

Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIXe siècle

Denis Goulet and Othmar Keel

Volume 15, Number 2-3, 1991

L'univers du sida

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/015183ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/015183ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (print)

1703-7921 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Goulet, D. & Keel, O. (1991). Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies au Québec depuis le XIXe siècle. *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3), 205–228. <https://doi.org/10.7202/015183ar>

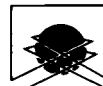
Article abstract

The Genealogy of Representations and Attitudes Towards Epidemics in Québec since the 19th Century

This article presents various historical parameters which are linked to the attitudes of the general population and medical fields confronted with infectious and transmitted diseases in view of a better understanding of the excessive fears elicited by AIDS. The authors' reflections are based on the evolution of the concept of infection in the 19th century and its social implications in campaigns of hygiene during the first decades of the present century, mainly with regard to tuberculosis and venereal diseases. Excessive fear of infection, guilt reactions and attitudes of rejection and stigmatization of the infected individual are closely related to various social and ethical problems raised by AIDS.

GÉNÉALOGIE DES REPRÉSENTATIONS ET ATTITUDES FACE AUX ÉPIDÉMIES AU QUÉBEC DEPUIS LE XIX^e SIÈCLE

Denis Goulet et Othmar Keel



Il y a quelques années, avant l'apparition soudaine du sida, les grandes épidémies semblaient appartenir, du moins dans la majeure partie de l'Occident, à une ère désormais révolue réservée au territoire de l'historien ou de l'anthropologue. Mais voici que certains problèmes et réactions soulevés par cette nouvelle épidémie — inefficacité thérapeutique, craintes semblant irrationnelles, recherche de boucs émissaires, appel aux mesures d'exclusion, culpabilisation des malades, jugements moraux, etc. — évoquent, dans un tout autre contexte, des attitudes que l'étude des grandes maladies contagieuses du passé a rendu familières à l'historien. Puisque ces attitudes et réactions dépendent pour une large part des représentations et des explications du phénomène de la contagion, il nous apparaît important, pour comprendre la résurgence ou l'accentuation de certains comportements, d'analyser les représentations qui ont modelé, depuis le XIX^e siècle, les perceptions et les explications scientifiques et populaires de la contagion.

Dans une première partie, nous présenterons les doctrines médicales de la contagion qui ont prévalu au Québec avant le pasteurisme. Celles-ci reposent sur des conceptions divergentes, mais dont l'argumentation est élaborée. Ces conceptions scientifiques s'opposent ou s'accordent, selon les cas, aux représentations populaires. Si les médecins reconnaissent en général la nature contagieuse de maladies comme la variole, les maladies vénériennes, la rougeole ou les exanthèmes, certains d'entre eux ne l'admettent pas — bien qu'ils aient parfois changé d'avis au fil des événements — pour des épidémies très graves comme celles du choléra, qui sévissent au XIX^e siècle dans la province. La plupart cependant adoptent des positions intermédiaires, attitude que l'on a qualifiée de contagionisme contingent¹. Ces conceptions divergentes des maladies épidémiques n'en ont pas moins conduit, comme nous le verrons, à une nouvelle représentation de la maladie où les phénomènes pathologiques se caractérisent par une dimension historique et sociale. Cette nouvelle représentation a continué jusqu'à aujourd'hui à sous-tendre certaines perceptions, attitudes et dispositions prises à l'égard des maladies contagieuses. Sont donc examinées aussi dans cette partie les attitudes

1. Des auteurs comme Pelling (1978) et Durey (1980) ont fortement remis en question, pour la médecine du XIX^e siècle, la distinction catégorique établie par Ackerknecht (1948) entre médecins contagionnistes et « anticontagionnistes » en montrant que la plupart des médecins de l'époque, en Grande-Bretagne, adoptaient des positions intermédiaires qui relèvent d'un contagionisme « contingent ».

populaires et les accords ou désaccords avec les doctrines médicales dans la période pré-pasteurienne.

Dans la seconde partie, nous prenons pour objet ce nouveau régime de représentations que constitue le remplacement des doctrines divergentes « environnementaliste-atmosphérique » d'un côté et de la contamination par « virus-poison » de l'autre par la doctrine bactériologique et la substitution des germes aux miasmes et aux « virus » (ou substances contaminantes du genre poison). Ce tournant décisif dans la représentation médicale de la contagion n'avait pas encore été analysé pour le Québec. Cette question doit être traitée à deux niveaux. Le premier concerne l'attitude du corps médical face aux idées pasteurienues. Nous présenterons les enjeux épistémologiques et sociaux sous-jacents aux débats. Le second traite des réactions — acceptation ou résistance — de la population face à ces nouvelles conceptions étiologiques. Ceci nous conduit à analyser les rapports entre débat scientifique et pensée populaire.

La troisième et dernière partie constitue une réflexion sur les liens qui unissent les initiatives prises pour populariser la nouvelle conception microbienne de la contagion à partir du début du XX^e siècle. Nous montrerons que les problèmes sociaux et éthiques soulevés par les grandes campagnes antivénériennes et anti-tuberculeuses se rapprochent sensiblement de ceux qui sont aujourd'hui actualisés par le sida.

Conceptions et attitudes devant la contagion avant le pasteurisme

Parmi les théories pré-bactériologiques qui ont prévalu au Québec au cours du XIX^e siècle, deux ont servi de cadre général aux interventions des médecins québécois : la théorie contagionniste² et la théorie infectionniste³ (environnementale-atmosphérique), mais, comme nous le verrons, un grand nombre de médecins ont adopté des positions intermédiaires entre ces deux doctrines. Selon la première, le « contagium » ou « virus » était un principe *morbifique* qui se reproduisait dans un organisme et pouvait se transmettre à un autre directement par contact cutané, inoculation ou excoriation, ou indirectement par les vêtements, la literie, les objets, les passagers ou marchandises amenés par les vaisseaux, les aliments, l'eau, l'air, les déjections, etc. La prévention consistait à prendre des mesures d'isolement, de quarantaine et de vaccination, sans exclure pour autant des mesures d'assainis-

2. Sur les oppositions ou divergences entre les tenants des théories infectionnistes et contagionnistes, voir Ackerknecht (1948); Rosen (1958); Piquemal (1959); Crellin (1968); *XVIII^e siècle* (1977); Pelling (1978); Corbin (1982); Léonard (1986); Delumeau et Lequin (1987); Bardet *et al.* (1988).
3. L'infection est ici tout autre chose que la transmission d'une maladie par contagion et dont l'agent infectieux est un microorganisme, comme l'implique de nos jours le concept d'épidémie. Dans la pensée médicale, la notion d'épidémie n'a pas toujours supposé celle de contagion. Comme le note Piquemal (1959 : 49), le terme d'épidémie a pu désigner autrefois « toute maladie frappant pour un temps limité, un grand nombre d'individus dans un même secteur ». On distinguait même à l'époque deux types de maladies frappant un grand nombre de personnes à la fois : celles qui étaient contagieuses et celles qui étaient simplement épidémiques, où l'« infection » provenait seulement de l'insalubrité du milieu physique-atmosphérique ou du milieu social ou mode de vie (également non hygiénique ou intempérant). On pouvait imputer à la contagion le déplacement de certaines épidémies, mais il ne s'agissait pas d'une règle générale (*ibid.*).

sement de l'environnement physique et social. La seconde théorie accordait une importance particulière au rôle joué par l'environnement physique ou social dans la genèse des maladies épidémiques. La saison, le climat, la modification des conditions atmosphériques, la corruption de l'air par des émanations putrides, la formation de miasmes par la putréfaction d'éléments végétaux et animaux constituaient, jusqu'aux années 1870, le schéma étiologique général des infectionnistes⁴. Nombreux seront les médecins qui tenteront de dresser des topographies médicales à partir des facteurs géographiques, météorologiques et géologiques pour déterminer l'occurrence et les conditions d'apparition de certaines maladies épidémiques ou endémiques dans la province (voir Keel et Keating 1983). Sont considérés aussi comme des éléments importants les conditions et les modes de vie de la population des diverses localités, l'entassement dans les milieux urbains, les conditions de travail, la malpropreté corporelle et l'insalubrité des logements. De telles considérations conduiront, au cours du siècle dernier, au Québec comme ailleurs, à la mise en place de mesures prophylactiques visant à l'amélioration du milieu environnant, à la désinfection et à l'installation d'une ingénierie sanitaire : système d'adduction d'eau et ébouage (voir Farley *et al.* 1982).

En privilégiant l'approche infectionniste, certains médecins de la province du Bas-Canada ne se démarquaient guère de leurs collègues britanniques ou français. Nombre d'auteurs ont souligné l'essor de cette théorie en Europe à partir des années 1820 et ses répercussions socio-économiques, tant sur les politiques sanitaires que sur la réglementation des activités commerciales. Ces auteurs considèrent, par exemple, que les infectionnistes étaient des bourgeois d'esprit libéral qui devaient naturellement s'allier aux commerçants, très hostiles aux mesures de quarantaine entravant le commerce⁵. Ainsi, ils auraient contesté les thèses contagionnistes par convictions non pas scientifiques, mais plutôt idéologiques et politiques tenant à leur origine et position de classe. Mais on a montré qu'on ne pouvait pas réduire les positions scientifiques des médecins opposés à la contagion ou en faveur d'un contagionnisme contingent uniquement à des facteurs économiques, socio-politiques et idéologiques (voir Pelling 1978 ; Durey 1980 ; Piquemal 1959 ; Delaporte 1990⁶). Au Québec, en tout cas, les médecins et la bourgeoisie

