurs services. Ainsi, par sa capacité monétaire, la clientèle des villes offre par rapport à celle beaucoup plus démunie des campagnes un avantage certain auquel s'ajoutent ceux de sa proximité et de sa facilité d'accès. Mais l'industrialisation, qui a favorisé l'apparition de cette bourgeoisie, a aussi donné naissance à une classe pauvre et misérable qui vit dans des quartiers insalubres et dans des conditions sanitaires lamentables. Les villes deviennent alors des foyers de maladies et d'épidémies. Pour faire face à ces fléaux elles doivent construire des hôpitaux [17] et des dispensaires où les médecins trouvent de l'emploi. Enfin, autre raison majeure, c'est aussi dans les centres urbains que se trouvent les universités et que s'organisent les réseaux professionnels; c'est là aussi que sont les chances d'avancement.

Parmi les centres urbains, Montréal, dont la population double de 1871 à 1891, est la ville qui draine le plus de nouveaux médecins et chirurgiens. Leur densité, de un pour 800 qu'elle était en 1871 passe à un pour 663 en 1891 pour atteindre un pour 640 en 1921. Par rapport à Montréal, Québec, dont le développement économique est plus lent, commence aussi à accuser un retard sur le plan médical. Le nombre de médecins et chirurgiens s'y accroît seulement de un pour 827, en 1871, à un pour 743, en 1921.

À l'intérieur même des villes, on note aussi des différences de densité. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, l'écart entre l'ouest et l'est n'est pas très grand à Montréal. C'est surtout entre le centre et la périphérie qu'il est le plus marqué. En effet, le centre des villes constitue toujours un pôle d'attraction. C'est là que se situent la plupart des hôpitaux et les résidences de gens fortunés.

---

15. J. HAMELIN et Y. ROBY, *Histoire économique du Québec, 1851-1896*, Montréal, Fides, 1971, pp. 195-196.

16. D'après G. PAQUET, on totalise à un demi-million entre 1850 et 1900 le nombre de ruraux qui empruntèrent la route des États-Unis pour aller travailler dans les manufactures. (« L'émigration des Canadiens français vers la Nouvelle-Angleterre, 1870-1910: prises de vue quantitatives », *Recherches sociographiques*, V, 4, septembre-décembre 1964: 319-370.)

17. Seize nouveaux hôpitaux furent construits à Montréal entre 1880 et 1914.

TABLEAU 4

Densité médicale, Québec et Montréal, 1871.

SECTEUR	QUÉBEC	MONTRÉAL
Centre	395	381
Est	1 665	813
Ouest	1 467	811

Tout comme l'intérieur des villes, l'extérieur ne suit pas un modèle unique. Pour l'ensemble de la campagne québécoise, le bilan de cette répartition permet au contraire de déceler de grandes variétés entre les régions. Bien que simpliste, le procédé utilisé pour mettre en relief ces disparités s'avère assez éclairant. (Voir le tableau 5.) En 1881, par exemple, on distingue (exception faite des villes) trois grands groupes : un premier constitué de quatorze comtés (sur soixante et un) qui comptent plus d'un praticien par 1 000 habitants, un deuxième réunissant les trente comtés qui ont une moyenne de un praticien pour 1 000 à 2 000 habitants et un dernier, comprenant seize comtés, dont la densité est inférieure à un médecin ou chirurgien pour 2 000 habitants.[18]

Le premier groupe, qui correspond à un ensemble géographique assez homogène, est constitué de comtés situés, soit à la périphérie (Deux-Montagnes, Terrebonne, Joliette), soit au sud de l'île de Montréal, dans la vallée du Richelieu et dans la partie frontalière des Cantons de l'Est. Dans ces comtés, où les cultivateurs, souvent en majorité anglophones, bénéficient à la fois d'un sol productif et du marché de la Nouvelle-Angleterre pour leurs exportations en céréales, la densité démographique est élevée. Cette forte densité qui favorise une concentration de la clientèle, jointe à la richesse de la population qui compte parmi l'une des plus riches du Québec, attire les praticiens de la santé qui y trouvent des conditions presqu'aussi favorables qu'à la ville.[19]

