

Recherches sociographiques



La médecine et mon temps

Albert Dumas

Volume 16, numéro 1, 1975

Sociologie de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/055673ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/055673ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

La médecine et mon temps

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dumas, A. (1975). La médecine et mon temps. *Recherches sociographiques*, 16(1), 21–41. <https://doi.org/10.7202/055673ar>

LA MÉDECINE ET MON TEMPS

J'ai reçu mon diplôme en médecine en 1936.

À cette époque, la crise économique sévissait encore sévèrement et il n'était pas question d'aller se spécialiser à l'extérieur. Pas d'argent, pas de bourse, pas de facilités d'emprunt, les finissants de 1936 se sont tous dirigés dans la pratique générale de la médecine ou dans les hôpitaux pour y poursuivre une année de pratique supplémentaire. D'autant plus que plusieurs confrères, nos aînés de deux ou trois ans, fraîchement arrivés d'Europe où ils avaient acquis une spécialisation, crevaient pratiquement de faim à Québec. Ils arrivaient à peine, par des économies parcimonieuses, à manger trois fois par jour et à défrayer le coût de leur bureau. Ils travaillaient dans les hôpitaux bénévolement. Seuls le patron du service, parfois son premier assistant aussi quand il avait plusieurs années de pratique, recevaient un petit salaire. Les hôpitaux, dirigés par les religieuses qui en étaient propriétaires, ne pouvaient pas faire davantage étant donné que la majorité des patients ne pouvaient payer leurs frais de séjour et d'examen. C'était l'Assistance publique qui permettait aux hôpitaux de survivre.

Le jeune médecin choisissait un endroit où il n'y avait pas de médecin ou une localité où le nombre de médecins paraissait insuffisant, compte tenu de la population à desservir. Moi, j'avais opté pour une année d'étude comme interne senior à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi. Le salaire était de \$50 par mois, pension et chambre comprises. À la dernière minute, un médecin de Portneuf m'offrit son bureau. Il s'en allait au ministère de la Santé, division des Unités sanitaires. (Je dois mentionner que c'était alors le bureau provincial d'hygiène qui dépendait du Secrétariat de la Province.) Étant donné que Portneuf était près des hôpitaux de Québec et qu'il n'y avait qu'un seul autre médecin, absent à cette date par maladie, j'acceptai de louer le bureau et j'annulai mon engagement à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.

À Portneuf, je ne fis ni vieux os ni fortune. J'y ai pratiqué une dizaine de jours seulement. Je reçus des clientes tous les jours, deux ou trois par jour.

Toujours des femmes qui avaient tous les troubles du genre humain et chez qui le diagnostic était inexplicable. Habitué aux facilités et à l'aide des laboratoires et de la radiologie dans les diagnostics à l'hôpital, je me sentais malheureux et maladroit. J'étais tout de même conscient que les premiers clients chez un nouveau médecin sont généralement des cas difficiles qui n'étaient pas satisfaits du médecin précédent. Je vis huit personnes de suite dont les troubles étaient à peu près tous semblables : céphalgie, étourdissements, insomnie, battements de cœur, chaleur, cauchemars etc, etc. L'examen physique complété et négatif, j'essayais de les encourager et leur donnais quelques comprimés, des toniques et des vitamines. Les préoccupations de ces patientes étaient tellement grandes qu'elles oubliaient que je pouvais avoir moi aussi des préoccupations, car aucune d'elles ne m'offrit d'honoraires. J'avais pourtant un loyer et des médicaments à payer. Je sais bien que dans une paroisse à l'aise comme Portneuf, j'aurais touché mes honoraires si je les avais demandés, mais je n'osais pas. Pour comble de malheur, le mois de mai était si beau qu'il n'était pas propice aux bronchites et gripes que nous rencontrons au printemps !

Après dix jours de pratique, je rencontrai un ami avocat, fils du vice-directeur du Service d'hygiène, qui me dit que son père, que je connaissais bien, voulait m'embaucher pour les unités sanitaires et d'aller le rencontrer. Après une rencontre de quelques minutes avec le Dr Nadeau, j'acceptai la position. Il ne restait qu'à faire approuver la nomination par le Conseil des ministres. Avant d'être nommé, j'allai voir deux professeurs de Laval en qui j'avais confiance pour avoir leur opinion. Ils me conseillèrent d'accepter le poste offert par le ministère parce que l'avenir était à la médecine préventive. Il était entendu que j'irais travailler dans l'Abitibi où le Dr Poliquin, de qui j'avais loué le bureau, travaillait. Je n'eus pas de difficultés à sous-louer le bureau à mon confrère Côté qui passa sa vie à Portneuf. Il vient juste de se retirer à Québec.

Après mon court séjour à Portneuf, j'ai travaillé successivement dans trois régions différentes de la province : l'Abitibi, le comté de Labelle et le comté de Montmagny.

Dans l'Abitibi et Labelle, je n'ai pratiqué la médecine qu'occasionnellement, soit pour remplacer un confrère absent lors d'une urgence où il n'y avait pas d'autre médecin, soit pour rendre service tout simplement dans des paroisses éloignées de la paroisse d'un confrère. À Montmagny cependant, j'ai pratiqué à temps partiel pendant environ quinze ans. J'étais toujours à l'emploi du ministère, de 9 heures à 5 heures chaque jour.

Je ne suis resté que neuf mois en Abitibi (1936-37), trois ans à Mont-Laurier (Labelle) et vingt ans à Montmagny. Pendant les quatre derniers mois de 1937 et les six premiers de 1938, j'ai suivi un cours d'hygiène à l'Université de Toronto : j'étais alors boursier de la Fondation Rockefeller qui encourageait l'hygiène au Canada.

Les principaux problèmes qu'affrontait la médecine du temps étaient : la pénurie de médecins, le manque d'argent pour les payer, le manque d'hôpitaux

régionaux, la pauvreté de l'arsenal thérapeutique, les préjugés et les charlatans, le fléau de la tuberculose, la mortalité infantile et maternelle, la mauvaise qualité des habitations, l'alimentation abondante mais irrationnelle, le lait cru contaminé et l'eau dont la potabilité était souvent compromise par les égoûts déversés près des puits et dans les rivières.

Nous pouvons affirmer que ces problèmes étaient ceux de toute la province, à un degré plus ou moins marqué, sauf pour la ville de Montréal où les conditions étaient beaucoup meilleures que dans le reste de la province.

Après deux mois d'entraînement intensif à Lévis, je partais pour l'Abitibi en juillet 1936.

L'Abitibi était une région qui connaissait un essor considérable. La colonisation y était intense et les mines se développaient à une allure du diable ! Tous les ans, une nouvelle paroisse était fondée. Les colons venaient de toutes les régions de la province ; beaucoup de Montréal où le chômage était énorme et où le « secours direct » était distribué à des milliers de citoyens.

Dans le comté de l'Abitibi, les soins médicaux étaient distribués par dix médecins praticiens et trois hygiénistes. Il y avait quatre médecins à Amos, dont un jeune chirurgien qualifié qui venait d'arriver. La population était environ de 20,000 âmes. Devant la pénurie de soins médicaux, le ministère de la Santé avait embauché une vingtaine d'infirmières licenciées qui étaient installées, une par paroisse, dans les nouvelles paroisses de colonisation. Le ministère leur bâtissait une petite maison avec bureau pour recevoir la population. Elles possédaient un outillage sommaire et achetaient les médicaments qu'elles revendaient aux clients. Elles étaient accréditées pour travailler sous la surveillance médicale mais, en fait, l'éloignement des médecins faisait qu'elles n'avaient pas beaucoup de surveillance. Les médecins étaient payés \$50 par mois pour aller de temps à autre visiter l'infirmière et voir les cas sérieux que celle-ci leur réservait. En fait, ils y allaient une fois par mois.

La grande pratique des infirmières était l'obstétrique. Je crois que les vingt infirmières faisaient plus d'accouchements que les dix médecins. Les cas compliqués étaient dirigés à l'hôpital d'Amos. Il y avait peu de complications ; c'était même exceptionnel, compte tenu du grand nombre d'enfants que les infirmières mettaient au monde. Pendant l'année que je passai à Amos, les infirmières n'eurent à déplorer aucun cas de mortalité maternelle.