-
4. Le terme latin « infectio » désigne ordinairement la coloration, la tache, la souillure (par exemple, la teinture des cheveux). Mais, comme le note Grmek (1980 : 27), « le terme apparaît dans d'autres contextes anciens avec un sens qui est déjà chargé de significations éthiques et médicales : de simple marquage colorant ou salissant, l'« infectio » est devenue une souillure morale et une pollution morbifère ». Les liens étroits entre souillure, impureté morale et maladie « infectieuse » perdureront jusqu'au XIX^e siècle et parfois après. Les attitudes devant les lépreux (tout au long du bas Moyen Âge) révèlent ces représentations négatives où la notion de souillure est intimement liée à la crainte du contact avec le malade et à la crainte de la maladie.
 5. Voir surtout Ackerknecht (1948) et Léonard (1986). Mentionnons que dans les années 1840, l'Autriche et l'Angleterre abolissent les quarantaines à l'égard des maladies contagieuses. En France, on suspend la quarantaine pour la fièvre jaune en 1845 et, à partir de 1847, on décide de ne l'appliquer pour la peste que de manière restreinte, aux navires en provenance des pays où régnait la maladie sous forme endémique (voir Lécuyer 1986 : 98).
 6. Ces travaux ont montré qu'on ne pouvait pas réduire ainsi l'adhésion à l'une ou l'autre des théories (infectionnisme et contagionnisme) à des options politico-économiques opposées, comme si la théorie de l'infection ne servait qu'à affermir une politique libérale et libre-échangiste et la théorie de la contagion à maintenir et défendre une politique conservatrice et protectionniste. En fait, le

commerçante ne se sont pas toujours accordés. Au début du XIX^e siècle, jusqu'à ce qu'éclate le choléra en 1832, les médecins, et notamment les officiers sanitaires du port ou de quarantaine, étaient convaincus de la nature contagieuse des maladies épidémiques et ils préconisaient l'observation stricte de la quarantaine, malgré l'opposition et les critiques des marchands. En 1833, les représentants des médecins affirmaient que la variole, la scarlatine et la rougeole étaient des maladies « reconnues comme contagieuses », qu'elles provenaient de l'immigration et qu'il fallait maintenir la quarantaine. Le Bureau de santé, qui « était composé avant tout d'élites reliées au monde des affaires » — et surtout de non-médecins —, s'y opposa pour des raisons d'ordre économique » (le ralentissement de la navigation et donc des échanges marchands) (Bernier 1989 : 117)⁷.

Le rôle joué par les milieux miasmatiques dans la genèse des maladies épidémiques et endémiques était interprété de diverses façons. Alors que certains faits semblaient corroborer la présence de miasmes ou d'agents *morbifiques* dans l'atmosphère, il était moins aisé d'en saisir l'origine, le rôle et les qualités sensibles. Au début du XIX^e siècle, le concept même de contagion était souvent employé en un sens restrictif et faisait référence aux seules maladies inoculables par un « contagement » ou par ce qu'on appelait à l'époque un « virus » (croûte, pus ou sérosité)⁸.

clivage théorique ne se superpose pas toujours et en tous points au clivage politique. La fortune de l'infectionnisme en France, par exemple, n'est pas le résultat de la montée des forces libérales à la fin de la Restauration et sous la Monarchie de Juillet, et le succès scientifique ultérieur du contagionisme ne marque pas la victoire des forces conservatrices. Il faut analyser les conflits entre les théories sur la contagion non seulement en fonction du contexte socio-politique, mais aussi des règles de cohérence logique du savoir médical de l'époque.

7. L'Acte temporaire sur la quarantaine de 1832 était expiré. Au parlement, une nouvelle loi sur la quarantaine fut rejetée par des hommes politiques convaincus que l'épidémie était le résultat des politiques gouvernementales qui menaçaient la province. L'Acte sur la quarantaine de 1795 demeurait néanmoins en vigueur et en 1834, à l'approche de la saison de navigation, le Conseil exécutif recommanda la proclamation de la quarantaine et la réouverture de la station de Grosse-Île, en amont de la ville de Québec. À la différence de ce qui se passa à l'époque dans d'autres pays, la quarantaine fut donc maintenue. L'application assez stricte des mesures (arrêt et inspection des vaisseaux, déclaration obligatoire, détention des vaisseaux et passagers) se heurtèrent cependant aux difficultés habituelles : faillies dans la déclaration et l'inspection, résistances et révoltes des équipages et passagers, manque d'installations adéquates, encombrement, etc. Le système de quarantaine n'empêcha donc pas le choléra de faire un grand nombre de victimes à la station de Grosse-Île ni de se propager (par un vaisseau) jusqu'à Québec, et de là à Montréal, causant à nouveau un très grand nombre de pertes (Bilson 1980 : 66 et s.).
8. Depuis déjà le XVIII^e siècle en Europe, certains médecins, par exemple J. Hunter, imputaient aux « virus » des maladies spécifiques comme la rage, la pourriture d'hôpital, la rougeole, la scarlatine, la syphilis ou la gale. Le virus recouvrait « les poisons morbides qui communiquent facilement, par simple contact, certaines maladies contagieuses » (voir Lécuyer 1986 : 95). Le docteur Tessier, dans *Le Journal de médecine de Québec*, souligne en 1827 que le « virus contagieux » est « capable de produire la maladie indépendamment de toute autre condition, comme dans le cas de la petite vérole, la rougeole [...] » (p. 232). On notera que pour des médecins comme Tessier au Canada, tout comme pour nombre de médecins en Europe, le paradigme « atmosphérique-environnemental » et celui de la contagion n'étaient pas nécessairement incompatibles et pouvaient même être complémentaires. Ainsi, dans certaines maladies contagieuses (comme la rougeole), les conditions atmosphériques et environnantes auraient la propriété d'activer le « virus » spécifique de la contagion : « La rougeole paraît dépendre surtout d'une condition particulière de l'atmosphère sans laquelle son virus est incapable de se reproduire » (*Le Journal de médecine de Québec* 1826 : 187).

L'origine contagieuse de la variole, de la rage, de la syphilis ou de la lèpre, par exemple, était unanimement admise. Par contre, certains médecins, qui admettaient par ailleurs la contagion, contestaient le caractère contagieux de la fièvre typhoïde, du choléra ou du typhus puisque l'inoculabilité d'un « virus » paraissait discutable dans ces cas. Cependant, comme le souligne Bilson (1980), les tenants de la conception non contagionniste se sont heurtés, à Québec, à la majorité de la profession médicale, lors du choléra de 1832⁹. L'impact sanitaire de l'immigration sur le pays rendait très difficile pour beaucoup de médecins du Bas-Canada la défense d'une position non contagionniste¹⁰. Après la deuxième épidémie (1834), un certain nombre d'entre eux étaient des contagionnistes convaincus¹¹. Par ailleurs, la conception contingente du caractère contagieux du choléra permettait d'établir un accord minimal entre les contagionnistes et les infectionnistes sur les mesures de prévention à prendre et à faire appliquer (*ibid.* : 152).

Le fait que le choléra soit apparu si clairement au Québec comme une maladie de l'immigration, faisant en plus un grand nombre de victimes dans la population francophone, a sans doute surdéterminé dans cette population l'adhésion à une vision contagionniste de la maladie — et, chez les médecins non contagionnistes, l'évolution vers une position de contagionnisme contingent. De fait, la conséquence du choléra fut d'intensifier parmi les politiciens canadiens-français des années 1830 un « already savage criticism of immigration » (*ibid.* : 169). L'immigration apparaissait comme une menace à la survivance des Canadiens français. Lors de l'épidémie de 1834, qui fit des centaines de morts à Québec, le maire Caron affirma que l'épidémie était due directement à l'immigration (*ibid.* : 75). Il exhorta le gouvernement impérial à limiter la venue des immigrants et à prendre en charge leurs besoins. Lors des premières épidémies, la presse francophone accusa le

9. « The Committee established by the medical profession [en 1832] during its quarrel with the Quebec Board of Health, and reflecting french opinion, declared itself convinced that cholera was contagious, not « epidemic » » (Bilson 1980 : 151). En 1831, avant l'arrivée de l'épidémie, le gouverneur-général, Lord Aylmer, avait consulté le Bureau médical de Québec sur les mesures à prendre pour faire face au danger, puisque le choléra s'était déclaré en Angleterre. Ses membres étant divisés, le Bureau recommanda de traiter le choléra comme s'il était contagieux et de créer une station de quarantaine ainsi que des bureaux de santé. C'est sur ces recommandations que fut basé l'Acte sur la quarantaine de 1832 (*ibid.* : 6 et s.). Bourdelais (1988 : 25) souligne que la situation au Québec, en raison des circonstances locales, est à l'opposé de celle qui prévaut en Europe : « Les intérêts économiques et sociaux qui ont conduit à suspendre les mesures d'isolement temporaire et à déclarer le choléra non contagieux en Europe jouent donc ici en sens inverse : les quarantaines sont maintenues et des restrictions à la libre circulation à l'intérieur du territoire sont instaurées ».

10. Ainsi le Dr Holmes qui, au début de l'épidémie de 1832, contestait l'idée que la maladie avait été introduite par des immigrants et qu'elle pouvait se transmettre de personne à personne, fut forcé d'admettre, à partir de « son observation personnelle », que le choléra était « généralement dépourvu d'un caractère contagieux, mais qu'il était sujet dans des circonstances favorables à acquérir ce pouvoir » (Bilson 1980 : 152).

11. Comme J. Workmann, qui affirmait que tous les cas observés l'étaient parmi des gens ayant eu des contacts avec des victimes et que « its [le choléra] close adherence to emigrants proved still more incontestably the agency by which it is transmitted from country to country », rejetant ainsi l'idée des infectionnistes d'après lesquels le choléra s'était déclaré dans le pays même (Bilson 1980 : 152). Bilson montre aussi que l'expérience des années 1840 et 1850 a conduit la plupart des médecins au Québec à accepter l'idée que le choléra était contagieux jusqu'à un certain point (Bilson 1981 : 126).

gouvernement britannique et les Anglais de comploter l'extermination des Canadiens français en permettant au choléra de se répandre parmi eux (*ibid.* : 75, 169)¹².

