

Recherches sociographiques



Vers un nouvel ordre médical : les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec

Jacques Bernier

Volume 22, numéro 3, 1981

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/055947ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/055947ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bernier, J. (1981). Vers un nouvel ordre médical : les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec. *Recherches sociographiques*, 22(3), 307–330. <https://doi.org/10.7202/055947ar>

Résumé de l'article

Diverses hypothèses ont été avancées dans l'historiographie canadienne pour expliquer la constitution en corporation autonome, sous le nom de Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada, du corps médical de cette province en 1847. Après avoir discuté des difficultés rencontrées par le corps médical, l'auteur analyse comment s'est amorcée, puis développée, l'action qui aboutira à l'adoption des lois de 1847 et 1849. Il montre que ce projet n'est pas l'oeuvre de l'ensemble du corps médical, mais bien d'un groupe précis, homogène et stable dans sa composition. L'auteur étudie aussi comment ce groupe a pu bénéficier d'un contexte économique, social et politique favorable.

VERS UN NOUVEL ORDRE MÉDICAL : LES ORIGINES DE LA CORPORATION DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU QUÉBEC *

Diverses hypothèses ont été avancées dans l'historiographie canadienne pour expliquer la constitution en corporation autonome, sous le nom de Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada, du corps médical de cette province en 1847. Après avoir discuté des difficultés rencontrées par le corps médical, l'auteur analyse comment s'est amorcée, puis développée, l'action qui aboutira à l'adoption des lois de 1847 et 1849. Il montre que ce projet n'est pas l'œuvre de l'ensemble du corps médical, mais bien d'un groupe précis, homogène et stable dans sa composition. L'auteur étudie aussi comment ce groupe a pu bénéficier d'un contexte économique, social et politique favorable.

« Le temps n'est pas éloigné où les hommes et les choses prendront leur place naturelle; les charlatans seront mis de côté, les ignorants seront dans leurs bancs, et les hommes de mérite et de savoir seront employés et payés. »

(Joseph PAINCHAUD, *Le Canadien*,
21 octobre 1846.)

La première loi passée sous le régime britannique pour réglementer le monde de la médecine au Canada fut celle de 1788.¹ Cette loi avait été instituée à la suite des suggestions faites au Conseil législatif par deux chirurgiens militaires, J. Fisher et C. Blake, afin d'exercer un contrôle sur les personnes de

* Ce texte s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus vaste sur l'histoire de la profession médicale dans la région de Québec de 1788 à 1876. Certains aspects de ce travail ont fait l'objet d'une conférence au congrès annuel de l'American Association for the History of Medicine, le 16 mai 1981 à Toronto. L'auteur tient à remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour son aide financière, et M. Claude Galarneau pour ses remarques.

1. *Statuts du Canada*, George III, chap. 8-9, 1788.

plus en plus nombreuses, en provenance des États-Unis après la Guerre d'indépendance, à vouloir pratiquer la médecine dans la colonie.² L'idée retenue à ce moment, et qui devint texte de loi, fut celle de constituer deux bureaux d'examineurs dans la colonie (un pour le district de Québec et un pour celui de Montréal). La principale sinon l'unique fonction de ces bureaux était de déterminer, parmi les candidats qui se présentaient, ceux qui étaient aptes à étudier puis à pratiquer la médecine au Canada.³ Ces bureaux fonctionnèrent de 1788 à 1831. Les membres de ces bureaux, au nombre de cinq par district, étaient désignés par le gouverneur et ordinairement choisis parmi les médecins ou chirurgiens de l'armée. Ce qui voulait dire que les Canadiens étaient pratiquement absents de ces bureaux.⁴

La loi de 1831 changea considérablement cette pratique puisqu'elle permit désormais que ces bureaux fussent électifs. En d'autres mots, l'Assemblée des médecins et chirurgiens du Bas-Canada devenait maintenant libre de choisir les personnes qu'elle voulait voir élire à ces bureaux et ainsi d'évincer les militaires. Le gouverneur gardait cependant toujours un droit de regard sur leurs décisions, notamment au sujet des candidatures retenues. D'ailleurs, c'était lui ou son bureau qui émettait les permis de pratique, les « licences ».

L'établissement du mode électif de ces bureaux marquait, bien sûr, un renforcement du statut de l'Assemblée des médecins, mais en fait ces bureaux n'avaient pas de pouvoir autre que celui de juger de la compétence des aspirants et de soumettre au gouverneur les noms retenus. Le gouverneur pouvait toujours révoquer leurs décisions.⁵ Il s'agissait donc d'une liberté toute relative. Les membres de ces bureaux, par exemple, n'avaient pas en principe les pouvoirs de définir de nouveaux critères d'accès aux études et à la pratique. Ils n'étaient pas habilités non plus à prendre des mesures contre les praticiens sans permis et les « charlatans ». Au sujet des politiques relatives à la santé, on pouvait les consulter, mais ils n'avaient aucun pouvoir de décision.

2. Parmi ces aspirants on comptait non seulement des Américains et des Britanniques mais beaucoup d'Allemands venus avec les troupes. Barbara TUNIS, *The Medical Profession in Lower Canada: Its Evolution as a Social Group, 1788-1838*, mémoire pour le diplôme de « Bachelor of Arts with honours in history », Carleton University, mai 1979, p. 30.

3. La loi exemptait les détenteurs de diplômes émanant des universités britanniques et les chirurgiens de la marine et de l'armée. *Statuts du Bas-Canada*, George IV, chap. 27, 1831 (art. VI).

4. Les seules exceptions furent F. Lajus, P. Badelart et F. Blanchet. À Montréal, après la fondation de la faculté de médecine de McGill, les professeurs de cette école furent appelés par le gouverneur à siéger au bureau de ce district.

5. Nous n'avons pas fait d'étude cependant pour savoir si le gouverneur s'opposa de fait à leurs décisions.

Cette étude porte sur le bureau des examinateurs de Québec et elle vise à mettre en lumière le rôle qu'il joua dans l'élaboration du projet qui aboutit à la création du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada en 1847.⁶

I. LA GRANDE CHARTE DE 1847

Moins de vingt ans plus tard, deux lois, celles de 1847 et de 1849, vinrent changer considérablement cet état de choses : l'Assemblée des médecins et chirurgiens devenait pratiquement souveraine pour tout ce qui touche à l'exercice de la médecine dans la province de Québec. C'est par la loi de 1847 que l'Assemblée des praticiens de la santé du Bas-Canada s'est vu reconnaître le droit de se constituer en corporation autonome. D'ailleurs les médecins l'appellent toujours leur Grande Charte⁷ puisque c'est à ce moment que ce groupe social acquit le statut de profession tel que nous l'entendons aujourd'hui. Bien sûr, cette corporation n'a pas encore, dès le milieu du XIX^e siècle, l'autonomie qu'elle aura cent ans plus tard, mais les principaux éléments qui permettront à cette profession de se développer s'y trouvent.

À l'article II notamment de la loi de 1847, on peut lire que la corporation pouvait désormais « établir ses propres règlements pour régler l'étude de la médecine dans toutes ses branches, et à passer ses propres statuts pour sa régie ».⁸

Au sujet du premier point relatif à l'étude de la médecine, un autre article, l'article X, venait préciser « que la corporation aura désormais le droit de régler l'étude de la médecine, de la chirurgie, de l'art obstétrique et de la pharmacie en établissant des règlements quant à la qualification préliminaire, la durée des études, le cours à suivre et l'âge de l'aspirant qui demanderait un certificat afin d'être autorisé à pratiquer ».⁹ On peut dire, je pense, qu'en faisant des

6. Cette étude a été rendue possible grâce à la conservation aux Archives du Séminaire de Québec (A.S.Q.) des procès-verbaux du Bureau des examinateurs de Québec. Au moyen de ces procès-verbaux, nous avons pu suivre pas à pas les inquiétudes et les prises de position des membres de ce bureau pendant plus de vingt-cinq ans. Bien entendu, il y est surtout question des candidats qui demandent à être admis aux études ou à la pratique de la médecine, mais on y retrouve encore d'autres problèmes qui préoccupent les membres de ce bureau. Ce sont également ces points d'apparence parfois marginale que nous avons voulu étudier pour leur donner une signification. Ont aussi été utilisés pour l'étude de cette question certains journaux et périodiques de l'époque ainsi que les études spécialisées.

7. « La Grande Charte de 1847, la première de nos lois organiques, celle dont l'esprit demeure encore dans nos lois actuelles. » Dr J. GAUVREAU, « Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec », *Union médicale du Canada*, LX, 1931, p. 426. En Ontario, la profession médicale fut incorporée en 1866. John J. HEAGERTY, *Four Centuries of Medical History in Canada*, tome I, Toronto, Macmillan, 1928, p. 327.

8. *Statuts du Bas-Canada*, Victoria, chap. 26, 1847 (art. II).

9. *Ibid.*, art. X.

concessions aussi importantes dans le domaine des études, le gouverneur donnait implicitement, pour la première fois, le pouvoir à l'Assemblée des médecins non seulement de contrôler les études mais aussi l'accès à la profession.