Nous pouvons expliquer ce succès : elles avaient une bonne technique d'asepsie. Connaissant toutes les femmes enceintes de leur territoire, elles pouvaient les suivre, leur donner une diète alimentaire, examiner leur urine. L'éclampsie qui était une menace pour la vie de la mère et de l'enfant ne se rencontrait pas. Les hémorragies qui étaient la complication la plus fréquente des accouchements n'existaient pas, parce que les infirmières ne donnaient pas de médicaments, ou très rarement, pour hâter la venue du bébé. Elles attendaient que la bonne nature fasse le travail de dilatation. Elles faisaient peu ou pas de manipulations internes, causes fréquentes d'infections puerpérales.

Les mamans se réjouissaient de la présence des infirmières dans les paroisses de colonisation. Les sages-femmes qui présidaient aux accouchements avant l'arrivée des infirmières cessèrent leur travail, sachant que l'infirmière était mieux qualifiée qu'elles.

Une très petite minorité de femmes accouchaient à l'hôpital. Seules quelques privilégiées à l'aise avaient cette chance. Une chambre privée coûtait de \$5 à \$6 par jour ; c'était hors de la portée de la grande majorité des gens.

J'ai moi-même fait deux accouchements, tous les deux la même nuit. J'étais à l'hôtel et on était venu me chercher. Le médecin de la paroisse était absent. Je passai chez lui pour prendre sa trousse médicale et je me rendis dans un rang près de Barraute pour le premier accouchement. J'étais à peine revenu et couché que je fus demandé dans le même rang pour le deuxième. Ça s'était passé à merveille, les parturientes étant des multipares coopératives.

Si les infirmières excellaient dans les accouchements, elles n'étaient pas aussi compétentes en médecine proprement dite. D'abord, malgré leur bonne volonté, elles n'avaient pas les connaissances requises pour poser un diagnostic. Mais la population de l'Abitibi était une population jeune, robuste, peu exposée à faire des maladies cardiaques, pulmonaires et rénales qui se rencontrent plutôt chez les plus vieux. Elles étaient sages ces infirmières et, en face d'un cas sérieux, elles n'hésitaient pas à organiser le transport du malade à l'hôpital. Les médecins approuvaient le travail dévoué des infirmières.

À cette époque, la formation de l'infirmière était surtout dirigée en fonction des soins aux malades. Leurs études scientifiques étaient limitées. Aujourd'hui, l'infirmière possède des connaissances médicales beaucoup plus étendues, mais le temps qu'elle passe auprès des malades est beaucoup plus court. Avec le grand développement que la médecine a connu depuis vingt ans, l'orientation du cours actuel était nécessaire, mais on doit quand même déplorer le peu de temps consacré aux soins du malade dans le contexte actuel du cours d'infirmière.

Les principales maladies rencontrées dans l'Abitibi étaient les maladies vénériennes, la gastro-entérite, les autres maladies contagieuses (rougeole, rubéole, scarlatine, diphtérie). Il n'y avait que peu de cas de tuberculose et quelques cas de fièvre typhoïde.

Les maladies vénériennes étaient surtout le partage des mineurs. À chaque fin de semaine, quelques filles de mœurs légères venaient de Montréal ou de Québec, s'installaient dans un hôtel et recevaient les clients. Il y avait toujours un entremetteur pour faciliter les rencontres. Je me souviens d'un groupe de colons qui venaient de Montréal et qui s'étaient tous installés dans un même rang. Tous ces colons étaient syphilitiques.

Le traitement de la syphilis consistait à donner des arsénicaux durant quatre ans. Vous voyez la difficulté de faire accepter un traitement de si longue durée pour une maladie grave mais qui donne des troubles ennuyeux, généralement pendant quelques semaines seulement. L'abandon prématuré du traitement était la règle. Les infirmières et les médecins avaient beaucoup à faire pour

convaincre les patients de la nécessité de continuer le traitement, d'autant plus qu'aucune loi ne les obligeait. Il n'y avait pas de médicament spécifique contre la gonorrhée. Les lavages urétraux pendant des semaines étaient le seul traitement, pas toujours efficace. Heureusement que beaucoup de cas semblaient guérir spontanément. Il y avait assez de cas de maladies vénériennes pour justifier l'application de nitrate d'argent dans les yeux de tous les nouveaux-nés afin d'éviter chez eux l'ophtalmie purulente qui pouvait causer la cécité chez le bébé.

La diphtérie n'était pas complètement enrayée malgré les campagnes d'immunisation que nous faisons continuellement. Il restait quelques réfractaires aux injections chez les enfants. Souvent aussi, sans être contre l'immunisation de ses enfants, la mère n'avait pas de moyen de transport ou était trop occupée pour venir nous voir.

Dans l'hiver 1937, en plein mois de janvier, j'eus à me transporter en voiture à traction animale, à trente milles au nord de LaSarre, par un froid de 30° sous zéro. L'infirmière résidente nous avait téléphoné qu'elle croyait à une épidémie de diphtérie. Des enfants dans dix familles étaient malades. Toutes les familles habitaient le même rang. Pendant cinq jours, je restai dans la paroisse. J'injectai les malades de sérum et les contacts de sérum également. J'immunisai de vaccin tous les enfants de la paroisse qui n'étaient pas protégés et même je donnai une dose supplémentaire à ceux qui étaient déjà protégés. Je retournais tous les jours visiter les malades. L'épidémie se limita à ces dix familles et personne ne mourut : même pas une complication myocardique, complication fréquente chez les diphtériques non traités hâtivement. Il y avait eu douze cas dans les dix familles.

Quelques cas de typhoïde étaient signalés (trois pendant un an). Ces trois cas de typhoïde dans la même famille, dans un pays neuf comme l'Abitibi, devaient provenir d'un porteur de germes ignoré et itinérant qui avait contaminé l'eau des puits par les égouts déversés trop près des puits. Personne dans la famille n'était porteur de germes mais quelqu'un était venu en promenade quelque temps auparavant...

La gastro-entérite, première cause de mortalité infantile dans la province, n'était pas aussi fréquente dans l'Abitibi que dans Labelle et Montmagny. Cela est dû au fait que dans l'Abitibi les troupeaux de vaches n'étaient pas assez nombreux pour fournir le lait nécessaire à l'alimentation. Il fallait importer du lait. Et le transport du lait se faisant de Montréal, on devait avoir recours à du lait en poudre ou évaporé, laits très stérilisés. Et quand on sait que la gastro-entérite est causée par le lait cru contaminé, il n'était pas surprenant que nous ayons moins de cas de gastro-entérite.

L'arsenal thérapeutique était réduit si on le compare à celui d'aujourd'hui. Il n'était pas question d'antibiotiques, de sulfamidés, de cortisone, d'anovulants, de tranquillisants. Beaucoup de médicaments appelés spécifiques n'étaient pas découverts.

La médecine possédait l'acide salicylique et les salicylates contre la fièvre et la douleur, la morphine et ses dérivés contre les douleurs plus aiguës, la codéine et les sirops contre la toux. La digitale, la spartéine et la caféine étaient les tonocardiaques et ils le sont demeurés, surtout la digitale. L'insuline était découverte depuis 1922. Banting, l'un des découvreurs, canadien et Prix Nobel 1922, me donna quelques cours à Toronto. Dans la syphilis, on donnait des arsénicaux, traitement dangereux et long. Les antiseptiques d'aujourd'hui y étaient tous ; les barbituriques étaient donnés, mais avec circonspection à cause de l'accoutumance qui en résulte. Des hormones étaient découvertes, mais beaucoup moins nombreuses, et on connaissait mal leur action. Enfin, les vitamines étaient toutes de la partie, avec tous les toniques connus aujourd'hui.