La perception populaire des maladies contagieuses au XIX^e siècle est encore mal connue pour le Québec. On sait, par contre, que la croyance « instinctive » à la contagion¹³, qui peut se combiner d'ailleurs avec une crainte des miasmes, est un trait assez constant. Ainsi, LeBlond observe que, lors de l'épidémie de choléra de 1849, une partie de la profession médicale n'admettait pas la contagiosité de cette maladie, mais que, par contre, « la population de Québec le craignait comme une peste, et, constatant son expansion rapide, pensait bien qu'un contact rapproché était dangereux pour sa propagation » (LeBlond 1954 : 294)¹⁴. On peut noter d'ailleurs que les craintes et les frayeurs de la population lors des épidémies sont un bon indicateur de sa croyance implicite en la contagion. Même si l'on est toujours en présence d'une composante fantasmagique, cela n'annule pas les autres composantes de cette croyance qui sont basées sur une certaine expérience et une certaine connaissance. Il ne s'agit pas d'une attitude irrationnelle ou superstitieuse¹⁵. Faure (1984) souligne ainsi l'opposition entre les perceptions et représentations populaires fondées sur l'expérience et le non-contagionnisme assez répandu parmi l'élite médicale en France dans les années 1830 et 1840¹⁶. Toutefois, de nombreux autres indices montrent qu'une partie des couches moyennes et aisées de la population québécoise, probablement influencées par certaines autorités médicales¹⁷ et par une idéologie « bourgeoise-moraliste » rejetant la responsabilité des foyers épidémiques sur les zones insalubres habitées par les classes défavorisées et sur leurs mœurs dissolues et donc malsaines, était plutôt encline à privilégier

12. Par exemple, de telles accusations furent proférées contre le gouverneur-général Aylmer par les députés du parti patriote : Papineau, Viger, etc., après les ravages causés par l'épidémie à Montréal en 1834 (Heagerty 1928, vol. 1 : 194 et s.).

13. Sur cette attitude en Grande-Bretagne, malgré la doctrine officielle du contagionnisme contingent, voir Pelling (1978 : 46 et s.). Celle-ci montre d'ailleurs que les médecins qui ne croyaient pas à la contagion considéraient comme un des plus grands obstacles la croyance populaire à la contagion et l'application de la quarantaine qui produisaient des effets négatifs sur les plans social, moral, politique et médical. En France aussi, au XIX^e siècle, le contagionnisme est vu par les médecins « anticontagionnistes » comme la philosophie médicale du peuple et des gouvernements, ceux-ci suivant celui-là par incompétence et démagogie à la fois » (Piquemal 1959 : 50). Sur la croyance à la contagion dans les milieux populaires lors des épidémies de choléra en France et les réactions de peur « bleue » qu'elle déclenche, voir aussi Bourdelais et Raulot (1987 : 232 et s.).

14. Bilson (1980 : 152) montre qu'en fait, les médecins de Québec, et en particulier ceux du Bureau de santé en 1849, ont changé de position sur la question : plutôt que non-contagionnistes, ils apparaissent comme des contagionnistes contingents. LeBlond (1954 : 294) souligne d'ailleurs que les médecins de Québec admettaient en général la contagiosité de maladies comme le typhus ou la variole.

15. « Le signal est souvent donné par l'augmentation brusque des décès qui alarme la population [...] l'épidémie et la contagion sont là. Ce déclenchement de la peur prouve déjà une assez forte conscience sanitaire, une identification plutôt sûre des maladies qui sont connues » (Faure 1984 : 76).

16. « La peur de la population ne se nourrit pas à des sources obscures et millénaires mais au contraire d'une sensibilité aux choses du corps, d'une appréhension diversifiée des maladies et d'une analyse plutôt saine de la transmission des maladies » (Faure 1984 : 76).

17. En 1856, un certain Dehaut, médecin, affirme que « c'est l'air qui, se chargeant d'émanations venant de la décomposition des matières organiques, provoque épidémies et endémies » (Lequin 1987 : 474).

les composantes miasmatiques-environnementales dans l'explication de certaines maladies épidémiques¹⁸. Les partisans de cette doctrine pouvaient, de fait, combiner une genèse atmosphérique avec une socio-genèse et une « étiologie » morale de la maladie. En effet, la maladie était dans l'air, mais elle attaquait tel groupe social ou tel individu en fonction de diverses causes prédisposantes : saleté, manque d'hygiène personnelle, fatigue, malnutrition, intempérance, vices, etc. D'autre part, les quartiers surpeuplés et insalubres étaient considérés comme des foyers « privilégiés » de la formation et de la diffusion d'effluves putrides. Pour purifier l'air, les autorités militaires tiraient des salves de canon au-dessus des villes atteintes du choléra et des feux étaient allumés par la population des quartiers les plus touchés. Lors de l'épidémie de typhus en 1847, la population fait la queue devant les magasins généraux afin de se procurer des produits de fumigation. Nombreux étaient aussi les vendeurs de produits « éloignant le mauvais air » dont le commerce reposait sur cette croyance aux miasmes et effluves délétères. Par ailleurs, les thèses miasmatiques ainsi que contagionnistes pouvaient se concilier, du moins dans leur forme, avec la croyance extrêmement répandue et probablement renforcée par le clergé, d'un châtement collectif divin¹⁹. Divers liens pouvaient se tisser — comme aujourd'hui — entre les représentations magico-religieuses ou fantasmatiques des maladies épidémiques et les explications rationnelles qu'en donnait la médecine de l'époque.

Cependant, il faut se garder de généraliser les représentations aéristes et infectionnistes à l'ensemble des maladies contagieuses. Il semble bien que la population faisait la part des choses entre les maladies infectieuses endémiques et les grandes poussées épidémiques qui suscitaient l'épouvante. La pensée populaire accordait généralement une signification différente à la maladie selon qu'elle affectait sporadiquement des membres d'une communauté, d'un quartier ou d'un village ou qu'elle tuait des milliers d'individus en quelques semaines²⁰. La première manifestation constituait le tribut traditionnel accordé par la misère et la pauvreté à la mort, à l'égard de laquelle la population la plus défavorisée pouvait observer une résignation qui donnera bien des soucis aux hygiénistes. La seconde avait au contraire tensions, peurs et désordres qui se manifestaient souvent dans la recherche d'un bouc émissaire et menaçaient l'équilibre précaire des communautés. Les

18. Dans une mise en perspective historique comme celle qui est faite ici, il convient, cependant, de rappeler que dès le XIV^e siècle, alors que la médecine officielle, imbue de la théorie aériste, ne croit pas à la contagion de la peste, le peuple, « instruit par une expérience douloureuse, y croit fermement » (Grmek 1980 : 27 ; voir aussi Biraben 1976, vol. 2 : 18 et s.).

19. Il ne faudrait pas en conclure, toutefois, que le clergé déniait la contagiosité des maladies épidémiques. Plusieurs initiatives de la hiérarchie ecclésiastique montrent le contraire. Ainsi en 1831, un mandement de l'évêque de Québec, M^{re} Panet, adjurait les curés de défendre à leurs paroissiens, selon les vœux du gouverneur-général, de visiter les bateaux venant d'outre-Atlantique, où sévissait le choléra, qui mouillaient dans le voisinage de leurs paroisses, et de prendre des précautions pour empêcher le fléau du choléra qui « est si contagieux en Europe » de ravager la province (Heagerty 1928, vol. 1 : 179).

20. Voir, pour la France, Delumeau et Lequin (1987) et Faure (1984). Au Québec, de nombreuses sources (revues médicales, revues populaires, brochures de médecins et d'hygiénistes) témoignent tout au long du XIX^e siècle de ce phénomène. Lessard (1989) fait aussi part d'une certaine insouciance de la population devant la syphilis alors que, comme le souligne Bilson (1980), les épidémies de choléra susciterent une grande frayeur.

maladies vénériennes d'une part, le typhus ou la variole de l'autre, constituent, à bien des égards, des exemples intéressants des différences sur le plan des représentations étiologiques. Les premières engageaient généralement la représentation de la faute individuelle où l'individu infecté récoltait les fruits de sa propre intempérance. L'idée de contagion, implicitement présente dans les représentations sous la forme d'un poison introduit dans l'organisme, est aussi associée à une faute morale. La tempérance et les « bonnes mœurs » demeuraient donc les meilleurs moyens de prévention. Malgré la crainte de la paralysie générale et de la folie liée à la syphilis, nulles réactions collectives excessives n'accompagnaient les maladies vénériennes²¹. Il en est tout autrement du typhus et de la variole.

Le typhus, qui se manifesta de façon brutale en 1847, fut apporté au Bas-Canada par les immigrants irlandais. On devine facilement la stigmatisation de ceux-ci par la population québécoise. Comme lors du choléra, certains ne manquèrent pas d'accuser les autorités coloniales d'avoir tenté d'affaiblir démographiquement les Canadiens français. Lors des grandes épidémies, de telles tensions se sont manifestées dans la plupart des pays : soupçons et accusations fusaient de part et d'autre, les classes dominantes ou les autorités coloniales rendant les classes laborieuses ou la nation dominée responsables du fléau en invoquant leurs conditions de vie insalubres, primitives ou immorales. Ainsi, lors de la très grave épidémie de variole qui, en 1885-1886, fit plus de 3 000 morts à Montréal, la presse anglophone attribua l'épidémie à la malpropreté de la population canadienne-française²². À l'inverse, les classes populaires ou les nations opprimées soupçonnaient et accusaient les classes dominantes ou les autorités coloniales de vouloir les empoisonner et les décimer. On pouvait lire ainsi dans le journal *L'Anti-Vaccinateur Canadien-Français* (1885 : 2) que les autorités, en voulant imposer la vaccination obligatoire et en propageant le poison vaccinal « anglais » (le vaccin variolique a été découvert par un anglais, E. Jenner, à la fin du XVIII^e siècle), menaient contre les Canadiens français une guerre qui « venait des Anglais qui voulaient les tyranniser ». Les épidémies de variole les plus graves, comme celles de 1875 et de 1885-1886, ont eu pour effet de catalyser l'hostilité et l'intolérance. Il n'est donc pas étonnant que la population ait résisté violemment (manifestations, émeutes) à des mesures sanitaires contraignantes, comme la vaccination et l'isolement obligatoires, la fermeture des maisons contaminées ou la destruction des biens infectés.

