

Université de Montréal

Histoire de la fièvre puerpérale au Canada, XVIII<sup>e</sup> - XX<sup>e</sup> siècles.  
Bénéfices d'une médicalisation tardive de l'accouchement

par  
Louka Beaudry  
Département d'histoire  
Faculté des arts et des sciences

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



Décembre, 2004  
© Louka Beaudry, 2004

D

7

U54

2005

v. 019

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

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

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

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

**NOTICE**

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

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

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

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Histoire de la fièvre puerpérale au Canada, XVIII<sup>e</sup> - XX<sup>e</sup> siècles.  
Bénéfices d'une médicalisation tardive de l'accouchement

Présenté par :

Louka Beaudry

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

[IDENTIFICATION DU JURY]

Président-rapporteur: Othmar Keel

Directeur de recherche: Jacques Ruelland

Membre du jury: Denyse Baillargeon

Mémoire accepté le : 24 mars 2005 .....

## *R é s u m é*

Afin de mieux cerner l'impact de la médicalisation de l'accouchement sur la santé des femmes, ce mémoire vise à réinsérer l'expérience canadienne de la fièvre puerpérale dans son évolution à l'échelle occidentale. La problématique du travail repose sur le questionnement suivant : pourquoi cette maladie eut-elle une incidence moindre au Canada qu'ailleurs en Occident ? Trois axes de questionnement sous-tendent l'argumentation ; ils traitent respectivement des thèmes suivants :

1° L'interdépendance de la reconnaissance médicale de l'affection et de ses développements épidémiques ;

2° Les limites imposées par l'idéologie médicale à l'efficacité de la médicalisation ;

3° L'impact de l'essor de la microbiologie sur la gestion médicale des risques infectieux de l'accouchement.

Cette analyse démontre que le retard de la médicalisation de l'accouchement au Canada jugula le développement de grandes épidémies de fièvre puerpérale au pays.

## *M O T S - C L E F S*

Histoire ; Canada ; Médecine ; Médicalisation ; Obstétrique ; Fièvre puerpérale

## *Abstract*

In order to better grasp the impact of the medicalization of childbirth on women's health, this master's thesis endeavours to locate the Canadian experience of the disease in its broader Occidental scheme. Its problematic rests on the following question: How could this disease have had a lower incidence in Canada than elsewhere in the Occidental world? The argumentation is built upon three matrixes which treat, respectively, of the following issues:

1° The interdependency that can be observed between the medical acknowledgement of the disease and the development of its epidemic form;

2° The limits upon the medical efficiency inherent to the medical ideology;

3° The impact of microbiology upon the medical handling of birth's infectious hazards.

The analysis shows that the late medicalization of birth in Canada prevented the development of puerperal fever epidemics within its boundaries.

## *KEY WORDS*

History; Canada; Medicine; Medicalization; Obstetrics; Puerperal Fever

## *S o m m a i r e*

La fièvre puerpérale fut au premier plan de l'émergence de l'obstétrique moderne ; elle tient pourtant une place marginale dans l'historiographie de la médecine canadienne. Tandis que, partout ailleurs en Occident, cette maladie du *post-partum* décimait littéralement les parturientes des milieux fortement médicalisés aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, il n'est jamais fait mention, au Canada, de véritables développements épidémiques de cette affection.

Ce mémoire vise à insérer l'histoire de la fièvre puerpérale au Canada dans son évolution à l'échelle occidentale, afin de mieux y cerner l'impact de la médicalisation de l'accouchement sur la santé des femmes. L'examen des conditions de mise en œuvre de la médicalisation révèle entre autres les motifs inavoués des acteurs qui y ont pris part. L'analyse de l'évolution du concept de fièvre puerpérale mène ainsi à l'examen du concept plus général de médicalisation de la naissance.

Notre exposé s'organise autour d'un questionnement central : pourquoi la fièvre puerpérale eut-elle une incidence moindre au Canada que partout ailleurs en Occident ? Nous estimons que le Canada a échappé aux ravages des fièvres puerpérales épidémiques parce que son organisation institutionnelle n'était pas en mesure d'instaurer une médicalisation massive de la naissance avant que son appareil médical ne soit en mesure de gérer de façon responsable les risques infectieux de l'accouchement.

La médicalisation massive de la naissance au Canada coïncide, au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, avec l'adoption d'une prophylaxie efficace des infections et d'une étiologie microbiologique de la fièvre puerpérale. Les épidémies de cette affection, telles qu'on les connut en Europe et aux États-Unis, épargnèrent le Canada, aussi bien en milieu hospitalier que dans la pratique domiciliaire des membres du corps médical. La maladie

fit néanmoins de nombreuses victimes au pays durant les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle. Mais le nombre des victimes fut limité, et l'affection ne connut qu'une incidence sporadique.

Ces conditions, tout à fait uniques en Occident, démontrent d'une part que le drame des épidémies de fièvre puerpérale fut en grande partie de nature iatrogénique, et d'autre part que la pression exercée sur le corps médical par l'idéologie de la médicalisation imposa de fortes contraintes à la pratique clinique de l'obstétrique du XVIII<sup>e</sup> à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Enfin, le fait que les bienfaits de la médicalisation de la naissance n'aient commencé à se manifester que plus d'un siècle après son apparition en Occident et le fait que ce rendement tardif n'ait pas ralenti son évolution démontrent que le corps médical était prêt à tout sacrifier pour obtenir le pouvoir lié au savoir scientifique afin de renforcer l'image et la position sociale du médecin.

Le traitement du sujet procède en trois parties. La première est consacrée à l'étude de la relation d'interdépendance entre la reconnaissance médicale de l'affection et ses développements épidémiques. La deuxième examine les limites imposées par l'idéologie médicale à l'efficacité de la médicalisation. La troisième partie se penche sur l'impact des préceptes de la microbiologie et de la découverte des antibiotiques sur la gestion médicale des risques infectieux de l'accouchement.

Le noyau de la recherche repose sur la corrélation du discours médical et de l'étude de l'épidémiologie de l'affection, que l'on retrouve dans les écrits obstétricaux du XVIII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle. Les sources relatives à la médicalisation de l'accouchement en Nouvelle-France et celles qui établissent son adéquation aux besoins de la population proviennent des archives coloniales. L'impact de l'avènement de la microbiologie sur la mortalité maternelle au Canada a été mesuré grâce aux données des répertoires statistiques officiels du Canada, à celles des rapports annuels du Conseil d'hygiène de la province de Québec, ainsi qu'à celles des registres de décès de l'Hôpital Notre-Dame à Montréal au moment critique où l'antisepsie obstétricale fut adoptée, jusqu'au tournant des années 1950.

## Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract .....	iv
Sommaire .....	v
Table des matières .....	vii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xii
Liste des appendices.....	xiii
Remerciements.....	xvii
Dédicace.....	xviii
Introduction.....	1
Chapitre premier. Paramètres médicaux de la fièvre puerpérale .....	15
A. Définition .....	16
B. Symptomatologie.....	17
C. Pathologie.....	20
D. Bactériologie.....	20
E. Les modes de propagation .....	22
Première partie – La fièvre puerpérale, séquelle de l'émergence de l'obstétrique moderne	
Chapitre 2. La genèse d'une maladie.....	27
A. Impact de l'émergence de l'obstétrique moderne sur l'incidence des fièvres puerpérales.....	28
1. De l'Antiquité à la Renaissance. Un intérêt renouvelé.....	29
2. La création d'institutions vouées à l'étude de la pathologie et à l'enseignement de l'accouchement.....	34
3. La médicalisation de l'accouchement et les épidémies de fièvre puerpérale .....	38
B. La fièvre puerpérale dans le discours médical occidental.....	39
1. Reconnaissance moderne et médicale de la maladie.....	39
2. Appréhension médicale de la fièvre puerpérale au XVIII <sup>e</sup> siècle.....	40
Chapitre 3. L'obstétrique en Nouvelle-France.....	48
A. L'organisation obstétricale de la Nouvelle-France.....	48
1. Une organisation calquée sur le modèle français.....	48
2. La Nouvelle-France : lieu d'entraide féminine .....	50
3. La Nouvelle-France : un milieu où les conditions nécessaires à la reconnaissance de la maladie et à la création de sources historiques sont absentes .....	55
B. Traces historiques : une description étoffée des symptômes de la maladie .....	56
1. La fièvre puerpérale : un mal néanmoins présent? .....	56
2. 1756 : une mauvaise année pour les mères de Montréal.....	56
3. Comparaison avec des conditions semblables en France .....	57

Chapitre 4. L'émergence de la profession médicale au Canada .....	59
A. Impact de la conquête britannique .....	59
1. Premières initiatives britanniques .....	60
2. L'Acte médical de 1788 .....	62
B. Pierre de Sales Laterrière. Pionnier de l'obstétrique au Canada .....	64
1. Présentation de la dissertation de Laterrière.....	64
2. « A Dissertation on the Puerperal Fever » .....	67
3. Originalité de la dissertation .....	71

#### Deuxième partie – Le siècle meurtrier

Chapitre 5. Contagionisme et anticontagionisme.....	77
A. Alexander Gordon.....	78
1. Note biographique.....	79
2. Grandes lignes de son traité.....	80
3. Réception de l'œuvre de Gordon .....	82
B. Oliver Wendell Holmes .....	85
1. Mise en contexte .....	85
2. Grandes lignes de son essai .....	87
3. Réception de l'œuvre de Holmes.....	88
C. Ignaz Philipp Semmelweis.....	91
1. Note biographique.....	91
2. Grandes lignes de son traité.....	93
3. Réception de l'œuvre de Semmelweis.....	99
Chapitre 6. Les épidémies de fièvre puerpérale en Occident.....	103
A. Le milieu fermé de la contagion.....	103
1. Menace de la médicalisation .....	103
2. Nature des milieux fermés .....	104
B. L'échec des maternités .....	105
C. Les fièvres puerpérales épidémiques en ville .....	108
1. Des épidémies fréquentes dans les régions urbaines .....	108
2. Évidences supplémentaires de la nature contagieuse de la maladie .....	114
3. Les épidémies de fièvre puerpérale aux États-Unis .....	115
Chapitre 7. Le circuit ouvert de l'accouchement au Canada .....	118
A. Le système obstétrical de la Nouvelle-France. Une médicalisation inadaptée .....	118
1. Les sages-femmes au Canada. Histoire d'une pénurie.....	118
2. Les taux de natalité en Nouvelle-France .....	120
3. La naissance en Nouvelle-France. Un milieu toujours ouvert.....	121
B. Structuration canadienne de la profession médicale au XVIII <sup>e</sup> siècle .....	123
1. Limites de l'Acte médical de 1788 sur le contrôle des services obstétricaux au Canada .....	123
2. Vers une plus grande autonomie du corps médical .....	125
C. Vers un contrôle accru de l'accouchement .....	127
1. Émergence des établissements de formation au Québec.....	128
2. Mise en place des mécanismes d'éviction des sages-femmes.....	128
3. L'absence d'épidémie de fièvre puerpérale au XIX <sup>e</sup> siècle .....	130

## Troisième partie – Vers une gestion responsable de l'accouchement

Chapitre 8. Microbiologie et antiseptie .....	143
A. La microbiologie et les fièvres puerpérales .....	144
1. Identification de l'agent pathogène de la fièvre puerpérale .....	144
2. Impact de la microbiologie sur l'appréhension médicale de l'infection puerpérale .....	150
B. L'antiseptie à la conquête de l'obstétrique .....	152
1. Joseph Lister et l'antiseptie .....	152
2. L'impact de l'antiseptie sur la mortalité maternelle.....	157
Chapitre 9. La révolution antibiotique.....	168
A. De la prévention au traitement de la fièvre puerpérale.....	168
1. Les recherches allemandes .....	169
2. Les recherches européennes .....	172
B. Les antibiotiques et la mortalité maternelle.....	178
1. Les sulphonamides .....	178
2. La pénicilline.....	179
Chapitre 10. Le transfert hospitalier de l'accouchement au Canada. Vers une médicalisation intégrale de la naissance .....	180
A. Les motifs du transfert hospitalier de l'accouchement au Canada .....	182
1. L'enseignement de l'obstétrique .....	182
2. Le support hospitalier au service des femmes, des enfants et des médecins .....	186
B. L'hôpital : instrument de médicalisation massive et intégrale de l'accouchement .....	191
1. Discours médical et légitimation du transfert.....	191
2. Les ressources nécessaires au transfert hospitalier de l'accouchement .....	195
3. Le transfert hospitalier de l'accouchement au Canada .....	197
C. Le contrôle des infections puerpérales au Canada.....	203
1. Prophylaxie de la fièvre puerpérale.....	203
2. Incidence de la fièvre puerpérale à la fin du XIX <sup>e</sup> siècle et au XX <sup>e</sup> siècle ..	204
3. La présence de la fièvre puerpérale dans les hôpitaux canadiens .....	217
4. Les antibiotiques et l'éradication de la maladie .....	219
Conclusion .....	222
Bibliographie.....	227
Appendices.....	xix

*Liste des tableaux*

Tableau 3.1. Âge de l'enfant à la mort de la mère. Étude de 136 cas de la région bas-languedocienne, 1650-1790.....	58
Tableau 5.1. Taux de mortalité annuel à la Maternité de Vienne, 1841-1846 .....	93
Tableau 5.2. Taux de mortalité maternelle à la Maternité de Vienne, 1847-1852 .....	95
Tableau 6.1. Taux de mortalité maternelle de la fièvre puerpérale. London's General Lying-In Hospital, 1835-1859 .....	107
Tableau 6.2. Mortalité maternelle, Division est, London's Royal Maternity Charity, 1831-1843 .....	108
Tableau 6.3. Fièvres puerpérales épidémiques dans les hôpitaux, villes et régions du Royaume-Uni et d'Europe continentale.....	109
Tableau 7.1. Évolution de la densité médicale, district de Québec, 1784 / 1790.....	125
Tableau 8.1. Mortalité maternelle à la Maternité de Vienne, 1857-1885.....	158
Tableau 8.2. Mortalité maternelle de la fièvre puerpérale à la Maternité de Dresde, 1883-1887 .....	159
Tableau 8.3. Mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale, New York Maternity Hospital, 1883-1886 .....	159
Tableau 8.4. Mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale, Boston Lying-In Hospital, 1882-1886.....	160
Tableau 8.5. Mortalité maternelle à la Maternité de Paris .....	160
Tableau 8.6. Mortalité maternelle, London's General Lying-In Hospital, 1833-1887.....	160
Tableau 8.7. Taux de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale, Copenhague et villes provinciales du Danemark, 1860-1899.....	162
Tableau 9.1. Death-rate for all cases infected by Haemolytic streptococci (Queen Charlotte's Hospital) .....	175
Tableau 10.1. Pourcentage des accouchements canadiens ayant lieu à l'hôpital, 1926-1960.....	197
Tableau 10.2. Taux de morbidité et de fatalité de la fièvre puerpérale à l'Hôpital Notre-Dame, 1891-1894.....	217

Tableau 10.3. Pourcentage de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale à l'Hôpital  
Notre-Dame, 1940-1946 ..... 219

## *Liste des figures*

Figure 5.1. Impact des réformes de Semmelweis sur la mortalité maternelle à l'Hôpital de Vienne.....	96
Figure 7.1. Ouverture de la médicalisation de la naissance en Nouvelle-France.....	123
Figure 10.1. Transfert hospitalier de l'accouchement au Canada.....	200
Figure 10.2. Taux de mortalité par fièvre puerpérale pour l'ensemble du Canada, 1921-1951 .....	207
Figure 10.3. Taux de mortalité par fièvre puerpérale à Montréal, Québec et Trois-Rivières, 1894-1899 .....	208
Figure 10.4. Taux de mortalité par fièvre puerpérale à Montréal, Québec et Trois-Rivières, 1900-1925 .....	209
Figure 10.5. Taux de mortalité par fièvre puerpérale dans les métropoles du Québec, comparativement avec les autres comtés de la province, 1894-1899.....	210
Figure 10.6. Taux de mortalité par fièvre puerpérale dans les métropoles du Québec, comparativement avec les autres comtés de la province, 1900-1925.....	211
Figure 10.7. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Québec, 1900-1935.....	212
Figure 10.8. Taux de mortalité par fièvre puerpérale à l'Île-du-Prince-Édouard, 1921-1951 .....	212
Figure 10.9. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Nouvelle-Écosse, 1921-1951 .....	213
Figure 10.10. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Nouveau-Brunswick, 1921-1951 ....	213
Figure 10.11. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Québec, 1921-1951 .....	214
Figure 10.12. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Ontario, 1921-1951 .....	214
Figure 10.13. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Manitoba, 1921-1951.....	215
Figure 10.14. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Saskatchewan, 1921-1951.....	215
Figure 10.15. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Alberta, 1921-1951 .....	216
Figure 10.16. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Colombie-Britannique, 1921-1951 .....	216

*Liste des appendices*

Appendice 1. Nombre d'enfants par famille en Nouvelle-France du XVIIe siècle.....	xix
Appendice 2. Estat abrégé du contenu au rôle des familles de la colonie de la Nouvelle-France .....	xix
Appendice 3. Dénombrement de la gent féminine en Nouvelle-France, 1666 .....	xx
Appendice 4. Compte des médecins, chirurgiens et sages-femmes au sein de la colonie, 1666 .....	xx
Appendice 5. Etat en abrégé du contenu au rôle des familles de la Nouvelle France, 1667.....	xx
Appendice 6. Etat de la population, des terres, des récoltes et des bestiaux au Canada en l'an 1668.....	xxi
Appendice 7. Abrégé du recensement de 1681 de la Nouvelle-France .....	xxi
Appendice 8. Recensement de la colonie de 1683 .....	xxvi
Appendice 9. Recensement général du gouvernement de Canada, 1685 .....	xxvii
Appendice 10. Abrégé du recensement de la Nouvelle-France en 1688 .....	xxix
Appendice 11. Recensement général du gouvernement de Canada, 1688 .....	xxx
Appendice 12. Recensement de Canada, 1692 .....	xxxii
Appendice 13. Recensement de Canada, 1695 .....	xxxii
Appendice 14. Recensement général du Canada de l'année 1698.....	xxxiii
Appendice 15. Recensement de la colonie de Canada, 1706.....	xxxiii
Appendice 16. Recensement général de ce qui compose la Colonie du Canada, 1707.....	xxxiv
Appendice 17. Recensement général qui compose la colonie de Canada, 1712.....	xxxiv
Appendice 18. Recensement de la colonie du Canada, Année 1713 .....	xxxiv
Appendice 19. Recensement de la colonie de 1716 .....	xxxv
Appendice 20. Recensement de la colonie de la Nouvelle-France de l'année 1716 .....	xxxv

Appendice 21. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1718 .....	xxxv
Appendice 22. Recensement de la colonie de 1719 .....	xxxvi
Appendice 23. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1719 .....	xxxvi
Appendice 24. Recensement de la colonie de 1720 .....	xxxvi
Appendice 25. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1720 .....	xxxvii
Appendice 26. Recensement de la colonie de 1721 .....	xxxvii
Appendice 27. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1721 .....	xxxviii
Appendice 28. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1722 .....	xxxviii
Appendice 29. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1723 .....	xxxviii
Appendice 30. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1724 .....	xxxix
Appendice 31. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1726 .....	xxxix
Appendice 32. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1727 .....	xxxix
Appendice 33. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1730 .....	xl
Appendice 34. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1732 .....	xl
Appendice 35. Extrait du recensement général fait en la Nouvelle France en 1734 .....	xl
Appendice 36. Récapitulation du recensement de la colonie de l'année 1735 à 1736 .....	xli
Appendice 37. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1736 .....	xli
Appendice 38. Extrait du recensement général de la colonie de la Nouvelle-France pour l'année 1737 .....	xlii
Appendice 39. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1737 .....	xlii
Appendice 40. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1739 .....	xliii
Appendice 41. A General Return of the Government of Montreal in the Year 1761 .....	xliii
Appendice 42. La fièvre puerpérale au Québec, 1894-1899 .....	xliv
Appendice 43. La fièvre puerpérale dans les principales villes du Québec, 1894-1899 .....	xliv
Appendice 44. La fièvre puerpérale au Québec, 1900-1934 .....	xlv

Appendice 45. La fièvre puerpérale dans les principales villes du Québec, 1900-1925 .....	xlvi
Appendice 46. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1921 .....	xlix
Appendice 47. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1922 .....	xlix
Appendice 48. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1924 .....	l
Appendice 49. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1925 .....	l
Appendice 50. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1926 .....	li
Appendice 51. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1927 .....	li
Appendice 52. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1928 .....	lii
Appendice 53. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1929 .....	lii
Appendice 54. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1930 .....	liii
Appendice 55. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1931 .....	liii
Appendice 56. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1932 .....	liv
Appendice 57. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1933 .....	liv
Appendice 58. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1934 .....	lv
Appendice 59. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1935 .....	lv
Appendice 60. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1936 .....	lvi
Appendice 61. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1937 .....	lvi
Appendice 62. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1938 .....	lvii
Appendice 63. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1939 .....	lvii
Appendice 64. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1940 .....	lviii
Appendice 65. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1941 .....	lviii
Appendice 66. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1942 .....	lix
Appendice 67. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1943 .....	lix
Appendice 68. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1941-1950 .....	lx

Appendice 69. Mortalité due à la fièvre puerpérale et taux par 10000 naissances vivantes, 1950..... lxi

Appendice 70. Mortalité due à la fièvre puerpérale et taux par 100000 naissances vivantes, 1951 ..... lxii

## *R e m e r c i e m e n t s*

Je tiens ici à exprimer ma gratitude au Professeur Jacques G. Ruelland, qui a su diriger mes efforts avec l'autorité, la compréhension et la rigueur du fin pédagogue, au D' Roger Robitaille, pour ses revues critiques du manuscrit, et aux Professeurs Othmar Keel et Bruno Ramirez pour l'inspiration, la confiance et la détermination qu'ils savent si bien communiquer à chacun de leurs élèves. Je remercie également les Professeurs Gerry Olsen, Neville Panthaki et Robert J. Surtees, de l'Université Nipissing, qui m'ont appris que certains enseignements durent toute la vie.

L'accès aux sources de ce mémoire n'aurait pas été aussi amène sans l'assistance de Georges de Swaan, des Archives nationales du Canada, de Remigio Mariano, de la Bibliothèque Osler de l'Université McGill, ainsi que de Claudie Robillard et Lorraine Savoie, de la Gestion documentaire des archives de l'Hôpital Notre-Dame. Chacun d'eux a su faire de mes recherches une expérience enrichissante, et je leur en suis reconnaissant.

Je voudrais finalement remercier ma famille pour son soutien sans faille, ainsi que Brett Chadwick, Georges Dubytz, Isabelle Malo, Martin Murphy, Mike Palangio, Simon Plamondon et Hortense Ritchie qui, par leur amitié et leur appui, ont investi dans ce projet.

*Dédicace*

*À ma mère*

## *I n t r o d u c t i o n*

### *« Puerperal Infection –*

*A common cause of death during childbirth, especially before the adoption of modern sanitary practices, puerperal infections occur when bacteria, usually Streptococcus, invade wounds in the birth canal. The infection may cause abscess formation and can involve all of the genital organs and adjacent blood vessels, reproductive structures, and other abdominal tissues. Treatment consists of antibiotics, supportive therapy, and occasionally surgical drainage of abscesses. »*

*Encyclopedia Britannica, vol. 26, p. 663.*

L'approche mécaniste du corps humain inaugurée par Descartes au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle a permis à l'obstétrique moderne, alors en plein essor, de s'articuler autour d'une conception où la reproduction et l'accouchement apparaissent comme pathologiques. Dans tous les domaines qui la concernent, la science médicale s'acharne à comprendre et à normaliser le fonctionnement de la « machine » humaine afin de contrer les développements pathologiques et les dysfonctionnements du corps humain. Or, quand la maladie – et non la santé – fait l'objet de la médecine, la crainte qu'elle suscite se trouve toujours au cœur de la médicalisation des sociétés, qui ne cesse de croître depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle.

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, l'accouchement présente peu de dangers pour les mères. Des études statistiques datant de 1992 démontrent que, depuis lors, moins d'une femme sur 10 000 trouve la mort dans l'accouchement<sup>1</sup>. Mais durant la plus grande part de l'histoire humaine, la parturition fut source d'inquiétudes et de peurs – et ces peurs étaient fondées. Encore au tournant du XIX<sup>e</sup> siècle, en moyenne de 40 à 50 femmes sur 10 000 mouraient des suites de leurs couches, tandis qu'un taux de fatalité

---

<sup>1</sup> Irvine Loudon, *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality, 1800-1950*, Oxford, Clarendon Press, 1992.

encore plus redoutable les guettait dans les hôpitaux – qui, pourtant, vantaient la supériorité de leurs soins. Jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la mortalité maternelle en milieu hospitalier atteignit parfois les 880 pour 10000 naissances<sup>2</sup>, soit plus de 18 fois le taux de mortalité maternelle moyen. En examinant l'histoire de l'obstétrique aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles et son amalgame de rationalités et d'irrationalités, on est porté à croire que les complications en couche représentaient à cette époque le plus grand danger pour les mères. Il n'en était rien. En concevant les organes génitaux de la femme comme une mécanique complexe mue, lors de la parturition, par la force de l'utérus, l'approche mécaniste de l'accouchement, à ses débuts, excluait toute dystocie non mécanique de son champs d'étude. Tandis que les médecins se penchaient sur des difficultés d'ordre physiologiques, portant une attention toute particulière aux grossesses extraordinaires, les convulsions, les chocs et les hémorragies, par exemple, échappaient complètement à leur attention et étaient attribuées d'emblée à la faiblesse physiologique de la femme. Cependant, en plus des labeurs prolongés, des rétentions placentaires, des mauvaises présentations fœtales, des grossesses gémellaires et extra-utérines, d'autres complications menaçaient la vie des parturientes, notamment une maladie qui s'insérait très mal dans un cadre d'interprétation mécaniste de l'accouchement : la fièvre puerpérale, qui causait la majorité des mortalités.

La fièvre puerpérale devint épidémique dès que l'accouchement fut institutionnalisé. Ses causes demeurèrent incompréhensibles jusqu'à ce que la microbiologie en identifie l'agent pathogène. Les grandes épidémies de la maladie obligeaient néanmoins les autorités médicales à se pencher sur elle. Dès le début du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'affection fut étiquetée comme une maladie propre en soi. Pendant tout le XIX<sup>e</sup> siècle, la fièvre puerpérale fut au cœur de la littérature obstétricale, où les auteurs se perdaient en conjectures contradictoires. En 1870, un obstétricien britannique estima que plus de 20000 pages traitant exclusivement de la fièvre puerpérale avaient été publiées au cours des vingt années précédentes – un chiffre imposant en regard de l'audience habituellement restreinte de ce genre d'études. On peut estimer qu'autant d'ouvrages

---

<sup>2</sup> Irvine Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 60.

parurent avant 1850; plus encore durant la période 1880-1940<sup>3</sup>. Par le fait même, la maladie puerpérale fut au cœur du développement de la discipline médicale. Elle témoigne de son évolution; elle la divise en grands courants.

Pourtant, lorsque l'on considère l'historiographie canadienne, la fièvre puerpérale n'est toujours qu'accessoire aux problématiques retenues par les chercheurs traitant de la maternité et de l'accouchement. Par exemple, en 1985, dans une étude portant sur l'histoire des sages-femmes dans la région de Québec depuis l'époque de la Nouvelle-France jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, Hélène Laforce soutient que la médicalisation de l'accouchement en Occident eut un impact défavorable sur la santé des femmes en favorisant, jusqu'à l'adoption généralisée de l'antisepsie et de l'asepsie obstétricale, le développement de fièvres puerpérales épidémiques. Tout en se référant à la réception des travaux d'Alexander Gordon et de Ignaz Philipp Semmelweis, elle souligne que l'attitude des médecins du XIX<sup>e</sup> siècle empêcha souvent l'adoption de mesures préventives efficaces à l'intérieur même des sphères médicales ; elle se sert de cet argument pour critiquer les fondements du discours de la médicalisation de l'accouchement – discours qui rend les pratiques empiriques des sages-femmes et des matrones responsables de la forte mortalité maternelle<sup>4</sup>. Toutefois, Laforce n'aborde pas spécifiquement l'impact de la médicalisation sur la santé des femmes *au Canada*, où ces deux phénomènes historiques (la prise en charge massive de l'accouchement par les membres du corps médical et l'adoption généralisée de l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique) ne sont pas séparés comme en Europe par presque un siècle d'histoire, mais se retrouvent tous deux dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle. Dans ces circonstances uniques, l'attitude des médecins *canadiens* envers l'accouchement a-t-elle réellement favorisé l'incidence de la maladie sous une forme épidémique, ou même sporadique? Voilà une question à laquelle il faut trouver réponse.

Plus récemment, Christine Payeur, dans une étude portant sur la mortalité maternelle au Québec, reconnaît la septicémie puerpérale comme l'une des trois principales causes

---

<sup>3</sup> Irvine Loudon, ed., *Childbed Fever: A Documentary History*, New York / London, Garland Publishing, Inc., 1995, p. xv.

<sup>4</sup> Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, p. 76-77.

de mortalité maternelle pour la période s'étendant de 1890 au milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Elle souligne le léger retard dans l'adoption, au Canada, des mesures aseptiques et antiseptiques dans le domaine de l'obstétrique et indique brièvement les méthodes préventives et thérapeutiques préconisées par le corps médical canadien à l'encontre de la maladie<sup>5</sup>. Cependant, la problématique du travail de Payeur appréhende l'épidémiologie de la fièvre puerpérale au Québec dans une période déjà beaucoup moins critique de son évolution. On peut croire que les taux de mortalité qu'elle souligne, quoique relativement élevés, sont déjà largement conditionnés par une prophylaxie efficace de la maladie. Le traitement de la fièvre puerpérale par Payeur est accessoire à la différenciation de l'appréhension de la mortalité maternelle par le corps médical québécois et par les femmes.

Dans une revue de l'histoire de la *Montreal's Maternity*, Rhona Kenneally analyse, durant la période 1843-1926, l'impact de la microbiologie dans l'adoption, à la maternité, de mesures aseptiques et antiseptiques. Elle montre le rôle d'agent catalyseur joué par la microbiologie dans la reconnaissance, par les médecins, des risques inhérents à la gestion médicale de l'accouchement et des responsabilités que ces risques impliquent, ainsi que le rôle joué par la microbiologie dans la diminution des taux de mortalité maternelle observés à la maternité à partir du tournant du XX<sup>e</sup> siècle<sup>6</sup>. L'interprétation de Kenneally apporte un argument de poids en faveur de l'hypothèse selon laquelle certains fléaux de la médicalisation de l'accouchement furent, au moins partiellement, de nature iatrogénique. Or, si la fièvre puerpérale en tant que telle retint peu l'attention des historiens canadiens, ce questionnement plus global, qui vise à mesurer l'impact de l'interventionnisme médical sur la santé des femmes enceintes, fit l'objet de nombreuses recherches, parmi lesquelles il faut compter l'œuvre de Wendy Mitchinson.

En 1991, dans un ouvrage intitulé *The Nature of their Bodies. Women and their Doctors in Victorian Canada*, Mitchinson se penche sur la justification de la médicalisation de l'accouchement en observant le rôle de l'appréhension pathologique de la maternité, du

---

<sup>5</sup> Christine Payeur, *Maternal Mortality in Quebec from the Medical Perspective and the Women's Point of View, 1890-1950*, Mémoire de M. A. (Histoire), Université de Montréal, 1997.

<sup>6</sup> Rhona Richman Kenneally, *The Montreal Maternity, 1842-1926. Evolution of a Hospital*, Mémoire de M. A. (Histoire), McGill University, 1983.

« mal-être » de la femme enceinte, dans la légitimation des interventions médicales. Elle mesure l'impact parfois néfaste de ces actions sur la santé des femmes<sup>7</sup>. Dans un ouvrage paru en 2002, Mitchinson poursuit son questionnement et analyse davantage les différentes facettes de la médicalisation de l'accouchement au Canada de 1900 à 1950. L'ouvrage est particulièrement intéressant en ce qu'il analyse, par l'intermédiaire du discours de l'idéologie médicale, de la formation des praticiens, ainsi que des attentes publiques à l'égard de l'offre obstétricale dans la première moitié du siècle, les tensions de cette médicalisation. Une attention particulière est portée à l'évolution de la *nature* des interventions médicales. Dans ce contexte, la fièvre puerpérale est perçue comme l'un des sous-produits du contrôle médical des accouchements; un effet indésirable, certes, mais contre lequel le corps médical pouvait néanmoins agir avec une certaine efficacité<sup>8</sup>. Mais encore ici, l'analyse ne se concentre que sur une période postérieure à l'essor de la microbiologie et à la généralisation de pratiques antiseptiques et aseptiques en obstétrique.

La médicalisation massive de la maternité au Canada coïncide avec le transfert du lieu de la naissance du domicile de la femme enceinte vers l'hôpital. Dans un mémoire de maîtrise déposé en 1995, Marie-Josée Blais analyse en profondeur les motivations médicales et populaires de ce transfert au Québec<sup>9</sup>. Les indicateurs de ces motivations sont de deux ordres : le discours médical prônant le contrôle de la maternité par un personnel formé selon les normes, et le témoignage de 30 femmes ayant accouché dans la période du transfert. L'étude de Blais permet de mieux cerner les modalités par lesquelles la médicalisation a touché, au Québec, un grand nombre de femmes. Les entrevues effectuées dans le cadre de cette étude permettent en partie de rejeter le discours de certaines études féministes<sup>10</sup> selon lesquelles la médicalisation de l'accouchement fut

---

<sup>7</sup> Wendy Mitchinson, *The Nature of Their Bodies. Women and Their Doctors in Victorian Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1991; voir également Wendy Mitchinson et Janice Dickens, eds., *Essays in the History of Canadian Medicine*, Toronto, McClelland & Stewart, 1988.

<sup>8</sup> Wendy Mitchinson, *Giving Birth in Canada, 1900-1950*, Toronto/Buffalo/London, University of Toronto Press, 2002.

<sup>9</sup> Marie-Josée Blais, *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec, 1930-1960*, Mémoire de M. A. (Histoire), Université de Montréal, 1995.

<sup>10</sup> Voir par exemple Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 1983; Margaret Sandelowski, *Women, Health*

imposée aux femmes. Au contraire, Blais souligne que, bien loin d'être victimes du pouvoir médical, les femmes ont favorisé la médicalisation de la naissance en suscitant, par une forte demande, le développement de l'offre médicale envers la maternité. Cette interprétation allège la responsabilité du corps médical dans l'avènement d'effets secondaires de la médicalisation de la maternité, sans pour autant considérer le rôle de la maladie dans la justification du transfert. D'autres auteurs, comme Jo Oppenheimer, Veronica Strong-Boag et Kathryn McPherson, traitent de la médicalisation de l'accouchement dans d'autres provinces du Canada, sans compter l'excellente synthèse de Wendy Mitchinson, *Giving Birth in Canada, 1900-1950*<sup>11</sup>. Finalement, l'œuvre de Denyse Baillargeon étudie des aspects sociaux, économiques, politiques et idéologiques de la médicalisation de la maternité au Québec depuis 1910 jusqu'au tournant des années 1970. Son ouvrage *Un Québec en mal d'enfants*, publié en 2004 par les Éditions du remue-ménage, démontre que le corps médical n'est qu'un des acteurs parmi d'autres dans la médicalisation de la grossesse, de l'accouchement et de la petite enfance au Québec<sup>12</sup>. En effet, celle-ci s'insère dans une politique de santé et de médicalisation de la société beaucoup plus large du gouvernement québécois, qui a d'ailleurs récemment fait l'objet d'un certain nombre d'études historiques. Parmi elles, notons *L'étude de l'évolution des structures et du contenu de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique au Québec et de ses déterminants de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à 1970*<sup>13</sup>; *La santé publique au Québec. Histoire des unités*

---

*and Choice*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1981, *Idem*, *Pain, Pleasure, and American Childbirth. From the Twilight Sleep to the Read Method, 1914-1960*, Westport / London, Greenwood Press, 1984; Ann Oakley, *Women Confined: Toward a Sociology of Childbirth*, London, Billing & Sons, 1980; Elizabeth Fee, ed., *Women and Health: The Politics of Sex in Medicine*, référés dans Blais, *op. cit.*, p. 7; Barbara Katz Rothman, *In Labor. Women and Power in the Birthplace*, New York / London, W. W. Norton, 1982; Suzanne Arms, *Immaculate Deception: A New Look at Women and Childbirth*, Boston, Houghton Mifflin, 1975.

<sup>11</sup> Jo Oppenheimer, « Childbirth in Ontario : The Transition from Home to Hospital in the Early Twentieth Century », *Ontario History*, 75 (March 1983), p. 36-60; Veronica Strong-Boag and Kathryn McPherson, "The Confinement of Women: Childbirth and Hospitalization in Vancouver, 1919-1939", *BC Studies*, 69-70 (Spring-Summer 1986), p. 142-175; Mitchinson, *Giving Birth in Canada*...

<sup>12</sup> Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 2004; voir aussi *Idem*, *Ménagères au temps de la crise*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 1991.

<sup>13</sup> Benoît Gaumer, Georges Desrosiers et Othmar Keel, *L'étude de l'évolution des structures et du contenu de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique au Québec et de ses déterminants de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à 1970*, Rapport de recherche R87-01, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 1987.

*sanitaires de comté, 1926-1975*<sup>14</sup>; et l'*Histoire du Service de santé de la ville de Montréal, 1865-1975*<sup>15</sup>, par les historiens Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Othmar Keel. En 2001, François Hudon se joint à eux dans la rédaction d'un article du *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, intitulé « Le renforcement des interventions gouvernementales dans le domaine de la santé entre 1922 et 1936 : le Service provincial d'hygiène de la province de Québec<sup>16</sup> ». En 1995, Peter Keating et Othmar Keel présentent un recueil des textes les plus représentatifs de l'état des connaissances dans ce domaine spécifique de l'histoire de la médecine<sup>17</sup>.

Mais on constate que, dans son ensemble, la gestion des risques infectieux de l'accouchement a peu retenu l'attention des historiens canadiens. En effet, malgré la présence de la maladie dans les écrits obstétricaux du XVIII<sup>e</sup>, XIX<sup>e</sup> et de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècles, l'histoire de la fièvre puerpérale comme pivot de problématiques historiographiques est une approche inaugurée très récemment par Irvine Loudon. En 1992, Loudon publia une étude approfondie des liens unissant les soins obstétricaux et les différentes causes de mortalité maternelle en Occident moderne. L'étendue géographique de cette analyse couvre la Grande-Bretagne, l'Europe continentale et les États-Unis, en passant par l'Australie et la Nouvelle-Zélande, mais exclut le Canada. L'ouvrage crée néanmoins un précédent dans l'interprétation historique de la mortalité maternelle, tout en augurant l'intérêt d'un traitement plus exhaustif de l'histoire de la fièvre puerpérale. C'est en 2000 que paraît pour la première fois, sous la plume du même auteur, une analyse entièrement consacrée à l'histoire de la maladie, intitulée *The Tragedy of Childbed Fever*<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Othmar Keel, *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté, 1926-1975*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1998.

<sup>15</sup> Benoît Gaumer, Georges Desrosiers et Othmar Keel, *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal, 1865-1975*, Sainte-Foy, Les Éditions de l'IQRC, 2002.

<sup>16</sup> Georges Desrosiers, *et al.*, « Le renforcement des interventions gouvernementales dans le domaine de la santé entre 1922 et 1936 : le Service provincial d'hygiène de la province de Québec », in *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 18, n° 2 (2001), p. 205-240.

<sup>17</sup> Peter Keating et Othmar Keel, dirs. *Santé et Société au Québec :XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*, Cap-Saint-Ignace, Boréal, 1995.

<sup>18</sup> Irvine Loudon, *Death in Childbirth...; Idem, The Tragedy...*

*The Tragedy of Childbed Fever* est une remarquable synthèse de l'expérience de la fièvre puerpérale en Europe et aux États-Unis. L'apport du travail se situe au niveau des études épidémiologiques de la maladie du XVIII<sup>e</sup> siècle à nos jours. Certaines références sont d'origine américaine, mais il n'est fait aucune mention dans l'ouvrage de l'expérience canadienne de la maladie. Un des principaux arguments de Loudon consiste à démontrer que les baisses de l'incidence de la fièvre puerpérale remarquées de 1870 à 1910 ne seraient pas, en fait, le résultat de l'adoption des méthodes antiseptiques préconisées par Lister. Le support d'une telle affirmation, indique l'auteur, réside dans une trop étroite corrélation entre les développements épidémiologiques de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle, et ce, même après l'adoption générale de l'antiseptie – qui ne pouvait rien contre la propagation de l'érysipèle. En effet, les courbes de taux de mortalité des deux affections ont une évolution presque parfaitement parallèle tout au long de la période en question. Deuxièmement, Loudon indique une hausse internationale de mortalités causées par la fièvre puerpérale – et par l'érysipèle – entre 1910 et 1935, et ce, malgré l'usage généralisé des méthodes antiseptiques et aseptiques. L'auteur justifie de tels comportements épidémiologiques moins par des sources externes au streptocoque – comme l'observation plus ou moins rigoureuse d'une prophylaxie des infections – que par des facteurs internes à l'entité streptococcique en général. Ainsi, l'auteur démontre que les différentes variétés du streptocoque ont des taux de virulence variant selon certaines périodes spécifiques de l'histoire (prouvé par les graphiques en dents de scie de l'épidémiologie de fièvre puerpérale selon certaines régions d'Europe) et que la baisse graduelle du nombre de victimes de la fièvre puerpérale à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle est plutôt due à une baisse de la virulence générale du streptocoque qu'à l'effet de pratiques antiseptiques<sup>19</sup>. Nous ne sommes pas totalement d'accord avec cette conclusion. Ce que les courbes épidémiologiques de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle démontrent à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, c'est que l'asepsie obstétricale, comme prophylaxie de la fièvre puerpérale, n'est infaillible qu'en théorie ; et que la marge d'erreur ou d'inefficacité des pratiques qu'elle commande est suffisamment large pour que les courbes épidémiologiques de l'affection puissent toujours refléter les variations de la virulence des micro-organismes responsables de la maladie : d'où l'étroite corrélation entre la tendance des courbes

---

<sup>19</sup> Loudon, *The Tragedy...*

épidémiologiques de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale. Mais malgré le maintien de cette fluctuation, les mêmes données témoignent d'une baisse tout à fait phénoménale des taux de mortalité par fièvre puerpérale partout où les praticiens de l'accouchement observent les pratiques listériennes et où l'accouchement est fortement médicalisé. Comme nous le verrons, au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, l'époque des grandes épidémies de fièvre puerpérale est bel et bien révolue, et cela, malgré la hausse des taux de mortalité observée entre 1910 et 1935. Il est indéniable, comme l'affirme Loudon, que l'asepsie et l'antisepsie ne purent empêcher les effets morbides des variations de la virulence des micro-organismes responsables de l'affection ; toutefois, il l'est tout autant qu'elles en limitèrent l'ampleur.

L'objectif de ce mémoire vise à réinsérer l'histoire de la fièvre puerpérale au Canada dans son évolution globale à l'échelle occidentale, afin de mieux comprendre l'impact de la médicalisation de la naissance du XVIII<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècles sur le bien-être des femmes, cet impact étant garant des motifs – avoués ou non – gouvernant le phénomène historique entrevu. Dans cette optique, la fièvre puerpérale présente une ouverture, voire un outil méthodologique, vers le concept plus abstrait de la médicalisation de la naissance en Occident; elle offre une référence à partir de laquelle diverses variables de la médicalisation sont examinées. L'entreprise intellectuelle contenue dans cet exposé s'organise autour d'un questionnement central : la détermination des causes d'une incidence de la fièvre puerpérale moindre au Canada qu'ailleurs en Occident.

Nous croyons que le Canada a échappé aux ravages des fièvres puerpérales épidémiques parce que son organisation était incapable d'instaurer une médicalisation massive de la naissance avant que son appareil médical ne soit en mesure de gérer de façon responsable les risques infectieux de l'accouchement.

Par médicalisation massive, nous entendons une médicalisation qui touche un grand nombre de femmes - un nombre assez important pour offrir une certaine latitude aux développements épidémiques de la maladie. Naturellement, une médicalisation massive de l'accouchement n'implique pas que la majorité des femmes d'une population donnée accouchent à l'hôpital. Quand cela sera le cas, nous ferons plutôt allusion, pour éviter toute forme d'équivoque, à une médicalisation totale ou intégrale de la naissance.

Pour évaluer la valeur de cette hypothèse, une revue des connaissances contemporaines de la maladie, comprenant sa définition médicale, sa symptomatologie, sa pathologie, sa bactériologie ainsi que ses modes de propagations viendra d'abord mieux cerner les dommages que la fièvre puerpérale est susceptible de provoquer – en plus de définir les prémisses scientifiques et médicales de l'argumentation de l'exposé. En outre, la revue des connaissances contemporaines de l'affection permet de déterminer la nature – une nature iatrogénique – de la maladie; elle éclairera les vecteurs de transmission de l'affection, une « mécanique », justement, qui de par sa complexité fut indirectement responsable de tant de décès.

Hormis les prémisses médicales de l'exposé, l'argumentation s'articule en trois parties, chacune comprenant l'analyse de trois éléments de l'hypothèse de travail. La première, constituée des chapitres 2, 3 et 4, s'attarde à l'émergence de l'appréhension strictement médicale de la fièvre puerpérale et établit que l'existence de la maladie sous forme épidémique est tributaire de la médicalisation de l'accouchement au XVIII<sup>e</sup> siècle. Le chapitre 2 montre comment les épidémies de fièvre puerpérale – à leur tour et paradoxalement – légitimèrent à la même époque l'interventionnisme médical à l'endroit de l'accouchement. Ensuite, le chapitre 3 permet d'établir, par l'analyse de l'adéquation du système obstétrical de la Nouvelle-France aux besoins des colonies, l'improbabilité de développements épidémiques de l'affection en territoire canadien. Ici, l'absence de sources témoignant explicitement de l'incidence de la maladie vient corroborer l'hypothèse avancée par le chapitre. En effet, la reconnaissance médicale de la fièvre puerpérale au Canada est subséquente aux premières réformes médicales de l'administration britannique. Ainsi, le chapitre 4 analyse la naissance de la voie médicale canadienne et soutient que l'appréhension médicale des fièvres puerpérales nécessite un certain degré de médicalisation de l'accouchement, même lorsque celle-ci s'effectue avec retard.

La deuxième partie du travail, constituée des chapitres 5, 6 et 7 évalue, par l'entremise des taux de mortalités causés par la maladie au Canada et ailleurs en Occident, les dangers que présentent la médicalisation de l'accouchement avant l'essor de la microbiologie. En effet, les cent ans séparant l'inauguration des premières maternités et l'adoption de

L'antisepsie obstétricale constitue une époque particulièrement hasardeuse pour les femmes enceintes. Alors que le chapitre 5 démontre comment la contagion indirecte de la fièvre puerpérale est rejetée par les membres du corps médical depuis 1795, le chapitre 6 mesure l'impact d'une telle attitude en milieu médicalisé sur la mortalité maternelle causée par la maladie. Par contre, le chapitre 7 montre qu'à la même époque l'organisation médicale du Canada ne peut toujours permettre qu'une médicalisation rudimentaire de l'accouchement et que, par conséquent, on ne peut s'attendre à un taux d'incidence de la maladie aussi élevé qu'ailleurs en Occident.

La troisième partie du mémoire analyse l'impact, à court et à long terme, de la microbiologie sur la gestion médicale de l'accouchement. Le chapitre 8 souligne l'interdépendance de l'adhésion aux préceptes de la microbiologie et de l'efficacité des mesures préventives qu'elle propose. Le chapitre 9 rend compte de la découverte des antibiotiques et de l'éradication de la maladie. La médicalisation intégrale de l'accouchement au Canada concorde dans le temps avec son transfert hospitalier, lui-même postérieur à l'adoption généralisée de l'antisepsie obstétricale. Le chapitre 10 montre qu'au Canada, cette médicalisation intégrale a bénéficié dès son inauguration d'un environnement dans lequel les risques infectieux de la parturition furent contrôlés.

Le traitement de la question en trois parties cerne les circonstances historiques dans lesquelles et pour lesquelles l'incidence de la fièvre puerpérale fut moindre au Canada qu'ailleurs en Occident.

La trame de ce travail est sous-tendue par une chronologie : la première section couvre une période s'étendant du début du XVIII<sup>e</sup> siècle au tournant du XIX<sup>e</sup> siècle; la deuxième, de 1795 à 1880; et la troisième, de 1880 à 1950.

Les sources du travail de recherche relatives au discours médical portant sur la fièvre puerpérale sont les plus importants traités et articles médicaux, du XVIII<sup>e</sup> siècle au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, parmi lesquels on compte les travaux d'Edward Strother, Nathaniel Hulme, Alexander Gordon, Thomas Denman, Thomas Kirkland, John Leake, Charles White, Jacques-François-Édouard Hervieux, Oliver Wendell Holmes, Ignaz Philipp Semmelweis, Charles Meigs et Charles Cullingworth. Au XX<sup>e</sup> siècle, les divers écrits des

figures marquantes de la révolution antibiotique, comme ceux de Léonard et de Dora Colebrook, par exemple, renforceront notre compréhension des phénomènes historiques et médicaux étudiés.

En outre, plusieurs articles médicaux parus dans *The Lancet* ou dans le *Monthly Journal of Medical Sciences*, sont disponibles et fournissent une précieuse information relative aux différents développements médicaux portant sur la fièvre puerpérale. En 1851, par exemple, F.H. Arneth publie dans le *Monthly Journal* un article résumant pour la première fois les théories de Semmelweis : « Evidence of Puerperal Fever Depending upon the Contagious Inoculation of Morbid Matter ». Un peu plus tard, en 1865, R. Barnes, dans son article « Lectures on Puerperal Fever », paru dans *The Lancet*, fait une synthèse des différentes notions de la fièvre puerpérale dans les années 1860. On peut également lire ailleurs l'impact des méthodes antiseptiques et de la bactériologie dans la pratique de l'obstétrique (voir Harold C. Ernst, « The Etiology of Puerperal Fever » dans *A System of Obstetrics by American Authors*) ; des signes démontrant l'évidence du lien unissant l'érysipèle à la fièvre puerpérale (Francis Elkington, « Observations on the Contagiousness of Puerperal Fever » dans *Provincial Medical Journal* 7 (1844)) ; des critiques des pionniers de la fièvre puerpérale – Alexander Gordon faisant l'objet, seulement à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, d'une grande admiration. L'œuvre de Fleetwood Churchill, « An Historical Sketch of the Epidemics of Puerperal Fever » dans les *Essays on the Puerperal Fever and Other Diseases Peculiar to Women*, fournit un bon point de départ pour l'étude épidémiologique de la fièvre. La monographie de J. A. Doléris, collègue de Louis Pasteur ayant cerné le *streptocoque pyogène*, intitulée *La Fièvre puerpérale et les organismes inférieurs. Pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches* (1880), donne non seulement les résultats des études du chercheur ayant mené à la compréhension et à l'éradication de la fièvre puerpérale, mais aussi un historique de la découverte des micro-organismes et de précieuses informations biographiques sur Louis Pasteur. August Hirsch, dans son *Handbook of Geographical and Historical Pathology* (1881), fournit d'inestimables informations quant à l'histoire, l'épidémiologie et la démographie de la fièvre puerpérale aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles en Europe.

Notre bibliographie indiquera qu'aux États-Unis, plusieurs articles portant sur la maladie furent également publiés à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup> siècle. H. J. Garrigues, dans « On Lying-In Institutions, Especially Those of New York » (1878), passe en revue les hôpitaux de maternité aux États-Unis et en Europe durant la période visée par notre étude. En 1887, B.C. Hirst, dans son essai publié dans les *Medical News of Philadelphia*, « The Death Rate of Lying-In Hospitals in the United States », fournit davantage de statistiques quant aux mortalités maternelles dues, entre autre, à la fièvre puerpérale. En 1896, Jewett contribua au débat portant sur la nature des infections puerpérales, selon qu'elles étaient endogènes ou exogènes (« The Question of Puerperal Self-Infection », *American Gynaecological and Obstetrical Journal*, 8). Ces sources fournissent des descriptions de certaines épidémies aux États-Unis qui s'avéreront toutes aussi valables les unes que les autres aux fins de comparaison avec l'étude que nous proposons.

En ce qui concerne les sources canadiennes, il faut compter un dépouillement systématique des archives coloniales au temps de la Nouvelle-France et de l'administration britannique, disponibles aux Archives nationales du Canada. Sont aussi consultés les divers fonds d'archives gouvernementales, de 1867 au tournant des années 1950, relatifs – de manière directe ou indirecte – à l'accouchement et à la gestion médicale des maladies des couches. L'incidence de la fièvre puerpérale au Canada au XIX<sup>e</sup> siècle et au XX<sup>e</sup> siècle est évaluée à partir de données statistiques contenues dans les *Annuaire statistiques du Canada*, dans les rapports annuels du Conseil d'hygiène de la province de Québec, ainsi que par l'analyse des données de cinq périodiques médicaux canadiens. Ce corpus est constitué du *Journal de médecine de Québec*, du *British American Journal*, du *Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science*, du *Medical Chronicle or, Montreal Monthly Journal of Medicine and Surgery*, ainsi que de *L'Union médicale du Canada*. Pour mesurer plus précisément l'impact des mesures prophylactiques mises de l'avant par l'essor de la microbiologie en milieu hospitalier, nous prenons l'exemple de l'Hôpital Notre-Dame en calculant à partir de ses registres de décès, les taux de mortalités maternelles causées par la fièvre puerpérale dans cette institution entre 1890 et 1950.

Finalement, plusieurs études historiques et médicales, ainsi que d'autres sources secondaires, s'avèrent utiles à la compréhension de la maladie et de son impact sur les

pratiques de l'obstétrique dans l'histoire. C'est le cas, tout particulièrement, des nombreuses biographies des plus éminents auteurs de traités portant sur la fièvre puerpérale. Un nombre d'ouvrages généraux d'histoire de la médecine, d'histoire de l'obstétrique et d'histoire de l'épidémie, viennent aussi servir de liens intelligibles entre les différents textes écrits par les médecins d'époque. Encore ici, les exemples sont nombreux. On retrouve entre autres l'œuvre de Semmelweis, *The Etiology, Concept and Propalaxis of Childbed Fever* éditée et abrégée par K. Codell Carter, qui fit du traité original – répétitif et confus – un texte en anglais beaucoup plus accessible auquel il a joint une présentation historique importante de cette oeuvre. Un article signé Colebrook dans le *British Medical Journal* de 1956, intitulé « The Story of Puerperal Fever 1800-1950 », trace une histoire claire et succincte de la maladie, telle que perçue par cet auteur qui joua sans doute le rôle le plus important dans son éradication. L'article de Carter « The Development of Pasteur's Concept of Disease Causation and the Emergence of Specific Causes in Nineteenth-Century Medicine », paru en 1991 dans le *Bulletin of the History of Medicine*, permet une meilleure compréhension du développement de la vision des causes de la fièvre puerpérale du XVIII<sup>e</sup> siècle à nos jours. La contribution de l'historien Rosenberg est d'une importance toute particulière à la bonne compréhension de la fièvre puerpérale. Il fut le premier à donner une structure intelligible au développement des notions d'épidémies et de leurs causes. Ainsi, *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine* (1992) et *Framing Disease: Studies in Cultural History* seront d'une précieuse utilité tout au long de la recherche. L'ouvrage de Topley, *Principles of Bacteriology and Immunity* – toujours de nos jours considéré le plus important texte traitant de la bactériologie en Europe – témoigne finalement, dans ses éditions successives, de l'évolution des connaissances au sujet du streptocoque.

## *Chapitre premier*

### PARAMÈTRES MÉDICAUX DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

De toutes les maladies de la grossesse, la fièvre puerpérale fut sans doute la plus difficile à cerner pour les médecins des Lumières. Les dévastations que provoquaient ses épidémies insufflaient aux praticiens une certaine angoisse, une sensation diffuse d'impuissance qui transparait souvent dans les écrits médicaux des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles. L'essence même de la maladie surpassait l'homme. Par conséquent, les premières discussions à son sujet se sont déroulées dans la confusion. Les praticiens étaient-ils eux-mêmes la cause des dommages perpétrés? Il s'agissait alors de crimes, d'atteintes à l'humanité<sup>1</sup>. En outre, les hypothèses de certains cercles savants suscitaient constamment les contradictions, voire les invectives des autres institutions. Malgré cela, les débats entourant la fièvre puerpérale aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles ne se sont pas déroulés dans l'isolement. Au contraire, ils se sont insérés dans des problématiques médicales concurrentes qui, à force d'efforts et grâce à un esprit humaniste qui a dépassé les frontières conventionnelles, ont pu déboucher sur des solutions et des remèdes efficaces contre la maladie. Au cours de ce processus, on voit la définition même de l'affection subir une mutation constante; son maniement, quant à lui, passe entre les mains des obstétriciens, des chirurgiens puis des biologistes. D'un point de vue historique, le relief hautement diversifié des perspectives médicales de la fièvre puerpérale demande, pour sa meilleure compréhension, une définition contemporaine et simplifiée de l'affection. En voulant répondre à ce besoin, nous élaborons dans ce chapitre certaines notions

---

<sup>1</sup> Cette attitude atteint son paroxysme dans le discours qu'Oliver Wendell Holmes prononce en 1843 devant la Boston Society for Medical Improvement, intitulé « On the Contagiousness of Puerperal Fever », et paru à la demande de la société dans le *New England Quarterly Journal of Medicine*, 1 (1842-3), p. 503-530. La thèse de Holmes allait susciter une vive controverse, avec en figure de proue l'obstétricien américain Charles Meigs.

médicales de base. La bactériologie, la pathologie et la symptomatologie de l'affection, ainsi que ses différents modes de propagation, faciliteront sans doute l'historien dans son appréciation critique des sources.