Les comtés qui s'écartent le plus de ce premier groupe sont ceux dont le taux de densité est inférieur à un médecin-chirurgien par 2 000 habitants. Une partie d'entre eux recouvre la Gaspésie, région périphérique pauvre où les thérapeutiques traditionnelles et l'automédication sont encore très vivaces. Pour ces raisons, elle reste donc peu susceptible d'attirer les jeunes diplômés. D'ailleurs, en 1881, on n'y compte que vingt-trois médecins pour une population de 77 700, soit un pour 3 378 habitants. Bien qu'elles soient moins éloignées, certaines

18. La répartition par comté n'est plus donnée dans les recensements après cette date.

19. Sur les particularités régionales, voir : J. HAMELIN et Y. ROBY, *op. cit.*, pp. 193-205, 254, 270, 334. Voir aussi : A. FAUCHER, *Québec en Amérique au XIX^e siècle, essai sur les caractères économiques de la Laurentie*, Montréal, Fides, 1973, pp. 53-56, 65, 76, 100, 113, 115, 191.

TABLEAU 5

Répartition des comtés, selon le nombre des médecins et chirurgiens, Québec, 1881.

Médecins et chirurgiens		
Plus de un pour mille	Un pour mille à un pour deux mille	Moins de un pour deux mille
Berthier	Argenteuil	Beauce
Chambly	Bagot	Bellechasse
Châteauguay	Beauharnois	Bonaventure
Deux-Montagnes	Brome	Charlevoix
Joliette	Champlain	Chicoutimi
Missisquoi	Compton	Dorchester
Montréal (ville)	Hochelaga	Drummond-Arthabaska
Nicolet	Huntingdon	Gaspé
Québec (ville)	Iberville	Kamouraska
Richelieu	Jacques-Cartier	L'Islet
Rouville	Laprairie	Montcalm
Saint-Hyacinthe	L'Assomption	Portneuf
Soulanges	Laval	Richmond
Stanstead	Lévis	Rimouski
Terrebonne	Lotbinière	Témiscouata
Verchères	Maskinongé	
	Mégantic	
	Montmagny	
	Montmorency	
	Napierville	
	Ottawa (comté)	
	Pontiac	
	Québec (comté)	
	Saint-Jean	
	Saint-Maurice	
	Shefford	
	Sherbrooke	
	Trois-Rivières	
	Vaudreuil	
	Yamaska	

régions du Bas-du-Fleuve, la partie septentrionale des Cantons de l'Est et même la région de la Baie-Saint-Paul se situent dans ce groupe de comtés, et cela pour les mêmes raisons. Toutefois, le cas du Saguenay est particulier. Même s'il a connu un développement rapide depuis les années 1870, le Saguenay est considéré comme une région nouvelle dont l'avenir reste encore précaire. Outre ce facteur, l'absence de réseaux routiers et de noyaux démographiques font que bien peu de médecins osent s'y aventurer et, en 1881, on n'y recense que six médecins pour une population de 32 409 colons, ce qui donne une densité de un pour 5 401.

Entre ces deux groupes limites se situe l'ensemble le plus important, qui regroupe trente des soixante et un comtés québécois de 1881. Répartis sur le reste du territoire laissé libre, ce sont eux qui donnent le ton à la campagne québécoise. Ce sont des régions souvent moyennement développées, qui présentent l'avantage d'évoluer autour de petits centres urbains et où la forte densité supplée à la pauvreté. Les jeunes diplômés natifs de ces régions choisissent souvent d'y retourner car elles présentent l'avantage d'une clientèle presque assurée.