Cette accentuation des tensions sociales, ethniques ou religieuses lors des épidémies se retrouve de manière récurrente dans l'histoire des groupes ethniques et religieux minoritaires comme à l'égard de tous ceux considérés comme marginaux, étrangers ou asociaux. C'est ainsi que lors des grandes épidémies de peste du Moyen Âge, les Juifs, les gitans et d'autres groupes marginaux furent accusés d'avoir provoqué le fléau en empoisonnant les puits et les fontaines. Un grand nombre furent brûlés ou massacrés. De telles réactions de culpabilisation et de

21. Soulignons qu'à la Renaissance, par contre, les maladies vénériennes, qui étaient parfois confondues avec la lèpre, suscitaient des réactions très vives de frayeur. Elles vont être aussi dramatisées et provoquer de grandes angoisses à partir des dernières décennies du XIX^e siècle. Voir Corbin (1977) et Bardet *et al.* (1988).

22. Sur ce point et les suivants, voir Farley *et al.* (1987).

persécution ont perduré bien après l'époque médiévale. Il suffit de penser aux persécutions des Juifs lors des épidémies de choléra de 1832 en Pologne et en Russie. À Paris, lors de cette même pandémie, les classes laborieuses et défavorisées accusèrent les classes dominantes et dirigeantes d'avoir empoisonné les eaux avec la complicité active des médecins (voir Baerhel 1953 : 351-360)²³. Lors de la grippe espagnole de 1918, des individus firent circuler la rumeur voulant que les Allemands aient semé les germes pathogènes (Lequin 1987 : 424). Enfin, sera-t-on étonné d'apprendre que certains médias soviétiques prétendirent en 1986 que le virus du sida était une fabrication américaine issue de recherches sur les armes bactériologiques (Gilman 1988 : 264) ?

La théorie des germes (1880-1900)

Avec les théories bactériologiques qui pénètrent au Québec entre les années 1880 et 1900, une conception plus globale des maladies infectieuses basée sur une nouvelle méthodologie scientifique réunifiait des ensembles de connaissances partielles et opposées à certains niveaux : « Le néo-contagionnisme pasteurien, note Léonard (1986 : 58), héritait, en les poussant plus loin, à la fois des principes antérieurs du contagionnisme (isolement) et de l'infectionnisme (désinfection) ». La contagion était désormais entendue comme une intrusion d'êtres vivants microscopiques capables de se multiplier chez l'hôte et de se propager par des vecteurs aériens, hydriques, animaux, etc. On savait aussi reconnaître les micro-organismes responsables de maladies spécifiques et l'on pouvait isoler leurs vecteurs. Le phénomène mystérieux de la contagion était en partie élucidé. Le champ de la prophylaxie s'en trouva fortement restructuré et consolidé. Les thèses défendues au Québec pendant la période 1880-1900 suivent la courbe ascendante du savoir médical international en matière de maladies contagieuses où les théories infectionnistes et contagionnistes sont rectifiées ou renouvelées complètement par les recherches bactériologiques. Ces travaux étaient également connus des médecins au Québec. Les miasmes, les contagés et les ferments, qui devaient faire place aux « microbes » dans le discours médical, ne furent d'ailleurs pas rayés d'un coup du vocabulaire étiologique. On ne change pas aussi rapidement les représentations.

L'attitude du corps médical face à la bactériologie

De nombreux praticiens québécois refusèrent d'accorder tout le crédit nécessaire aux démonstrations pasteuriennes pendant que d'autres s'opposèrent ouvertement « [...] aux errements de tous les bactériologistes qui, depuis l'impulsion donnée par Monsieur Pasteur et l'École française, poursuivent les recherches relatives à la prophylaxie et à la cure des maladies infectieuses » (*L'union médicale du Canada* 1891 : 106). Ce que certains appelaient « la microbiomanie » (*La*

23. Dans tous les pays d'Europe, le choléra a provoqué semblables réactions populaires : accusations, émeutes ou révoltes, destructions touchant les propriétés, violences et massacres de certains membres des classes dirigeantes ou de leurs représentants, y compris les médecins (voir Evans 1988).

Gazette médicale 1887 : 555)²⁴ inquiétait et dérangeait. La plupart des médecins qui occupaient, durant la décennie 1880, les postes d'enseignement dans les universités ou dans les hôpitaux avaient été formés à une époque où la bactériologie ne faisait guère partie du patrimoine médical. Non préparés à une démarche de type pasteurien, la majorité d'entre eux se révélèrent, sinon hostiles, du moins assez peu enclins à promouvoir les nouveaux savoirs bactériologiques. Souvent, miasmes, contagés, ferments et germes constituaient pour eux des éléments homogènes d'une théorie microbienne assez mal comprise²⁵. Par ailleurs, on était encore loin de pouvoir lutter efficacement contre l'agent pathogène. Mis à part le vaccin contre la rage de Pasteur et l'antitoxine diphtérique qui apparaît en 1894, aucun autre vaccin avant les années trente ne viendra s'ajouter à celui empiriquement appliqué contre la variole depuis 1798. Nous avons déjà présenté ailleurs une analyse des résistances à l'introduction des techniques antiseptiques et aseptiques de la part de l'élite chirurgicale (Goulet et Keel 1988, 1991). Les hésitations prophylactiques renvoient souvent aux hésitations étiologiques.

Par ailleurs, les catégories générales et traditionnelles issues du sens commun et systématisées par la doctrine infectionniste quant aux causes « favorisantes » des maladies contagieuses (âge, faute, chagrin, peur, mélancolie, intempérance, etc.) persistèrent encore longtemps et s'intensifièrent même avec l'implication croissante d'hygiénistes qui associaient sciences médicale, sociale et morale. En effet, les thèses bactériologiques n'ont pas tardé à être récupérées, déformées ou élargies en fonction de motivations sociales et morales par un discours hygiéniste qui s'ajustait aux paramètres fixés par les découvertes de la microbiologie. Du reste, les versants du discours médical portant sur l'hygiène sociale et la santé publique se déplaçaient assez systématiquement, depuis le XVIII^e siècle, de la science à l'entreprise de moralisation et de discipline des masses²⁶. Les hygiénistes dans les premières décennies du XX^e siècle n'ont pas fait exception. Nous verrons un peu plus loin les implications d'une telle démarche.

Les résistances de la population

Les multiples relations qu'entretiennent les individus avec la maladie, l'hygiène ou la souffrance physique ne sont pas indépendantes des représentations ou des conceptions populaires fortement ancrées dans l'imaginaire social. Or, certaines mesures prophylactiques proposées par les hygiénistes et les autorités depuis les années 1860-1870 s'attaquaient directement aux habitudes de vie et aux représentations traditionnelles. Face à ces mesures, on assiste ici, comme c'est le cas

24. Lécuyer (1986 : 146) fait remarquer que beaucoup de médecins « ne manifestent aucun enthousiasme à l'égard de l'absolutisme premier de la théorie des germes et que l'hypothèse du rôle pathogène des infiniments petits faisait problème : Sont-ils nuisibles ou utiles ? Sont-ils causes ou résultats des altérations morbides ? »

25. La bactériologie s'introduit lentement dans le domaine de la santé publique à la fin du XIX^e siècle sous la forme d'une théorie éclectique qui renforce cependant l'expertise revendiquée par les médecins. Voir Farley *et al.* (1982) et Goulet et Keel (1988).

26. Voir Rosen (1974), Keel (1977) et les travaux de Foucault.

ailleurs, à une résistance de la population à la médicalisation. Celle-ci bouleverse en effet les structures socioculturelles des milieux populaires, ce qui ne peut que susciter des réactions de défense²⁷. Ceci apparaît clairement dans la mise en place de pratiques comme la vaccination ou l'isolement, voire l'hospitalisation en cas d'endémies ou d'épidémies (Farley *et al.* 1987). Une partie de la population s'opposait aussi à la destruction des objets contaminés. Depuis 1849, une loi accordait aux officiers de santé le droit de pénétrer de force, avec l'aide de la police, dans les maisons et d'y détruire ce que bon leur semblait²⁸. Souvent pauvres, les populations ouvrières ne pouvaient se permettre de remplacer des biens et meubles acquis au prix d'un labeur pénible. Certains hygiénistes le reconnaîtront et demanderont vainement une indemnité pour les indigents. L'isolement des malades, l'hospitalisation des enfants ou la destruction des biens contaminés n'incitaient guère une population démunie à accepter favorablement de nouvelles mesures prophylactiques. L'opposition « énergique » de la population, en 1872, à la transformation de l'hôpital militaire temporaire de Québec en un hôpital pour les varioleux, qui rappelle son opposition violente à l'ouverture, dans ses zones de résidence, d'hôpitaux d'urgence lors des épidémies de choléra, constitue aussi un exemple révélateur d'un contexte où des données étiologiques parfois contradictoires alimentent les résistances de la population qui craint déjà spontanément la contagion. Elle illustre de plus l'incompréhension entre certaines autorités et certains bureaux de santé et la population. Le docteur Grenier, qui rapporte l'événement dans *L'Union Médicale du Canada* (1873 : 564), donne raison à ces opposants en concédant que même si la « diffusion atmosphérique des produits virulents fournis à l'air ambiant par les varioleux se fait dans des limites assez restreintes, cependant la création d'un grand hôpital spécial engendrerait nécessairement un vaste foyer variolique pouvant exercer une certaine influence sur le voisinage ».

Ce n'était pas pour désamorcer la crainte de la population à l'égard des maladies contagieuses. L'hôpital pour varioleux ouvert à Montréal en 1875 dut fermer ses portes en 1881 à la suite des pressions des commissaires du parc Mont-Royal, qui craignaient la contamination des lieux (Farley *et al.* 1987 : 100). Encore en 1891, l'ouverture d'un petit hôpital de quarantaine de 20 lits dans la ville de Québec suscite le mécontentement populaire (Rousseau 1989 : 234). Si le processus de contagion par la variole était généralement bien compris des médecins, il était encore perçu par certains, à travers des représentations « miasmatiques », comme la propagation par l'air des « virus » varioliques. La population, elle, se montrait plutôt encline à percevoir le processus de contagion comme inhérent à un contact étroit avec les varioleux. Il arrivait que des gens fassent coucher leurs enfants auprès d'un frère atteint d'une variole supposée bénigne, pour les immuniser contre une forme virulente de la maladie. Soulignons par ailleurs que la désinfection était généralement acceptée par la population lors de grandes crises épidémiques, mais

27. Sur les premières mesures sanitaires prises à Montréal par les autorités à l'instigation des officiers de santé et des hygiénistes et sur les résistances de la population, voir Farley *et al.* (1982).