C'est contre les maladies infectieuses aiguës que le médecin était désespéré : on ne possédait pas d'agents spécifiques. Les infections étaient toujours sérieuses et les septicémies fréquentes. Les maladies pulmonaires aiguës chez le vieillard étaient presque toujours fatales. Le seul traitement était l'enveloppement dans des compresses froides, les ventouses et les comprimés d'acide salicylique et les sirops ; l'infection était longue et laissait souvent des complications sérieuses, quand le patient survivait.

Dans les maladies contagieuses, on n'avait pas de médicaments efficaces, si l'on fait exception du sérum dans le cas de la diphtérie, qui agissait bien à condition de le donner tôt. Contre les complications des maladies contagieuses, on n'avait rien qui vaille.

Des vaccins étaient bons contre la diphtérie, la typhoïde, la coqueluche (1945), la variole, le tétanos. On avait le sérum contre la diphtérie et le tétanos. Les vaccins à base de virus n'étaient pas nés, sauf celui contre la variole qui était une découverte « accidentelle » et qui n'était pas spécifique : on injecte du pus de la vaccine chez l'homme qui devient protégé contre la variole. C'est par l'observation de la similitude des pustules de la vaccine (maladie bénigne bovine) et des pustules de la variole (maladie grave humaine) que le Dr Jenner, en 1798, commença à vacciner avec succès. Il ne savait pas qu'un virus était la cause de ces deux maladies.

Les vaccins contre la polyomyélite, la rougeole, rubéole, les oreillons, tous à base de virus ne furent fabriqués que vers 1950. On avait isolé le virus de ces maladies, mais on n'avait pas encore trouvé un milieu de culture adéquat pour les faire croître en nombre suffisant pour en faire des vaccins.

Dans le traitement contre la tuberculose, il n'y avait que la cure au grand air et la cure de repos. Le pneumothorax arriva plus tard, vers 1945, et est abandonné depuis longtemps à cause des adhérences qu'il cause au niveau des poumons. Il s'agissait d'injecter de l'air sous pression dans la plèvre dans le but de comprimer le poumon pour le faire reposer.

La chirurgie avait connu un progrès considérable pendant la guerre 1914-1918 et ce progrès continuait sans cesse. La chirurgie abdominale, rénale, utérine, osseuse était de bonne qualité. L'anesthésie cependant n'était pas à

point. Les anesthésistes n'avaient pas la formation de ceux d'aujourd'hui et il y avait moins de substances anesthésiantes.

La chirurgie nerveuse et pulmonaire commençait: à Montréal, le Dr Penfeld faisait déjà des prodiges en neuro-chirurgie et le Dr Bethune également en chirurgie thoracique.

En somme, il n'y avait que les maladies infectieuses aiguës et leurs complications ainsi que les complications chirurgicales pour lesquelles nous étions complètement impuissants. L'ère des sulfamidés et des antibiotiques s'en venait.

De formation normalienne (j'avais fait un cours à l'École normale Laval avant de continuer mon cours classique), je ressentais le besoin de faire de l'enseignement. De plus, pendant mes études médicales, je m'étais rendu compte des nombreux préjugés qui hantaient l'esprit de mes concitoyens et je m'étais dit qu'une fois médecin, je travaillerais à vulgariser la médecine dans le but de détruire les préjugés et les charlatans qui sont la conséquence fréquente et naturelle des préjugés. Je voulais que la médecine soit moins mythique et présentée à la population de la même manière que l'on enseigne la géographie ou l'histoire naturelle.

J'exerçais une occupation qui m'offrait les chances voulues de concrétiser mon vieux désir. Aussi, quand j'avais à coucher dans un hôtel, je faisais annoncer une conférence pour ce soir-là. Au moins deux fois par semaine, je donnais des conférences. Je faisais de l'éducation sanitaire mais j'y mêlais de la médecine à mon gré. La population était prête à recevoir ces connaissances car les assistances étaient toujours nombreuses.

La tuberculose était peu répandue en Abitibi. Je n'ai pas eu à hospitaliser un cas pendant un an que j'y suis demeuré. Ceux qui venaient s'établir dans ce pays étaient de constitution robuste et le climat était sain et sec. Mais quelques années plus tard, avec le développement minier et le travail pénible de ces mineurs venus de partout, la tuberculose se répandit et nécessita la construction d'un sanatorium peu après la seconde guerre mondiale.

L'entente entre médecins était parfaite, de même entre médecins et infirmières. Les médecins avaient beaucoup de travail mais il fallait déplorer le manque de consultation entre les médecins. Il n'aurait pu être question de grouper deux ou trois médecins et de faire une pratique commune comme on le voit aujourd'hui. C'est vrai que le système a évolué et que l'argent est plus abondant en 1974 qu'il ne l'était en 1936. Mais l'Abitibi à cette date était moins à plaindre que Labelle et Montmagny. Il y avait plus d'argent. Les primes distribuées aux colons pour toutes sortes de travaux et le développement minier amenaient un flot d'argent à tous les mois. Je crois même qu'il n'y avait pas de mendiants ni de société Saint-Vincent-de-Paul.

Aux cliniques de puériculture venaient toutes les mamans avec de jeunes enfants. Même des femmes de médecins amenaient leur bébé. C'est vrai que le

cours de pédiatrie donné à l'Université dans ce temps-là était axé sur la maladie et on ne nous enseignait pas de puériculture.

La population était réceptive aux enseignements donnés et suggestions faites. Il n'y avait ni préjugés ni charlatans. Tous ceux qui occupaient les fonctions communautaires étaient bien reçus et écoutés: prêtre, médecin, agronome, infirmière, professeur. Les colons voulaient réussir; ils ne voulaient pas que le sacrifice de l'exil qu'ils avaient accepté soit vain.

L'hiver était rude et long. La neige commençait en octobre. Nous avions des températures sous zéro de novembre à avril; parfois le thermomètre atteignait 50° sous zéro.

Les loisirs n'étaient pas organisés. Une petite salle de cinéma était ouverte deux fois la semaine. Pas de sports pour les jeunes qui aidaient beaucoup leurs parents à défricher la terre et, l'hiver, dans la forêt.

Il n'y avait pas de collège classique en Abitibi. Les jeunes devaient aller à Montréal, Québec ou Mont-Laurier. Peu de jeunes poursuivaient leurs études plus loin que le cours primaire. Il n'y avait pas de pensionnat pour filles non plus.

La radio prenait naissance. Elle était douze ans en retard sur la ville de Québec dans ce domaine. On n'avait qu'un pauvre poste à Rouyn et on ne pouvait le capter que difficilement. La vie était quand même agréable. Tous les gens qu'on rencontrait souriaient et, dans ce sourire, il y avait quelque chose qui semblait une invitation de rester avec eux, de partager leur sort.

Au mois d'avril 1937, le ministère me transféra à Mont-Laurier, dans le comté de Labelle où le médecin hygiéniste était malade de tuberculose. Le Dr Albini Paquette était député du comté et ministre de la santé à Québec.

J'étais marié depuis le 2 janvier. Étant donné que je devais aller étudier à Toronto en septembre de la même année, nous sommes demeurés dans une famille privée où nous avons chambre et pension. L'accueil fut chaleureux et je sentis vite que l'hospitalité du comté de Labelle était comparable à celle d'Abitibi.

Le comté de Labelle ressemblait, à plusieurs points de vue, à celui de l'Abitibi. C'était un comté jeune où la colonisation avait été faite surtout de 1900 à 1920. Il n'y avait plus de mouvement colonisateur à ce moment. Les colons étaient devenus cultivateurs. Mais la fertilité du sol ne valait pas la fertilité du sol abitibien, exception faite de la vallée de La Lièvre où la terre était argileuse et fertile. Les habitants étaient des travailleurs de la forêt autant que de la terre. Les forêts étaient abondantes, l'industrie du bois florissante. Les gens, comme dans l'Abitibi, venaient de tous les coins de la province.