2. *Les autres secteurs d'activité*

Si la médecine et la chirurgie se concentrent surtout dans les villes et les régions développées, qu'en est-il de l'art dentaire et de la pharmacie? On constate que ces secteurs sont (malgré une certaine décentralisation à partir des années 1900), encore plus que la médecine et la chirurgie, un phénomène essentiellement urbain.

Au début de la période, les villes de Québec et de Montréal, dont la population représente 14% de la population québécoise, rassemblent à elles seules 87% des pharmaciens, 52% des dentistes et 61% des infirmières. Cinquante ans plus tard, alors que les six principaux centres urbains regroupent 34.2% de la population du Québec, le nombre des pharmaciens y est passé à 66.7%, celui des dentistes à 63.4% et celui des infirmières à 72.5%. Une étude plus attentive montre cependant que pharmaciens et dentistes n'obéissent pas à une même courbe d'évolution. Le secteur de l'art dentaire révèle une intégration de plus en plus forte à la ville alors que celui de la pharmacie dévoile une implantation plus grande en milieu rural. Bien que contradictoire en apparence, l'évolution différente de ces deux disciplines nous semble en fait reliée à un même facteur: celui de la clientèle. Plus nombreux que les dentistes et concentrés dès le départ dans les villes, les pharmaciens subissent la concurrence des médecins, des hôpitaux et des dispensaires. Ils se voient donc obligés de se diriger vers les campagnes pour pouvoir s'accroître sans se nuire. Cependant, même si plus de pharmaciens que de dentistes s'établissent à la campagne, il reste que ces deux disciplines s'adressent à une clientèle choisie.

Dans les villes, c'est un fait certain, on les rencontre presque exclusivement dans les quartiers fortunés, à majorité anglophone.[20] À Montréal, par exemple, en 1871, soixante-deux des quatre-vingt-neuf pharmaciens (soit près de 70%) que compte la ville habitent l'ouest.[21] La remarque s'applique également aux

20. Les sources utilisées n'indiquent pas si le lieu de pratique coïncide avec le lieu de résidence. Les annuaires municipaux révèlent toutefois qu'il y a ordinairement corrélation entre les deux. Par exemple, à Québec, en 1897, quarante et un des quarante-quatre médecins cités ont leur bureau à l'intérieur même de leur résidence. (Voir: *L'indicateur de Québec et Lévis, 1897-1898*, Québec, L.-J. Demers et frère, 1897.)

21. L'ouest de Montréal est alors anglophone à près de 67%.

dentistes. Treize des vingt dentistes licenciés qui vivent à Montréal cette année-là exercent dans l'ouest de la ville. La situation est similaire à Québec et c'est dans le centre, quartier bourgeois à forte concentration anglophone, que se côtoient pharmaciens et dentistes. Quand il y a surnombre, au lieu de quitter pour les quartiers francophones ou moins riches, plusieurs d'entre eux vont ouvrir leurs cabinets à l'extérieur des villes. Dans ce cas, ils ne se répartissent pas non plus au hasard. Ainsi, en 1870, sur les vingt-sept pharmaciens qui pratiquent hors-villes, vingt-quatre sont concentrés au sud du Québec dans un quadrilatère défini, au nord, par une ligne qui passe par Saint-Hyacinthe pour se prolonger jusqu'au nord du lac Mégantic et, au sud, par la frontière américaine. La situation change un peu en 1881. Toutefois, cette année-là, encore plus de 75% d'entre eux se concentrent à nouveau dans cette région. Les dentistes eux aussi suivent le courant et on les retrouve dans les mêmes comtés riches et souvent à majorité anglophone: Brome-Missisquoi, Verchères, Saint-Jean, Huntingdon, Beauharnois, Sherbrooke, Stanstead.

C) *Le recrutement*

Comment s'effectue le renouvellement de la population médicale? C'est ce qu'il nous faut maintenant essayer d'identifier. Chez qui la profession médicale recrute-t-elle ses membres? Quelle est la place des étrangers? Quel est l'apport de chaque université à ce développement? Les femmes y contribuent-elles? Et les ruraux? Des réponses à ces questions ne peuvent être fournies sans tenir compte d'un organisme aux pouvoirs décisionnels énormes: le Collège des médecins et chirurgiens. C'est cet organisme qui a le plus contribué à caractériser le développement de cette profession au XIX^{e} siècle.