### A. Définition

La fièvre puerpérale, connue aujourd'hui par les obstétriciens sous le nom de sepsie non abortive, post-natale ou *post-partum*, se définit comme étant une infection bactérienne des voies génitales dans la période suivant l'accouchement<sup>2</sup>. Cette infection attaque le plus généralement l'utérus, à la région sensible, non protégée, où s'est effectué le décollement du placenta lors de la délivrance. Mais l'infection peut se développer autre part. Le col de l'utérus de même que les parois vaginales et la vulve, souvent irrités par l'accouchement, présentent eux aussi des interfaces propices à l'établissement d'un foyer infectieux.

Un assaut microbien est d'autant plus simplifié dans la période post-natale par le fait que l'accouchement altère les protections naturelles des voies génitales de la femme. En temps normal l'acidité des sécrétions vaginales constitue une première barrière antibactérienne. D'autre part, la fermeture du cervix de l'utérus présente un obstacle physique à l'infection. Finalement, la muqueuse qui tapisse l'intérieur de la cavité utérine (l'endomètre) possède, elle aussi, des propriétés antibiotiques. L'accouchement déclenche une période où ces trois conditions sont absentes. Lors des labeurs, les sécrétions vaginales deviennent neutres plutôt qu'acides. Ensuite, le col de l'utérus est fortement dilaté pour permettre le passage du bébé, puis l'endomètre est expulsé au moment de la délivrance, laissant la paroi utérine dans un état de vulnérabilité accru<sup>3</sup>.

À toutes fins pratiques, la fièvre puerpérale peut être considérée comme une maladie de nature streptococcique. Quoiqu'une infection post-natale des voies génitales puisse être engendrée par d'autres micro-organismes, une branche virulente du streptocoque est toujours à la source des développements les plus dangereux de l'affection. Parmi les organismes susceptibles d'engendrer l'infection puerpérale, on retrouve le *Streptococcus*

---

<sup>2</sup> « Puerperal Fever », dans Mikel A. Rothenberg et Charles F. Chapman, eds., *Dictionary of Medical Terms*, 4<sup>e</sup> éd., 2000, p. 468.

<sup>3</sup> Irvine Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 7.

$\beta$ -hémolytique Lancefield groupe A, le *Staphylococcus aureus*, le colibacille, le bacille fécalis, le gonocoque et d'autres streptocoques anaérobiques. Les deux bactéries les plus menaçantes pour les parturientes sont le *Streptococcus*  $\beta$ -hémolytique et le *Staphylococcus aureus*. Nous verrons pourquoi sous peu. Les autres organismes pathogènes sont fréquents dans les cas moins graves d'infections puerpérales<sup>4</sup>.

## B. Symptomatologie

Des symptômes constants de la maladie peuvent être tirés des divers écrits du temps de la fièvre puerpérale. Premièrement, la déclenchement de l'affection suivait une période d'incubation allant généralement de 12 à 48 heures, mais dépassant parfois cinq jours. Dans la grande majorité des cas, la fièvre se déclarait par de fortes crises de tremblements qui pouvaient durer jusqu'à trente minutes. L'intensité de ce premier symptôme était si grande que souvent, l'ampleur des spasmes entraînait avec le corps de la femme le lit sur lequel elle reposait. Ces « rigueurs » attaquaient la parturiente périodiquement, à des intervalles plus ou moins réguliers. Peu de temps après ce premier témoignage, une douleur prononcée gagnait l'abdomen de la malade. Souvent ces élancements accompagnaient des enflures difformes de la surface du ventre. La langue de la victime lui laissait un goût amer dans la bouche; sa peau était chaude et sèche; les extrémités de ses membres étaient froides. Le pouls de la victime était invariablement faible et rapide (entre 100 et 160 BPM); sa respiration, courte et saccadée, comme si la parturiente redoutait une dilatation complète du thorax<sup>5</sup>. Dans les cas fatals d'infection puerpérale, ces symptômes persistaient dans plus de 40 % des cas durant deux à douze jours avant que la mère ne pousse son dernier soupir. Parfois, cependant, la mort se faisait attendre beaucoup plus longtemps. Une proportion estimée à environ 10 % des victimes devaient souffrir pendant plus de 43 jours avant de trouver un soulagement dans la mort<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Scottish Board of Health; J. Parlane Kinloch, J. Smith, and J. A. Stephens, *Maternal Mortality: Report on Maternal Mortality in Aberdeen, 1918-1927, with Special Reference to Puerperal Sepsis*, Edinburgh, 1928, p. 52-54, cité dans Irvine Loudon, *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*, Oxford, Clarendon Press, 1992, p. 54.

<sup>5</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 5-6.

<sup>6</sup> E. S. MacPhail, « A Statistical Study in Maternal Mortality », *American Journal of Public Health*, 22 (1932), p. 612-626, cité dans Loudon, *Death in Childbirth...*, p. 55.

Ces difficultés puerpérales laissent-elles croire qu'elles étaient plus sujettes à se développer à la suite d'un accouchement difficile ayant nécessité des interventions chirurgicales sérieuses? Il n'en était rien. En fait, la fièvre accompagnait souvent de tels labours, mais elle était aussi susceptible de toucher les femmes ayant subi un accouchement normal. La maladie s'attaquait à des femmes fortes et parfaitement en santé aussi bien qu'à des personnes plus faibles; à des femmes issues des classes aisées autant qu'aux pauvres. À titre d'illustration, en se basant sur les 70 cas enregistrés lors d'une épidémie touchant la ville d'Aberdeen, le médecin-accoucheur Alexander Gordon observe que :

*« [The disease] was not peculiar to any particular condition, or temperament, but promiscuously seized women of all constitutions and temperaments; for the strong and the weak, the robust and the delicate, the old and the young, the married and the single, those who had easy, and those who had difficult labours, were all equally and indiscriminately affected. It prevailed principally among the lower classes of women, and on account of my public office, and extensive practice in Midwifery, most of the cases came under my care. But women in the higher walks of life were not exempted, when they happened to be delivered by a midwife, or physician, who had previously attended any patients labouring under the disease<sup>7</sup>. »*

Il serait difficile de dissocier les diverses pathologies de la fièvre puerpérale des douleurs qu'elles engendrent. Car c'est d'abord par l'entremise de la douleur, sinon par ses fins, que le patient fait l'expérience de la maladie: si la mort est souvent redoutable à l'homme, la souffrance l'est encore davantage. Si tant d'énergie de la part des médecins est déployée dans le but de comprendre et de combattre la maladie, ses symptômes terribles en sont sans doute la cause.

La progression fatale de la fièvre puerpérale est une scène tragique en soi. Son dénouement aboutit à un absurde paradoxe : la mort entremêlée à la genèse de l'homme. Même lorsque la maladie pardonne, ses symptômes s'accordent avec sa nature. On peut facilement s'imaginer que la douleur d'un être soit à son apogée lorsqu'il est pris d'une péritonite, où les viscères pelviens tour à tour s'enflamment, s'engorgent de pus, puis cessent de fonctionner. Entre 65 et 85 % des décès dus à la maladie sont causés par la péritonite; nombreux sont les témoignages faisant référence aux cris terribles, arrachés

<sup>7</sup> Alexander Gordon, *A Treatise on the Epidemic Puerperal Fever of Aberdeen*, London, G. G. & J. Robinson, 1795, p. 2-3. n. trad.

par la douleur au souffle déjà court des parturientes condamnées<sup>8</sup>. Nombreuses aussi sont les références à la terreur qui terrassait la malade, terreur dont l'objet semblait ne pas être la mort, mais plutôt les chocs périodiques qu'engendre l'infection. Dans son ouvrage *A System of Midwifery*, W. Leishman dépeint ainsi la souffrance :

« *The belly swells further and becomes tense, with great aggravation of the suffering, so that the patient can now no longer bear even the pressure of the bedclothes... Low muttering delirium sets in... Hiccough, picking of the bedclothes and delirium are the immediate precursors of death* <sup>9</sup>. »

Jusqu'à la mise en marché des premiers antibiotiques en 1935, le taux de fatalité de la fièvre puerpérale se situait aux alentours des 80 %<sup>10</sup>. La mortalité maternelle due à la maladie, quant à elle, était variable selon les époques et les régions. Une part de ce phénomène s'explique par le fait que le Streptocoque  $\beta$ -hémolytique Lancefield groupe « A » est un micro-organisme extrêmement instable. Un des résultats de cette versatilité est une virulence variable du micro-organisme selon le climat et l'environnement dans lequel il vit. Dans cette étude, nous verrons en détail les différents taux de mortalité causés par la maladie. Ici, disons simplement que la fièvre puerpérale fut une maladie relativement rare<sup>11</sup>. Son taux de mortalité, à un niveau endémique, gravitait autour de 2 ou 3 décès par 1 000 accouchements. Finalement, de 6 à 9 parturientes sur un même dénominateur contractaient la maladie<sup>12</sup>.

<sup>8</sup> M. Tonnellé, « Des fièvres puerpérales observées à la Maternité de Paris pendant l'année 1829 », parution originale dans *Archives générales de médecine* (mars, avril, mai et juin 1830), reproduit dans « Critical Analysis », *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 34 (1830), p. 328-349; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, Library, Blair Bell Papers, catalogue number S.4., cité dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 7.

<sup>9</sup> W. Leishman, *A System of Midwifery*, Glasgow, 1876, p. 779-80, cité dans Loudon, *Death in Childbirth...*, p. 56. n. trad.

<sup>10</sup> « Ante-Mortem Bacteriological Findings in a Series of 109 Cases of Puerperal Scepticaemia Analysed by the Puerperal Fever Sub-Committee in 1925 », dans Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, Archives. MS Report in the Blair Bell Papers, Sect. S.4., cité dans Loudon, *Death in Childbirth...*, p. 53.

<sup>11</sup> Nous utilisons l'adverbe « relativement » pour indiquer la réserve avec laquelle cette affirmation doit être avancée. Dans le cas d'une épidémie de fièvre puerpérale, par exemple, comme celles dont les maternités de l'Europe furent souvent victimes au cours des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, la maladie n'était plus rare, mais devenait quasiment inévitable.

<sup>12</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 6.

### C. Pathologie

Puisque différentes familles de bactéries peuvent provoquer une infection puerpérale, diverses pathologies de la maladie sont possibles. La fièvre puerpérale est susceptible de suivre trois cours distincts dans le corps de la femme. Une infection causée par des organismes d'une nature bénigne peut dans un premier lieu être combattue par le système immunitaire de la parturiente. Dans ce cas, la victime ressent des fièvres d'une intensité plus ou moins grande durant le cycle de la maladie. La guérison suit. Autre développement possible : l'infection est localisée par le corps et s'agglomère en formant un abcès qui, avec ou parfois sans intervention médicale, éclate, permettant par le fait même une éventuelle guérison. Autrement, quand le système immunitaire de la parturiente n'est pas en mesure de stopper ou de localiser la propagation de l'infection, celle-ci peut traverser la paroi de l'utérus et envahir littéralement l'organisme<sup>13</sup>. Parmi ces dommages au corps on peut compter une infection généralisée des organes et des tissus du péritoine, pathologie connue sous le nom de péritonite ou de pelvipéritonite. Une telle infection, faute d'un traitement rapide et efficace, a généralement vite fait d'engendrer des dysfonctions des organes essentiels, des prostrations et des chocs divers. Aussi, l'infection puerpérale, ayant traversé la paroi utérine, peut atteindre les vaisseaux sanguins pelviens et/ou lymphatiques et provoquer une septicémie (infection sanguine), qui elle, en plus d'offrir à l'agent pathogène des voies d'accès à tout l'organisme, provoque par suppuration des thromboses possiblement fatales selon leur emplacement au sein du système sanguin<sup>14</sup>. Pendant plus de deux siècles, septicémie et péritonite furent synonymes de fatalité.

### D. Bactériologie

Des études menées au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle démontrent que la septicémie et la péritonite furent les causes principales des décès dus à la fièvre puerpérale, et que l'agent bactérien responsable de ces pathologies fut le *Streptococcus*  $\beta$ -hémolytique Lancefield groupe « A », en combinaison ou non avec d'autres organismes pathogènes. Or, la bactérie offrant le plus de compatibilité avec ce streptococcus est le

---

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>14</sup> L. Manuila *et al.*, *Dictionnaire médical*, 9<sup>ème</sup> éd., Paris, Masson, 2001.

*Staphylococcus aureus*<sup>15</sup>. Mais quelles propriétés du premier, aussi connu sous le nom de Streptocoque pyogène en raison de son aptitude à provoquer la suppuration, le rendent-il si redoutable ?

Les recherches médicales des deux dernières décennies ont permis d'identifier les différents moyens d'attaque de cet organisme pathogène. Parmi ceux-ci, on compte des antigènes M, des agents propagateurs tels le hyaluronidase, qui favorise l'hydrolyse des acides hyaluroniques et polyosides et facilite la diffusion dans le corps du pus streptococcique en le rendant moins visqueux, des exotoxines, qui propagent les dommages causés par l'infection au-delà même des frontières de la culture bactérienne, ainsi que des toxines erythrogéniques (SPE A, B, & C), qui causent des fièvres, des chocs, ainsi que des dommages au niveau des tissus organiques. De plus, un même antigène M peut prendre différentes formes lorsqu'il est en contact avec les toxines erythrogéniques, les streptolysines, les hémolysines (substances toxiques pouvant provoquer l'hémolyse) et les streptokinases (autre agent diffuseur), ce qui rend d'autant plus ardu son contrôle par le système immunitaire du corps<sup>16</sup>.

Cette versatilité du Streptocoque pyogène donnera naissance, au fil de l'histoire, à différentes appellations synonymes de la fièvre puerpérale. Ainsi, quand au XVIII<sup>e</sup> siècle les maladies étaient définies et classifiées selon les manifestations cliniques qu'elles produisaient, on retrouvait l'infection puerpérale sous l'étiquette de « fièvre puerpérale » ou de « fièvre des couches (Childbed Fever) ». Si la maladie s'avérait non fatale, les médecins la confondaient volontiers avec la fièvre lactique (aussi « fièvre des laits »)<sup>17</sup>. Le tournant du XIX<sup>e</sup> siècle apporta une nouvelle définition de la maladie. Le lexique de la pathologie médicale allait s'orienter vers des définitions issues des lésions *post-mortem* de la maladie. Or, ces lésions variaient selon le développement du Streptocoque pyogène. Par conséquent, on retrouve au XIX<sup>e</sup> siècle tout un vocabulaire se rapportant à la fièvre puerpérale. Une pathologie de l'utérus, par exemple, est appelée « métrite puerpérale ».

---

<sup>15</sup> J. Parlane Kinloch, J. Smith, and J. A. Stephens, *loc. cit.* et Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Archives. MS Report in the Blair Bell papers, Sect. S4, cité dans Loudon, *Death in Childbirth...*, p. 53-54.

<sup>16</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 198-199. Voir aussi L. Manuila, *et al., op. cit.*, et Mikel A. Rothenberg et Charles F. Chapman, eds., *op. cit.*

<sup>17</sup> Voir à cet effet « fièvre lactique » et « fièvre puerpérale » dans Edward Strother, *Criticon Februm, or a Critical Essay on Fevers*, London, 1716, p. 74.

De même, la formation d'abcès au niveau du péritoine donne naissance au nom d'« abcès pelvien puerpéral » ; d'un autre côté, l'inflammation du péritoine se retrouve parfois sous le nom de « péritonite puerpérale » ; si les veines sont touchées par une inflammation ou une thrombose, les médecins du XIX<sup>e</sup> siècle font référence à la « phlébite pelvienne puerpérale » ou alors à la « phlebothrombose pelvienne puerpérale » ; on parle aussi de « salpingite puerpérale » si la trompe de Fallope ou la trompe d'Eustache est enflammée. Si l'infection s'empare de la muqueuse qui tapisse le bassin, on a affaire à une « pyélite puerpérale ». Finalement, si les germes pathogènes envahissent l'organisme par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux situé au niveau du péritoine de la femme, on fait mention de « septicémie puerpérale »<sup>18</sup>.

Il faut cependant comprendre que les différentes étiquettes pouvant être attribuées à la fièvre puerpérale ne sont en fait que des descriptions de l'évolution pathologique suivie par l'infection. Quoique différents organes puissent être touchés par l'infection, il faut noter que la contamination s'effectue par un même groupe d'organismes pathogènes et se communique dans le corps de la femme par les mêmes voies. Il s'agit donc d'une maladie distincte<sup>19</sup>. C'est pourquoi, dans cette étude, l'expression « fièvre puerpérale » sera utilisée comme désignant toutes les pathologies possibles de l'infection puerpérale des voies génitales de la femme.

### E. Les modes de propagation

Les modes de propagation de la fièvre puerpérale ont jadis représenté l'un des aspects les plus énigmatiques de la maladie. Le *Streptococcus*  $\beta$ -hémolytique Lancefield groupe « A » a comme habitat naturel les muqueuses buccales et gutturales de l'homme. Le micro-organisme se loge sur les fimbriæ du nez et de la gorge, projections capillaires à la surface desquelles on retrouve de l'acide lipoidique. Le Streptocoque pyogène peut survivre quelques jours à l'extérieur de l'organisme, s'il se trouve dans un environnement humide; dans un environnement sec, il meurt rapidement. Contrairement à ce que l'on

<sup>18</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 8-9, et Manuila, *et al.*, *op. cit.*

<sup>19</sup> Le médecin britannique Nathaniel Hulme semble avoir été le premier à considérer la maladie comme une entité distincte plutôt qu'une simple fièvre post-natale. Voir à cet effet Nathaniel Hulme, *A Treatise on the Puerperal Fever*, London, 1772, reproduit dans Fleetwood Churchill, ed., *Essays on the Puerperal Fever and Other Diseases Peculiar to Women*, London, 1849, p. 61-116, 69 : « [...] une maladie " sui generis ", d'une nature propre à elle-même, et aussi simple et régulière dans ses apparences, pour la plus grande partie, que n'importe quel autre désordre incident au corps humain [...] », n. trad.

peut penser, plusieurs pathologies bénignes sont susceptibles de laisser des traces du Streptocoque pyogène dans le corps humain. Tel peut être le cas, par exemple, de l'amygdalite, de l'otite, ou d'une infection des sinus. Les germes pouvant s'implanter dans une blessure ou les bactéries d'un impétigo mineur peuvent tout aussi facilement, par voie buccale, se retrouver agrippées aux muqueuses nasales ou gutturales. Aussi, tout rhume, toute grippe ou tout mal de gorge de nature streptococcique peut-il laisser des traces du Streptocoque pyogène dans l'organisme. Une fois ces maux mineurs guéris, l'organisme pathogène peut vivre indéfiniment dans le corps et, malgré sa virulence, ne pas développer de pathologie. L'individu en question devient porteur asymptomatique de la bactérie. Que le porteur ne manifeste pas de symptômes cliniques n'empêche pas pour autant qu'il puisse transmettre la bactérie à d'autres. En effet, la culture bactérienne, lovée dans la partie supérieure des voies respiratoires, lègue à chaque expiration quelques cocci qui seront propulsés contre la première résistance rencontrée<sup>20</sup>.

Le nombre de porteurs asymptomatiques du streptocoque au sein de la population est important. Aux États-Unis, une étude menée au début des années 1990 par B. M. Gray démontre que, de 23 000 échantillons de culture gutturale récoltés entre 1967 et 1988, 18 à 25 % présentent des cultures de Streptocoque pyogène<sup>21</sup>. Une analyse plus récente, datant de 1997 et menée en Angleterre, donne des résultats moins alarmants. Dans celle-ci, M. Barnham démontre que 1,5 % de la population du Yorkshire est porteur du Streptocoque  $\beta$ -hémolytique Lancefield groupe « A ». Néanmoins, des taux beaucoup plus élevés, rejoignant parfois les 50 %, sont atteints parmi les membres des communautés fermées : prisons, pensionnaires et baraques militaires<sup>22</sup>. Comme on peut s'en douter, les maternités du XVIII<sup>e</sup> et du XIX<sup>e</sup> siècle possédaient toutes les caractéristiques d'une communauté fermée. Quoi qu'il en soit, un pourcentage de 1,5 à 25 % d'une population donnée représente toujours, à une plus grande échelle, un nombre imposant de porteurs du streptocoque responsable de l'infection puerpérale.

---

<sup>20</sup> L. Colebrook, « The Prevention of Puerperal Sepsis », *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, 43 (1936), p. 691-714; Loudon, *Death in Childbirth...*, p. 81.

<sup>21</sup> B. M. Gray, « Streptococcal Infections », dans A. S. Evans et P. S. Brachman, eds., *Bacterial Infections in Human : Epidemiology and Control*, New York, 1991, p. 639-673, référé dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 202.

<sup>22</sup> M. Barnham, «  $\beta$ -haemolytic Streptococci », dans A. M. Emmerson, P. M. Hawkey, et S. A. Gillespie, eds., *Principles and Practices of Clinical Bacteriology*, Chichester, 1997, p. 37-71.

La nature infectieuse de la fièvre puerpérale confère à celle-ci une propriété importante : la contagiosité. Les modes de transmission de l'infection peuvent être classés en deux catégories. D'une part, on compte la propagation physique et directe, c'est-à-dire celle qui s'effectue par le biais d'un contact physique entre un objet quelconque ou les mains, et les voies génitales de la parturiente; d'autre part, on compte la propagation indirecte, respiratoire ou aérienne, qui utilise la force de l'expiration et la suspension dans l'air pour se transporter d'un foyer infectieux vers les voies génitales. Puisque le Streptocoque pyogène survit plus longtemps dans un environnement humide, le premier mode de transmission sera plus rare que le second. Pour la même raison, les mains ainsi que les vêtements présenteront davantage de dangers d'infection que les divers instruments obstétricaux, quoique ces dangers restent présents dans tous les cas. Cette citation, de la plume d'un éminent obstétricien, le D<sup>r</sup> Campbell, d'Édinbourg, en est un bon exemple :

*« In October 1821, I assisted at the dissection of a woman who died of the disease [puerperal fever], after an abortion of the early months; the pelvic viscera, with the external coats were removed, and I carried them in my pocket to the class-room. The same evening, without changing my clothes, I attended the delivery of a poor woman in the Canongate; she died. Next morning I went in the same clothes to assist some of my pupils who were engaged with a woman in Bridewell, whom I delivered by forceps; she died<sup>23</sup>. »*

Il demeure que la plupart des fièvres puerpérales sont engendrées par la propagation indirecte, et que non seulement l'accoucheur, mais aussi tout l'entourage de la parturiente peut lui transmettre la maladie. Une étude effectuée en 1936 par Dora Colebrook, sœur et collègue de Léonard Colebrook, démontre que de 48 cas de fièvre puerpérale où le principal agent infectieux est le Streptocoque  $\beta$ -hémolytique Lancefield groupe « A », 6 cas ont comme source d'infection le nez ou la gorge de la parturiente elle-même, 9 autres cas sont transmis par les membres de la famille de la patiente, 24 d'entre eux sont transmis par l'accoucheur et, finalement, l'origine infectieuse de 9 des 48 cas demeure incertaine<sup>24</sup>. Ceci démontre que, quoiqu'un individu puisse devenir porteur du micro-organisme à la suite d'un contact intime avec la victime d'une infection puerpérale, un autre peut tout aussi bien l'être en ayant été en contact, même indirect, avec une autre

<sup>23</sup> W. Campbell, « On Puerperal Fever », *Medical Gazette*, 9 (1831), p. 354, cité dans Loudon, *Death in Childbirth...*, p. 61.

<sup>24</sup> L. Colebrook, *loc. cit.*, p. 82.

source d'infection streptococcique. Ces dernières étant nombreuses, la fièvre puerpérale est extrêmement contagieuse.

Ce court chapitre d'introduction n'a pas la prétention d'être une description exhaustive des différentes facettes microbiologiques et pathologiques de l'infection puerpérale streptococcique. Il se veut plutôt un recensement de leur simplifications les plus élémentaires, mais aussi les plus utiles à l'analyse historique de la maladie et à la bonne compréhension de l'argumentation qui suit.

*Première partie*

LA FIÈVRE PUERPÉRALE, SÉQUELLE DE L'ÉMERGENCE DE  
L'OBSTÉTRIQUE MODERNE

## Chapitre 2

### LA GENÈSE D'UNE MALADIE

Hippocrate, déjà, reconnaissait l'existence de pathologies fébriles du *post-partum*<sup>1</sup>. En Égypte ancienne, on traitait des métrites à l'aide d'injections locales, de purgations et de fumigations aromatiques<sup>2</sup>. On reconnaît vaguement des symptômes convergents, sans cependant en faire une synthèse, sans reconnaître en eux une maladie en soi. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, on voit des médecins renouveler la problématique de l'accouchement, en secouer la poussière accumulée depuis sa mise au rancart, aux premiers siècles de notre ère. Le sexe de la femme, interface ultime de l'accouchement, passe d'une région secrète et réservée par la pudeur à la gente féminine, aux mains des médecins, aux mains des hommes. De cette translation naît l'obstétrique et la gynécologie, disciplines orgueilleuses de la fougue que nécessite la transgression de tabous plus que millénaires, mais aussi du défi qu'elles représentent envers l'ordre naturel. Or, si l'infection puerpérale a toujours existé, ce n'est qu'au début du XVIII<sup>e</sup> siècle qu'on la dissocie systématiquement de l'ensemble des maladies fébriles. C'est qu'à cette époque, la gravité des dommages qu'elle engendre pousse les médecins à la considérer dans toute son ampleur. Cette coïncidence dans les temps de deux phénomènes distincts – d'une part, l'émergence de l'obstétrique moderne et, d'autre part, la reconnaissance médicale de l'affection – peut à première vue sembler tout à fait naturelle, l'existence de référents étant nécessaire à l'identification de toute réalité observable. Or, une autre composante entre en ligne de compte dans l'analyse des faits entourant l'histoire de la fièvre puerpérale : la médicalisation de la naissance. Par médicalisation de la naissance, nous entendons l'action de faire relever, au moins théoriquement, la grossesse et l'accouchement d'un domaine médical compétent,

---

<sup>1</sup> Mireille Laget, *Naissances : L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Éditions du Seuil, 1982, p. 262.

<sup>2</sup> Jean-Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1997, p. 26-27.

indépendant dans la mesure où il puisse être informé des connaissances pratiques et théoriques de l'accouchement et où il puisse lui-même participer à l'élaboration du discours obstétrical occidental.

L'appréhension médicale de la fièvre puerpérale est issue de l'émergence de l'obstétrique moderne dans la mesure où la médicalisation de l'accouchement qu'elle commande permet à l'affection de prendre un caractère épidémique, plus facilement observable par les médecins du Grand Siècle. Pour évoluer, la science nécessite l'isolement de problèmes distincts; inconsciemment, c'est à ce besoin que les sphères médicales du XVIII<sup>e</sup> siècle répondent en effectuant un contrôle accru des services obstétricaux et en ouvrant les hôpitaux de maternité : on crée un problème, sinon une maladie. Ainsi, plutôt que de reconnaître le lien causal entre l'action de la médecine et le taux d'incidence de l'affection, les médecins du XVIII<sup>e</sup> siècle trouvent en la fièvre puerpérale une justification à la médicalisation de la naissance.

L'essor de l'obstétrique moderne en Occident et la chronologie de la reconnaissance de la fièvre puerpérale offrent une structure primaire à l'observation de ces faits. L'analyse sommaire du discours médical témoignant de cette reconnaissance scientifique vient ensuite leur donner une direction. Finalement, l'étude de l'organisation obstétricale de la Nouvelle-France, puis des circonstances dans lesquelles la médecine canadienne reconnaît pour elle-même, près d'un siècle plus tard, l'existence de l'affection, permet de donner plus de relief au point de vue adopté.

#### **A. Impact de l'émergence de l'obstétrique moderne sur l'incidence des fièvres puerpérales**

À mesure que s'élabore le savoir obstétrical, la nécessité qu'ont les médecins d'avoir accès au corps de la femme se fait plus pressante. Puisque dans cette relation, l'évolution du savoir et des techniques médicaux dépend de la médicalisation de la naissance, l'intérêt des praticiens et des hommes de science est un puissant catalyseur dans la mise en place du développement historique étudié.

### 1. De l'Antiquité à la Renaissance. Un intérêt renouvelé

Certains auteurs considèrent l'obstétrique et la gynécologie comme l'une des plus anciennes disciplines de la médecine. Héritières de régions de l'histoire humaine aussi éloignées que le paléolithique supérieur, de nombreuses manifestations artistiques subsistent de nos jours, témoignant de l'intérêt marqué de nos ancêtres à l'endroit de la reproduction. Ces peintures et statuettes font preuve d'un authentique culte préhistorique de la fécondité féminine<sup>3</sup>. Des papyrus de l'Égypte ancienne<sup>4</sup> nous informent des pratiques médico-magiques entourant la grossesse et l'accouchement : des dieux, comme le dieu Bès – ironiquement nain et rachitique ! –, étaient implorés lors des couches. La mythologie grecque rend également compte du questionnement et de l'admiration de nos ancêtres devant les mystères de la procréation. Hippocrate, Aristote et Galien vont ensuite, sinon éclaircir les mécanismes de la procréation, du moins fournir des cadres d'interprétation aux phénomènes de la grossesse et des modes d'intervention auprès des femmes enceintes et des parturientes. Cependant, ce n'est qu'à l'issue du Moyen Âge que l'évolution du savoir poursuivra son cours.

À la Renaissance, l'œuvre des grands médecins de l'Antiquité gréco-romaine, en plus de faire figure d'autorité, sert de point de départ à une lente élaboration du savoir obstétrical. La curiosité « intellectuelle » redevient une marque de la Civilisation occidentale et renouvelle les questions. Parmi celles-ci, le désir de percer les mystères de la genèse de l'homme fait partie d'un questionnement plus large encore, celui qui vise à découvrir la genèse de l'univers.

La procréation suscite à nouveau l'intérêt dès le XVI<sup>e</sup> siècle. Cependant, la nature des sujets traités à cette époque est bien plus métaphysique que scientifique. L'appréhension de la réalité n'avait toujours que deux dimensions : d'une part, celle de l'Église et d'autre part, celle délimitée par l'autorité et le respect des anciens<sup>5</sup>. Toute démarche intellectuelle et médicale devait évoluer dans l'espace ainsi limité. En effet, les champs d'action des deux « institutions » s'entrecoupent; entre elles s'effectue une symbiose qui laisse peu de

---

<sup>3</sup> Martial Dumont et Pierre Morel, *Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie*, Lyon, Simep éditions, 1968, p. 5.

<sup>4</sup> Parmi les papyrus les plus importants traitant d'obstétrique et de gynécologie, citons le papyrus Ebers, le papyrus Xestcar, le papyrus de Kahoum, le papyrus de Londres et le papyrus de Edwin Smith. Pour de plus amples informations, voir Dumont et Morel, *op. cit.*, p. 9.

<sup>5</sup> Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*, Fayard, 1988, p. 242.

liberté à la nouvelle génération de penseurs. Respectant une volonté divine qui en tous points transcende l'homme, l'enseignement de l'Église catholique cultive une certaine ignorance scientifique. Elle oppose la science à la pureté de l'innocence. Un extrait d'André Thevet, datant du milieu du XVI<sup>e</sup> siècle, témoigne de l'outrecuidance que pouvait représenter une curiosité insatisfaite par l'enseignement exclusif de la Bible :

*« Qu'est-il besoin, quand nous avons les choses qui nous sont nécessaires et entendons autant qu'il plaît à Dieu nous faire capables, trop curieusement rechercher les secrets de nature, et autres choses, desquelles Notre Seigneur s'est réservé à lui seul les connaissances<sup>6</sup> ».*

Quand certaines connaissances ne sont pas directement observables, quand on ne les atteint qu'au prix – combien élevé – d'une réflexion raisonnée, c'est nécessairement parce que Dieu les refuse à l'homme. Dans ce contexte, raisonner est une opération mentale à connotation divine – et comme toute volonté de se comparer à Dieu est sacrilège... D'autre part, le respect absolu que l'on prête aux auteurs de l'Antiquité ruine souvent chez le médecin toute initiative d'approfondissement ou même de critique<sup>7</sup>. Jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle, celui-ci se borne à apprendre, puis ensuite à réciter. C'est un intellectuel dans la mesure où il puise son savoir dans des ouvrages rédigés durant l'Antiquité ; il ne tente rien afin d'augmenter ce corpus ou de produire un savoir nouveau. Il idéalise l'existant à défaut de créer. Dans ce contexte, encore, raisonner est prétentieux. C'est pourquoi, avant de se pencher sur la mécanique du corps humain, les esprits du temps tentent de puiser réponses et inspiration dans les enseignements de la Bible.

Au cours de la deuxième moitié du XVII<sup>e</sup> siècle, l'idéologie scientifique commence à changer. Graduellement, la timidité des penseurs s'estompe. À partir des années 1660 apparaît une biologie qu'on pourrait qualifier de moderne. Des cercles de savants s'organisent de plus en plus efficacement pour revendiquer une liberté essentielle à l'avancement des sciences : celle de réfléchir, de poser les problèmes et même de contester, si le besoin s'en fait ressentir, la doctrine des « vieux maîtres<sup>8</sup> ». Dans de telles circonstances, on ne se surprend pas de voir, à la fin du siècle, Bayle affirmer que jamais

---

<sup>6</sup> André Thevet, *Singularité de la France antarctique*, Paris, 1558, F<sup>o</sup> 68a, cité dans Jean Ceard, *La curiosité à la Renaissance*, Paris, 1986, p. 16.

<sup>7</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 243.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 253.

auparavant l'intelligence d'un siècle ne s'est tant penchée sur le corps humain, et surtout, que jamais on n'a tant essayé de creuser les mystères de la procréation<sup>9</sup>.

Aussitôt que l'on voit s'estomper la timidité des penseurs, de nombreuses découvertes viennent démontrer l'existence d'une complexité médicale beaucoup plus importante que celle qu'exposaient les textes de l'Antiquité. Dans la seconde moitié du XVII<sup>e</sup> siècle, un esprit plus méthodique s'installe au sein des cercles de penseurs. Du moment où ils conçoivent une recherche utile, les hommes de l'art élaborent des techniques, des méthodes et des instruments mieux adaptés à leurs besoins.

Au début du XVII<sup>e</sup> siècle, le microscope – outil à l'époque bien rudimentaire, ce qui ne l'empêche pas de révolutionner la conception de l'univers en permettant l'étude du microcosme – est mis au point. Aussitôt, les scientifiques de tous domaines se penchent sur l'oculaire de l'instrument et voient ce qu'auparavant ils osaient à peine imaginer. De toutes parts, des théories commencent à foisonner. L'étude de la procréation se voit investie d'une nouvelle dimension. En 1672, le biologiste hollandais Régnier de Graaf découvre l'ovule. Les spermatozoïdes sont observés pour la première fois cinq ans plus tard par Leeuwenhoek. Les débats prennent une note beaucoup plus scientifique qu'auparavant, et les connaissances se fondent de plus en plus sur des faits. La médecine change. On pose des questions, on expérimente. Le perfectionnement du microscope et les développements de l'anatomie sont autant de facteurs favorisant une véritable « explosion » des connaissances obstétricales<sup>10</sup>. Entre 1670 à 1745, on parvient à comprendre le rôle des ovaires, des corps jaunes et des trompes dans la procréation. À la même époque, les premiers accoucheurs font leur apparition sur la scène européenne de l'accouchement. Avec eux, un véritable discours obstétrical s'articule dans une complexité et une profondeur nouvelles.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, l'obstétrique est désormais une science et un art. Les praticiens de la discipline accroissent leur autorité sur la scène des accouchements : l'autorité qu'impose le savoir. Mais pour se communiquer, s'élaborer et s'approfondir, le savoir nécessite un support matériel, ce que lui fourniront le livre et le périodique.

---

<sup>9</sup> Bayle, 1684, cité dans Gélis, *op. cit.*, p. 241.

<sup>10</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 258-259.

Selon l'audience et les fins visées, on peut distinguer à partir du XVII<sup>e</sup> siècle trois différents types d'écrits obstétricaux. D'une part, des textes plus généraux sont destinés à l'éducation primaire des sages-femmes et des accoucheurs. D'autre part, des textes beaucoup plus détaillés, de véritables « monuments du savoir obstétrical<sup>11</sup> », servent d'assise et de référence aux premier type d'écrit. Ensuite, des publications périodiques, de plus en plus nombreuses à mesure que progressera le XVIII<sup>e</sup> siècle, favorisent une bonne communication des opinions et des pratiques entre les praticiens des différentes nations.

De 1688 à 1815, treize pays européens produisent le nombre étonnant de 245 manuels d'obstétrique, revus ensemble en plus de 400 éditions<sup>12</sup>. L'année 1668 est celle qui voit apparaître, sous la plume de François Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses et accouchées*<sup>13</sup>. Ce texte est reconnu par les historiens de la médecine comme étant le texte fondateur de l'obstétrique moderne. Il traite de tous les aspects de la grossesse, des accouchements naturels aussi bien que des accouchements problématiques. En outre, l'ouvrage fournit une description anatomique des « parties de la femme qui sont destinées à la génération » et informe de la nature des soins à apporter aux nouveau-nés. Partout, les chirurgiens-accoucheurs fondent leurs pratiques sur les préceptes de Mauriceau et, à leur tour, plusieurs d'entre eux poussent encore plus loin les connaissances de la discipline. Au tournant du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'obstétricien hollandais Deventer donne les bases de la pelvimétrie dans son traité *Operationes chirurgicae*<sup>14</sup>. L'ouvrage, publié à Leyde en 1701, est traduit en français en 1733, sous le titre *Observations importantes sur le manuel des accouchemens*<sup>15</sup>. Vint ensuite *L'Art des accouchemens démontré par les principes physiques et mathématiques*<sup>16</sup> de Levret (1753); l'ouvrage de William Smellie, *A Set of Anatomical Tables, with Explanations, and an Abridgement, of the Practice of Midwifery*<sup>17</sup>; celui de Jean Astruc, en

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 329.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 330.

<sup>13</sup> François Mauriceau, *Des maladies des femmes grosses et accouchées. Avec la bonne et véritable méthode de les bien aider en leurs accouchements naturels, & les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre nature, & aux indispositions des enfans nouveau-nés : ensemble une très exacte description de toutes les parties de la femme qui sont destinées à la génération, le tout accompagné de plusieurs belles figures en taille douce, nouvellement et for correctement gravées*, Paris, Cercle du livre précieux, 1964 [réédition du texte de 1668], 536 p.

<sup>14</sup> Hendrik Van Deventer, *Operaciones chirurgicae*, Leyde, 1701.

<sup>15</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 523, note 24.

<sup>16</sup> Levret, *L'Art des accouchemens démontré par les principes physiques et mathématiques*, 1753.

<sup>17</sup> William Smellie, *A set of anatomical tables, with explanations, and an abridgement, of the practice of midwifery : with a view to illustrate a treatise on that subject, and a collection of cases*, London, 1754.

trois volumes, sur les maladies des femmes<sup>18</sup>. Les années 1770 sont marquantes dans l'histoire de l'obstétrique par les directions que lui font prendre des auteurs comme Charles White<sup>19</sup>, John Leake<sup>20</sup>, John Clubbe<sup>21</sup> et William Hunter, dont le traité sur l'anatomie de l'utérus<sup>22</sup> aura un écho à la grandeur de l'Occident.

Le contenu des publications n'était cependant pas toujours aussi détaillé. Leur optique n'était pas toutes d'éclaircir certains sujets de la discipline. En fait, une part considérable des écrits avait comme objectif de fournir un support matériel à l'enseignement théorique des cours d'accouchement. Ces textes sont en fait des ouvrages de vulgarisation et leur propagation fut plus importante que les ouvrages spécialisés. Partout à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, des femmes s'échangeaient des petits bréviaires portant sur les principes de la grossesse et de l'accouchement. La plupart d'entre eux furent des adaptations de textes destinés aux spécialistes<sup>23</sup>.

Finalement, les périodiques jouent un rôle primordial dans la diffusion du savoir médical et obstétrical au XVIII<sup>e</sup> siècle. Comme ils communiquent rapidement les nouveautés – ou l'inertie – de la discipline, comme ils font circuler les opinions des grands et des moins grands accoucheurs sur des questions toujours d'actualité, ils cultivent une des particularités de la pratique scientifique au XVIII<sup>e</sup> siècle : l'échange du savoir<sup>24</sup>. Car la médecine est un terrain où les frontières s'effacent, du moins tant que ne s'y mêleront pas encore, par le développement de la pharmaceutique, des intérêts économiques. Parmi les publications les plus connues, on compte *La Gazette salutaire*, les *Memoirs of the Medical Society of London*, le *Journal des savants*, imprimé à Amsterdam. Parmi

<sup>18</sup> Jean Astruc, *A Treatise on the Diseases of Women*, Tr. From the French Original; written by Dr Jean Astruc, London, For J. Nourse, 1762-67, 3 volumes.

<sup>19</sup> Charles White, *A Treatise on the Management of Pregnant and Lying-In Women, and the means of curing, but more especially of preventing the principal disorders to which they are liable, together with some new directions concerning the delivery of the child and placenta in natural birth. Illustrated with cases*, London, Printed for E. and C. Dilly, 1773.

<sup>20</sup> John Leake, *A lecture introductory to the theory and practice of midwifery: including the history, nature and tendency of that science, with a view of its several branches, and a proper means of attaining a perfect knowledge of the whole: together with animadversions on the qualification and deportment of an accoucheur: publicly delivered the 4th of October 1773*, London, printed for R. Baldwin, 1776.

<sup>21</sup> John Clubbe, *A Treatise upon the inflammation in the breast, peculiar to lying-in women; and also upon some diseases attending them, which are the consequences of neglect and maltreatment*, Ipswich: printed by Shave and Jadeson, 1779.

<sup>22</sup> William Hunter, *The Anatomy of the Gravid Uterus*, Birmingham, 1774.

<sup>23</sup> Par exemple, *Le Bandelocque des campagnes*, cité dans Gélis, *op. cit.*, p. 159.

<sup>24</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 332-333.

les revues spécialisées, on compte *Archiv für die Geburtshülfe, Frauenzimmer und Neugeborener, Kinger-Krankheiten, Neuer Archiv*, et la liste s'allonge. De nombreuses traductions feront connaître le contenu de plusieurs de ces périodiques à un public plus large. Par exemple, le *Journal de Médecine de Londres* est traduit en français à partir de 1785. D'un autre côté, on traduit les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie* en allemand dès 1761<sup>25</sup>. À partir de 1765, un nombre croissant d'articles de périodiques sera consacré à la fièvre puerpérale.

## 2. La création d'institutions vouées à l'étude de la pathologie et à l'enseignement de l'accouchement

L'un des problèmes majeurs de l'élaboration du savoir obstétrical au XVII<sup>e</sup> siècle fut la difficulté, pour les aspirants accoucheurs, d'obtenir une formation pratique adéquate. Dans la mesure où le toucher est le seul moyen d'appréhender le degré de dilatation de l'utérus de la parturiente et la présentation de l'enfant, on peut s'attendre à ce qu'il n'y ait point d'obstétrique efficace tant que le praticien ne peut s'assurer d'un certain accès au corps de la femme enceinte. En s'opposant pendant longtemps à la participation de l'homme aux accouchements, la pudeur et la morale freinent cette évolution. Encore au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, des auteurs comme Hecquet publient des ouvrages sur l'« indécence aux hommes d'accoucher les femmes<sup>26</sup> ». L'idée qu'il soit indécent pour un homme d'accoucher une femme, dans la mesure où il doit toucher et même regarder son intimité, est présente dans toutes les couches de la société.

On comprend à la lumière de ces faits que si le siècle des Lumières voit l'émergence des premiers accoucheurs compétents, c'est qu'il parvient à surmonter la difficulté que présente la formation pratique des accoucheurs. Une part des difficultés que présentait l'apprentissage du toucher fut soulevée au cours de la première moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle par la création, en Europe continentale et en Grande-Bretagne, de cours d'accouchement privés. Ces cours se donnaient soit dans des établissements où venaient accoucher les femmes pauvres, soit au domicile des parturientes, ou encore des accoucheurs. En Angleterre, en offrant des cours d'accouchement privés à sa résidence de Londres, John Maubray inaugure une pratique nouvelle. Il est vrai que son cours est uniquement

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 332.

<sup>26</sup> Philippe Hecquet, *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes, 1707*, Préface d'Hélène Rouch, Paris, Côté-Femmes Éditions, 1990.

théorique. En ravanche, ceux qui lui succèdent savent intégrer une part de leur enseignement à la pratique. En 1739, Robert Manningham semble être le premier à offrir aux futurs accoucheurs une formation privée avec une expérience pragmatique de l'accouchement. Il y parvient en ouvrant, dans l'infirmerie de sa paroisse de St. James, à Westminster, une aile où il propose soins et hébergement aux femmes pauvres en échange de leur soumission aux préceptes de l'enseignement : les élèves pourront donc assister et même participer aux couches<sup>27</sup>. Deux ans plus tard, l'éminent accoucheur William Smellie s'inspire de l'initiative de Manningham dans l'élaboration d'un enseignement quasiment identique à Londres. Son succès est sans précédent : en seulement dix ans, il aurait donné quelques deux cent quatre-vingts cours d'accouchement, formant un total de plus de 900 accoucheurs, en plus des sages-femmes<sup>28</sup>.

Créés dans la même optique que les cours d'accouchement privés, les hôpitaux de maternité viennent définitivement soulever, au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, la difficulté que présentait encore cinquante ans auparavant l'apprentissage du toucher. C'est à partir de fonds publics que naquit à Londres en 1745 le *Middlesex Hospital*, destiné, comme les cours privés, à servir le double objectif du secours des femmes indigentes et de la formation des accoucheurs. L'offre ne peut suffire aux pressions de la demande : quatre ans plus tard, le *British Lying-In Hospital* abrite une soixantaine de lits ; en 1740, le *City Lying-In Hospital* est construit et peut recevoir jusqu'à quatre-vingts parturientes<sup>29</sup>.

D'autres pays suivent l'exemple. L'Irlande, l'Écosse, l'Allemagne et l'Autriche inaugurent bientôt leurs propres maternités. La France, également, voit le nombre de ses institutions se multiplier. Celles-ci – en respectant la tradition établie par l'Office de maternité de l'Hôtel-Dieu – sont cependant plus largement subventionnées par l'État. Dès 1728, une maternité dirigée par le chirurgien Jean-Jacques Fried est ouverte à Strasbourg. Fried, exceptionnellement, avait pu bénéficier d'un encadrement pratique à l'Hôtel-Dieu « pour y examiner et traiter les femmes hospitalisées tout en instruisant les

---

<sup>27</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 176.

<sup>28</sup> William Smellie, *Traité de la pratique et de la théorie des accouchements*, Prévile, trad., Paris, 1754, p. 15-16, cité dans Gélis, *op. cit.*, p. 176.

<sup>29</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 177.

sages-femmes [...]»<sup>30</sup> – pour instruire les sages-femmes de notions théoriques, cette fois, qui pourraient, dans de nombreux cas plus difficiles, leur permettre de développer une meilleure compréhension des phénomènes physiologiques qu'elles avaient jusque là supervisés selon une base cognitive empirique ou instinctive.

Des exemples comme ceux-ci, et celui de l'enseignement de la Dame Du Coudray<sup>31</sup>, dont ont bénéficié directement ou indirectement des générations de sages-femmes et d'accoucheurs, témoignent d'une réalité à laquelle le siècle des Lumières s'est efforcé de remédier. Alors que se développaient au sein de deux groupes distincts (les sages-femmes et les chirurgiens-accoucheurs) deux formes de savoir complémentaires, un manque de communication empêchait chacun de ces groupes de bénéficier de l'aide et de l'expertise de l'autre. Or, tant que subsistent deux « obstétriques », l'obstétrique, elle, est limitée dans son expansion. C'est pourquoi, pendant longtemps, les accoucheurs n'ont pu répondre à la « pratique sans la théorie » des sages-femmes et des matrones que par une « théorie sans la pratique »<sup>32</sup>. Les sages-femmes et les médecins, malgré la guérilla qu'ils entretiennent entre eux, demeurent longtemps dans une relation de dépendance. Dans la mesure où des personnalités comme Aitken, Dease, Leake, Osborne et Oulde sont toutes, à un moment ou à un autre, à la direction d'hôpitaux de maternité des grandes villes d'Europe, on comprend mieux l'émergence, au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, de véritables spécialistes de l'accouchement<sup>33</sup>. Malheureusement, à l'émergence des accoucheurs et des maternités correspond l'émergence en Europe des pires épidémies de fièvre puerpérale. On paiera très cher en vies de mères et d'enfants un apprentissage du toucher qui, pourtant, fut essentiel au développement de la discipline obstétricale.

Les progrès de l'obstétrique des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles ; la standardisation de l'enseignement de l'art d'accoucher ; la création des hôpitaux de maternité ouverts, pour l'enseignement, aux hommes ; la floraison des écrits obstétricaux par lesquels se

---

<sup>30</sup> Art. V. Ordonnance de la municipalité de Strasbourg de 1728, dans J. P. Lefftz, *Aperçu historique de l'obstétrique de Strasbourg avant la Grande Révolution*, thèse de médecine, Strasbourg, 1952, n° 66, p. 43, cité dans Gélis, *op. cit.*, p. 164.

<sup>31</sup> Voir à ce sujet Jacques Gélis, « La "Mission" de Mme Du Coudray », *op. cit.*, p. 111-130; et Valérie Tergny, *Le corps de la femme dans l'enseignement et la pratique des accouchements 1750-1820*, Mémoire de M.A. (Histoire) Université Paris I, UFR d'histoire, 1993.

<sup>32</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 328.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 177.

matérialise un discours obstétrical, sont autant de facettes d'un phénomène pour le moins controversé : la consolidation du rôle de l'accoucheur dans l'univers de la naissance.

C'est le succès des accoucheurs dans le maniement des couches désespérées – succès, notons-le, toujours fortement médiatisé de bouche à oreille – qui leur ouvrit les portes d'une pratique plus étendue<sup>34</sup>. Car il y a une limite à l'abus de pouvoir : jamais, si l'accoucheur ne fut en moyenne rien de plus qu'un meurtrier, les femmes ne leur auraient remis leur vie et celle de leur enfant entre les mains ; jamais l'accoucheur n'aurait pu obtenir une pratique suffisante pour seulement soutenir son intérêt en la matière.

Dans plusieurs régions européennes, l'accoucheur fait son apparition sur la scène des accouchements dès la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, auprès des parturientes des milieux princiers et aristocratiques. On ne l'appelle qu'à titre de figurant : il n'est là qu'en cas de besoin, et ne sert que de référence. Autrement, c'est à la sage-femme que revient la responsabilité des soins des couches normales. En 1607, Fontaineboileau, un accoucheur de la capitale française, supervise l'accouchement de la reine. Ce fut en France un des premiers recours à l'accoucheur.

Jusqu'à l'organisation efficace des cours d'accouchement, les accoucheurs sont peu nombreux. Parmi eux, il faut compter les grands du XVII<sup>e</sup> siècle, en plus de Fontaineboileau, de G. Mauquest de La Motte<sup>35</sup>, de Mauriceau et de quelques autres. Bien qu'au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'étendue de la pratique des accoucheurs prenne une ampleur considérable, leur insuffisance numérique puis la pudeur des femmes continuent d'entraver leur influence. Au nombre insuffisant des praticiens, Madame Du Coudray offre un élément de réponse et l'influence de ses cours d'accouchements est immense. De 1760 à 1785, une nouvelle génération d'accoucheurs formée par elle et ensuite par ses propres élèves sera lancée<sup>36</sup>. Les maternités des grands centres urbains contribueront également largement à l'expansion du nombre de praticiens qualifiés qui viendront répondre, de plus en plus adéquatement, à la demande des femmes.

---

<sup>34</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 291.

<sup>35</sup> Jacques Gélis, *Accoucheur de campagne sous le Roi-Soleil. Le traité des accouchements de G. Mauquest de La Motte*, préface d'Emmanuel Le Roy Ladurie, Paris, Éditions Imago, 1989.

<sup>36</sup> Gélis, *Sage-femme ou médecin...*, p. 325.

### 3. *La médicalisation de l'accouchement et les épidémies de fièvre puerpérale*

L'intérêt des médecins pour la fièvre puerpérale est l'un des résultats de la création des premiers hôpitaux de maternité. En effet, les conditions matérielles de ces établissements et les pratiques observées par leur personnel donnent souvent naissance à d'importantes épidémies de fièvre puerpérale. La consolidation au XVIII<sup>e</sup> siècle de la pratique générale des accoucheurs et la création des premières institutions destinées à l'enseignement et à l'étude de la pathologie de l'accouchement sont deux des plus importantes manifestations de la médicalisation de l'accouchement en Occident. Leur impact sur la santé des parturientes fut instantané, et en ce qui concerne la fièvre puerpérale, – néfaste. L'infection puerpérale étant une pathologie très contagieuse, il est tout à fait naturel qu'on rencontre davantage de cas de la maladie dans des milieux fermés, propices à l'infection streptococcique. Ce fait est d'autant plus amplifié que les médecins du XVIII<sup>e</sup> siècle, ignorant les modes de propagation de la maladie, n'observent aucune mesure hygiénique particulière.

La médicalisation de la naissance effectue une centralisation des soins apportés aux parturientes. Que ce soit en campagne ou au sein des maternités, le nombre des accouchements par praticien, pour tout le XVIII<sup>e</sup> siècle, se voit décuplé. En campagne, plutôt que de recourir aux sages-femmes locales, à la famille ou aux amis, les femmes enceintes du XVIII<sup>e</sup> siècle font de plus en plus appel aux soins d'une personne déterminée, qu'il s'agisse d'une sage-femme formée par la nation ou d'un accoucheur ; en ville, des femmes de plus en plus nombreuses se rendent aux dispensaires pour y accoucher, et celles qui restent à domicile sont de mieux en mieux desservies par un réseau centralisé de sages-femmes oeuvrant, le plus souvent, sous la supervision des autorités médicales. Avec l'émergence de l'obstétrique moderne, l'accouchement n'est plus uniquement une affaire de femme, mais devient un centre d'intérêt étatique, scientifique, médical et masculin ; plutôt que de se faire dans l'isolement, la parturition prend place dans les « promiscuités » infectieuses des soins obstétricaux. En cela, ceux-ci exposent les femmes à de plus grands risques de contagion.

## B. La fièvre puerpérale dans le discours médical occidental

Dans ces circonstances, l'évolution du discours médical autour de la fièvre puerpérale prend une ampleur proportionnelle au degré de médicalisation de l'accouchement. Ainsi, à partir de la Renaissance, on commence de reconnaître vaguement la maladie à un niveau endémique, tandis que le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle est témoin d'une explosion du nombre de sources traitant et témoignant de l'affection. Mais plutôt que de reconnaître les conséquences plus malheureuses de la centralisation des soins obstétricaux, la note dominante du discours des auteurs de l'époque est de voir en la maladie une justification de leur action auprès des parturientes ; le regard médical, n'ayant pas intégré les méthodes statistiques, n'est pas encore en mesure d'apercevoir la nouveauté du problème.

### 1. Reconnaissance moderne et médicale de la maladie

Depuis la Renaissance, certains auteurs reconnaissent plus précisément les symptômes de la fièvre puerpérale sans pour autant lui donner un nom spécifique. Ainsi, en 1570, Mercatus reconnaît l'existence de pathologies fébriles de l'accouchement et indique qu'elle est causée par une putréfaction des lochies de la femme. Probablement sur l'édifice de Mercatus, Ambroise Paré, cinq ans plus tard, fait de même, et indique être d'avis que la maladie est engendrée par l'infiltration du froid dans l'utérus de la femme après l'accouchement. En 1651, c'est au tour de William Harvey de pousser un peu plus loin les connaissances des pathologies utérines. Il est le premier à suggérer que la séparation du placenta, surtout lorsque effectuée avec ou par violence, laisse la paroi interne de l'utérus en état d'irritation. Ensuite, en 1668, François Mauriceau indique que les fièvres du *post-partum* peuvent engendrer une péritonite. Au tournant du XVIII<sup>e</sup> siècle, la maladie, sans être nommée, est reconnue. La plupart des auteurs qui y font référence croient qu'elle est causée par un déséquilibre des humeurs<sup>37</sup>.