Mont-Laurier avait une population de 4,000 habitants. Les « Sœurs grises » possédaient un hospice qui abritait cinquante vieillards. Un jeune médecin, chirurgien entreprenant, avait convaincu les religieuses d'y aménager un petit hôpital de quelques lits (je crois qu'il y en avait huit), surtout en vue des cas de

maternité. Quatre ou cinq lits étaient réservés à la maternité et trois ou quatre à la chirurgie. La chirurgie était surtout exercée dans les cas d'appendicite, de hernie, d'amygdales.

Dix médecins dispensaient leurs soins aux malades du comté dont la population était de 20,000 habitants. Il n'y avait aucune infirmière qui y pratiquait la médecine. Parmi les médecins, cinq dont deux jeunes et trois plus âgés, résidaient à Mont-Laurier et cinq dans les paroisses populeuses du comté. Les médecins étaient très sympathiques à la cause que je défendais et m'offraient une collaboration entière. Mais les vieux médecins, dans la pratique médicale, semblaient se méfier des jeunes qui, eux, étaient moins conservateurs et moins individualistes. La population était pauvre et les familles nombreuses. La médecine pratiquée, exception faite du chirurgien, était une médecine de type plus ancien que la médecine pratiquée en Abitibi.

Je me souviens de deux faits éloquents qui dénotent bien le caractère conservateur des médecins. Je crois utile de les évoquer.

Ferme-Neuve était la paroisse la plus populeuse après Mont-Laurier. J'y faisais deux cliniques de puériculture par mois. Quelques femmes allaitaient encore leur bébé. Une femme vint me voir à cause d'une abondance de lait extraordinaire. Bien qu'elle nourrissait son poupon, ses vêtements étaient toujours mouillés et souillés. Elle me demanda quoi faire. Je lui indiquai des mesures générales mais, connaissant la susceptibilité de son médecin, célibataire et âgé, je n'osai lui prescrire de médicament. Il existait, depuis déjà quelques années, une hormone pour diminuer la quantité du lait et même pour la tarir. Je lui dis d'aller voir son médecin pour se faire prescrire le médicament.

Lorsqu'elle revint à la clinique suivante, je la reconnus et lui demandai si elle avait vu son médecin. Toute gênée, elle me répondit affirmativement. Je poussai la curiosité et l'intérêt jusqu'à lui demander s'il lui avait prescrit quelque chose. Encore plus gênée, elle me répondit à voix basse, pour ne pas être entendue par les voisines : « Docteur, il m'a dit d'aller à la beurrerie ».

Le même médecin venait de mettre au monde un bébé. Une femme qui l'assitait et prenait soin du bébé lui dit brusquement : « Docteur, le petit est tout bleu ». Le médecin jette un regard en direction d'un canapé où le bébé avait été déposé et s'aperçoit que le bébé reposait sur un journal, qui était le journal local, propriété du Dr Paquette, ministre de la santé. Le journal portait le nom *Le Flambeau*. Le médecin lui dit à bout portant : « Il peut bien être bleu ; il est couché sur *Le Flambeau*. Si tu l'enlèves de là, il va devenir rouge. » Je n'ai pas besoin d'ajouter que les deux médecins ne partageaient pas les mêmes convictions politiques.

La médecine pratiquée dans le comté de Labelle était une médecine de gros bon sens mais elle péchait souvent du côté scientifique. Les médecins prenaient du temps à accepter les nouveautés médicales. On sentait qu'il existait des préjugés.

Les maladies rencontrées dans Labelle étaient pratiquement les mêmes que dans l'Abitibi. Mais deux maladies en particulier étaient plus fréquentes: la tuberculose et la gastro-entérite.

Les cas de tuberculose étaient dépistés au bureau de l'Unité sanitaire où un appareil de radiographie était installé. Un pneumologue de Montréal y venait tous les mois tenir une clinique. Les cas positifs étaient dirigés à l'hôpital de Cartierville qui était un centre antituberculeux.

La gastro-entérite était aussi fréquente; douze à quinze bébés mouraient tous les ans dans le comté, surtout vers la fin de l'été alors que le lait de vache était plus contaminé.

Je dirais ici que les mamans, dans le Québec, ont cessé d'allaiter leurs bébés un peu trop tôt, c'est-à-dire avant que l'éducation populaire ait été faite sur les dangers de donner du lait cru aux nouveaux-nés et aux bébés; les médecins, trop occupés, ne prenaient pas le temps d'expliquer aux mamans la nécessité de donner aux bébés du lait stérilisé. Quelques-uns disaient de faire chauffer le lait; d'autres ne disaient pas un mot. Souvent le chauffage consistait à seulement faire tiédir le lait, ce qui ne détruisait pas les bactéries pathogènes.

Quand nous expliquions aux mamans qu'il fallait donner un lait bien stérile et qu'il fallait aussi stériliser les biberons et tétines, elles étaient toutes surprises. Il fallait leur démontrer comment le faire. Parfois, elles nous disaient que leur médecin affirmait que ce n'était pas nécessaire. De plus, la réfrigération du lait après sa préparation ne se faisait pas souvent, car il n'y avait pas de réfrigérateur dans la moitié des habitations. Il fallait donc préparer le lait pour le bébé à toutes les trois ou quatre heures. C'était une corvée et plusieurs mamans prirent beaucoup de temps à accepter notre technique. Il y eut des manquements évidents de la part de plusieurs médecins. C'est vrai que quelques-uns, parmi les plus vieux, avaient étudié avant que la bactériologie ne fût développée. La gastro-entérite était un fléau. Et contre ce fléau, nous n'avions pas de médicament efficace. Nous arrêtions le lait, diète à l'eau de riz, bismuth et extrait de fraise. Ce traitement diminuait la diarrhée sans juguler l'infection.

Mon séjour dans Labelle fut interrompu par une absence de dix mois à l'Université de Toronto en vue de préparer un brevet d'hygiène publique. Un confrère me remplaça mais il me céda la place à mon retour.

En 1938, l'arsenal thérapeutique était doté d'un nouveau médicament, un sulfamidé antibactérien, qui portait le nom de « Dagenan ». La médecine jubilait. Ce médicament très efficace dans une foule d'infections était cependant toxique, surtout chez les malades qui souffraient du foie, des reins. Chez les enfants, ce médicament sauva des vies nombreuses. Aujourd'hui, il est pratiquement abandonné; on y a substitué des sulfamidés plus purs et moins toxiques.

À mon retour de Toronto, je me souviens d'avoir causé de ce médicament avec les vieux confrères de Mont-Laurier. J'aurais voulu qu'ils l'adoptent avec précaution. Ils avaient peur et ne l'ont pas fait. Aussi, lors d'une petite épidémie de scarlatine à Mont-Laurier, un enfant de six ans, l'aîné de cinq enfants de

l'agronome, mourut. Pourtant, chez les enfants, contre la fièvre scarlatine, ce médicament était merveilleux. Cette ère de timidité chez les vieux médecins dura encore plusieurs années. Le conservatisme en médecine fut néfaste.

Mon désir, je dirais plutôt ma marotte, de vouloir vulgariser la médecine ne s'était pas passée. Surtout après mes études de Toronto et après avoir vu autour de moi tant de dégâts causés par les préjugés et le manque de connaissances, j'entrepris une campagne d'éducation populaire.

À Mont-Laurier, il y avait un collège classique et une école normale pour filles. Je fis en sorte d'y être accepté et je donnai une série de cours et de conférences sur les problèmes sanitaires et l'anatomie et la physiologie. À la salle municipale, où j'avais accès à mon gré, je rassemblais des groupes de mamans pour leur parler d'hygiène, de puériculture, de maladies contagieuses, de premiers soins aux blessés, d'alimentation, etc. Dans les paroisses où je devais passer la nuit, à cause de la distance, j'organisais des conférences le soir. J'expliquais la médecine; je voulais en faire une science facile, accessible, surtout devant les auditoires des collèges et couvents. Je ne refusais jamais une occasion de faire passer mon message.

Malheureusement, le temps était venu d'aller livrer mon message ailleurs. C'était en 1941.