L'année 1847 marque l'aboutissement d'une longue lutte entreprise au début du siècle par l'élite médicale québécoise pour acquérir son autonomie professionnelle et se dégager de l'emprise de l'État. Jusque-là en effet, l'État, représenté par le gouverneur, était le seul pouvoir habilité à donner l'autorisation de pratiquer la médecine, la pharmacie et l'obstétrique. Il était secondé, jusqu'en 1831, par deux comités (un à Québec et un à Montréal) dont il nommait lui-même les membres et qui étaient chargés de lui soumettre le nom des candidats jugés compétents. Lésé, le corps médical canadien-français, qui a toujours été tenu à l'écart de ces comités par le gouverneur, met en doute leur impartialité.[22] Puis, avec certains collègues anglophones, ils contestent leur capacité de juger de la compétence des candidats. Aussi, en 1831, pressé d'agir, le gouverneur délègue-t-il à l'assemblée des médecins de la province le pouvoir de nommer les membres des comités, mais il se garde un droit de regard sur les candidatures acceptées.[23] La création en 1847 du Collège des médecins et

22. C.A. GAUTHIER, « Histoire de la société médicale de Québec », *Laval médical*, 1943, p. 99.

23. 1831, 4 Guillaume, chap. 27.

chirurgiens de la province de Québec sera un tournant : le corps médical acquiert son autonomie professionnelle.

Chapeautant l'université et indépendant de l'État, le Collège devient la principale autorité pour réglementer la pratique de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique et de la pharmacie. C'est lui qui déterminera désormais les normes d'admission aux facultés, la durée des études et les programmes d'enseignement.[24] Son pouvoir sur les universités s'accroît encore en 1879 lorsque celles-ci perdent le droit de sélectionner elles-mêmes leurs candidats.[25] Ce pouvoir revient alors à un bureau composé de quatre membres nommés par le Collège et, à la fin des études, les examens des étudiants deviennent assujettis au contrôle des assesseurs du Collège. L'admission des étrangers à la pratique lui est aussi concédée et le Collège peut maintenant poursuivre lui-même en justice les praticiens qui exercent illégalement. C'est dans le contexte de cette corporation, qui régit librement le recrutement de ses membres, que nous pouvons mieux saisir les caractéristiques propres du recrutement au sein de ce corps professionnel.

Nous remarquons d'abord que l'aire de recrutement devient de plus en plus étroite et qu'elle se confine à l'intérieur des frontières. Alors qu'entre 1831 et 1837, 42% des nouveaux licenciés venaient soit d'outre-mer, soit des États-Unis,[26] moins de quatre-vingts ans plus tard on ne compte plus au Québec que 6.2% de médecins et chirurgiens nés à l'étranger. Ce phénomène de fermeture n'est pas propre aux médecins : chez les dentistes, qui sont réunis en collège depuis 1904, le pourcentage de Néo-Canadiens dans la profession baisse de 7% en dix ans pour devenir presque nul en 1921 (1.5%).

La profession médicale obéit aussi à un accroissement numérique de plus en plus surveillé. Une élimination déjà importante s'effectue et il n'est pas rare de rencontrer, malgré les protestations des universités, des taux d'échec élevés.[27] Trois institutions assument la responsabilité du renouvellement des effectifs : deux universités anglophones, McGill et Bishop's, et une université francophone, la Faculté de médecine de Laval de Québec et sa succursale de Montréal, fondée en 1876. Parmi les nouveaux licenciés, ce sont les étudiants des écoles francophones qui représentent l'apport le plus important, apport qui s'accroît du reste tout au long de la période. Leur importance relative passe de 66.7% pour la période 1880-1889 à 72.6% pour les années 1900-1909.[28] Les autres licenciés

24. 1847, 10-11 Victoria, chap. 26.