La première occurrence de l'expression « fièvre puerpérale » date probablement de 1716, quand Edward Strother publie le *Criticon Februm*, un manuel se voulant une étude exhaustive des maladies fébriles. Au sein de l'ouvrage, la fièvre puerpérale et la fièvre lactique sont placées côte à côte. La première pathologie y est définie comme une fièvre apparaissant le troisième jour à la suite des couches et résultant de la présence de lait dans

---

<sup>37</sup> Ian Porter, *Alexander Gordon, M.D. of Aberdeen 1752 - 1799*, Edinburgh / London, Oliver and Boyd, for the University of Aberdeen, 1958, p. 88 (Coll. « Aberdeen University Studies », Number 139).

le sang – lire : déséquilibre des humeurs. La fièvre puerpérale, elle, est dépeinte comme une pathologie fébrile engendrant des douleurs au niveau de l'abdomen hypogastrique et des filets. L'auteur soupçonne qu'elle est surtout de nature inflammatoire, en raison de la suppression des lochies. Cependant, rien dans le *Criticon Februm* n'indique que ces complications des couches étaient fatales : elles n'étaient, selon l'auteur, que de simples affections suivant l'accouchement<sup>38</sup>.

La première description complète d'une épidémie de fièvre puerpérale date de 1746 et est issue de l'aile de maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris<sup>39</sup>. C'est l'époque où les hôpitaux de maternité se font de plus en plus nombreuses. Par conséquent, ce témoignage sera loin d'être le dernier.

## 2. *Appréhension médicale de la fièvre puerpérale au XVIII<sup>e</sup> siècle*

Quoiqu'en 1716, le premier traité répertoriant la fièvre puerpérale soit issu de Grande-Bretagne, l'étiquette ne tardera pas à se répandre à travers l'Europe. À l'instar de cette sensibilisation, la problématique de l'infection puerpérale s'articule et prend du relief. D'une part, on voit la question gagner en ampleur et en importance; d'autre part, la connaissance de la maladie s'approfondit. Si, en 1716, la fièvre puerpérale est, selon Strother, une fièvre ni plus ni moins redoutable qu'une autre, on la considère avec beaucoup plus de sérieux dans la seconde moitié du siècle. Au dernier quart du XVIII<sup>e</sup> siècle, la quasi-unanimité des médecins européens reconnaît que la fièvre puerpérale est une fièvre distincte des autres, une maladie en soi. Par exemple, Nathaniel Hulme affirme en 1772 que la fièvre des couches est une pathologie aussi primaire et originale, aussi simple et régulière dans ses apparences que l'agneusie, la pleurésie, ou tout autre désordre du corps humain, mais elle constitue aussi la plus sérieuse, la plus mortelle et la plus terrifiante de toutes les fièvres de l'accouchement<sup>40</sup>. Cette opinion gagne la majorité des accoucheurs à la même époque. Plusieurs autorités écriront sur le sujet. Parmi les plus éminents, on comptera en Grande-Bretagne Charles White, Joseph Clarke en Irlande, et à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, Alexander Gordon en Écosse.

---

<sup>38</sup> Edward Strother, *Criticon Februm, or a Critical Essay on Fevers*, London, 1716, p. 74.

<sup>39</sup> Porter, *op. cit.*, p. 88.

<sup>40</sup> Nathaniel Hulme, « A Treatise on Puerperal Fever », dans Irvine Loudon, ed., *Childbed Fever: A Documentary History*, New York / London, Garland Publishing, 1995, p. 4.

Dès 1746, avec le premier témoignage d'une fièvre puerpérale épidémique, l'encre se met à couler au sujet de la maladie<sup>41</sup>. Presque tous les médecins du XVIII<sup>e</sup> siècle reconnaissent que la fièvre puerpérale est une maladie fatale. Mais le consensus s'arrête là; hormis la gravité de l'affection et sa distinction d'avec les autres fièvres, le désaccord règne et les idées sont diffuses. Sur le continent, les autorités médicales se partagent deux opinions sur les causes de la fièvre puerpérale. Initialement, une majorité est d'avis que la rétention des lochies est la cause principale de la maladie. Cette croyance sera cependant graduellement remplacée par la théorie de la métastase lactique (*milk metastasi*) ou de « translation du lait », selon laquelle le lait maternel entrait dans la circulation sanguine au moment de l'accouchement, pour s'agglomérer au niveau du péritoine de la femme, créant ainsi putridité et inflammation<sup>42</sup>. Pourtant, en Angleterre, peu de médecins adhèrent à cette théorie. On s'imagine plus facilement que la fièvre puerpérale est une maladie s'apparentant à la typhoïde, ou alors qu'elle est due à une inflammation de l'utérus ou des intestins. Ailleurs, on croit qu'un débalancement au niveau de la circulation sanguine déclenché par la parturition est à l'origine du mal, ou bien est-ce plutôt la pression sur les intestins exercée par l'utérus durant la grossesse<sup>43</sup>? Même le siège de la maladie est source de désaccord. Certains affirment avec autorité qu'il est l'utérus, d'autres l'épiploon, d'autres encore, le péritoine ou les intestins<sup>44</sup>. Parmi ces derniers, John Hunter et son école affirment, démonstrations anatomo-cliniques à l'appui, que la fièvre puerpérale est caractérisée par une inflammation organique locale, celle du péritoine et des tissus adjacents. D'ailleurs, selon cette école, c'est l'inflammation des tissus qui est la cause immédiate de cette fièvre<sup>45</sup>.

Thomas Denman (1733-1815), membre, avec Nathaniel Hulme, d'un petit groupe de médecins londoniens responsable de l'émergence de l'obstétrique en tant que spécialité médicale dans le monde anglo-saxon, publie en 1773 un essai sur la fièvre puerpérale

---

<sup>41</sup> Joseph Clarke, "Observations on the Puerperal Fever, more especially as it has of late occurred in the lying-in hospital of Dublin", dans Loudon, ed., *A Documentary History...*, p. 14.

<sup>42</sup> Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 18.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 20.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 19-20.

<sup>45</sup> John Hunter, *Œuvres complètes de John Hunter*, édition de James Palmer, trad. fr. G. Richelot, 4 vol., Paris, 1843, vol. 3, p. 329-330, cité dans Othmar Keel, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2001, p. 272 ; voir aussi *ibid.* p. 284-292.

dans lequel il affirme être d'avis qu'un dérèglement des fonctions biliaires durant la grossesse est à l'origine de la maladie<sup>46</sup>. Son opinion attirera l'attention du D<sup>r</sup> Manning. Cependant, Manning accordera davantage d'importance aux questions de la qualité de l'air ambiant et de la diète de la parturiente<sup>47</sup>. Nathaniel Hulme (1732-1807) se distingue nettement des autres médecins de sa génération. Son poste permanent d'accoucheur à l'hôpital de maternité de Londres, qu'il obtient tôt, lui permet d'acquérir une solide expérience obstétricale, qu'il communique dans un style d'une clarté exemplaire. Hulme cristallise son opinion sur la fièvre puerpérale dans son ouvrage *A Treatise on the Puerperal Fever*, paru à Londres en 1772. Ses théories sont fondées sur des données amassées au cours de nombreuses dissections. D'après ses observations, il émet l'opinion qu'une inflammation généralisée des intestins et de l'épiploon de la femme est la marque distinctive de l'affection. La pression exercée tout au long de la grossesse par l'utérus sur les intestins serait en partie responsable de cette pathologie<sup>48</sup>. Tout comme le D<sup>r</sup> Manning, Hulme admet qu'un air environnant de mauvaise qualité, ainsi qu'une diète inconvenable, peuvent causer l'affection<sup>49</sup>.

John Leake, autre accoucheur londonien de la même génération, soutient comme Hulme qu'une inflammation de l'épiploon est à l'origine de la fièvre puerpérale<sup>50</sup>. Il tire cette conclusion d'après la constatation que dans presque tous les cas fatals de la maladie, la dissection montre l'épiploon de la femme en état de suppuration. Leake suppose que le froid, les erreurs de diète et surtout l'anxiété de la parturiente sont les causes principales de la fièvre des femmes en couches<sup>51</sup>. Finalement, selon le médecin-accoucheur Charles White, trois causes peuvent être à l'origine de la fièvre puerpérale : 1) le transfert de

---

<sup>46</sup> Thomas Denman, *Essay on the Puerperal Fever*, London, J. Walter, 1773, signalé par Laterrière dans *A Dissertation on the Puerperal Fever...*, dans Jacques Ruelland, *Pierre de Sales Laterrière (1747-1815), médecin et libre penseur*. Longueuil, Société Historique du Marigot, 1990, p. 63.

<sup>47</sup> Signalé dans Laterrière, *loc. cit.*, p. 63.

<sup>48</sup> Nathaniel Hulme, *A Treatise on the Puerperal Fever*, dans Churchill, ed., *op. cit.*, p. 103.

<sup>49</sup> La Terrière, *A Dissertation...*, *loc. cit.*, p. 63.

<sup>50</sup> John Leake, *Practical Observations on the Childbed Fever*, London, 1772, repr. dans Churchill ed., *op. cit.*, p. 117-204; Loudon, *The Tragedy...*, p. 19.

<sup>51</sup> La Terrière, *A Dissertation...*, *loc. cit.*, p. 65.

matières putrides de l'intestin à l'utérus, 2) la rétention des lochies et 3) la putridité de l'atmosphère de la pièce ou de l'endroit où la femme accouche<sup>52</sup>.

Au niveau de la prévention, Charles White fut sans aucun doute celui qui attira le plus l'intérêt des historiens de la médecine. C'est que, de plusieurs façons, les méthodes qu'il préconise pour améliorer la qualité de l'air prennent des connotations hygiéniques. Car pour Charles White, les qualités miasmatiques de l'air, avant tout, sont responsables de la maladie :

*« A true puerperal fever is originally caused by a putrid atmosphere, &c. not occasioned by either the heat of the air, or any hot things taken internally; but notwithstanding this, it may be much aggravated by these, and many of the symptoms frequently attending it, are entirely occasioned by hot air, and a hot regimen<sup>53</sup> ».*

Par conséquent, le médecin tentera d'éviter toutes les situations pouvant favoriser la putridité de l'air et l'inconfort de la parturiente. À ce sujet, il dénonce plusieurs pratiques encore courantes à l'époque, notamment un habillement trop étroit qui exerce une pression indue sur l'abdomen, un mode de vie sédentaire, et une mauvaise nutrition, composée trop souvent de liqueurs fortes et chaudes. White abhorre également la présence d'un trop grand nombre de personnes dans la salle d'accouchement et, surtout, la tendance courante à l'époque d'enfermer la parturiente dans une pièce close et trop chauffée, depuis l'accouchement jusqu'aux relevailles<sup>54</sup>. Pour éviter la prolifération des miasmes, le médecin insiste sur la nécessité de veiller à la grande propreté non seulement des draps du lit de la parturiente, mais aussi de tout son entourage. Ces mesures préventives laissaient-elles croire que le médecin pressentait la nature contagieuse de la maladie? Il n'en était rien. White n'avait aucune notion que l'affection puisse se transmettre par l'entremise d'une particule ou d'un poison quelconque. Il visait la propreté dans un seul et unique but : éliminer les vapeurs et les mauvaises odeurs à proximité de l'accouchée.

---

<sup>52</sup> Charles White, *A Treatise on the Management of Pregnant and Lying-In Women, and An Appendix to the second Edition of Mr. C. White's Treatise on the Management of Pregnant and Lying-In Women*, London, 1777; Loudon, *The Tragedy...*, p. 21.

<sup>53</sup> Charles White, *Treatise on Pregnant and Lying-In Women*, London, 1773, dans Loudon, ed., *A Documentary History...*, p. 12.

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 10.

En admettant que la qualité de l'air est une des causes secondaires de la fièvre puerpérale, Hulme et Manning favorisent les préceptes de White. On remarque en effet que cette théorie, depuis que l'on reconnaît la nature épidémique de la maladie dans les maternités, gagne de plus en plus de terrain, sans pour autant permettre qu'on en vienne à un consensus, du moins dans la pratique. Leake, par exemple, bien qu'il reconnaisse une influence épidémique de l'atmosphère, croit que le froid peut déclencher la fièvre et ne néglige rien pour assurer le confort de la nouvelle mère. Généralement, c'est donc plutôt par l'entremise d'une diète digeste et équilibrée que la plupart des médecins du XVIII<sup>e</sup> siècle espèrent prévenir la maladie.

Au sujet de la fièvre puerpérale, il en est des traitements comme des causes : on remarque une confusion totale au niveau des idées. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, les traitements sont légions. Chacun hésite, propose différentes cures selon les symptômes de l'affection. D'autres, au contraire, soutiennent comme William Hunter que rien ne peut enrayer une fièvre puerpérale. Dans l'une de ses nombreuses oraisons, il s'écrie : « Of those attacked by this disease, treat them in any manner you will, at least three out of four will die... We tried various methods (bleeding, refrigerants, stimulants, mithridate) but everything failed<sup>55</sup>. »

Sans doute, à l'époque, cette affirmation était-elle la plus près de la réalité. Mais pour tous ceux qui choisissaient d'agir malgré l'efficacité toute relative des traitements, deux modes d'intervention étaient possibles : ou bien on administrait des médicaments, ou bien on se tournait vers la phlébotomie. Souvent déconcerté par la progression rapide de l'affection, le médecin combinait les deux thérapeutiques<sup>56</sup>. À titre d'exemple, les docteurs Denman et Manning commencent leur traitement médicamenteux par des émétiques, et ensuite, ils préconisent les purgatifs<sup>57</sup>. Nathaniel Hulme, de son côté, débute par une injection d'émollients. Devant l'inefficacité de cette première mesure, il préconise le sel d'herbes cathartiques, l'huile de ricin et des diètes salines de rivierus. Parfois, il peut aussi utiliser des antiphlogistiques dans les cas apparents d'inflammation, ou alors du

---

<sup>55</sup> R. Gooch, *An Account of Some of the Most Important Diseases Peculiar to Women*, London, 1831, 2<sup>nd</sup> ed., 1838, p. 9.

<sup>56</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 22.

<sup>57</sup> La Terrière, *A Dissertation...*, *loc. cit.*, p. 64.

quinquina<sup>58</sup>. D'autres médecins louaient les vertus de l'ipecacahuane<sup>59</sup>. D'autres encore fabriquaient leurs propres potions maison. Ainsi, William Butter aurait fait des miracles en 1775 avec de la purée de rhubarbe<sup>60</sup>.

De toutes les pratiques médicales d'antan, la saignée fut sans doute la plus néfaste et pourtant la plus pratiquée par les médecins. Bien avant les forceps, on oublie que la lancette fut l'emblème des accoucheurs : on saignait partout – en passant par les pieds, les bras, et la gorge – et pour tout<sup>61</sup>. Par exemple, en 1775 encore, le médecin Nicolas (*Le Cri de la nature*) préconise la saignée au moment des premières douleurs, croyant ainsi favoriser un accouchement rapide, aisé et heureux<sup>62</sup>. D'autres, comme François Babaut, recommandent la saignée immédiatement après l'accouchement pour éviter un bon nombre d'accidents, dont, notamment, la fièvre puerpérale<sup>63</sup>. On ira même jusqu'à saigner les nouveaux-nés, pensant ainsi leur donner une longueur d'avance sur les nombreux maux qui les guettaient à ce stade si fragile de l'existence<sup>64</sup>.

Heureusement, la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle est témoin d'une certaine évolution au niveau de la pratique de la phlébotomie. À partir des années 1760, les médecins commencent à questionner son bien-fondé. Ils se rendent à l'évidence : trop souvent, les femmes et les enfants se remettent difficilement du traitement. Cette prise de conscience marque un tournant important de l'histoire de la médecine. Elle témoigne d'une sensibilité croissante des médecins envers la responsabilité que commande la thérapeutique. Cependant, encore dans les années 1780, l'ambiguïté règne. De même dans les cas de fièvre puerpérale, Denman jugera la pratique trop « hasardeuse » pour la prescrire à une parturiente<sup>65</sup>. Hulme ne sera pas aussi catégorique, mais dans tous les cas, il jugera que la saignée doit être administrée avec grande précaution<sup>66</sup>. John Leake, au

---

<sup>58</sup> *Ibid.*

<sup>59</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 22.

<sup>60</sup> William Butter, *An Account of the Puerperal Fevers as they Appear in Derbyshire and Some of the Counties Adjacent*, London, 1775.

<sup>61</sup> Gélis, *Sage-femme ou médecin...*, p. 284.

<sup>62</sup> Nicolas, *Le Cri de la nature*, cité dans Gélis, *Sage-femme ou médecin...*, p. 286.

<sup>63</sup> François Babaut, *Cours d'accouchemens*, Paris, 1775, tome II, p. 142, cité dans Gélis, *Sage-femme ou médecin...*, p. 286.

<sup>64</sup> Gélis, *Sage-femme ou médecin...*, p. 286.

<sup>65</sup> La Terrière, *A Dissertation...*, *loc. cit.*, p. 64.

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 65.

contraire, préconisera une saignée copieuse et pratiquée le plus tôt possible dans tous les cas de fièvre puerpérale<sup>67</sup>. Charles White, à l'instar de Hulme, est indécis. Dans certains cas il est en faveur de la saignée, et dans d'autres, non<sup>68</sup>.

Loin de reconnaître les dangers de la médicalisation de l'accouchement, on considère au XVIII<sup>e</sup> siècle que la fièvre puerpérale justifie l'action du médecin-accoucheur. Les pires ravages de la maladie, plutôt que d'être les fruits de la concentration des soins obstétricaux en un même endroit, sont perçus le plus souvent comme les résultats d'une erreur survenue lors de l'accouchement ou dans l'environnement de la patiente. À ce sujet, Nathaniel Hulme est particulièrement loquace :

*« And what is of more fatal consequence than may at first be imagined, is the ignorance of people in general, and particularly of lying-in women and their attendants, respecting this disease, which causes them either to neglect it, or to mistake it for after-pains, or some colic complaint; and to this I ascribe, in some measure, the great fatality attending it, as will be shown more fully hereafter. It is of consequence, therefore, to the community to be perfectly acquainted with the true nature and danger of this disorder, as it occasions the death of the greater part of those who perish in childbed!<sup>69</sup> »*

Ainsi, selon l'auteur, la cause déterminante de la fatalité de la maladie est l'ignorance des femmes et des sages-femmes, qui les porte à sous-estimer la gravité des symptômes de l'infection et à négliger son traitement adéquat. Évidemment, seuls les accoucheurs connaissent ces traitements et sont en mesure de les mettre en œuvre. En raison de l'énorme influence exercée par cet auteur sur les accoucheurs du siècle des Lumières, on ne peut douter que plusieurs d'entre eux adoptaient la même position.

Charles White, un an plus tard, adoptera une position similaire. Selon lui, la fièvre puerpérale est causée par la putridité de l'atmosphère qui, elle, est souvent le résultat de mauvaises pratiques autour de l'accouchée – lire de l'ignorance ou de la simplicité des femmes :

<sup>67</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 22-23.

<sup>68</sup> White, *Treatise...*, *loc. cit.*, p. 11.

<sup>69</sup> Nathaniel Hulme, *A Treatise on the Puerperal Fever*, dans Loudon ed., *A Documentary History...*, p. 4.

*« That child-bed-women should be so liable to putrid fevers, is not to be wondered at, if we consider every circumstance, and every inconvenience they lie under, owing to bad fashions and customs [...] When the woman is in labour, she is often attended by a number of her friends in a small room, with a large fire, which, together with her own pains, throw her into profuse sweats; by the heat of the chamber, and the breath of so many people, the whole air is rendered foul, and unfit for respiration [...].<sup>70</sup> »*

Et plusieurs autres exemples de cette attitude pourraient être cités. Les médecins admettent difficilement qu'ils peuvent être responsables d'un taux de mortalité aussi élevé dû à la fièvre puerpérale. Nous aurons d'autres opportunités, dans cette étude, de vérifier ce fait.

---

<sup>70</sup> White, *Treatise...*, *loc. cit.*, p. 10-11.

## Chapitre 3

### L'OBSTÉTRIQUE EN NOUVELLE-FRANCE

Si la fièvre puerpérale, dans son appréhension médicale, ainsi que ses grandes épidémies, sont issues de la médicalisation de la naissance, on peut s'attendre à ce que la maladie passe inaperçue en Nouvelle-France, où il n'existe encore aucune institution propre à l'accouchement, aucun système obstétrical élaboré. Ce n'est qu'après la mise en place des premières mesures organisationnelles de la profession médicale au Canada qu'on pourra enfin reconnaître l'existence de la maladie au pays.

#### A. L'organisation obstétricale de la Nouvelle-France

En théorie, l'organisation obstétricale de la Nouvelle-France se veut une copie conforme, seulement à plus petite échelle, du modèle français. Mais dans les faits, il en est autrement. Quoiqu'un service obstétrical élaboré soit prévu par la France pour sa colonie d'Amérique du Nord, ses ressources et son investissement sont nettement insuffisants pour la mettre efficacement en place au Canada.

##### 1. Une organisation calquée sur le modèle français

En plus de pouvoir revendiquer le titre de première véritable école de naissances, la Maternité de Paris est le premier institut public européen à coupler une expérience « clinique » de l'accouchement à une connaissance empirique de ses phénomènes. Dès le bas Moyen Âge, l'Hôtel-Dieu de Paris reçoit les femmes « grosses d'enfants ». À partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, on commence à y former des accoucheuses sur une base régulière, ce qui assurera le leadership de la France en matière d'obstétrique pendant plus d'un siècle<sup>1</sup>. L'Hôtel-Dieu, par la centralisation du système obstétrical français qu'il effectue,

---

<sup>1</sup> Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988, p. 56-58.

permettra un contrôle accru des accouchements de la nation. Ainsi voit-on au XVIII<sup>e</sup> siècle une hiérarchie stricte s'imposer en France au sein des sages-femmes. À la tête de cet ordre figurent les maîtresses sages-femmes. Sous elles, un réseau de sages-femmes entretenues par le roi supervise à son tour des sages-femmes ordinaires, ou assermentées. À l'échelon le plus technique de la hiérarchie, finalement, on retrouve les sages-femmes approuvées<sup>2</sup>.

Chacun de ces groupes se verra assigner des devoirs distincts. La maîtresse sage-femme veillera au bon fonctionnement du système dans tout le territoire placé sous sa juridiction. Cette « mère » des sages-femmes sera constamment disponible et sera retenue, plus ou moins rigoureusement, pendant tout le terme de son service dans l'enceinte de la ville où elle exerce. Afin d'atténuer les inconvénients que peuvent présenter de telles contraintes, la couronne ne choisira cette praticienne que parmi des veuves d'un certain âge. Libérée d'une période de fécondité qui pourrait entrer en conflit avec le bon accomplissement de ses devoirs, et souvent résignée par cette condition à la solitude, elle présentera aux yeux de l'État plusieurs des qualités de base requises. Si le rôle principal de la maîtresse sage-femme en est un principalement de supervision, celui des sages-femmes entretenues est déjà beaucoup plus technique. En plus des nombreux accouchements qu'elles pratiquent elles-mêmes, elles devront veiller à la formation des échelons inférieurs de la hiérarchie obstétricale : les sages-femmes ordinaires, ou assermentées, et les sages-femmes approuvées. La pratique de ces deux derniers groupes se limitera aux accouchements. Entre les deux catégories, on peut observer cette distinction fondamentale : les sages-femmes assermentées pourront témoigner de leur expertise en justice. Ce privilège sera refusé aux sages-femmes approuvées, qui n'ont pas prêté serment<sup>3</sup>. Notons finalement que cette hiérarchie obstétricale est subordonnée au système médical. Dès 1692, les sages-femmes françaises sont placées sous l'autorité – souvent plus théorique que concrète – de l'ordre des chirurgiens<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Hélène Laforce, « Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> siècle », dans Francine Saillant et Michel O'Neill, dirs., *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1987, p. 163.

<sup>3</sup> Gélis, *op. cit.*, p. 23-40.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 43-44.

À l'Hôtel-Dieu, une formation intensive d'environ trois mois est nécessaire pour former un groupe de sages-femmes. Le nombre d'élèves varie d'une classe à l'autre, mais généralement, de quatre à six apprenties forment un groupe. Du XVII<sup>e</sup> au XVIII<sup>e</sup> siècle, une vingtaine de sages-femmes sont formées annuellement à la maternité. À l'issue de la formation, la réussite d'une épreuve orale est requise. Le jury de cet examen est composé d'un médecin et d'un chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ainsi que de deux sages-femmes assermentées de Paris. Si l'élève réussit l'interrogatoire, elle prononce généralement son serment, après quoi elle est inscrite dans les registres des magistrats. À une époque où l'on voit apparaître en France les médecins et les chirurgiens jurés, on comprendra que le serment des sages-femmes revêt leur pratique d'une toute nouvelle signification : par leur serment, les sages-femmes sont reconnues par l'administration publique pour sa politique de prodiguer des soins à une clientèle ciblée.

D'un point de vue purement théorique, l'intention de la Couronne sera de desservir chaque région urbaine de la nation par cette infrastructure obstétricale. Les sages-femmes assermentées et approuvées pourront, selon la demande, desservir les régions rurales périphériques. Cependant, entre cet idéal et la pratique, il y a tout un monde. Malgré les bonnes intentions du roi et de l'Église, et malgré la qualité de l'enseignement offert à cette époque par l'Hôtel-Dieu, l'institution ne forme au XVII<sup>e</sup> siècle qu'une vingtaine de sages-femmes par année<sup>5</sup>. Or, vingt sages-femmes, quand bien même chacune d'elles prendrait en charge quelques élèves, sont en nombre insuffisant pour desservir une population qui voisine déjà les 22 millions d'habitants à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, et qui franchit le seuil des 27 millions à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>6</sup>. Il est évident que, dans de telles circonstances, de très nombreux accouchements se faisaient par d'autres mains que celles des sages-femmes.

## 2. *La Nouvelle-France : lieu d'entraide féminine*

En Nouvelle-France, les rigueurs d'un mercantilisme borné allaient appauvrir considérablement le réseau de sages-femmes. Au Canada aussi, il existe une flagrante dichotomie entre la réalité historique et les discours des autorités. Hélène Laforce, dans

---

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 59.

<sup>6</sup> Mireille Laget, *Naissances : L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Éditions du Seuil, 1982, p. 56-57.

son essai sociologique « Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17<sup>e</sup> siècle au 20<sup>e</sup> siècle » soutient que, dès 1650, le système obstétrical « théorique » de la France est implanté tel quel dans les colonies. Ainsi Québec, Montréal, Louisbourg et la Nouvelle-Orléans seraient, tout au long du régime français, desservies par un tel réseau<sup>7</sup>. Desservies, elles le sont, mais sporadiquement, et pas par un tel réseau. Aucune source ne fait référence à une quelconque sage-femme du roi en Nouvelle-France avant le début du XVIII<sup>e</sup> siècle. Puis, quand ces sages-femmes arrivent au Canada, elles sont seules, rendant toute notion de hiérarchie superflue.

Aucune source historique du XVII<sup>e</sup> siècle ne témoigne de la présence d'une sage-femme entretenue par le roi en Nouvelle-France. Il n'y aura pas non plus de médecin. Quant aux chirurgiens, ils sont présents, mais peu nombreux. En 1666, la colonie n'en possède que trois. L'un d'entre eux est à Beaupré, un autre à Beauport, puis un dernier à Montréal. Déjà à cette date, la colonie française en Canada comportait une douzaine de seigneuries, plus ou moins distancées les unes des autres : un chirurgien desservait quatre seigneuries<sup>8</sup>.

Le XVII<sup>e</sup> siècle en est un d'expansion pour la Nouvelle-France. Si, en 1666, on comptait 12 seigneuries, on en dénombre déjà plus d'une soixantaine en 1681. La population de la colonie, quant à elle, passe de 3418 âmes en 1666, à 9710 en 1681<sup>9</sup>. Il n'y a ni sages-femmes ni médecins. Par contre, le nombre de chirurgiens augmente en proportion directe avec la population. Ainsi, on verra quatorze chirurgiens desservir la Nouvelle-France en 1681. Comme on peut s'y attendre, ceux-ci s'installent là où la population est la plus dense. Ainsi, l'un d'entre eux desservira la basse ville de Québec, un autre la haute ville de Québec. Un autre s'établira à Batiscan, puis un à Champlain; un aux Trois-Rivières, un à Repentigny, un à la seigneurie de la Chenaye. Montréal en aura deux. Les autres endroits dotés d'un ou de deux chirurgiens sont respectivement la Prairie de la Magdeleine, St-Ours, Sorel et le Comté du St-Laurens<sup>10</sup>. En tant que professionnelles reconnues et rémunérées par l'État, les sages-femmes du roi en

---

<sup>7</sup> Laforce, « Les grandes étapes de l'élimination... », *loc. cit.*

<sup>8</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

<sup>9</sup> *Ibid.*

<sup>10</sup> *Ibid.*

Nouvelle-France, s'il y en avait eu, auraient été étiquetées en tant que telles dans les premiers registres et recensements de la colonie, puisque ces documents, en plus d'être de nature nominative, présentent aussi, le cas échéant, le « mestier » ou la « profession » de chaque individu qui y figure.

En 1722, Madeleine Bouchette passe au Canada par la flûte *Le Chameau*. Elle est la première sage-femme du roi à exercer au pays. Jusqu'aux années 1730, elle œuvre seule dans les environs de Québec<sup>11</sup>. En 1729, le médecin du roi Michel Sarrazin fera connaître au Conseil, par l'entremise de l'évêque, toute l'insuffisance que représente une seule sage-femme au sein de la colonie<sup>12</sup>. Sa demande se fait entendre. Peu de temps après arrive à Québec la Dame de Berry, qui n'œuvrera que pour une période d'environ cinq ans, puisqu'elle décède le 26 septembre 1749. Elle sera éventuellement remplacée<sup>13</sup>. Puis en 1756, on connaît l'existence de deux sages-femmes à Québec, la Dame Bracquemart et son aide, la Dame Leynient<sup>14</sup>.

Louisbourg présente une situation similaire au niveau de la main-d'œuvre. La veuve Drovét, première sage-femme entretenue de la région, y arrive en 1749. Elle y accouchera les femmes jusqu'en 1770, date de son décès. Le constat de sa mort à Terre-Neuve indique qu'à elle seule, elle a desservi toutes les « Isles Royales » durant cette période<sup>15</sup>. La Nouvelle-Orléans n'est guère plus choyée. Aux alentours de 1740, la Dame Doville, sage-femme entretenue, arrive en Louisiane. Elle aussi, servira les femmes de la région jusqu'à sa mort, survenue en 1761. En 1749, la « fécondité des femmes en cette région » justifie l'envoi d'une aide, la Dame Faguiet, aussi entretenue par le roi. De 1749 à 1761 elles seront deux à desservir la Nouvelle-Orléans. Puis Faguiet pratiquera seule, à la mort de la Dame Doville, de 1761 jusqu'en 1770. Elle finira ses jours en France, dans la pauvreté<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG8-A1, Vol. 8, p. 933.

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-C11A, Correspondance générale; Canada, Vol. 93, Fol. 245-246v.

<sup>14</sup> *Ibid.*, Vol. 101, Fol. 134-134v.

<sup>15</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-E, Série E, Dossiers personnels, Vol. 138.

<sup>16</sup> *Ibid.*, Vol. 175.

Le dénombrement des sages-femmes du roi durant toute la période de la Nouvelle-France se termine ici. Au total, une dizaine de ces femmes seulement verront l'Amérique, pour une période s'étalant sur plus d'un siècle et demi. L'énoncé du nombre minimum annuel d'accouchements souligne leur insuffisance numérique. En 1722, la colonie du Canada comptait plus de 63 seigneuries, au sein desquelles accouchaient au moins 1020 femmes. L'année suivante, ce nombre allait être de 1094. Il sera de 1135 en 1727. En 1730, plus de 1200 femmes accouchent. En 1734, au-dessus de 1360 accouchements ont lieu dans 6422 familles; près de 1400 l'année suivante, dans 6758 familles; l'année 1757 connaît un minimum de 1500 accouchements<sup>17</sup>. Le premier recensement anglais, compilé en 1761 par le major-général Thomas Cage, indiquera un taux d'accouchements identique pour le seul gouvernement de Montréal<sup>18</sup>. Une dizaine de sages-femmes formées par l'État, disions-nous, pour toutes ces femmes et tous ces accouchements. Ces mères accouchaient dans un désert obstétrical.

À la lumière de ces faits, il est certain que la plupart des femmes accouchent seules en Nouvelle-France - seules, dans une perspective médicale; elles s'entraident plutôt en de telles circonstances. Le service des matrones – ces femmes aux pratiques souvent instinctives qui, par reconnaissance de l'entourage, deviennent accoucheuses – est un phénomène universel. Les matrones se rencontrent aussi bien en France qu'en Nouvelle-France, et dans toutes les régions non desservie par un réseau formel de sages-femmes ou d'accoucheurs. On les voit en 1714 décrites par Michel Sarrazin<sup>19</sup>. À Québec, en octobre 1735, Beauharnois et Hocquart remarquent que des femmes, en Nouvelle-France, se disent sages-femmes, mais n'ont pas assez d'expérience pour prévenir tous les dangers de l'accouchement<sup>20</sup>. En 1749, Jacques Prevost, « Ecuyer, Conseiller du Roi, Commissaire de la marine, Ordonnateur de l'Isle Royale et autre en dépendance », remarque qu'une dénommée Jovin « s'est suggéré [*sic*] sans nulle permission de faire en ville des

---

<sup>17</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1. Voir les données en appendice.

<sup>18</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG11, CO 323, Vol. 16, Fol. 89-89v. Voir les données en appendice.

<sup>19</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-C11A, Correspondance générale; Canada, Vol. 34, Fol. 303-320v.

<sup>20</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-E, Série E, Dossiers personnels, Vol. 28.

accouchements<sup>21</sup> ». En 1756 à Montréal, Vaudreuil informe le ministre qu'il n'y a que deux vieilles sages-femmes « dont le manque de théorie, et d'expérience ne sont que trop connus<sup>22</sup> ». Évidemment, ce manque de théorie et de pratique exclut toute formation possible à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Dans les sources officielles, les matrones n'ont pas, contrairement aux sages-femmes, une très bonne réputation. Cependant, la voix des autorités n'est pas unanime devant la qualité des secours qu'elles prodiguent. Ainsi voit-on en 1735 Beauharnois et Hocquart affirmer que les matrones n'ont pas le savoir et l'expérience nécessaires à l'assurance de couches heureuses<sup>23</sup>. D'autre part, le principal argument ayant permis de décider la Couronne à envoyer une sage-femme à Louisbourg semble, justement, avoir été le fait d'abus et d'accidents survenus par la pratique des matrones en ce lieu, notamment celle d'une dénommée Jovin, à laquelle on défendra, à l'arrivée de la Dame Drovét, « sous quelque prétexte que ce soit de faire à l'avenir aucun accouchement, n'y [sic] d'assister les femmes en couches à titre de sage-femme sous peine des ordonnances du Roy<sup>24</sup> ». Il y a aussi le cas des matrones de Montréal, dont les pratiques paraissent être fâcheuses<sup>25</sup>. Cependant, Michel Sarrazin – l'homme sans doute le plus en mesure d'en juger – souligne dans une lettre qu'il rédige au Conseil en 1724 qu'une matrone au Canada est fort habile et appréciée des filles de la colonie. Il lui proposera même de prendre des étudiantes sous sa tutelle<sup>26</sup>. Au Canada comme ailleurs, il faut donc se méfier du discours officiel. Parfois, le prétexte de l'incapacité des matrones n'est qu'un argument de plus à servir au Conseil dans l'espoir de voir arriver dans la colonie davantage de sages-femmes.

---

<sup>21</sup> *Ibid.*, Vol. 138.

<sup>22</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-C11A, Correspondance générale; Canada, Vol. 101, Fol. 134-134v.

<sup>23</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-E, Série E, Dossiers personnels, vol. 28.

<sup>24</sup> *Ibid.*, Vol. 138.

<sup>25</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-C11A, Correspondance générale; Canada, Vol. 101, Fol. 134-134v.

<sup>26</sup> *Ibid.*, Vol. 34, Fol. 303-320v; Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG8-A1, Nouvelle-France. Correspondance officielle, Vol. 8, p. 933.

3. *La Nouvelle-France : un milieu où les conditions nécessaires à la reconnaissance de la maladie et à la création de sources historiques sont absentes*

Aucun document de la Nouvelle-France ne témoigne de l'existence de la fièvre puerpérale dans les colonies. Les conditions nécessaires à la création de telles sources sont simplement absentes.

Pour qu'une éventuelle reconnaissance de la fièvre puerpérale au Canada soit possible, certaines conditions doivent être remplies. Premièrement, la présence au Canada d'un personnel qualifié, capable de reconnaître la gravité potentielle d'une fièvre, sinon l'existence de la fièvre puerpérale en tant que telle, est primordiale. Ensuite, ce personnel doit être en mesure de desservir une importante portion de la population faisant l'objet de l'étude. Finalement, pour que ces deux préalables soient atteints, un soutien sans faille et un important investissement de la part de la Couronne française sont requis.

Ces conditions sont absentes en Nouvelle-France ; la médicalisation de la naissance n'y est alors qu'embryonnaire. En premier lieu, les sages-femmes du roi sont trop peu nombreuses. La plupart des accouchements sont confiés aux matrones. Quoique celles-ci puissent éventuellement être témoins de la fièvre puerpérale, leur manque de formation médicale rend peu probable, sinon impossible, la reconnaissance de l'affection. D'autant plus que la période d'incubation de la bactérie pathogène, qui parfois repousse jusqu'à cinq jours les premiers symptômes physiques de l'infection, peut facilement porter à confusion : dans des cas isolés de la pratique des matrones, il est possible que des décès engendrés par des infections puerpérales aient été attribués à d'autres causes. De plus, l'aura d'interdit ou de sorcellerie qu'attribuent à l'époque l'Église et l'État à leur pratique rend dangereux tout témoignage de leur part. Mais surtout faudrait-il, pour que des traces de leurs expériences malheureuses aient pu arriver jusqu'à nous, qu'elles sussent écrire. Quant aux sages-femmes du roi, leur formation les sensibilise, tout au plus, à la possibilité qu'une pathologie fébrile se développe à la suite de couches difficiles ayant nécessité des interventions plus complexes, comme celle du décollement manuel du placenta et de ses annexes. Or, la relative rareté d'une telle pratique, couplée au nombre restreint d'accouchements qu'elles ont pu effectuer dans le cadre de leur service, rend improbable la reconnaissance, par elles, d'une infection du *post-partum*. Si, à un niveau endémique,

deux à trois décès par 1 000 accouchements étaient attribués à la maladie à la même époque, faut-il encore se demander combien d'entre eux étaient provoqués par un retrait manuel du placenta ? En outre, dans une administration ne demandant aucun compte-rendu de leurs appointements, pourquoi, à l'instar des matrones, les sages-femmes auraient-elles voulu risquer de ternir leur réputation en rendant compte de leur expérience ? Et pour cela, il faudrait qu'elles aussi sachent écrire. Leur formation – purement pratique et sanctionnée par une épreuve orale – et la totale absence de sources écrites par elles au Canada, infirment une telle hypothèse.

## **B. Traces historiques : une description étoffée des symptômes de la maladie**

### *1. La fièvre puerpérale : un mal néanmoins présent ?*

Quoi qu'il en soit, en regard des témoignages de l'affection datant d'une époque aussi reculée que l'Antiquité, et face à la connaissance actuelle que l'on a de cette maladie, il est indéniable que la fièvre puerpérale fit périodiquement et à un niveau endémique des victimes partout et en tous temps. Sans aucun doute, la Nouvelle-France ne fut pas épargnée. Cette hypothèse conditionne la manière d'aborder la question, car si l'on suppose que la maladie fut présente en tous temps et en tous lieux, qu'elle a toujours eu une existence substantielle, distincte de sa reconnaissance et de son étude par l'intelligentsia médicale, il faut questionner les sources autrement : certains éléments implicites des descriptions de la scène des accouchements en Nouvelle-France permettent-ils de confirmer la présence de la maladie au Canada ? Comment des personnes ignorant les caractéristiques médicales de la maladie l'auraient-elles décrite ?

### *2. 1756 : une mauvaise année pour les mères de Montréal*

En 1756 surgit à Montréal un évènement notable. Soudain, de nombreuses mères et leur nourrisson périssent des suites de l'accouchement. Vaudreuil en avise le ministre le 31 octobre. Le ton de sa lettre souligne l'état d'alerte de la population de la ville. À la suite des pratiques de deux vieilles matrones « tous, écrit-il, dénoncent [que] la mère et l'enfant ont péry<sup>27</sup> ». Ici, l'âge avancé des praticiennes implique qu'elles avaient une longue expérience. Pourquoi transmettaient-elles soudain la mort ? Devant ce fait exceptionnel,

---

<sup>27</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-C11A, Correspondance générale; Canada, Vol. 101, Fol. 134-134v.

Vaudreuil demande à des chirurgiens de secourir les femmes au moment de leur accouchement. Mais ils n'y réussissent pas mieux<sup>28</sup>. Nous pourrions avancer ici que plusieurs causes peuvent être attribuées à la mort de la mère et de l'enfant. Mais l'accouchement est un phénomène naturel et, malgré tout, il est relativement rare que la mère et l'enfant périssent ensemble à la suite des couches. Or, environ 1500 femmes accouchent annuellement à Montréal à cette époque. De ce nombre, Vaudreuil affirme qu'autant les femmes aisées que les pauvres « sont grandement intimidés [sic] et frémissent même de tant de funestes exemples<sup>29</sup> ». Seul un nombre imposant de victimes peut avoir insufflé une telle crainte aux femmes. Ce constat permet d'avancer l'hypothèse qu'une cause de nature épidémique, plutôt que purement « mécanique », fauche les Montréalaises. Aussi, la mortalité massive des nouveaux-nés permet une certaine interprétation des causes du phénomène. Dans plusieurs cas de fièvres puerpérales, le décès de la mère s'accompagne de celui de l'enfant, qui meurt des conséquences de l'érysipèle : une infection cutanée provoquée par le même organisme pathogène et transmis à l'enfant par contagion lors de son passage. Quoique rien ne permette d'avancer avec certitude que la fièvre puerpérale soit à l'origine de cette hausse subite de la mortalité maternelle et infantile, la concordance des caractéristiques du témoignage du gouverneur-général et des symptômes connus de la maladie attribue un certain degré de probabilité à l'interprétation.

L'exiguïté des lieux de l'accouchement et la promiscuité qui en résultait, ainsi que le recours, par les Montréalaises, à un nombre limité de praticiennes de l'accouchement, furent peut-être, en 1756, les causes d'une épidémie de fièvre puerpérale à Montréal. Mais rien ne permet de prouver cela de manière irréfutable. Certaines descriptions de cet incident ressemblent à celle du développement des épidémies de fièvre puerpérale, mais on ne peut poursuivre plus loin l'argumentation.

### 3. Comparaison avec des conditions semblables en France

Dans son ouvrage intitulé *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Mireille Laget dépouille les registres de 11 paroisses urbaines ou rurales de la région bas-languedocienne

---

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> *Ibid.*

pour la période allant de 1650 à 1790. Sur 136 cas pertinents, 21 mères seulement trouvent la mort le jour même ou le lendemain de leur accouchement. La résultante des 115 décès survenant entre le deuxième et le trentième jour montre la forte proportion des mortalités des couches pouvant être attribuées aux septicémies, aux gangrènes et aux fièvres du *post-partum*.

Tableau 3.1. Âge de l'enfant à la mort de la mère. Étude de 136 cas de la région bas-languedocienne, 1650-1790

Âge de l'enfant (jours)	--	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nombre de mortalités		17	4	5	6	5	5	6	5	5	9	3	4	5	3	2
Âge de l'enfant (jours)	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Nombre de mortalités	4	2	2	4	5	3	2	2	1	2	5	4	3	0	2	11

Source : Mireille Laget, *Naisances : L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Éditions du Seuil, p. 279.

Le rapprochement de ces données et de l'environnement de la Nouvelle-France nécessite quelques mises en garde préalables : il ne peut être pertinent que dans la mesure où les écarts de conditions sont pris en considération. Or, deux facteurs pouvant influencer ces données sont différents en Nouvelle-France : la population et le climat. Le nombre de cas de fièvre puerpérale est en relation directe avec la densité de la population. On peut aussi supposer qu'une distance physique plus considérable entre les parturientes de la Nouvelle-France a diminué les risques de contagion par des personnes ayant été en contact avec l'une de ses victimes. Par contre, nous savons qu'une des caractéristiques du streptocoque est d'être plus virulent dans des conditions climatiques froides que chaudes. Nous pouvons donc, mais sous toute réserve, envisager qu'en Nouvelle-France, un pourcentage similaire des mortalités maternelles soit dû à l'infection puerpérale, soit environ 84,5 %.

## Chapitre 4

### L'ÉMERGENCE DE LA PROFESSION MÉDICALE AU CANADA

La Conquête influence toutes les sphères de la vie en Nouvelle-France. Durant les quelques décennies qui lui sont postérieures apparaissent les plus grands changements au niveau de la médecine occidentale, préludes à une éventuelle médicalisation de la naissance. C'est précisément à ce moment, caractérisé par ce qu'on pourrait appeler un « éveil médical », qu'on reconnaît pour la première fois, explicitement, l'existence de la fièvre puerpérale au Canada.

#### A. Impact de la conquête britannique

Dans la trentaine d'années consécutives à la Conquête, aucune formation n'était encore prévue par la loi au Canada pour pratiquer dans un domaine médical quelconque. Plusieurs médecins, plusieurs chirurgiens, plusieurs apothicaires et autant d'accoucheurs sont ce qu'ils sont au même titre que les matrones de la Nouvelle-France : ils pratiquent leur art par improvisation et grâce à la reconnaissance populaire, plutôt qu'en vertu d'une formation orthodoxe<sup>1</sup>. La période allant de 1760 à 1790 va néanmoins constituer, comme l'écrit Jean-Pierre Goubert à propos de la Bretagne, « une étape décisive dans l'évolution des services de santé publique, annonçant ainsi les bouleversements ultérieurs à la fois médicaux et démographiques<sup>2</sup> ». En 1788 est décrété le premier Acte médical du Canada. Ce document pose les jalons de la professionnalisation de la médecine au pays, puis incidemment, de la médicalisation de la naissance. La connaissance des motifs ayant

---

<sup>1</sup> Jacques Bernier, *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les presses universitaires de l'Université Laval, 1989.

<sup>2</sup> Jean-Pierre Goubert, *Malades et médecins en Bretagne*, Paris, G. Klincksieck, 1974, p. 123 (Publications de l'Université de Haute-Bretagne, n° 15), cité dans Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 86.

inspiré cette intervention étatique permet une meilleure compréhension de l'orientation des changements que l'Acte provoquera au sein de la pratique médicale canadienne, et l'émergence – une inauguration décalée de cinquante ans – des premiers accoucheurs en mesure de reconnaître la fièvre puerpérale au pays.

### *1. Premières initiatives britanniques*

L'élément déclencheur des réformes médicales de la fin des années 1780 survient en 1784, quand se développe à la baie Saint-Paul une inquiétante épidémie. Le « mal de la baie Saint-Paul » se propage avec toute la fougue épidémique pour ensuite se stabiliser à un niveau endémique jugé néanmoins trop élevé. Quelle était la nature de ce mal? Par quel moyen l'État pouvait-il agir sur lui afin de mieux préserver la population de ses menaces? Autant de questions que se posait la nouvelle administration. Car s'il fut une marque d'originalité dans la prise en charge par la Grande-Bretagne des questions d'ordre social touchant ses colonies canadiennes, ce fut bien celui-ci : piqué d'un intérêt nouveau pour le sort de sa population, l'État se sentait désormais responsable de maintenir une certaine qualité de vie, dans un désir d'être conséquent avec les termes de la Conquête. Les maladies fauchent des vies et appauvrissent la population d'une contrée qui, déjà, manque de bras pour exploiter à fond toutes ses ressources. L'obstétrique bénéficiera de cet intérêt à l'endroit de la hausse des standards de qualité des pratiques médicales : un taux de mortalité infantile trop élevé réduit à la source les richesses humaines du pays ; une mauvaise pratique obstétricale se solde toujours en pertes pures et irréversibles pour la nation.

Toute réforme éclairée se base nécessairement sur une connaissance approfondie de l'environnement à modifier. Pour dresser une topographie médicale de la province, l'État formera un comité d'enquête. Celui-ci sera composé de C. Blake et de J. Fisher, deux éminents chirurgiens anglais alors en service au Canada.

Le portrait que Blake et Fisher tracent de la pratique médicale contemporaine dans le rapport qu'ils adressent au conseil législatif est peu avantageux. Selon eux, la majorité des médecins en service témoignent d'une flagrante incompetence ; les chirurgiens, de leur côté, ne sont, pour la plupart, que des charlatans. Ceux-ci, en plus de décimer la population, osent abuser de la confiance de leur clientèle pour réclamer des honoraires

bien trop élevés pour la qualité des services rendus. Les enquêteurs concluent que « le moyen le plus essentiel et le plus efficace de conserver la vie des sujets de sa majesté et d'accroître la production est celui du contrôle de la pratique de médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique dans toute la province<sup>3</sup> ».

Faisant preuve d'une certaine rigueur, les auteurs du « Rapport concernant la population, l'agriculture et la colonisation » fournissent un grand nombre d'exemples justifiant le jugement qu'ils portent à l'égard des praticiens canadiens. En obstétrique, ils relatent par un exemple très imagé ce que pouvait être la pratique des accoucheurs de l'époque :

*« Another case was the wife of a noble who sent for a Doctor Bonnefoy in a case of midwifery. The head was form (sic), but the child having struck at the shoulders (he, the Doctor) cut it (sic) head off and threw it into a bucket. The father of the child declaring (to make use of his own words) that his child appeared to him like St-John the Baptist (sic) head in the Fierlang-dron. [...] I could gave (sic) many other instance (sic) of murder being perpetrated (sic) without impunity by these supporters of the Profession<sup>4</sup>. »*

À quel point le tableau de la pratique médicale ainsi brossé par les chirurgiens anglais est-il représentatif de la réalité? On ne peut que reconnaître la nature subjective d'une telle étude, ne serait-ce que par le choix des exemples dont ils illustrent leur rapport, sinon par les jugements qu'ils portent à l'endroit de la qualité des soins apportés par les praticiens. La rivalité entre les militaires britanniques, minoritaires mais supérieurs hiérarchiques – notamment par leur nationalité –, et les praticiens canadiens est un phénomène trop bien connu pour que l'on prenne ce rapport au pied de la lettre. Peut-être y avait-il une forme de snobisme dans leur appréhension des choses. Peut-être aussi, comme l'indique Hélène Laforce, les auteurs du rapport approuvaient-ils ceux qui voyaient, tout comme Hecquet quatre-vingts ans plus tôt, une grossière indécence dans le soin des couches par des hommes<sup>5</sup>. Cela semble cependant moins plausible car, dès le début du XVIII<sup>e</sup> siècle en Angleterre, l'accoucheur commence à dominer la hiérarchie obstétricale. Quoi qu'il en soit, la pauvreté de la langue dans laquelle le rapport est rédigé

<sup>3</sup> Canada, Ottawa, Documents constitutionnels, 1759-1791, « Rapport du comité concernant la population, l'agriculture et la colonisation », part. n° 18, p 918, cité dans Laforce, *op. cit.*, p. 89.

<sup>4</sup> Archives nationales du Québec, Colonial Office, McGill, vol. Q27-2, cité dans Laforce, *op. cit.*, p. 91.

<sup>5</sup> Laforce, *op. cit.*, p. 90.

ne peut que mettre en doute la qualité de l'éducation de ses auteurs : de toute évidence, ceux-ci ne furent ni de grands scientifiques ni des obstétriciens de renom. Ces éléments ne peuvent que discréditer leur rapport. Plutôt que de synthétiser les faits observables, celui-ci expose une pléthore d'événements exceptionnels, quoique véridiques. Cependant, tout britannique que fut ce rapport, il tomba entre des mains qui n'avaient nulle intention de mettre en cause ses données et ses conclusions. On voulait agir. C'est ce que l'on fit.

Pour remédier aux abus qu'ils soulignent dans leur rapport, les auteurs proposent des mesures législatives susceptibles de contrôler le nombre de plus en plus important de personnes aspirant à s'élever au rang de médecin, de chirurgien, d'apothicaire et d'accoucheur au Canada. C'est ici qu'il faut reconnaître leur génie. Les mesures qu'ils préconisent consistent notamment en la création de deux bureaux d'examineurs au Bas-Canada, l'un de ces bureaux desservant le district de Québec et l'autre, celui de Montréal. Leur mandat est de sélectionner, parmi les candidats, ceux qui sont dignes, autant par l'instruction que par l'expérience, de pratiquer les différentes branches de la médecine provinciale<sup>6</sup>.

## 2. *L'Acte médical de 1788*

Les recommandations de Blake et Fisher se concrétisent dans l'Acte médical de 1788, décrété la même année par Lord Dorchester. À la lumière du rapport de Blake et de Fisher, on comprend que le premier projet législatif en matière médicale au Canada est restrictif : en effet, l'Acte s'énonce comme une défense formelle de pratiquer la médecine, la pharmacie, la chirurgie ou l'art des accouchements sans en avoir obtenu au préalable la permission du gouverneur de la province. À cette fin, les deux bureaux d'examineurs préconisés par Blake et Fisher sont ouverts, et leurs membres, au nombre de cinq à sept par district<sup>7</sup>, sont formellement nommés par le gouverneur-général. Chaque praticien doit se présenter devant le bureau de son district afin d'être évalué selon « ses connaissances et talents dans la médecine, la chirurgie et la pharmacie, ou dans la profession

---

<sup>6</sup> Bernier, *op. cit.*, p. 43.

<sup>7</sup> *Ibid.*

d'accoucheur<sup>8</sup> ». Lorsque le bureau reconnaît l'aptitude du candidat, on lui remet un certificat, garant de l'autorisation du gouverneur.

Des sanctions sont prévues à l'Acte. Il est décrété que quiconque pratique sans certificat est passible d'une amende de vingt livres lors de sa première contravention, de cinquante livres en cas de récidive, puis de cent livres et trois mois d'incarcération pour toute dérogation subséquente. En prévoyant la remise de la moitié de l'amende perçue au dénonciateur, l'État s'assure – par le public – d'une police adéquate et omniprésente au sein des praticiens.

Certaines exemptions sont néanmoins prévues à l'Acte de 1788. Par exemple, tout élève gradué d'une université reconnue par les autorités n'aura qu'à présenter son diplôme au bureau pour recevoir un certificat de pratique. En outre, tout chirurgien ou médecin de l'armée ou de la marine britanniques pourra pratiquer sans même avoir reçu un brevet du bureau. Ces dernières exemptions se justifient, en théorie, dans la mesure où les mêmes standards rigoureux de formation prévalent lors de la qualification du personnel militaire. En pratique cependant, cela n'est pas toujours le cas, l'excellence des médecins et chirurgiens dépendant largement du soin avec lequel ils sont choisis ; et si la compétence des meilleurs officiers de santé britanniques était inégalée dans la profession médicale, d'autres n'en possédaient aucune<sup>9</sup>.

L'impact de l'Acte médical de 1788 est immédiat. Dès sa mise en œuvre, c'est tout l'environnement de la pratique médicale qui change. Dans le domaine des accouchements, le certificat de pratique assure la compétence du chirurgien appelé auprès des femmes subissant des complications en couche. L'Acte de 1788 protège donc les femmes de la province contre les pires abus médicaux. Mais contrairement au mouvement général que l'on constate en Occident, tout le XVIII<sup>e</sup> siècle au Canada est favorable à l'exercice de la sage-femme. Alors qu'en Europe, les autorités médicales font la guerre aux sages-femmes et aux matrones non formées selon les standards prévus par des cours maintenant fortement codifiés, au Canada, elles jouissent encore d'une liberté

---

<sup>8</sup> Acte médical de 1788, 28 George III, chapitre 8, cité dans Bernier, *op. cit.*

<sup>9</sup> Paul E. Kopperman, « Medical Services in the British Army, 1742-1783 », in *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34 (1979), p. 428-455, 433, 443.

sans égal. Cela vient confirmer que la pénurie de praticiennes si caractéristique de l'époque de la Nouvelle-France est encore, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, bien en vigueur dans les colonies britanniques de l'Amérique du Nord.

L'Acte médical de 1788 annonce la fin de la tradition canadienne qui consiste à former le personnel médical par simple apprentissage auprès d'un maître<sup>10</sup>. Désormais, il n'y a que deux entrées possibles dans le monde de la pratique médicale : ou bien l'on passe par l'armée ou la marine de Sa Majesté, ou bien on passe par une université reconnue par les autorités. Les modalités de l'Acte assurent, par la formation qu'elles exigent, un certain niveau de compétence de la part des praticiens de la médecine. De plus, la fréquentation universitaire des praticiens médicaux permet une réinsertion globale de la médecine canadienne dans l'arène médicale occidentale. Plutôt que de se contenter d'assurer une certaine pérennité aux connaissances médicales par un mode de formation par apprentissage, on veillera à ce que les praticiens soient mis au fait des développements récents de la science médicale et participent, quand ils le peuvent, à l'élaboration du savoir. Cette situation est bien différente de ce qui prévalait avant l'Acte : durant la première partie du XVIII<sup>e</sup> siècle, seuls les plus fortunés pouvaient se permettre une formation complète ou partielle en milieu universitaire ou privé. La plupart des individus aspirant à une vocation médicale devenaient médecins par un apprentissage conventionnel<sup>11</sup>.

## **B. Pierre de Sales Laterrière. Pionnier de l'obstétrique au Canada**

La première reconnaissance médicale de la fièvre puerpérale au Canada date de 1789, quand un pionnier de l'obstétrique au pays rédige un mémoire témoignant de l'existence de la maladie au sein de sa pratique. Rien dans son texte, cependant, ne fait référence à une fièvre puerpérale épidémique. C'est à un niveau sporadique que l'auteur semble avoir pu observer la maladie au Canada.