Le comté de Montmagny, mon pays natal et celui de ma femme, ne possédait pas encore d'unité sanitaire. Commencée en 1926, dans la Beauce, l'organisation des unités sanitaires prit plus de vingt ans avant de couvrir tous les comtés de la province. En 1941, le Conseil de comté, car c'est lui qui devait décider, accepta qu'une unité sanitaire soit organisée. Le retard à inaugurer des services de santé plus tôt dans le comté est attribuable à deux ou trois médecins âgés qui voyaient, dans l'arrivée d'un médecin gouvernemental dans leur patelin, un concurrent dangereux. Ils faisaient pression sur les maires des paroisses pour que ces derniers retardent l'approbation de l'organisation du bureau de service de santé. M. Fernand Choquette, député du comté, voyait la nécessité d'un bureau de services de santé. Il put convaincre les quelques maires récalcitrants et le Conseil de comté approuva l'organisation de l'unité sanitaire.

Malgré mon engouement pour les régions nouvelles, je demandai d'être transféré à Montmagny. Tous nos parents, ceux de ma femme et les miens y résidaient. J'étais désireux d'organiser un comté où à peu près rien n'avait été fait en hygiène publique. Je savais que je rencontrerais de la résistance et que j'aurais des préjugés à combattre dans ces paroisses vieilles de deux cents ans, mais je me croyais armé pour y faire face. J'arrivai à Montmagny en octobre 1941.

La population du comté était la même que celle de Labelle, environ 20,000 habitants. Elle s'était accrue à cette époque à cause d'un camp militaire construit l'année précédente et qui groupait 2,000 officiers et soldats. Il y avait de la vie à Montmagny!

Le comté était divisé en deux parties distinctes : les paroisses du sud, au nombre de huit, séparées des paroisses du nord par une forêt de quinze milles ; les paroisses du nord étaient au nombre de cinq seulement, dont l'Île-aux-Grues. La ville de Montmagny était au nord du comté, près du fleuve Saint-Laurent.

La ville de Montmagny était très industrialisée ; plus de mille employés y travaillaient constamment dans les usines. Les autres paroisses, le long du fleuve étaient agricoles. Les huit paroisses du sud, fondées un siècle après celles du nord, étaient des paroisses pauvres. Les colons qui y habitaient possédaient des terres incultes où la partie rocheuse était plus grande en superficie que la partie de sol arable. C'est certain que la colonisation dans cette région avait été une faillite. Il y avait du bois en assez grande quantité. Plus de gens se livraient au travail de la forêt qu'à la culture de la terre.

Au centre des dites paroisses, un seul médecin desservait la population. Le ministère de la Santé avait dû y installer quatre infirmières pour pratiquer la médecine, dans les quatre paroisses les plus éloignées. Même une fille du médecin de l'endroit était du groupe. De plus, il y avait une infirmière à l'Île-aux-Grues.

Dans la ville de Montmagny, cinq médecins pratiquaient et trois dans les bonnes paroisses agricoles du nord. Donc, seulement neuf médecins pour s'occuper des malades du comté. Il n'y avait pas d'hôpital.

Je fis le tour des paroisses dès la première semaine pour évaluer ce qui avait été fait et ce qu'il restait à faire. Je m'aperçus que beaucoup d'enfants, non vaccinés contre la variole, fréquentaient l'école quand même ; que la moitié des enfants n'étaient pas immunisés contre la diphtérie ; que les conditions sanitaires dans les écoles étaient mauvaises et parfois horribles.

J'avais consulté les statistiques du comté, au ministère, avant de m'y installer. J'avais remarqué le grand nombre de tuberculeux et la haute mortalité infantile, causée par la gastro-entérite et les infections pulmonaires. Je ne savais pas par quoi commencer.

Dès le dimanche qui suivit mon arrivée, j'eus la chance de ma vie. Le curé Lessard organisait une journée anti-alcoolique à l'église. Il m'avait demandé si je voulais parler des méfaits sociaux de l'alcool. Je n'ai pas besoin de dire que j'acceptai spontanément. M. J. K. Laflamme, député fédéral et le Dr Boulet étaient aussi conférenciers pour la circonstance. Pendant mes remarques sur les troubles sociaux de l'alcoolisme, j'en profitai pour glisser une foule de problèmes de santé que je rattachai au problème de l'alcool. L'église était complètement remplie ; j'étais heureux que le colloque anti-alcoolique m'ait permis une telle entrée en matière.

J'organisai pendant tout l'automne des séances de vaccination et d'immunisation. Un pneumologue venait toutes les quinzaines faire une clinique de dépistage des cas de tuberculose et je faisais beaucoup de cliniques de périculture. Je visitais les écoles pour y découvrir les manques les plus urgents à

corriger. J'étais secondé par trois bonnes infirmières dévouées et un inspecteur sanitaire de même qualité.

Pendant l'année 1941, la Législature de Québec avait adopté deux projets de loi importants pour la santé publique : la loi obligeant le personnel enseignant de passer une radiographie pulmonaire annuellement et la loi exigeant que tout malade vénérien devait se faire traiter jusqu'à la guérison de sa maladie. Le gouvernement était conscient des ravages que la tuberculose et les maladies vénériennes semaient dans la population.

La présence du camp militaire, où les conditions sanitaires étaient excellentes, favorisa notre travail. Tous les soldats devaient être immunisés contre la diphtérie, la fièvre typhoïde. L'eau d'alimentation était l'eau de la ville, mais on nous obligeait de donner un rapport de l'analyse tous les mois. Le lait pasteurisé était le seul lait consommé. On le faisait venir de Québec car il n'y avait pas encore d'usine de pasteurisation à Montmagny. L'alimentation était rationnelle et les soldats y acquéraient de bonnes habitudes alimentaires. Il n'y avait qu'une ombre au tableau : les maladies vénériennes. Les soldats étaient avertis des dangers de contracter les maladies et on leur donnait des moyens pour les prévenir mais il y avait des échecs. Cependant, les soldats contaminés étaient bien traités par le personnel médical de l'hôpital militaire et nous aidait à rejoindre les personnes qui les avaient contaminés. Nous devions faire traiter les contacts. La loi nous aidant, le problème ne fut pas difficile à résoudre. La gonorrhée était guérie par les sulfamidés ; la syphilis était rare.

La tuberculose fut la maladie qui causa le plus de mortalités et de morbidité dans la population. Des enseignants contagieux avaient contaminé toute leur classe dans plusieurs localités du Québec. Heureusement, chez nous, nous n'avons pas eu de désastre aussi grand. Les cas dépistés de tuberculose étaient dirigés dans les sanatoriums mais la loi d'hygiène publique ne prévoyait pas le traitement obligatoire. Il y eut des cas de malades contagieux qui refusaient l'hospitalisation et qui étant souvent itinérants, continuaient de semer la contagion. Le travail fut immense. Même les sanatoriums étaient insuffisants et éloignés. Nous devions diriger les malades à l'hôpital de Québec où les places étaient réduites et même à Roberval. Heureusement, après la guerre, le sanatorium Bégin, à Sainte-Germaine de Dorchester, vint à notre rescousse. Les malades acceptaient mieux d'aller à Bégin où le personnel était sympathique et dévoué. Les cas de chirurgie pulmonaire étaient dirigés à Laval où des chirurgiens avertis s'occupaient de ces cas. Pendant la guerre, toutes les constructions avaient été suspendues.

On avait assisté en 1941 à une découverte sensationnelle : la découverte de la pénicilline par le Dr Fleming de l'armée anglaise. Mais la pénicilline, sur le marché dès 1942, ne fut disponible que pour l'armée jusqu'à la fin de la guerre. La quantité produite était limitée. C'est vrai que les sulfamidés avaient connu un développement remarquable : ils étaient plus nombreux et beaucoup moins toxiques. Ils étaient utilisés par tous les jeunes médecins ; les plus vieux médecins

résistaient encore à leur utilisation. C'était une arme efficace contre une foule d'infections. On possédait même des onguents à base de sulfamidés qui rendirent des services énormes chez les écoliers où l'impetigo, contagieux et constant, était souvent la cause de renvoi de l'école de plusieurs écoliers. Cet onguent guérissait l'impetigo en deux ou trois jours.