28. *Acte pour établir des dispositions pour la conservation de la santé publique dans les cas d'urgence nécessaire*, Statuts de la Province du Canada, 1849, chap. 8.

que des résistances surgissaient lorsque de telles mesures étaient imposées comme une pratique routinière et récurrente²⁹.

La transition des thèses miasmatiques-aéristes aux thèses pasteurienues impliquera de fait le déplacement d'une représentation macrocosmique vers une représentation microcosmique de l'origine du mal, transition qui était encore loin d'être achevée dans les dernières décennies du siècle. Bien d'autres exemples pourraient être donnés de la résistance d'une population à des mesures sanitaires mal comprises, maladroitement administrées et souvent techniquement déficientes. Mentionnons, par exemple, à Montréal, des grèves spontanées de travailleurs, suscitées par les mesures de vaccination imposées par certains patrons (Farley *et al.* 1987 : 124). Il faut toutefois se garder de conclure à une résistance active et systématique de la population à l'ensemble des moyens prophylactiques et thérapeutiques proposés. Si certaines interventions irritaient, le plus souvent les hygiénistes se heurtaient à l'incompréhension sinon à l'indifférence d'une population encore méfiante à l'égard de la profession médicale. Ceci est particulièrement remarquable dans le cas des maladies endémiques familiales telles que la syphilis, la tuberculose ou la diphtérie. En fait, la reconnaissance des microorganismes dans le processus de contagion entraînera un effort considérable de la part des hygiénistes pour vaincre « préjugés » et habitudes de vie non conformes aux nouvelles prescriptions préventives.

De nouvelles représentations de la contagion

Tout projet d'éradication des maladies contagieuses devait désormais passer par la promotion de nouveaux codes étiologiques, hygiéniques, préventifs et thérapeutiques. La « croisade hygiénique », amorcée au Québec durant le dernier tiers du XIX^e siècle, s'accroît dans les premières décennies du XX^e. De grandes campagnes d'éducation populaire et sanitaire sont lancées. La nouveauté dans ces campagnes, c'est l'insistance avec laquelle les hygiénistes, qui ne s'efforcent plus seulement de prévenir les grandes épidémies et d'assainir le milieu, traquent l'infection microbienne au cœur même du quotidien. Il fallait alors intervenir sur les représentations traditionnelles des maladies contagieuses à partir de deux objectifs précis : susciter de nouvelles craintes de la contagion ou exploiter les anciennes en insistant sur l'omniprésence du microbe et individualiser la maladie en invoquant les responsabilités qui incombent au malade infecté³⁰.

29. Selon Lequin (1987 : 474), la théorie des miasmes en France était « largement partagée par l'ensemble de la population et lui fait recevoir, jusqu'en 1880, les mesures de désinfection ». Faure (1984) montre par ailleurs que le peuple est largement convaincu du caractère contagieux des maladies épidémiques. C'est le caractère autoritaire et arbitraire des mesures sanitaires qu'il refuse. De même au Québec, c'est le plus souvent à une telle application de ces mesures (comme dans le cas de la vaccination) que les milieux populaires résistent (Farley *et al.* 1987).
30. Une telle stratégie n'aurait pas pu être mise en œuvre par le courant non contagionniste de la profession médicale au XIX^e siècle. Les partisans de ce courant redoutaient les effets néfastes et incontrôlés des thèses contagionnistes qui risquaient, selon eux, d'éveiller peur et crainte dans une population que l'on considérait souvent comme frustrée et encline aux superstitions. Ces effets pouvaient être de deux ordres. L'éveil d'une crainte excessive risquait d'une part de menacer l'ordre social et, d'autre part, d'agir chez l'individu comme une cause « prédisposante » ou « excitante » des maladies contagieuses.

L'omniprésence du microbe

Les interventions publiques sur les méfaits des microbes au cours des premières décennies du XX^e siècle sont sans précédent dans l'histoire québécoise en matière d'hygiène privée et publique. Tout va être mis en œuvre pour rendre le microbe de plus en plus visible au cœur même du quotidien : conférences publiques dans les villes et les paroisses, expositions, instruction religieuse, livres, journaux et revues populaires, affiches dans les salles publiques, cours d'hygiène dans les écoles, films³¹, etc. Dès lors, les informations vulgarisées sur l'étiologie des maladies contagieuses, l'insistance sur les « infiniment petits » et les risques de contagion, la mise en valeur des moyens préventifs qu'accompagnent les prescriptions hygiéniques corporelles et morales ponctuent le discours de ces grandes campagnes d'hygiène populaire³². Un discours prudemment enveloppé d'une rationalité simple et aisément compréhensible suffira à contrôler les craintes. Plus question dès lors « de cacher au vulgaire la vérité » sur les microbes, ni même de lui épargner certaines hyperboles. Les progrès prophylactiques face à des maladies infectieuses aussi surnoises que la syphilis et la tuberculose n'étaient possibles que si l'opinion publique y était déjà préparée. L'on répondait ainsi de façon probablement intuitive à une donnée bien connue de l'anthropologie moderne en matière de maladie : l'interprétation joue un rôle fondamental dans l'élaboration de la conduite du sujet sur le plan prophylactique et thérapeutique³³. Laver, nettoyer, désinfecter, purifier, isoler, ne deviennent des pratiques de plus en plus visibles dans l'espace social que dans la mesure où les représentations des maladies contagieuses et de leurs modes de contagion mises en scène par les croisades sanitaires sont intimement associées aux « infiniment petits » qui envahissent l'univers quotidien.

L'hygiénisme au cœur du quotidien

À partir du moment où le germe, le bacille ou le microbe font partie de l'univers quotidien, la santé publique n'est plus seulement l'affaire de la collectivité

31. Des films muets sont projetés pour sensibiliser la population aux maladies vénériennes : *Diagnostic et traitement de la syphilis* ; *Blennorragie chez l'homme* ; *Hygiène sociale de la femme* (Cassel 1987 : 222-223). À partir de 1926, les unités sanitaires de comté feront aussi, à l'instigation du Bureau provincial d'hygiène, un large usage des moyens cinématographiques et des brochures ou feuillets d'information dans les campagnes contre les maladies vénériennes, mais aussi contre d'autres maladies contagieuses ou pour l'éducation sanitaire en général (voir Desrosiers *et al.* 1990).
32. En 1907 est créée l'Association des Dames Patronnesses des Tuberculeux qui se donne pour but d'instruire le public sur les dangers de la tuberculose et sur les meilleurs moyens de l'éviter. En 1908, la Ligue antituberculeuse de Montréal organise une exposition qui attire près de 50 000 personnes, en majorité des écoliers. On diffusera, à cette occasion, un petit « catéchisme de la tuberculose ». En 1910, une exposition d'information sur la tuberculose est organisée à l'Université Laval (Goulet et Paradis 1991). Nous pourrions multiplier les exemples montrant que l'objectif des hygiénistes et des intervenants en matière de santé publique est d'informer le citoyen et de l'inciter à se comporter de manière responsable.
33. « [...] d'une part, les représentations de la santé et de la maladie non seulement déterminent les comportements et les recours thérapeutiques des sujets mais elles sont également susceptibles de faire échec à la pratique des professionnels de la santé. D'autre part, ces représentations ont des incidences sur les conduites quotidiennes, extra-médicales, des sujets [...] » (Fainzang 1989 : 438).

et de l'État, mais doit devenir aussi, de l'avis de bien des hygiénistes, une affaire individuelle où chaque membre de la société doit assumer ses responsabilités. Selon le bactériologiste A. Rousseau, professeur de médecine à l'Université Laval, si la tuberculose affecte les gens les plus démunis de la société, « c'est que l'on souffre, plutôt que de dénuement, d'un emploi peu judicieux de ses ressources » et que trop souvent « les préoccupations d'un luxe de mauvais aloi » remplacent « les soins du corps et la poursuite de satisfactions légitimes » (Rousseau 1906 : 61). En conséquence, « les œuvres prophylactiques antituberculeuses [auront] à corriger dans beaucoup de détails et surtout par l'éducation, contre de mauvaises habitudes invétérées, nos conditions d'existence » (*ibid.*). On imagine facilement ici la confrontation inévitable entre la pensée populaire, les habitudes de vie et les nouveaux projets prophylactiques. Il ne s'agit plus ici seulement d'établir des mesures de quarantaine et d'isolement des infectieux, de rendre obligatoire la vaccination et la déclaration des maladies vénériennes et d'assainir le milieu social pathogène, mais d'imposer de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques au cœur même de la structure familiale. La cause « la plus puissante » de la diffusion de la tuberculose étant, selon le docteur Rousseau, la « contagion familiale » (*ibid.* : 64), on ne peut s'étonner qu'il recommande d'éviter que les tuberculeux et leurs proches établissent cette « effrayante promiscuité » que l'on retrouve dans les classes populaires, d'empêcher que les malades séjournent dans les mêmes pièces, de s'assurer qu'ils ne « reçoivent les caresses de leurs enfants » et surtout de faire en sorte que « les produits bacillifères, salive, crachats, pus et autres sécrétions [...] soulevés en un nuage épais » ne pénètrent dans l'organisme des autres membres de la famille par la peau, le nez, la bouche, le pharynx ou le tube digestif (*ibid.* : 65). Un tel projet d'intervention systématique dans la sphère privée des milieux populaires est repris avec quelques variantes par de nombreux intervenants en matière de santé publique et s'ajoute au combat antituberculeux mené sur tous les fronts : milieux scolaires, de travail, lieux publics, etc.³⁴ L'étendue des moyens se voulait proportionnelle à l'ampleur d'une tâche prophylactique qui précède la découverte du vaccin : « [L']ubiquité [du microbe] est telle qu'il est inévitable et que la société est obligée pour s'en défendre de multiplier à l'infini ses moyens » (*ibid.* : 68). Nombreux seront donc les efforts pour modifier les comportements susceptibles de provoquer la contagion. Cela ne pouvait se faire sans modifier les représentations et surtout, de l'avis de la plupart des hygiénistes, sans ébranler l'indifférence de la population : « Une grande insouciance en tout ce qui regarde la culture corporelle existe parmi nos compatriotes » (*ibid.* : 69). En invoquant la responsabilité familiale et individuelle, la faute morale et la culpabilité, le discours hygiéniste, dont la légitimité scientifique est désormais renforcée, ajoute à ses moyens pour parvenir à ses objectifs prophylactiques. Le procédé n'a rien de nouveau. La référence aux propriétés préventives des conduites vertueuses est chose fréquente en Amérique et en Europe tout au long du XIX^e siècle. Les milieux puritains de New York et les