### *1. Présentation de la dissertation de Laterrière*

En 1789, les presses Samuel Hall à Boston publient en 500 exemplaires une dissertation médicale sur la fièvre puerpérale. Intitulée *A Dissertation on the Puerperal Fever*,

---

<sup>10</sup> Bernier, *op. cit.*, p. 31-32.

<sup>11</sup> *Ibid.*

cette dissertation est en fait une thèse présentée la même année à la Faculté de médecine du Collège de Harvard par un certain « Peter de Sales la Terrière, from Canada ». Il s'agit de Pierre de Sales Laterrière, premier canadien-français diplômé d'une université américaine à la suite de l'Acte médical de 1788<sup>12</sup>. Le sujet de la dissertation, en plus d'être d'actualité, permet à l'auteur de formuler une opinion médicale au sujet de la maladie qui s'inspire des quatre disciplines médicales à l'époque, soit la médecine, la pharmacie, l'art d'accoucher et la chirurgie. Cela fera de lui un des rares individus à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle à détenir légitimement au Canada le titre de médecin.

En 1788, Pierre de Sales Laterrière se présente devant le bureau des examinateurs de son district et se voit refuser le droit de pratiquer, à moins qu'il ne puisse obtenir, tel que prévu par l'Acte médical, un diplôme en médecine d'une université dont l'enseignement était reconnu par la Grande-Bretagne. Pourtant, à cette date, Laterrière a derrière lui une longue expérience médicale. Dans les faits, sa pratique remonte à 1769. Avant de débarquer au Canada, Laterrière aurait même étudié la médecine à Paris. Devant les examinateurs, cependant, ces arguments n'ont aucun poids puisque le médecin ne peut présenter aucune preuve tangible de sa formation, -- aucune note, aucun diplôme : tous égarés au cours de ses maints déplacements et autres « traverses<sup>13</sup> ». La frustration du médecin est à son comble. Ce refus signifie pour lui un voyage onéreux aux États-Unis, afin d'y « réapprendre » l'art de guérir. Mais sa motivation ne connaît pas de limite. Aussitôt son accès à la pratique médicale refusé, il s'inscrit au Collège de Harvard, où il part pour un an, laissant derrière lui sa bien-aimée, Catherine Delzène, et leurs deux enfants<sup>14</sup>.

À Boston, Laterrière étudie la médecine pendant un an auprès d'illustres médecins américains. John Warren lui enseigne l'anatomie et la chirurgie; Benjamin Waterhouse, la théorie et la pratique de la médecine; Aaron Dexter, la chimie et la matière médicale<sup>15</sup>. Le 1<sup>er</sup> mai 1789, Laterrière passe avec succès son examen général – ce qui constitue une

---

<sup>12</sup> Jacques G. Ruelland, *Pierre de Sales Laterrière (1747-1815), médecin et libre penseur*, Longueuil, Société Historique du Marigot, 1990, p. 56-57.

<sup>13</sup> Pierre de Sales Laterrière, *Mémoires de Pierre de Sales Laterrière et de ses traverses*, Rédigés en 1812, publiés pour la première fois à Québec, par l'imprimerie de l'Événement, en 1873, réimprimés à Montréal par les Éditions Leméac en 1980 (réimpression conforme à l'original de 1873), 271 pages.

<sup>14</sup> Ruelland, *op. cit.*, p. 10-11.

<sup>15</sup> Peter de Sales la Terrière, « A Dissertation on the Puerperal Fever... », dans Ruelland, *op. cit.*, p. 60-61.

preuve de sa longue expérience. En juin, il présente sa dissertation devant le jury. Puis le 15 du même mois, il revient à Québec, son diplôme de médecin en poche. Le 19 août 1789, il reçoit finalement sa licence de médecin du bureau des examinateurs de Québec, district où il pratiquera la médecine, la chirurgie, la pharmacie et les accouchements jusqu'à sa retraite en 1812, qu'il prendra à la seigneurie des Éboulements.

Quoique relativement courte, la dissertation de Pierre de sales Laterrière témoigne néanmoins de la compétence et de l'intelligence de son auteur, intelligence étayée par une démarche scientifique rigoureuse et digne des grands penseurs de l'époque. Cette démarche transparait dans l'examen méticuleux qu'il fait des symptômes de la fièvre puerpérale, dans sa recherche systématique des causes et de la nature de l'affection, puis dans sa recherche d'une thérapeutique efficace. Ses propos ne révolutionnent pas l'art de guérir ; cependant, ils contribuent largement à l'enrichissement du savoir médical. Les observations de Laterrière sont novatrices. Elles s'appliquent à un territoire, à un climat, à un mode de vie différents, chacun des facteurs observés étant susceptible de modifier les manifestations de l'affection. Le texte nous informe de l'état de la question au XVIII<sup>e</sup> siècle. Ses nombreuses références témoignent – et c'est un fait d'importance – de la croissance des influences européennes et américaines sur la pratique obstétricale canadienne, signe de la réinsertion du Canada dans les grands mouvements médicaux de l'époque en Occident. Ces références renvoient également aux figures les plus importantes du grand débat relatif à la fièvre puerpérale. Qui, dans ce discours, fait figure d'autorité? Qui est ignoré? Autant de questions auxquelles peut répondre, directement ou indirectement, la dissertation de Pierre de Sales Laterrière. Mais surtout, on y apprend comment, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, la fièvre puerpérale se manifeste au Canada; comment le climat nordique et humide du Québec peut influencer les traitements à préconiser en raison des traits psychologiques caractéristiques des jeunes mères canadiennes, des forces ou des faiblesses de leur corps. Enfin, le traité de Laterrière annonce les progrès à venir.

La *Dissertation sur la fièvre puerpérale* s'articule autour de deux problématiques. Dans un premier temps, l'auteur s'interroge, en passant par la symptomatologie, sur les causes et la thérapeutique de l'affection, sur la nature de la maladie. Ensuite, il pose les caractéristiques proprement canadiennes de l'affection : « Is it not reasonable to

suppose, écrit-il, that, in different climates, the puerperal fever wears a different aspect<sup>16</sup>»

Il est intéressant de constater que la nature même du questionnement, alors que nous savons que le principal agent pathogène responsable de la maladie est plus virulent dans des climats froids, vient d'un point de vue épistémologique confirmer que Laterrière avait bel et bien été témoin d'un certain nombre de cas de la maladie au pays. Cette observation, portée presque deux siècles avant que la microbiologie puisse venir la confirmer, ne peut avoir été menée que sur une analyse empirique de cas observés *au Canada*. Car le questionnement avec lequel nous abordons la dissertation de Laterrière ne se justifie que dans la mesure où son auteur a pratiqué en tant que médecin et accoucheur *avant* son admission au Collège de Harvard.

## 2. « *A Dissertation on the Puerperal Fever* »

Tout au long de sa dissertation, Pierre de Sales Laterrière tente de déterminer la nature de la maladie. Certes, il s'agit d'une fièvre particulière aux femmes en couches, mais de quel type de fièvre : primaire ou secondaire ? inflammatoire ou putride ? Ces questions marquent les débats médicaux relatifs à la fièvre puerpérale au XVIII<sup>e</sup> siècle, et Laterrière, à son tour, tente d'y répondre.

L'un des traits originaux de la thèse de Laterrière est de vouloir offrir une explication globale de la maladie. En effet, les différentes sources qu'il recense dans sa recherche montrent un profond désaccord entre les médecins quant à ses causes et à sa nature. Laterrière remarque que cette divergence d'opinion est causée par des manifestations variables de l'affection ; or, selon lui, cette variation des symptômes de la maladie s'explique par la présence de plusieurs circonstances de la grossesse et de l'accouchement augmentant la prédisposition des patientes à la maladie.

Parmi les inconvénients physiologiques de la grossesse en tant que telle, Laterrière souligne que la pression exercée par l'utérus sur les viscères et autres organes contenus dans l'abdomen engendre quatre conditions pouvant prédisposer la parturiente à la contraction de la maladie. En premier lieu, la pression de l'utérus peut engendrer une

---

<sup>16</sup> La Terrière, *A Dissertation...*, *loc. cit.*, p. 66.

rétenion des matières fécales au niveau des intestins et de la vessie. Elle peut ensuite limiter les sécrétions biliaires et leur passage dans le duodénum, ainsi que l'absorption du chyle. Finalement, les viscères abdominaux ne peuvent qu'être gênés dans leurs fonctions par l'expansion de la matrice<sup>17</sup>.

Le système général de la femme, en plus de la région abdominale, peut également être affecté de quatre façons. Premièrement, Laterrière observe que le système nerveux de la parturiente est affaibli par l'expansion de l'utérus. Ensuite, toute la circulation sanguine peut être viciée par l'absorption de matières putrides retenues par les intestins. La stagnation de la bile au niveau du foie, quant à elle, peut provoquer une constipation ne faisant qu'aggraver la prédisposition précédente, et même causer une débilité due à la pauvreté du sang<sup>18</sup>.

L'accouchement, quant à lui, peut irriter l'utérus, en plus de précipiter la circulation sanguine et augmenter la chaleur. Il peut être suivi d'une hémorragie utérine et finalement altérer l'écoulement des lochies. Laterrière soutient que chacun de ces seize facteurs peut jouer un rôle dans le déclenchement de la fièvre puerpérale. Selon l'agencement des prédispositions, l'affection prendra des apparences variant considérablement les unes des autres<sup>19</sup>. La constitution et l'état de santé de la malade joueront également un rôle dans la caractérisation de l'expérience d'une patiente par rapport à celle d'une autre. Mais seules les circonstances dépendant de l'accouchement lui-même, plus graves, peuvent faire franchir aux circonstances prédisposantes de la grossesse, le seuil d'existence de la maladie. S'il en était autrement, remarque l'auteur à l'instar de Charles White, on pourrait constater des cas survenant avant l'accouchement, ce qui serait absurde. Il s'agirait alors de fièvre, et non de fièvre *puerpérale*<sup>20</sup>. Ainsi, à l'accouchement, la pression engendrée par l'expansion utérine décuple l'irritation de la matrice; la circulation accélérée remue, dans tout l'organisme de la femme, les fluides stagnants; toute hémorragie peut se corrompre et vicier la circulation sanguine; et finalement, la rétenion des lochies peut engendrer une

---

<sup>17</sup> Pierre de Sales Laterrière, « Dissertation sur la fièvre puerpérale... », trad. Jacques G. Ruelland, dans Ruelland, *op. cit.*, p. 78.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 78-79.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 78, 80.

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 76.

putréfaction à l'orifice des vaisseaux utérins : autant de facteurs qui sont tous à l'origine de la fièvre puerpérale.

La théorie pathologique de la fièvre puerpérale proposée par Laterrière a cette faculté de réconcilier les deux principales « écoles » du XVIII<sup>e</sup> siècle en laissant une certaine marge de liberté au développement de la maladie : une zone dans laquelle le médecin doit délaissier, en quelque sorte, sa tendance à la catégorisation et accepter qu'une seule et unique maladie puisse avoir une prognose différente, selon l'environnement dans lequel elle se développe. Si dans la plupart des cas, la fièvre puerpérale commence par une pathologie inflammatoire pour ensuite se développer en une « affection putride<sup>21</sup> », l'auteur conçoit que l'inverse peut tout aussi bien se produire : « une fièvre puerpérale, écrit-il, qui habite un corps en réplétion, où les vaisseaux gonflés sont moins disposés à l'absorption et sont hautement sujets à l'inflammation, pourrait, dans un lieu plus étroit, où l'irritabilité est grande, générer depuis le début un type putride [...]»<sup>22</sup>.

Durant la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, une minorité de médecins étaient d'avis que la fièvre puerpérale était une fièvre commune, donc secondaire, qui attaquait la mère parce que l'accouchement avait tant taxé les ressources de son corps qu'il l'avait rendu plus vulnérable aux fièvres<sup>23</sup>. Plusieurs points de la thèse de Laterrière sur la nature de la maladie semblent concorder avec cette croyance. Mais il définit néanmoins la maladie comme une affection primaire. Selon lui, quoiqu'elle puisse, selon le cas, prendre des aspects différents, sa source est toujours la même, soit l'accouchement, de même que son siège : l'abdomen<sup>24</sup>.

Pierre de Sales Laterrière était bien conscient que le climat du Canada pouvait altérer toutes les facettes du caractère de la maladie. Son taux d'incidence, sa symptomatologie et sa thérapeutique étaient selon l'auteur autant d'éléments susceptibles de varier selon

---

<sup>21</sup> Ce terme utilisé par Laterrière est imprécis ; il semble aussi bien faire référence au processus d'adhérence que de suppuration ou d'ulcération : les trois modes d'action définis par le médecin John Hunter, qui est d'ailleurs cité par Laterrière. cf. Keel, *L'avènement de la médecine clinique...*, p. 267-272.

<sup>22</sup> Pierre de Sales Laterrière, « Dissertation sur la fièvre puerpérale... », trad. Jacques G. Ruelland, dans Ruelland, *op. cit.*, p. 80.

<sup>23</sup> Irvine Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

<sup>24</sup> La Terrière, *A Dissertation...*, *loc. cit.*, p. 69.

chaque région, chaque climat, chaque mentalité – parce que la géographie façonne à sa façon la constitution des femmes<sup>25</sup>.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie observée par Laterrière chez les victimes canadiennes concorde dans ses grandes lignes avec les symptômes constants de la maladie qu'on peut retenir des divers écrits de l'époque<sup>26</sup>. Ainsi, on remarque la présence des spasmes dès les premières 24 heures après l'accouchement, des douleurs insupportables au niveau de l'abdomen, une sensation de chaleur. Laterrière remarque que les victimes de la maladie se déshydratent : elles éprouvent une soif insatiable, leur peau est sèche malgré leur grande chaleur, elles souffrent de migraine. Souvent, l'appétit des victimes diminue dramatiquement, leurs urines sont colorées et l'écoulement des lochies est supprimé. Puis la liste s'allonge : la malade vomit, souffre de diarrhées, ses forces s'estompent<sup>27</sup>. Dans trop de cas, la patiente meurt. Quoique l'auteur de la dissertation convienne que la maladie est plus fréquente dans les milieux fermés comme les grandes villes, il affirme que les cas sont tout de même fréquents au Canada<sup>28</sup>, ce qui est d'autant plus compréhensible qu'on sait que tout foyer infectieux streptococcique peut communiquer la maladie.

Étant plus efficace de prévenir que de guérir, Laterrière préconise d'abord différentes techniques visant à diminuer les effets néfastes des différentes causes prédisposant à la fièvre puerpérale. Si la rétention de matières putrides dans l'intestin causée par la forte expansion de la matrice durant les derniers mois de la grossesse peut facilement, selon le médecin, engendrer des complications, on comprendra qu'il conseille avant tout d'éviter la constipation dans les derniers mois de la grossesse. Aussi, l'irritabilité du système nerveux étant une des prédispositions possibles de l'affection, Laterrière verra à ce que la parturiente se trouve dans un état de bien-être généralisé. Pour diminuer les risques de contraction de la maladie, le médecin avisé s'assurera donc que le corps aussi bien que l'esprit de la parturiente soient parfaitement confortables avant, pendant et après l'accouchement. Pour ce faire, Laterrière recommande entre autres une diète légère et

---

<sup>25</sup> Laterrière, *Dissertation sur la fièvre puerpérale...*, *loc. cit.*, p. 77.

<sup>26</sup> Voir Chapitre premier, article « symptomatologie ».

<sup>27</sup> Laterrière, *Dissertation sur la fièvre puerpérale...*, *loc. cit.*, p. 73-74.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 73.

modérée, ainsi qu'une aération adéquate de la pièce dans laquelle la femme accouche : une trop grande chaleur comme un trop grand froid peut aussi bien déclencher la maladie. Aussi, Laterrière soutient qu'aucune attention ne doit être épargnée dans l'assurance d'une grande propreté de la chambre des accouchées – observation tout aussi originale pour l'époque, que juste dans sa pratique.

Pour ce qui est des traitements, Laterrière affirme avoir pu à maintes reprises constater les bienfaits pour les Canadiennes des prescriptions d'émétiques, d'écoprotiques et de cathartiques. Quant à la valeur de la saignée, il est indécis. Quoiqu'il admette que l'inflammation encourue lors des fièvres puerpérales attaque plutôt les séreuses que les tissus durs ou musculaires, et que dans de telles circonstances, la saignée est à proscrire; quoiqu'il souligne que plusieurs médecins soient contre l'idée de pratiquer la phlébotomie dans les cas de fièvre puerpérale, il affirme avoir observé les bienfaits que pouvait amener une saignée modeste de 2 onces. Il explique cette observation par l'incidence des climats froids du Canada sur l'état du système artériel des Canadiennes, qui est caractérisé par une propension à l'inflammation :

*« In our cold climate, écrit-il, there most commonly prevails that state of the arterial system, which is known by the name of diatheses phlogistica; and I have generally found, that puerperal patients bear bleeding better than we are led to suppose, from reading these English authors<sup>29</sup> ».*

Mais ces nombreuses observations en faveur de la saignée n'arrivent pas à faire de Pierre de Sales Laterrière un de ses fervents défenseurs. Dans la plupart des cas, au contraire, il hésite à la pratiquer<sup>30</sup>.

### 3. Originalité de la dissertation

La dissertation de Pierre de Sales Laterrière ne constitue pas un point isolé dans le discours médical du XVIII<sup>e</sup> siècle. Au contraire, ses nombreuses références aux plus éminents auteurs traitant du sujet, ainsi que l'influence de ces mêmes auteurs sur l'opinion qu'il se forge, sont le sceau du début d'une participation canadienne à un échange scientifique à l'échelle occidentale. En étayant ses préceptes sur les bases d'un savoir mis à jour par les différentes publications médicales, l'organisation de la

<sup>29</sup> La Terrière, *A Dissertation...*, *loc. cit.*, p. 66.

<sup>30</sup> *Ibid.*

dissertation témoigne d'une démarche typiquement scientifique. Ainsi, Laterrière consacre la première partie de son travail à une revue de la littérature couvrant le sujet de la fièvre puerpérale. Il cite Denman, Hulme, Hunter, Manning, Leak, Tissot et d'autres dans son analyse des notions et croyances relatives à la maladie. Mais dans cette démarche, jusqu'où Laterrière est-il influencé par l'opinion médicale existante? À quel point dans son discours quitte-t-il les grands courants pour mettre de l'avant ses propres convictions?

Ni révolutionnaire, ni trop conservateur, Pierre de Sales Laterrière fut un médecin de son temps. Comme on peut le constater, il fut imbu d'autant de sagesse qu'il était possible d'en avoir à l'époque : il maîtrisait son sujet aussi bien que la littérature qui en traitait. Il est normal de pouvoir observer chez lui l'influence de sources multiples. C'est en prenant des parcelles de chacune des théories disponibles au moment où il rédige sa thèse, puis en les alliant à son expérience pragmatique de la maladie, qu'il parvient à se formuler une explication cohérente de ses mécanismes. Ainsi, comme Hulme et Manning, Laterrière admet que la qualité de l'air peut avoir un impact sur la contraction de la maladie. Comme Hulme encore, il croit que la pression dans l'abdomen engendrée par l'expansion de l'utérus gravide durant la grossesse prédispose la parturiente à la maladie. Comme Denman, il estime que cette même pression abdominale peut altérer les fonctions biliaires. Laterrière avoue que sa description de la symptomatologie de la fièvre puerpérale se fonde sur celle du D' Leake<sup>31</sup>, ainsi que sa thérapeutique. Elle est en fait un amalgame d'éléments tirés des divers traités qu'il lit durant sa scolarité. Elle cadre bien avec celle du D' Tissot, mais, encore, on peut y voir l'influence de Hulme, de Manning et de Denman. Ces influences ne sont pas mentionnées sur une note négative. Ces emprunts, au contraire, sont un témoignage de la réinsertion de la médecine canadienne dans les courants médicaux de l'Occident. Si Laterrière emprunte, c'est qu'il lit; c'est donc qu'il connaît.

Quoique inspiré dans une saine mesure par l'érudition de ses collègues, Laterrière ne pourrait être caractérisé d'influencable. S'il estime l'opinion d'autres médecins ayant eu l'opportunité, dans les grandes maternités européennes, d'être témoins d'un nombre

---

<sup>31</sup> *Ibid.*

largement plus élevé de cas, il sait néanmoins faire preuve d'originalité dans la formulation de ses opinions. Par exemple, il refuse de déprécier ses propres observations quand vient le temps de se prononcer sur la nature de l'affection. À une époque où la tendance est d'attribuer une importance accrue à l'influence des miasmes, il va à contre-courant quand il affirme que la maladie est probablement endogénique. Sans doute l'incidence de l'affection au Canada, où l'air est pur et où l'on accouche à domicile, contredit-elle une telle croyance. Pourtant, il n'a pas tort. Il retient en effet le seul point bénéfique que pouvait présenter la croyance en des propriétés épidémiques de l'air : la propreté des lieux.

L'exception ne fait jamais la règle, et il ne faut pas chercher en l'expertise obstétricale de Laterrière un indicateur de la qualité de la pratique générale de la province à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. À cette époque, la médicalisation de la naissance connaît de nombreuses limites. Le nombre de praticiens est encore trop restreint. Souvent, aussi, leur compétence fait défaut. Les mœurs font qu'à certains endroits, on accepte toujours difficilement la présence d'un homme dans la chambre des accouchées et, finalement, l'optique « professionnelle », « économique » de certains<sup>32</sup> imposera ses propres limites aux bienfaits potentiels de la science. Il est vrai qu'à cette époque la scène de l'accouchement commence à changer. D'une part, quelques chirurgiens diplômés d'Europe débarquent dans les villes de la province et s'adonnent parfois à pratiquer les accouchements. Aussi, quelques sages-femmes formées outremer selon les nouvelles modalités européennes viennent prêter main forte aux Canadiennes. En cas de difficulté, elles feront appel au chirurgien, qui souvent, malgré son air assuré, a moins d'expérience et en sait moins qu'elles, sauf s'il a été formé comme accoucheur. Autrement, les vieilles coutumes persistent et partout, la plus grande part des accouchements sont toujours supervisés par des matrones ou quelques sages-femmes de la vieille école.

---

<sup>32</sup> En effet, on peut remarquer la présence d'une limite qu'on pourrait presque qualifier d'« iatrogénique » de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Avec l'émergence de la discipline médicale, l'atmosphère de l'accouchement lui-même commence à changer. Et malheureusement, des praticiens oublieront parfois tout le caractère humain de leur fonction. Pour eux, le devoir du médecin se dédoublera en deux composantes : un devoir purement professionnel et un devoir moral, au profit du premier. Ces individus ne parlent plus autant d'entraide que de « business », et on voit des intérêts économiques venir entraver les services que pouvait rendre l'accoucheur. Ainsi, par exemple, des praticiens autrement compétents pouvaient être enclins à refuser de secourir une femme éloignée sur les bases d'une non rentabilité engendrée par l'ampleur du déplacement à faire. Laforce, *Histoire de la sage-femme...*, p. 94.

Un élément tout à fait original de la dissertation de Pierre de Sales Laterrière mérite d'être souligné : malgré son attitude européenne, jamais, dans sa dissertation, l'auteur ne dénigre l'entraide féminine et la pratique des vieilles sages-femmes. Cela s'explique du fait que, contrairement à la situation prévalant en Europe, les praticiens sont encore trop peu nombreux à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle pour soigner les femmes de la province. Ainsi, plutôt que de percevoir l'entraide féminine comme une menace à son influence, comme une source possible de compétition, Laterrière voit en les sages-femmes une possibilité d'offrir de meilleurs services aux Canadiennes.

En 1791, Laterrière adresse un rapport au Conseil législatif de la province dans lequel il évoque les limites de la médicalisation de la naissance au Canada<sup>33</sup>. Il souligne que le nombre des praticiens est trop restreint pour bien desservir toutes les régions. Dans ces circonstances, un certain clivage médical se forme entre les régions rurales et les régions urbaines de la province : « Les femmes des campagnes, déclare Laterrière, souffrent d'autant plus qu'elles sont éloignées de toute assistance et secours des personnes à talents de notre profession<sup>34</sup> ». Tandis qu'outremer, l'accoucheur jalouse la pratique des femmes, au Canada, il les incite à s'investir davantage dans l'accouchement. Au Canada, ce que l'on chérit n'est pas tant la pratique que les bienfaits apportés aux femmes. À titre d'illustration, en échange d'un contrôle encore plus serré des praticiens à risque, certains accoucheurs seraient prêts à enseigner gratuitement aux accoucheuses. Encore ici, Laterrière nous fournit un bon exemple :

*« Votre représentant conçoit qu'en soumettant ses idées très humblement à l'opinion de l'HONORABLE CONSEIL, il ne seroit pas difficile de choisir parmi les femmes de campagne des sujets capables d'instruction et si la législature jugeoit à propos d'exclure de la profession d'accoucher tous ceux et celles qui ne seroit point capables de cet état; l'on trouveroit dans chaque district des praticiens licenciés qui sous l'autorité du Gouvernement se chargeroit gratis, de donner les instructions nécessaires à ces candidates, par un catéchisme simple et succinct; adapté à leur capacité dont la pratique pourroit leur être démontrée sur un Apparatus sec ou sujet convenable<sup>35</sup>. »*

Peut-on mieux reconnaître l'influence de l'Europe? Laterrière est un précurseur des changements à venir au Canada. De plus en plus, l'organisation obstétricale du pays se

<sup>33</sup> Canada, Ottawa, Legislative Council Papers, 22 mars 1791, folio 483, cité dans Laforce, *op. cit.*, p. 94.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 1, cité dans Laforce, *op. cit.*, p. 94.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 2, cité dans Laforce, *op. cit.*, p. 94.

rapprochera des modèles européens, mais les changements majeurs se font encore attendre.

En Occident, la reconnaissance de la fièvre puerpérale en tant que fléau et maladie distincte est l'un des résultats de la forte médicalisation de l'accouchement au XVIII<sup>e</sup> siècle. L'obstétrique moderne, devant obtenir l'accès au corps de la femme enceinte pour évoluer, expose dangereusement les femmes à la contagion en inaugurant les premiers hôpitaux de maternité et en favorisant une centralisation des services offerts aux femmes enceintes. Ainsi, si l'on retrouve des témoignages diffus de la maladie à des périodes aussi éloignées que l'Antiquité grecque et égyptienne, rares sont les traités obstétricaux du siècle des Lumières n'en faisant pas mention. Partout, les médecins s'interrogent sur la nature et les causes de la maladie, en ne reconnaissant toutefois pas qu'eux-mêmes sont à la source du problème. N'ayant toujours pas de notion de la contagiosité de l'affection, ils s'imaginent que l'ignorance des femmes et les mauvaises pratiques obstétricales engendrent la plus grande part des fièvres puerpérales. Cependant, la maladie est partout.

L'analyse de l'obstétrique en Nouvelle-France accrédite cette interprétation : tandis que la médicalisation de la naissance y est encore à un stade embryonnaire, incapable de « fermer » adéquatement le circuit des accouchements, on ne remarque aucune fièvre puerpérale épidémique, on ne reconnaît pas même l'existence de la maladie. Cette appréhension médicale de l'affection ne devient possible que lorsque l'administration britannique impose la formation militaire ou universitaire aux médecins de la province et, conséquemment, la réinsertion de la médecine canadienne dans l'arène médicale occidentale. En 1789, Pierre de Sales Laterrière est le premier à attester de l'existence de la maladie au Canada, bien longtemps après qu'on ne l'eut fait en Europe. Comme on peut s'y attendre, sa dissertation ne fait référence qu'à des cas sporadiques de la maladie.

Le siècle séparant l'inauguration des premiers hôpitaux de maternité en Occident et l'essor de la microbiologie allait être particulièrement funeste aux femmes enceintes. Dans ce laps de temps on reconnaît, puis on accepte, la notion de la contagion de la fièvre puerpérale. Le Canada va-t-il encore pouvoir éviter les pires dommages de la maladie?

*Deuxième partie*

LE SIÈCLE MEURTRIER

## Chapitre 5

### CONTAGIONISME ET ANTICONTAGIONISME

Le tournant du XVIII<sup>e</sup> siècle au XIX<sup>e</sup> siècle marque en Occident l'ouverture d'une ère particulièrement dangereuse pour les femmes enceintes. La menace de la fièvre puerpérale croît en proportion directe avec la médicalisation de la naissance. Partout et à intervalles réguliers, la maladie décime les parturientes des maternités. À titre indicatif, entre 1760 et 1788, les hôpitaux de Londres rapportent quelque douze épidémies de fièvre puerpérale<sup>1</sup>. Et la tendance se poursuit, suivant la virulence du streptocoque, presque sans relâche jusqu'à ce que la microbiologie justifie définitivement les mesures aseptiques et antiseptiques par la reconnaissance du micro-organisme responsable de l'infection puerpérale. Pourtant, dès le tournant du XIX<sup>e</sup> siècle, des auteurs prouvent que la maladie peut être transmise par des porteurs asymptomatiques et fournissent les bases d'une prévention efficace de l'infection. Comment alors des épidémies de fièvre puerpérale ont-elles encore pu se produire? Pourquoi, au Canada, durant la même période, le taux d'incidence de l'affection n'a-t-il pas augmenté au-delà de cas tout à fait sporadiques et isolés ?

Partout où la naissance est fortement médicalisée, les épidémies de fièvre puerpérale continuent de faire leurs ravages. Les praticiens occidentaux refusent d'adhérer aux pratiques que commande la contagiosité de l'affection, avant de bien en comprendre les fondements et la mécanique. Voilà l'ironie de l'attitude scientifique du XIX<sup>e</sup> siècle : le scientifique agit bien plus souvent lorsqu'il comprend que lorsqu'il reconnaît. Bien que certains esprits proclament la contagion, personne ne les entend. Cette attitude permet

---

<sup>1</sup> Ian Porter, *Alexander Gordon, M.D. of Aberdeen 1752-1799*, Edinburgh / London, Oliver and Boyd for the University of Aberdeen, 1958, p. 63 (Coll. « Aberdeen University Studies », Number 139).

aux fièvres puerpérales épidémiques d'atteindre l'ampleur qu'on leur connaît. Et si, au Canada, durant cette période, l'infection puerpérale ne menace pas autant les femmes en couches, c'est surtout parce que l'organisation médicale n'y contrôle pas encore tous les accouchements.

Plusieurs médecins et accoucheurs de la première moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle reconnaissent la nature infectieuse de la fièvre puerpérale. Certains croient que l'infection puerpérale provoque des symptômes inflammatoires, d'autres des symptômes putrides. D'autres encore, comme Pierre de Sales Laterrière, croient que l'infection peut générer à la fois une inflammation et une putréfaction des organes de la femme. En général, ils s'entendent sur un point : la source principale d'infection est l'atmosphère « putride » et corrompue dans laquelle la femme accouche. Dans ce système conceptuel de la pathologie de la fièvre puerpérale, l'environnement infectieux de l'accouchement est délimité par la géographie : la région, le lieu, l'atmosphère de la parturition. Une dimension supplémentaire et pourtant essentielle échappe toutefois aux médecins : ils ne conçoivent toujours pas, avant 1795, que le praticien – qu'il soit médecin, chirurgien, accoucheur ou sage-femme – soit un élément déterminant de l'environnement de l'accouchement. Avant Alexander Gordon, on ne le concevait pas ; après lui, on refusait plutôt de l'admettre, malgré les rappels qu'émettaient périodiquement quelques médecins isolés.

### A. Alexander Gordon

En 1795, Alexander Gordon publie à Londres un petit traité sur la fièvre puerpérale<sup>2</sup> qui sera retenu par les historiens de la médecine comme une œuvre marquante de l'évolution de l'épidémiologie et de la pathologie. Gordon fut un éminent médecin de la ville d'Aberdeen, au nord de l'Écosse. Doté d'un sens aigu de l'observation et d'une faculté critique remarquable, il reconnaît, après avoir été témoin d'une importante épidémie de la maladie dans sa région, que la fièvre puerpérale est contagieuse dans le sens premier du terme. Gordon admet que la maladie se transmet non par l'entremise d'une atmosphère viciée, mais par le contact direct d'une personne à une autre. En l'occurrence, l'affection se communique par une tierce personne – le praticien –, qui,

---

<sup>2</sup> Alexander Gordon, *A Treatise on the Epidemic Puerperal Fever of Aberdeen*, London, G. G. & J. Robinson, 1795.

pourtant, ne présente aucun symptôme. Ainsi ce dernier, « chargé de l'infection », contamine inconsciemment les femmes auxquelles il croit porter secours.

### 1. Note biographique

La carrière médicale d'Alexander Gordon porte le sceau d'une ambition honnête – trop honnête, peut-être, pour être couronnée de succès. On ne peut douter que la formation du médecin, chirurgien et obstétricien soit impeccable. C'est avec les plus grands maîtres britanniques de l'époque qu'il apprend l'art d'accoucher.

Gordon est le fils d'un pauvre tenancier de Miltown of Drum, près d'Aberdeen. Après avoir fréquenté la petite école de Peterculter, Gordon s'inscrit en 1771 au Marischal College, où il demeure jusqu'en 1775. Son diplôme d'études classiques en main, il devient ensuite apprenti médecin jusqu'en 1776 à l'infirmerie d'Aberdeen. En mars 1776, il débute ses études de médecine à Leyden. De 1779 à 1780, il se rend à Édimbourg pour parfaire son art. Finalement, le 18 mai 1780, Gordon se présente devant le bureau des examinateurs de la Compagnie des chirurgiens et reçoit un certificat d'aptitude lui permettant de s'engager dans la Marine royale, ce qu'il s'empresse de faire.

Gordon débute sa carrière médicale à bord du *Swallow*, en tant qu'assistant chirurgien. En juillet 1781, il est promu chirurgien. Il servira à bord du *Warspite*, et ensuite du sloop *Otter*. Mais le 12 avril 1785, il se retire et s'établit sur demi-solde à Londres afin de poursuivre son apprentissage en sage-femmerie. Pendant neuf mois, il s'applique à étudier les règles de l'art dans les salles du *Westminster Lying-In Hospital*, sous la direction du D' Ford, puis au *Middlesex Lying-In Dispensary*, sous la direction du D' Thynne. Il assiste durant ce temps aux conférences des docteurs Denman et Osborn. Il retourne ensuite à Aberdeen, où il est nommé, le 21 février 1786, médecin et plus tard médecin-chef du dispensaire de la ville.

Alexander Gordon demeure à Aberdeen pendant dix ans. Sa pratique est étendue : il traite annuellement environ 1400 patients. Puis, de décembre 1789 à mars 1792, une épidémie de fièvre puerpérale éclate dans sa juridiction. Il tient des notes systématiques de tous les cas de la maladie. À partir de ces notes, il tire des conclusions, puis rédige un traité. L'opinion publique défavorable que suscite ce traité ruine sa carrière ; il décide

alors de rejoindre à nouveau la Marine royale en 1795. Tuberculeux, il revient chez son frère en août 1799. Il meurt le 19 octobre la même année.

## 2. *Grandes lignes de son traité*

Selon l'opinion médicale du XVIII<sup>e</sup> siècle, la fièvre puerpérale est beaucoup plus menaçante dans les grandes villes et dans leurs maternités qu'à la campagne, parmi la pratique privée des médecins et des chirurgiens-accoucheurs, où l'air est plus salubre. La fièvre puerpérale épidémique dont Gordon est témoin a cependant ceci de particulier qu'elle ne se limite pas à la ville d'Aberdeen, mais touche les femmes jusque dans les faubourgs, là où l'air est toujours pur et frais. De plus, l'épidémie ne s'observe pas dans une maternité, mais à l'intérieur d'une pratique médicale bien déterminée : celle de Gordon et de deux de ses collègues, ainsi que de quelques sages-femmes oeuvrant pour le dispensaire sous la supervision immédiate du médecin. Ces circonstances amènent Gordon à tirer une observation originale pour l'époque : les épidémies de fièvre puerpérale n'étaient pas, comme on le pensait, causées par les miasmes en suspension dans l'air environnant : « I discovered, déclare-t-il, that the disease was occasioned by a cause very different from the sensible qualities or constitution of the air [...] What the cause was, shall be mentioned afterwards, in its proper place<sup>3</sup> ».

Durant toute l'épidémie, l'auteur prend des notes à partir de chacun des cas observés et construit une base de données. Il retient le nom, l'adresse, l'âge de chaque patiente, la date à laquelle la maladie a été contractée, le nom de l'accoucheur ou de la sage-femme ayant supervisé la parturition, et le résultat du traitement préconisé. Cette base de données fonde l'hypothèse de Gordon. En effet, il remarque qu'aucune relation ne peut être établie entre les cas d'infection et le lieu de parturition des victimes. Cependant, il décèle dans ses notes, la présence d'un autre lien, tout aussi révélateur qu'insoupçonné : le praticien. Si l'accouchement et les fièvres puerpérales doivent évoluer dans un « environnement » épidémique, celui-ci est indéniablement déterminé non par l'espace géographique, mais par l'accoucheur et la sage-femme. Ce sont eux qui transportent dans leur déplacement « l'atmosphère de l'infection », si atmosphère il y a. On voit ici Gordon adapter son lexique aux croyances contemporaines. Ailleurs, il parle de « poison ». Ce

---

<sup>3</sup> Alexander Gordon, *op. cit.*, cité dans Porter, *op. cit.*, p. 65.

poison s'attachant aux personnes ayant été en contact avec la maladie, se transmet, par la contagion, du praticien à la future victime. En ses mots :

*« But that the cause of the epidemic puerperal fever under consideration was not owing to a noxious constitution of the atmosphere, I had sufficient evidence; for, if it had been owing to that cause, it would have seized women on a more promiscuous and indiscriminate manner. But this disease seized such women only as were visited or delivered by a practitioner or taken care of by a nurse, who had previously attended patients affected with the disease.*

*In short, I had evident proofs of its infectious nature, and that the infection was as readily communicated as that of the smallpox or measles and operated more speedily than any other infection with which I am acquainted.*

*With respect to the physical qualities of the infection, I have not been able to make any discovery; but I had evident proofs that every person who had been with a patient in the puerperal fever, became charged with an atmosphere of infection, which was communicated to every pregnant women who happened to come within its sphere. This is not an assertion, but a fact, admitting of demonstration<sup>4</sup>. »*

La contagion, pour Gordon, est un fait, si bien qu'il affirme avoir pu, après sa découverte, prédire quelle femme allait être infectée selon la sage-femme chargée de l'accoucher, « and almost in every instance, écrit-il, my prediction was verified<sup>5</sup> ».

Évidemment, la constatation de Gordon relative à la contamination de la fièvre puerpérale par une tierce personne commandait une approche préventive de la maladie. Si les épidémies étaient communiquées par le praticien d'une parturiente à l'autre, il suffisait, pour briser la chaîne, de limiter l'atmosphère infectieuse du praticien. Ainsi, le circuit de l'infection serait ouvert et l'épidémie aurait moins d'emprise sur d'autres femmes. Naturellement, les techniques aseptiques et antiseptiques étaient à cette époque bien rudimentaires, et les concepts d'asepsie et d'antiseptie étaient inconnus comme tels. En cette matière, Gordon se réfère à l'œuvre du D' Lind, qui soutient que le feu et la fumée sont les meilleurs moyens de contrer les menaces d'infection :

---

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 70.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 66.

« *The same ought to be practiced for preventing the infection of puerperal fever. The patient's apparel and bedclothes ought either to be burnt or thoroughly purified, and the nurses and physicians who have attended patients affected with the puerperal fever, ought carefully to wash themselves and to get their apparel properly fumigated before it be put on again*<sup>6</sup>. »

Si, auparavant, la propreté était préconisée par des auteurs comme Charles White et, au Canada, Pierre de Sales Laterrière, on voit Gordon recommander plus adéquatement les mêmes pratiques. Gordon suggère de s'occuper de la propreté du praticien et de celle de ses instruments bien plus qu'à celle de l'air ambiant.

Quant aux traitements proprement dits de l'infection puerpérale, Gordon est beaucoup plus conservateur. Comme Pierre de Sales Laterrière l'avait déclaré six ans auparavant au Canada, Gordon croit que les symptômes pathologiques de la fièvre puerpérale sont, dans la plupart des cas, d'abord uniquement inflammatoires, pour ensuite s'aggraver par la putréfaction des viscères. Ainsi, le seul espoir de guérir la maladie réside dans sa détection rapide et dans la pratique hâtive d'une copieuse saignée (de 12 à 24 onces par saignée). Selon l'auteur, sur 77 patientes traitées selon ces indications, seulement 28 périrent : un taux de succès nettement meilleur que les précédents<sup>7</sup>. Aujourd'hui, ces affirmations figurent parmi les plus banales du traité. À l'époque cependant, elles furent la marque de Gordon ; c'est grâce à elles si ce médecin n'a pas été complètement oublié.

### 3. Réception de l'œuvre de Gordon

Il faut un immense courage, en 1795, pour publier une opinion comme celle de Gordon. La théorie de la contagion par le praticien accuse celui-ci d'être responsable de la diffusion de l'épidémie. Gordon admet lui-même avoir propagé la maladie entre 1789 et 1792. Par le fait même, l'image de sauveur que les praticiens tentent de consolider depuis le tournant du XVIII<sup>e</sup> siècle, est menacée. Or, le corps médical n'est pas encore prêt à faire face à une telle menace. C'est pourquoi, plutôt que d'admettre la théorie à un plus profond examen, plutôt que de l'ébruiter selon ses mérites et selon son potentiel, on l'ignore. À l'époque, le *Traité sur la fièvre puerpérale* de Gordon est une œuvre bien éphémère. Au niveau local, la pratique du médecin est ruinée par l'opprobre qu'elle

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 74-75.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 73.

suscite. Aux yeux des citoyens d'Aberdeen, qui ne connaissent pas la maladie et la confondent volontiers avec la fièvre des foins, Gordon invente une nouvelle cause de mortalité en couches et étale devant les familles endeuillées la liste morbide des décès qui en résultent. Il semble amplifier inutilement les dangers de l'accouchement. Puis, par honnêteté sans doute, et peut-être par désir de clarté, Gordon nomme, dans son ouvrage, les praticiens concernés par l'épidémie, imposant ainsi à plusieurs le sort qu'il devait lui-même subir. Untel avait été le médium infectieux de tant de victimes ; un autre avait provoqué tant de décès. Il faut maudire ce messager, ou limiter, du moins, les peurs qu'il suscite. À ce sujet, Gordon s'exprime :

*« On this occasion my practice exposed me to the unmerited reproaches of the ignorant and illiterate. For though I had given an unfavorable prognosis, and desired a consultation early in the disease, yet that did not exculpate me, nor mitigate the severity of the popular clamor. On this as well as on many other occasions I found that scientific practice and popular opinion very seldom correspond<sup>8</sup>. »*

Ainsi, Gordon parle au nom de la pratique scientifique. C'est en son nom que sa pratique allait souffrir.

Au niveau de l'opinion médicale, le sort de Gordon n'est guère de meilleur augure. Pour plusieurs, soutenir que le médecin, sans le savoir, est à la source du mal, constitue l'ultime trahison. À l'époque où l'obstétrique commence tout juste à affirmer son emprise sur la naissance, la thèse de Gordon risque de miner la carrière de toute une génération d'accoucheurs. Mais aussi, comme le remarque Robert Lee en 1887, les observations sur la contagion de la fièvre puerpérale avancées par Gordon péchaient autant par la conception non orthodoxe de la pathologie médicale qu'elles suggéraient, que par la remise en question des pratiques obstétricales de l'époque<sup>9</sup>. La science devait – et doit encore – voir pour concevoir. Puisque « l'atmosphère de l'infection », à laquelle faisait allusion Gordon, ne pouvait être scientifiquement étudiée, elle fut ignorée. Les hypothèses émises à partir de l'observation de l'épidémie d'Aberdeen sont trop hâtives pour être acceptées par le corps médical. L'idée est rejetée *a priori* parce que ses

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 67.

<sup>9</sup> R. J. Lee, « The Goulstonian Lectures on Puerperal Fever », *British Medical Journal* (1875), i, p. 267-270, 304-306, 337-339, 371-373, 408-409, 440-442, aux pages 305-306, cité dans Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 33.

implications ne peuvent être comprises par le savoir alors accepté<sup>10</sup>. Un maillon manque à la compréhension des mécanismes de l'infection par la contagion d'une tierce personne. Le traité de Gordon est prématuré. Ce n'est qu'un demi-siècle plus tard que le médecin américain Charles Meigs apprécie, mais pas pour l'essentiel, le traité de Gordon. Il l'apprécie, notamment, pour son appréhension de la phlébotomie :

« [...] *A small unobtrusive book, written without arrogance or pretension. It is a plain unvarnished tale; being a history of his concern with the epidemic, and carries so convincing and truthful an air into every page and line, that I cannot imagine anything better fitted to impress the mind of the reader with the warm and intense convictions of the writer. Half a century has elapsed since it appeared [...] it never loses its good and solid reputation. Every medical practitioner, whether accoucheur or not, ought to read it with care [...] Gordon must ever be regarded as the reformer of our therapeutics on child-bed fever*<sup>11</sup>. »

Ainsi, Gordon est mémorable pour sa thérapeutique, et non pour l'étiologie qu'il fournit de la fièvre puerpérale. Meigs considère ses notions de contagion trop légères et superficielles pour les mentionner<sup>12</sup>.

Quoi qu'il en soit, l'argumentation du traité de Gordon, en ce qui regarde la contagion, est incontestable. Ses conclusions sont basées sur des faits établis par des statistiques. Par conséquent, certains auteurs réitérèrent prudemment les opinions de l'accoucheur, mais la plupart du temps, sans lui en donner crédit. L'exemple le plus frappant de ce plagiat est celui du maître de Gordon, Thomas Denman, à qui Gordon avait respectueusement dédié son œuvre. Dans la première édition de son ouvrage *An Introduction to the Practice of Midwifery*<sup>13</sup>, Denman ne mentionne pas la nature contagieuse de la maladie. Cependant, dans sa deuxième édition, il affirme que la contagiosité de la maladie est alors une donnée acquise. Sans aucun doute Denman tire-t-il cette conviction de Gordon, mais en aucun cas il ne mentionne ni son nom ni son ouvrage. Et Denman n'est pas le seul à agir ainsi<sup>14</sup>.

<sup>10</sup> O. Sacks, « Scotomata : Forgetting and Neglect in Science », dans R. B. Silvers, ed., *Hidden Histories of Science*, Londres, 1997, p. 141-188; p. 141, cité dans Loudon, *op. cit.*, p. 32.

<sup>11</sup> C. D. Meigs, *Females and their Diseases : A Series of Letters to his Class*, Philadelphia, 1848, p. 591, cité dans Loudon, *op. cit.*, p. 33 ; nous soulignons.

<sup>12</sup> Loudon, *op. cit.*, p. 34.

<sup>13</sup> Thomas Denman, *An Introduction to the Practice of Midwifery*, Londres, 1795, 2e éd., 1801. 2 volumes.

<sup>14</sup> Loudon, *op. cit.*, p. 34.

En grande partie pour les traitements qu'il préconise, le traité de Gordon fait néanmoins partie du discours médical sur la fièvre puerpérale. En cinquante ans, il est réimprimé trois fois. Premièrement, le texte est reproduit en 1822, en appendice à l'ouvrage de William Campbell, *A Treatise on the Epidemic Puerperal Fever as it prevailed in Edinburgh in 1821-1822*<sup>15</sup> ; ensuite, en première partie de *The History, Pathology and Treatment of Puerperal Fever and Crural Phlebitis*<sup>16</sup> en 1842 ; et finalement, en 1849, dans *Essays on Puerperal Fever and Other Diseases Peculiar to Women*<sup>17</sup>. Mais très peu d'indices peuvent laisser croire qu'on le lit et que l'on comprend la notion de contagion par une tierce personne<sup>18</sup>. Cela nécessitera un demi-siècle. C'est Oliver Wendell Holmes qui, pour la première fois après Gordon, ravive la controverse entourant l'influence de la médicalisation de l'accouchement sur le taux de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale. Son argument sera le même. Mais Oliver Wendell Holmes aura-t-il plus de succès que son prédécesseur, dont la seule erreur fut de devancer la mentalité de son temps ?

## B. Oliver Wendell Holmes

### 1. Mise en contexte

En 1843, Oliver Wendell Holmes (1809-1894) publie dans le périodique américain *New England Quarterly Journal of Medicine* un essai qui deviendra l'un des plus populaires de l'histoire de l'obstétrique : « On the contagiousness of puerperal fever ». Comme son titre l'indique, le texte dénonce, avec éloquence et passion, la nature contagieuse de la fièvre puerpérale. Pourtant, Holmes n'est pas un spécialiste de l'obstétrique ; il est médecin. Quatre ans après la publication de son essai, il obtient la prestigieuse chaire d'anatomie et de physiologie de l'école de médecine de l'Université Harvard, qu'il occupe pendant 36 ans. Sa carrière médicale est brillante. Pourtant, on se souvient peut-être mieux d'Oliver Wendell Holmes comme poète que comme médecin. Tout au long de sa vie, l'écriture le passionne autant que la science ; d'ailleurs son essai, de par sa clarté et son style, porte le sceau de l'artiste.

<sup>15</sup> William Campbell, *A Treatise on the Epidemic Puerperal Fever as it prevailed in Edinburgh 1821-22*, Edinburgh, 1822.

<sup>16</sup> E. Barrington et G. D. Haswell, *The History, Pathology and Treatment of Puerperal Fever and Crural Phlebitis*, Philadelphia, 1842.

<sup>17</sup> Fleetwood Churchill, ed., *Essays on Puerperal Fever and Other Diseases Peculiar to Women, Selected from the Writings of British Authors previous to the Close of the Eighteenth Century*, London, The New Sydenham Society, 1849.

<sup>18</sup> Ian Porter, *op. cit.*, p. 82.

C'est beaucoup plus par hasard que par vocation que Holmes, au début des années 1840, s'intéresse à l'obstétrique. En 1842, la *Boston Society for Medical Improvement* organise une conférence générale à laquelle il assiste. Quand la réunion se termine plus tôt que prévu, un médecin demande la permission de parler d'une apparente fièvre puerpérale épidémique sévissant dans le sud de Philadelphie, au sein de la pratique d'un obstétricien renommé. Pendant l'année 1841-1842, presque chaque femme accouchée par ce praticien, soit plus de 70, avait succombé à l'infection puerpérale<sup>19</sup>. On signale également la mort d'un médecin, survenue moins d'une semaine après qu'il se fût blessé alors qu'il disséquait une victime de la fièvre puerpérale. Après l'accident, le médecin en question avait poursuivi sa pratique obstétricale, et chaque femme qu'il soigna tomba victime de la maladie<sup>20</sup>. Ces faits et plusieurs autres, qui témoignaient d'une mortalité particulièrement élevée au sein de la pratique de certains médecins seulement, tandis que d'autres, dans la même aire géographique, étaient épargnés, attirèrent l'attention de Holmes. Il voulut éclaircir ce mystère :

*« Whatever apprehensions and beliefs were entertained, it was plain that a fuller knowledge of the facts relating to the subject would be acceptable to all present. I therefore felt that it would be doing a good service to look into the best records I could find, and inquire of the most trustworthy practitioners I knew, to learn what experience had to teach in the matter, and arrived at the results contained in the following pages<sup>21</sup>. »*

Dans l'introduction de son essai, Holmes expose sa méthodologie : quoique n'ayant pas lui-même une expérience concrète dans l'art d'accoucher, il effectuera une recension approfondie de la littérature traitant du sujet et questionnera des obstétriciens d'expérience dans le but de déterminer si, oui ou non, la fièvre puerpérale peut être transmise de patiente à patiente par l'assistant médical supervisant leur accouchement. Il mit plusieurs mois à parcourir tout ce qui avait été publié à ce sujet et n'oublia aucun auteur. Ses conclusions sont nettes : la fièvre puerpérale est bel et bien une maladie contagieuse.

<sup>19</sup> College of Physicians of Philadelphia, « Discussion », Transactions of the College of Physicians of Philadelphia, I (1841-46), p. 50-62, 50-51, dans Irvine Loudon, ed., *Childbed Fever. A Documentary History*, New York / London, Garland Publishing, Inc., 1995, p. 43.

<sup>20</sup> Oliver Wendell Holmes, *Puerperal Fever as a Private Pestilence*, Boston, 1855.

<sup>21</sup> *Ibid.*

## 2. *Grandes lignes de son essai*

L'argument central de l'essai d'Oliver Wendell Holmes est tranchant : « The practical point to be illustrated is the following: *The disease known as Puerperal Fever is so far contagious as to be frequently carried from patient to patient by physicians and nurses*<sup>22</sup>. » Selon Holmes, la contagiosité de la fièvre puerpérale est si apparente, en regard des innombrables témoignages qu'il recense, qu'il poursuit sur une note qui, plus tard, le rend célèbre :

*« Whatever indulgence may be granted to those who have heretofore been the ignorant causes of so much misery, the time has come when the existence of a private pestilence in the sphere of a single physician should be looked upon not as a misfortune but a crime; and in the knowledge of such occurrences, the duties of the practitioner to his profession, should give way to his paramount obligations to society*<sup>23</sup>. »

Ce que Holmes dénonce n'est pas tant l'ignorance, par les médecins, de la nature contagieuse de la maladie que leur refus, souvent obstiné, d'admettre qu'eux-mêmes peuvent être les vecteurs de la maladie. En effet, la toute première phrase de l'essai expose, dans toute leur clarté, les conclusions d'Alexander Gordon<sup>24</sup>. La question que Holmes semble finalement poser est de savoir comment, en cinquante ans de pratique obstétricale – et devant tant de témoignages écrits –, les médecins-accoucheurs les mieux éduqués d'Amérique pouvaient toujours douter du mode de propagation de l'infection. Comment pouvaient-ils toujours voir, dans la transmission exclusive de la maladie au sein d'une pratique distincte, l'effet d'une coïncidence, quand les chances que le même phénomène ne se produise, telles que calculées par des professionnels selon des données à jour, « would not be one [...] in a million million million millions [...]»<sup>25</sup>? Tout comme Alexander Gordon, Holmes reconnaît la dimension humaine du milieu, de la « géographie » épidémique. Ainsi, c'est par induction qu'il en vient à isoler le praticien lui-même dans la chaîne de propagation de la maladie :

<sup>22</sup> Holmes, *Private Pestilence...*, dans Loudon, ed., *A Documentary History...*, p. 50.

<sup>23</sup> *Ibid.*, p. 55.

<sup>24</sup> Porter, *op. cit.*, p. 83.

<sup>25</sup> Holmes, *Private Pestilence...*, *loc. cit.*, p. 48.

« VI. When an unusually large number of cases of this disease occur about the same time, it is inferred, therefore, that there exists some special cause for this increased frequency. If the disease prevails extensively over a wide region of country, it is attributed without dispute to an epidemic influence. If it prevails in a single locality, as in a hospital, and not elsewhere, this is considered proof that some local cause is there active in its production.

« VII. When a large number of cases of this disease occur in rapid succession, in one's individual's ordinary practice, and few and none elsewhere, these cases appearing in scattered localities, in patients of the same average condition as those who escape under the care of others; there is the same reason for connecting the cause of the disease with the person in this instance, as with the place in that last mentioned<sup>26</sup>. »

À l'instar d'Alexander Gordon, Oliver Wendell Holmes est en mesure de suggérer certaines pratiques préventives. Premièrement, un accoucheur ne devrait jamais participer à l'examen *post mortem* d'une victime de la fièvre puerpérale. Ensuite viennent les mesures prophylactiques. Si un praticien assiste, contre toute logique, à l'autopsie d'une victime de fièvre puerpérale ou de péritonite, il est de sa responsabilité, avant d'examiner un cas de sage-femmerie, de se laver, de changer chaque vêtement, puis d'attendre une période d'au moins vingt-quatre heures. Les mêmes précautions doivent être observées pour les cas d'érysipèle. S'il rencontre un cas isolé de la fièvre puerpérale au sein de sa pratique, l'accoucheur doit porter une attention toute particulière aux soins apportés à sa prochaine patiente, pour éviter qu'elle ne soit contaminée par lui. Après la rencontre de deux cas consécutifs de la maladie dans une pratique isolée, le praticien doit s'abstenir d'accoucher les femmes pour une période minimale d'un mois, veillant dans l'intervalle à faire tout ce qu'il peut pour éliminer l'influence néfaste de la maladie. Finalement, trois cas rapprochés au sein d'une même pratique sont le signe que l'individu en question est le « véhicule » de la contagion. Holmes insinue que ce praticien doit abandonner définitivement sa pratique, afin de ne pas causer en toute conscience d'inutiles décès<sup>27</sup>.

### 3. Réception de l'œuvre de Holmes

Les faits présentés dans l'essai d'Oliver Wendell Holmes furent généralement acceptés avant la mort de son auteur. En cela, Holmes fut récompensé, à la fin, du courage que nécessita la publication de ses recherches, et de l'endurance avec laquelle il dut faire face à une solide opposition. La version originale du travail qu'Oliver Wendell Holmes présenta

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 47.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 54-55.