La gastro-entérite constituait toujours une cause importante de décès chez les bébés et l'allaitement maternel était complètement disparu. Les médecins praticiens, dont les études avaient été orientées vers le traitement et non vers la prévention, étaient plutôt indifférents à la gastro-entérite, bien qu'à cette date il n'y avait pas de traitement réellement efficace. Dès que nous apprenions la naissance d'un bébé, par les certificats de baptême reçus du curé de la paroisse, l'infirmière allait visiter la maman pour l'instruire de la préparation de la diète lactée et lui enseigner la technique de la stérilisation du lait et des biberons. À notre satisfaction, les jeunes désiraient de plus en plus aller accoucher à l'hôpital (à Québec ou à Lévis) et revenaient avec une diète écrite par le personnel de la pouponnière de l'hôpital.

Depuis mon stage à Toronto, j'étais un partisan convaincu des bienfaits de la pasteurisation du lait. En Ontario, la pasteurisation était obligatoire depuis 1937. À Montréal, 90 pour cent du lait consommé était pasteurisé, à Québec 25 pour cent. Plusieurs petites villes possédaient une usine de pasteurisation. Mais à Montmagny, il n'y en avait pas et la période de guerre que nous traversions rendait impossible la construction d'une usine. Je me disais que si Montmagny, au moins, avait la pasteurisation du lait, ce serait environ 25 pour cent de la population du comté qui serait protégée contre les maladies entériques, dont la gastro-entérite. Je remettais la partie à plus tard.

Ma manie de vouloir vulgariser la médecine a toujours été bien vivante. Des cours au couvent et au collège, des conférences de premiers soins par l'Ambulance Saint-Jean et la Croix-Rouge, des conférences aux différents groupes organisés, clubs et aux associations de toutes sortes étaient une occupation privilégiée.

Deux journaux étaient publiés à Montmagny. Le programme des activités de l'Unité sanitaire y était publié à chaque semaine en plus d'articles sur l'hygiène publique et l'alimentation. Les mêmes programmes étaient lus, à chaque dimanche, dans les églises du comté. Pour atteindre toute la population, il fallait avoir recours aux annonces du prône à l'église car les paroisses du sud étaient dépourvues de « liseurs » de journaux. Même les deux journaux quotidiens de Québec publièrent notre programme d'activités à partir de 1946.

L'inspecteur sanitaire s'occupait intensément de promouvoir la qualité du lait et de l'eau. Les laitiers de Montmagny et des autres paroisses étaient visités tous les mois. L'inspecteur, qui était un médecin-vétérinaire diplômé en hygiène publique, prenait chaque fois des échantillons pour analyse. Si le lait d'un laitier dépassait les normes en bactéries, il était tout de suite averti et l'inspecteur lui expliquait ce qui faisait défaut dans sa technique de production du lait. Nous

exigions que tous les laitiers aient une pièce réservée strictement au lait et munie d'un réfrigérateur. Nous nous disions qu'il fallait des aliments sains pour avoir un peuple sain. Nous voyions nos objectifs se réaliser graduellement à notre grande satisfaction et à la satisfaction de ceux pour qui nous travaillions.

Les relations avec les médecins étaient excellentes. Ils se rendaient compte que notre travail portait des fruits. Les infirmières des « colonies » s'acquittaient de leur tâche avec dévouement et leurs relations avec les médecins étaient bonnes.

Les taux de morbidité et de mortalité baissaient à chaque année et la longévité s'accroissait lentement. Le taux de mortalité général décroissait également. En somme nous nous croyions dans la bonne voie.

La tuberculose restait le fléau par excellence. Aussi nous organisâmes la Ligue antituberculeuse, section de Montmagny. La Ligue antituberculeuse provinciale avait étendu son empire en formant des sections de comté. Nous vendions des « timbres de Noël ». Nous remettions à la Ligue centrale le coût des timbres et de la papeterie et nous encaissions le solde d'argent. Cet argent servait à aider les tuberculeux et leurs familles. Nous payions le transport des tuberculeux pauvres, nous achetions des vêtements, nous leur donnions un peu d'argent de poche. Nous fournissions du lait et des vitamines aux membres de leurs familles. Nous avons même payé des taxis pour permettre aux membres d'une famille d'aller voir l'un des leurs hospitalisé. Cette œuvre du « timbre de Noël » était bien vue de la population et, à chaque année, le montant d'argent recueilli était plus grand. Il en coûtait moins à un père de famille d'aller passer un an dans un sanatorium quand il savait que sa famille ne serait pas délaissée.

La guerre se terminait en 1945 au grand soulagement de toute la population. Nous avons été soumis au rationnement de beaucoup de choses : denrées alimentaires, pneus, essence, automobiles, machineries, matériaux de construction, etc., mais nous n'avons pas tellement souffert. Si nous manquions de sucre ou de viande, c'était passager : aussitôt un ami qui en avait trop nous en procurait. Pour ce qui est de l'automobile, surtout les pneus, ce fut pénible. Il y eut réellement pénurie de pneus. D'un autre côté, les chemins n'étaient pas entretenus pendant l'hiver excepté dans les grandes villes. Aujourd'hui, les gens trouveraient la chose plus sérieuse.

La fin de la guerre nous amenait la reprise de la production civile et la fin de la production en vue de la guerre. Bientôt, dès 1946-1947, presque tous les produits dont nous manquions étaient revenus sur le marché. La construction, qui avait été arrêtée complètement, reprit : les écoles se construisirent, des sanatoriums, à Dorchester et à Macamic furent érigés. D'autres maisons communautaires s'agrandirent et des hôpitaux nombreux apparurent dans plusieurs régions.

La pénicilline, cette médication dont on avait tant entendu parler en bien, fut distribuée largement dans les pharmacies. Au début, elle était coûteuse mais, un an plus tard, on pouvait se la procurer à raison de \$0.50 l'injection courante.

Son action avait été tellement vantée que tout le monde en voulait pour n'importe quel trouble ou malaise. C'était la course à la pénicilline ! Les médecins avaient beau dire que la pénicilline n'agissait que vis-à-vis de certaines bactéries, c'était peine perdue. Si un médecin refusait de donner une injection de pénicilline à un client, celui-ci allait voir un autre médecin ! Il n'était pas rare qu'un client se présentât en demandant une injection de pénicilline sans mentionner les troubles qu'il présentait. C'était la grande panacée dans l'esprit de beaucoup de gens. Aussi, il y eut des abus, malgré la bonne volonté des médecins.

Je commençai à pratiquer dans ce temps-là. Avant de faire de la pratique, j'allai voir les cinq médecins de Montmagny pour leur dire mon intention. Ils étaient tous surchargés de travail et ne s'y opposèrent pas. Il était entendu que je ne pratiquerais que le soir, étant donné que mon travail au ministère demandait que je sois à l'emploi du gouvernement de 9 heures à midi le matin et de une heure et demie à 5 heures l'après-midi.

Si j'ai commencé à pratiquer, c'est que j'aimais la médecine, mais surtout parce que je me trouvais dans l'obligation de le faire étant donné mes charges familiales et le piètre salaire pour lequel nous travaillions. Nous avions alors \$3,500 par année, c'est-à-dire seulement \$500 de plus que lorsque j'étais entré au Ministère en 1936. Plusieurs confrères pratiquaient ici et là dans la province. Les médecins en pratique pouvaient en faire de \$15,000. à \$20,000. par année.

Je ne voulus pas diminuer mon travail d'hygiéniste au profit de la pratique. Je continuai le même travail avec autant d'enthousiasme. Une santé robuste me permettait d'accomplir les deux tâches concurremment. Je ne faisais pas d'accouchement mais je suivais des femmes enceintes qui désiraient aller accoucher dans les hôpitaux. Je m'occupais surtout des enfants.

Je pratiquais autant dans les paroisses du comté que dans Montmagny même. En effet, lors de mes randonnées, j'étais souvent demandé dans les paroisses où il n'y avait pas de médecin, et il y avait dix paroisses sans médecin, contre quatre avec médecin. Après mon travail, je faisais une, deux et même trois visites avant de revenir chez moi. Je ne refusais jamais. Même chez les plus pauvres, il n'y avait pas d'heure assez tardive pour m'empêcher d'y aller.