34. « Le bacille tuberculeux est sur la voie publique, dans les jardins où nos enfants vont jouer dans la terre ; il est dans les bateaux, dans les voitures de place et de chemins de fer, dans les tramways ; il est dans les hôtels, dans les bureaux publics et dans les magasins ; il est dans les livres et sur le papier monnaie ; dans le linge qui nous revient blanchi des mains de tuberculeux, dans les salles de jeux et dans les théâtres ; il est enfin dans les églises, les endroits publics avec la rue où l'on abuse de la façon la plus indécente de la liberté de cracher à terre » (Rousseau 1906 : 68).

hygiénistes parisiens, britanniques ou canadiens ne manquaient pas de souligner une étroite relation entre l'abstention de tout excès et la diminution des risques de maladie³⁵. Déjà on culpabilisait les classes laborieuses ou indigentes pour leur mode de vie malsain : promiscuité, manque d'hygiène, intempérance, vices, etc. Mais on culpabilise et on responsabilise davantage le groupe social que l'individu, ce qui conduit néanmoins à prendre comme cible la famille, en tant qu'unité sociale de base. Les responsabilités traditionnelles qui incombaient aux parents au sein de la structure familiale s'accordaient aisément aux valeurs prônées par les élites. Le docteur Rousseau rappelle aux parents qu'il est de leur devoir de veiller à ce que leurs enfants désirant se marier soient en parfaite santé :

Les parents devraient être instruits des dangers que seraient pour leur descendance certaines tares physiques aussi bien que psychiques : ils devraient connaître spécialement le devoir qui leur incombe d'empêcher l'union de leurs enfants avec des tuberculeux ou de s'opposer aux mariages de leurs enfants tuberculeux.

Rousseau 1906 : 69

Encore une fois ici, l'eugénisme proposé n'est guère nouveau et rappelle celui de Francis Galton qui suggérait, au milieu du XIX^e siècle, d'empêcher les dégénérés de se reproduire³⁶. Les lois de la contagion, qui commandent le soin de bien assortir les mariages et condamnent au célibat les infortunés tuberculeux, ne font en somme que renforcer des représentations déjà présentes dans les doctrines de la dégénérescence³⁷.

Les campagnes sanitaires, les voies de la propagande pour l'éducation hygiénique

La mise en œuvre d'une véritable campagne d'éradication du microbe et l'imposition d'un nouvel espace de représentations participaient activement au processus de médicalisation de la société québécoise. Il est certain que la reconnaissance rigoureuse et paradigmatique de l'étiologie des maladies contagieuses a conduit à de nouvelles rationalisations de la contagion par opposition aux frayeurs subites et exacerbées qui résultaient de l'imprécision étiologique de certaines maladies contagieuses. Cependant, un tel processus n'a pas manqué de provoquer en contrepartie l'intériorisation d'une nouvelle crainte de la maladie, qui n'a cessé depuis lors d'occuper un espace grandissant dans les préoccupations des individus. La médicalisation progressive de la société québécoise s'est faite à partir de procédés complexes soutenus par l'intervention croissante de l'État et des pouvoirs publics au niveau provincial, mais aussi fédéral et municipal ou local³⁸.

35. Voir, entre autres, Rosenberg (1962) ; Piquemal (1959) ; Delaporte (1990) ; Bilson (1980) ; Pelling (1978).

36. Rappelons que Galton fonda en Angleterre, vers 1870, un mouvement appelé l'Eugénique scientifique.

37. Sur cette doctrine comme base de l'hygiène socio-mentale au Québec, voir Grenier (1990).

38. Avant la création du Conseil d'hygiène de la province de Québec (1887), c'est surtout au niveau municipal qu'a été amorcée une politique de santé et de lutte contre les maladies contagieuses, entraînant une première médicalisation — inégale, bien entendu — de la société (voir, par exemple, Farley *et al.* 1982). À partir de la création du Conseil d'hygiène, et surtout de celle du Service provincial d'hygiène (1922) et des unités sanitaires de comté (1926), cette politique touchera de plus en plus les régions et les campagnes, parallèlement aux villes, ce qui induira un processus de médicalisation plus important de cette partie de la société (voir Desrosiers *et al.* 1990).

Soulignons cependant qu'aux moyens de médicalisation de la population québécoise se sont greffés des processus « paramédicaux » de mise en marché de la maladie et des thérapies. Goulet et Rousseau (1987 : 155-172) et Goulet (1987) ont relevé les caractéristiques d'un discours publicitaire sur les produits (sirops, pilules, etc.) censés assurer la santé, qui cherche à combler les « vides » thérapeutiques à l'aide de panacées. Ils ont montré les liens très étroits qui unissent le « discours médical » vulgarisé et la réclame publicitaire. Les procédés de conviction étaient, comme on peut s'en douter, souvent étonnamment semblables. Les fabricants de savon, à l'instar des marchands de remèdes brevetés, adoptent une telle stratégie de mise en marché. Selon Ewen, « Lysol définissait la maison comme une juxtaposition de dangers minutieusement décrits, ainsi les mères étaient-elles prévenues que même les poignées de portes menaçaient les enfants d'infection » (cité dans Ehrenreich et English 1977 : 196-197). On incitait donc les femmes à suivre les prescriptions des autorités sanitaires en matière de lutte contre « les dangereux ennemis de l'intérieur » (*ibid.* : 198). La bactériologie, qui pouvait maintenant fonder scientifiquement les vertus de la lessive, avait ouvert la voie. De nombreux hygiénistes reprendront ces procédés. Ces initiatives inaugurent en quelque sorte, pour reprendre l'expression de Lequin (1987 : 449), « l'univers obsessionnel du savon, de la serpillière et du bicarbonate de soude, des grands lessivages et du chaulage des murs ».

Mais alors même qu'au début de notre siècle, les grandes compagnies de remèdes brevetés et de produits hygiéniques utilisent des procédés qui préfigurent la publicité moderne, l'État, qui finance et promeut une action systématique de prévention en matière de prophylaxie et d'hygiène, cautionne des procédés visant à culpabiliser le citoyen et à lui inculquer la crainte de la maladie. Les autorités, d'ailleurs, ne s'en cachent pas. Dès 1920, la loi sur les maladies vénériennes assure la promotion d'une « propagande éducationnelle dans le but de mettre le public en garde contre l'infection »³⁹. Au cours des décennies 1920 et 1930, une campagne antivénérienne sans précédent fut mise sur pied, guidée par un ambitieux programme d'éducation :

Both its message and its method were unlike anything that Canadians had seen before. The objectives were ambitious : to increase people's knowledge of sex and sexually transmitted disease, to change their way of thinking, and to change their conduct. To achieve these objectives, organizers readily employed all the means available — new and experimental techniques, as well as tried and proven ones⁴⁰.

Cassel 1987 : 206

Le combat contre les maladies infectieuses s'associait aisément à des processus moralisateurs qui, étant donné l'implication croissante de l'État dans l'action

39. *Loi modifiant les Statuts refondus, 1909, relativement aux maladies vénériennes*, Statuts du Canada, 1920, chap. 56. C'est l'épidémie des maladies sexuellement transmissibles survenue au cours de la guerre 1914-1918 qui a entraîné, en 1920, la création de la Division des maladies vénériennes, avant celle du Service provincial d'hygiène (voir Desrosiers *et al.* 1990).

40. La campagne très intense menée au Québec est financée par des fonds fédéraux. Avec les années, ceux-ci se raréfient et, au cours des années de crise, le budget provincial affecté à cette lutte fut lui-même coupé de moitié. Cependant, contrairement à ce qu'affirme Cassel (1987), la campagne antivénérienne, bien que ralentie, s'est poursuivie dans le cadre des unités sanitaires jusqu'à la fin des années 1930 (Desrosiers *et al.* 1990).

sanitaire préventive, ne manquaient pas de moyens. Pour la seule période comprise entre les mois de juillet 1922 et de juillet 1923, plus de 400 000 brochures sont distribuées dans la province et près de 28 000 personnes assistent aux seules conférences antivénériennes (*ibid.* : 223). Il ne faut pas oublier, cependant, que cette lutte contre les maladies vénériennes, qui prend un tour moralisant, s'inscrit dans une entreprise positive beaucoup plus globale impulsée déjà par le Conseil d'hygiène de la province (1887), puis renforcée à partir de la création du Bureau provincial d'hygiène (1922), pour combattre toutes les maladies contagieuses et la mortalité considérable (infantile, en particulier) dont elles étaient la cause.