Le deuxième point de l'article II, celui qui autorisait la corporation « à passer ses propres statuts pour sa régie », constituait la concession la plus importante, en ce sens qu'il ouvrait la voie à plusieurs orientations jusque-là impensables. Comme par exemple le fait qu'elle pourrait désormais décider elle-même des modifications concernant les qualités requises pour l'obtention du droit de pratique. Ce qu'elle fera de fait par la suite à diverses reprises, notamment lors des grandes réformes de 1909 et de 1948.¹⁰ Cela signifiait encore qu'elle avait maintenant la latitude de fixer les tarifs d'honoraires, ce qui sera fait dès 1879;¹¹ de se donner des règlements disciplinaires, ce qui sera confirmé par la loi de 1889 (en 1898, on assistera à la création d'un conseil de discipline qui a le pouvoir d'infliger des peines à ses membres);¹² de mettre en place des règles déontologiques, c'est-à-dire un code d'éthique qui permette de définir les normes de comportement et les actes jugés dérogatoires à l'honneur professionnel (1898);¹³ d'établir le secret professionnel, comme elle le fera en 1909;¹⁴ de poursuivre elle-même en justice ceux qui pratiquaient illégalement et, ce qui était plus délicat, de définir elle-même les frontières de son champ d'activité. En somme la corporation créée bénéficiait virtuellement d'un pouvoir considérable et cela tant sur le plan de l'autonomie interne (auto-contrôle, auto-évaluation, code de comportement), qu'en ce qui a trait à la médecine dans ses rapports avec la société (juridiction sur les aspirants à la médecine, réglementation du marché, droit de regard sur les pratiques parallèles, tarifs d'honoraires).¹⁵

Une coupure importante s'établit donc à partir de 1847 entre ce qu'était la profession en 1831 et ce qu'elle pouvait désormais devenir. Pourtant, même si on est convaincu de ce fait, et même si plusieurs études se sont penchées récemment sur les conséquences de ce qu'on appelle la professionnalisation de

10. *Statuts de la province de Québec*, Edward VII, chap. 55, 1909; et George VI, chap. 32, 1948.

11. Après sanction par le lieutenant-gouverneur en conseil. *Statuts...*, Victoria, chap. 37 et 38, 1879.

12. *Statuts de la province de Québec*, Victoria, chap. 39, 1889; et Victoria, chap. 30 et 31, 1898.

13. *Ibid.*

14. *Statuts de la province de Québec*, Edward VII, chap. 55, 1909.

15. Le Dr A. Lesage écrivait en 1947: « La loi de 1847 mérite assurément le nom de *Grande Charte*. Elle conférait tous les privilèges essentiels et nécessaires à l'autonomie parfaite de la profession. » Dans *Le centenaire du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec*, s.l.n.é., 1947, p. 18.

la médecine,¹⁶ peu de chercheurs canadiens se sont demandé comment il se fait que la concession de pouvoirs aussi importants à un groupe social a été rendue possible, et cela sur une période de temps aussi courte.

L'historiographie, en effet, a été fort peu loquace sur cette question. Une première interprétation mérite d'être signalée parce qu'elle a été élaborée par deux registraires du Collège des médecins et chirurgiens de la province: les docteurs Gauvreau et Lesage. Aux yeux de J. Gauvreau, ce projet s'inscrit dans la foulée bienfaisante de l'administration britannique dans la province. Tel qu'il le présente, l'acte de 1847 apparaît comme « un projet de médecins britanniques afin d'essayer de mettre un terme aux criants abus du charlatanisme » pratiqué par les médecins francophones,¹⁷ et « une action de l'administration coloniale afin de mater les ambitions de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal ». ¹⁸ De l'avis de J. Gauvreau, il s'agit donc d'un projet de médecins britanniques afin de mettre un terme à la dégénérescence de la médecine dans la colonie, notamment en milieu francophone.¹⁹ Quinze années plus tard, en 1947, ses idées étaient reprises presque telles quelles par A. Lesage lors des fêtes du centenaire de la corporation.²⁰

Même si, depuis les années 1940, certaines personnes ont commencé à mettre en veilleuse leurs interprétations au sujet des initiateurs du projet, l'idée que la loi de 1847 a été autorisée afin de mieux protéger la population contre les charlatans reste une des interprétations les plus répandues touchant cette loi. On la retrouve dans plusieurs textes, écrits par des médecins, sur l'histoire de la législation médicale. C'est, entre autres, le point de vue soutenu en 1940 par l'auteur de « Medical Licensure in Quebec »,²¹ et celui de N.B. Freedman dans son texte de 1947.²² Cette interprétation est d'ailleurs toujours actuelle et elle reste un des principaux arguments invoqués pour justifier le bien-fondé de cette corporation professionnelle.²³

16. *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (commission Castonguay), Québec, Gouvernement du Québec, 1967. Voir l'annexe XII. Voir aussi les numéros de la revue *Critère* parus sur la médecine et les professions depuis 1978.

17. J. GAUVREAU, « Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec », *Union médicale du Canada*, LX, 1931, pp. 427-429.

18. J. GAUVREAU, dans: A. DESJARDINS, « L'origine de la profession médicale », *Id.*, CIII, juillet 1974, p. 1291.

19. « Les médecins français continuèrent à former, sinon à déformer des clercs, et les médecins anglais prirent, petit à petit, l'habitude d'en avoir plus d'un à leur suite ». J. GAUVREAU, *op. cit.*, 1931, p. 429.

20. A. LESAGE, *Le centenaire du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec*, s.l.n.é., [1947], p. 4.

21. « Medical licensure in Quebec », *The Canadian Doctor*, VI, 5 mai 1940, p. 13.

22. N.B. FREEDMAN, « History of the Medical Licensure in Canada », *L'action médicale*, janvier 1947, p. 13.

23. A. ROY, *Le Devoir*, 1^{er} décembre 1980, p. 13, et *Radio-Québec*, le 29 décembre 1980, un film sur les guérisseurs.

L'idée que cette corporation a été créée afin de permettre une meilleure formation du corps médical a aussi été invoquée à quelques reprises, bien qu'on n'explique jamais clairement pourquoi l'obtention de l'autonomie professionnelle a pu être nécessaire pour atteindre cet objectif. C'est notamment l'idée maîtresse qui a été retenue en 1966 lors du colloque médical sur l'histoire de la médecine au Canada pour expliquer le lien qui existe entre la loi de 1831 et celle de 1847.²⁴

Quelques auteurs cependant, notamment S. Leblond et E. Desjardins, ont apporté d'autres explications. Ces deux médecins-historiens avancent des interprétations nouvelles, qui tiennent compte du statut de la médecine et de celui des praticiens de la santé au début du XIX^e siècle. Au moins deux facteurs jusque-là négligés sont pris en considération. D'abord, ce projet n'apparaît plus comme tout à fait désintéressé. Il ne vise pas d'abord, selon E. Desjardins, la protection du public : « ce sont des préoccupations professionnelles concernant leurs intérêts et en particulier ceux qui touchent les aspects monétaires de leurs activités ». ²⁵ L'idée même qu'une lutte interne ait pu exister à l'intérieur de ce groupe social, et l'idée que les efforts qui vont aboutir à l'établissement de la loi de 1847 puissent s'expliquer en partie par cette lutte, sont également évoquées. Ces interprétations, on les trouve, entre autres, chez S. Leblond qui remarque, à l'époque, une lutte de pouvoir au sein du corps médical, entre certains praticiens (en majorité des Canadiens) et l'équipe de McGill, qui partage les idées de l'administration coloniale.

La plupart de ces interprétations méritent d'être étudiées pour diverses raisons. D'abord parce qu'elles font abstraction des auteurs de ce projet et de leurs objectifs. Ensuite parce qu'elles laissent croire à un passage facile (à une évolution presque linéaire de 1831 à 1847), ou du moins parce qu'elles ne rendent pas compte des difficultés rencontrées par la profession médicale pour obtenir les pouvoirs qui lui seront concédés en 1847 et 1849.²⁶ Troisièmement, parce qu'elles ne tiennent pas compte du contexte économique et social sans lequel ce passage n'aurait pu être possible, ni du fait que derrière ce débat professionnel se cache un conflit politique relié à la situation coloniale. Enfin parce qu'elles sous-estiment les intérêts économiques de ce projet.

24. *Colloque médical sur l'histoire de la médecine au Canada*, s.l., Schering, 1966, p. 13. La loi de 1847 y est vue comme un prolongement de la loi de 1831 afin d'assurer la formation d'un meilleur corps médical.

25. E. DESJARDINS, « L'origine de la profession médicale III », *Union médicale du Canada*, CIII, juin 1974, p. 1114. S. LEBLOND, « La médecine dans la province de Québec avant 1847 », *Cahiers des Dix*, Montréal, 1970; S. LEBLOND, « La profession médicale sous l'Union 1840-1867 », *Id.*, 1973, pp. 173ss.

26. En 1849, « licensure became within the power of the Board, and not as in the past the right of the governor ». N.B. FREEDMAN, *op. cit.*, p. 14.

Il apparaît donc pertinent de revenir sur ce sujet, afin d'expliquer ce qui a permis à l'Assemblée des médecins, au milieu du XIX^e siècle, de bénéficier des pouvoirs qui lui permettront de renforcer son statut par la suite. Le point de vue que nous entendons soutenir est que ce phénomène historique n'était pas fortuit; il s'explique dans la continuation des actes posés par un groupe de médecins au début du XIX^e siècle. Ce projet qui débouche sur la création du Collège des médecins et chirurgiens en 1847 est en fait un prolongement direct des tensions qui existent dans le monde médical dès les premières décennies du XIX^e siècle,²⁷ et dont la création de bureaux d'examineurs marque la première victoire importante pour les médecins civils. Plus concrètement encore, ce sont les membres de ces bureaux qui vont être les initiateurs de ce projet, et leurs objectifs seront d'abord économiques et politiques, puis sociaux.