à la *Boston Society for Medical Improvement*, fut publiée, tel qu'indiqué ci-haut, dans le *New England Quarterly Journal of Medicine and Surgery* en avril 1843. Cependant, ce périodique s'éteignit après seulement une année; sa circulation, d'un autre côté, avait toujours été médiocre. En plus du tirage du journal, Oliver Wendell Holmes avait lui-même reproduit quelques copies et les avait envoyées à certains de ses collègues<sup>28</sup>. Ainsi, le travail avait été rendu public, sans pour autant atteindre un nombre élevé de praticiens; ses découvertes, aussi importantes furent-elles, restèrent encore longtemps dans l'ombre. C'est seulement douze ans plus tard qu'il se décide à republier indépendamment l'essai, sous le titre de *Puerperal Fever as a Private Pestilence*. Là, le travail retentit dans toutes les sphères médicales d'Amérique. En Europe, Holmes ne fut connu que beaucoup plus tard, en 1906, quand Charles J. Cullingworth publia à Londres les grandes lignes de son travail dans un ouvrage intitulé *Oliver Wendell Holmes and the Contagiousness of Puerperal Fever*<sup>29</sup>.

Comme on peut le pressentir par le caractère direct, presque effronté des propos de Holmes, l'opposition générée par l'essai sera souvent âpre. Oliver Wendell Holmes dérange le milieu obstétrical pour deux raisons. Premièrement, la fougue avec laquelle il condamne les médecins responsables de la propagation de la maladie en offusque plusieurs; deuxièmement, toute son argumentation est basée sur une expérience indirecte, secondaire, livresque de l'accouchement<sup>30</sup>. Holmes est un jeune homme au moment où il publie son travail; il n'a aucune expérience obstétricale. Comment des spécialistes portés à la défensive par le ton de ses propos pourraient-ils ne pas voir en lui un freluquet présomptueux?

Les critiques de Holmes proviennent principalement de deux sommités du domaine obstétrical: le professeur Hodge, détenteur de la chaire d'obstétrique à l'Université de Pennsylvanie, et Charles Meigs, qui occupe la chaire de sage-femme et des maladies des femmes au Collège Jefferson de Philadelphie<sup>31</sup>. Aux dires de Holmes, le premier fut courtois, scientifique pour ainsi dire, dans son refus de la contagiosité de la fièvre

---

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 45.

<sup>29</sup> Charles J. Cullingworth, *Oliver Wendell Holmes and the Contagiousness of Puerperal Fever, with an appendix "Biographical Sketch of Dr. Alexander Gordon of Aberdeen, 1752-99"*, London, 1906.

<sup>30</sup> Loudon, ed., *A Documentary History...*, p. 44.

<sup>31</sup> London, *The Tragedy...*, p. 57.

puerpérale<sup>32</sup>. Charles Meigs, au contraire, se livre, dans sa critique, aux invectives et aux attaques personnelles. Pour lui, l'essai de Holmes n'est rien moins que l'œuvre d'un jeune insignifiant voulant semer la controverse à propos d'un sujet dont il ne connaît strictement rien<sup>33</sup>. Meigs s'obstine à ne voir que le fruit du hasard dans les « pestilences privées » d'Oliver Wendell Holmes. Comme on le constate dans ce passage tiré de son ouvrage *Females and their Diseases*, c'est sur une note ironique qu'il fait référence aux expressions de Holmes :

*« As to the contagiousness of small-pox, I cannot deny it since I cannot deny the contagiousness of any inoculable malady. But the contagious nature of puerperal fever, though asserted by so many of the brethren, entitled to my respect for their learning, judgment, and humanity, I cannot for a moment admit. Its epidemic power is for me a sufficient explanation of all the asserted examples of its communication by direct contagion. If a disease be contagious, it must be so by the virtue of a material, or essence produced in and evolved from the person of an individual; and it is averred that A and B may propagate that cause from house to house, while C, D and E are admitted to have no such power of transmission. A physician has even been called a walking pestilence, because he has met with numerous examples of puerperal fever in his practice, while his brethren have had no such trying occurrence to lament. He has been tracked, it is said, by the victims of a contagion transmitted by his person. And it is quite true, that we occasionally meet with inexplicable instances of the existence of the disease among the patients of a single practitioner, or two or more medical people of a city or village, while the other brethren who continue their practice in obstetrics, encounter no untoward lying-in cases. It is a matter of vast moment to determine the question of the contagion, or the non-contagiousness of puerperal fever, a subject most difficult to investigate, and like the question of the contagiousness of plague, of cholera Asiatica, or yellow fever, likely long to remain unsettled, after useless discussions and inquiries. It would, perhaps, be wrong to say useless, since such inquiries lead, in the long run, to the establishment of truth<sup>34</sup>. »*

Meigs reconnaît tous les éléments de l'argumentation de Holmes ; ce qu'il refuse, c'est la contagion. Pour lui, cette dernière n'est tout simplement pas une explication possible des phénomènes observés. D'ailleurs, sa propre expérience, qu'on pourrait qualifier de chanceuse, corrobore ses préjugés :

<sup>32</sup> Holmes, *Private Pestilence...*, loc. cit., p. 46.

<sup>33</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 57.

<sup>34</sup> Charles Meigs, *Females and their disease*, Philadelphia, Lea and Blanchard, 1848, dans Loudon, ed., *A Documentary History...*, p. 59.

*« Having practiced midwifery a great many years, and having been concerned in the visitation of the sick laboring under puerperal fever, whether sporadic or epidemic, -- visiting the same cases with those who have so cruelly been abused, as performing the part of a walking pestilence, scattering death and desolation where they desired only to do good, -- and seeing that I could never convict myself of being the means of spreading the contagion, I remain incredulous as to the contagiousness of the malady. I have gone from the dissection of the bodies of women, dying at the hospital, with symptoms of the most violent puerperal peritonitis, prevailing epidemically there, and have never communicated it to those whom I soon afterwards delivered in their labors. I have visited the patients of those, among whose patients the disease seemed to extend because they were the attending physicians, yet I do not convey the malady into my own clinical practice, while they were loudly accused of so doing<sup>35</sup>. »*

On voit dans cet extrait l'offense que pouvaient représenter les propos d'Oliver Wendell Holmes aux yeux de plusieurs. Pour ces praticiens, l'intention bienveillante et l'image populaire du médecin transcendent la valeur des faits présentés par le jeune médecin. Aujourd'hui, l'attitude de Meigs peut paraître surprenante, mais tant que l'on n'isole pas l'agent pathogène responsable de l'infection puerpérale, la contagiosité de la maladie fut sujette à débat, et encore... Charles Meigs était un obstétricien extrêmement populaire; sa pratique privée, immense. L'autorité du personnage était reconnue autant par son professorat au Collège que par la popularité de son ouvrage sur les maladies des femmes. Par conséquent, son influence fut lourde, d'autant plus que la position qu'il adoptait était moins préjudiciable aux médecins. Avec Holmes, la théorie de la contagion de la fièvre puerpérale gagna cependant plus de terrain. Du moins, le retentissement de son essai éveilla l'attention de plusieurs médecins. Mais pendant ce temps, en Europe, encore un autre médecin fit indépendamment les mêmes découvertes.

### C. Ignaz Philipp Semmelweis

#### 1. Note biographique

Ignaz Semmelweis est l'un des derniers protagonistes de la démonstration de la transmission indirecte de la fièvre puerpérale par le praticien. Quand Alexander Gordon et Oliver Wendell Holmes se contentent d'observer puis d'exposer les faits, Ignaz Semmelweis, lui, apporte une explication intelligible, fournissant un pont entre la reconnaissance et la compréhension des modes de propagation de la maladie. Le point pivot du traité du médecin hongrois, justement, n'est pas tant la contagiosité de la fièvre

---

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 59-60.

puerpérale que la façon de prévenir sa propagation incontrôlée : c'est là, selon le médecin, sa découverte. Hélas, ses théories cadrent encore trop mal avec la doctrine médicale de son époque pour être généralement acceptées.

*« Medicine's highest duty is saving threatened human life, and obstetrics is the branch of medicine in which this duty is most obviously fulfilled [...] But unfortunately the number of cases in which the obstetrician achieves such blessings vanishes in comparison with the number of victims to whom [the help of the obstetrician] is of no avail. This dark side of obstetrics is childbed fever<sup>36</sup>. »*

Ces mots de Semmelweis témoignent de son dévouement envers les accouchées. Son devoir, en tant qu'obstétricien, est de sauver des vies, mais pendant longtemps la fièvre puerpérale gâche ses meilleurs succès. Cependant, les circonstances de sa carrière professionnelle allaient lui permettre de mieux comprendre la mécanique régissant l'infection puerpérale et d'agir afin d'en ralentir la course. En 1844, Semmelweis obtient le grade de docteur et de maître en sage-femmerie de l'Université de Vienne. Aussitôt, il décroche un poste au département de pathologie de l'hôpital de maternité de Vienne<sup>37</sup>. La maternité en question comporte deux ailes ou cliniques distinctes à cette époque. Dans la première, on enseigne la pratique des accouchements aux futurs obstétriciens ; dans la seconde, on forme les sages-femmes. Pendant deux ans, Semmelweis est déconcerté par le haut taux d'infection puerpérale et par la forte morbidité de la maladie. De plus, il remarque qu'aucune thérapie orthodoxe n'est efficace. En 1846, il est nommé assistant provisoire du D<sup>r</sup> Klein à la première aile. À ce moment, il remarque que le taux de mortalité due à la fièvre puerpérale au niveau de la première aile, où l'on n'enseigne qu'aux hommes, est nettement plus élevé que celui de la seconde. En 1846, un nombre cinq fois plus élevé de femmes décèdent de la maladie dans la première clinique ; en moyenne, de 1841 à 1847, le rapport de la mortalité de la première clinique sur celui de la deuxième est de 3 pour 1<sup>38</sup>. Ces faits constituent les bases du questionnement qui amène Ignaz Semmelweis à faire un pas décisif dans la compréhension médicale de l'affection, puis à préconiser les premières mesures préventives dont l'efficacité est prouvée par les statistiques.

<sup>36</sup> Ignaz Philipp Semmelweis, *The Etiology, Concept, and Prophylaxis of Childbed Fever*, K. Codell Carter, tr., ed., Madison, The University of Wisconsin Press, 1983, p. 63.

<sup>37</sup> *Ibid.*

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 64.

Tableau 5.1. Taux de mortalité annuel à la Maternité de Vienne, 1841-1846

Année	PREMIÈRE CLINIQUE			DEUXIÈME CLINIQUE		
	Naissances	Mortalités	Taux mortalité (%)	Naissances	Mortalité	Taux mortalité (%)
1841	3036	237	7,70	2442	86	3,50
1842	3287	518	15,80	2659	202	7,50
1843	3060	274	8,90	2739	164	5,90
1844	3157	260	8,20	2956	68	2,30
1845	3492	241	6,80	3241	66	2,03
1846	4010	459	11,40	3754	105	2,70
TOTAL	20042	1989		17791	691	
MOYENNE			9,92			3,38

Source : Ignaz Philipp Semmelweis, *The Etiology, Concept, and Prophylaxis of Childbed Fever*, K. Codell Carter, tr., ed., Madison, The University of Wisconsin Press, 1983, p. 64

## 2. Grandes lignes de son traité

Très tôt, il fut clair dans l'esprit de Semmelweis que ce que le corps médical considérait comme vrai au sujet de la fièvre puerpérale n'était en fait que de simples propositions :

*« Not only was the therapy unsuccessful, écrit-il, the etiology seemed deficient. The accepted etiology of childbed fever, on the basis of which I saw so many hundreds of maternity patients treated unsuccessfully, cannot contain the actual causal factor of the disease<sup>39</sup>. »*

Le médecin recherchait les causes de la maladie et les mécanismes de sa propagation. En 1847, un incident vint fournir la clef de la problématique de Semmelweis. Le D<sup>r</sup> Jakob Kolletschka, professeur de médecine légale, décède après avoir été blessé par un scalpel ayant servi à la dissection d'une victime de la fièvre puerpérale. Les symptômes qu'il démontra furent en tous points pareils à ceux de la fièvre puerpérale. À sa mort, l'autopsie indique qu'il est atteint, comme les victimes de fièvre puerpérale, de pleurésie, de péricardite, de péritonite et de méningite. Semmelweis reconnaît, ou du moins soumet l'hypothèse, que Kolletschka, quoiqu'il soit un homme, décède de la même affection que les parturientes de la maternité<sup>40</sup>. Il admet que la cause première de la mort du médecin est la contamination provoquée chez lui par les *particules cadavériques* présentes sur le scalpel. Si la maladie ayant causé la mort de Kolletschka était la même qui décimait les parturientes de la maternité, la cause de la mortalité dans les deux cas devait également

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 88.

être la même : la contamination par des particules cadavériques. Cette notion corroborait d'ailleurs bien l'observation du taux de mortalité différentiel des deux cliniques : tandis que les sages-femmes n'assistaient jamais aux dissections *post-mortem*, les futurs obstétriciens le faisaient sur une base quotidienne. Souvent, ceux-ci passaient directement de la salle de dissection à la clinique de maternité pour examiner, une à une, chacune des parturientes présentes<sup>41</sup>. Leurs mains, tout comme le scalpel du D<sup>r</sup> Kolletschka, étaient saturées de particules cadavériques, lesquelles étaient transmises, durant les examens, par contact direct aux voies génitales des parturientes, d'où le haut taux de mortalité dans cette clinique.

Ce cheminement logique conduit directement, sinon à un traitement de la maladie, du moins à une méthode efficace de la prévenir : il suffit d'éliminer la source de l'infection. Pour ce faire, Semmelweis utilise, à partir de mai 1847, une solution chlorée. Chaque étudiant et chaque praticien doit désormais, au sortir de la morgue, se laver les mains dans la solution prophylactique avant de passer à l'examen des femmes. Les résultats de cette technique sont spectaculaires. À partir de juin 1847, le taux de mortalité de la première clinique est abaissé à un niveau similaire à celui de la deuxième<sup>42</sup>. Au cours des sept mois de l'année où la pratique est observée, sur 1841 parturitions, seulement 56 femmes décèdent (3,04 %). En 1846, par comparaison, avant que le personnel de la clinique ne commence à se laver les mains à la solution chlorée, sur 4010 parturitions, 459 femmes perdent la vie : un taux de mortalité de 11,4 %. Finalement, en 1848, alors que le taux de mortalité de la deuxième clinique est de 1,33 %, celui de la première est de 1,27 % seulement<sup>43</sup>. Selon les standards de l'époque, la mortalité maternelle de la première aile de maternité fut finalement abaissée, puis maintenue, à un niveau endémique acceptable. Semmelweis est convaincu d'avoir percé le mystère de l'infection puerpérale. Il en était très près, en effet, mais l'expérience allait démontrer que sa théorie devait être ajustée à une nouvelle série d'observations.

---

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 88-89; voir aussi F. H. Arneth, « Evidence of Puerperal Fever Depending upon the Contagious Inoculation of Morbid Matter », *Monthly Journal of Medical Science*, 12 (1851), 505-511, p. 506.

<sup>42</sup> Semmelweis, *op. cit.*, p. 89.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 89.

En octobre 1847, une femme atteinte d'un cancer de l'utérus est admise à la première aile de la maternité. On l'installe sur le premier lit de la rangée de patientes, de sorte qu'elle est la première à être examinée par les étudiants. Or, quoique ceux-ci se désinfectent les mains à la sortie de la salle de dissection, ils ne le font pas entre chaque examen individuel, les parturientes ne pouvant pas générer des particules cadavériques dans la mesure où elles sont en vie durant l'examen. Résultat : sur les douze parturientes de la rangée de lits, onze meurent de la fièvre puerpérale<sup>44</sup>.

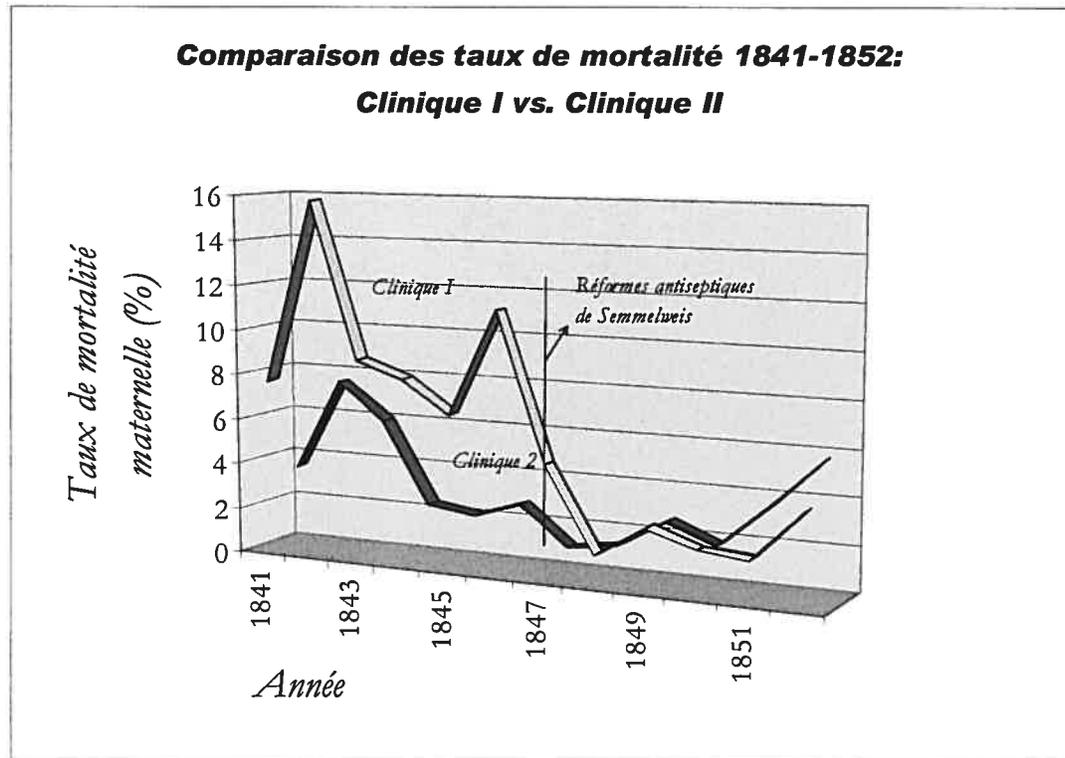
Tableau 5.2. Taux de mortalité maternelle à la Maternité de Vienne, 1847-1852

<i>Année</i>	PREMIÈRE CLINIQUE			DEUXIÈME CLINIQUE		
	Naissances	Mortalités	Taux mortalité %	Naissances	Mortalités	Taux mortalité %
1847	3490	176	5,00	3306	32	0,97
1848	3556	45	1,30	3219	43	1,30
1849	3858	103	2,70	3371	87	2,60
1850	3745	74	2,00	3261	54	1,70
1851	4194	75	1,80	3395	121	3,60
1852	4471	181	4,00	3360	192	5,7

Source : Ignaz Philipp Semmelweis, *The Etiology, Concept, and Prophylaxis of Childbed Fever*, K. Codell Carter, tr., ed., Madison, The University of Wisconsin Press, 1983.

<sup>44</sup> *Ibid.*

Figure 5.1. Impact des réformes de Semmelweis sur la mortalité maternelle à l'Hôpital de Vienne



Source : Ignaz Philipp Semmelweis, *The Etiology, Concept, and Prophylaxis of Childbed Fever*, K. Codell Carter, tr., ed., Madison, The University of Wisconsin Press, 1983.

En novembre, une femme est admise au soins de la première clinique avec une blessure au genou. Au niveau des organes génitaux, cependant, la femme est parfaitement saine. Elle ne présente aucun risque d'infection par l'entremise directe des mains des praticiens. Cependant, la matière organique en décomposition sature l'atmosphère de la salle d'accouchement où elle se trouve : ici encore, presque toutes les femmes occupant cette salle meurent<sup>45</sup>. Ces cas démontrent que non seulement les particules cadavériques, mais également toute matière organique en décomposition, peuvent transmettre la fièvre puerpérale par contact direct ou par voie aérienne. La théorie de Semmelweis était à point. En ses mots :

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 93.

*« Based on experience of over fifteen years in three different institutions, all of which were severely afflicted with childbed fever, I regard the disease, without a single exception, as a resorption fever dependent on the resorption of decaying animal-organic matter<sup>46</sup>. »*

Ce constat des modes de propagation de la fièvre puerpérale est cependant lourd de conséquences : il implique que les praticiens, plus que tous autres, sont responsables des ravages causés par la maladie. Car tout comme Holmes et Gordon l'avaient fait auparavant, Semmelweis montre le rôle de l'homme au sein des « influences épidémiques » atmosphériques de la fièvre puerpérale : la transmission directe de l'agent responsable de la maladie. Pour Semmelweis, la fièvre puerpérale n'est pas une maladie contagieuse dans l'acception contemporaine du terme. À ce sujet, il affirme :

*« Childbed fever is not a contagious disease. A contagious disease is one that produces the contagion by which the disease is spread. This contagion brings about only the same disease in other individuals. Smallpox is a contagious disease because smallpox generates the contagion that causes smallpox in others [...] Childbed fever is different. This fever can be caused in healthy patients through other diseases<sup>47</sup>. »*

En effet, Semmelweis a pu prouver qu'un cancer ou une blessure suppurée pouvait tout aussi bien générer la maladie chez d'autres patientes. Aussi, il reconnaît en l'infection endogénique la cause des cas sporadiques de la maladie. Ainsi, le médecin est susceptible de transmettre non pas la maladie en tant que telle, mais la particule responsable de la maladie. Semmelweis s'approche autant de la vérité qu'il est possible de le faire sans une connaissance des micro-organismes.

Les percées médicales ne s'obtiennent jamais qu'au prix d'un double sacrifice : celui des chercheurs vouant leur vie à une meilleure compréhension des maladies, puis celui, plus lourd encore, des milliers d'individus qui meurent ou sont littéralement tués, involontairement, au cours du processus d'apprentissage<sup>48</sup>. Mais lorsque l'on atteint le savoir, un degré plus haut de vérité, l'éthique veut que le médecin paie son tribut aux victimes, et prenne toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde de la vie humaine. Semmelweis reconnaît, avec amertume, comme l'avait fait Gordon au tournant du XIX<sup>e</sup> siècle, qu'il fut le véhicule de la mort :

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 114.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 117.

<sup>48</sup> K. Codell Carter, and Barbara Carter, *Childbed Fever. A Scientific Biography of Ignaz Semmelweis*, Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1994, p. vii.

*« In consequence of my conviction I must affirm that only God knows the number of patients who went prematurely to their graves because of me. I have examined corpses to an extent equaled by few other obstetricians. If I say this also of another physician, my intention is only to bring to consciousness a truth that, to humanity's great misfortune, has remained unknown through so many centuries. No matter how painful and oppressive such as a recognition may be, the remedy does not lie in suppression. If the misfortune is not to persist forever, then this truth must be made known to everyone concerned<sup>49</sup>. »*

Mais toute sa vie, il tente de faire en sorte que la raison d'être, si on peut dire, de toutes ces victimes, au moins, n'aient pas été en vain. Peut-être prenait-il cette cause trop à cœur pour se faire respectueusement entendre...

Dans un appel aux gouvernements de toutes les nations, Semmelweis émet un certain nombre de suggestions pour stopper les dommages de la fièvre puerpérale. Premièrement, il veut qu'un projet de loi soit mis sur pied par lequel il serait défendu aux praticiens des maternités de prendre part à toute activité susceptible de contaminer leurs mains par la fièvre puerpérale : «Decaying matter is usually spread in manual examinations, écrit-il. Given a large number of students, it is safer to avoid contamination than to clean what has once been contaminated<sup>50</sup>.» Pour ce faire, il suggère que les cours théoriques et pratiques de l'obstétrique soient dissociés. Ainsi, l'étudiant suivant l'enseignement théorique, et assistant aux dissections des victimes des maternités que cela implique, ne risquerait pas de contaminer les parturientes des hôpitaux affiliés aux centres d'enseignement. Par cette loi, la cause majeure des fièvres puerpérales épidémiques serait enrayée. Ensuite, la fièvre puerpérale pouvant également être endogène, ce même projet de loi commanderait la désinfection des mains du praticien avant et après chaque examen gynécologique. Semmelweis émet également quelques suggestions touchant l'architecture des hôpitaux de maternité. Ceux-ci devraient être bien ventilés et séparés des hôpitaux généraux, afin que les particules organiques en décomposition ne puissent contaminer l'atmosphère des parturientes. Aussi, chaque maternité devrait être pourvue d'un nombre adéquat de salles d'isolement, où pourraient accoucher les femmes qui « émettent », pour une raison ou une autre, des « matières en décomposition<sup>51</sup> ». Finalement, les praticiens élimineront les sources possibles d'infection durant l'accouchement en ne laissant pas,

<sup>49</sup> Semmelweis, *op. cit.*, p. 98.

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 163.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p. 165.

dans la mesure du possible, les parturitions difficiles s'éterniser. Ils éviteront également toute meurtrissure des organes génitaux et du périnée de la femme, ceux-ci offrant une surface particulièrement vulnérable à l'absorption des particules en décomposition. Puis, ils veilleront à ce que toute partie du placenta et des annexes, et tout sang coagulé, soient évacués de la matrice avant qu'ils ne commencent à se décomposer.

### 3. Réception de l'œuvre de Semmelweis

La communication de l'enseignement de Semmelweis fut extrêmement lente. Refusant lui-même de mettre sous presses un traité exposant les détails de ses découvertes, celles-ci durent longtemps être résumées dans leurs grandes lignes dans différents périodiques médicaux par des partisans de Semmelweis. Quoi qu'il en soit, l'enseignement de Semmelweis subit le même sort que celui de ses prédécesseurs. À quelques exceptions près, les médecins-accoucheurs ne prennent connaissances de ses théories que pour mieux les ignorer par la suite.

Dès 1848, la théorie d'Ignaz Philipp Semmelweis était à maturité, ou presque, l'ajustement de l'énoncé des causes de « matière morbide » à « matière organique en décomposition » étant encore à faire. Ses hypothèses relatives aux causes et à la prévention de la fièvre puerpérale, en plus d'être arrêtées, était étayées par suffisamment de données statistiques pour convaincre, s'il n'était pas sous l'influence de préjugés, le plus sceptique des médecins. Cependant, ce n'est que douze ans plus tard, en 1860, que Semmelweis publie *Etiology, Concept and Prophylaxis of Childbed Fever (Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers)*. En 1848, il se contente d'écrire des lettres personnelles à différents obstétriciens d'Europe, où il expose ses théories. Les historiens sont encore incertains quant aux raisons motivant ce refus de publier. Certains suggèrent que Semmelweis éprouvait des difficultés à rédiger en allemand; une chose est sûre : il détestait l'écriture<sup>52</sup>. Une autre est probable : Semmelweis refusa de publier afin d'éviter les critiques que son œuvre susciterait<sup>53</sup>. Dans tous les cas, son comportement ne fit qu'aggraver les choses.

---

<sup>52</sup> Sir William Sinclair, *Semmelweis, his Life and his Doctrine*, Manchester, 1909, p. 196, cité dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 101.

<sup>53</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 101.

Hormis deux conférences médicales, Semmelweis laissa pendant tout ce temps la propagation de ses découvertes aux mains de ses partisans. Parmi eux, il faut compter Ferdinand Ritter von Hebra, Joseph Skoda, Justus Liebig, Franz Hector Arneth et Carl Rokitansky<sup>54</sup>. En 1847 et en 1848, Ferdinand Hebra publia deux essais traitant des théories de Semmelweis dans le périodique *Transactions of the Medical Society of Vienna*<sup>55</sup>. En 1848, Charles Routh, obstétricien britannique ayant étudié à la première clinique de la Maternité de Vienne, rédige un compte-rendu de l'œuvre de Semmelweis, qui est présenté à la *Royal Medico-Chirurgical Society* de Londres par E. W. Murphy. En 1849, l'essai de Routh est publié dans le *Medico-Chirurgical Transactions*<sup>56</sup>. Franz Arneth, de son côté, témoigne de l'œuvre de son collègue à Édimbourg, en 1851, devant la *Edinburgh Medico-Chirurgical Society*<sup>57</sup>.

Ces rapports de seconde main des travaux de Semmelweis n'eurent pas le retentissement qu'ils méritaient. Une explication réside dans le fait que les premiers rapports de Hebra furent quelque peu prématurés. En 1847, date où le premier essai de Hebra est publié, Semmelweis croit toujours que la maladie est causée *exclusivement* par le transfert de matière morbide (ou particules cadavériques) aux voies génitales de la parturiente. C'est également en ces termes que la théorie fut initialement communiquée aux sphères médicales européennes. Or, telle quelle, cette théorie ne pouvait pas s'appliquer dans tous les endroits, hors de Vienne, où les praticiens n'étaient pas en contact avec des cadavres; elle ne pouvait pas davantage expliquer les nombreux cas de fièvre puerpérale rencontrés à domicile. Selon les rapports disponibles des travaux de Semmelweis, la matière morbide était responsable de *tous* les cas de la maladie. De plus, Semmelweis rejetait d'emblée une notion encore très chère aux obstétriciens de l'époque : les influences épidémiques de l'atmosphère sur le taux d'incidence de la fièvre puerpérale. À sa place, il offrait un nouveau cadre conceptuel de la maladie<sup>58</sup>. Considérée comme trop étroite, trop dogmatique – aussi efficace fut-elle dans la pratique –, la théorie de Semmelweis fut généralement rejetée avant que d'être augmentée, et surtout avant que Semmelweis ne publie lui-même, en 1860, la version finale de son ouvrage.

---

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 100.

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 109.

<sup>56</sup> *Ibid.*, p. 109.

<sup>57</sup> *Ibid.*, p. 100.

<sup>58</sup> Sinclair, *op. cit.*, p. 110-111.

L'attitude littéralement hostile de Semmelweis envers tous ceux qui n'adhéraient pas sur-le-champ et sans conteste à son point de vue eut un impact tout aussi néfaste sur la réception de son œuvre. Il était particulièrement doué pour se faire de ennemis. Avant même qu'il ne se décide de rédiger, il ne rate pas une occasion d'attaquer avec verve ses opposants. Trop promptement, Semmelweis traite tous ceux qui sont en désaccord avec lui soit de pauvres ignorants, soit de meurtriers<sup>59</sup>. Par exemple, quand le professeur Schmidt, de la maternité de Berlin, affirme, faisant référence à la théorie de Semmelweis, que quoique « This mode of infection may be one of the ways in which childbed fever is produced; the only way it certainly is not, » Semmelweis répond : « Schmidt does not possess the ability to make observations<sup>60</sup> ». Même à Vienne, Semmelweis a plusieurs ennemis. Son supérieur immédiat, le professeur Klein, s'oppose vivement à ses théories, sans doute pour des raisons personnelles. Le successeur de Semmelweis au poste d'assistant à la première clinique est également bien vite insulté, quand il se fait traiter d'ignorant et suggérer « [to] take some semesters in logic » avant de traiter des victimes de la fièvre puerpérale<sup>61</sup>. Rudolf Virchow, fondateur de la pathologie cellulaire, est décrit par Semmelweis comme un mauvais observateur et un anatomiste pathologique incompetent<sup>62</sup>. En fait, quand Semmelweis rédige finalement son traité, il a déjà tant d'ennemis qu'il juge pertinent de consacrer son plus long chapitre à sa défense, qui sera, pour le moins, envenimée. Toutefois, on dénote dans l'ouverture de ce chapitre les bonnes intentions du médecin à l'égard des femmes :

*« If my goals were only to provide an unshakable foundation for my teachings and to make clear the tragic mistakes of the epidemic theory of child-bed fever, I would conclude at this point [...] These are not the sole purposes of this essay, however, for my teaching is not intended to be firmly established while moldering under the dust of the library. Its mission is to achieve benefits in practical life. [...] The anniversary of the beginning of my teaching falls in the second half of May; if twelve years after May of 1847 I ask myself whether my teachings have fulfilled their mission, the answer is disappointing. It is true that my teachings have never been presented so fully as on this occasion, but the substance of the theory has been made public [...]»<sup>63</sup>.* »

<sup>59</sup> K. Codell Carter, « Introduction », dans Semmelweis, *op. cit.*, p. 41.

<sup>60</sup> Sinclair, *op. cit.*, p. 87-88.

<sup>61</sup> Semmelweis, cité dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 107.

<sup>62</sup> *Ibid.*, p. 168.

<sup>63</sup> Semmelweis, *op. cit.*, p. 168.

Ainsi, si les femmes continuent de mourir, c'est que la plupart des accoucheurs refusent toujours d'adhérer à « ses enseignements ». Sans doute cela est-il vrai, mais Semmelweis manque néanmoins de tact. Il est d'ailleurs conscient de la réception de son œuvre. Il sait ses théories vivement contestées. Il remarque que dans leurs réfutations, ses opposants ne citent que les auteurs en accord avec leurs idées. C'est pour contrer cette pratique, qu'il juge malhonnête, qu'il fait le recensement, avec de longues références, des auteurs adoptant ses théories, avant de répondre formellement aux propos de ses opposants. Mais lorsqu'on les compare, les premiers sont bien moins nombreux que les seconds.

L'influence des préceptes de Semmelweis sur la pratique obstétricale fut minime, malgré leur immense potentiel. Certes, le comportement de l'obstétricien fut humiliant pour la majorité de ses collègues médicaux, mais il avait tout de même découvert un moyen de sauver des milliers de vies, statistiques à l'appui. Cela aussi fut ignoré. Par conséquent, les années subséquentes à la publication de l'œuvre « intégrale » de Semmelweis virent le taux de mortalité due à l'infection puerpérale grimper plutôt que diminuer<sup>64</sup>. Semmelweis et son œuvre, pendant les vingt années suivant à sa mort, furent généralement ignorés. Son influence directe resta telle que décrite dans son traité : au sein de la première clinique de la Maternité de Vienne, le temps de son emploi.

---

<sup>64</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 108.

## *Chapitre 6*

### LES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE PUERPÉRALE EN OCCIDENT

Entre 1750 et 1880, le refus généralisé par le corps médical de la contagiosité de la fièvre puerpérale est particulièrement dangereux pour les parturientes. Partout, les autorités s'emploient à développer la médicalisation de la naissance, sans pour autant être en mesure de bien gérer les risques qu'implique la gestion de l'accouchement. Pour la plus grande part des médecins à cette époque, la nature contagieuse de la fièvre puerpérale est d'autant plus difficile à accepter que son mécanisme diffère de celui des autres maladies. Ainsi, la fièvre puerpérale peut causer des affections multiples, en plus d'être engendrée par d'autres maladies que la fièvre puerpérale elle-même, l'érysipèle, par exemple. Sa transmission, de même, ne se fait pas directement d'une victime à l'autre, mais le plus souvent par un porteur asymptomatique du « poison » de l'affection, en l'occurrence le médecin. Par là, l'adhésion à la notion de la contagiosité de la maladie confère au médecin une responsabilité qu'il est, apparemment, incapable d'assumer.

#### **A. Le milieu fermé de la contagion**

##### *1. Menace de la médicalisation*

De par la nature contagieuse de la fièvre puerpérale, l'environnement proprement dit de l'accouchement se trouve délimité davantage par les individus entourant la parturiente que par l'espace géographique et temporel à l'intérieur duquel il s'effectue. Par conséquent, les épidémies de fièvre puerpérale, plutôt que de se développer à l'intérieur d'un lieu, d'une région particulière, le feront à l'intérieur de la pratique d'un ou de plusieurs praticiens de l'accouchement, qu'il s'agisse de médecins, de chirurgiens, de sages-femmes ou de tout autre aide à laquelle la femme peut avoir recours.

L'ouverture des maternités, d'une part, et l'organisation des services obstétricaux en ville et en régions rurales, d'autre part, sont deux facettes de la centralisation des soins obstétricaux que commande, à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle, la médicalisation massive de l'accouchement. En codifiant l'enseignement de l'art d'accoucher et en émettant des lois restreignant l'accès à la pratique obstétricale au personnel formé selon les règles, les autorités médicales partout en Occident parviennent, en limitant drastiquement le nombre total des aides à l'accouchement, à exercer un contrôle accru des modalités de la naissance. Dans les villes, les hôpitaux de maternité reçoivent chaque année de plus en plus de femmes; puis un nombre croissant d'élèves de ces écoles, qu'il s'agisse d'accoucheurs ou de sages-femmes, desservent toujours plus efficacement les parturientes à domicile. La médicalisation de l'accouchement génère une évolution à deux tranchants : d'un côté, le nombre des praticiens formés augmente, mais aussi, chacun d'eux est appelé au chevet d'un nombre toujours plus imposant de parturientes. Mais cette ramification organisationnelle des services expose davantage les femmes à l'infection puerpérale. Bien qu'inspirés par des buts humanitaires, ces initiatives sont vaines dans la mesure où à l'endroit de chacune des interfaces de la rencontre de la médecine et des femmes, on observe un taux de mortalité maternelle due à des causes infectieuses nettement à la hausse.

## 2. *Nature des milieux fermés*

Les interfaces de la médicalisation de la naissance sont les points de contact entre le personnel médical et la femme qui accouche. La tendance énoncée ci-dessus est d'autant plus importante que les praticiens parviennent à « fermer » le circuit de l'accouchement, c'est-à-dire à confirmer leur influence sur son déroulement. Durant toute la période concernée, le taux d'incidence de la fièvre puerpérale est directement proportionnel à l'étanchéité de la médicalisation de la naissance. Tant qu'il n'accepte pas la notion de la transmission de la fièvre puerpérale par une tierce personne, tant qu'il n'observe pas les mesures préventives sur lesquelles débouche inévitablement cette théorie, le praticien trace autour de lui un circuit fermé, dont la géographie n'est déterminée que par l'étendue de sa pratique, et dans lequel le « poison de la contagion » est susceptible de s'infiltrer et d'atteindre un grand nombre de femmes.

Au sein des maternités, la sphère d'influence « épidémique » de chaque praticien se diffuse, multipliant les risques d'infection du milieu. Cette condition est aggravée par le fait que, durant la plus grande part du XIX<sup>e</sup> siècle, la médecine édifiant ses préceptes sur les bases de l'anatomie pathologique, la plupart des institutions effectuent des dissections des victimes de l'accouchement sur une base quotidienne, sans pour autant observer des mesures hygiéniques adéquates. Au sein des villes et des régions rurales, les risques d'infection puerpérale sont proportionnels à l'étendue de la pratique et de l'activité du praticien. Voilà donc délimités les deux secteurs où les ravages de la fièvre puerpérale sont les plus importants.

### B. L'échec des maternités

À partir de 1750, les maternités se multiplient partout en Occident. En Angleterre, le *British Lying-In Hospital* est inauguré en 1749. Le *City of London Lying-In Hospital* ouvre ses portes l'année suivante. En 1752 est inauguré le *Queen's Charlotte's Hospital* ; en 1757, le *Dublin Lying-In Hospital* ; en 1765, le *Westminster Lying-In Hospital*. L'énumération pourrait se poursuivre. Presque toutes les villes importantes d'Europe et des États-Unis, inspirées par une mode philanthropique et par des doctrines populationnistes, bâtissent leurs établissements charitables destinés à recevoir les femmes « grosses d'enfant<sup>1</sup> ». L'intérêt des autorités gouvernementales pour les maternités est double. D'une part, les maternités assurent, tel qu'indiqué précédemment, les sujets nécessaires à l'apprentissage pratique de l'accouchement. D'autre part, elles permettent de libérer les femmes plus pauvres de ce que l'on considérait presque comme un mauvais sort : le recours à une sage-femme non formée par l'État, ou à une matrone.

Malgré les bonnes intentions de ses fondateurs, presque chaque hôpital de maternité du XVIII<sup>e</sup> siècle et des deux premiers tiers du XIX<sup>e</sup> est terrassé par de récurrentes épidémies de fièvre puerpérale<sup>2</sup>. L'une des caractéristiques les plus importantes des épidémies hospitalières est leur taux de mortalité extrêmement élevé : souvent, on

<sup>1</sup> Léon Le Fort, *Des maternités : Études sur les maternités et les institutions charitables d'accouchement à domicile dans les principaux États de l'Europe*, Paris, 1866, cité dans Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 58-59.

<sup>2</sup> Faire l'énumération de ces épidémies serait une tâche d'érudition fastidieuse. Nous préférons référer le lecteur intéressé à l'œuvre de Fleetwood Churchill, ed., *Essays on the Puerperal Fever and other Diseases Peculiar to Women*, London, 1849, ainsi qu'à l'ouvrage de A. Hirsch, *Handbook of Geographical and Historical Pathology*, 2<sup>nd</sup> ed., 1881, tr. By C. Creighton, London, 1883. 3 volumes.

rapporte que chaque femme qui contractait la maladie en meurt. À Édimbourg en 1746, des ailes complètes de la maternité furent balayées par la maladie<sup>3</sup>. En 1770, l'obstétricien britannique John Clarke décrit des épidémies au sein des hôpitaux de Londres durant lesquelles presque le quart des patientes admises décédaient des suites de la maladie<sup>4</sup>. Ce ne sont là que quelques exemples<sup>5</sup>. Durant ces nombreuses épidémies, la contagion était telle qu'elle semblait s'effacer devant le nombre des victimes ; les femmes étaient atteintes en si grands nombres que les mécanismes de la transmission de la maladie devenaient difficilement reconnaissables. Plutôt que de voir en ces épidémies la conséquence d'une mauvaise gestion de l'accouchement, on considère toujours que des influences épidémiques et miasmatiques sont à la source du problème. Les murs, les draps, l'ameublement des institutions, croit-on, sont saturés d'un agent épidémique. On repeint donc les murs, on veille à la propreté des lieux. Toute l'architecture des hôpitaux de maternité est repensée en fonction de ces croyances. On améliore ainsi les systèmes de drainage et d'aération des maternités, on aménage des salles d'accouchement plus nombreuses, afin de mieux isoler les femmes, on érige les bâtiments sur des lieux qu'on juge à l'écart d'influences telluriques néfastes<sup>6</sup>, mais en vain. Ironiquement, des praticiens peuvent passer des semaines entières auprès des victimes de la fièvre puerpérale sans changer de vêtements et sans se laver les mains<sup>7</sup>.

Malgré ces efforts, il est nettement plus sécuritaire d'accoucher à domicile ou même dans la rue, sans aucune aide, qu'entre les murs des hôpitaux. Ces établissements sont de flagrants échecs. Deux exemples serviront à la comparaison : le *London General Lying-In Hospital*, et la division est de la *London Royal Maternity Charity*. Le premier établissement est un exemple typique de maternité des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles ; le second, un exemple d'un service de sages-femmes formées, organisé autour du domicile des parturientes. Quoique les praticiens de la *Royal Maternity Charity* traitent annuellement un nombre extrêmement

---

<sup>3</sup> Irvine Loudon, *op. cit.*, p. 64.

<sup>4</sup> John Clarke, *Practical Essays on the arrangement of Pregnancy and Labour and on the Inflammatory and Febrile Diseases of Lying-In Women*, London, 1793, cité dans Loudon, *op. cit.*, p. 64

<sup>5</sup> Pour une description plus complète des taux de mortalité observés au sein des différents hôpitaux de maternité, se référer à l'œuvre de Irvine Loudon, *Death in Childbirth : An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*, Oxford, Clarendon Press, 1992.

<sup>6</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 71.

<sup>7</sup> E. Kennedy, « Zymotic Diseases, as More Especially Illustrated by Puerperal Fever », *Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, 47 (1869), 269-301, 272, 297, cité dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 72.

élevé de patientes, soit au-delà de 2800 femmes, le taux de mortalité due à la fièvre puerpérale ne s'élève pas au-dessus de 0,1 % durant douze années de pratique, tandis que celui observé à l'hôpital pour la même période se maintient au-delà de 6 %. Cette différence remarquable témoigne aujourd'hui de l'impact, sur la santé des parturientes, d'une conjonction entre les dissections *post mortem*, les mauvaises habitudes hygiéniques et la pratique active des accouchements au sein d'un même établissement.

Tableau 6.1. Taux de mortalité maternelle de la fièvre puerpérale. London's General Lying-In Hospital, 1835-1859

<i>Période</i>	<i>Nbr. d'accouchements</i>	<i>Nbr. décès attribués à la fièvre puerpérale</i>	<i>Taux de mortalité maternelle de la fièvre puerpérale (%)</i>
<i>Périodes de 5 ans</i>			
1835-39	835	52	6,23
1840-44	819	53	6,39
1845-49	1241	8	0,64
1850-54	1113	29	2,60
1855-59	1262	26	2,06
<i>Période totale</i>			
1835-59	5270	168	3,19

Source : Irvine Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford UP, 2000, p. 62, tiré de W. T. Fox, « Puerperal Fever », *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 3 (1862), p. 368-71.

Tableau 6.2. Mortalité maternelle, Division est, London's Royal Maternity Charity, 1831-1843

<i>Accouchements et décès</i>	<i>Nbr. d'accouchements ou de décès</i>	<i>Pourcentage de mortalité dans chaque groupe</i>	<i>Taux de mortalité maternelle (%)</i>
<b>Nbr. total de naissances vivantes</b>	<b>33868</b>		
<b>Nbr. total de mortalités maternelles</b>	<b>166</b>	<b>100</b>	<b>0,490</b>
<b>Mortalité maternelle directes :</b>	<b>126</b>	<b>75,90</b>	<b>0,372</b>
<i>Hémorragie</i>	56	33,70	0,166
<i>Fièvre puerpérale</i>	34	20,40	0,100
<i>Autre</i>	36	21,60	0,106
<b>Mortalité maternelle indirecte :</b>	<b>40</b>	<b>24,00</b>	<b>0,118</b>
<i>Phthisis</i>	15	9,00	0,044
<i>Pneumonie</i>	6	3,60	0,018
<i>Typhus</i>	6	3,60	0,018
<i>Autre</i>	13	7,80	0,038

Source : Irvine Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford UP, 2000, p. 63, tiré de F. H. Ramsbotham, "The Eastern District of the Royal Maternity Charity", *London Medical Gazette*, NS 2 (1843-4), 619-25.

### C. Les fièvres puerpérales épidémiques en ville

#### 1. Des épidémies fréquentes dans les régions urbaines

Les grandes épidémies de fièvre puerpérale ne furent pas uniquement un problème hospitalier. Au cours de la période 1750-1880, de nombreux villages furent atteints par ce fléau. Le témoignage d'Alexander Gordon, en 1795, est l'une des premières descriptions d'une telle épidémie. Que la mécanique de la transmission de la fièvre puerpérale ait d'abord été observée en dehors des hôpitaux n'est pas un hasard, les cas de fièvre puerpérale étant moins nombreux et plus dispersés, il est plus facile de remarquer la tendance qu'a la maladie de suivre la pratique d'un ou de quelques individus.

Le Tableau 6.3 expose les différentes épidémies de fièvre puerpérale rencontrées en Europe entre 1770 et 1849. Certaines conclusions peuvent en être tirées. Premièrement, les épidémies sont nombreuses et aux sein des hôpitaux et au sein des villes et des régions. On en compte 32 parmi les hôpitaux de maternité du Royaume-Uni, au-delà de

90 au sein des maternités d'Europe continentale; au sein des villes et régions, on n'en compte pas moins de 25 au Royaume-Uni et 35 en Europe continentale.

Certaines notes doivent cependant être prises en considération dans l'interprétation de ces données. Premièrement, il est indéniable que toutes les épidémies ne furent pas reportées, surtout au XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que l'infection puerpérale commençait tout juste à être reconnue comme une maladie distincte. Deuxièmement, on remarque une hausse nette du nombre des épidémies rapportées au cours de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Ce fait s'explique sans doute en partie par une sensibilisation plus prononcée des médecins à cette époque à l'endroit de la fièvre puerpérale. Enfin, certains niveaux endémiques légèrement à la hausse peuvent dans certains cas avoir été catalogués par Hirsh, Churchill, Gooch et Le Fort comme des épidémies, alors que parfois, on pourrait douter du bon emploi du terme.

Quoi qu'il en soit, les fièvres puerpérales épidémiques sont courantes autant en ville qu'en région, autant à l'intérieur de la pratique des sages-femmes formées et des accoucheurs qu'entre les murs des maternités. En faisant le décompte des données présentées par le tableau, on peut délimiter les grandes périodes de la virulence de la fièvre puerpérale en Europe. De plus, le nombre annuel des épidémies en ville et en milieu hospitalier montre que les théories de Gordon, Holmes et Semmelweis sur la mortalité maternelle imputable à la fièvre puerpérale, ont peu d'impact.

Tableau 6.3. Fièvres puerpérales épidémiques dans les hôpitaux, villes et régions du Royaume-Uni et d'Europe continentale

<i>Année</i>	<i>ROYAUME-UNI</i>		<i>EUROPE CONTINENTALE</i>	
	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>
1770	Londres	Londres	Vienne	Rotterdam
1771	<i>Londres</i>			
1772				
1773	Edinbourg			
1774	Dublin		Paris	Paris
1775		Derbyshire	<i>Paris</i>	<i>Paris, Vienne</i>

<i>Année</i>	<i>ROYAUME-UNI</i>		<i>EUROPE CONTINENTALE</i>	
	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>
1776				
1777			Vienne, Stockholm	
1778	Dublin		Paris, Copenhague	Copenhague, Berlin
1779	<i>Dublin</i>			<i>Berlin</i>
1780			Paris	<i>Berlin</i>
1781			<i>Paris, Cassel</i>	
1782			<i>Paris,</i> Copenhague	Copenhague
1783	Londres			Gladenbach
1784				<i>Gladenbach</i>
1785			Vienne	
1786			Paris, Copenhague	Lombardy
1787	Londres, Dublin	Londres		<i>Lombardy,</i> Poitiers
1788	<i>Londres, Dublin</i>	<i>Londres</i>		
1789		Aberdeen		
1790		<i>Aberdeen</i>		
1791		<i>Aberdeen</i>	Copenhague	
1792		<i>Aberdeen</i>	<i>Copenhague,</i> Vienne	
1793			<i>Vienne,</i> Stockholm, Rouen, Amsterdam	
1794			<i>Stockholm</i>	
1795			Vienne	
1796			<i>Vienne</i>	
1797				
1797				Créteil
1799				Grenoble
1800				<i>Grenoble, Trier</i>

<i>Année</i>	<i>ROYAUME-UNI</i>		<i>EUROPE CONTINENTALE</i>	
	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>
1801				<i>Trier</i>
1802				
1803	Dublin			
1804				
1805				Rostock
1806				
1807				
1808		Barnsley, Sunderland, Duncaster		
1809		Leeds		
1810	Dublin	<i>Leeds</i>	Stockholm, Milan	Landsberg
1811	<i>Dublin</i>	<i>Leeds</i> , Yorkshire (W. Riding)	<i>Stockholm</i> , Heidelberg	<i>Landsberg</i>
1812	<i>Dublin</i>	<i>Leeds</i> , Durham	<i>Heidelberg</i>	
1813	<i>Dublin</i>	Londres, Abingdon, Dumfries	<i>Heidelberg</i>	
1814	Londres, Édinbourg	<i>Abingdon</i>	Prague	
1815	<i>Édingourg</i> , Dublin			
1816			Paris	
1817			Wurzberg	
1818	Londres		Paris, Lyons	Prague
1819	Dublin	Glasgow, Stirling	Stockholm, Vienne, Prague, Lyons, Wurzberg	<i>Prague</i>
1820	<i>Dublin</i>	<i>Glasgow</i> , <i>Stirling</i>	<i>Stockholm</i> , Kiel, Dresden, <i>Wurzberg</i>	Bavaria
1821		Édinbourg, <i>Glasgow</i> , <i>Stirling</i>	Lyons	
1822		<i>Édinbourg</i> , <i>Glasgow</i> , <i>Stirling</i>	Vienne, Marburg	

<i>Année</i>	<i>ROYAUME-UNI</i>		<i>EUROPE CONTINENTALE</i>	
	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>
1823	Londres, Dublin		<i>Vienne, Marburg</i>	
1824	<i>Londres</i>		Munich	
1825	<i>Londres, Édinbourg</i>		Berlin, Hanover, <i>Munich</i> , Prague, Stockholm	Berlin
1826	<i>Édinbourg, Dublin</i>	Birmingham	Paris, <i>Berlin, Stockholm</i>	Nassau
1827	Londres			Bentheim
1828	<i>Londres, Dublin</i>	Birmingham, Dublin	Amsterdam	<i>Bentheim</i>
1829	<i>Londres, Dublin</i>	<i>Birmingham</i>	Paris, Vienne, Hanover, <i>Amsterdam, Copenhague</i>	
1830		<i>Birmingham, Manchester</i>	<i>Paris, Prague, Kiel</i>	Vienne, Giessen, Toulouse
1831		Playmouth, <i>Manchester, Aylesbury</i>	<i>Paris, Stockholm</i>	<i>Geissen, Nassau</i>
1832			Munich, Bonn	Bonn
1833	Birmingham	Edinbourg	Vienne, Prague	Nassau
1834	Dublin, <i>Birmingham</i>		Paris, <i>Vienne, Gratz, Kiel</i>	<i>Prague,</i>
1835	Londres, Birmingham		<i>Kiel, Bamberg</i>	<i>Prague, Bambers, Loire inférieur</i>
1836	<i>Londres, Birmingham, Dublin</i>		Vienne	Nassau
1837	<i>Dublin</i>		Copenhague, Desden, Griefswald	Griefswald
1838	Londres, Édinbourg		<i>Griefswald, Paris</i>	<i>Griefswald</i>
1839			Copenhague, Wangen, Dresden	

<i>Année</i>	ROYAUME-UNI		EUROPE CONTINENTALE	
	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>	<i>Hôpitaux</i>	<i>Villes et régions</i>
1840			Paris, <i>Berlin</i> , <i>Copenhague</i> , Stockholm, Prague, Halle	<i>Dulmen</i>
1841		Doncaster	<i>Paris</i> , <i>Berlin</i> , <i>Stockholm</i> , Halle	
1842	Londres		<i>Paris</i> , Gratz, Rennes	Peitz
1843			<i>Paris</i> , Rouen, Dorpat	Paris
1844			<i>Paris</i> , <i>Rouen</i> , Rennes, Stockholm	Girresheim, Aalborg
1845	Dublin		Copenhague, Lyons	Greenland
1846			Paris, <i>Lyons</i> , Rouen, St- Petersbourg, Gronigen, Berlin, Wurzberg, Toulouse	
1847			Stuttgart, Kiel	
1848			St-Petersbourg, <i>Kiel</i>	Bornholm
1849			Stockholm, Stuttgart, Berlin, Tubingen	Stuttgart

Note : Les entrées mis en italiques dans le présent tableau indiquent qu'il s'agit de la *continuation* d'une épidémie ayant été signalée à une date antérieure, et non d'une nouvelle épidémie.

Source: Irvine Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford UP, 2000, p. 37-39, tiré de : A. Hirsch, *Handbook of Geographical and Historical Pathology*, 2nd ed., 1881, C. Creighton, tr.. (3 vols, Londres, 1883), I, 422-31; Fleetwood Churchill, "An Historical Sketch of the Epidemics of Puerperal Fever", dans Churchill (ed.), *Essays on the Puerperal Fever and Other Diseases Peculiar to Women*, London, 1849, p. 31; R. Gooch, *An Account of Some of the Most Important diseases Peculiar to Women*, London, 1831, 2<sup>nd</sup> ed., 1838; Alexander Gordon, *A Treatise on the Epidemic Puerperal Fever of Aberdeen*, London, 1795; L. Le Fort, *Des maternités : Études sur les maternités et les institutions charitables d'accouchement à domicile dans les principaux États de l'Europe*, Paris, 1866.

Le nombre d'épidémies est plus ou moins constant à partir des années 1770 jusqu'au tournant du XIX<sup>e</sup> siècle (hormis la hausse pouvant être attribuée à une plus grande

sensibilisation des médecins). Il est intéressant de noter que la maladie fait beaucoup moins de dommages durant la première décennie du XIX<sup>e</sup> siècle. On pourrait croire, ici, en un impact potentiel du traité d'Alexander Gordon sur la pratique obstétricale. Mais il n'en est rien, le taux d'incidence de la maladie reprenant aussitôt son cours en 1810, selon une trajectoire nettement positive, pour se stabiliser aux alentours des années 1820, jusqu'au dernier tiers du siècle. Par conséquent, cette baisse du nombre d'épidémies ne peut être attribuée, à la même époque, qu'à une diminution de la virulence de l'agent pathogène de la fièvre puerpérale.

## 2. *Évidences supplémentaires de la nature contagieuse de la maladie*

En ville et en région, l'environnement de l'accouchement diffère nettement de celui du milieu hospitalier. Le praticien et la sage-femme œuvrant à domicile sont, la plupart du temps, seuls auprès de la parturiente; les femmes se rendant à l'hôpital, au contraire, sont incessamment entourées de professeurs et de leurs élèves. Aussi, à l'hôpital, le chemin de la contagion se confond avec les allées et venues du personnel, avec la multiplicité des examens gynécologiques qu'ils effectuent. Il est impossible, dans ces circonstances, de reconnaître les mécanismes de la transmission de l'infection. À l'extérieur des milieux hospitalier, cependant, il en est autrement.