Syphilis et tuberculose : mettre les malades à l'écart

Les mouvements antivénériens et antituberculeux, dans les premières décennies du XX^e siècle, envisagent des mesures qui ressemblent sensiblement à celles qui, aujourd'hui, sont parfois proposées pour contrer le sida. Certains aspects prophylactiques controversés, tels que le dépistage obligatoire, l'imposition de tests pour certaines catégories sociales ou professionnelles ou l'exclusion sociale des malades, constituaient alors des questions brûlantes d'actualité. Le dépistage des tuberculeux a commencé à se faire de façon assez systématique (notamment par les appareils à rayons X) à partir de l'ouverture de dispensaires anti-tuberculeux dans les hôpitaux en 1920, puis dans le cadre des unités sanitaires de comté et urbaines. Le suivi de dépistage est assuré par des infirmières visiteuses (Desrosiers *et al.* 1990). Certains moyens de lutte contre la tuberculose comprenaient aussi des mesures d'exclusion qui affectaient le cœur même de la cellule familiale. La loi provinciale de 1930 sur la « préservation de l'enfance contre la tuberculose »⁴¹ instituant « l'Oeuvre du placement familial », qui visait à placer à la campagne ou dans des familles des enfants menacés par la tuberculose, constituait une mesure d'exclusion assez radicale. Elle répondait tardivement aux demandes de nombreux hygiénistes qui, depuis le début du siècle, réclamaient la séparation des enfants de leur milieu familial contaminé par les bacilles de Koch. Le docteur Rousseau soulignait en 1906 qu'« en raison des conditions navrantes de la contagion dans nos familles », il fallait « soustraire les enfants à un foyer fatalement infecté » (Rousseau 1906 : 72)⁴². Il y aurait beaucoup à dire sur les politiques de « renfermement » prônées par le corps médical québécois au début du siècle. Elles sont trop souvent justifiées par une contagion qui déborde largement les paramètres scientifiques du concept. De la contagion physique à la contagion morale, il n'y a qu'un pas que bien des médecins osent allègrement franchir. Ainsi, le docteur Sirois, lors du congrès de l'Association des médecins de langue française en 1906, propose l'enfermement des alcooliques qui « par leurs scandales, leurs sollicitations, leur déséquilibre moral sèment autour d'eux la pire des contagions : celle de la ruine et du vice » (Sirois 1906 : 314).

41. *Loi relativement à la préservation de l'enfance contre la tuberculose*, Statuts de la Province de Québec, 1930, p. 239.

42. De nombreux aspects de l'étude de Gilman sur les représentations du sida, particulièrement en milieu américain, rencontrent certaines de nos observations. Par exemple, des intervenants américains sont convaincus que les enfants atteints du sida ne sont pas « in the best family setting a child should be in [...] not a recommended family setting » (Gilman 1988 : 267).

Pour les maladies vénériennes, des efforts importants avaient déjà été consentis par le Conseil d'hygiène de la province, surtout auprès de certaines catégories sociales cibles telles que les prostituées, les prisonniers, les militaires ou les travailleurs indigents. Le discours des officiers médicaux, comme celui des autorités sanitaires provinciales, demeure très autoritaire et moralisant, comme en témoignent certains pamphlets visant à éduquer les travailleurs des chantiers maritimes de Lauzon et qui proclament que « la crainte est le commencement de la sagesse » (cité dans Desrosiers *et al.* 1990 : 111). Depuis 1865 déjà, une loi sur les maladies contagieuses obligeait, sur une simple dénonciation, toute femme suspectée d'être porteuse de maladie vénérienne à subir un examen médical et à être détenue dans un hôpital jusqu'à ce qu'elle soit libérée par les autorités. La découverte du tréponème pâle par Schaudinn et Hoffmann en 1905, loin de rendre caduques ces dispositions, les a en quelque sorte légitimées. Nombreux seront les hygiénistes au début du XX^e siècle qui rappelleront la nécessité d'établir un contrôle plus serré des vénériens et des tuberculeux. En fait foi le mémoire soumis à l'Association médicale canadienne en 1911, qui propose l'hospitalisation des prostituées dans des salles spéciales, l'inspection médicale des prisonniers et l'adoption d'une législation plus contraignante pour réduire la prostitution. La loi de 1922, qui rend passible d'emprisonnement « quiconque, sciemment ou par négligence, communique à une autre personne une maladie syphilitique ou vénérienne », exerce une pression accrue sur les personnes susceptibles d'être infectieuses, notamment les prostituées, afin qu'elles se soumettent à un test de dépistage⁴³. Outre ces mesures législatives, de nombreux écrits, à partir des années 1910, mettaient en évidence les risques quotidiens de contagion de la syphilis qui débordent largement la transmission sexuelle : objets divers, attouchements variés, contacts cutanés, etc.⁴⁴ Le dépistage des vénériens n'en est alors que plus largement justifié. En outre, de nombreuses considérations politico-morales s'ajoutaient aux considérations dérivées de la science médicale (voir Cassel 1987 : 249). La syphilis était perçue comme une maladie « impure », conséquence d'une vie désordonnée et d'une sexualité débridée en dehors du cadre matrimonial, affectant surtout les individus de moralité douteuse. La souillure microbienne répondait en quelque sorte à la souillure morale. Depuis le XIX^e siècle, les moyens proposés afin d'éviter la contamination vénérienne demeuraient la continence sexuelle, l'activité sexuelle maritale et le contrôle de la prostitution⁴⁵. Mais si l'on essaie de susciter culpabilité, hantise de la contamination, responsabilité personnelle et contrôle de soi, bien peu d'intervenants, comme le souligne Cassel, prônent l'utilisation des préservatifs. La société québécoise endossait la désapprobation du clergé et des élites à l'égard d'un

43. *Loi créant le service provincial d'hygiène et amendant en conséquence les Statuts refondus, 1909, chapitre 29, Statuts de la Province de Québec, 1922, chap. 61.*

44. Corbin (1977 : 250) insiste sur le fait qu'en France « les syphiligraphes se plaisent à énumérer tous les objets qui risquent de contaminer les individus » et tous « les gestes susceptibles de transmettre la maladie ». Brandt (1988 : 376) souligne aussi qu'aux États-Unis les médecins attribuaient à différents vecteurs la transmission de la syphilis : « pens, pencils, toilet seats, doorknobs and drinking cups ».

45. Les autorités américaines, jusqu'au tournant des années 1920, misaient surtout sur une « rigorous education, promoting sexual abstinence coupled with vigorous repression of prostitution » (Brandt 1988 : 377-378).

moyen de prévention qui avait le désavantage de s'avérer un excellent moyen de contraception⁴⁶. Du reste, les officiers de l'armée, qui considéraient le condom comme moins efficace que certains onguents, voyaient d'un mauvais œil la promotion d'un contraceptif fort efficace qui aurait pour conséquence d'encourager l'activité sexuelle⁴⁷. Le corps médical québécois et particulièrement les hygiénistes garderont le silence au sujet du condom jusqu'à la deuxième grande guerre.

Conclusions

Si la rationalisation et la multiplication des règles d'hygiène et l'éradication des grandes maladies contagieuses connaissent un gain important, il ne faut pas omettre pour autant la contrepartie du processus : les effets pervers d'une intériorisation des procédés aseptiques qui engendre des valorisations excessives de pureté et de propreté, lesquelles ne sont pas exemptes de fortes connotations morales et d'importants « versants imaginaires », comme l'a bien mis en évidence Vigarello (1985 : 245) pour la société française. Le souci parfois excessif du « plus-que-blanc » constitue l'une de ces récupérations symboliques d'un discours sanitaire promulgué à grand renfort de procédés persuasifs : « L'hygiène alarme pour convaincre, dramatise pour surprendre. Les découvertes microbiennes lui assurent, à l'évidence, une légitimité » (*ibid.* : 227). La microbiologie, en confirmant que les germes responsables des plus graves maladies infectieuses sont transportés par l'air, véhiculés par l'eau, absorbés par voies orales et respiratoires, transmis par contacts cutanés ou sexuels, fournissait les éléments nécessaires à la mise en place de nouvelles représentations de la maladie infectieuse, de nouveaux codes hygiéniques et enfin d'un dispositif socio-sanitaire qui a rendu ostentatoire le culte de l'asepsie et omniprésent le risque de contagion. Mais alors que la prophylaxie nouvelle instituée par la science bactériologique au tournant du XX^e siècle demandait la désinfection des salles et des tissus qui devront être « passés à l'eau bouillante carbolisée », la ventilation des lieux infectés, la pasteurisation du lait, la désinfection des plaies ou l'asepsie du champ opératoire, elle ne pouvait en aucun cas légitimer la discrimination sociale, la culpabilisation du malade infecté, la normalisation des comportements sociaux, l'infiltration du tissu familial, l'exclusion des individus ou le placement définitif des enfants tuberculeux hors de leurs familles légitimes. Tous reconnaîtront ici des comportements excessifs qui sont encore aujourd'hui trop souvent associés au sida⁴⁸. Du point de vue d'une histoire

46. Il est intéressant de souligner que la modification de la morale sexuelle dans notre société rend acceptable une campagne préventive qui met ouvertement l'accent sur l'utilisation du condom comme principale stratégie préventive. Une telle promotion d'un moyen contraceptif n'était tout simplement pas envisageable par les autorités de l'époque. La nouvelle morale sexuelle, qui a en quelque sorte activé ou catalysé l'épidémie, permet ironiquement la mise en valeur d'un moyen relativement efficace pour prévenir la transmission du virus par voie sexuelle.

47. Le corps médical de l'armée canadienne « resumed distribution of "Preventive Kits" containing tubes of ointment » (Cassel 1987 : 129). Brandt (1988 : 377) mentionne aussi que les militaires américains refusaient la distribution des condoms aux soldats : « It was assumed that providing condoms would merely encourage sexual relationships. »

48. Selon Brandt (1988 : 379), « the analogs that AIDS poses to this brief history of syphilis are striking : the pervasive fear of contagion, concerns about casual transmission, the stigmatisation of victims, and the conflicts between public health and civic liberties ».

des maladies, on observe une récurrence inquiétante entre des données scientifiques qui fondent des mesures prophylactiques « paradigmatiques » et la récupération de ces données pour légitimer des solutions abusives qui se veulent une réponse à la complexité du « social ». Mais encore, si les déterminations imaginaires se veulent de plus en plus marginales dans la production scientifique actuelle, la visibilité même de la science invite à des représentations qui dépassent le cadre paradigmatique de l'objet d'étude. Le cadre médiatique est parfois tel, avec ses stratégies et ses contraintes formelles, que certains intervenants spécialisés formulent des énoncés qui risquent davantage d'activer craintes et préjugés que d'informer judicieusement le public. Certaines pistes de recherche et certaines hypothèses émises au sujet du sida, tout en se voulant rigoureuses, n'ont pas manqué, en devenant publiques, d'alimenter des préjugés et des représentations tenaces qui nuisent encore considérablement à la prise en charge des malades.