Ces bureaux en effet, contrairement à ce qu'on a pu écrire jusqu'ici, n'ont pas été uniquement des organismes de surveillance dont la fonction aurait été de distribuer, après examen, des certificats de compétence.²⁸ Ils sont vite devenus de véritables corps politiques, c'est-à-dire des groupes de pression qui ont vu à élaborer des stratégies visant à développer leurs pouvoirs et ceux de la profession médicale dans son ensemble. Les lois de 1847 et 1849 sont les résultantes de cette action. Ce rôle d'initiateurs, ce sont les bureaux d'examineurs qui ont été les premiers à le remplir pour diverses raisons. D'abord parce que ces bureaux constituent l'organisme, ou l'institution médicale, le mieux structuré et le plus puissant;²⁹ ensuite parce qu'ils regroupent les membres les plus actifs de la profession, enfin parce qu'ils sont au cœur même des débats les plus importants touchant la médecine. Il faut donc mettre en évidence les liens existant entre ces bureaux et la création du Collège des médecins et chirurgiens.

II. LE BUREAU DES EXAMINATEURS DE QUÉBEC

Une première question, qui vient à l'esprit du chercheur qui commence à s'interroger au sujet de ces bureaux, touche les motifs qui ont pu inciter le gouverneur à les rendre électifs en 1831. Comment expliquer en effet que ce dernier ait fait preuve d'une attitude aussi libérale en 1831 alors que pendant quarante ans les médecins civils, notamment les francophones, étaient pratiquement exclus des centres de décision en médecine? Disons tout de suite qu'il ne faut pas y lire un changement radical de politique. Il convient plutôt

27. J. BERNIER, « François Blanchet et le mouvement réformiste en médecine au début du XIX^e siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, XXXIV, 2, septembre 1980.

28. N.B. FREEDMAN, *op. cit.*, p. 13.

29. En effet, les écoles de médecine, sauf McGill, n'apparaîtront qu'au milieu des années 1840; les sociétés médicales vivent et les revues sont pratiquement inexistantes et n'ont guère d'importance.

d'imaginer un déplacement de privilèges quant au contexte qui entourait la création de la faculté de médecine de McGill en 1829.

Le problème est complexe. À Québec comme à Montréal, chez les Canadiens comme chez les Britanniques, on demandait depuis longtemps la création d'une école de médecine. Mais c'était là une question délicate. Il était impensable, disait-on, compte tenu de la faible population de la colonie, d'y créer deux écoles de médecine. Or les deux villes présentaient des atouts comparables. Les deux avaient une longue tradition médicale, comptaient une population semblable, bénéficiaient d'un corps médical d'égale importance, avaient des établissements hospitaliers comparables, dont un hôpital pour les pauvres où l'on pratiquait l'observation clinique. Québec présentait même certains avantages. Dans cette ville, une école de médecine aurait pu éventuellement bénéficier de la présence de l'hôpital militaire le plus important de la colonie et des services des médecins et chirurgiens qui y étaient rattachés. De plus, Québec détenait, avec son Séminaire, la meilleure institution classique dans la colonie. Or il était hors de question, l'élite médicale étant britannique, que cette école fut rattachée à un cadre institutionnel francophone. On aurait peut-être pu, à la limite, supporter une institution bilingue. Un fait vint finalement faire pencher la balance en faveur de Montréal, ce fut la création en 1821, grâce à un don important de James McGill fait en 1813, de la première institution supérieure anglophone dans la colonie, le McGill College, auquel se greffa en 1829 la Montreal Medical Institution, qui deviendra la Faculté de médecine de McGill. L'obtention de ce droit par McGill plaçait le gouverneur dans une situation inconfortable, étant donné que de telles concessions ne manqueraient pas de susciter l'animosité des médecins réformistes anglophones et des médecins canadiens. Le gouverneur devait donc accorder certaines compensations en retour, ce qu'il fit en rendant électif en 1831 les bureaux d'examineurs de Montréal et de Québec, et en donnant ainsi une certaine liberté à l'Assemblée des médecins. Qui donc allait être appelé à participer à ces bureaux en 1831? Aucun article de la loi de 1831 ne fournissait d'informations particulières à ce sujet. On ne spécifiait pas par exemple si l'on devait tenir compte d'une certaine représentation à l'intérieur des régions, s'il devait y siéger des médecins de la campagne, ou si les doyens de la profession jouiraient de quelques privilèges. La seule précision disait que les praticiens « licenciés » présents éliraient eux-mêmes les personnes qu'ils voulaient voir dans ces bureaux.

Nous savons, grâce au *Quebec Almanach* de 1832, que 57 personnes se déclarèrent médecins, chirurgiens ou accoucheurs cette année-là dans le district de Québec. De ce nombre, 30 seulement étaient présentes lors de la première élection qui eut lieu à Québec le 11 juillet 1831. Parmi elles, on comptait 18 noms à consonance française et 12 noms à consonance essentiellement anglaise. Fait important à noter, toutes venaient des villes de Québec et Lévis, sauf deux :

Noël de Lotbinière et Taché de Saint-Thomas. Pourtant en 1832, le district de Québec comptait 27 praticiens à la campagne.³⁰

Le premier bureau fut formé de 9 francophones et de 3 anglophones. On ne tint donc pas compte de la répartition ethnique. Ce fut d'ailleurs l'attitude qui prévalut durant toute la période. Une autre caractéristique de ce bureau, c'est la faible mobilité de son recrutement. Seulement 26 personnes différentes furent élues au bureau de Québec entre 1831 et 1847 alors que le nombre de membres passa de 12 la première année pour atteindre 17 en 1847. En fait, 16 de ces 26 personnes furent réélues à plus de deux reprises et certaines même lors des quatre mandats : J. Painchaud, J. Parant, J.-B. Noël, J. Morrin et J. Blanchet. On voit donc que nous sommes en présence d'un groupe homogène, stable, composé de médecins urbains, à majorité francophone, et dont le bassin de recrutement était très étroit.

Qui étaient donc ces gens sur le plan professionnel, social et politique ? C'étaient d'abord des personnes en vue dans leur métier. Il s'agissait certainement du groupe de praticiens civils le plus compétent de Québec.³¹ Plusieurs étaient membres de la Société médicale de la ville, avaient des postes comme résidents ou visiteurs dans des hôpitaux ou dans d'autres institutions comme les communautés religieuses ou les prisons. Tous avaient une clientèle appréciable. Ce qui ne voulait pas dire qu'ils fussent fortunés, mais qu'ils étaient certainement parmi les mieux nantis de la profession dans le district de Québec. Enfin presque tous avaient participé de près aux divers projets en vue de développer l'éducation médicale à Québec. Plusieurs d'ailleurs donnaient des cours dans des hôpitaux ou offraient des cours privés. Il ne s'agissait donc pas d'un groupe marginal, mais bien de l'élite parmi les médecins civils du district de Québec.

C'étaient aussi des personnes en vue sur le plan social et politique. Plusieurs étaient des notables de la région. Certains étaient députés ou allaient l'être.³² D'autres étaient juges de paix³³ ou étaient actifs sur la scène municipale comme échevin ou maire.³⁴ Ils suivaient aussi de près les débats politiques de l'heure. Il est vrai qu'à Québec les membres du bureau furent toujours plus modérés qu'à Montréal. Là-bas, en 1837-1838 par exemple, plusieurs furent

30. Ils ne seront guère plus nombreux au cours des années 1840. On peut facilement imaginer que les distances en découragèrent plusieurs, surtout que les dépenses de voyages n'étaient pas remboursées et que les membres de ces bureaux n'étaient pas rémunérés. On peut penser aussi, vu l'isolement de chacun, qu'ils ne se sentaient guère touchés par cette loi.

31. Quelques membres du premier bureau : T. Fargues : M.D. Edimburg ; J. Morrin : M.D. United States (M.D.U.S.) ; W. Hall : member of the Royal College of Surgeons, London (M.R.C.S.L.) ; J. Blanchet : M.R.C.S.L. ; J. Parant : M.R.C.S.L. ; F.X. Tessier : M.D.U.S. ; J.B. Noël : M.R.C.S.L.

32. E.-P. Taché, J.-B. Noël, J. Blanchet.

33. W. Holmes, J. Morrin.

34. J. Painchaud, échevin puis maire ; J. Douglass, échevin.

faits prisonniers ou durent s'exiler aux États-Unis.³⁵ Ici, on choisit d'être plus tranquille, on suivit plutôt la ligne du Parti canadien. Le projet patriote apparaissait trop extrémiste. Les débats sur l'Union cristallisèrent cependant davantage les énergies. Les membres du bureau n'eurent pas peur alors d'afficher leurs couleurs. On refusa en bloc l'Union : « il s'agit d'une mesure inique envers le Bas-Canada ».³⁶ Certains comme E.-P. Taché et J.-B. Noël firent même la lutte comme candidats anti-unionistes et se firent élire députés.³⁷ D'autres comme W. Marsden, E. Rousseau, P.-M. Bardy et J. Blanchet choisirent plutôt de lutter au sein de comités anti-unionistes.³⁸ Il va de soi qu'à Montréal on nourrissait des sentiments bien plus amers. Non seulement le gouverneur avait aboli les nominations par élection mais l'ancienne équipe, jugée trop radicale, était remplacée d'autorité par celle des professeurs de McGill qui soutenait la politique du gouverneur.³⁹

Nous voilà donc en présence de gens qui sont bien engagés dans leur milieu. C'étaient des réformistes et on peut dire qu'ils rejoignaient l'idéologie du Parti canadien en ce qui a trait aux réformes et à la dénonciation des institutions coloniales, tant sur le plan politique ou social que médical.