Plusieurs médecins, isolés et peu nombreux reconnaissent certains aspects de la contagiosité de la fièvre puerpérale. Par exemple, le docteur John Roberton, de Manchester, observe au tournant des années 1830 qu'une seule sage-femme de la *Manchester Lying-In Charity* semble transmettre la maladie. L'épidémie qu'il décrit débute le 4 décembre 1830, quand une praticienne portant les initiales A. B. accouche une femme qui succombe ensuite à la fièvre puerpérale. Du 4 décembre 1830 au 4 janvier 1831, la sage-femme en question accouche 30 femmes. Parmi elles, 16 contractent la fièvre puerpérale, et toutes en meurent. Ces 16 cas, indique le médecin, sont les seuls depuis très longtemps à Manchester. Or, cet hôpital compte au total 25 sages-femmes, accouchant ensemble en moyenne 90 femmes par semaine – soit environ 380 par mois – sur une même aire. Aucune patiente à l'extérieur de la pratique de la dame A. B. ne contracte la maladie pendant la même période. Il en conclut que

« *The fact that sixteen cases of puerperal fever occurred in one month in the practice of a single midwife, while the patients of the other midwives were exempted from the disease, leads naturally to the conclusion that this midwife was the medium of communicating (I take not upon myself to say in what manner) the malady from one woman to another*<sup>8</sup>. »

Les exemples allant dans le même sens sont nombreux. Le manuel de Hirsch en fournit des théories : à Landsberg en 1810, la maladie se concentre de la même manière que la pratique d'une seule sage-femme. Aussitôt qu'elle cesse de porter aide aux femmes, l'épidémie s'éteint. À Aarhus, au Danemark, en 1850, une seule sage-femme a été à l'origine de neuf cas successifs. À Schwenigen en 1879, alors que deux sages-femmes desservent les parturientes de la ville, toutes les victimes de la maladie sont accouchées par une seule d'entre elles<sup>9</sup>.

Ces exemples gagnent lentement la conscience des seuls praticiens œuvrant à l'extérieur des maternités européennes. À l'intérieur des murs des maternités, on pressent surtout la présence d'influences miasmatiques sur la santé des femmes. À partir des années 1830-1840, la plupart des praticiens et des sages-femmes « externes » sont au courant de ce fait<sup>10</sup>. Agissent-ils en conséquence? Sans doute que non, dans bien des cas.

### 3. Les épidémies de fièvre puerpérale aux États-Unis

Moins de données sont disponibles à l'historien relativement à d'éventuelles épidémies de fièvre puerpérale aux États-Unis. Comme pour le Canada, cela s'explique en partie par une population totale encore beaucoup moins grande qu'en Europe, puis par le fait que presque la totalité des femmes accouchent à domicile<sup>11</sup>.

Si la fièvre puerpérale fait moins de ravages aux États-Unis, on ne peut en dire autant de l'érysipèle, qui, tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, semble avoir été plus virulent en Amérique qu'en Europe. La plus grave épidémie de cette affection cutanée ne dure pas moins de vingt ans, entre 1840 et 1860. Aux États-Unis, la plupart des cas rapportés de fièvres puerpérales épidémiques sont communiquées par un proche aux victimes de l'érysipèle.

<sup>8</sup> John Robertson, « Is Puerperal Fever Infectious? », *London Medical Gazette*, 9 (1831-32), 503-505, cité dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 43.

<sup>9</sup> Hirsch, *op. cit.*, vol. ii, p. 456, 458, 459, cité dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 43.

<sup>10</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 72.

<sup>11</sup> Richard W. Wertz, and Dorothy C. Wertz, *Lying-In: A History of Childbirth in America*, New York, The Free Press, Macmillan Publishing, 1977, p. 119.

Dans un article paru en 1856 dans l'*American Journal of the Medical Sciences*, D. Leisure rapporte que c'est après avoir traité un patient souffrant d'érysipèle qu'un médecin transmet, pour la première fois dans l'histoire de la région, la fièvre puerpérale à l'une de ses patientes. Dans une ville du Vermont touchée par une grave épidémie d'érysipèle, 30 femmes contractent la fièvre puerpérale. Une seule d'entre elles est sauvée. Dans un petit village de 1500 habitants du New Hampshire, alors que 40 personnes décèdent de l'érysipèle, on signale que 20 mères meurent de la fièvre puerpérale<sup>12</sup>. En 1853, le médecin T. P. Ridley voit trois cas consécutifs de la fièvre puerpérale parmi ses patientes au moment où il entre en contact avec l'érysipèle. Chacune de ces trois femmes décède en quatre jours<sup>13</sup>.

Quoique le nombre des victimes de la fièvre puerpérale soit moindre aux États-Unis qu'en Europe, il demeure que la maladie est, depuis les années 1840, la plus redoutable des tragédies pour les parturientes américaines<sup>14</sup>. Oliver Wendell Holmes lui-même rapporte de nombreux obstétriciens américains ayant transmis la maladie à plusieurs de leurs patientes. Charles Meigs en mentionne plusieurs autres, dont le D<sup>r</sup> Rutter qui, au total, transmet la fièvre puerpérale à plus de 90 femmes, dont 18 meurent. En 1847, le D<sup>r</sup> Channing estime qu'à Boston, 36 femmes décèdent de la maladie au cours de l'année, dont 22 dans les six premiers mois de 1848. En 1873, le D<sup>r</sup> Fordyce Barker indique une fièvre puerpérale épidémique à New York où le taux d'incidence de la maladie est 20 fois plus élevé qu'au cours des 20 dernières années. Il rapporte également la présence de la fièvre puerpérale à Cincinnati<sup>15</sup>. Un autre médecin new-yorkais affirme, en 1885, que plus

---

<sup>12</sup> Cela n'est qu'un petit nombre d'exemples témoignant de la présence de la fièvre puerpérale aux États-Unis. Pour plus de détails, se référer à D. Leisure, « The Erysipelatous Disease of Lying-In Women », *American Journal of the Medical Sciences*, 31 (1856); T. P. Ridley, « Cases of Erysipelas which Occurred in Platte County, Missouri, in which there were Marked Evidences of Propagation of the Disease By Contagion », *New York Journal of Medicine*, 10 (1853), 41-48; Oliver Wendell Holmes, *Puerperal Fever as a Private Pestilence*, Boston, 1855; C. J. Cullingworth, *Oliver Wendell Holmes and the Contagiousness of Puerperal Fever*, London, 1906.

<sup>13</sup> T. P. Ridley, « Cases of Erysipelas... », *loc. cit.*, p. 41-48.

<sup>14</sup> Wertz & Wertz, *op. cit.*, p. 119.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 126.

de 75 % des mortalités maternelles sont dues à la fièvre puerpérale. Il estime que le taux d'infection au niveau de la pratique privée est de 40 cas sur 1 000 accouchements<sup>16</sup>.

Les hôpitaux américains, comme ceux d'Europe, ne sont pas épargnés. En 1852, le *State Emigrant's Hospital* de New York admet 574 femmes enceintes ; 124 d'entre elles contractent la maladie ; 68 en meurent. En 1883, pas moins de 75 % des parturientes admises à la *Boston's Lying-In Hospital* contractent la maladie. Le taux de mortalité, pour la même année, est de 20 %<sup>17</sup>. La plupart de ces infections sont sans doute causées par un manque d'hygiène et par le refus ou l'ignorance de la nature contagieuse de la fièvre puerpérale. En cela, cette maladie est un excellent exemple d'un fléau iatrogénique.

---

<sup>16</sup> Walter Channing, *A Treatise on Etherization in Childbirth*, Boston, 1848, p. 375-380; Fordyce Barker, *The Relation of Puerperal Fever to the Infective Diseases...*, Louisville, 1874, p. 11; Joseph Kucher, *Puerperal Convalescence and the Diseases of the Puerperal Period*, New York, 1886, p. 224-227, cités dans Wertz, *op. cit.*, p. 126.

<sup>17</sup> Frederick Irving, *Safe Deliverance*, Boston, 1942, p. 143, cité dans Wertz, *op. cit.*, p. 126.

## *Chapitre 7*

### LE CIRCUIT OUVERT DE L'ACCOUCHEMENT AU CANADA

L'état de la médicalisation de l'accouchement au Canada, de la Nouvelle-France au dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, est incapable de fermer le circuit des services obstétricaux dans une mesure susceptible de donner naissance à de grandes épidémies de fièvre puerpérale. Tandis qu'ailleurs en Occident, l'exposition constante des parturientes à un personnel médical à risque génère un haut taux de mortalité, au Canada, le corps médical, bien avant de resserrer le contrôle des pratiques obstétricales, doit d'abord consolider la structure de son organisation. Plutôt que d'être stigmatisé par un certain échec médical au sein de l'accouchement, le XIX<sup>e</sup> siècle sera celui de la professionnalisation de la médecine. Les femmes sont épargnées : la maladie, à un niveau endémique, ne revêt pas un caractère particulièrement alarmant.

#### **A. Le système obstétrical de la Nouvelle-France. Une médicalisation inadaptée**

##### *1. Les sages-femmes au Canada. Histoire d'une pénurie*

Tel que démontré au chapitre 3, le personnel obstétrical de la Nouvelle-France est insuffisant pour secourir efficacement les femmes de la colonie. Celles-ci sont nombreuses et donnent souvent naissance à plusieurs enfants au cours de leur vie. D'un autre côté, les sages-femmes du roi, quoique fort appréciées, se comptent sur les doigts d'une seule main.

De 1666 à 1722, aucune sage-femme du roi n'est disponible en Nouvelle-France. Le seul personnel médical susceptible d'exercer quelques accouchements est composé de quelques chirurgiens. En 1722, Madeleine Bouchette est la première sage-femme du roi à venir secourir les femmes de la colonie. Elle œuvre à Québec. Après elle viennent, dans la

région de Québec également, la Dame de Berry, la Dame Bracquemart et la Dame Leynient. Aux Îles Royales, la sage-femme Drovét pratique l'art d'accoucher de 1749 à 1770; la Nouvelle Orléans est desservie de 1740 à 1761 par la sage-femme Doville, puis de 1749 à 1770 par la sage-femme Faguier. Le décompte s'arrête là.

Toute la pauvreté du corps obstétrical ne se limite pas à la pénurie de sages-femmes dans chaque région. Il faut y ajouter l'irrégularité du service et l'impossibilité de former des sages-femmes compétentes en Nouvelle-France. En effet, Québec, Louisbourg et la Louisiane, desservies par quelques sages-femmes du roi, ne le furent que sporadiquement durant tout le régime français. La France, par souci de profit ou d'économie, semblait toujours hésiter devant les dépenses pourtant minimes que représentaient les gages des sages-femmes. L'une des conséquences de cette approche purement mercantile fut l'apparition de délais importants entre la fin des services d'une sage-femme et le début de ceux de sa remplaçante... quand il y en avait une. Ainsi Québec vivra une période de 15 ans de « vide » obstétrical entre 1735 et 1749. En 1735, Beauharnois et Hocquart représentent au ministre que la sage-femme de Berry souffre depuis presque un an d'une maladie « qui la rend en quelque façon percluse et par conséquent hors d'état de remplir les fonctions de sa profession ». Dans la même lettre, ils font référence à une demande ultérieure et infructueuse où ils avaient souligné le besoin d'une sage-femme à Montréal, en plus de celle qui exerçait à Québec. « Maintenant, écrivent-ils, il n'y a icy personne. » Malgré leurs supplications et le fait qu'ils affirment qu'« il en est résulté bien des inconvénients depuis la maladie de la D<sup>e</sup> Berry », malgré leurs efforts de représenter les « grands avantages » que puisse en retirer la colonie, rien n'est fait<sup>1</sup>. Rien avant 1749, ni avant une autre administration. Ce n'est qu'en 1750 que l'intendant Bigot fait mention de l'arrivée de la remplaçante de Dame Berry<sup>2</sup>. De même à Louisbourg, entre la mort de la veuve Drovét et la rédaction de la demande de son remplacement par D'Angeac et Beaudeduis s'écoulaient presque huit mois<sup>3</sup>; entre la rédaction de cette demande et son étude par le conseil, cinq mois<sup>4</sup>. En ajoutant à ce délai le temps d'une traversée (environ

---

<sup>1</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-E, Série E, Dossiers personnels, Vol. 28.

<sup>2</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-C11A, Correspondance générale; Canada, Vol. 93, Fol. 245-245v.

<sup>3</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1-E, Série E, Dossiers personnels, Vol. 138, 5 p.

<sup>4</sup> *Ibid.*

quatre mois), on peut affirmer que la ville fut durant presque deux ans sans aucune sage-femme du roi pour y faire naître les enfants et pour y secourir les femmes.

## 2. *Les taux de natalité en Nouvelle-France*

Pourtant, le taux annuel d'accouchement est impressionnant en Nouvelle-France. Un certain nombre de constats peuvent être énoncés à partir des informations contenues dans les recensements de la colonie. Premièrement, en considérant l'âge des « filles » mariées et mères et celui des femmes dont la dernière naissance remonte à plusieurs années, il est possible de déterminer l'époque de fertilité des femmes en Nouvelle-France – soit de 13 à 44 ans – en plus du nombre de femmes en âge d'enfanter. De nombreux exemples tirés de ces documents démontrent que les jeunes filles de la Nouvelle-France se marient dès l'âge nubile. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer une jeune mariée accoucher de son premier enfant avant même d'avoir atteint le seuil des 14 ans<sup>5</sup>. Par contre, il est très rare qu'une femme de 45 ans soit mère d'un enfant de moins d'un an. Ensuite, l'organisation patriarcale de la société rend possible le décompte du nombre d'enfants de chaque famille et par conséquent, le calcul du nombre moyen d'enfant par famille. À partir de ces deux données, nous n'avons, pour obtenir une estimation du nombre d'accouchements annuels de la colonie, qu'à diviser le nombre moyen d'enfants par famille par l'époque de fertilité des femmes, puis ensuite multiplier le nombre de femmes en âge de procréer par l'indice obtenu. Soulignons cependant les limites de ce calcul, et mettons l'accent sur la sous-estimation inhérente à l'indice qu'il fournit. Dans un premier temps, la richesse des sources ne nous permet pas de tenir compte du nombre possiblement élevé de fausses couches et de mortinatalités dont souffraient les femmes au XVII<sup>e</sup> et au XVIII<sup>e</sup> siècles. N'est pas non plus pris en compte, dans ce calcul, le nombre des accouchements des enfants morts en bas âge et qui, pour cette raison, n'ont pu être recensés. Finalement, le nombre d'enfants par famille n'inclut pas les enfants qui ont déjà quitté le foyer familial. Cet indice, néanmoins, est utile en ce qu'il

---

<sup>5</sup> Ces jeunes filles se retrouvent d'ailleurs souvent avec des maris beaucoup plus âgés, voire du double de leur âge : « Jeune fille et homme âgé remplissent d'enfants le foyer », dit un vieux proverbe français. Ce phénomène peut en partie s'expliquer par le fait que les garçons demeurent généralement beaucoup plus longtemps sous le toit paternel. Sans doute considère-t-on qu'ils y sont plus utiles, plus rentables que leurs sœurs. Mais aussi peut-on y voir toute la dynamique des modes de pensées d'autrefois et l'influence de l'Église. Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1, et M. Maurons, *Dictons d'Oc et proverbes de Provence*, Forcalquier, Robert Morel, 1965, p. 82.

permet de poser la barre d'un strict minimum, et ensuite de mieux mesurer l'importance du phénomène étudié. Les données à partir desquelles sont effectués ces calculs sont disponibles en appendices.

En 1666, sur un total de 1115 femmes, 528 sont en âge d'enfanter. Or le nombre moyen d'enfants par famille est de 3,251. Si la plage de fertilité des femmes est d'environ 31 années, on peut affirmer avec certitude qu'en Nouvelle-France des années 1660, un minimum de 55 accouchements avaient lieu annuellement<sup>6</sup>. Le nombre d'enfants par famille augmentera en proportion directe avec l'amélioration des conditions de vie de la Nouvelle-France. En 1681, le nombre moyen d'enfants par famille atteindra 4,12, comparativement à 3,251 quinze ans plus tôt. Cet écart est considérable. Si l'on transpose cet indice au recensement de 1685, on obtient un nombre annuel de 422 accouchements<sup>7</sup>.

Ce nombre restera relativement stable jusqu'en 1695, où il grimpera à 472,5 et continuera d'être à la hausse. Ainsi voit-on un nombre annuel d'accouchements de 560 pour l'année 1698. En 1706 et 1707, par contre, ce nombre redescend à 522. En 1712, il remontera à 557,5; il sera de 634 en 1713; de 811 en 1716; de 870 en 1720, puis de 989 en 1721. Finalement, en 1722, année où l'on verra arriver en Canada la première sage-femme du roi, il naîtra un minimum de 1020 enfants<sup>8</sup>. En 1723, il naît un minimum de 1094 enfants en Nouvelle-France; en 1727, 1135. Le nombre annuel d'accouchements franchira le cap des 1200 en 1730. Mille trois cent soixante accouchements prennent place au sein de 6422 familles en 1734; 1400 l'année suivante, dans plus de 6750 familles. L'an 1757 voit un nombre minimum de 1500 accouchements<sup>9</sup>.

### *3. La naissance en Nouvelle-France. Un milieu toujours ouvert*

Il serait ridicule de tenter de voir en Nouvelle-France un univers de la naissance fortement médicalisé, « fermé », ne serait-ce qu'un peu, par le personnel médical. D'un autre côté, l'historien qui voudrait voir en cette médicalisation tout à fait embryonnaire, pour ne pas dire théorique, une exposition considérable des femmes aux infections du

---

<sup>6</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1. Voir les données en appendices.

<sup>7</sup> *Ibid.*

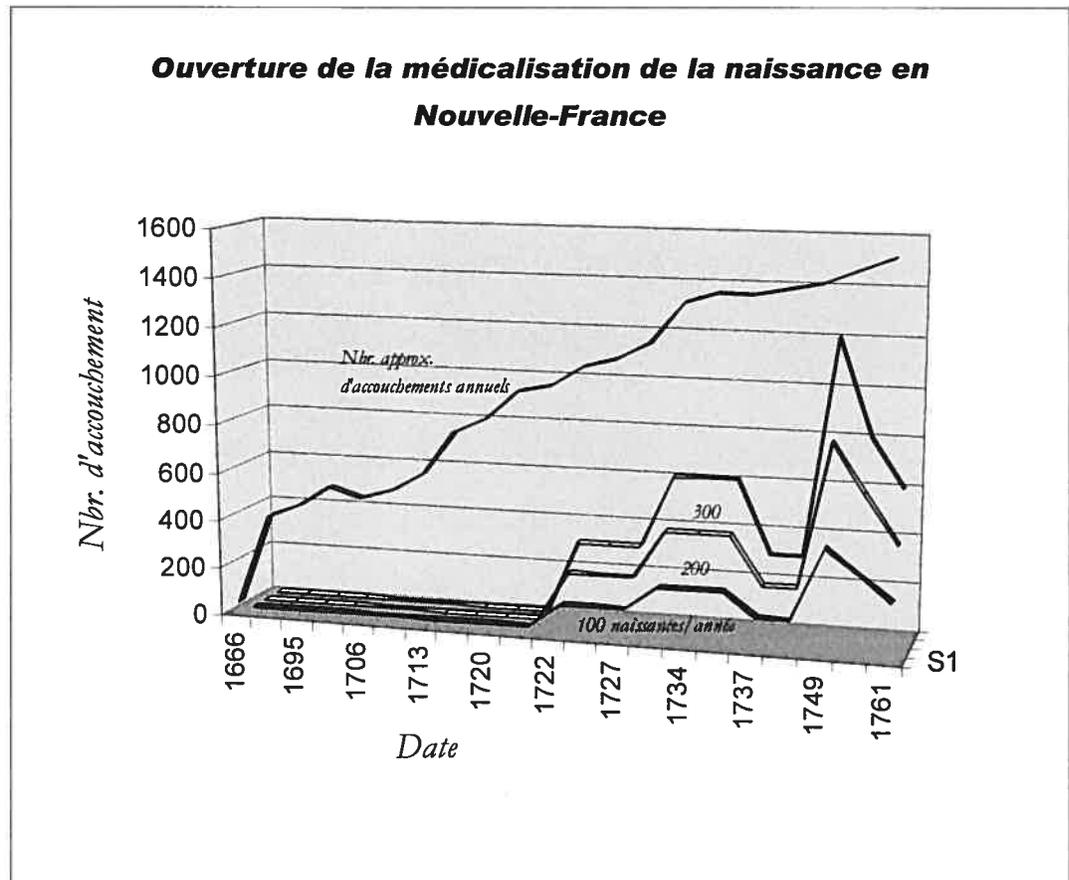
<sup>8</sup> *Ibid.* Voir tables en appendices pour de plus amples données, spécifiques à chaque région de la colonie, et selon les différents recensements disponibles au chercheur.

<sup>9</sup> Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, vol. 460, Partie 1.

*post partum* négligerait la réalité historique que fut la pauvreté des services obstétricaux de la colonie, comparée aux discours des autorités françaises du XVIII<sup>e</sup> siècle. L'univers de la naissance en Nouvelle-France est un milieu ouvert, les femmes de la Nouvelle-France, dans presque leur totalité, accouchent seules avec la famille, les amis, les matrones. Chaque accouchement, par la rareté des individus spécialisés dans l'art d'accoucher, demeure un phénomène relativement isolé, donc peu propice à la contagion. Dans ces circonstances, le taux d'incidente des infections puerpérales ne peut s'élever au-delà des cas sporadiques, rares en soi, compte tenu de la nature de l'environnement de l'accouchement. Les grandes épidémies, pour ainsi dire, sont impossibles.

Les courbes de la Figure 7.1 illustrent bien ce fait. Cette figure compare le nombre des accouchements ayant pu être effectués par les sages-femmes au nombre annuel total d'accouchement pour la colonie. La période 1722-1730 compte, comme nous l'avons vu, une seule praticienne pour toute la colonie. Deux sages-femmes sont présentes entre 1730 et 1735. Ce nombre, après l'arrêt des services de la Dame Berry, retombe aussitôt à un, jusqu'en 1749. De cette date jusqu'en 1761, quatre sages-femmes œuvrent dans la colonie, puis seulement deux de 1761 à 1770. Le nombre annuel d'accouchements que pouvaient effectuer ces sages-femmes est inconnu. C'est pourquoi le graphique comprend trois courbes distinctes pour un nombre annuel d'accouchements pour chaque sage-femme allant de 100 à 300 cas. Dans tous les cas, il est évident que la plage des accouchements non desservis par le personnel obstétrical de l'époque est considérable. Dans tous les cas, la grande majorité des accouchements se déroule donc à l'extérieur de la sphère d'influence du réseau obstétrical colonial.

Figure 7.1. Ouverture de la médicalisation de la naissance en Nouvelle-France



## B. Structuration canadienne de la profession médicale au XIX<sup>e</sup> siècle

L'organisation du corps médical au Canada subit des transformations spectaculaires tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle. Dans cette restructuration, cependant, les services obstétricaux sont encore longtemps relégués au second plan.

### 1. Limites de l'Acte médical de 1788 sur le contrôle des services obstétricaux au Canada

De par sa formulation, l'Acte médical de 1788 démontre l'intérêt secondaire qu'on prêtait à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle au contrôle de la pratique obstétricale. Ainsi, il est décrété par l'Acte que :

« qui que ce soit ne pourra, sous aucuns prétextes, vendre ou distribuer des médecines en détail, ni en ordonner pour les malades, dont il tirera aucun profit, ni exercer la médecine et la chirurgie dans la Province, ni la profession d'accoucheur dans les villes et les faubourgs de Québec et Montréal, sans avoir auparavant obtenu une permission de Son Excellence le Gouverneur [...] »<sup>10</sup> »

Quand la médecine et la chirurgie sont sous la protection du projet de loi dans toute la province, l'obstétrique n'est contrôlée qu'au sein des deux plus grandes villes du territoire : Québec et Montréal. En l'occurrence, aux Trois Rivières et dans toutes les régions rurales, l'obstétrique est abandonnée, pour ainsi dire, aux mains de quiconque voudra la prendre en charge : sages-femmes, matrones et charlatans. Et cette situation durera encore longtemps. L'exclusion presque totale de la pratique obstétricale dans la loi de 1788 n'est pas sans raison. En effet, le problème de la pénurie de sages-femmes et de praticiens compétents dans l'art d'accoucher persiste toujours au tournant du XIX<sup>e</sup> siècle.

Jusqu'aux premières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle, on constate l'absence généralisée de praticiens de tout ordre au niveau des campagnes<sup>11</sup>. Le Tableau 7.1 indique la faible densité médicale de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. À la question du nombre des praticiens s'ajoute celle de ses compétences. Quand bien même il y aurait suffisamment de praticiens, encore faudrait-il que ceux-ci soient en mesure de bien gérer tous les types d'accouchements normaux et difficiles, et cela, d'autant plus que, selon l'organisation britannique, le chirurgien se trouve au-dessus de la sage-femme dans la hiérarchie obstétricale. Ainsi, au clivage des régions se superpose le clivage entre la formation que recevaient les chirurgiens et le « pouvoir » que l'administration britannique leur conférait. Illustrant cette réalité, une annonce que fait paraître Alexandre de Serres, un maître chirurgien de Paris, dans la *Gazette de Montréal* en 1787, est particulièrement révélatrice. Le chirurgien met sur pied, rue Saint-Paul, un cours d'accouchement « en faveur des Chirurgiens de la ville de Montréal & de la Campagne, ainsi que pour et en faveur des Sages-femmes qui ne seront pas instruites *par principe*<sup>12</sup> ». On voit que c'est d'abord les chirurgiens que la rubrique interpelle ; et si c'est « par principe » seulement que le maître

<sup>10</sup> Acte médical de 1788, 28 George III, Chapitre 8, tiré de Jacques Bernier, *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1989, p. 168.

<sup>11</sup> Bernier, *op. cit.*, p. 34.

<sup>12</sup> Alexandre de Serres, « Avis au public », la *Gazette de Montréal*, vol. 39, 27 septembre 1787, p. 4, cité dans Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, p. 93. Nous soulignons.

offre son enseignement aux sages-femmes de la région, il n'en sera pas de même pour ceux-là :

« Messieurs les Chirurgiens qui n'ont pas une entière confiance de la Pratique de cet Art & qui sont journellement requis des nouvelles Sages-femmes de donner des conseils suivant l'état des Malades (surtout ceux de la campagne), trouveront en le Soussigné un vrai confrère [...] »<sup>13</sup> »

On comprend que la rubrique s'adresse surtout à eux.

Tableau 7.1. Évolution de la densité médicale\*, district de Québec, 1784 / 1790

Région	1784	1790
District de Québec	1/1443	1/1442
Ville de Québec	1/460	1/384
Hors de Québec	1/2254	1/2500

\* Population par praticien

Source : Jacques Bernier, « Le corps médical québécois à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle », *Health, disease and medicine, essays in Canadian History*, C. G. Roland, éd., Toronto, Clarke Irwin, 1984, p. 37-40; tiré de Bernier, *La médecine au Québec...*, p. 11.

## 2. Vers une plus grande autonomie du corps médical

Graduellement, au XIX<sup>e</sup> siècle, le corps médical s'organise dans le but de pourvoir à sa plus grande autonomie professionnelle. Cette organisation prend d'abord la forme d'associations médicales, puis donne naissance à de nombreux périodiques. Ensuite, c'est par des démarches législatives que le corps médical met en œuvre une véritable consolidation de la profession.

L'Acte médical de 1788 génère très rapidement des insatisfactions au sein du corps médical canadien. D'abord, les membres des bureaux d'examineurs ne sont pas élus par le personnel médical de la province, mais bien nommés par le gouverneur, ce qui donne lieu à un favoritisme britannique dommageable aux praticiens canadiens<sup>14</sup>. Ensuite, les défenses préconisées par l'acte sont difficilement applicables dans la mesure où une police vraiment adéquate – indépendante de la surveillance par la population – est toujours à désirer ; les empiriques poursuivent leurs pratiques et opposent une importante compétition aux praticiens canadiens. Finalement, en établissant des centres

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> Bernier, *op. cit.*, p. 33.

d'enseignements, les praticiens doivent parvenir à faire progresser puis à mieux communiquer le savoir aux futurs médecins<sup>15</sup>. Pour pallier ces manques, les médecins canadiens cherchent à se rapprocher les uns des autres, tout en favorisant une meilleure communication entre les différents membres du corps médical. En 1818, une première association médicale est formée au Canada, dans le but de « promouvoir les connaissances de la médecine en cette province<sup>16</sup> ». L'association est cependant éphémère : elle est dissoute moins d'un an après sa création<sup>17</sup>. Mais elle aura semé dans l'esprit des praticiens la conscience d'une cohésion possible et profitable à l'évolution de leur profession. Quelque temps plus tard, l'idée sera reprise.

En 1826, le premier périodique médical canadien voit le jour : le *Journal de médecine de Québec*. Son mandat est de favoriser l'échange entre les praticiens de toute la province. Il recueille les plus importantes contributions scientifiques européennes et américaines, en plus de donner la parole aux praticiens canadiens. Le périodique n'est publié que sur une période de deux ans mais, lui non plus, ne sera pas le dernier. Seulement au Québec, la période 1844-1892 verra la publication de douze différents périodiques médicaux<sup>18</sup>. Parmi les plus populaires figurent *L'Union médicale du Canada*, *The Canada Medical Record* et le *Canadian Medical and Surgical Journal*.

En 1831, une loi modifie considérablement l'organisation médicale du Canada en ordonnant que les bureaux d'examineurs instaurés par l'Acte médical de 1788 soient désormais constitués sur une base électorale, mettant immédiatement fin à la suprématie des praticiens militaires<sup>19</sup>. Au Bas-Canada, c'est en 1847 que le corps médical se voit remettre un pouvoir décisionnel important, le mettant en mesure de gérer plus efficacement que jamais l'évolution de la discipline et de la profession médicale dans la province. Cela, la loi de 1847 l'effectue en permettant aux membres du corps médical de s'incorporer pour « régler l'étude et la pratique de la Médecine et de la Chirurgie<sup>20</sup> » dans

---

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> *La Gazette de Québec*, 28 mai 1818, dans Bernier, *op. cit.*, p. 33.

<sup>17</sup> Bernier, *op. cit.*, p. 33.

<sup>18</sup> Pour plus de détails au sujet des périodiques médicaux, voir C. G. Roland et P. Potter, *An annotated bibliography of Canadian Medical Periodicals, 1826-1975*, Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 1979.

<sup>19</sup> Bernier, *op. cit.*, p. 43-44.

<sup>20</sup> Statuts du Canada, 10 et 11 Victoria, Chapitre 26, 1847, tiré de Bernier, *op. cit.*, p. 173.

la province. En effet, bien que le remaniement de la constitution des bureaux des examinateurs en 1831 permettait de mettre fin à l'isolement des Canadiens dans la gestion de l'accès à la profession, le pouvoir de ces mêmes bureaux se limitait à l'examen de la compétence des praticiens voulant obtenir leur droit de pratique. La loi de 1847, par contre, remet la gestion des études médicales dans toutes ses branches aux mains de la corporation des médecins et lui permet de « passer ses propres statuts pour sa régie<sup>21</sup> ».

Le potentiel pour la profession médicale que présentait le projet législatif de 1847 était inouï. La largeur de l'article 2 du projet, permettant à la corporation de « passer ses propres statuts pour sa régie » fait en sorte que plus un seul secteur de la gestion médicale n'est hors de portée de l'association des médecins. Par la suite, la profession médicale allait gérer chacun des domaines. Ainsi, en 1876, en 1909 et en 1948, on modifie les règles de l'obtention du droit de pratique<sup>22</sup>. Des tarifs fixes pour les soins médicaux sont arrêtés en 1879<sup>23</sup>. En 1889, on émet les premiers règlements disciplinaires ; en 1898, un conseil de discipline est créé<sup>24</sup>. Mais quelle place réserve-t-on à l'obstétrique dans cette gestion de la pratique médicale?

### C. Vers un contrôle accru de l'accouchement

Quoique depuis 1847 le contrôle de la pratique médicale soit de plus en plus serré au Bas-Canada, l'obstétrique est encore, pendant la plus grande part de la période concernée par ce chapitre, un sujet de seconde importance. Il est pourtant vrai que le Canada commence à former des accoucheurs dès les années 1820<sup>25</sup>, mais leur insuffisance numérique, encore une fois, vient ralentir le besoin du corps médical de s'impliquer davantage dans l'obstétrique avant les années 1850.

---

<sup>21</sup> Statuts du Canada, 10 et 11 Victoria, Chapitre 26, 1847, article 2, tiré de Bernier, *op. cit.*, p. 174.

<sup>22</sup> Statuts de la province de Québec, 9 Edward VII, Chapitre 55, 1909, et 12 George VI, Chapitre 32, 1948, tiré de Bernier, *op. cit.*, p. 44.

<sup>23</sup> Statuts de la province de Québec, 42-43 Victoria, Chapitre 37-38, 1879, tiré de Bernier, *op. cit.*, p. 44.

<sup>24</sup> Statuts de la province de Québec, 52 Victoria, Chapitre 39, 1889, et 61 Victoria, Chapitre 30-31, 1898, tiré de Bernier, *op. cit.*, p. 44.

<sup>25</sup> L'hôpital des Émigrés, en 1825, puis l'hôpital de la Miséricorde sont les premières institutions au XIX<sup>e</sup> siècle à offrir un enseignement obstétrical au Canada.

### 1. *Émergence des établissements de formation au Québec*

À partir de 1820, les autorités médicales aspirent à une plus grande homogénéité de l'enseignement médical. On assure cette constance par une centralisation de la formation médicale au Canada. Cette centralisation s'effectue par le biais des facultés de médecine universitaires. En effet, au cours de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, toute école de médecine se voit dans l'obligation de s'affilier à une université qui émettra, en bonne et due forme, les diplômes à ses étudiants. Pour prendre l'exemple de la Belle Province, les quatre facultés de médecine qu'on connaît sont créées de 1829 à 1871. Ainsi, en 1829, le *Montreal General Hospital* et la maternité du *Montreal Lying-In* s'associent à l'Université McGill. Inaugurée en 1845, l'École de chirurgie et de médecine de Montréal se joint plus tard à la succursale de l'Université Laval de Montréal. En 1848, l'école de médecine de Québec ouvre une aile de médecine à l'Université Laval à Québec. Puis finalement, en 1871, l'Université Bishop, à Lennoxville, ouvre sa propre faculté de médecine. Dès que ces établissements ont atteint une certaine stabilité institutionnelle naît en elles le désir de s'approprier, fut-ce au prix de généreuses subventions, le contrôle des maternités environnantes. Éventuellement, cet accès permet d'offrir aux étudiants en médecine une formation clinique des accouchements. On remarque que ce phénomène s'effectue au Canada avec un décalage de plus d'un siècle avec l'Europe et les États-Unis. Aussi, lorsque les universités ont monopolisé l'administration des maternités, les médecins-accoucheurs peuvent imposer leurs pratiques aux sages-femmes qui, jusque là, avaient veillé seules au bon fonctionnement des hospices<sup>26</sup>.

### 2. *Mise en place des mécanismes d'éviction des sages-femmes*

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, de plus en plus de praticiens issus de ces établissements d'enseignement deviennent compétents dans l'art obstétrical et désirent étendre leur pratique dans le domaine. C'est alors que la situation entame une lente métamorphose ; à partir du moment où les médecins et chirurgiens s'y connaissent, les sages-femmes sont graduellement perçues comme des compétitrices – une menace importante. Ainsi, la loi de 1847 stipule que les sages-femmes de Montréal, Québec et Trois-Rivières doivent faire la preuve de leurs compétences devant deux médecins de la corporation avant de pouvoir

---

<sup>26</sup> Hélène Laforce, « Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> siècle », dans Francine Saillant et Michel O'Neill, dir., *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1987.

exercer dans ces villes. Les sages-femmes des campagnes, quant à elles, sont encore laissées à elles-mêmes. Néanmoins, la période s'étendant de 1850 à 1870 marque en ville les débuts de la fermeture du réseau obstétrical, une période où la densité de la médicalisation devient plus en plus importante<sup>27</sup>. Les femmes issues des milieux urbains sont dès lors davantage exposées aux risques infectieux durant le *post partum*, mais la plus grande partie de la population habite toujours les régions rurales.

La période 1850-1870 est également celle où l'on voit apparaître au Canada un nombre croissant de plaintes provenant de médecins et de chirurgiens à l'endroit de sages-femmes. L'époque où les sages-femmes et les matrones n'étaient pas attaquées par le corps médical est révolue. En 1879, la loi de 1847, resserrant le contrôle des sages-femmes des villes, est élargie pour inclure les sages-femmes des campagnes. Désormais, chacune d'elles, pour conserver son droit de pratique, doit paraître devant un membre de la Corporation des médecins et chirurgiens<sup>28</sup>. À ce moment, les autorités médicales dressent une liste des sages-femmes approuvées par la corporation. C'est là le début de la médicalisation massive de l'accouchement au Canada. Par la suite, plutôt que de reconnaître l'exercice des sages-femmes, le corps médical verra à leur rendre l'accès à la formation (maintenant exigée par la loi) de plus en plus difficile. À titre d'exemple, en 1913 puis en 1915, la supérieure de la maternité de Sainte-Pélagie demande à la corporation de bien vouloir prolonger les stages des sages-femmes afin de leur garantir un meilleur enseignement pragmatique et ainsi répondre aux attentes générales qu'on avait des praticiens diplômés. Ces demandes ne reçoivent aucune réponse. Par contre, au détriment des sages-femmes, un nombre grandissant d'internes en obstétrique obtiennent au même endroit une formation clinique de plus en plus ferme<sup>29</sup>.

Au Canada comme ailleurs, les thèses de Gordon, de Holmes et de Semmelweis relatives à la nature contagieuse de la fièvre puerpérale semblent ignorées par le corps médical. Encore en 1870, le manuel des professeurs de l'École de médecine et de

---

<sup>27</sup> Bernier, *op. cit.*, p. 99.

<sup>28</sup> Statuts de la province de Québec, 42-43 Victoria, Chapitre 27, 1879, article 17, cité dans Bernier, *op. cit.*, p. 99.

<sup>29</sup> Laforce, « Les grandes étapes... », *loc. cit.*, p. 173-174.

chirurgie de Montréal n'en fait aucune mention<sup>30</sup>. Sans doute, la prise en charge de l'obstétrique par la profession était-elle encore trop nouvelle pour qu'on rencontre de graves épidémies de fièvre puerpérale et s'intéresse à un tel sujet. Mais cette hypothèse résiste-t-elle à l'analyse des sources canadiennes d'époques, susceptibles de porter en elles les traces de telles épidémies ?

### 3. L'absence d'épidémie de fièvre puerpérale au XIX<sup>e</sup> siècle

Rappelons d'abord brièvement les taux de mortalité par fièvre puerpérale qui caractérisaient, à la même époque, les épidémies touchant les maternités et les pratiques privées européennes ; car le terme « épidémie », de par sa définition<sup>31</sup>, est plutôt vague, et l'établissement de son seuil d'incidence ne saurait être arbitraire. Depuis le commencement du XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'à l'adoption des premières mesures aseptiques et antiseptiques, on peut observer au sein des grandes maternités européennes un taux de mortalité maternelle par fièvre puerpérale variant entre 5 % et 20 % (500-2000 décès : 10000 parturitions)<sup>32</sup>. Certaines épidémies, se développant à l'intérieur d'institutions plus petites, et où la promiscuité des parturientes était de ce fait plus grande, pouvaient à la même époque faucher jusqu'au-delà de 70 % des parturientes (7000-10000 décès : 10000 parturitions)<sup>33</sup>. Au sein de la pratique privée, un auteur rapporte au début du siècle dernier, en se référant à l'« ère pré-antiseptique », que le taux endémique de mortalité maternelle par fièvre puerpérale gravitait entre 2 % et 6 %, puis entre 10 % et 15 % en temps d'épidémie (1000-1500 décès : 10000 parturitions)<sup>34</sup>. Nous pouvons donc, à partir de ces données, établir le seuil épidémique de la fièvre puerpérale à un taux de mortalité

<sup>30</sup> E. Sénécald, *Traité élémentaire de matière médicale et guide pratique des sœurs de la Charité de l'asile de la Providence*, Montréal, 1870, cité dans Bernier, *op. cit.*, p. 138.

<sup>31</sup> « [...] augmentation inhabituelle du nombre des cas d'une maladie transmissible, dans une région ou au sein d'une population donnée », in L. Manuila, *et al.*, *Dictionnaire médical*, Paris, Masson, 2001, p. 173 ; François Delaporte, dans son article « épidémie » du *Dictionnaire de la pensée médicale*, édité par Dominique Lecourt, définit comme maladies épidémiques « toutes celles qui attaquent en même temps, et avec les mêmes caractères, un grand nombre de personnes », *loc. cit.*, Paris, PUF, 2004, p. 418-425, 419.

<sup>32</sup> K. Codell Carter, « Puerperal Fever », in Kenneth F. Kipple, *The Cambridge Historical Dictionary of Disease*, Cambridge, New York, Cambridge University Press, 2003, p. 266 ; voir aussi les données du *London's General Lying-In Hospital, 1835-1859*, *supra*, p. 107 ; ainsi que les taux de mortalité de la Maternité de Vienne avant les réformes de Semmelweis, *supra*, p. 93.

<sup>33</sup> K. Codell Carter, « Puerperal Fever », *loc. cit.*, ; *supra*, p. 105-106.

<sup>34</sup> E. A. René de Cotret, « De l'infection puerpérale », in *L'Union Médicale du Canada*, vol. 36, n° 11 (mars 1907), p. 637. L'auteur, ici, fait référence aux taux européens.

maternelle engendré par la maladie de 5 % et plus (soit un minimum de 500 fatalités sur 10 000 parturitions).

Les sources que nous avons recensées nous permettent d'envisager la possibilité de fièvres puerpérales épidémiques sur les deux fronts qui nous intéressent ; c'est-à-dire à l'intérieur des institutions médicales canadiennes où l'on reçoit les femmes enceintes tout autant qu'au sein de la pratique privée des médecins canadiens. Pour chacun des lieux de l'accouchement, le corpus des revues médicales analysées offre une certaine continuité, bien que, comme nous le verrons, celle-ci ne soit point sans failles. Parmi les journaux recensés, nous avons retenus le *Journal de médecine de Québec*, *The British American Journal*, *The Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science*, *The Medical Chronicle or, Montreal Monthly Journal of Medicine and Surgery*, ainsi que *L'Union médicale du Canada* ; nous l'avons fait pour leur couverture, chacune partielle – mais différentielle – du XIX<sup>e</sup> siècle, ainsi que pour leur notoriété et/ou leur intérêt avoué pour l'obstétrique. Le *Journal de médecine de Québec* est le tout premier périodique médical du Canada ; bien que son existence soit éphémère (l'entreprise s'éteint moins de deux ans après sa mise sur pied), le journal contient une bonne dose de données intéressant l'historien, notamment dans sa troisième section, intitulée « Matières domestiques », qui renferme des données concernant l'état de la santé et de la médecine au Canada du début du XIX<sup>e</sup> siècle. Les « matières domestiques » du journal comprennent également de nombreuses statistiques concernant d'importants hôpitaux de l'époque, respectivement l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital des Émigrés de Québec, et l'Hôtel-Dieu de Québec ; elles comprennent en outre des rapports précis des principales maladies accablant la région de Québec et de Trois Rivières.

Le *British American Journal*, quant à lui, fut publié de janvier 1860 à décembre 1862. Son éditeur, Archibald Hall, fut un éminent spécialiste de l'obstétrique et des « maladies des femmes » au *McGill College*. Nous avons cru, en retenant cette source, que la compétence de l'éditeur ne saurait laisser incognito dans son journal une épidémie de fièvre puerpérale sur le terrain. C'est pour cette même raison que nous avons retenu le *Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science*. Ses éditeurs, George E. Fenwick et Francis Wayland Campbell, furent aussi spécialistes des « maladies des

femmes et des enfants ». Nous avons recensé ce périodique sur toute la durée de sa parution, soit du volume 1 au volume 8, qui couvrent la période s'étendant depuis le mois de juillet 1864 jusqu'au mois de juin 1872.

Nous avons ensuite consulté dans sa totalité *The Medical Chronicle, or Montreal Monthly Journal of Medicine & Surgery*, du volume 1 (juin 1853) jusqu'au volume 6 (mai 1859), pour la période qu'il permet de couvrir, mais aussi parce que le contenu de ce journal consiste en grande partie de témoignages de médecins oeuvrant dans l'ouest du Canada – une région longtemps plus avare dans la création de sources historiques. Finalement, nous avons fait un relevé systématique de toutes les données de *L'Union médicale du Canada* qui traitaient de la maladie qui nous intéresse, du premier numéro (janvier 1872) jusqu'au volume 41 inclusivement (1912).

Cette recension couvre donc la période s'étendant de 1825 à 1827, avec le *Journal de médecine de Québec*, pour reprendre ensuite en 1852, avec *The Medical Chronicle*, et se poursuivre jusqu'en 1912, avec *L'Union médicale du Canada*, à l'exception de l'année 1863. Malheureusement, les sources ne nous permettent pas de couvrir plus uniformément la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle ; mais comme, d'un point de vue théorique et médical, la maladie était d'autant plus susceptible de prendre des proportions épidémiques que l'accouchement était médicalisé, l'absence ou la présence de grandes épidémies dans la seconde moitié du siècle – plus dangereuse que la première – infirmera, sinon soulèvera, la possibilité de leur existence dans la première moitié du siècle : la non-exhaustivité de la couverture temporelle n'affaiblit donc pas ici l'intégrité de la méthode.

Le parcours de ces périodiques médicaux révèle des données de natures différentes : ainsi, nous avons pu accéder à des rapports de médecins sur l'état de la santé de la population ; à leurs témoignages donnant sur l'incidence de la maladie ; à des recensements de la mortalité de certaines métropoles (Montréal, par exemple, Toronto et Hamilton) ; au retour de mortalité des plus importantes institutions médicales de l'époque (le *Montreal Maternity Hospital*, le *Montreal General Hospital*, le dispensaire de Montréal, l'Hôpital des Émigrés, l'Hospice St-Joseph de la maternité, le *Toronto Burnside Maternity Hospital*, l'Hôpital des Ursulines, le *Toronto City Hospital*) ; en plus de statistiques

plus spécialisées concernant la plus grande maternité du XIX<sup>e</sup> siècle au Canada : le *Montreal Maternity Hospital*.

Les résultats de cette recherche nous permettent d'affirmer avec certitude que le Canada, au XIX<sup>e</sup> siècle, ne connut aucune grande épidémie de fièvre puerpérale. À l'intérieur des institutions – maternités ou autres –, on s'en doute, l'incidence de la maladie est supérieure à celle que l'on retrouve à domicile, au sein de la pratique privée, mais en aucun cas elle n'atteint le seuil épidémique stipulé ci- haut.

Commençons par apprécier les indices de l'incidence de la maladie à l'extérieur des institutions médicales, puisque la plupart des parturitions du XIX<sup>e</sup> siècle, en effet, se déroulaient au domicile de la parturiente. Le *Journal de médecine de Québec*, couvrant la période de 1825 à 1827, témoigne de quelques cas sporadiques de fièvre puerpérale au Canada, mais pas de développements épidémiques de l'affection. Le rapport d'état de la santé publique pour la région de Québec durant l'année 1825 ne rapporte aucuns cas de la maladie<sup>35</sup>. De même, dans un « Rapport médical des maladies qui ont prévalu dans la ville de Trois-Rivières, et ses environs », le médecin Louis Talbot ne rapporte aucun cas de fièvre puerpérale depuis le mois d'août 1825 jusqu'au mois de mars 1826<sup>36</sup>. L'année 1826, en revanche, aurait été touchée, à Québec, par plusieurs cas de l'affection, mais aucun d'eux n'aurait été fatal, grâce aux vertus, dit-on, de l'esprit de térébentine<sup>37</sup>. Cette mortalité nulle est d'autant plus probable que l'on confond, dans l'article, la fièvre puerpérale et la fièvre de lait<sup>38</sup>. Quoiqu'il en soit, dès le numéro suivant du journal, paru en juillet 1826 et couvrant le printemps et la première partie de l'été 1826, on affirme que

---

<sup>35</sup> « Hygiène publique ou état de la santé publique durant la dernière saison », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (janvier 1826), p. 54-57.

<sup>36</sup> Louis Talbot, « Matières domestiques – Rapport médical des maladies qui ont prévalu dans la ville de Trois-Rivières, et ses environs, depuis le mois d'août 1825 jusqu'au mois de mars 1826. Communiqué dans une lettre à l'Éditeur, par le docteur Louis Talbot, des Trois Rivières », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (avril 1826), p. 105-107.

<sup>37</sup> « Rapport de l'état de santé publique, durant la dernière saison », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (avril 1826), p. 119.

<sup>38</sup> *Ibid.*, « Les maladies des femmes en couches ont été plus sévères qu'à l'ordinaire. La fièvre puerpérale (fièvre de lait), s'est rencontrée [...] »

« les maladies des femmes en couche ont été aussi bien moins nombreuses<sup>39</sup> ». Trois-Rivières ne connaît aucun cas de la maladie entre le mois de mars et le mois de septembre 1826<sup>40</sup> ; il n'est fait aucune mention de la maladie, partout sur le territoire, durant l'été et l'automne 1826<sup>41</sup>. Au printemps 1827, on peut lire les lignes suivantes :

*« Durant l'hiver [hiver 1826-1827], les accouchements ont été particulièrement longs et laborieux, mais ce qui est digne d'être remarqué, c'est que, d'après les informations que nous avons puisées [sic] de tous les accoucheurs de cette ville [Québec], tous s'accordent à dire qu'ils n'ont pas rencontré une seule fièvre puerpérale durant toute la saison, et généralement les couches ont été heureuses<sup>42</sup>. »*

Qu'il s'agisse ici de fièvre puerpérale ou de fièvre de lait, nous voyons bien que les régions ne sont pas terrassées, à cette époque et hors des institutions, par des épidémies de fièvre puerpérale.

Similairement, dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle et à l'extérieur des institutions, les cas recensés de fièvre puerpérale sont extrêmement rares et démontrent que le Canada n'a pas souffert à cette époque de grandes épidémies de cette redoutable maladie. Parmi toute la période recensée, les statistiques de mortalité de la ville de Montréal pour les deux années 1860 et 1861 ne montrent qu'une seule mortalité par fièvre puerpérale<sup>43</sup> ;

<sup>39</sup> « Rapport de l'état de santé publique durant la dernière saison », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (juillet 1826), p. 184.

<sup>40</sup> Louis Talbot, « Rapport de l'état de santé publique, dans la Ville de Trois-Rivières et ses environs, depuis mars jusqu'au milieu de septembre 1826 – communiqué dans une lettre au docteur Tessier, Editeur de ce Journal, par M. le Docteur Ls. Talbot, des Trois Rivières », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (octobre 1826), p. 244-245.

<sup>41</sup> « Rapport de l'état de la Santé publique, durant la dernière saison », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (octobre 1826), p. 246-248 ; « Rapport de l'état de la Santé Publique, durant la dernière saison », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 2 (janvier 1827), p. 114.

<sup>42</sup> « Rapport de la Santé Publique à Québec », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 2 (avril 1827), p. 233.

<sup>43</sup> G. E. Fenwick, « Statistics of Mortality in the City of Montreal, January-April 1860 », in *The British American Journal*, vol. 2 (1861), p. 386 ; *Idem*, « Ditto, Recapitulation for the Year 1860 », in *The British American Journal*, vol. 2 (1861), p. 527-528. Parmi les statistiques de mortalité recensées, pour la ville de Montréal : G. E. Fenwick, « Statistics of Mortality in the City of Montreal, January & February 1861 », in *The British American Journal*, vol. 3 (1862), p. 126-127 ; *Idem*, « Ditto, March & April 1861 », in *The British American Journal*, vol. 3 (1862), p. 190-191 ; *Idem*, « Ditto, May-August 1860 », in *The British American Journal*, vol. 2 (1861), p. 431-434 ; « Mortality of the City of Montreal in January 1864 », in *Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science*, vol. 1 (1864-65), p. 49 ; « Ditto, in February 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 50 ; « Ditto, in March 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 101 ; « Ditto, in April 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 102 ; « Ditto, in May 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 153 ; « Ditto, in June 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 154 ; « Ditto, in July 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 205 ;

en 1864, par contre, la ville connaît deux cas fatals en mars puis deux autres en avril<sup>44</sup>. Toujours à Montréal, la maladie ne fit aucune mortalité en 1868<sup>45</sup> ; de même, aucune à Toronto, la même année<sup>46</sup>.

Les témoignages des praticiens de l'accouchement qui rendent compte de la présence de la maladie au pays sont également d'exception. En 1866, le D<sup>r</sup> George D. Spooner, dans une contribution au *Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science* datée de 1866, reconnaît trois cas de la maladie dans sa pratique. Un seul d'entre eux s'avéra fatal<sup>47</sup>. Ensuite, un auteur canadien affirme en 1893 avoir rencontré au cours de son expérience 8 cas de la maladie. L'article, malheureusement, n'indique pas combien de ces cas furent fatals<sup>48</sup>. Le décompte des témoignages, pour toute la période 1853-1899, s'arrête ici. Sans aucun doute, tous les cas n'ont pas été recensés ; tous les médecins accoucheurs ne participaient pas à ces journaux. Toutefois, une importante épidémie de fièvre puerpérale, survenue dans quelque région médicalisée à l'époque, aurait très certainement laissé sa trace parmi la couverture des périodiques recensés. En 1860, le D<sup>r</sup> Schulter, faisant une revue sommaire de l'étiologie de la maladie dans un article du *British American Journal*, affirme devoir fonder son analyse sur des travaux de source européenne : les cas, au Canada, étant tout simplement trop rares et trop dispersés pour permettre quelque observation originale<sup>49</sup>. L'analyse des périodiques médicaux canadiens du XIX<sup>e</sup> siècle est garante de cette affirmation.

---

« Ditto, in August 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 206 ; « Ditto, in September 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 303 ; « Ditto, in October 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 304 ; « Ditto, in November 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 349 ; « Ditto, in December 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 350 ; « The mortality in Montreal for the Year 1868 », in *Canada Medical Journal*, vol. 5 (1868-69), p. 524.

<sup>44</sup> « Mortality of the City of Montreal in March 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 101 ; « Ditto in April 1864 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65), p. 102.

<sup>45</sup> « The Mortality in Montreal for the Year 1868 », in *Canada Medical Journal*, vol. 5 (1868-69), p. 524.

<sup>46</sup> « Return of the Toronto Mortality for the Year 1868 », in *Canada Medical Journal*, vol. 5 (1868-1869), p. 383.

<sup>47</sup> D<sup>r</sup> George Spooner, « On Puerperal Fever », in *Canada Medical Journal*, vol. 2 (1865-66), p. 394-396.

<sup>48</sup> A. Laphorn Smith, M.D. Laval, M.R.C.S. Montreal, « De la prophylaxie et du traitement de la fièvre puerpérale » in *L'Union médicale du Canada*, vol. 22, n<sup>o</sup> 5 (mai 1893), p. 286.

<sup>49</sup> D<sup>r</sup> Schulter, « Puerperal Fever », in *The British American Journal*, vol. 1 (1860), p. 318.

L'incidence de la fièvre puerpérale dans les pratiques « externes » fut donc extrêmement faible au XIX<sup>e</sup> siècle au Canada ; les données des institutions médicales recevant, à la même époque, des femmes en couches permettent-elles cependant de généraliser cette affirmation, de la pratique privée, à l'ensemble de la pratique canadienne ? Le corpus des sources nous permettant de répondre à cette question avec certitude se compose principalement des rapports émis durant toute la période couverte par notre recension par les principaux hôpitaux canadiens. Or, les retours de l'Hôpital de la Marine et des Émigrés de Québec, durant toute la période concernée, ne relèvent que deux cas fatals et isolés de la maladie (le premier survenu au mois d'octobre 1825, le second, au cours de l'année 1853)<sup>50</sup>. Les parturitions, dans l'institution, sont peu nombreuses, il est vrai, mais tout de même courantes. L'Hôpital général de Montréal, quant à lui, ne connaît qu'un seul cas de la maladie au cours de l'année se terminant le 30 avril 1867 ; un cas qui, éventuellement, fut guéri<sup>51</sup>. Aucun cas de la maladie n'est rapporté

<sup>50</sup> « Retour des mortalités de l'Hôpital des Émigrés de Québec », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (1826), p. 57-64 (période couverte par les données : 1<sup>er</sup> mai jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 1825) ; « Retour des mortalités de l'Hôpital des Émigrés de Québec », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (1826), p. 127-128 (période couverte par les données : du premier novembre au premier décembre 1825) ; « Return of Sick in the Marine and Emigrant Hospital, Quebec, from 31<sup>st</sup> July to 3<sup>rd</sup> September 1853 », in *The Medical Chronicle, or Montreal Monthly Journal of Medicine & Surgery*, vol. 1 (1854), p. 159 ; « Ditto, from the 4<sup>th</sup> September to the 1<sup>st</sup> October, 1853, Inclusive », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 191 ; « Ditto, from the 2<sup>nd</sup> October to the 29<sup>th</sup> October, 1853, Inclusive », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 222 ; « Ditto, from the 30<sup>th</sup> October to 3<sup>rd</sup> December 1853, Inclusive », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 244-245 ; « Ditto, from 4<sup>th</sup> December to 31<sup>st</sup> December 1853, Inclusive », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 284 ; « Ditto, from 1<sup>st</sup> January to 3<sup>rd</sup> February 1854, Inclusive », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 318 ; « Ditto, from 4<sup>th</sup> February to 3<sup>rd</sup> May 1854, Inclusive », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 50 ; « Returns of Admissions and Discharge at the Marine and Emigrant Hospital, from the 1<sup>st</sup> of January, 1853, to the 31<sup>st</sup> December, 1853, Inclusive, Showing the Number of Seamen, Emigrants and Citizen Treated in That Institution, Together with A List of the Deaths and the Diseases of Which the Individuals Died, and the Number of Days Each Class of Patients Remained in Hospital », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 351 ; « Monthly Return of Sick in the Marine and Emigrant Hospital, Quebec, 4<sup>th</sup> February – 3<sup>rd</sup> May, 1854, Inclusive », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 380 ; « Ditto, from 4<sup>th</sup> to 31<sup>st</sup> March, 1854 », in *The Medical Chronicle*, vol. 2 (1855), p. 42 ; « Ditto, 29<sup>th</sup> April to 1<sup>st</sup> June, 1854 », in *The Medical Chronicle*, vol. 2 (1855), p. 82 ; « Ditto, for the Year Ending 31<sup>st</sup> December 1855 », in *The Medical Chronicle*, vol. 3 (1856), p. 39 ; « Ditto, from the 31<sup>st</sup> July to 3<sup>rd</sup> September, 1856 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1857), p. 199 ; « Ditto, from 4<sup>th</sup> September to the 1<sup>st</sup> October 1856 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1856-57), p. 240 ; « Ditto, from 1<sup>st</sup> January to 28<sup>th</sup> January 1857 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1856-57), p. 400 ; « Ditto, from 19<sup>th</sup> January to 4<sup>th</sup> March 1857 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1856-57), p. 439 ; « Ditto, from 5<sup>th</sup> March to 1<sup>st</sup> April 1857 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1856-57), p. 471 ; « Ditto, from 30<sup>th</sup> April to 3<sup>rd</sup> June, 1857 », in *The Medical Chronicle*, vol. 5 (1857-58), p. 94.