Références

Livres et articles

- ACKERKNECHT E.H.
1948 « Anticontagionism Between 1821-1867 », *Bulletin of the History of Medicine*, XXII : 562-593.
- BARDET J.-P. et al.
1988 *Peurs et terreurs face à la contagion*. Paris : Fayard.
- BAERHEL R.
1953 « La haine de classe en temps d'épidémies », *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 3 : 351-360.
- BERNIER J.
1989 *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- BILSON G.
1980 *A Darkened House : Cholera in 19th Century Canada*. Toronto : University of Toronto Press.
1981 « Canadian Doctors and the Cholera » : 115-136, in S.E.D. Shortt (dir.), *Medicine in Canadian Society. Historical Perspectives*. Montréal : McGill-Queen's University Press.
- BIRABEN J.N.
1976 *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, 2 vol. Paris : Mouton.
- BOURDELAIS P.
1988 « Présentation » : 17-43, in J.-P. Bardet et al., *Peurs et terreurs face à la contagion*. Paris : Fayard.
- BOURDELAIS P. et J.Y. Raulot
1987 *Une peur bleue. Histoire du choléra en France, 1832-1854*. Paris : Payot.

- BRANDT A.M.
1988 « The Syphilis Epidemic and its Relation to AIDS », *Science*, 239, 23 janvier : 375-380.
- CASSEL J.
1987 *The Secret Plague. Venereal Disease in Canada, 1838-1939*. Toronto : University of Toronto Press.
- CORBIN A.
1977 « Le péril vénérien au début du siècle : prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale », *Recherches*, 29 : 245-283.
1982 *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social, XVIII^e-XIX^e siècles*. Paris : Aubier Montaigne.
- CRELLIN J.K.
1968 « The Dawn of the Germ Theory : Particles, Infection and Biology » : 57-76, in F.N.L. Poynter (dir.), *Medicine and Society in the 1860s*. Londres : Wellcome Institute of the History of Medicine.
- DELAPORTE F.
1990 *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*. Paris : Presses Universitaires de France.
- DELUMEAU J. et Y. Lequin (dir.)
1987 *Les malheurs des temps. Histoire des fléaux et des calamités en France*. Paris : Librairie Larousse.
- DESROSIERES G., B. Gaumer et O. Keel
1990 *Vers un système de santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté : 1926-1975*. Rapport de recherche, Département d'histoire et Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.
- DUREY M.
1980 *The Return of the Plague : British Society and the Cholera, 1831-32*. Atlantic Highlands, N.J. : Humanities Press.
- EHRENREICH B. et D. English
1977 « La science, le travail et la ménagère », *Recherches*, 29 : 192-205.
- EVANS R.J.
1988 « Épidémies et révolutions. Le choléra dans l'Europe du XIX^e siècle » : 106-134, in J.-P. Bardet et al., *Peurs et terreurs face à la contagion*. Paris : Fayard.
- FAINZANG S.
1989 « La santé : une affaire de médecins ? Le rôle des représentations de la santé et de la maladie dans les pratiques quotidiennes » : 435-439, in A. D'Houtaud et al., *Les représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements*. Paris : INSERM.
- FARLEY M., P. Keating et O. Keel
1987 « La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du 19^e siècle : pratiques, obstacles et résistances » : 87-127, in M. Fournier, Y. Gingras et O. Keel (dir.), *Sciences et médecine au Québec. Perspectives sociohistoriques*. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.

- FARLEY M., O. Keel et C. Limoges
1982 « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) », *HSTC Bulletin. Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, 20 : 24-46; 21 : 85-109.
- FAURE O.
1984 « De la peur aux soins : les attitudes face aux maladies épidémiques dans la région lyonnaise au XIX^e siècle », *Bulletin du Centre d'histoire économique et sociale de la région lyonnaise*, 1-2 : 75-90.
- GILMAN S.L.
1988 *Disease and Representation. Images of Illness from Madness to AIDS*. Ithaca : Cornell University Press.
- GOULET D.
1987 *Le commerce des maladies*. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- GOULET D. et O. Keel
1988 « L'introduction de la médecine pasteurienne au Québec » : 823-828, in R. Bernabeo (dir.), *Actes du XXXI^e Congrès international d'histoire de la médecine*. Bologne : Monduzzi Editore.
1991 « L'introduction du listérisme au Québec : entre les miasmes et les germes » : 397-405, in E. Firens et al. (dir.), *Actes du XXXII^e Congrès international d'histoire de la médecine*. Bruxelles : Societas Belgica Historiæ Medicinæ.
- GOULET D. et A. Paradis
1991 *Trois siècles d'histoire médicale au Québec (1639-1939). Chronologie des institutions et des pratiques médicales*. Montréal : VLB éditeur.
- GOULET D. et G. Rousseau
1987 « L'émergence de l'électrothérapie au Québec, 1890-1910. Les débordements d'un discours fondateur », *Bulletin d'histoire de l'électricité*, 9 : 155-172.
- GRENIER G.
1990 *L'implantation et les applications de la doctrine de la dégénérescence dans le champ de la médecine et de l'hygiène mentale au Québec entre 1885 et 1930*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- GRMEK M.D.
1980 « Le concept d'infection dans l'Antiquité et au Moyen Âge, les anciennes mesures sociales contre les maladies contagieuses et la fondation de la première quarantaine à Dubrovnik (1377), *Rad. Jug. AKad. (Zagreb)*, 384 : 9-54.
- HEAGERTY J.J.
1928 *Four Centuries of Medical History in Canada*, 2 vol. Toronto : Macmillan Co.
- KEEL O.
1977 *Cabanis et la généalogie de la médecine clinique*. Thèse de Ph. D., Université McGill, Montréal.
- KEEL O. et P. Keating
1983 « Autour du *Journal de Médecine de Québec/Quebec Medical Journal* (1826-1827) : programme scientifique et programme de médicalisation » : 101-134, in R.A. Jarrell et A.E. Roos (dir.), *Critical Issues in the History of Canadian Science, Technology and Medicine/Problèmes cruciaux de l'histoire de la science, de la technologie et de la médecine au Canada*. Thornhill et Ottawa : HSTC Publications.

KRAMER H.D.

- 1948 « The Germ Theory and the Early Public Health Program in the United States », *Bulletin of the History of Medicine*, XXII : 233-248.

LEBLOND S.

- 1954 « Le choléra à Québec en 1849 », *Canadian Medical Association Journal*, 71 : 292-296.

LÉCUYER B.P.

- 1986 « L'hygiène en France avant Pasteur » : 65-139, in C. Salomon-Bayet (dir.), *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris : Payot.

LÉONARD J.

- 1986 *Archives du corps. La santé au XIX^e siècle*. Rennes : Ouest-France.

LEQUIN Y.

- 1987 « Prométhée en question ? » : 411-494, in J. Delumeau et Y. Lequin (dir.), *Les malheurs des temps. Histoire des fléaux et des calamités en France*. Paris : Librairie Larousse.

LESSARD R.

- 1989 *Le mal de la Baie Saint-Paul*. Québec : CELAT, Université Laval.

PELLING M.

- 1978 *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865*. Oxford : Oxford University Press.

PIQUEMAL J.

- 1959 « Le choléra de 1832 en France et la pensée médicale », *Thalès*, 10 : 27-73.

ROSEN G.

- 1958 *A History of Public Health*. New York : M.D. Publications.
1974 *From Medical Police to Social Medicine*. New York : Science History Publications.

ROSENBERG C.E.

- 1962 *The Cholera Years*. Chicago : The University of Chicago Press.

ROUSSEAU A.

- 1906 « Tuberculose, étiologie et prophylaxie » : 59-75, in *III^e Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*. Trois-Rivières : Imp. Vanasse et Lefrançois.

ROUSSEAU F.

- 1989 *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*. Québec : Éditions du Septentrion.

SIMONEAU D.

- 1980 *Les médecines populaires au Québec*. Montréal : L'aurore/Univers.

SIROIS L.J.O.

- 1906 « La prophylaxie de l'alcoolisme » : 306-321, in *III^e Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord*. Trois-Rivières : Imp. Vanasse et Lefrançois.

VIGARELLO G.

- 1985 *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*. Paris : Éditions du Seuil.

XVIII^e siècle

1977 « Le sain et le malsain », 9, numéro spécial.

Périodiques du XIX^e siècle

L'Anti-Vaccinateur Canadien-Français, 1885, 1, 1.

La Gazette médicale, 1887.

Le Journal de médecine de Québec/Quebec Medical Journal, 1826, 1827.

L'Union médicale du Canada, 1873, 1891.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

*Généalogie des représentations et attitudes face aux épidémies
au Québec depuis le XIX^e siècle*

Cet article présente certains paramètres historiques liés aux attitudes du milieu médical et des milieux populaires devant la contagion et les maladies contagieuses, dans la perspective d'une meilleure compréhension des craintes excessives suscitées par le sida. Les réflexions des auteurs sont alimentées à partir de l'évolution du concept de contagion au XIX^e siècle et de ses implications sociales lors des campagnes hygiéniques au Québec durant les premières décennies du XX^e siècle, notamment en ce qui a trait à la tuberculose et aux maladies vénériennes. Craintes excessives de la contagion, procédés de culpabilisation et attitudes de rejet et de stigmatisation du malade infecté s'apparentent étroitement à certains problèmes sociaux et éthiques que pose le sida.

*The Genealogy of Representations and Attitudes Towards Epidemics
in Quebec since the 19th Century*

This article presents various historical parameters which are linked to the attitudes of the general population and medical fields confronted with infectious and transmitted diseases in view of a better understanding of the excessive fears elicited by AIDS. The authors' reflections are based on the evolution of the concept of infection in the 19th century and its social implications in campaigns of hygiene during the first decades of the present century, mainly with regard to tuberculosis and venereal diseases. Excessive fear of infection, guilt reactions and attitudes of rejection and stigmatization of the infected individual are closely related to various social and ethical problems raised by AIDS.

Denis Goulet et Othmar Keel
Département d'histoire
Université de Montréal
Case postale 6128, succursale A
Montréal (Québec)
Canada H3C 3J7