Si la médecine connaissait un médicament très efficace dans les infections courantes (pénicilline), ce médicament n'avait pas d'efficacité dans le cas de la tuberculose, des maladies entériques dont la fièvre typhoïde, des maladies à virus ; par contre la pénicilline était merveilleuse pour les pneumonies et autres infections pulmonaires aiguës, les maux de gorge, la syphilis, les maux d'oreilles, toutes les complications de grippe, c'est-à-dire le groupe d'infections les plus courantes.

Deux ans plus tard (1948-1949), des médicaments nouveaux apparaissaient sur le marché. C'était trois nouveaux antibiotiques : la streptomycine, le chloramphénicol et les tétracyclines. Ces nouveaux antibiotiques seront efficaces dans la tuberculose, la fièvre typhoïde et paratyphoïde et les infections

entériques. Ils suppléeraient à la pénicilline inefficace dans ces cas. C'était une autre grande découverte qui allait changer surtout l'aspect de la tuberculose et de la fièvre typhoïde. Ces médicaments étaient aussi efficaces dans beaucoup de cas où la pénicilline l'était. L'abus de la pénicilline semblait avoir développé chez beaucoup de bactéries une résistance à ce produit et, dans plusieurs maladies, l'action de la pénicilline était devenue moins bonne. Ces autres antibiotiques, de même que les sulfamidés améliorés, vinrent seconder la pénicilline.

Après la guerre, le ministère de la Défense procéda à la démolition des camps militaires qui avaient été construits sur une base temporaire. Celui de Montmagny était de ceux-là. Pendant la démolition, nous eûmes une idée presque géniale. Nous fîmes des démarches auprès des autorités pour acquérir le terrain et quelques bâtiments de l'ancien camp militaire. Le ministère ne pouvait vendre qu'à des associations de bienfaisance et de bien-être. C'est la Ligue antituberculeuse de Montmagny qui acheta dix bâtiments, dont l'hôpital et son terrain. Nous en fîmes une colonie de vacance pour les enfants débiles et pauvres. Le coût de \$14,000 était une aubaine mais nous n'avions pas assez d'argent pour payer ce montant. Nous vendîmes quelques unités, dont deux pour l'église temporaire de Saint-Mathieu, et nous gardâmes cinq unités pour les besoins de notre colonie de vacance. Nous fîmes aussi bâtir une piscine.

Nous recevions une centaine d'enfants chaque été. La majorité d'entre eux étaient des enfants de condition familiale humble. Plusieurs étaient des enfants de tuberculeux ou d'anciens tuberculeux. Une infirmière était responsable et demeurait au camp. Un étudiant en médecine, payé par le Ministère de la santé, était également attaché à cette œuvre. Les enfants recevaient une alimentation abondante et saine. Ils avaient des heures de repos et d'exercices physiques. C'était une innovation admirée et dont l'exemple fut contagieux. L'abbé Cloutier qui fonda la colonie du Lac Trois-Saumons vint visiter notre camp avant d'organiser le sien. Cet endroit fut aussi le terrain de jeu pour les jeunes de Montmagny pendant plusieurs années, avant que l'on construise une grande piscine au centre de la ville.

La Ligue antituberculeuse, dont je fus toujours le secrétaire, avait une autre œuvre de bienfaisance. Lors des examens des écoliers à l'école et lors des cliniques de puériculture, tous les enfants qui souffraient d'infection amygdalienne chronique et de végétations adénoïdes étaient enregistrés. J'offrais aux parents de les faire opérer le printemps suivant, gratuitement. Pendant sept ans, de 100 à 125 enfants du comté furent opérés par année dans l'ancien hôpital du camp militaire par des spécialistes venus de Québec. Nous avons même commencé cette œuvre un an avant l'acquisition du camp militaire, en utilisant les salles du collège. Nous avons cessé, il va de soi, quand l'Hôtel-Dieu de Montmagny fut ouvert vers 1950. C'était une corvée qui employait vingt-cinq bénévoles pendant près d'une semaine. On avait même l'ambulance pour aller reconduire les enfants opérés. Cette ambulance appartenait à la Brigade

ambulancière Saint-Jean, autre fondation de notre groupe. Ici, je dois rendre hommage à monsieur Laurent Béchard et à monsieur Gamache dont le dévouement fut sans borne. Sans eux, je n'aurais jamais réussi à mettre sur pied une telle organisation.

L'idée de la pasteurisation du lait n'avait jamais quitté mon esprit. Une coïncidence m'aïda à réaliser le projet. Je rencontrai par hasard le directeur de l'industrie laitière du Québec. Nous causâmes de la pasteurisation du lait. Il me dit qu'il avait un frère spécialiste dans le domaine, qui était libre et désireux d'ouvrir une usine de pasteurisation. Il était agronome. J'offris à cet agronome, qui n'avait pas beaucoup d'argent à investir, un bâtiment de l'ancien camp militaire que la Ligue possédait et n'utilisait pas. Il accepta et organisa une usine de pasteurisation du lait.

Je savais toute la résistance que je rencontrerais à promouvoir la pasteurisation du lait. De plus, j'en étais le promoteur et, par le truchement de la Ligue, je permettais l'utilisation gratuite d'un bâtiment.

À cette date, même des professeurs d'université étaient contre la pasteurisation. Je me rappelle qu'un de mes anciens professeurs de chimie de Laval cherchait, par des conférences et des écrits à tuer tout projet de pasteurisation. Son argument favori était que la pasteurisation tuait le lait, qui devenait un lait mort. Je n'ai jamais compris qu'un homme instruit soit contre la pasteurisation du lait et s'acharne à la détruire.

Les laitiers étaient mécontents et redoublaient d'ardeur pour produire un lait de qualité supérieure. C'était déjà une victoire. Des amis, même des médecins, refusaient d'acheter du lait pasteurisé. La laiterie de lait pasteurisé commença lentement et moi, qui croyais que la population adopterait spontanément le lait pasteurisé, je fus bien déçu mais pas découragé. On alla jusqu'à dire que j'étais intéressé dans le commerce du lait, ce qui était absolument faux. Je continuai l'éducation populaire sans faire de bruit, mais la laiterie vivotait et la montée de la consommation de lait pasteurisée fut lente bien que progressive.

Il fallut une épidémie de typhoïde, en 1955, pour convaincre la population de boire du lait pasteurisé. C'était l'hiver et, dans plusieurs endroits, les puits étaient taris. Un de nos laitiers, celui qui avait toujours les meilleures analyses de son produit, fit une imprudence. Il se servit de l'eau de la rivière du sud pour rincer ses récipients qui servaient à la manutention du lait. La rivière était polluée, recevant les égoûts des paroisses en amont. Ce laitier causa une épidémie de typhoïde. Nous eûmes cent cas, mais aucune mortalité, grâce à la présence du chloramphénical. Plusieurs personnes cependant furent très malades et je suis certain que des adultes sont décédés prématurément à cause de lésions cardiaques que la typhoïde avait causées.

Nous profitâmes de cette occasion, pendant que le fer était chaud, pour obliger les laitiers de lait cru à faire pasteuriser leur lait. Nous n'eûmes pas de peine à les convaincre après l'épidémie causée par ce produit cru. La population, d'ailleurs, ne voulait plus acheter de lait cru. Mais il avait fallu presque dix ans

pour arriver à ce résultat. L'enquête épidémiologique avait été facile parce que toutes les familles où il y eut des cas achetaient leur lait du même laitier.

Les années 1955-1956 connurent d'autres découvertes importantes. Un vaccin contre la poliomyélite était né et efficace. D'autres vaccins contre la rougeole, rubéole et oreillons seraient sur le marché un peu plus tard. De nouveaux antibiotiques, souvent dérivés de ceux déjà connus, étaient fabriqués.