Ces bureaux constitués en 1831 bénéficiaient de certains pouvoirs, dont celui de faire passer des examens⁴⁰ à ceux qui voulaient étudier une discipline médicale ou obtenir un permis d'exercer. Comment le bureau de Québec se comporta-t-il dans l'exercice de cette fonction? La question mérite qu'on s'y attarde.

L'attitude principale qui se dégage est la suivante : le bureau a essayé d'augmenter ses exigences tout au long de la période étudiée. Cette attitude, on la constate d'abord à l'endroit des aspirants aux études. L'article III de la loi disait ceci à leur sujet : pour être admis à l'étude de l'une ou l'autre des branches de la médecine, le candidat doit « subir un examen devant le Bureau pour savoir s'il sait sa langue maternelle, s'il possède sa langue latine et s'il est sous tous autres rapports qualifié à entrer dans l'étude de la médecine ».⁴¹ La dernière partie de la phrase laissait place à l'interprétation, ce dont le bureau ne manqua pas de s'apercevoir.

35. Les frères W. et R. Nelson, Valois, Kimber, Bouthillier. *Le Canadien*, le 29 décembre 1837. Dans le district de Montréal, dix-neuf médecins furent arrêtés en 1837 pour avoir été impliqués dans la rébellion.

36. *Le Canadien*, 21 octobre 1840.

37. *Id.*, 5 avril 1841.

38. *Id.*, 21 octobre 1840.

39. *Id.*, 9 mars 1838.

40. L'étude de ces candidatures a lieu quatre fois par année, le premier lundi de chaque troisième mois. Ces bureaux ne sont pas des associations professionnelles, ni des écoles ; on n'y trouve pas de bibliothèque ni de musée. Le bureau de Québec siège à l'Hôtel-Dieu, à la suite d'une autorisation de la supérieure, A.S.Q., U. 17, p. 4.

41. *Statuts du Bas-Canada*, 1831, chap. 27.

D'abord on prit bientôt l'habitude de recevoir sans examen ceux qui avaient reçu une formation classique, ce qui n'était pas inscrit dans la loi mais montrait les intentions des membres du bureau d'en venir à ce que tous les aspirants eussent suivi cette formation. Ceci eut aussi comme conséquence d'amener le bureau à devenir de plus en plus sévère à l'endroit de ceux qui n'avaient pas reçu cette formation. D'après certains échos, le bureau n'aurait même pas respecté les matières sur lesquelles devaient porter les examens. C'est ainsi que deux candidats, dont le fils d'un dénommé Carter, pourtant chirurgien à Trois-Rivières, se sont vu refuser l'entrée aux études parce qu'ils n'avaient pas su répondre à des questions de mathématiques et de sciences naturelles,⁴² questions qui n'étaient pourtant pas définies matières à examen.

Une autre préoccupation qu'on vit poindre à l'esprit des membres du bureau fut celle de recruter des candidats qui fussent non seulement qualifiés, comme le voulait la loi, mais « de qualité » :⁴³ en d'autres mots des gens qui fissent honneur à la profession tant par leurs qualités morales que par leur comportement.⁴⁴

Enfin à partir de 1839, on demanda aux candidats de payer cinq chelins au bureau pour obtenir leur certificat d'admission à l'étude,⁴⁵ ce qui n'était pas non plus prévu par la loi.

Ce sont probablement ces exigences nouvelles qui expliquent que de moins en moins de candidats vont manifester le désir d'étudier la médecine. Ainsi, alors qu'au milieu des années 1830 le bureau recevait par année entre 10 et 15 demandes de candidats désireux d'étudier la médecine, ce nombre se situait autour de la demi-douzaine au milieu des années 1840.

C'est toutefois surtout à l'endroit des aspirants à la pratique que ces exigences étaient perceptibles. La loi de 1831 stipulait à leur égard que pour obtenir un permis l'autorisant à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, l'aspirant devrait avoir 21 ans; prouver qu'il avait reçu un apprentissage ou une formation durant 5 années consécutives auprès d'un praticien ou dans une institution reconnue; réussir l'examen du bureau et payer

42. Le Dr Carter se plaint que ces nouvelles exigences sont inconnues de la population. A.S.Q., Sém. Poly. 101, n° 46.

43. Un texte vient préciser que les candidats devront être d'un « unexceptionable character ». A.S.Q., U. 18, pp. 133-134.

44. Certaines lettres de recommandation ne sont pas sans nous laisser songeurs aujourd'hui. Par exemple celle-ci : « Je ne crois pas devoir le laisser partir sans le recommander particulièrement. M. Grammont est, comme il vous sera facile de le remarquer, très grave (il passe de beaucoup son maître en cela), c'est un grand point de gagné, car ce qui donne de la supériorité à nos médecins anglais, c'est cette figure pâle et allongée, ce phlegme que nous autres francs canadiens ne possédons pas ». Lettre du Dr Drolet au Dr Painchaud, A.S.Q., Sém. Poly. 101, n° 11.

45. A.S.Q., Sém. U. 18, p. 115.

la somme de 20 chelins pour défrayer les dépenses encourues. Les détenteurs d'un diplôme universitaire qui pouvaient prouver qu'ils avaient reçu une formation de cinq ans seraient reçus sans examen (art. VI).⁴⁶

Entre 1831 et 1837, le bureau de Québec admit 69 personnes à la pratique : 42 natifs du Canada et 21 d'outre-mer ou des États-Unis, soit 11 personnes en moyenne par année.⁴⁷ Ce chiffre dépassait annuellement la quinzaine pendant les années 1840 ce qui, compte tenu de la faible population du district de Québec, était beaucoup et incitait le bureau à exercer une sélection plus sévère des aspirants. Cette sélection se fit d'une part en appliquant le règlement à la lettre quant à la durée des études. L'étudiant Boudreau par exemple, qui n'a fait que quatre années et neuf mois d'études, n'a pas le droit de se présenter à l'examen.⁴⁸ On la pratiqua d'autre part en durcissant les exigences à l'endroit des diplômés des universités et institutions étrangères. Jusqu'en 1839, un diplômé d'une institution étrangère, qui pouvait prouver qu'il avait reçu sa formation pendant cinq années consécutives, était admis à la pratique sans avoir à passer l'examen du bureau.⁴⁹ À partir des années 1838-1839, à cause du nombre croissant d'étudiants canadiens et américains porteurs de diplômes d'universités américaines, les bureaux de Québec et Montréal commencèrent à s'inquiéter de la situation et à faire pression auprès du gouverneur pour que les candidats détenteurs de diplômes étrangers fussent également soumis à un examen. Il acquiesça à leur demande, sauf pour les diplômés d'universités britanniques.⁵⁰

Cette sélection plus stricte, on la pratiqua aussi en allongeant et en diversifiant la formation. Maintenant que des cours se donnaient à l'hôpital des Émigrés, puis à l'hôpital de la Marine, on pouvait les rendre obligatoires aux étudiants.⁵¹ Dès lors, à partir de 1837, on commença à exiger que, outre leur formation de cinq années, les étudiants aient fréquenté pendant une année un hôpital de plus de quinze lits et suivi un cours de physiologie, d'anatomie, de chirurgie, d'obstétrique, de théorie et de pratique médicale.⁵²

46. Les militaires commissionnés qui désiraient pratiquer parmi la population civile étaient exemptés de l'examen. Les aspirants apothicaires devaient avoir 21 ans et prouver qu'ils avaient été en apprentissage pendant au moins trois ans chez un médecin ou un apothicaire reconnu.

47. *Le Canadien*, 5 avril 1837.

48. A.S.Q., Sém. U. 18, p. 123 (6 juillet 1840).

49. 4 juillet 1836 : M. Sylvestre Cartier de Saint-Antoine présenta un diplôme de Docteur en médecine du Collège de Castleton, É.U., obtenu après cinq années d'étude. M. Cartier ayant prêté le serment requis sur son diplôme fut admis à la pratique sans examen. A.S.Q., Sém. U. 18, p. 88.

50. Seuls seront exemptés « Those who have taken a degree in a university within her Majesty's Dominion ». A.S.Q., Poly. 102, n° 69.