<sup>51</sup> « Medical and Surgical Report of the Montreal General Hospital for the Year Ending 30 April 1867 », in *Canadian Medical Journal*, vol. 4 (1867-68), p. 238. Parmi les autres périodes recensées : « Retour des mortalités du Montreal General Hospital », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (1826), p. 57-64 (période couverte par les données : 1<sup>er</sup> février au 28 octobre 1825) ; « Retour des mortalités du Montreal General

au Dispensaire de Montréal de 1854 à 1858<sup>52</sup>. En 1826 et 1827, aucun cas n'est rapporté à l'Hôtel-Dieu de Québec<sup>53</sup> ; rien, en 1852 et 1853, au *Saint-Patrick's Hospital*<sup>54</sup> ; rien à l'Hôpital des Ursulines de Trois-Rivières durant l'année 1857<sup>55</sup> ; rien au *Hamilton City Hospital* dans l'année 1868<sup>56</sup>. Les rapports de l'Hospice Saint-Joseph de la maternité, de même, ne relèvent aucuns cas de la maladie pour les années 1855, 1857 et 1858<sup>57</sup> ; la maternité ne reçoit, en effet, que 18 parturientes en 1855, 17 en 1857 et 7 en 1858<sup>58</sup>.

---

Hospital », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (1826), p. 127-128 (période couverte par les données : du 29 octobre 1825 jusqu'au 1<sup>er</sup> février 1826) ; « Quarterly Report of the Montreal General Hospital, from 1<sup>st</sup> May to 31<sup>st</sup> July, 1853 », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 126 ; « Ditto, from 1<sup>st</sup> August to 31<sup>st</sup> October 1853 », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 223 ; « Ditto, from 1<sup>st</sup> November 1853 to 31<sup>st</sup> January 1854 », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 319 ; « Ditto, from 1<sup>st</sup> February 1854 to 25<sup>th</sup> April, 1854 », in *The Medical Chronicle*, vol. 2 (1855), p. 43 ; « Ditto, Ending 28 July 1854 », in *The Medical Chronicle*, vol. 2 (1855), p. 170 ; « Ditto, Ending 31 January 1855 », in *The Medical Chronicle*, vol. 3 (1856), p. 38 ; « Ditto, Ending 22 April 1855 », in *The Medical Chronicle*, vol. 3 (1856), p. 79 ; « Ditto, Ending 26 July 1855 », in *The Medical Chronicle*, vol. 3 (1856), p. 159 ; « Ditto, Ending 6 October 1855 », in *The Medical Chronicle*, vol. 3 (1856), p. 278 ; « Ditto, Ending 31 January 1856 », in *The Medical Chronicle*, vol. 3 (1856), p. 439-440 ; « Ditto, Ending 28<sup>th</sup> April, 1856 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1856-57), p. 79 ; « Ditto, Ending 30<sup>th</sup> October 1856 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1856-57), p. 280 ; « Ditto, Ending 29<sup>th</sup> January 1857 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1856-57), p. 399 ; « Quarterly Report of the Montreal General Hospital for the Quarter Ending 31<sup>st</sup> January 1865 », in *Canada Medical Journal*, vol. 1 (1864-65) ; « The Montreal General Hospital Report [1869] », in *Canada Medical Journal*, vol. 6 (1869-70), p. 284 ; « Hospital Montreal General ; Medical and Surgical Report for the Year 1870 », in *Canada Medical Journal*, vol. 7 (1870-71), p. 286 ; « The Forty-Ninth Annual Report of the Montreal General Hospital for the Year Ending May 1871 », in *Canada Medical Journal*, vol. 8 (1871-72), p. 186.

<sup>52</sup> « Montreal Dispensary, Semi-Annual Report, From 1<sup>st</sup> May to 1<sup>st</sup> November 1853 », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 245 ; « Ditto, from 1<sup>st</sup> November 1853 to 1<sup>st</sup> May 1854 », in *The Medical Chronicle*, vol. 2 (1855), p. 82 ; « Montreal Dispensary, Annual Report, from 1<sup>st</sup> May 1854 to 1<sup>st</sup> May 1855 », in *The Medical Chronicle*, vol. 3 (1856), p. 37 ; « Ditto, from 1<sup>st</sup> May 1855 to 1<sup>st</sup> May 1856 », in *The Medical Chronicle*, vol. 4 (1857), p. 39 ; « Ditto, from 1<sup>st</sup> May 1856 to 1<sup>st</sup> May 1857 », in *The Medical Chronicle*, vol. 5 (1857-58), p. 95 ; « Ditto, from May 1<sup>st</sup> 1857 to 1<sup>st</sup> May 1858 », in *The Medical Chronicle*, vol. 6 (1858-59), p. 46.

<sup>53</sup> « Retour de l'Hôtel-Dieu de Québec », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 1 (juillet 1826), p. 190 (période couverte par les données : du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> juillet 1826) ; « Rapport de l'Hôtel-Dieu de Québec », in *Journal de médecine de Québec*, vol. 2 (avril 1827), p. 237.

<sup>54</sup> « Report of Saint-Patrick's Hospital, from the 10<sup>th</sup> August 1852 to the 9<sup>th</sup> December 1853 », in *The Medical Chronicle*, vol. 1 (1854), p. 285.

<sup>55</sup> « Retour des malades admis à l'Hôpital des Ursulines de Trois-Rivières, depuis le premier janvier, jusqu'au 31 décembre, 1857 », in *The Medical Chronicle*, vol. 6 (1858-59), p. 47.

<sup>56</sup> « Hamilton City Hospital—Report for the Year 1868 », in *Canada Medical Journal*, vol. 5 (1868-69), p. 380.

<sup>57</sup> Hospice St-Joseph de la maternité de Québec, *Rapport annuel pour 1855*, Collections spéciales, BLSH, Université de Montréal ; *Idem*, pour 1857 ; *Idem*, pour 1858.

<sup>58</sup> *Ibid.*

On voit ici que rien, encore, ne nous permet de croire à d'importantes épidémies de fièvre puerpérale dans les hôpitaux canadiens du XIX<sup>e</sup> siècle – celles-ci n'auraient pas pu ne pas être remarquées par les périodiques consultés. On pourrait objecter que chacune des institutions citées jusqu'à présent ne reçoivent, à chaque année, qu'un petit nombre de parturientes et que par conséquent, il soit difficile d'y observer la maladie ; et nous répondrions que c'est justement là le fondement de notre argumentation : si le seuil épidémique de la fièvre puerpérale est établi à 500 fatalités sur 10000 accouchements mais qu'une institution ne reçoit annuellement qu'un nombre infime de parturientes – disons une dizaine, pour prendre l'exemple de l'Hospice St-Joseph de la maternité de Québec –, cette institution ne connaîtra que très rarement des cas fatals de la maladie – et l'Hospice St-Joseph, pour poursuivre notre exemple, devra opérer un siècle durant pour connaître à peine 5 cas fatals, ce qui ne cadre pas tout à fait avec l'étiquette d'épidémie. La même observation peut être portée aux pratiques privées des praticiens, des sages-femmes et des matrones : les risques d'épidémies de fièvre puerpérale sont directement proportionnels à la « densité » du milieu obstétrical à l'étude, qu'on pourrait définir comme le nombre d'accouchements par unité de « superficie », mais où cette superficie sera définie non pas par l'étendue du terrain mais bien par la pratique d'un ou d'un groupe d'individus (quoique ces deux données soient souvent interreliées). C'est en ce sens qu'on peut affirmer que les risques d'épidémies sont proportionnels à la « fermeture » du circuit de l'accouchement par la médicalisation d'une nation.

Heureusement, nous possédons des statistiques assez complètes, pour le XIX<sup>e</sup> siècle, portant sur le plus important hôpital de maternité du Canada à l'époque : le *Montreal Maternity* ; ces données permettent de considérer l'incidence de la fièvre puerpérale sur une base plus étendue, sur une densité, une « fermeture » nécessairement plus grande de l'accouchement. Par là, ces données viennent clore l'analyse du taux d'incidence de la fièvre puerpérale en milieu hospitalier au Canada au XIX<sup>e</sup> siècle, et confirmer les conclusions tirées à partir de l'expérience des maternités de plus petite envergure.

Un article du *Médical Chronicle*, rédigé par G. E. Fenwick, fournit une information de premier ordre au questionnement qui nous intéresse ici : il s'agit des statistiques de la

maternité résumant ses quatorze premières années d'opération<sup>59</sup>. Ce document nous informe que, depuis l'ouverture de l'institution, au mois de novembre 1843, jusqu'au mois de mai 1857, un nombre total de 1 753 femmes y vécurent une parturition<sup>60</sup>. Parmi ce nombre, et sur toute la durée de la période recensée, Fenwick indique qu'un nombre total de 4 femmes décédèrent de la maladie, tandis que 3 autres en furent victime, mais guérirent<sup>61</sup>. Ces données permettent d'établir avec certitude que le taux de morbidité de la fièvre puerpérale à la maternité, de 1843 à 1857, est de 0,003993 %, soit 39,93 : 10 000 ; tandis que son taux de mortalité pour la période concernée n'est que de 0,002282 %, soit 22,82 : 10 000. Dans un cas comme dans l'autre, ces indices sont loin derrière le seuil minimum épidémique établi à 500 mortalités par 10 000 parturitions.

Même quand on précise le calcul et que l'on considère isolément les années touchées par la maladie, le seuil épidémique n'est pas atteint à la maternité. Ainsi, en 1847, avec 2 mortalités par fièvre puerpérale sur un nombre total de 171 parturitions, l'institution affiche un taux de mortalité due à la maladie de 116,96 : 10 000 ; l'année 1852 connaît un taux de mortalité par fièvre puerpérale de 283 : 10 000 (avec 3 cas de la maladie sur 106 parturitions) ; 1857, de 253 : 10 000 (2 fatalités pour 79 parturitions) ; 1871, de 229 : 10 000 (3 fatalités pour 131 parturitions) ; et finalement, 1872, avec 4 fatalités par fièvre puerpérale sur 108 parturitions, connaît un taux de mortalité due à la maladie de 370 : 10 000<sup>62</sup>. Notons ici que les années mentionnées ci-dessus sont les seules de la période ayant été taxées par la maladie. On peut toutefois constater que ces taux, sans rejoindre le seuil épidémique, sont nettement plus élevés que ceux calculés à partir d'un recensement plus large de parturitions – comprenant les années qui ne sont pas touchées par la maladie aussi bien que celles qui le sont. Cela est dû à la nature contagieuse de l'affection ; sans nécessairement, de par leur nombre, déclencher des épidémies, les cas de la maladie sont susceptibles d'être rapprochés les uns des autres.

---

<sup>59</sup> G. E. Fenwick, « Statistics of the University Lying-In Hospital », in *The Medical Chronicle*, vol. 5, p. 151-156.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 151.

<sup>61</sup> *Ibid.*, p. 156.

<sup>62</sup> Rhona Richman Kenneally, *The Montreal Maternity, 1843-1926 : Evolution of a Hospital*, Mémoire de M.A. (Histoire), Université McGill, 1983, p. 51.

Finalement, nous savons que pour la période 1875-1883, la *Montreal Maternity* affiche un taux de mortalité par fièvre puerpérale de 73 : 10 000, et de 40 : 10 000 pour la période 1892-1896<sup>63</sup>. Ces taux, d'ailleurs, ne font que descendre graduellement jusqu'à tendre vers zéro à la fin du premier quart du XX<sup>e</sup> siècle<sup>64</sup>.

L'ensemble de ces données permettent d'affirmer avec certitude que la *Montreal Maternity* ne connut jamais d'épidémie de fièvre puerpérale ; jamais entre ses murs, celle-ci n'a décimé la population de parturientes comme elle le fit si souvent en Europe à la même époque.

Cette absence d'épidémies de fièvre puerpérale, qui peut être démontrée de manière tout à fait positive pour la *Montreal Maternity*, l'est également, mais de manière négative, pour l'ensemble des institutions médicales du Canada du XIX<sup>e</sup> siècle. Quant aux pratiques privées des membres du corps médical, on peut apposer un très haut taux de probabilité à la même hypothèse. Sans prétendre à l'exhaustivité dans le dépouillement des sources, nous ne pouvons douter qu'une épidémie de fièvre puerpérale, quelle que fut sa gravité, eût laissé des traces indélébiles de son existence dans les périodiques recensés. Mais si les sources nous indiquent que les épidémies de fièvre puerpérale furent absentes de la scène canadienne de l'accouchement au XIX<sup>e</sup> siècle, en revanche, elles indiquent l'existence sporadique de l'affection – une existence dont les dommages, cependant, ne peuvent en aucun cas se comparer à ce qu'ils furent en Europe et aux États-Unis.

\*

Bien qu'exposant dangereusement les parturientes aux infections puerpérales par la médicalisation de la naissance, la plupart des autorités médicales occidentales refusent jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle d'adopter sur une base générale les différentes techniques aseptiques et antiseptiques parce que le savoir médical ne leur permet pas encore d'en comprendre les bases. Partout où la médicalisation de la naissance est importante, cette

---

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 132.

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 52, Figure 3.1.

attitude se solde inévitablement par d'importantes épidémies de fièvre puerpérale, autant au sein des maternités que dans les pratiques privées des membres du corps médical. Par conséquent, la période s'étalant entre 1750 et 1880 est particulièrement meurtrière pour les parturientes.

Au Canada, par contre, la sous-médicalisation de la naissance entrave la formation d'un environnement fermé de l'accouchement. Le milieu ouvert de la naissance empêche la formation de grandes épidémies de fièvre puerpérale durant toute la période concernée, puisque la contagion atteint peu ou prou les parturientes. Par conséquent, on peut affirmer que le retard de la médicalisation de l'accouchement est l'une des causes majeures de la sauvegarde des femmes au Canada.

Dans la mesure où l'observation d'une pratique médicale particulière requiert la compréhension de ses fondements scientifiques, on peut s'attendre à ce que la gestion responsable et heureuse de l'accouchement ne se produise à une échelle occidentale qu'au moment de l'émergence de la microbiologie. Ce sera alors le premier pas marquant vers l'éradication de la maladie et de ses menaces. Encore ici, le Canada pourra s'en tirer avantageusement.

*Troisième partie*

VERS UNE GESTION RESPONSABLE DE L'ACCOUCHEMENT

## Chapitre 8

### MICROBIOLOGIE ET ANTISEPSIE

Depuis le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, la microbiologie vint révolutionner la médecine et l'obstétrique. Elle permit aux médecins de comprendre sans équivoque les maladies infectieuses; par le fait même, elle fut garante d'une acceptation généralisée des techniques antiseptiques et aseptiques et permit la mise en œuvre d'une prophylaxie efficace et durable de la fièvre puerpérale. En cela, l'identification de l'agent pathogène de la maladie fut le pivot de l'évolution de l'attitude du corps médical vis-à-vis sa contagiosité.

En 1888, l'obstétricien britannique Charles Cullingworth affirme que la découverte du rôle des micro-organismes dans le développement des fièvres puerpérales avait fourni, après plus d'un siècle et demi de conjectures, la clef de la compréhension des vecteurs de transmission de la maladie :

*« Everything was accounted for. The propagation by personal contact, the manner in which the disease dogged the footsteps of individual practitioners, and became the scourge of lying-in hospital, the fatal results of cadaveric contamination, the deleterious influence of protracted labour, involving, as it did, repeated examinations, the almost entire immunity from the disease of women confined in the streets and elsewhere, in whom no examinations was made, the success that attended the purification of the hands by means of chlorine, all these facts were now easily explained<sup>1</sup>. »*

L'explication de ces faits, cependant préexistants, validait enfin leur considération par le corps médical et fut à l'origine d'une ère nouvelle.

---

<sup>1</sup> C. J. Cullingworth, Puerperal Fever. *Puerperal Fever. A Preventible Disease. A Plea for the more General Adoption of Antiseptics in Midwifery Practice, An Address Introductory to the Sessions of 1888-89, delivered at St. Thomas Hospital*, London, 1888, in Irvine Loudon, ed., *Childbed Fever: A Documentary History*, New York & London, Garland Publishing, Inc., 1995, p. 137.

## A. La microbiologie et les fièvres puerpérales

### 1. Identification de l'agent pathogène de la fièvre puerpérale

La littérature médicale attribue généralement à Louis Pasteur (1822-1895) la découverte du lien existant entre les micro-organismes et les infections puerpérales. En fait, Pasteur, le premier, identifia l'agent pathogène de la maladie; cependant, d'autres avant lui avaient soupçonné le rôle des microbes dans le développement de l'affection. Premièrement, Carl Mayrhofer, un successeur de Semmelweis à la première clinique de la Maternité de Vienne, discerna au début des années 1860 des microbes dans les décharges utérines des victimes de la fièvre puerpérale. Quand il contamina les voies génitales d'un groupe de lapines avec les lochies des malades, chaque mammifère développa des symptômes similaires à ceux de la maladie puerpérale et décéda quelques jours plus tard. Devant ces résultats, et afin de s'assurer que les microbes étaient responsables de l'infection, Mayrhofer isola ensuite la culture bactérienne (et non un type de microbe en particulier, ce que Robert Koch fut le premier à faire dans les années 1870<sup>2</sup>) et exécuta de nouveau l'expérience. Le résultat fut le même. Ces expériences convinquirent le médecin que les micro-organismes observés constituaient la cause exclusive de la fièvre. En cela, ses idées rejoignaient celles de Semmelweis, et ses découvertes, comme celles de Semmelweis, furent rejetées par la plupart de ses collègues. En 1872 cependant, le médecin français M. D'Espine effectua les mêmes expériences et parvint aux mêmes résultats. L'année suivante, le D' Orth, de Bonn, releva l'existence de micro-organismes dans les milieux frappés de fièvres puerpérales épidémiques. Le D' Hausmann, de Berlin, répéta également les expériences de Mayrhofer en 1876<sup>3</sup>. Quoique les expérimentations de cette nature fussent marginales, Louis Pasteur en était certainement informé au moment où il entreprit ses recherches sur la fièvre puerpérale.

L'homme qui démontra que le streptocoque pyogène pouvait être la principale cause de la fièvre puerpérale ne faisait pas partie du corps médical. Louis Pasteur était chimiste et physicien de formation. Comme Gordon, Pasteur était issu d'un milieu pauvre. Son

---

<sup>2</sup> Peter Baldry, *The Battle Against Bacteria : A Fresh Look. A history of man's fight against bacterial disease with special reference to the development of antibacterial drugs*, Cambridge / London / New York / Melbourne, Cambridge UP, 1976 [1965].

<sup>3</sup> J. Amédée Doléris, *La Fièvre puerpérale et les organismes inférieurs : Pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites des couches*, Paris, 1880, p. 45-47, in Irvine Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 113-114.

père, qui avait jadis servi dans les rangs de l'armée napoléonienne, travailla ensuite comme tanneur dans la petite ville de Dole, au sud de la France<sup>4</sup>. Tout imbu du rêve d'être un jour un professeur distingué, Pasteur poursuivit des études en chimie et s'engagea ensuite en tant qu'assistant du professeur Jean Dumas, un homme qui, sa vie durant, fut une source d'inspiration pour le jeune chimiste. Pasteur côtoie à la même époque le chimiste Antoine Balard, qui l'encourage à poursuivre des recherches en cristallographie dans son propre laboratoire. C'est ici que Pasteur se démarque pour une première fois, avec une contribution originale sur l'asymétrie optique des cristaux d'acide tartrique<sup>5</sup>. En 1847, le ministre de l'Éducation place Pasteur à Dijon, avant de lui offrir un poste de professeur de chimie à l'Université de Strasbourg. À Strasbourg, Pasteur habite chez le physicien Pierre Bertin-Mourot, qui l'initie à l'appréciation de la bière et du vin, un goût qui le conduira plus tard, curieusement, au premier rang des découvertes bactériologiques.

En 1854, Louis Pasteur est transféré à Lille, avec ordre de centrer ses activités sur des problèmes de l'industrie locale, dont la fermentation des sucres produisant l'alcool. C'est à Lille que Pasteur démontre le rôle des bactéries dans la fermentation de la bière, du vin, et du lait. Quand il découvre que certaines bactéries, en agissant à l'encontre des micro-organismes contenus dans la levure, ralentissent la fermentation, le chimiste tente de mettre au point un moyen permettant d'éliminer de manière sélective les micro-organismes parasites. Cette recherche débouche sur la pasteurisation, procédé encore utilisé dans le monde entier, qui consiste à détruire un grand nombre de germes pathogènes présents dans un liquide en élevant sous vide sa température aux environs de 55 °C, puis en le refroidissant brusquement<sup>6</sup>.

De fil en aiguille, Pasteur démontre que l'air transporte d'innombrables micro-organismes et que certains d'entre eux sont responsables de la putréfaction des matières organiques lorsqu'ils sont en contact avec l'air. Ensuite, il établit que des micro-organismes sont à l'origine de la pébrine et de la flacherie – deux maladies propres aux vers à soie qui avaient mené, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, l'industrie du textile en France au

---

<sup>4</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 17.

<sup>5</sup> Loudon, *op. cit.*, p. 120.

<sup>6</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 17-22.

bord de la faillite. Pasteur étudie ensuite le rôle des bactéries dans les maladies susceptibles de toucher les animaux et des hommes. À l'instar de Robert Koch, il découvre que l'anthrax est causé par des bactéries<sup>7</sup>. En 1857, il émet l'hypothèse que le streptocoque hémolytique est probablement l'agent pathogène de la fièvre puerpérale.

Les travaux de Pasteur constituent la pierre angulaire d'une nouvelle approche pathologique de la fièvre puerpérale. L'approche microbiologique de la maladie rencontre cependant une vive opposition au sein du corps médical. Dans l'esprit de certains médecins hygiénistes, la théorie des germes, bien que vraisemblable, paraît dangereuse dans sa pratique. Cependant, les évidences fournies par la méthode microbiologique ne permettent plus un simple refus, un simple retour en arrière, comme cela avait été le cas au temps de Gordon, Holmes et Semmelweis. Les dogmes du passé étaient révoqués par l'approche microbiologique de la maladie, laissant graduellement la place à une nouvelle orthodoxie.

C'est à l'Académie de médecine de Paris que Louis Pasteur fut contraint, par la critique caustique de ses opposants, à prendre la parole pour exposer les résultats de ses recherches préliminaires sur l'infection puerpérale. Ce débat historique eut lieu lors d'une rencontre de deux jours de l'Académie tenant place le 11 mars et le 6 mai 1879<sup>8</sup>. À la tête de l'opposition, un géant de l'obstétrique française, le directeur de la maternité de Paris, Jacques-François-Édouard Hervieux. C'est à lui que revint l'honneur d'ouvrir la séance. Dans une longue allocution, il étala l'état des connaissances de la maladie. Selon lui, la fièvre puerpérale pouvait être causée par une multitude de facteurs distincts, interagissant les uns avec les autres dans le déclenchement de la maladie. Parmi ces facteurs, les plus importants étaient les influences épidémiques et miasmatiques de l'air, les émanations des femmes malades et surtout l'entassement des parturientes dans les maternités d'Europe. Par conséquent, la seule façon d'améliorer le sort des patientes des maternités, faute d'un traitement efficace de la maladie, était d'observer une plus grande rigueur hygiénique dans les établissements. Les mots d'ordre étaient la propreté, la ventilation, l'emplacement sain des institutions, ainsi qu'un plus grand espacement entre les femmes et l'isolement

---

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 24-25.

<sup>8</sup> Anon., « Discussion, Fièvre puerpérale », *Compte-Rendu : Congrès Périodique International des Sciences Médicales*, dans Loudon, *op. cit.*, p. 121.

systématique des malades<sup>9</sup>. Hervieux affirma qu'en principe, la théorie des germes était incapable d'expliquer la septicémie puerpérale<sup>10</sup>. Il conclut – comme pour défier Pasteur – en affirmant ne pas croire avoir la chance de vivre assez vieux pour voir l'agent produisant la fièvre puerpérale<sup>11</sup>.

Pasteur monta aussitôt à la tribune et prit parole dans une oraison légendaire. Il commença par rejeter d'emblée la notion des influences épidémiques et miasmatiques de l'air :

*« In order to dismiss certain confusions, I would like first of all to point out that, in my view, properly speaking there does not exist a healthy state and an epidemic state. The facts hidden beneath the expressions infected countries, epidemic places, correspond to a varying abundance of germs and to hygienic conditions, constitutional or otherwise, which are favourable or not to their development<sup>12</sup>. »*

Puis, après s'être dirigé vers le tableau noir, il dessina le streptocoque pyogène, qu'il décrivait comme un « microbe en chapelet de grains ». Il expliqua que ce même microbe produisait une fermentation visqueuse, qu'il était responsable de la flacherie, maladie des vers à soie, de la fermentation ammoniacale de l'urine chez l'humain; que les Allemands Oertel, Orth et Valdeyer, ainsi que lui-même, avaient noté sa présence dans des cas de diphtérie et de fièvre puerpérale; qu'il avait retrouvé ce même microbe dans la plupart des abcès qu'il avait pu observer chez les humains, notamment ceux d'une jeune femme de 19 ans atteinte de lymphangite, et ceux d'une autre atteinte de la typhoïde. L'examen au microscope du sang de cette malade avait indiqué sa contamination par ce micro-organisme. Toutes ces indications étaient autant de raisons permettant à Pasteur d'émettre l'hypothèse que la fièvre puerpérale était une des nombreuses maladies causées par cet organisme et qu'en soi, cette maladie était contagieuse. Il termina son discours en soulignant que, bien qu'ayant soupçonné depuis 1857 le microbe en chapelet d'être l'unique agent pathogène de la fièvre puerpérale, il n'avait pas eu l'occasion d'effectuer une étude approfondie de la question. Ce n'était donc qu'une hypothèse probable, ou du

<sup>9</sup> Irvine Loudon, « Pasteur and Hervieux », dans Irvine Loudon, *Childbed Fever. A Documentary History*, New York/London, Garland Publishing, Inc., 1995, p. 110.

<sup>10</sup> COMMUNICATIONS. Scepticémie puerpérale. Rencontre du 6 mai 1879, Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, 1879, 2<sup>e</sup> série, vol. 8, p. 481-489, dans Loudon, ed., *A Documentary History...*, p. 119.

<sup>11</sup> Rencontre du 11 mars 1879, Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, 1879, 2<sup>e</sup> série, vol. 8, p. 256-260, dans Loudon, ed., *A Documentary History...*, p. 112.

<sup>12</sup> *Ibid.*

moins possible. Par conséquent, il demanda aux maîtres obstétriciens présents de bien vouloir lui fournir l'occasion, en lui donnant accès à de plus nombreuses victimes de la maladie, d'intégrer une dimension clinique à son hypothèse<sup>13</sup>.

Le lendemain de l'assemblée, Hervieux invite Pasteur à étudier la question à la Maternité de Paris. Pasteur examine au microscope les lochies de femmes saines et celles de victimes de la fièvre puerpérale. Les premières ne contiennent aucune culture bactérienne, tandis que les secondes en sont saturées. L'échantillon vérifié, cependant, reste mince. Le 6 mai 1879, Pasteur annonce à l'Académie que des recherches sommaires lui ont permis de valider son hypothèse selon laquelle microbe en question est responsable de la maladie. Il suggère que les obstétriciens adoptent aussitôt la pratique de désinfecter les organes génitaux des parturientes à l'aide d'une solution antiseptique composée de quatre parties d'acide borique pour cent parties d'eau. Advenant le cas où ses conclusions – qu'il admet hâtives – s'avéreraient fausses, cette mesure, argue-t-il, ne saurait être dommageable.

Plutôt que de poursuivre personnellement ses recherches sur la fièvre puerpérale, Louis Pasteur délègue cette mission à J. Amédée Doléris, un collègue de la Maternité de Paris<sup>14</sup>. Sous la supervision de Pasteur, celui-ci mène plus d'une centaine d'observations et publie, en 1880, ses résultats dans un ouvrage intitulé *La Fièvre puerpérale et les organismes inférieurs : pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites des couches*<sup>15</sup>. Dans ce traité, l'auteur identifie deux principaux groupes de micro-organismes susceptibles d'être présents dans les décharges utérines des nouvelles mères : les *diplococcus* et les *micrococcus pyogéniques* – c'est-à-dire les streptocoques pyogènes. Doléris observe que les *diplococcus* sont courants dans les décharges des femmes en bonne santé autant que dans celles des victimes de la fièvre puerpérale. Par contre, la deuxième catégorie de micro-organismes, les « microbes en chaînettes » décrits auparavant par Pasteur, est présente dans tous les cas d'infection puerpérale. Sans doute inspiré par Mayrhofer, Doléris isole ensuite les cultures microbiennes des lochies infectées par le *micrococcus* pyogénique et en contamina

---

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 112-114.

<sup>14</sup> J. Amédée Doléris, *op. cit.*, p. 7-8.

<sup>15</sup> *Ibid.*

les voies génitales de lapines et de cochons d'Inde. Tous les mammifères moururent des suites du traitement<sup>16</sup>.

La théorie des germes, avancée à l'endroit de la fièvre puerpérale par Pasteur et Doléris, choqua autant que les propos de Gordon, Holmes, Semmelweis et tous ceux qui avaient jadis soutenu l'hypothèse de la nature contagieuse de la fièvre puerpérale. Cependant, quand ceux-ci n'avaient que l'observation épidémiologique pour justifier leurs théories – observations qu'on pouvait d'ailleurs toujours critiquer –, Pasteur et Doléris mettaient en scène un ennemi<sup>17</sup> directement observable et autre que le praticien : le microbe en chaînette. Les observations au microscope étaient plus difficilement contestables que les études épidémiologiques : elles pouvaient être reproduites à volonté. En outre, la « méthode » microbiologique, en multipliant les analyses, transcendait ce que plutôt on attribuait volontiers à la chance. Pour ces raisons, Pasteur et Doléris purent se faire entendre des autorités médicales dans une atmosphère scientifique sans doute plus calme que celle qu'avaient connue leurs prédécesseurs. Mais opposition il y eut. Pour être acceptée, la microbiologie devait d'abord déloger plus de 150 ans de tradition médicale. Les grandes lignes de cette réticence sont dépeintes par les propos de Hervieux aux réunions de l'Académie mentionnées ci-haut.

Hervieux fut sceptique à l'égard des hypothèses avancées par Pasteur. Il lui fut d'abord difficile d'admettre qu'un même poison pouvait être la cause de plusieurs maladies et que ce poison était omniprésent dans l'environnement de l'homme. Sans aucun doute, si le micro-organisme était la principale cause, ou même l'un des agents de la maladie, on ne le trouverait qu'aux endroits où les femmes accouchent. Ensuite, si le micro-organisme était un microbe courant ; si l'on pouvait le retrouver, comme l'indiquait Pasteur, dans presque toutes les sources d'eau ; et si, finalement, ce microbe était bel et bien la cause de la maladie, chaque femme enceinte en serait atteinte puisque chacune d'elle utilisait l'eau pour s'abreuver, se doucher, se laver. Si ces assertions étaient vraies, souligna Hervieux,

---

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> Il est intéressant de noter qu'un lexique militaire fut adopté très tôt en microbiologie. Ainsi, on « identifie l'ennemi », on reconnaît ses moyens de défense. De même, la victime d'une maladie infectieuse est soumise aux « attaques » microbiennes. Lorsqu'il sont en quête de traitement, les médecins se disent à la recherche de « magic bullets ». Plus tard au XX<sup>e</sup> siècle, on parlerait de « missiles guidés ». Cette nomenclature permet néanmoins de mettre l'accent sur le rôle actif de chacun dans le « lutte », le « combat » contre l'infection. Voir Baldry, *op. cit.*

comment expliquer que seulement certaines femmes contractaient la maladie, et que certains endroits, certaines régions, certaines pratiques privées en était épargnés? Cela, pour Hervieux, indiquait que le microbe était l'effet plutôt que la cause de la maladie<sup>18</sup>.

D'un point de vue méthodologique, Hervieux demanda comment Pasteur pouvait soutenir que le microbe était la cause de la fièvre puerpérale alors que tout ce qu'il avait pu jusqu'alors démontrer était la présence du microbe dans les lochies de quelques femmes malades et son absence dans celles de femmes en bonne santé. Cela, selon Hervieux, suggérait un lien entre le microbe et la maladie, certes, mais pas nécessairement un lien causal. En cela, il entrevit que le retentissement de la théorie pourrait avoir des effets néfastes sur la pratique obstétricale et sur la santé des femmes :

*« I fear that the abandonment of traditional methods may be dangerous. [...] Suppose that the theory of germs was generally accepted for puerperal fever, suppose that I were converted, that I had faith like that of M. Pasteur, as he would wish that we all should have, what would happen? I would have only one objective, the destruction of the microbes. And to attain that end, I would use boric acid and all the preparations recommended as antibacterial by our illustrious colleague.*

*« What, then, if the amount of puerperal fever should increase? I would try to find by experiment new anti-microbial agents. But I would have to ignore hygienic precautions and prophylactic measures [...] Faith would allow no other transaction<sup>19</sup>. »*

Pour Hervieux, l'adhésion à la théorie des germes de Pasteur n'admettait aucune autre mesure prophylactique que la lutte contre les bactéries. Les propos de Pasteur, évidemment, n'impliquaient nullement de telles généralisations. Ces critiques atténuèrent toutefois l'impact des percées de la microbiologie. Pour plusieurs, la théorie des germes n'apportait qu'une part de la solution et ne faisait qu'ajouter une autre facette à la complexité de la maladie.

## 2. Impact de la microbiologie sur l'appréhension médicale de l'infection puerpérale

Les travaux de Pasteur et de Doléris exercèrent une influence immédiate sur l'appréhension médicale de la fièvre puerpérale. La perception orthodoxe de la maladie, dans un premier temps, fut compromise par la théorie des germes tandis que la notion de

<sup>18</sup> COMMUNICATIONS. Septicémie puerpérale, Rencontre du 6 mai 1879..., *loc. cit.*, p. 114-116.

<sup>19</sup> *Ibid.*

la contagiosité de l'affection gagnait en crédibilité. Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, la majorité des médecins soutenaient que la maladie puerpérale était générée par plusieurs causes possibles. Au Canada, Pierre de Sales Laterrière est un exemple évocateur de cette perspective. C'est d'ailleurs en s'inspirant des textes des maîtres en obstétrique qu'il formula sa propre opinion « multi-causaliste<sup>20</sup> ». D'autres, cependant moins nombreux, soutenaient que la fièvre puerpérale était engendrée par une cause unique (ou alors, si d'autres facteurs entraient en ligne de compte, par une cause à tout le moins principale). La microbiologie, à partir de la fin des années 1860, fit basculer cette proportion. Quoique certains défenseurs des causes multiples de la maladie rejetèrent d'emblée l'approche bactériologique faute de preuves suffisantes, plusieurs autres concédèrent que les microbes pouvaient constituer l'une des causes susceptibles de déclencher les infections puerpérales. Pour eux, la contagion bactériologique, avant de se propager par l'entremise des praticiens, le faisait par l'air ; ils soutinrent que le concours des parturientes dans un même endroit favorisait la saturation de l'atmosphère par les germes. D'un autre côté, les tenants d'une cause unique de l'affection prirent du terrain. Malgré l'opposition qu'il rencontra, Pasteur avançait ses théories dans un épistémè propice à leur approbation. Comme le souligna Hervieux à l'Académie de médecine en 1879, même sans preuve clinique satisfaisante, les propos de Pasteur connaissaient un important retentissement. Partout, les gens confondaient l'hypothèse et la vérité prouvée<sup>21</sup> : c'est que l'on était prêt à recevoir et à entendre l'hypothèse avancée. La théorie de la contagion refit surface ; elle était considérée avec plus de calme, plus de sérieux, plus de crédulité. Gordon, Holmes et Semmelweis furent finalement remémorés. Toutefois, avant d'admettre ouvertement le rôle des micro-organismes, de la contagion et des praticiens dans le développement des fièvres puerpérales et de leurs épidémies, le corps médical dut attendre l'accessibilité d'une action médicale efficace contre le *micrococcus* pyogénique. C'est Lister, dès la fin des années 1860, qui fournit aux obstétriciens de l'Occident l'inspiration nécessaire.

---

<sup>20</sup> Peter de Sales la Terrière, « A Dissertation on the Puerperal Fever... », dans Jacques G. Ruelland, *Pierre de Sales Laterrière (1747-1815), médecin et libre penseur*, Longueuil, Société Historique du Marigot, Cahier n° 24, décembre 1990, p. 60-70.

<sup>21</sup> COMMUNICATIONS, Septicémie puerpérale, Rencontre du 6 mai 1879..., *loc. cit.*

## B. L'antiseptie à la conquête de l'obstétrique

### 1. Joseph Lister et l'antiseptie

Bien que des mesures antiseptiques et aseptiques<sup>22</sup> - un minimum d'hygiène et de propreté - eurent été recommandées par plusieurs accoucheurs avant la fin des années 1860, celles-ci furent généralement négligées par les praticiens parce que rien, sinon des hypothèses défavorables à leur statut, ne permettait de les justifier. La microbiologie, cependant, fournit le maillon manquant à la compréhension, par le corps médical, des mécanismes de la contagion, des vecteurs de la transmission de la fièvre puerpérale. Quand, inspiré par Pasteur, Lister mit au point une procédure efficace contre l'infection microbienne dans les salles de chirurgie, les obstétriciens des grandes maternités d'Europe adaptèrent rapidement ses techniques aux salles d'accouchement, avec des répercussions sur la mortalité maternelle tout aussi remarquables qu'avaient été, plus de vingt ans auparavant, celles de Semmelweis.

Joseph Lister (1827-1912), fils d'un marchand de vin londonien, obtint son diplôme de chirurgie à Londres en 1852. Huit ans plus tard, il décrochait un poste de professeur en chirurgie à l'Université de Glasgow, qu'il quitta en 1869 pour un office à l'Université d'Édimbourg<sup>23</sup>. À Glasgow, l'analyse des publications de Pasteur fournit à Lister une explication des infections chirurgicales. Pasteur avait démontré que la putréfaction des matières organiques était causée par certains microbes que l'on retrouve couramment en suspension dans l'air. En outre, Pasteur avait suggéré le rôle actif des microbes dans le développement de pathologies humaines. Quoiqu'il n'eut pas encore prouvé cette hypothèse au moment où Lister parcourut son œuvre, le chirurgien fut convaincu que si les microbes étaient susceptibles de putréfier les matières organiques, ils pouvaient également altérer les tissus du corps humain lorsqu'ils étaient exposés à l'air – dans le cas d'une blessure ouverte, par exemple. Il émit alors l'hypothèse que les micro-organismes étaient responsables des infections chirurgicales. Dans la mesure où la source d'infection

---

<sup>22</sup> La nuance entre l'asepsie et l'antiseptie est importante. L'asepsie désigne l'ensemble des moyens visant à empêcher la contamination d'objets, de substances, d'organismes ou de locaux (salles d'opérations et d'accouchement) par des micro-organismes pathogènes, tandis que l'antiseptie désigne la prévention du développement d'agents infectieux par des procédés physiques ou chimiques destinés à détruire tout micro-organisme déjà présent dans le milieu. L. Manuila, *et al.*, *Dictionnaire médical*, Paris, Masson, 2001 [1999].

<sup>23</sup> Sir Rickman Godlee, *Lord Lister*, 3<sup>rd</sup> ed., Oxford, 1924, p. 124, dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 131.

était externe au corps, le médecin pouvait, en théorie du moins, la prévenir en en limitant l'exposition des patients aux micro-organismes, ou même en détruisant a priori les microbes pathogènes : « Upon this principle, écrit-il plus tard, I have based a practice<sup>24</sup>. »

Concrètement, la méthode était simple : détruire, dans les salles d'opération, les micro-organismes présents dans l'air, sur les instruments chirurgicaux, ainsi que sur les mains du chirurgien. Pour ce faire, Lister utilisa d'abord un produit à base de créosote, puis il adoptera avantageusement un soluté d'acide chlorique, utilisé auparavant dans l'assainissement des systèmes d'égouts<sup>25</sup>. La première d'une longue série d'expériences fut effectuée par le chirurgien en mars 1865. Deux ans plus tard, Lister avait amassé suffisamment de données pour publier un article dans le périodique médical *Lancet*<sup>26</sup>, où il rendait publiques les résultats de son protocole antiseptique. Ce texte fondait irrévocablement l'antiseptie. Un an plus tard, un autre article parut : « On the Antiseptic System of Treatment in Surgery<sup>27</sup> »; puis en 1875, un dernier article du *Lancet*<sup>28</sup> présenta les techniques de Lister à leur état de maturité. Tout au long de sa carrière, Lister fut reconnaissant envers Louis Pasteur de lui avoir fourni les « prémisses » microbiologiques nécessaires à l'élaboration de ses innovations dans le domaine de la chirurgie. En 1874, il lui écrivit, dans une lettre personnelle :

*« Allow me to take this opportunity to tender you my most cordial thanks for having by your brilliant researches demonstrated to me the truth of the germ theory of putrefaction and thus furnished me with the principle upon which the antiseptic system could be carried out. Should you have any time to visit Edinburgh, it would, I believe, give you sincere gratification to see at our hospital how largely mankind is being benefited by your labours<sup>29</sup>. »*

Dans les salles d'opération et les maternités, un nombre inestimable de vies seraient sauvées – et continuent de l'être – par l'antiseptie listérienne.

Les mesures antiseptiques préconisées par Lister évoluèrent entre 1867 et 1875. Initialement, le protocole de Lister se résumait à la désinfection des mains des praticiens

---

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 44-45.

<sup>26</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 131.

<sup>27</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 46.

<sup>28</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 131.

<sup>29</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 46.

ainsi que de leurs instruments en les immergeant dans un bassin contenant le soluté antiseptique. Ensuite, tous les pansements utilisés lors des opérations devraient être imprégnés du soluté, une procédure qui, jusque là, restait assez simple. Le changement des pansements était cependant plus complexe. L'acide chlorique étant corrosif, la concentration de l'antiseptique utilisé sur chaque pansement devait s'adapter aux risques calculés d'infection. En 1871, Lister mit au point un procédé par lequel on pulvérisait la solution d'acide chlorique dans la salle d'opération. À la même date, la question des pansements prenait encore plus d'envergure. Ceux-ci étaient maintenant constitués de huit épaisseurs de compresses de gaze, chacune étant imprégnée par une différente concentration d'antiseptique. Les pansements devaient être remplacés à des intervalles déterminés<sup>30</sup>.

Ces procédures complexes en valaient cependant la peine. Dès les premières années où il pratiqua l'antiseptie, Lister enregistra une baisse considérable du taux de mortalité chirurgicale. À l'époque, les fractures ouvertes se soldaient fréquemment en de graves infections suppurées nécessitant l'amputation du membre. De surcroît, l'amputation était une opération extrêmement dangereuse. Dès 1867, Lister rapporte que sur un total de 11 fractures ouvertes traités dans un environnement aseptisé, neuf patients guérissent sans complications, un seul dut subir une amputation, et un seul décéda des suites de sa blessure : une baisse remarquable des risques représentés par de telles procédures<sup>31</sup>. Plus tard, les résultats publiés par Lister démontrèrent une baisse de mortalité de 31 % dans tous les cas d'amputation à la suite de l'adoption des mesures aseptiques et antiseptiques. La popularisation de l'antiseptie confirmerait par la suite sur un échantillonnage plus large ces excellents résultats.

Dans le domaine de la chirurgie, la réception de l'antiseptie listérienne fut favorable et rapide, quoiqu'elle suscitât quelques oppositions. Cependant, jamais les critiques de Lister ne purent véritablement menacer l'adoption de ses pratiques. Aussitôt parues, les publications de Lister parcouraient tout l'Occident. Très tôt, elles furent republiées par des périodiques médicaux nord-américains, et quoique la pratique suscitait quelques réticences aux États-Unis, le corps médical de tout l'Amérique du Nord se convertit

---

<sup>30</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 132-133.

<sup>31</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 45.

rapidement à l'antiseptie listérienne<sup>32</sup>. À la fin des années 1880, l'asepsie et l'antiseptie étaient devenues des pratiques courantes, sinon généralisées, dans les salles d'opération occidentales.

Il existe une relation de proportion directe entre la réception de la théorie des germes et celle de l'antiseptie. Les deux concepts, en effet, se rejoignent; l'un vient confirmer la véracité de l'autre. La plupart des critiques de Lister s'expliquaient par un refus d'admettre le rôle des micro-organismes dans le développement des maladies du corps humain – une position qui, devant l'efficacité constamment prouvée de l'antiseptie, deviendrait plus difficile à tenir. Par contre, l'antiseptie donnait davantage de crédibilité aux enseignements de Pasteur; son efficacité permettait aux membres du corps médical de s'engager dans le tournant de la microbiologie avec plus d'assurance : ils n'auraient plus à s'avouer impuissants devant la maladie.

Les mesures antiseptiques observées en chirurgie furent rapidement appliquées à l'environnement hospitalier de l'accouchement. L'un des premiers à le faire fut sans doute Johann Jacob Bischoff, de la clinique obstétricale de Bâle. Celui-ci visita Lister à l'Université de Glasgow en 1868 et transposa directement ses techniques dans les salles d'accouchement de sa ville. Les résultats obtenus furent tout aussi prometteurs qu'ils l'avaient été en chirurgie : jamais les taux de mortalité et de morbidité aussi bas n'avaient été enregistrés à la clinique<sup>33</sup>. D'autres tentèrent de mieux adapter l'antiseptie listérienne à la pratique des accouchements. Aujourd'hui, certaines de leurs démarches peuvent faire sourire. Stadfelt, directeur de la maternité de Copenhague, inaugure une pratique tout à fait inusitée. Avant de se rendre à un accouchement, chaque praticien sous sa supervision doit subir une fumigation. Cette opération se déroule dans une pièce étanche où l'on fait pénétrer des vapeurs d'acide sulfurique. Pendant toute la durée de l'opération, l'individu antiseptisé doit respirer par un tuyau couvrant sa tête et raccordé à une fenêtre! Les précautions de Stadfelt allaient néanmoins plus loin que la fumigation du praticien. Les instruments utilisés lors de l'accouchement étaient aseptisés en suivant les recommandations de Lister. En outre, il était défendu aux médecins d'assister aux autopsies et aux dissections; tous devaient se désinfecter les mains avant et après chaque

---

<sup>32</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 132-133.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 134.

examen gynécologique. On voit ici les mesures observées par Semmelweis recyclées après plus de vingt ans d'oubli. Et la liste s'allonge : dans les cas d'obstétrique, les éponges étaient remplacées par des ouates que l'on jetait après usage, les lits étaient rembourrés de paille et étaient brûlés au départ de la mère. On prévenait l'infection en assurant l'hygiène des organes génitaux des femmes à l'aide d'une solution d'acide chlorique. On allait même jusqu'à pratiquer des lavements avec la même substance (pratique qui aurait longue vie, malgré les risques qu'elle présentait). Finalement, un peu plus tard, les accouchements se déroulaient dans une atmosphère contenant de l'acide carbolique pulvérisée dans l'air<sup>34</sup>. On voit à cette description qu'aucune attention n'était épargnée par Stadfelt dans le but de prévenir l'infection puerpérale. Ses efforts ne furent pas sans conséquences. Le taux de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale fut réduit d'une moyenne de 384 pour 1000 durant la période 1850-1869, à 114 pour 1000 durant la période 1870-1874<sup>35</sup>.

Tout au long des années 1870, l'antiseptie gagna du terrain dans le domaine de l'obstétrique, si bien qu'au milieu des années 1880, elle était devenue une pratique courante dans presque toutes les maternités d'Occident, y compris celles d'Amérique. Comme on a pu le pressentir avec les données fournies par Ignaz Semmelweis dans *Étiologie, concept et prophylaxie de la fièvre puerpérale*, l'impact de ces mesures prophylactiques sur la mortalité maternelle fut considérable. Pour la première fois depuis la mise en œuvre des premières étapes de la médicalisation de la naissance en Occident, le corps médical, dans l'ensemble de sa pratique obstétricale, ne contesta pas les objectifs de la démarche scientifique. Autrement dit : pour la première fois depuis l'apparition des accoucheurs, il ne fut pas plus dangereux – dans l'ensemble, il est vrai – d'accoucher auprès d'eux que dans la rue<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> Stadfelt, *Les maternités illustrées par la statistique de 25 ans de la Maternité de Copenhague*, cité in H. H. Garrigues, « On Lying-In Institutions, Especially those of New York », *Transactions of the American Gynaecological Society*, 2 (1878), p. 593-649, p. 606-607.

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> À l'aube de l'antiseptie, toujours impuissantes devant les ravages causés par la fièvre puerpérale, certaines importantes maternités d'Europe continentale étaient vraisemblablement sur le point de fermer leurs portes. Par exemple, à la suite de coûteuses réformes à la maternité de Port-Royal, A. Charrier déclare à la Société de médecine de Paris en 1869 : « On a cru que l'on pourrait améliorer, il fallait détruire. Il ne faut plus d'agglomération de femmes en couches, parce que l'agglomération de nouvelles accouchées engendre forcément, fatalement, le poison puerpéral. » A. Charrier, « Des maternités », Mémoire lu à la

## 2. L'impact de l'antiseptie sur la mortalité maternelle

Ce que Semmelweis était parvenu à faire sporadiquement, Lister et ses disciples le firent définitivement et à la grandeur de l'Occident. Que la réception des travaux de deux hommes préconisant sensiblement les mêmes mesures ait été si différente, alors que seulement vingt ans les séparaient, démontre qu'un seul élément manquait au temps de Semmelweis pour que ses doctrines soient adoptées : la reconnaissance et la compréhension du rôle joué par les micro-organismes dans l'évolution de la maladie. Au sein de la discipline obstétricale, la controverse soulevée par Semmelweis, à un moment où l'on est encore incapable d'expliquer *scientifiquement* les mécanismes de la contagion de la fièvre puerpérale, fit sombrer ses préceptes dans l'oubli à un point tel qu'il faudrait, en revanche, que Lister réinvente l'antiseptie pour que la théorie de Pasteur soit acceptée. La mesure de l'impact de l'antiseptie sur la mortalité maternelle montre ce que ce requisit peut avoir coûté en vies humaines depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle.

Cullingworth, dans un essai vulgarisant l'antiseptie obstétricale, fournit en 1888 quelques indices statistiques qui permettent d'en apprécier les bienfaits<sup>37</sup>. Après le départ de Semmelweis, le taux de mortalité à la première clinique de la Maternité de Vienne remonta sensiblement, quoiqu'une grande attention portée aux mesures hygiéniques l'empêcha de retrouver son taux initial. Le professeur Braun von Fernwald rapporte que la période 1857-1862 affichait un taux de mortalité maternelle de 28 pour 1000 à la maternité<sup>38</sup>. Des améliorations au niveau de l'hygiène prévoyant, entre autres, de meilleurs systèmes de chauffage et de ventilation, firent chuter le taux de mortalité à 16 pour 1000 à partir de 1863 jusqu'en 1880, date à laquelle on adopta l'antiseptie dans les cliniques obstétricales de l'hôpital<sup>39</sup>. Aussitôt, von Fernwald rapporte une baisse considérable de la mortalité, se stabilisant autour de 7 décès par 1000 accouchements. Pourtant, les cas admis à l'hôpital étaient aussi difficiles qu'avant l'adoption de l'antiseptie (la période 1881-1885 enregistrait 2543 interventions pour un total de 15070 accouchements – dont 9 sections césariennes) et les femmes étaient autant exposées à l'infection (pas moins de

---

Société de médecine de Paris, 1869, cité in Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, *Naître à l'hôpital au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Belin, 1999, p.309.

<sup>37</sup> Charles James Cullingworth, *Puerperal Fever...*, *loc. cit.*, p. 131-148.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p. 140.

<sup>39</sup> *Ibid.*

7964 étudiants furent admis à la clinique obstétricale au cours des 29 ans compris dans l'étude).

Tableau 8.1. Mortalité maternelle à la Maternité de Vienne, 1857-1885

<i>Date</i>	<i>Nbr. d'accouchements</i>	<i>Nbr. de décès</i>	<i>Mortalité maternelle (: 1000)</i>	<i>Mortalité maternelle (%)</i>
1857-62	25 123	722	28	2,8
1863-80	68 770	1 117	16	1,6
1881-85	15 070	106	7	0,7
<i>Mortalité due à la fièvre puerpérale</i>				
<i>Date</i>			<i>Mortalité (: 1000)</i>	<i>Mortalité (%)</i>
1863-80			13	1,3
1881-85			4	0,4

Source : C. J. Cullingworth, *Puerperal Fever. A Preventible Disease. A Plea for the More General Adoption of Antiseptics in Midwifery Practice*, A Address Introductory to the Sessions of 1888-1889, delivered at St. Thomas's Hospital, London, 1888.

Cullingworth rapporte une baisse encore plus remarquable de la mortalité maternelle à la Maternité de Dresde. Tandis qu'en 1872, le taux de mortalité pour toutes causes de la clinique était de 50 pour 1000, celui de l'année 1886-1887 descendit, après l'adoption de l'antiseptie, à 10 pour 1000<sup>40</sup>. Pourtant, à Dresde comme à Vienne, les interventions étaient nombreuses. L'antiseptie permettait en outre de diminuer le taux de morbidité des maternités. Ainsi, toujours à Dresde, 77,8 % des patientes eurent un séjour à l'hôpital sans le moindre inconvénient pour leur santé durant l'année 1886. Dès 1887, cette proportion s'éleva à 95 %<sup>41</sup>. Les résultats de l'antiseptie aux États-Unis furent tout aussi substantiels. Au *Boston Lying-In Hospital*, la mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale passa de 5,5 % en 1882 à zéro en 1886; à New York, de 6 % à 0,2 %<sup>42</sup>. Tarnier, de la maternité de Paris, rapporta des résultats similaires lorsqu'il aseptisa l'environnement des parturientes; la mortalité, au *General Lying-In Hospital* de Londres passa de 3,08 % pour la période 1833-1860 à 0,6 % à partir de 1880<sup>43</sup>. « Such instances could be multiplied almost indefinitely, » affirme Cullingworth.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 141.

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 142.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 142-143.

Tableau 8.2. Mortalité maternelle de la fièvre puerpérale à la Maternité de Dresde, 1883-1887

<i>Date</i>	<i>Nbr. d'accouchements</i>	<i>Nbr. de décès causés par des fièvres</i>	<i>Mortalité (: 1000)</i>	<i>Mortalité (%)</i>
1883	1368	12	8,7	0,87
1885	1365	2	1,4	0,14
1886	1387	2	1,4	0,14
1887	1388	1	0,7	0,07

Source : C. J. Cullingworth, *Puerperal Fever. A Preventible Disease. A Plea for the More General Adoption of Antisepsis in Midwifery Practice*, An Address Introductory to the Sessions of 1888-1889, delivered at St. Thomas's Hospital, London, 1888.

Tableau 8.3. Mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale, New York Maternity Hospital, 1883-1886

<i>Date</i>	<i>Nbr. d'accouchements</i>	<i>Nbr. total de décès</i>	<i>Nbr. total de décès causés par infection puerpérale</i>	<i>Taux de mortalité de la fièvre puerpérale (: 1000)</i>
1883	429	34	26	60,6
1884	505	7	3	5,9
1885	541	4	1	1,8
1886	463	4	1	2,1

Source : C. J. Cullingworth, *Puerperal Fever. A Preventible Disease. A Plea for the More General Adoption of Antisepsis in Midwifery Practice*, An Address Introductory to the Sessions of 1888-1889, delivered at St. Thomas's Hospital, London, 1888.