25. 1879, 42-43 Victoria, chap. 37-38.

26. S. LEBLOND, « La médecine dans la province de Québec avant 1847 », *Cahiers des Dix*, 1970, p. 86.

27. Corporation professionnelle des médecins et chirurgiens de la province de Québec, *Procès-verbaux*.

28. Informations tirées des registres d'admission à la Corporation professionnelle des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

viennent soit des universités anglophones (27% pour la période de 1880-1889 et 24% entre 1900-1909), soit de l'extérieur du Québec.[29] Ces chiffres sont donc le reflet d'une profession qui se francise. Alors que dans la première moitié du XIX[e] siècle la profession médicale était essentiellement monopolisée par les anglophones,[30] elle passe graduellement aux francophones.

Cette profession, qui devient de plus en plus francophone, semble aussi manifester une tendance à recruter ses futurs membres dans ou près des grands centres urbains. De 22.8% qu'ils étaient en 1871, les étudiants originaires de Québec et de Montréal sont 40% en 1881, alors que les deux villes réunies représentent à chaque année moins de 15% de la population québécoise. Hors de ces centres, le recrutement s'effectue soit dans des régions adjacentes à ces villes soit dans des comtés bien représentés sur le plan médical, comme la région méridionale du Québec (sud de la plaine de Montréal et des Cantons de l'Est).

Enfin, la profession médicale québécoise reste le domaine exclusif des hommes. Aux États-Unis, la lutte commencée au milieu du XIX[e] siècle pour la promotion de la femme devait se traduire, non sans de grandes difficultés, par la création, dès 1850, de collèges de médecine pour les femmes.[31] L'intégration des femmes devait être beaucoup plus tardive au Canada et ce n'est qu'en 1883 qu'est créé à Toronto le premier collège médical féminin. Au Québec, l'intégration des femmes s'est faite encore plus tard. En 1890, l'Université Bishop's ouvre ses portes aux femmes : elle est la première à le faire et restera la seule à les accueillir jusqu'à la fermeture de sa faculté de médecine en 1905. L'Université McGill ne les acceptera pas avant 1919. À la veille de la Première Guerre mondiale, les femmes ne représentent que 1% des médecins et chirurgiens du Québec.[32]

*
* *

29. Il y aurait lieu de soulever ici l'attitude ambiguë du Collège à l'égard de la faculté de McGill. Alors qu'il durcit ses exigences pour une meilleure qualité professionnelle de ses membres, le Collège ne prend aucune mesure pour que McGill (d'après Flexner, la seule faculté de médecine québécoise d'un niveau comparable aux grandes facultés américaines), dont plus de 50% des étudiants viennent déjà de l'extérieur du Québec, ne profite davantage au milieu québécois. La lecture des procès-verbaux montre qu'il ne discuta même pas du problème.

30. Entre 1824 et 1835, les anglophones représentaient 144 des 218 nouvelles admissions à la pratique médicale et, en 1842, 72% des médecins de Montréal et 54% des médecins de Québec appartenaient à ce groupe ethnique. (F. OUELLET, *Le Bas-Canada, 1791-1840, changements structuraux et crise*, Ottawa, Éditions de l'Université d'Ottawa, 1977, p. 270.)

31. Dix-neuf écoles de médecine furent ouvertes, entre 1850 et 1895, pour la formation médicale des femmes aux États-Unis et, en 1905, celles-ci représentaient 4% des gradués américains en médecine. (J. DUFFY, *The Healers*, New York, McGraw-Hill, 1976, p. 278.)

32. 3.5% en Ontario.