51. Les professeurs sont d'ailleurs souvent membres du bureau.

52. S. LEBLOND, *Cahiers des Dix*, Montréal, 1970, p. 86.

Afin d'éviter aussi que les candidats déçus à un examen ne se représentent à des intervalles trop rapprochés, on détermina en 1839 que les candidats qui auraient connu un échec ne pourraient se représenter avant six mois.⁵³ Ce qui permettait ainsi de retarder parfois de plusieurs mois l'admission de certains candidats mal préparés ou mal informés des exigences du bureau. Autre mesure : à partir de 1843, afin d'éviter des chahuts et des indiscretions, le bureau décréta qu'il procéderait désormais à huis-clos sauf pour les membres de la profession médicale.⁵⁴

Enfin, tout au long de son existence et cela depuis les premiers jours où il commença à siéger,⁵⁵ le bureau tenta d'unifier la profession. On aurait voulu réunir les trois branches (médecins, chirurgiens et accoucheurs) en une seule, et dès lors qu'on ne puisse plus pratiquer l'une sans l'autre.⁵⁶ Cela aurait permis d'uniformiser et de hausser les conditions d'admission. L'idée connut une opposition tant chez les praticiens eux-mêmes que dans le public, de sorte qu'elle ne fut pas acceptée à ce moment.

On voit donc que le rôle de ce bureau fut plus que celui d'un simple exécutant ou plus que celui d'un jury. Ce bureau ne se contenta pas d'appliquer des règlements. La pratique l'amena à élaborer de nouvelles politiques visant à réglementer le droit de pratique de la médecine dans la colonie. Ce qui n'était pas prévu à l'origine par la loi mais ce contre quoi l'Exécutif ne pouvait guère s'opposer, vu les pouvoirs et l'indépendance dont bénéficiait par ailleurs dans les mêmes domaines le collègue de McGill nouvellement créé. D'ailleurs l'Exécutif se sentait peu concerné par ces problèmes.

Outre le renforcement des pouvoirs du corps médical, la création de ces bureaux permit aussi un éveil jusque-là impensable au sein de ce groupe. Elle rendit pour la première fois des échanges possibles. Échanges d'abord au sujet des personnes qu'ils voulaient pour les représenter ; échanges aussi sur le plan du travail, des activités, et des problèmes perçus. En 1831, pour la première fois dans l'histoire de cette profession, les médecins étaient appelés à prendre des décisions de groupe. C'était, dans le contexte de l'époque, une innovation qui allait ouvrir la voie à une petite révolution. De ces discussions un *projet* sortira, celui qui sera en partie mis en place en 1847. L'initiative de ce projet sera d'abord l'œuvre de cette élite qui dirige les bureaux de Québec et Montréal. Mais avant de décrire ce projet, il faut en étudier les racines, soit les perceptions que ce groupe a de sa situation et de celle de la médecine dans la colonie, et comment il veut les influencer et les orienter.

53. A.S.Q., Sém. U. 18, p. 115. Résolution adoptée le 1^{er} avril 1839.

54. A.S.Q., Sém. U. 18, pp. 133-134.

55. A.S.Q., Sém. U. 17, p. 11 (3 octobre 1831).

56. *Le Canadien*, 17 juillet 1833.

III. LE PROJET DES MÉDECINS EXAMINATEURS

La première critique des membres du bureau porte sur les services de la santé et les soins à la population. Ils trouvent que la colonie n'a pas de services de santé adéquats, que les instances responsables de ces secteurs, soit au niveau de l'Exécutif, du Législatif ou des municipalités sont incompétentes sur le plan médical, qu'elles ne connaissent pas les besoins de la population, et qu'elles ne peuvent donc pas prendre les mesures nécessaires.⁵⁷ Le problème, à leurs yeux, est relié au fait que les médecins sont pratiquement absents des centres de décisions.

On se plaint aussi des services hospitaliers. Dans un mémoire adressé au gouverneur en 1838, le bureau de Québec se plaint qu'il n'y a pas encore dans la ville d'hôpitaux destinés à recevoir les malades contagieux. Il y a bien sûr l'Hôpital de la marine, mais la première fonction de cet hôpital est d'abord de recevoir les marins et les immigrants malades, de sorte que les contagieux de la région n'ont pas d'endroit où se faire soigner, l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital général n'étant pas habilités en principe à recevoir cette catégorie de malades. On critique aussi l'absurdité avec laquelle certaines décisions ont été prises. En 1832, par exemple, on a fermé l'hôpital des Fébrécitants de la Pointe Levy, et transformé l'hôpital des Émigrés, qui se trouve aux murs de la ville, en hôpital pour cholériques alors qu'il aurait fallu éviter, au contraire, que la population n'entre en contact avec ces malades.⁵⁸

Autre malaise ressenti par les leaders médicaux, ils vont se plaindre « de l'état abject dans lequel se trouve la profession médicale ». ⁵⁹ Ils disent que le niveau de la profession est bas, que plusieurs praticiens ne sont pas compétents, et que cet état est maintenu par l'anarchie qui règne dans ce secteur. On se plaint par exemple du fait qu'il n'y ait pas de mesures prises ou de législation efficace contre les charlatans; qu'il n'y ait pas de règles précises pour régir l'exercice de la médecine, que les apothicaires pratiquent aussi bien la médecine que la pharmacie, et que c'est l'anarchie en ce qui concerne la pratique des accouchements dans les campagnes.⁶⁰

Ils déplorent aussi le fait que la profession, dans les campagnes surtout, ne soit pas reconnue, que le médecin n'occupe pas la place qu'il devrait avoir, qu'on préfère souvent consulter un quelconque sorcier que d'aller voir un praticien diplômé. Les charlatans, disent-ils, y sont nombreux et ils accaparent

57. Voir, entre autres, G. BILSON, *A Darkened House, Cholera in Nineteenth-Century Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1980, chap. II et IV.

58. *Le Canadien*, 30 novembre 1832.

59. A.S.Q., Société de médecine de Québec, Jacques Labrie.

60. *The Vindicator*, 15 juillet 1831: « Surely strangers, cannot believe the profession here to be in so immoral and degraded a state ».

la clientèle, de sorte que les médecins ont de la difficulté à survivre à la campagne. Les jeunes praticiens refusent alors d'aller s'y installer et ils restent en ville, ce qui contribue à accroître le nombre de médecins, alors que la densité y apparaît déjà trop forte.

Ils regrettent encore le fait que les autorités administratives elles-mêmes ne fassent pas davantage confiance aux médecins de la colonie. Trop souvent, elles donnent la préférence aux étrangers, surtout aux Britanniques, pour les postes importants et rémunérés :

« Son excellence vient de nommer le Dr. Poole de Chambly, surintendant des Hôpitaux à la Grosse Isle. Voilà encore une place de confiance et de profit, donnée à un étranger, tandis qu'on pouvait trouver également qualifiés pour la remplir, une douzaine de médecins anglais et canadiens, enfans du pays; et qui de plus ont mérité la reconnaissance de leurs concitoyens et des autorités. Après cette nomination, sortie à l'ordinaire de la boîte de Pandore, osera-t-on nier que les Canadiens n'ont pas de plus en plus le droit de se plaindre, de la préférence aussi injuste qu'injurieuse, que l'on accorde tous les jours, sur eux, au premier déballé d'outre-mer. Mais patience. Un Anglo-canadien ». ⁶¹

Enfin ces médecins se plaignent que les bureaux d'examineurs qui devraient être, à leur avis, l'organisme habilité à régir l'ordre dans ces domaines n'ont pas de pouvoir, ce qui est un fait.

Leur troisième point de revendication concerne l'enseignement. Non seulement le niveau de la profession est bas mais les autorités administratives ne font rien pour favoriser le développement de l'enseignement médical chez les francophones où le problème est particulièrement aigu. Il y a bien, depuis 1829, une faculté de médecine à Montréal, mais cette faculté donne son enseignement en anglais et elle est peu fréquentée par les francophones. Pour obvier à ce problème, l'Exécutif autorise en 1845 la création de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, mais il refuse que cette école ait les mêmes droits que l'École de McGill, soit la capacité de décerner des diplômes *ad practicandum*. ⁶² On demande aux étudiants de cette école, pour obtenir le droit de pratiquer, non seulement qu'ils réussissent les examens de l'institution mais aussi ceux du bureau des examinateurs de leur district. En fait, ils ne tolèrent pas le favoritisme dont bénéficie McGill et qui repose, à leurs yeux, dans la perpétuation des anciens privilèges.

On peut donc dire que ces médecins se définissent comme le groupe qui, vu son engagement dans le milieu, connaît le mieux les problèmes médicaux de la colonie et celui qui, s'il était soutenu par des institutions de formation adéquates, serait le plus apte à faire face à ces problèmes. Cette argumentation en vue d'obtenir plus d'autonomie est aussi un moyen d'atteindre l'égalité avec

61. *Le Canadien*, 16 juillet 1832, 10 mai 1833.

62. L'École, par son porte-parole à la Chambre, W. Nelson, qui est aussi professeur à cette école, aurait voulu bénéficier elle aussi des cinq cents livres accordées annuellement à McGill. *The Pilot and the Journal of Commerce*, 20 juin 1846.

leurs confrères de McGill. En corollaire à ces critiques, on peut se demander comment ils vont formuler leurs demandes et quels vont être les moyens mis de l'avant pour atteindre leurs buts.

Ces demandes, telles qu'on les perçoit à la lecture des procès-verbaux, des revues médicales et des journaux de l'époque peuvent se résumer en trois grands points ; elles exigent :

- a) plus de pouvoir et plus d'autonomie pour le corps médical pour tout ce qui touche la médecine ;
- b) une plus grande reconnaissance de cette profession ;
- c) un accroissement des revenus pour les membres.