Je n'ai pas parlé de poliomyélite. C'est que dans l'Abitibi, je n'en ai pas vu ; dans Labelle, un seul cas a été dépisté et, à Montmagny, je n'ai vu que trois cas dans l'espace de vingt ans. Cette maladie meurtrière avait pourtant causé des épidémies assez souvent. Je me rappelle des épidémies de cent cas à Toronto, pendant mon stage d'études. Montréal et Québec connurent des épidémies aussi considérables. Je dirais que les épidémies semblaient proportionnelles à la population car dans les centres ruraux on ne voyait pas souvent plus de dix cas dans la même année. La population était effrayée lors de l'éclosion du premier cas. Elle avait raison car la médecine ne possédait aucun médicament valable contre cette maladie. Tous les cas de poliomyélite mourraient ou restaient infirmes. Après l'arrivée du vaccin Salk, nous n'avons plus connu d'épidémie.

L'Hôtel-Dieu de Montmagny ouvrait ses portes dans les années 50. Il comptait cent cinquante lits. Inutile de dire que ce fut une bénédiction. Tout le monde désirait un hôpital depuis la guerre. À l'avenir, les mamans accoucheraient à l'hôpital, même les plus pauvres. Les bébés retourneraient à domicile avec une diète bien établie et conforme aux règles de l'asepsie. Le pourcentage de mortalité chez les nouveaux-nés baisserait énormément. Les mères seraient dans une sécurité absolue. Grâce à l'entretien des routes pendant l'hiver, les mamans n'auraient pas de misère à se faire transporter à l'hôpital.

Si l'hôpital fut un bienfait incalculable pour la population, je dirais qu'il en fut un aussi grand pour les médecins. Les médecins apprirent à se côtoyer, à se rencontrer. Les réunions des différents comités à l'hôpital permettaient aux médecins de discuter de leurs cas, de consulter les confrères. Il faut bien reconnaître, en effet, que les médecins, auparavant, ne se voyaient pas souvent. Il y avait une ou deux réunions, dans l'été, des médecins de la région, mais plusieurs confrères n'y assistaient pas. À l'hôpital, les médecins devaient venir parce que leurs clients voulaient y aller.

Dans le comté de Montmagny, en 1940, le taux de mortalité infantile était de 88.5 par 1,000 naissances ; en 1963, il était descendu à 30.3. Le taux de mortalité par la tuberculose était, en 1940, de 66.6 sur 100,000 cas ; en 1961, il n'était plus que de 7.6. Le nombre de mères décédées à la suite d'accouchements, dans la province, était de 450 en 1936 ; il était de 6 en 1963.

L'individualisme caractérisait le médecin de la génération précédant la mienne et n'était pas rare chez les médecins de mon âge. Les médecins, surtout dans les régions rurales, semblaient se fuir. Il existait une réelle méfiance des uns envers les autres. Jamais ils ne demandaient de consultation avec un confrère à moins que la famille l'exige d'une manière formelle. Ils paraissaient voir dans

leurs confrères des concurrents jaloux de leur clientèle. Un médecin pouvait passer des mois sans rencontrer le confrère d'une paroisse voisine. Ce comportement est difficile à expliquer à une époque où la pratique de la médecine était indécise, vague, et aurait souvent bénéficié de l'aide d'un autre confrère.

Dans les manifestations publiques, on ne voyait jamais le médecin de la paroisse, sauf s'il était député. Il était un homme seul, austère et parfois bizarre, en dehors de son travail. Lorsqu'il pratiquait son art, il était généralement sympathique, compréhensif et humain. J'ai connu un médecin qui ne parlait jamais. On avait beau le questionner sur le diagnostic et le pronostic d'une maladie, il n'ouvrait jamais la bouche. Officiellement, il ne s'est jamais trompé. Il est demeuré toute sa vie dans la même paroisse et les gens l'aimaient sans le comprendre.

Les médecins souffraient d'un « conservatisme » néfaste dans leur pratique. Ils avaient acquis un certain bagage de connaissances à l'université et semblaient dire que c'était suffisant pour toute leur vie. L'arrivée d'un nouveau médicament les dérangeait dans leur routine et ils ne l'acceptaient généralement pas. Un vieux médecin de Montmagny était venu me voir pour que je le renseigne sur la pénicilline et lui montre comment donner une injection de ce produit. Ça faisait huit ans que la pénicilline était d'usage courant. Il m'avait dit : « je vais être obligé d'en donner, parce que tout le monde en veut ». Il avait une grosse clientèle. Le manque de contact entre confrères a nui à la bonne pratique de la médecine.

La population avait une confiance presque aveugle en son médecin. Les gens gardaient le même médecin toute leur vie, à moins de circonstances extraordinaires. Souvent, ils devaient garder le même parce qu'il n'y en avait pas d'autres dans les environs.

Si le médecin de famille n'était pas un savant, il était dévoué, humain et s'intéressait aux occupations de travailleurs seulement quand il pratiquait son art. Il était rare que des critiques amères soient dirigées contre lui. Son habileté dans l'exécution des techniques médicales était remarquable et son flair ne faisait pas souvent défaut. Il vivait sur un piédestal et commandait le respect, souvent l'admiration.

L'attitude de la population à l'endroit du médecin était comparable à celle que la population avait à l'endroit du curé. Du moment que le médecin affirmait quelque chose, il n'y avait pas de discussion. Je pourrais expliquer cela par le fait qu'il y avait du mystère dans la médecine comme il y en avait dans la religion. Le peuple n'était pas instruit et ne connaissait pas le nom des organes du corps humain. Il était à peu près comme le peuple au temps de Molière, lorsqu'il a écrit « Le Malade imaginaire ». Pour lui la médecine était la science des dieux et le médecin en était le dispensateur. La biologie, l'anatomie et la physiologie étaient méconnues dans les écoles, même dans les Écoles normales où on formait les professeurs.

Je me souviens d'un fait qui dénote bien la mentalité du peuple à cette époque. Deux médecins, l'un de Saint-François et l'autre de Saint-Vallier, abusaient parfois de liqueurs alcooliques. Si des gens avaient besoin du médecin pour un cas sérieux, ils allaient jusqu'à désirer que le médecin soit un peu éméché car, disaient-ils, il est meilleur dans ce temps-là. Cette réflexion venait de gens sobres cependant.

Pourquoi pensaient-ils ainsi ? Je crois que le fait d'être influencé par l'alcool rendait le médecin plus loquace, plus hardi, plus joyeux et plus humain. Il s'éloignait, du fait même, de son caractère sérieux, taciturne, penseur et soucieux qu'il adoptait en temps ordinaire. Il était plus facile d'accès et le peuple s'imaginait pouvoir percer chez lui un peu du mystère qui l'entourait généralement.

Si les gens acceptaient que le médecin soit un homme pas comme les autres, ils aimaient parfois qu'il soit semblable au commun des mortels.

La santé de la population était meilleure.

Les maladies infectieuses étaient vaincues, la chirurgie connaissait un développement inouï, surtout depuis la deuxième guerre : les greffes osseuses et cutanées, la neuro-chirurgie, la chirurgie thoracique, la chirurgie esthétique, la transplantation d'organes, la chirurgie cardiaque n'avaient quasiment plus de secret. Les vaccins et sérums étaient à point contre les maladies les plus graves.

Pour couronner le tableau, la loi de l'assurance-hospitalisation gratuite fut votée en 1960, à la fin de l'année.

Toutefois, toutes ces découvertes et ces facilités de se faire traiter scientifiquement n'empêchaient pas un grand nombre de gens d'aller voir le chiropraticien pour des fractures, infections, troubles digestifs qui dépassaient de loin sa compétence ; ça n'empêchait pas, non plus, des gens d'aller visiter « le rebouteur » pour les troubles osseux et articulaires, d'aller voir des charlatans pour des cancers ; ça n'empêchait pas des gens d'aller voir un « sorcier » pour guérir les verrues, avec un morceau de patate crue, d'aller en voir un autre qui guérissait le mal d'oreilles ou de dents.

L'éducation d'un peuple est une tâche laborieuse ! O préjugés ! comme vous avez la vie dure !

Albert DUMAS, M.D.