On peut dire que le visage de la médecine québécoise s'est considérablement modifié entre 1871 et 1921. Non seulement le nombre des praticiens a triplé, mais de nouvelles spécialités se sont développées et ont acquis une plus grande autonomie. Cependant, on note des différences très marquées entre : a) les villes et les campagnes et b) les régions développées et les régions moins développées. Différents facteurs ont contribué à la distribution de la population médicale : les impératifs financiers, la concentration de la clientèle, la présence d'hôpitaux, la possibilité d'obtenir des services et d'établir des contacts professionnels. Bien entendu, les villes répondaient le mieux à ces critères. C'est ce qui fait que les médecins s'y retrouvent en grand nombre et que les campagnes sont mal desservies.

On remarque également une différence très nette entre les milieux francophones et les milieux anglophones. Les quartiers et les comtés anglophones regroupent ordinairement, non seulement plus de médecins que ceux occupés par les francophones, mais les disciplines nouvelles comme la pharmacie et l'art dentaire y sont encore, au tournant du XX^{e} siècle, un privilège presque exclusif.

Quant au problème de « l'engorgement » de la profession, il prend maintenant une dimension nouvelle. Ce problème est loin de se poser au Québec en des termes aussi aigus qu'aux États-Unis [33] ou même qu'en Ontario. (Voir les tableaux 2 et 3.) S'il y a surnombre dans la profession médicale à l'époque, ce ne peut être que dans les villes, en raison du refus des praticiens d'aller exercer dans les campagnes. Même si le Collège est conscient de la contradiction, le principe de la libre pratique qu'il défend l'empêche d'intervenir directement sur le corps médical pour le forcer à se diriger vers les campagnes. Par ailleurs, les médecins eux-mêmes ne sont pas sûrs de réussir auprès d'une population rurale qui a encore recours à l'automédication et aux pratiques traditionnelles. Ils n'osent faire une lutte directe à ces coutumes. Bien que le médecin jouisse d'une formation plus poussée qu'avant, sa compétence n'est pas encore reconnue par les gens des campagnes. Il faut dire aussi que le médecin fait figure d'étranger pour les populations rurales : il n'est pas issu du même milieu.

Le conflit est donc double. Le médecin s'oppose d'abord, par son savoir, aux « charlatans » et, par sa classe sociale, à un groupe culturel différent de lui. Pour s'assurer la clientèle rurale à laquelle il tient, le Collège ne va pas développer une politique de confrontation ouverte, mais il adoptera plutôt une attitude répressive. Durant toute la période étudiée, nous voyons le Collège faire constamment pression sur le gouvernement pour l'inciter à légiférer en sa faveur et à mettre légalement les médecins en position de force face aux « charlatans ». Le gouvernement, croyant sans doute que de telles mesures le rendraient

33. L'on comptait souvent, même dans les états les moins urbanisés, plus qu'un médecin par 600 habitants. (A. FLEXNER, *Medical Education in the United States and Canada*, New York, D.B. Ubdike, 1910.)

impopulaire, refuse de prendre lui-même la responsabilité de cette répression et en laisse le soin au Collège. Sous couvert d'améliorer les pratiques médicales, le Collège nomme en 1881 son propre enquêteur dont le rôle est de repérer les « charlatans » et de les poursuivre en justice. Par cet acte, le Collège consacre le début d'une lutte entre deux formes de savoir : la connaissance scientifique et le savoir populaire. Lutte qui n'est d'ailleurs pas terminée.

Enfin, il importe de retenir que le discours que certains médecins tiennent dans les revues médicales, à l'instar de leurs collègues américains, sur le surnombre dans la profession médicale québécoise, a eu les effets recherchés. Comme la profession connaît ici des problèmes semblables dans certaines parties des villes, plutôt que de viser à une meilleure distribution du personnel médical, elle choisira de faire de même et d'instituer un contingentement plus strict des nouveaux membres. L'élite médicale trouve ainsi à consolider son pouvoir sur deux fronts : à l'extérieur par l'interdiction des pratiques populaires et de l'intérieur par un contrôle plus strict sur les admissions.

Jacques BERNIER

Département d'histoire,
Université Laval.