Ces revendications se trouvent d'ailleurs dictées presque telles quelles dans un texte de 1846 :

« A provincial association would unite in one common center the views and wishes of the whole profession, and it is earnestly hoped, that it would confer upon the practitioners of medicine, the *independence*, the *respectability* and *advantages* which the incorporation of the law society has obtained for its members » (Canada-West).⁶³

On peut parler de « revendications politiques » en ce sens que ce groupe va demander pour l'organisme qu'il veut créer, et cela comparativement aux pouvoirs des bureaux, plus d'autonomie et plus d'indépendance en ce qui concerne les questions relatives à la médecine. Ces leaders demandent surtout la responsabilité exclusive des médecins en ce domaine. Leur argumentation découle de ce qui a été dit plus haut. Comme l'administration, disent-ils, ne fait rien pour poursuivre les charlatans, pour exercer un contrôle sur les apothicaires, pour voir à l'élaboration de nouvelles lois en médecine, pour organiser l'enseignement et le développement de l'hygiène publique, et comme l'assemblée des médecins constitue le groupe social le mieux informé de ces problèmes, celle-ci demande qu'on lui donne les pouvoirs nécessaires pour s'en occuper.

Ces revendications furent d'ailleurs clairement énoncées en 1846 lorsqu'on rédigea à Trois-Rivières le brouillon du projet d'incorporation :

« Que la corporation dudit collège soit investie de tous les pouvoirs et privilèges accordés aux autres corps incorporés pour acquérir des propriétés foncières et autres, faire des règlements, avoir un sceau en commun. Qu'il soit accordé à la profession le pouvoir de légiférer sur tous les sujets affectant la profession médicale, soit par rapport à l'éducation, la pratique, la protection de ses membres contre ceux qui pratiquent sans licence, pour régler la pratique des accouchements, avoir la surintendance des établissements de droguistes, et protéger la santé publique, pour ce qui regarde la police médicale et l'hygiène. »⁶⁴

63. *British American Journal of Medical and Physical Sciences*, 1, 2, (mars 1846), p. 335. Ce qu'un médecin formula ainsi en 1831 au sujet des bureaux d'examineurs : « this is of such vital importance to the honour, respectability, and interests of the profession ». *The Vindicator*, 28 juin 1831.

64. *Le Canadien*, 23 octobre 1846.

On voit l'étendue des pouvoirs revendiqués ici. Ces idées cependant ne sont pas nouvelles, elles circulent au moins depuis 1833. Mais plusieurs groupes publics s'y opposèrent pendant longtemps précisément, comme le disait John Neilson, « parce qu'elles tendaient à créer un monopole ». ⁶⁵ Chez les autorités administratives, on reprenait sans la critiquer l'idée des professeurs de McGill, selon laquelle la colonie était trop petite pour avoir deux écoles de médecine, pour refuser d'accorder les réformes demandées.

Outre cette recherche de pouvoir en amont, on voudrait aussi gagner plus d'influence à la base, c'est-à-dire que cette profession soit reconnue par la population, qu'elle inspire confiance, qu'elle soit *respectable* et *respectée*. Ou encore comme le dit Badgley, un des membres du bureau des examinateurs de Montréal: « see this profession occupy its merited place ». ⁶⁶ Mais comment obtenir cette reconnaissance? D'abord en élevant le niveau des qualifications des membres de la profession ⁶⁷ par une meilleure éducation car, comme le dit un correspondant du *British American Journal of Medical and Physical Sciences (B.A.J. of M.Ph.S.)* « the character of the profession is closely dependant upon the education of its members ». ⁶⁸ À ce sujet, on pense que les normes d'admission aux études devraient être plus sévères et les mêmes pour tout le Bas-Canada.

Mais quels critères retenir? Il s'agit là d'une question délicate qu'on pense résoudre en exigeant comme cela se fait ailleurs, notamment en Angleterre, une éducation classique, ou du moins (art. XI) un bagage suffisant en latin, géographie, histoire, mathématiques et philosophie de la nature. Et cela, comme le fait remarquer un médecin de Trois-Rivières, même si aucune de ces matières, sauf la philosophie de la nature, n'est particulièrement reliée à la médecine. Mais puisqu'il faut bien se donner des critères, pourquoi ne pas utiliser les institutions existantes et pourquoi ne pas faire comme dans les autres pays?

Cette meilleure formation on pense aussi l'obtenir en réformant l'éducation médicale elle-même. La formation par apprentissage, dit-on, ne suffit plus. Elle est trop dépendante ou fonction des connaissances et des faiblesses du maître. De plus, la formation par apprentissage donne lieu à des enseignements et à des pratiques différents et parfois même contradictoires, ce qui contribue à diminuer la crédibilité de la profession. On voudrait donc que les étudiants reçoivent une meilleure formation et qu'elle soit la même pour tous. Pour ce faire, il faudrait des écoles, ce que refuse l'administration. À défaut, on

65. *Le Canadien*, 4 mars 1833.

66. *B.A.J. of M.Ph.S.*, juillet 1845, p. 110. Un médecin écrit dans *Le Canadien* du 21 janvier 1832: « J'invite fortement ceux de mes confrères qui résident à la campagne, et qui désirent voir partout la profession respectable et respectée de mettre la main à l'œuvre en dévoilant tout ce qui pourrait compromettre sa respectabilité à l'avenir. »

67. « En élevant l'état de la profession ». *A.S.Q.*, Sém. U. 18, p. 108, (1837).

68. *B.A.J. of M. Ph. S.*, July 1845, p. 111.

voudrait, comme il fut proposé dans le projet de loi de 1833, que la période de formation soit plus longue. Mais le comité de la Chambre refusa, prétextant que ce n'est pas une affaire d'années mais de compétence des maîtres.

Outre une meilleure formation du corps médical, un autre moyen envisagé pour en arriver à cette reconnaissance est d'améliorer l'image peu reluisante de la profession, soit le sentiment qui se dégage que ce groupe est peu compétent, dégradé et divisé.⁶⁹ Comment changer cela ? Il s'agit là, dans le contexte médical de l'époque, d'un point délicat et difficile à résoudre. Si la population a tendance à aller chez la personne dite non qualifiée ou chez le pharmacien plutôt que chez le chirurgien ou le médecin, c'est bien sûr en partie pour une question d'argent et parce qu'on n'aime guère les purges et les saignées, mais c'est aussi parce qu'on a l'impression que les docteurs n'en savent guère plus que leurs rivaux, et que leurs approches sont aussi empiriques et éclectiques, chacun faisant de son mieux. Plusieurs ne présentent même pas les garanties morales souhaitées. On se plaint en particulier, à tort ou à raison, des problèmes d'alcoolisme de certains médecins.⁷⁰

Une meilleure formation théorique et pratique aiderait déjà grandement à changer cet état de choses. Il faudrait aussi, pense-t-on, faire attention, lors du recrutement, afin de choisir non seulement ceux qui présentent les connaissances suffisantes, mais dont les qualités morales et physiques sont sûres. Ce qu'un membre du bureau de Québec formulait ainsi : choisir ceux par qui « the character of the profession should be exalted ». ⁷¹ Enfin, il serait nécessaire de changer la mentalité de certains confrères afin d'éviter les différends entre praticiens au sujet des soins ou dans la manière de se gagner une clientèle. Cela discrédite la profession et nuit à l'esprit de solidarité qui devrait exister entre médecins. Des polémiques comme celles qui eurent lieu dans les journaux entre les Drs P.-M. Bardy, J. Douglass et G.E. Fenwick au sujet de la mort de Mme Trady ne devraient plus se produire ou du moins ne pas dépasser les frontières du groupe. ⁷² Même chose au sujet du conflit qui opposa les Drs W. Nelson et A.F. Holmes lors du décès de Julien Campeau. On trouve encore déplorables les invectives lancées de part et d'autre par les médecins contagionnistes et anti-contagionnistes depuis 1832 au sujet des origines du choléra. Donc il faudrait faire en sorte que le groupe se donne des règles de morale interne, une sorte de code d'éthique. Une fois adopté, s'il était élargi et renforcé par des mesures disciplinaires, ce code pourrait s'avérer le moyen de mettre un peu d'ordre dans cette profession, lui donner une image plus valorisante et lui permettre d'acquérir la considération et le rang visés.

69. Exemple : *La Minerve*, 15 décembre 1828 : « On se plaint souvent que les professions libérales sont dégradées par l'impossibilité de subsister où se trouvent plusieurs d'entre ceux qui les embrassent, et par l'ignorance aussi des quelques-uns ».

70. *Le Canadien*, 21 janvier 1832.

71. A.S.Q. Poly. 102, n° 78, 11 juillet 1841.

72. *Le Canadien*, 6 décembre 1841 ; 12 décembre 1841.

Le troisième point de revendication vise à l'amélioration des revenus. L'idée a l'impact d'un cri de ralliement. Du moins, d'après les témoignages que nous trouvons dans les journaux, il semble que ce soit surtout sur ce point que les médecins des campagnes se sentent concernés. C'est d'ailleurs sur ce thème qu'ils émettent le plus d'avis dans les journaux, surtout dans les années 1840 quand il est question de la caisse médicale. Quels vont donc être les moyens, envisagés par l'élite médicale, pour lancer ce projet économique ?

Une idée qui, entre 1831 et 1847, refait surface à la manière d'un leitmotiv, est celle d'interdire la pratique de la médecine à tous ceux qui ne sont pas dûment qualifiés. La pratique de la médecine devrait revenir aux seuls praticiens détenteurs de permis. Il faut donc éliminer les forces concurrentes ou, comme le dit un médecin, voir à la « protection of the interest of the qualified and licensed practitioners against the usurpations of the unlicensed ». ⁷³ On voudrait, puisque les instances responsables ne prennent pas les mesures qui s'imposent, que le corps médical ait les pouvoirs nécessaires pour poursuivre lui-même en justice les « impudents et impunis charlatans ». ⁷⁴ Pour cela, le corps médical devrait être incorporé. De plus, grâce à un regroupement en une même association de tous les médecins et chirurgiens du Bas-Canada, on pourrait constituer une liste de toutes les personnes compétentes, observer les mêmes règles sur tout le territoire et ainsi poursuivre plus facilement les indésirables (l'enregistrement obligatoire fera l'objet de l'article X de la loi de 1847). Mais pendant longtemps, on ne vit pas tellement dans le public l'intérêt d'un tel monopole. ⁷⁵ L'Exécutif, quant à lui, préférerait faire la sourde oreille et éviter la création d'une institution qui aurait pu entrer en conflit avec les intérêts et les privilèges de McGill.

Par ailleurs, afin d'éviter la compétition par les plus bas prix et de s'assurer des revenus plus certains, on voudrait instituer des tarifs médicaux uniformes à l'intérieur des régions. Cette idée n'était pas nouvelle elle non plus puisqu'on en parlait déjà en 1830, ⁷⁶ mais c'est au milieu des années 1840, grâce à la relance des sociétés médicales, qu'on en devient convaincu et qu'on essaye de la mettre en application de façon systématique. ⁷⁷

73. *B.A.J. of M.Ph.S.*, 1, 9, décembre 1845, p. 250.

74. *Le Canadien*, 17 mars 1845.

75. De telles idées n'eurent pas, pendant longtemps, l'appui extérieur souhaité. Dès 1833, certains groupes de docteurs demandèrent de « mettre les poursuites contre les charlatans entre les mains du bureau médical », *Le Canadien*, 4 mars 1833. Ce à quoi le député Bédard, entre autres, s'opposa parce qu'il « serait difficile de décider qui était charlatan et qui ne l'était pas » (*ibid.*). Le député Boissonneault répondit quant à lui qu'il ne voyait pas le bien-fondé d'une telle action car « si je rencontre un homme qui en sait plus que les docteurs, et que j'aie besoin de lui, pourquoi ne pourrais-je pas l'envoyer chercher ? S'il ne répond pas à ses promesses, il n'obtiendra pas de pratique. Il en est de même pour les docteurs ; s'ils ne sont pas assez habiles on ne les emploiera pas. [...] Non c'est un monopole qu'on veut créer ». (*ibid.*)

76. *The Vindicator*, 29 janvier 1830.

77. *Le Canadien*, 6 mars 1846.

Une autre idée suscite beaucoup d'enthousiasme : il s'agit du projet de création d'une caisse médicale « pour soulager les médecins en détresse et venir au secours des veuves et des enfants ». ⁷⁸ Cette caisse serait alimentée par les contributions annuelles des adhérents et aurait l'avantage d'être gérée par les membres eux-mêmes. Elle serait en fait un service de la corporation qu'on voulait créer. Or il était important, pour que cette caisse soit viable, que le plus grand nombre de médecins y participe sur une base régulière. On comprend ainsi que l'organisation en une seule association du plus grand nombre possible de praticiens apparaisse comme un excellent moyen d'atteindre cet objectif. L'idée même d'une participation obligatoire n'était pas absente.

Voilà donc en bref les objectifs que vise ce groupe : se donner les pouvoirs nécessaires afin d'être autonome et indépendant, cela afin de rehausser son statut et ainsi avoir accès à des revenus accrus. Mais comment expliquer que l'acceptation de ce projet de 1847 ait alors été possible ? L'action d'hommes énergiques, si déterminés soient-ils, ne peut tout expliquer. Un contexte économique, social et politique favorable joue en leur faveur.

IV. LE CONTEXTE DE LA RÉALISATION DU PROJET

Il est vrai que ce projet, qui est avant tout celui des membres des bureaux d'examineurs, a d'abord été rendu possible grâce à l'action concertée et soutenue des membres de ces bureaux depuis leur établissement jusqu'en 1847. Tous les efforts possibles vont être faits pour « entretenir des relations de bonne intelligence », ⁷⁹ et pour s'entendre sur l'établissement de politique et de procédés communs. ⁸⁰ L'unité d'action de ces bureaux, malgré des dissensions passagères dans les années trente, reste frappante. Afin de nourrir les contacts, on échange des procès-verbaux, on organise des rencontres ou des visites. ⁸¹ Leur action est aussi renforcée par l'appui des sociétés médicales créées ou ressuscitées dans les années 1840, et qui apportent un soutien d'autant plus apprécié qu'elles prétendent parler au nom de l'ensemble des praticiens. ⁸²

78. *Ibid.*, 23 février 1845.

79. A.S.Q., Sém. U. 18, p. 46.

80. *Ibid.*, p. 119.

81. Une première convention des deux bureaux eut lieu à Trois-Rivières, le 8 juillet 1833. A.S.Q., Poly 101, n° 5. Le procès-verbal du 7 octobre 1839 dit ceci : « que réponse soit faite, par le secrétaire, au Bureau de Mtl le remerciant de sa communication, et lui exprimant le désir du Bureau de Québec de voir les 2 bureaux agir en harmonie, que pour cet effet il serait nécessaire pour les deux bureaux de se communiquer mutuellement leurs règles et règlements et de continuer à l'avenir à échanger une copie de leurs procédés après chaque séance respective ». A.S.Q., Sém. U. 18, p. 119.

82. La Société médico-chirurgicale de Montréal et l'Association médico-chirurgicale de Toronto sont nées vers 1843 (*B.A.J. of M.Ph.S.*, 5, août 1845, p. 139), tandis qu'on réanime au même moment la Société de médecine de Québec. *Le Canadien*, 26 février 1845. D'ailleurs, les postes clefs au sein de ces sociétés sont ordinairement occupés par des membres des bureaux.

Ces gens sont aussi confrontés à un contexte médical nouveau qu'ils tentent de faire jouer en leur faveur. Les épidémies de choléra de 1832 et 1834, entre autres, ont donné aux médecins urbains l'occasion de se mettre sur la sellette.

Alors que traditionnellement c'était le gouverneur, aidé du Conseil exécutif et du Conseil législatif,⁸³ qui avait l'habitude d'intervenir et d'ordonner les mesures à prendre lorsque survenaient des problèmes particuliers concernant la santé de la population (ex. : mal de la Baie-Saint-Paul, variole, quarantaine), en 1832 et 1834, Aylmer refuse de prendre l'initiative et s'en remet aux médecins locaux et aux municipalités.⁸⁴ Ce qui était reconnaître aux médecins canadiens un pouvoir spécial qui leur avait été jusque-là refusé. Des bureaux de santé furent institués dans les villes de Québec et Montréal ; mais comme ces bureaux étaient mixtes, c'est-à-dire composés de médecins et de notables, leur fonctionnement fut très difficile. Cependant, à la longue, les médecins gagnèrent de plus en plus d'autorité au sein de ces bureaux, de sorte que leur position s'en trouva renforcée et leur rôle élargi.⁸⁵ Leur image comme groupe s'en trouva également d'autant plus valorisée que, alors que les élites quittaient la ville, ils surent faire preuve d'un dévouement certain. Les épidémies par ailleurs, comme au moment des périodes de vaccination, ont permis aux médecins de s'introduire dans les foyers et de s'y faire connaître, ce qui contribua à rendre leur présence plus familière. Enfin, ces épidémies de choléra ont contribué à renforcer la cohésion au sein du corps médical et à attirer l'attention des autorités sur un problème important qui menaçait l'existence de ce groupe : celui de la recrudescence du charlatanisme durant cette période. Pour diverses raisons (manque de médecins dans certaines régions, coût des soins, incapacité de la médecine officielle à guérir les malades), une partie de la population avait pris l'habitude, surtout dans les campagnes, de s'en remettre à d'autres personnes que les praticiens réguliers pour se faire soigner.⁸⁶ Les autorités ne pouvaient rester indifférentes à ce problème et on pouvait s'attendre à ce qu'une nouvelle loi vint renforcer les premières.

De plus, il faut dire aussi que la médecine officielle commence à bénéficier dans les années 1840 de techniques nouvelles qui lui donnent une crédibilité et un ascendant sur ses rivales. C'est à cette époque en effet qu'on commence à expérimenter le stéthoscope connu au Canada depuis le retour d'Europe de P. Beaubien, le microscope pour les analyses de sang et d'urine, et que les instruments en obstétrique commencent à être perfectionnés. Par ailleurs, l'opé-

83. Ou un comité nommé par eux.

84. G. BILSON, *op. cit.*, pp. 49, 69, 71, 150.

85. *Le Canadien*, 27 février 1833.

86. G. BILSON, *op. cit.*, pp. 30-31.

ration commence à être moins douloureuse grâce à l'utilisation d'anesthésiques (chloroforme, éther et hypnotisants).⁸⁷

Enfin, au début de la décennie 1840, ce groupe peut aussi citer les nouvelles orientations qui se dessinent, dans le même sens que les siennes, dans d'autres pays : notamment dans le contexte de préparation du congrès médical de Paris de 1845 et de la convention de Philadelphie (1847),⁸⁸ alors qu'on parle d'unifier la profession, de lui donner plus d'autonomie et de mettre en place des règles pour l'ensemble des praticiens.

Divers facteurs économiques et sociaux incitent aussi à conférer davantage de pouvoir aux médecins. Les épidémies, dit-on, « interrompent le commerce et détruisent les intérêts mercantiles ». ⁸⁹ De plus l'augmentation exceptionnelle du taux de mortalité pose des problèmes moraux et sociaux importants. Cela, non seulement parce que ce sont les couches populaires qui sont les plus touchées, mais parce qu'il faut éviter que des mortalités excessives ne viennent absorber une force de travail nécessaire au développement industriel des villes de Québec et Montréal.⁹⁰ Ces épidémies représentent d'ailleurs un danger constant pour les élites elles-mêmes qui ne peuvent rester confinées dans leurs résidences secondaires ou chez des parents en campagne. Or, entre 1840 et 1849 le choléra sévit toujours en Asie et en Europe.⁹¹ Pour contrer cette menace, comme les mécanismes traditionnels s'avèrent inefficaces, et que le corps médical apparaît malgré tout comme le groupe le plus compétent, il apparaît de plus en plus normal de confier cette responsabilité au corps médical et de lui donner les moyens de faire face à ce problème, notamment en lui permettant de donner une meilleure formation aux futurs praticiens de la santé. Un contrat moral est dès lors conclu : en retour de l'autonomie et de l'indépendance visées, les

87. H.N. SEGALL, « L'introduction du stéthoscope et de l'auscultation clinique au Canada », *L'Union médicale du Canada*, XCVII, août 1968, pp. 1115-1117. *Colloque médical sur l'histoire de la médecine au Canada*, s.l., Shering, 1967 (non paginé).

88. *Le Canadien*, 12 juin 1846; J. LÉONARD, *Les médecins de l'Ouest*, Paris, Atelier de reproduction des thèses, 1979, p. 788.

89. *Le Canadien*, 30 novembre 1832; G. BILSON, *op. cit.*, p. 25.

90. G. TULCHINSKY, *The River Barons. Montreal Businessmen and the Growth of Industry and Transportation, 1837-1853*, Toronto, University of Toronto Press, 1977, pp. 205-231. Voir aussi : John MCCALLUM, *Unequal Beginnings. Agriculture and Economic Development in Quebec and Ontario until 1870*, Toronto, University of Toronto Press, 1980. Selon cet auteur, c'est la présence d'une main-d'œuvre abondante et à bon marché, à défaut d'un arrière-pays riche, qui a permis aux villes de Montréal et Québec de connaître un développement industriel à cette époque. À Québec, le taux de mortalité passa de 37% en 1831 à 82% en 1832; à Montréal, il grimpa à 74%. G. BILSON, *op. cit.*, p. 48.

91. W.W. SPINK, *Infections Diseases*, Minneapolis. University of Minnesota Press, 1978, p. 163; voir : *Le Canadien*, 27 juin 1845, 12 octobre 1845, 7 novembre 1845, 24 juin 1846.

médecins promettent d'apporter à la société la santé qui lui permettra de fonctionner normalement.⁹²

En somme, entre 1831 et 1847, l'image et la crédibilité du corps médical dans son ensemble se trouvent rehaussées.

Divers changements survenus sur la scène politique contribuent également à rendre ce projet réalisable. D'abord ce groupe est beaucoup mieux placé pour faire valoir ses idées auprès des centres de décision. Non seulement le nombre de médecins à la Chambre d'Assemblée s'est accru considérablement durant cette période pour passer de deux en 1809-1814, à dix en 1825-1830 et à une quinzaine dans les années 1830-1840,⁹³ mais plusieurs porte-parole de ce projet sont présents à la Chambre comme députés. C'est le cas notamment, dans les années qui précèdent l'acceptation du projet, des Drs J. Blanchet, E.-P. Taché, J.-B. Noël, J.R. Kimber, T. Bouthillier, W. Nelson qui sont tous membres de l'un ou de l'autre bureau. Leur présence est moins forte au Conseil législatif, deux médecins seulement, mais les deux (M.P. De Sales Laterrière et A.G. Couillard) sont sympathiques à la cause. D'ailleurs Couillard a été membre du bureau à quelques reprises.

Finalement, comment expliquer que ce projet soit devenu force de loi en 1847 et non après ou avant? La réponse m'apparaît reliée au changement de statut de la colonie, à l'obtention du gouvernement responsable. En 1846, à la suite de l'abolition des tarifs protectionnistes qui confirme le désintéret de la métropole pour sa colonie sur le plan économique, il devient évident que Londres doit accorder à celle-ci davantage de pouvoir pour régir ses affaires intérieures. L'obtention de la responsabilité ministérielle en 1848 concrétise d'ailleurs bientôt cette nouvelle orientation. Vu dans le sens d'un prolongement de cette politique de décentralisation, il apparaît normal que les responsabilités en ce qui concerne la médecine incombent maintenant à des institutions locales. Il est vrai que l'Exécutif acceptera de laisser à McGill un statut particulier. Elle sera pendant longtemps la seule institution à pouvoir décerner des diplômes *ad practicum* alors que les diplômés des autres institutions d'enseignement seront soumis aux examens du Collège des médecins en plus de ceux de leur institution d'enseignement. Les diplômés des universités britanniques, quant à eux, garderont leurs privilèges et continueront d'être admis à la pratique de la médecine au Bas-Canada sans avoir à subir les examens du Collège. En fait, la métropole autorise le développement d'une médecine locale et autonome mais en essayant de ne pas trop bousculer les gens en place. Certains disent : ménager la chèvre et le chou.

*

* * *

92. Ce que J. Painchaud traduira ainsi : il faut faire « avancer la médecine non seulement pour l'avantage de l'humanité », mais dans l'intérêt des médecins eux-mêmes. *Le Canadien*, 26 février 1845.

93. B. TUNIS, *The Medical Profession...*, *op. cit.*, p. 93.

Bien que les bureaux de Québec et Montréal commencent dès 1833 à établir leurs premiers contacts en vue de l'élaboration de principes communs,⁹⁴ et même s'il y a entre les deux bureaux des contacts suivis, c'est seulement dans les années 1840 que l'on passe réellement à l'action. Le projet d'incorporation de la profession médicale circule déjà depuis environ cinq ans⁹⁵ lorsqu'on décide de se réunir à nouveau afin de le discuter plus sérieusement. C'est dans cette optique qu'a lieu à Québec le 5 septembre 1846 une première convention de délégués des districts de Québec, Trois-Rivières et Montréal en vue d'en arriver à la préparation d'un document. C'est le texte élaboré lors de cette rencontre qui est soumis, le 14 octobre 1846, à Trois-Rivières, à la grande assemblée générale des praticiens diplômés du Bas-Canada. Les personnes présentes discutent du projet qui leur est soumis et adoptent le principe qui reconnaît à la profession médicale le pouvoir de se constituer en corps politique incorporé « ayant droit de conférer des diplômes » et les articles qui en découlent.⁹⁶ On convient aussi d'envoyer une pétition aux membres de la législature afin de mousser l'adoption de ce projet,⁹⁷ qui fut sanctionné par l'Exécutif le 28 juillet 1847.

L'Assemblée des médecins et chirurgiens obtenait ainsi, malgré certaines restrictions, un ensemble de pouvoirs importants. Elle avait maintenant le droit de contrôler l'accès aux études et à la pratique de la médecine ; le pouvoir de réglementer les conditions d'exercice de cette activité ; le pouvoir d'imposer des tarifs d'honoraires et de s'assurer ainsi une certaine stabilité matérielle ; enfin, le pouvoir de réprimer les pratiques illégales et de définir ainsi l'étendue de son champ d'activité. Elle obtenait donc, en 1847 et 1849, l'autonomie qui lui permettra de renforcer son pouvoir tout au long du XIX^e siècle. En ce qui a trait à l'éducation, des écoles de médecine seront créées (à Montréal et à Québec)⁹⁸ au milieu des années 1840 mais elles n'auront pas le droit de décerner des diplômes *ad practicandum*. Ce privilège restera le propre de McGill pendant encore plusieurs années. Les diplômés des nouvelles écoles devaient, pour avoir l'autorisation de pratiquer dans la province, réussir l'examen de leur institution et celui du Collège des médecins.

Jacques BERNIER

*Département d'histoire,
Université Laval.*

94. Comme : la fonte des trois branches en une seule, le respect des juridictions géographiques, l'établissement de règles concernant les sages-femmes et les diplômés de McGill.

95. La première résolution en vue d'étudier l'opportunité de demander un acte d'incorporation avait été acceptée en 1841 par l'assemblée générale des médecins du district de Québec. Un comité fut formé à cet effet dont les membres élus furent : les Drs Painchaud, Morrin, Parant, Douglass, Fremont et Marsden. *Le Canadien*, 29 octobre 1841.

96. *Le Canadien*, 23 octobre 1846.

97. *Ibid.*

98. L'École de médecine et de chirurgie de Montréal ; l'École de médecine de Québec.