En effet, l'antiseptie listérienne eut un impact aussi profond, ou peut-être même plus, en obstétrique qu'en chirurgie. Tous les témoignages provenant des maternités de l'époque tendent vers la même conclusion : l'infection puerpérale pouvait désormais être contrôlée efficacement par le personnel médical. Ainsi, l'antiseptie fut l'arme ultime de la médicalisation de la naissance; elle lui permit de vaincre un de ses plus redoutables ennemis et de poursuivre son cours de plus bel. Certains historiens diront même que Lister, indirectement, sauva les grandes maternités occidentales<sup>44</sup>. Dans tous les cas, il sauva des vies. À titre d'exemple, le médecin suédois Högberg estime que l'antiseptie fut responsable d'une réduction de 96 % des mortalités maternelles au sein des hôpitaux de

<sup>44</sup> Beauvalet-Boutouyrie, *op. cit.*, p. 356.

Suède, ce qui, pour la période s'étendant entre 1881 et 1895, se traduit par la sauvegarde de 1 632 parturientes sur une admission totale de 69 000 femmes<sup>45</sup>.

Tableau 8.4. Mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale, Boston Lying-In Hospital, 1882-1886

<i>Date</i>	<i>Nbr. d'accouchements</i>	<i>Nbr. total de décès</i>	<i>Nbr. de décès attribuables à l'infection puerpérale</i>	<i>Taux de mortalité de la fièvre puerpérale (: 1 000)</i>
1882	288	17	16	55,5
1883	242	14	11	45,8
1884	310	6	5	16,1
1885	308	4	2	6,4
1886	373	3	0	0

Source : C. J. Cullingworth, *Puerperal Fever. A Preventible Disease. A Plea for the More General Adoption of Antisepsis in Midwifery Practice*, An Address Introductory to the Sessions of 1888-1889, delivered at St. Thomas's Hospital, London, 1888.

Tableau 8.5. Mortalité maternelle à la Maternité de Paris

<i>Date</i>	<i>Taux de mortalité maternelle (: 1 000)</i>
1858-69	93
1870-81	23
1882-87	11

Source : C. J. Cullingworth, *Puerperal Fever. A Preventible Disease. A Plea for the More General Adoption of Antisepsis in Midwifery Practice*, An Address Introductory to the Sessions of 1888-1889, delivered at St. Thomas's Hospital, London, 1888.

Tableau 8.6. Mortalité maternelle, London's General Lying-In Hospital, 1833-1887

<i>Période d'accouchements</i>	<i>Nbr.</i>	<i>Nbr. mortalité</i>	<i>Mortalité moyenne (: 1 000)</i>
1833-60	5833	180	30,8
1861-77	3773	64	17
1880-87	2585	16	6

Source : C. J. Cullingworth, *Puerperal Fever. A Preventible Disease. A Plea for the More General Adoption of Antisepsis in Midwifery Practice*, An Address Introductory to the Sessions of 1888-1889, delivered at St. Thomas's Hospital, London, 1888.

Quoique la bataille ne fut pas tout à fait terminée, la maladie puerpérale, à partir de la fin des années 1880, était maîtrisée au sein des hôpitaux. Mais c'était encore une victoire

<sup>45</sup> U. Högberg, *Maternal Mortality in Sweden*, Umeå University Medical Dissertations, NS 156; Umeå, 1985, p. 50, Tableau 1, dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 137.

partielle. En soignant en même temps un grand nombre de personnes, les hôpitaux furent les instruments d'une médicalisation massive – mais toujours loin d'être intégrale – de l'accouchement. Le nombre des parturitions se tenant à l'hôpital ne représentait encore à cette époque qu'une mince proportion du nombre total des accouchements. Par exemple, en Angleterre, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, seulement 5 % des accouchements étaient contrôlés par le corps médical. Environ 40 % des accouchements étaient effectués par des médecins et des chirurgiens de pratique générale, moins susceptibles d'être familiers avec les méthodes correctes de l'antiseptie. Quant au reste des parturitions, elles étaient supervisées par des sages-femmes et des matrones, la plupart, jusqu'en 1902, n'ayant jamais bénéficié d'une formation médicale orthodoxe<sup>46</sup>. Pour cette raison, un clivage pouvait survenir au niveau de la mortalité maternelle totale – c'est-à-dire à la grandeur du territoire, au sein des hôpitaux, des pratiques générales et à l'intérieur de la pratique des sages-femmes –, entre les régions plus ou moins médicalisées. Mais ce clivage – et c'est là qu'on apprécie tout l'impact de l'antiseptie – prenait les valeurs inverses de celui qui s'observait aux mêmes endroits avant la fin des années 1880 : le taux de mortalité de la fièvre puerpérale était désormais *inversement* proportionnel au degré de médicalisation des régions.

Toute région où la naissance était fortement médicalisée vit son taux de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale chuter dès les années 1870. Cela fut le cas, notamment, dans les pays du nord-ouest de l'Europe, en Suède, en Norvège, au Danemark et aux Pays-Bas. Pourtant, comme partout ailleurs en Occident, les sages-femmes y accouchaient la grande majorité des femmes. Cependant – et c'est par là que s'opère toute la différence –, pendant toute la période concernée, celles-ci furent surveillées de près et formées par les autorités médicales et gouvernementales. Au Danemark, des brochures préconisant l'antiseptie au lit des parturientes étaient publiés et acheminés vers les sages-femmes du pays dès 1871<sup>47</sup>. En Suède, dès 1881, une loi obligeait les sages-femmes – qui assureraient, en 1910, 99 % des accouchements – à observer les mesures aseptiques indiquées. En outre, elles étaient tenues d'élaborer un dossier précisant quelles méthodes et quels produits avaient été utilisés dans leurs

---

<sup>46</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 159-160.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 156.

démarches pour chacune de leurs patientes. Dans chaque région, l'État nommait un médecin pour contrôler ces dossiers<sup>48</sup>. L'asepsie fut donc très tôt policée sur tout le territoire ; les résultats ne manquèrent pas de suivre. Le cas du Danemark est particulièrement intéressant. Comme l'indique le tableau 8.7, le taux de mortalité de l'infection puerpérale en dehors des institutions hospitalières se maintint, sauf pour la décennie 1885-1895, en deçà de celui des maternités ; cela, autant à Copenhague que dans les villes de province. La baisse soutenue de la mortalité à tous les niveaux à partir de la période 1870-1874 témoigne de l'adoption généralisée de l'antiseptie tant à l'hôpital qu'à la campagne. En Suède, en Norvège et aux Pays-Bas, le taux de mortalité de l'infection puerpérale revêt les mêmes caractéristiques<sup>49</sup>.

Tableau 8.7. Taux de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale, Copenhague et villes provinciales du Danemark, 1860-1899

<i>Période</i>	<i>Copenhague, incluant les hôpitaux de maternité (mortalités : 1000)</i>	<i>Copenhague, excluant les hôpitaux de maternité (: 1000)</i>	<i>Villes provinciales du Danemark (: 1000)</i>
1860-64	23,55	12,45	4,58
1865-69	10,75	6,94	5,72
1870-74	7,94	6,98	6,22
1875-79	4,69	4,38	4,14
1880-84	3,66	3,51	3,06
1885-89	3,16	3,18	2,44
1890-94	2,35	2,44	2,81
1895-99	1,85	1,72	1,83

Source : E. Inglerlev, « Den Puerperale Mortalitet I Provinsbyerne of Kobenhaven for Tidsrummet 1860-1899 », Tidsskrift for fødmodre, 6 (1903), p. 76, Tableau II, tiré de Loudon, *The Tragedy...*, p. 157.

Par contraste, les régions où la plupart des parturitions sont assurées par des matrones ou des sages-femmes *non formées et non supervisées* par le corps médical, sont peu touchées par l'antiseptie. Certes, la mortalité chute de manière draconienne dans les hôpitaux, mais à l'extérieur des institutions, le niveau endémique de la maladie reste inchangé, est même parfois à la hausse<sup>50</sup>. Notons que les médecins de pratique générale peuvent également être responsables de cette inertie épidémiologique : les préceptes de l'antiseptie commandent une certaine sensibilisation à l'approche microbiologique de la maladie ainsi

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 159.

<sup>49</sup> *Ibid.*

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 160.

qu'aux discours médicaux et à la dialectique médicale qu'elle engendre. Quand, à l'intérieur des sphères médicales, l'opposition s'élève en arguments critiques ou en réticences à l'égard de l'antiseptie, à l'extérieur des milieux savants, elle se solde en un refus prolongé et silencieux d'adhérer aux nouvelles pratiques. De surcroît, l'asepsie demande du temps et occasionne des frais à une époque où plusieurs revendiquent une meilleure rémunération. Par conséquent, les pratiques ne sont parfois modifiées qu'au moment où les anciens médecins sont remplacés par de jeunes praticiens, formés selon la nouvelle orthodoxie médicale. Plusieurs obstétriciens s'indignent de cette conduite trop conservatrice, trop timide de la part des praticiens généraux. En 1888, Charles Cullingworth dénonce ce fait :

*« In the last quarter of a century, our knowledge of prevention of septic disease has become almost complete, and surgical practice [...] has undergone a complete revolution [...]. This unfortunately cannot be said of obstetric practice, with the exception of lying-in hospitals, in which the mortality has been reduced to a minimum<sup>51</sup> »*

Après avoir fait l'éloge de l'impact de l'antiseptie sur la mortalité maternelle dans les hôpitaux, l'obstétricien William Playfair souligne en 1887 le clivage au niveau des pratiques :

*« Although the principle [of antiseptis] is universally recognized, and, I believe, everywhere practiced in public institutions, I very much question if even yet antiseptic midwifery is at all in general use in private practice. It is my lot, as of other consultants, often to see cases in which septic symptoms have developed, and very seldom, heretofore, have I found that the practitioners in attendance followed any of the antiseptic rules which are now so universally and so rigidly enforced in our lying-in hospitals<sup>52</sup>. »*

D'autres, moins polis, font référence à la « parodie ridicule qui, dans les mains de plusieurs praticiens, tiennent lieu d'antiseptie<sup>53</sup> », quand les connaissances de certains

<sup>51</sup> A. Lea, *Puerperal Infection*, London, 1910, p. 16.

<sup>52</sup> William Playfair, « Introduction to a Discussion on the Prevention of Puerperal Fever », *British Medical Journal*, 1887 ii, p. 1034-36, dans Loudon, ed., *A Documentary History...*, p. 124-125.

<sup>53</sup> W. Williams, *Death in Childbed*, London, 1904, in Loudon, *The Tragedy...*, p. 163, n. trad.

praticiens – sûrement bien intentionnés – sont incomplètes. Des témoignages similaires proviennent également des États-Unis<sup>54</sup>.

Afin de résoudre ce problème, plusieurs textes de vulgarisation furent écrits par les obstétriciens à partir de la fin des années 1880, dans un effort de hausser la qualité des pratiques obstétricales externes<sup>55</sup>. L'hôpital, une fois pour toutes, devint la norme.

Depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, le corps médical canadien, bien loin de vouloir offrir davantage de formation à ses sages-femmes – qui pourtant, comme nous l'avons vu, desservent à cette époque une part importante de la population –, tente de limiter les opportunités qu'elles ont d'approfondir leurs connaissances<sup>56</sup>. Pourtant, durant toute la période concernée, la formation obstétricale des praticiens généraux demeure très sommaire. Dans ces circonstances, il est peu probable que le taux d'incidence de la fièvre puerpérale, au sein de la pratique générale, soit altéré par l'antiseptie. Quoique aucune données statistiques ne permette de confirmer cette hypothèse, des témoignages illustrent néanmoins l'attitude de certains médecins canadiens vis-à-vis l'asepsie obstétricale.

En février 1905, une infirmière de Calgary connaît deux cas consécutifs de fièvre puerpérale. Tandis qu'elle est au chevet de M<sup>me</sup> Kettleson (le deuxième cas), qui se meurt de la maladie, on l'appelle auprès d'une autre parturiente, M<sup>me</sup> Carey, qui habite Winton, un village de banlieue. Plutôt que de tenter de rejoindre une autre praticienne, le médecin de M<sup>me</sup> Kettleson, tout en étant conscient que sa patiente, comme la précédente, était tombée victime de la maladie, conduit aussitôt l'infirmière à la station la plus proche afin qu'elle se rende à temps auprès de M<sup>me</sup> Carey. Comme on peut s'y attendre, cette dernière contracte la fièvre puerpérale quelques heures après son accouchement, puis comme dans les deux cas précédents, l'infection s'avère fatale<sup>57</sup>. Or, le mari de M<sup>me</sup> Carey, ayant été instruit à Cambridge, connaît la nature et les vecteurs de transmission de l'infection

---

<sup>54</sup> Voir par exemple S. P. Warren, « The Prevalence of Puerperal Septicaemia in Private Practice at the Present Time Contrasted with that of a Generation Ago », *American Journal of Obstetrics*, 51 (1905), p. 301-331.

<sup>55</sup> Les ouvrages de Cullingworth et de Playfair en sont de bons exemples.

<sup>56</sup> Bernier, *La médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*. Québec, Presses de l'Université Laval, 1989, p. 99.

<sup>57</sup> Canada, Ottawa, Archives nationales du Canada, RG15, Intérieur, série D-II-1, vol. 967, Ernest Heaton, RE: Cases of Puerperal Fever, Dossier 12540A, bobine T-14550, « Open letter to Geo. Elliott, Esq., M. D., Secretary, Medical Association, April 1st 1905 ».

puerpérale. Lorsqu'il apprend que l'accoucheuse avait quitté une victime de la maladie quelques instants seulement avant de se rendre au chevet de sa femme, il décide d'entreprendre une poursuite<sup>58</sup>.

Carey est appuyé dans sa démarche par M. Kettleson. Dans un premier temps, les deux hommes tentent de rejoindre le Conseil médical des Territoires du Nord-Ouest, mais sans succès<sup>59</sup>. Ensuite, ils font chacun paraître une lettre ouverte dans le *Calgary Herald* ; ils demandent qu'un amendement obligeant les praticiens à reconnaître la nature contagieuse de la maladie soit porté au Code pénal<sup>60</sup>. Dans sa revendication, Carey dénonce le fait que des praticiens ignorent ce que même le public connaît :

*« There is [...] considerable consensus opinion that this mortality may be traced to causes which are within human control. I consider it a blot on the medical and nursing professions that doctors or nurses should have a case in which there is the slightest suspicion of infection, to attend a case of confinement. I am convinced that even where this element of doubt is so inconsiderable as to be beyond question, doctors and nurses, - at least some of them - in this city, have not hesitated to pursue a course from which fatal results have followed<sup>61</sup>. »*

Puis, il compare le Canada à l'Angleterre :

*« If it be the case that in England doctors and nurses attending cases of puerperal infection are rigorously debarred from attending for a considerable period, any other case of confinement, I believe, I can say from my recent sad experience, that were such a humane law enacted in Canada, helpless lives would be spared and much sorrow and suffering prevented<sup>62</sup>. »*

Dans une lettre ouverte adressée au secrétaire de l'Association médicale du Canada, l'auteur constate que l'accident, pour le Conseil médical des Territoires, « do not appear to be exceptional or particularly shocking<sup>63</sup> ». Les demandes sont réitérées pour que des

<sup>58</sup> *Ibid.*, « Letter of Ernest Heaton, Barrister of Toronto, to the Hon. Deputy Minister of the Interior, April 1905 ».

<sup>59</sup> *Ibid.*, « Open letter to Geo. Elliott... ».

<sup>60</sup> *The Daily Herald*, Calgary, 18 February 1905, « Series of Death in Calgary Which Provoke Comment. Here is a Pathetic Complaint that Hints Strongly at Hidden Dangers »; E. A. Kettleson, *The Daily Herald*, Calgary, 21 February 1905, « Call for Remedy ».

<sup>61</sup> Carey, « Series of Death », *loc. cit.*

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> « Open letter to Geo. Elliott... », *loc. cit.*

mesures soient prises dans le but d'éviter la répétition de ce que l'auteur qualifie de manque de respect pour la vie humaine (« a callous disregard of human life<sup>64</sup> »).

Les deux veufs correspondirent avec le ministère de l'Agriculture, le ministre de l'Intérieur, puis finalement, avec le directeur de la Santé publique, qui leur recommanda de s'adresser au ministère de l'Agriculture des Territoires du Nord-Ouest. Celui-ci accusa finalement réception des documents relatifs à leur demande<sup>65</sup>, mais à partir de ce moment, aucune source ne permet de déterminer si des arrangements sérieux furent adoptés pour isoler de la pratique obstétricale les individus souffrant de ce que Oliver Wendell Holmes aurait appelé une « pestilence privée ». Quoi qu'il en soit, les poursuites judiciaires se firent plus nombreuses au Canada au cours de la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle. Le directeur de la Maternité de Montréal (*Montreal Maternity Hospital*) remarque en 1906 :

*It is not at all uncommon for women about the time of confinement to consult scientific books from which they obtain an idea of the physician's responsibility for infection, and suits for malpractice are not unknown when infection occurred<sup>66</sup>. »*

On peut déduire d'après cette citation que l'ignorance des mesures aseptiques et antiseptiques applicables à l'accouchement ne fut pas exceptionnelle dans les pratiques privées canadiennes, même si les institutions du pays, surtout au niveau de la chirurgie, adoptèrent rapidement les enseignements de Lister<sup>67</sup>.

\*

Seule une identification définitive de l'agent causal de la fièvre puerpérale pouvait permettre aux obstétriciens du XIX<sup>e</sup> siècle de mettre au point des mesures préventives efficaces contre la fièvre puerpérale. Les percées scientifiques ayant permis à ces conditions de prendre place au sein de la pratique courante furent issues d'abord d'un chimiste, ensuite d'un chirurgien, ce qui atteste qu'il n'y a pas plusieurs mais bien une

<sup>64</sup> *Ibid.*

<sup>65</sup> Canada, Ottawa, Archives nationales du Canada, RG15, Intérieur, série D-II-1, vol. 967, Ernest Heaton, RE :Cases of Puerperal Fever, Dossier 12540A, bobine T-14550, « Correspondences ».

<sup>66</sup> *Montreal Medical Journal*, 36 (June 1906), p. 400.

<sup>67</sup> J. T. H. Connor, « Listerism Unmasked : Antisepsis and Asepsis in Victorian Anglo-Canada », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 49 (1994), p. 207-239.

Science. Tandis que, conjointement, Pasteur et Doléris structuraient une nouvelle conception des fièvres puerpérales, Lister mettait au point un protocole qui, par l'intermédiaire de son efficacité sans précédent dans la prévention des infections chirurgicales, établissait les fondements de la microbiologie. Ses préceptes furent adaptés rapidement à l'obstétrique et changèrent le cours de son histoire. Pour la première fois, le discours des autorités médicales s'accordait avec les résultats concrets de la médicalisation de la naissance; pour la première fois, les hôpitaux de maternité affichaient un taux de mortalité due à la fièvre puerpérale aussi bas que celui qu'on observait à domicile. Le constat de l'efficacité de l'antiseptie en obstétrique, ainsi qu'un cadre d'interprétation scientifique désormais capable d'expliquer son action, permirent aux accoucheurs de voir en face la nature contagieuse des infections puerpérales. Une solution intelligible en main, la contagiosité de la maladie devenait une justification de plus, plutôt qu'une incrimination, de l'action médicale. C'est pourquoi l'antiseptie listérienne fut acclamée tandis que les réformes de Semmelweis, seulement vingt ans auparavant, furent ignorées sans appel. Ce qui manquait à Semmelweis n'était pas tant la sociabilité que l'approche pathologique *vérifiable* de la maladie qu'apportait Pasteur et Doléris. Mais tout le potentiel de la microbiologie n'était pas contenu dans une prophylaxie efficace des infections. En effet, l'identification d'une catégorie spécifique d'agents pathogènes annonçait la convergence des efforts des microbiologistes dans la quête d'une thérapeutique efficace.

## Chapitre 9

### LA RÉVOLUTION ANTIBIOTIQUE

L'adoption généralisée de l'antisepsie dans les hôpitaux fut une victoire sur la fièvre puerpérale mais une victoire partielle. Des mères, partout, continuaient de succomber à la maladie. L'antisepsie, au prix d'une méthode spécifique, permettait de réduire considérablement le taux de morbidité de l'infection puerpérale mais non d'éradiquer l'affection. Jusqu'au milieu des années 1930, les accouchements continuèrent de se solder en tragédies quand la moindre faille dans les pratiques permettait au « poison puerpéral » de se frayer un chemin dans l'organisme de la femme. La découverte et la mise en marché des antibiotiques caractérisent donc le dernier volet de l'histoire de la fièvre puerpérale. Grâce à eux, l'infection puerpérale, à la fin des années 1940, fut définitivement rayée de la liste des causes de mortalité maternelle.

#### A. De la prévention au traitement de la fièvre puerpérale

Dans les milieux médicaux, l'essor de la microbiologie porte l'espoir de découvrir des remèdes aptes à neutraliser les micro-organismes à l'intérieur du corps humain. Mais cet espoir demeure longtemps inassouvi. Bien qu'à chaque année, plusieurs traitements soient expérimentés avec enthousiasme, jusqu'en 1935, aucun remède n'est efficace pour soigner la fièvre puerpérale. Souvent, les produits utilisés sont extrêmement toxiques. Certains médecins soignent par exemple les parturientes atteintes de fièvre puerpérale à l'aide de mercure ou même d'antimoine<sup>1</sup>. Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la saignée, qui tombait définitivement en désuétude, est remplacée par des interventions chirurgicales encore plus hasardeuses. Certains préconisent le curetage de l'utérus; d'autres, des lavements intra-utérins avec des produits antibiotiques. Certains, plus téméraires encore –

---

<sup>1</sup> Loudon, *The Tragedy of Childbed Fever*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 167.

ou plus désespérés –, essaient de combattre la septicémie par l'injection intraveineuse de produits extrêmement toxiques tels que des solutions d'acide chlorique, de formol, ou même des solutions aqueuses d'argent. Enfin, il n'est pas rare que l'hystérectomie soit pratiquée dans le but de supprimer le siège de l'infection<sup>2</sup>.

Les efforts des microbiologistes prennent d'autres directions. Au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, la connaissance des micro-organismes et de leur évolution dans le corps humain laisse entrevoir deux alternatives de traitement : l'immunothérapie et la chimiothérapie. L'immunothérapie vise à stimuler le système immunitaire par la production ou l'injection d'antitoxines spécifiques dans la circulation sanguine ; la chimiothérapie, quant à elle, vise à neutraliser les micro-organismes pathogènes dans le corps humain par l'administration de produits chimiques. Dans le traitement de la fièvre puerpérale, la première alternative était vouée à l'échec, tandis que la deuxième, malgré le peu d'espoir qu'elle suscita au départ, promettait une révolution dans la thérapeutique des maladies infectieuses.

### 1. *Les recherches allemandes*

Des liens forts unissant une industrie chimique bien développée et des instituts de recherche de premier ordre, dirigés par des pionniers de la microbiologie tels Robert Koch et Paul Ehrlich, assurèrent à l'Allemagne une position de leadership dans les recherches microbiologiques jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale<sup>3</sup>. C'est d'ailleurs de l'Allemagne que serait issu le premier traitement efficace de la fièvre puerpérale.

Au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, l'utilisation de teintures chimiques pour colorer les micro-organismes et ainsi faciliter leur observation au microscope était pratique courante. Dans les années 1890, quand le microbiologiste Paul Ehrlich (1854-1915) remarqua que les microbes et les bactéries réagissaient de manière hautement sélective aux teintures anilines, il se demanda si certaines drogues seraient susceptibles de détruire les microbes au sein du corps humain, sans toutefois avoir une action destructrice sur les tissus de l'organisme. Le développement de cette idée amena Ehrlich à insérer la recherche de

---

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 172.

produits chimiques à caractéristiques antibactériennes dans un cadre strictement scientifique, et fit de lui le fondateur de la chimiothérapie<sup>4</sup>.

Les découvertes de Ehrlich furent cependant modestes. Il reconnut que le bleu de méthylène pouvait avoir un effet sur les bactéries responsables de la malaria. Ensuite, il découvrit une teinture, qu'il baptisa le *Trypan Red*, possédant des caractéristiques antibiotiques sur les trypanosomes mais n'exerçant malheureusement aucun effet sur le bétail ou sur les hommes. Finalement, Ehrlich isola un arsenic efficace contre le *Treponema pallidum*, l'agent pathogène de la syphilis<sup>5</sup>. L'utilisation du produit était dangereuse, son efficacité, dans le traitement de la syphilis, toute relative, mais cela fut suffisant pour prouver les fondements de son hypothèse<sup>6</sup>. Ainsi, sa méthode et sa foi en la chimiothérapie purent être transmises à de nombreux successeurs, dont Gehrard Domagk, qui serait le premier à découvrir un médicament pouvant guérir les femmes de la fièvre puerpérale.

Gehrard Domagk s'intéressa à la médecine en 1915, après avoir été transféré, à la suite d'une blessure de guerre, d'un régiment de grenadiers au corps médical de l'armée de son pays. Après l'armistice, Domagk étudia la médecine à Kiel, où il recevait son diplôme en 1921. À l'issue de six ans d'expérience en pathologie médicale, il fut ensuite nommé directeur du département de Pathologie et de bactériologie expérimentale des laboratoires Elberfeld (Bayer), membre de la firme I. G. Farben Industrie. Domagk disposait alors de toute l'ambition de ses 29 ans, avidité que la firme alimenta en lui fournissant d'emblée les ressources nécessaires à ses recherches. Son mandat : découvrir, parmi les milliers de produits chimiques synthétisés par la firme, des substances antibiotiques<sup>7</sup>. En bon disciple de Ehrlich, Domagk débuta sa longue série d'expériences par l'analyse des teintures anilines. Deux chimistes, Fritz Mietzch and Josef Klarer, furent engagés par Domagk pour préparer d'avance les substances à être mises à l'épreuve. Parmi elles, on compte une multitude de teintures azotées, dont certaines avaient présenté des propriétés

---

<sup>4</sup> Peter Baldry, *The Battle Against Bacteria : A Fresh Look. A history of man's fight against bacterial disease with special reference to the development of antibacterial drugs*, Cambridge / London / New York / Melbourne, Cambridge University Press, 1976 [1965], p. 62.

<sup>5</sup> Loudon, *op. cit.*, p. 171.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 172.

<sup>7</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 82-83.

antibactériennes *in vitro*, mais n'eurent aucun effet marqué *in vivo*. En 1932, Mietzch et Klarer préparèrent une teinture (D4145) dont l'organisation chimique présentait une branche du groupe sulphonamide ( $\text{SO}_2\text{NH}_2$ ), réputés dans l'industrie textile pour la puissance de maintien qu'elle transmet aux teintures<sup>8</sup>. *In vitro*, l'échantillon de teinture D4145 sembla n'avoir aucun effet, mais Domagk décida néanmoins d'en faire l'expérience *in vivo*. Les résultats du traitement par le D4145 furent extrêmement prometteurs. Sur un échantillon de 26 souris contaminées par le streptocoque, 12 furent soignées au D4145 et survécurent. Les 14 souris non traitées moururent toutes à l'intérieur de 4 jours<sup>9</sup>. Cependant, plusieurs autres expériences devaient être effectuées avant que Domagk ne publie les résultats de ses recherches. De nombreuses substances présentant une branche du sulphonamide furent testées. Parmi elles, le *Chrysoïdine*, qui avait auparavant démontré des caractéristiques antibactériennes *in vivo*, fut modifié pour inclure une branche  $\text{SO}_2\text{NH}_2$ . De tous les produits testés, le *Chrysoïdine* fut le plus efficace. On baptisa le nouveau produit *Protonsil rubrum*, de par sa couleur rouge, mais il ne fut mis en marché pour utilisation médicale qu'en 1935, après qu'une longue série d'expérience avait pu, en plus de confirmer son efficacité, démontrer les effets secondaires possiblement dangereux du médicament, et que la firme avait pu breveter le produit<sup>10</sup>.

Le *Protonsil rubrum* révolutionna le monde de la médecine. Pendant que plusieurs scientifiques affirmaient qu'il était improbable qu'une substance quelconque puisse atteindre les branches virulentes du streptocoque à l'intérieur du corps humain, leur structure étant trop simple pour être vulnérable, Domagk procédait patiemment à l'analyse des produits issus de l'industrie chimique de son pays. Du jour au lendemain, la mise en marché du *Protonsil* éradiqua de nombreuses maladies infectieuses mortelles. L'érysipèle, la fièvre puerpérale, la cellulite infectieuse devenaient, dans la plupart des cas, des maladies guérissables. Le *Protonsil rubrum* présentait également des effets antibiotiques envers certaines branches virulentes du pneumocoque. Par conséquent, plusieurs types de pneumonies pouvaient de même être guéries. Conséquemment à la mise en marché du produit, des rapports provenant de partout au monde témoigneraient de son efficacité<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 83-84.

<sup>9</sup> Loudon, *op. cit.*, p. 175.

<sup>10</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 84.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 84-85.

En 1939, le prix Nobel de médecine était décerné à Domagk. Cependant, son gouvernement l'empêcha d'accepter l'honneur. On peut lire, dans le *Manchester Guardian* du 15 décembre 1939 :

« *Five Nobel prizes have just been awarded and their bestowal raises some interesting points. They are divided amongst six scientists, three of whom are German. The German Government announced at the time of the award of the Nobel Peace Prize to Herr von Ossietsky that henceforth, Germans would not be allowed to accept Nobel prizes, and according to the German Legation at Copenhagen, this ruling still applies*<sup>12</sup>. »

Domagk faisait parti des trois allemands en question. Il ne reçut la médaille du Nobel qu'après la guerre, en 1947<sup>13</sup>.

Quoique le premier médicament efficace contre la fièvre puerpérale fut issu de l'Allemagne, l'équipe de Domagk n'effectua aucun test auprès de parturientes victimes d'infections puerpérales. C'est en Grande-Bretagne que des spécialistes de l'obstétrique pour la première fois se penchèrent sur le nouveau médicament dans le but d'en déterminer l'efficacité auprès des femmes enceintes.

## 2. Les recherches européennes

Le premier antibiotique actif au sein du corps humain permit aux bactériologistes de l'Europe de mieux pouvoir se pencher sur la mécanique de son efficacité. Ainsi, après le lancement du *Protonsil*, une multitude d'autres produits, plus stables, plus simples et moins onéreux, seraient bientôt disponibles.

Léonard Colebrook (1883-1967) obtint son diplôme de médecine en 1906 de l'hôpital Sainte-Marie. Alors qu'il était assistant à l'institut Wright, il publia conjointement avec Alexander Fleming un article qui démontre son intérêt pour la chimiothérapie dans le périodique *Lancet*. Le papier porte sur l'utilisation du *Salvarsan* (l'arsenic découvert par Ehrlich), dans le traitement de la syphilis<sup>14</sup>. En 1919, Colebrook devint membre du Conseil de recherches médicales. C'est en 1926, quand la femme d'un de ses amis décéda

---

<sup>12</sup> *Manchester Guardian*, 15 December 1939, in Baldry, *op. cit.*, p. 86.

<sup>13</sup> L. Colebrook, « Gehrard Domagk », *Biographical Memoire of Fellows of the Royal Society*, 10 (1964), p. 38-44, p. 41.

<sup>14</sup> A. Fleming and L. Colebrook, « On the of Salvarsan in the Treatment of Syphillis », *Lancet* (1911) I, p. 1631-1634.

de la fièvre puerpérale, qu'il décida de centrer désormais ses recherches sur la maladie<sup>15</sup>. Sa première initiative fut de tenter de mettre au point un vaccin contre la fièvre puerpérale. Ses efforts furent vains, le streptocoque pyogène pouvant se présenter sous de nombreux sérotypes et les vaccins étant spécifiques aux toxines produites par des souches microbiennes uniques. Sans doute inspiré par les travaux de Paul Ehrlich, Colebrook essaya ensuite de traiter des victimes de la fièvre puerpérale avec des médicaments à base d'arsenic. Ici encore, l'entreprise était vouée à l'échec. En 1930, Colebrook quitta définitivement l'hôpital Sainte-Marie pour le poste de Directeur aux laboratoires de recherche de l'hôpital de maternité *Queen's Charlotte*. Là, il pourrait s'investir pleinement dans la prévention et dans la quête d'un traitement de la fièvre puerpérale. En 1936, Colebrook publia un article des plus justes, clairs et complets sur la prévention de la maladie<sup>16</sup>.

Dans son article daté de 1936, Léonard Colebrook affirme :

*« Since danger threatens from so many directions, complete safety can only be achieved by making the parturient woman immune to the risk of infection by haemolytic streptococci. We are working towards that ideal all the times, and I would not say that it cannot be attained. Progress has been made, but I cannot see any prospect of complete success within the next few years. For the present there is much more hope in the policy of preventing access of the streptococcus to the woman in labour<sup>17</sup>. »*

Encore à cette époque, son seul espoir résidait dans l'immunothérapie. Pourtant, quelques semaines seulement après avoir soumis l'article, Colebrook avait été mis au courant du *Protonsil rubrum* de Bayer et entreprenait aussitôt des recherches sur le nouveau médicament. Ses résultats furent de bon augure. La sécurité complète – ou presque – des femmes, plutôt que de devoir être projetée dans un avenir incertain, semblait désormais à la portée de la main. Colebrook et son équipe furent les premiers à mesurer scientifiquement l'efficacité du médicament dans le traitement de la fièvre puerpérale.

Le 6 juin 1936, un article signé Colebrook et Kenny dans le *Lancet* donne les résultats d'une première série d'expériences cliniques effectuées à la maternité du *Queen Charlotte's*

---

<sup>15</sup> Loudon, *op. cit.*, p. 177.

<sup>16</sup> L. Colebrook, « The Prevention of Puerperal Sepsis », *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, 43 (1936), p. 681-714.

<sup>17</sup> *Ibid.*, dans Loudon, *op. cit.*, p. 181.

*Hospital* à l'aide du *Protonsil*. Sur 38 cas typiques de fièvre puerpérale traités avec le médicament, seulement trois femmes étaient décédées, ce qui réduisait le taux de mortalité de la maladie, en comparaison avec les 38 cas précédents admis à l'hôpital, de 26,3 % à 8 % seulement<sup>18</sup>. Malgré ces résultats, Colebrook ne tira aucune conclusion hâtive. Pour son équipe et lui, ces premières expériences ne faisaient que légitimer une analyse plus approfondie de la question. En mai 1936, avant même que son premier article ne fut publié, Colebrook amorça sa deuxième série d'essais cliniques du *Protonsil*. Il traita, toujours avec le même médicament, 26 cas supplémentaires de la maladie, résultats desquels il rendit publiques par l'entremise du *Lancet* en décembre de la même année :

*« In a previous paper, we reported the treatment of streptococcal peritonitis in mice by the injection of Protonsil soluble, and gave an account of 38 cases of human puerperal fever treated by injections of the dye together with oral administration of the less soluble compound, Protonsil. The present paper deals with our experience in treating a further series of 26 consecutive cases, and summarises the impressions gained to date<sup>19</sup>. »*

Les résultats de ces nouveaux essais sont tout aussi probants. On sent alors une vague d'optimisme gagner l'esprit des médecins :

*« None of the patients has died. In one patient, admitted on the 25th day with an abdomino-pelvic mass, the treatment appeared to have no beneficial effect, but the inflammatory mass slowly resolved. Eleven others (42 percent) were mild cases which would almost certainly have recovered without any special treatment. The rapid and complete recovery of the remaining 14, more severe, cases makes it seem probable that the treatment assisted recovery. In at least three cases it was more than probable. Six of these 14 cases (23 percent of the whole series) gave a positive blood culture (haemolytic streptococci) on admission; in one case the signs and symptoms pointed definitely to a generalised peritonitis, while in one other there was reason to suspect the beginning of that condition<sup>20</sup>. »*

Les essais étant encore trop peu nombreux, Colebrook et Kenny hésitèrent à conclure que le traitement au *Protonsil* était d'une efficacité absolue. Mais leur critique fut tout de même maintenue à un niveau raisonnable. Les résultats de leurs essais, avec les réserves qu'ils imposaient, furent tout de même concluants. Comme l'indiquent les données du

<sup>18</sup> L. Colebrook and M. Kenny, « Treatment of Human Puerperal Infections, and of Experimental Infections in Mice, with Protonsil », *Lancet* (1936), i., p. 1279-1286, dans Loudon, *op. cit.*, p. 178.

<sup>19</sup> Leonard Colebrook and Meave Kenny, « Treatment with Protonsil of Puerperal Infections due to Haemolytic Streptococci », *Lancet* (1936), ii., p. 1319.

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 1320.

Tableau 9.1, le taux de fatalité de la maladie, après avoir été en moyenne de 22,84 % durant la période 1931-35, chuta, après l'adoption du traitement au *Protonsil*, au taux de 4,7 %. En ajoutant à l'échantillonnage de 1936 les 21 femmes atteintes d'une faible fièvre, qui, selon Colebrook et Kenny, auraient été guéries sans le traitement au *Protonsil*, le taux de fatalité descend à 3,5 %. Dans ces circonstances, les auteurs affirment qu'il est probable que les résultats soient attribuables au *Protonsil* :

*« The death-rates shown [in the table below], with the considerations put forward above, make it difficult to resist the conclusion that the remarkable improvement in the clinical results has been chiefly due to the introduction of treatment with Protonsil<sup>21</sup>. »*

Par rigueur scientifique, Colebrook et Kenny prennent en considération les autres causes possibles de la baisse remarquable de mortalité maternelle depuis le début des traitements. Ainsi, la possibilité d'une baisse de la virulence du streptocoque responsable

Tableau 9.1. Death-rate for all cases infected by Haemolytic Streptococci (Queen Charlotte's Hospital)

Year	Nbr. of cases (all grades)*	Death No./%	Death from peritonitis*	Blood-positive cases (haem. Strept.) without general peritonitis, and death rates
1931	98	31 = 31.6	23	—
1932	90	19 = 21	26	1 dead = 100 %
1933	97	20 = 20.6	14	9 6 death = 66 %
1934	120	20 = 16.6	16	15 4 death = 27 %
1935	90	22 = 24.4	15	13 7 death = 53.8 %
1936	64	3 = 4.7	1	8 2 death = 25 %
Jan.—Aug.	Treated with Protonsil**			

\* Haemolytic streptococcus cases only

\*\* In addition to these 64 cases there were 20 cases also infected by haemolytic streptococci in the early part of the year which were considered too mild to need special treatment – and also

<sup>21</sup> *Ibid.*, dans Irvine Loudon, ed., *Childbed Fever. A Documentary History*, New York / London, Garland Publishing, Inc., 1995, p. 191.

---

one recent case which was treated by p-amino-benzenesulphonamide. None of these 21 cases had general peritonitis or septicaemia, and none of them died. *The death-rate for the 85 cases infected by haemolytic streptococci during 1936 (Jan.—Aug.) was 3.5 percent.*

---

Source : L. Colebrook and M. Kenny, "Treatment with Protonsil of Puerperal Infections due to Haemolytic Streptococci", *Lancet* (1936) ii., p. 1319-1322, in Loudon, *A Documentary History...*, p. 191.

de la maladie au moment précis où les traitements au *Protonsil* avaient été entrepris, puis d'une coïncidence exquise par laquelle les cas admis à l'hôpital *Queen Charlotte's* aient tous été des cas mineurs, ne présentant en eux-mêmes que peu de risques de mortalité, furent considérés. Cette dernière éventualité, les auteurs l'écartent avec le calcul des taux de mortalité pour les cas de septicémie confirmés par un examen sanguin (colonne de droite dans le tableau). Quant à la baisse de la virulence de l'agent pathogène de la maladie, les chercheurs affirment qu'il est possible qu'elle ait influencé les résultats, mais non de façon aussi draconienne :

*« While, therefore, we are prepared to admit that a natural decline in the severity of the disease may well have played a part in this change in fatality, we feel that our present high opinion of the value of protonsil and related compounds is probably justified, particularly in view of the impressive results of animal experiments and the clinical data<sup>22</sup>. »*

Cet article de Colebrook et Kenny marqua l'histoire de la thérapeutique obstétricale et changea à jamais le ton de la littérature traitant de la fièvre puerpérale. Désormais, la science médicale était en mesure de guérir la maladie qui avait été centrale au développement de l'obstétrique depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle.

Breveté par Bayer en 1935, le *Protonsil rubrum* et ses variantes demeuraient, dans les années 1930, un médicament coûteux. Les recherches françaises eurent cependant tôt fait de discerner l'ingrédient actif du remède, une découverte qui faciliterait grandement la diffusion du médicament dans l'univers obstétrical.

Bien avant que le *Protonsil* ne soit mis en marché, la rumeur de la découverte de Domagk gagnait les cercles scientifiques de toute l'Europe. L'Institut Pasteur de Paris avait en vain tenté de se procurer le médicament dès 1935. Néanmoins les chimistes de l'Institut purent, d'après les données du brevet, effectuer la synthèse d'un produit

---

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 193.

similaire au *Protonsil* qui affichait, lui aussi, des caractéristiques antibactériennes *in vivo*<sup>23</sup>. En 1936, Tréfonel, Madame Tréfonel, Nitti et Bovet découvrirent que la structure moléculaire du *Protonsil* était séparée par l'organisme humain en deux parties. La première, étant la composition donnant la coloration rouge typique au *Protonsil* (N<sub>2</sub>H<sub>2</sub>), n'avait aucun effet antibactérien à l'intérieur du corps humain. La deuxième structure en revanche, possédait toutes les caractéristiques antibiotiques du *Protonsil*. De surcroît, tandis que le *Protonsil* n'avait la capacité de tuer les microbes et les bactéries qu'à l'intérieur de l'organisme, la structure isolée par Tréfonel et son équipe était efficace autant *in vitro* que *in vivo*. Cette substance active du *Protonsil* était le para-aminobenzenesulphonamide<sup>24</sup>, constitué d'une molécule de SO<sub>2</sub>NH<sub>2</sub> et d'une molécule de NH<sub>2</sub>. Le p-aminobenzenesulphonamide avait été synthétisé en laboratoire aussi tôt qu'en 1908 par le chimiste Paul Gelmo; sa composition chimique, quant à elle, fut publiée dans sa thèse de doctorat. La substance ne pouvait donc être brevetée par quiconque<sup>25</sup>.

Dès 1936, des expériences en laboratoire furent effectuées dans le but de déterminer l'efficacité thérapeutique du para-aminobenzenesulphonamide (abrégé sulfonamide, sulfamide, ou même, sulfa). En 1936, Buttle, Gray et Stephenson, du *Wellcome Physiological Research Laboratories*, comparèrent l'efficacité des sulfamides avec celle du *Protonsil*. Le rendement des deux médicaments s'avéra sensiblement le même. La toxicité des sulfa, cependant, semblait être moindre que celle du *Protonsil*<sup>26</sup>. La même année, Léonard Colebrook et son équipe administrèrent des sulfamides pour la première fois à une victime de la fièvre puerpérale. La patiente guérit et ne présenta aucun symptôme secondaire grave<sup>27</sup>. Une troisième série d'expériences menée par Colebrook et portant sur la valeur thérapeutique des sulfamides démontra que le produit était autant efficace que le

---

<sup>23</sup> H. Hörlein, « The Chemotherapy of Infectious Diseases Caused by Protozoa and Bacteria », *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 29 (1936), p. 313-324, dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 176.

<sup>24</sup> Baldry, *op. cit.*, p. 85.

<sup>25</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 176.

<sup>26</sup> G. A. H. Buttle, W. H. Gray, and D. Stephenson, "Protection of Mice Against Streptococcal and Other Infections by p-aminobenzenesulphonamide and Related Substance", *Lancet* (1936), i., p. 1286-1290, dans Loudon, *The Tragedy...*, p. 179.

<sup>27</sup> L. Colebrook and M. Kenny, « Treatment with Protonsil of Puerperal Infections... », voir note \*\* du Tableau 4.8.

*Protosil*<sup>28</sup>. Bientôt, des rapports dans lesquels on louait l'efficacité des sulfamides foisonnaient de part et d'autre de l'Europe. Le *Protosil*, ainsi, ne fut qu'un rite de passage et fut très tôt remplacé par tout un concours de sulfamides synthétisés par autant de compagnies pharmaceutiques.

## B. Les antibiotiques et la mortalité maternelle

### 1. Les sulphonamides

À partir de la fin des années 1930, l'efficacité des sulphonamides, conjuguée à la rapidité avec laquelle ils furent adoptés dans le secteur hospitalier et dans la pratique privée, réduisit presque à néant le taux de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale. Dès 1937, la plupart des hôpitaux d'Europe utilisaient les sulphonamides dans le traitement de la fièvre puerpérale. Au même moment, les périodiques médicaux regorgeaient de publicités du médicament<sup>29</sup>. En 1938, un sondage effectué par le magazine britannique *Practitioner* démontre que déjà en 1937, les sulfonamides sont largement utilisés dans la pratique générale autant pour soigner la fièvre puerpérale que l'érysipèle, la pneumonie, la dysenterie et d'autres infections gonococciques et méningococciques<sup>30</sup>. L'impact des sulfonamides sur la mortalité maternelle fut sans précédent. Pour prendre l'exemple de la Grande-Bretagne, tandis qu'en 1935, la fièvre puerpérale était responsable du décès de 200 femmes par 100 000 accouchements, en 1940, la maladie ne faucherait plus que 30 femmes sur le même dénominateur (0,0003 %) <sup>31</sup>. Il est facile d'imaginer les progrès que cela représentait lorsque l'on rappelle les taux de mortalité maternelle au sein des hôpitaux avant l'adoption de l'antisepsie. Par exemple, la première clinique de maternité de l'Hôpital de Vienne affichait en 1842 un taux de mortalité de 15,8 %. Lorsque l'on considère, à la lumière du traité de Semmelweis, que la plus grande part de ces décès étaient causés par des épidémies de fièvre puerpérale, on peut, pour mieux schématiser, affirmer qu'on avait 50 000 fois moins de chances de mourir d'une fièvre puerpérale en accouchant à l'hôpital après que les sulphonamides eurent été découverts qu'avant l'adoption des premières mesures antiseptiques sur la scène de l'accouchement.

---

<sup>28</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 184.

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> Anon., « Report of the Results of a Questionnaire Sent out to Practitioners on the Use of Sulphonamides in General Practice », *Practitioners*, 140 (1938), p. 484-492.

<sup>31</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 186.

## 2. La pénicilline

Les sulfonamides, bien qu'ils réduisirent considérablement les décès causés par la fièvre puerpérale, ne parvinrent pas tout à fait à éradiquer la maladie. Comme Colebrook l'indiqua en 1939, toutes les infections puerpérales ne pouvaient pas être guéries par les sulfonamides. Cela tenait du fait que le *Protonsil* et les sulfamides, en tant qu'antibiotiques, n'étaient pas efficaces contre tous les micro-organismes susceptibles d'engendrer une infection puerpérale au sein du corps de la femme. Entre autres, l'activité du *Staphylococcus aureus* restait impassible devant la présence des sulfonamides<sup>32</sup>. La pénicilline, à partir de 1944, vint combler ce manque et éradiquer définitivement la maladie. En 1944, le taux de mortalité maternelle, en Grande-Bretagne comme ailleurs où le médicament fut disponible et utilisé, chuta à 10 par 100 000 accouchements. En 1950, le ratio fut encore réduit à 4 : 100 000 naissances. Finalement, au tournant des années 1960, moins d'une parturition sur 100 000 était fatale à la suite d'une infection puerpérale<sup>33</sup>. Avec la pénicilline, la fièvre puerpérale -- en tant que menant à une issue fatale --, comme beaucoup d'autres maladies, passait définitivement au rang de l'histoire ancienne.

---

<sup>32</sup> Loudon, *The Tragedy...*, p. 184-185.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 186.

## *Chapitre 10*

### LE TRANSFERT HOSPITALIER DE L'ACCOUCHEMENT AU CANADA. VERS UNE MÉDICALISATION INTÉGRALE DE LA NAISSANCE

Au Canada, la médicalisation de l'accouchement accusa un certain retard en regard du même mouvement en Occident. Au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que les praticiens et les hôpitaux de maternité foisonnaient partout ailleurs, le corps médical canadien, composé de quelques sages-femmes et de quelques chirurgiens, arrivait à peine à desservir une mince part des parturientes du pays. Les premiers accoucheurs canadiens n'apparurent qu'au tournant du XIX<sup>e</sup> siècle. Jusqu'à la fin des années 1820, l'aspirant accoucheur devait quitter le Canada et aller vers les grands centres obstétricaux de Paris, de Londres, d'Édimbourg, de Vienne, ou aux États-Unis, pour apprendre les règles de l'art et rejoindre les courants occidentaux de la discipline. Par conséquent, le nombre d'obstétriciens canadiens fut limité jusqu'à la fin des années 1840. Ce n'est qu'à partir de ce moment, où les médecins parvinrent à resserrer le circuit de l'accouchement, que débuta véritablement la médicalisation de la naissance au pays, un lent processus qui ne serait complété qu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Le retard de la médicalisation de l'accouchement au Canada est un phénomène unique en Occident. Le potentiel de cet écart est double. Tout en permettant de mesurer son impact sur la santé des parturientes, il offre l'opportunité de mieux discerner le phénomène historique étudié en confrontant les intérêts avoués du corps médical envers la naissance et les résultats à court et à long terme de sa médicalisation.

La médicalisation de la naissance est un processus long, évoluant nécessairement au même rythme que le développement des ressources humaines et matérielles du corps médical, et étroitement lié au développement du savoir obstétrical. On peut distinguer

deux degrés ou stades dans le phénomène : la médicalisation sera massive ou intégrale selon que plusieurs femmes, ou que la plupart des femmes, auront recours à la médecine lors de l'accouchement. Partout en Europe, ces deux stades de la médicalisation furent décalés dans l'histoire. À partir du tournant du XIX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux furent nombreux ; des milliers de femmes y accouchaient, mais elles ne représentaient encore qu'un faible pourcentage du total des parturitions. Ce n'est qu'au cours des premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle que l'emprise du corps médical se resserra jusqu'à ce que la majorité des accouchements aient lieu à l'hôpital. Plus d'un siècle et demi sépare la médicalisation massive de la médicalisation intégrale de la naissance.

Au Canada, le rythme plus lent de la médicalisation fit en sorte que ces deux étapes se rapprochèrent considérablement l'une de l'autre, pour finalement se confondre à partir du milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Ici, ce n'est que depuis les années 1870 que le corps médical fut en mesure de s'impliquer davantage dans la pratique obstétricale. À cette époque, cependant, les hôpitaux de maternité étaient encore rares ; le nombre des femmes ayant recours à la médecine lors de leur enfantement, quoique grandissant, demeura limité. Ce n'est que durant les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle que le phénomène prit de l'ampleur. Grâce au transfert hospitalier de l'accouchement, la maternité devint l'objet d'une médicalisation à la fois massive et intégrale. Le problème qui se pose est donc de déterminer les motifs et les modalités de cette médicalisation massive et intégrale – à savoir quand, comment et pourquoi le transfert hospitalier de la naissance a-t-il eu lieu – puis de mesurer l'impact de ce mouvement sur la gestion des risques infectieux des couches ainsi que sur les dommages causés par la fièvre puerpérale au pays.

La médicalisation de la naissance prit de l'importance au Canada au moment où l'état des connaissances médicales permettait une gestion responsable des risques infectieux de l'accouchement, c'est-à-dire au moment où la médecine était en mesure de contrer ces risques en étendant son action sur deux fronts : d'une part, celui de la limitation des risques d'infection au *post-partum* ; d'autre part, celui du traitement efficace de tous les cas de contamination, de l'éradication, donc, de la maladie. Concrètement, le nombre des victimes canadiennes de la fièvre puerpérale fut réduit par le retard de la médicalisation. Ainsi décalée, la médicalisation massive et intégrale de la grossesse et de l'accouchement

permet au corps médical canadien de renforcer son influence dans l'univers de la naissance tout en offrant un service plus professionnel aux femmes. Or, le transfert impliquait une approche pathologique de la maternité. Ici, le point de vue du corps médical ne fut peut-être pas justifiable en soi, sinon, justement, inséré dans – puisque engendré par – la médicalisation de la naissance.

### A. Les motifs du transfert hospitalier de l'accouchement au Canada

Le transfert hospitalier de la naissance au Canada fut motivé par trois facteurs. Premièrement, l'accouchement à l'hôpital offrait au corps médical un lieu propice à l'enseignement de l'obstétrique. Ensuite, à l'hôpital, les médecins autant que les femmes pouvaient bénéficier des ressources matérielles et humaines de l'institution médicale. Finalement, l'hôpital assurait au médecin une certaine autorité sur le déroulement des couches.

#### 1. L'enseignement de l'obstétrique

L'enseignement de l'obstétrique, au Canada comme ailleurs en Occident, fut l'un des principaux motifs de la médicalisation de la naissance. Un apprentissage plus complet de la théorie et de la pratique des accouchements normaux et dystociques assurait au corps médical pérennité, développement et, éventuellement, autorité en matière d'obstétrique.

Si les médecins canadiens semblèrent peu s'intéresser au contrôle de l'obstétrique avant les années 1840, c'est que le Canada arrivait à peine avant cette date à former, sporadiquement, quelques accoucheurs compétents<sup>1</sup>. Aucune école de médecine au Canada n'offrit une formation obstétricale avant les années 1820. C'est en 1825 que les médecins du nouvel Hôpital des Émigrés inaugurèrent les premiers cours d'accouchement au pays<sup>2</sup>. L'Hôpital de la Marine ferait de même à partir des années 1830<sup>3</sup>. Jusqu'en 1850, l'enseignement obstétrical demeura néanmoins très sommaire, autant au niveau de la théorie que de la pratique. Quoique la *Montreal Maternity* avait été inaugurée dès le début des années 1840, c'est à partir des années 1860 que l'apprentissage clinique de l'obstétrique prit de l'ampleur, quand la plupart des hospices ouverts aux

---

<sup>1</sup> Jacques Bernier, *La médecine au Québec. Naissance d'une profession*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1989, p. 99.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 36-37.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 66.

indigentes et aux filles-mères furent rendus accessibles aux étudiants en médecine<sup>4</sup>. Cependant, le nombre de ces institutions – de même que leur rendement – étaient limités, de sorte que le corps médical canadien ne posséda les effectifs nécessaires à une prise en charge des services obstétricaux sur une base plus étendue qu'à partir des années 1880<sup>5</sup>. Ici, notons qu'à la même date, l'antisepsie commençait déjà à être appliquée à l'obstétrique partout en Occident.

À partir du moment où les effectifs du corps médical canadien leur permirent d'entrevoir un contrôle plus important de la pratique obstétricale au pays, les praticiens réalisèrent l'ampleur des opportunités que représentait la supervision des accouchements. L'accouchement, de par son universalité, offrait d'abord aux médecins généralistes une porte d'entrée dans les familles de leur région; la relation de confiance qu'était susceptible d'inspirer une naissance heureuse lui assurait que la famille ferait également appel à lui dans des situations extérieures à la grossesse<sup>6</sup>. Le médecin René Simard résume bien la situation en affirmant : « On ne peut guère être médecin de campagne sans faire d'obstétrique, et même en ville, on ne peut commencer une carrière de médecine générale sans pratiquer des accouchements<sup>7</sup>. » Selon lui, les accouchements occupent 25 % à 50 % du temps du médecin de campagne<sup>8</sup>. Dans ces circonstances, c'est « l'accoucheur qui fait le médecin<sup>9</sup> ». En 1858, *The Medical Chronicle* publiait : « In short, as a general : midwifery either mars or makes the country practitioner<sup>10</sup> ». Cette prise de conscience de la part des membres du corps médical suscita un nouvel intérêt pour l'obstétrique, et cet intérêt revendiquait un enseignement de meilleure qualité.

L'embarras que suscitait chez le jeune médecin une formation obstétricale inadéquate pouvait surgir à tout moment. À ce sujet, Hirst, en 1912, affirme :

---

<sup>4</sup> Hélène Laforce, *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, p. 114.

<sup>5</sup> Jacques Bernier, « Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921 », *Recherches sociologiques*, vol. XX, n° 1 (Jan.-avr. 1979), p. 48.

<sup>6</sup> Laforce, *op. cit.*, p. 103.

<sup>7</sup> René Simard, « Le médecin et l'obstétrique », *Laval Médical*, sept. 1947, p. 751, dans Laforce, *op. cit.*, p. 102-103.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 103.

<sup>10</sup> *The Medical Chronicle*, vol. 6, mai 1858, p. 240, in Bernier, *La médecine au Québec...*, p. 99.

« *To a beginner in obstetric practice there is much that is embarrassing. The novel and intimate relations with his patient; her evident dread of the necessary examinations more or less revolting to every woman; the doctor's keen consciousness of a lack of experience, mistrust of his capacity to recognize the stage of labor, the presentation and position of the fetus; the knowledge that his every movement is watched by critical friends or attendants of the patient, who possess, perhaps, just what he lacks, -- practical experience, -- all unite to produce a most unenviable frame of mind in the practitioner attending his first few cases of labor*<sup>11</sup>. »

Cet extrait démontre qu'encore, au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'expérience pratique de l'accouchement est ce qui fait le plus défaut dans la formation des praticiens. Jusqu'au transfert hospitalier de l'accouchement, cette lacune allait demeurer présente et se faire sentir à tous les niveaux de la discipline. Encore en 1906, un auteur du *Canadian Journal of Medicine and Surgery* commente : « both in teachings and in examinations, the study of obstetrics has been relegated to a position totally unworthy of its immense importance to the practitioner and to the national welfare<sup>12</sup> ». Partout, des médecins protestaient que la formation pratique en obstétrique était insuffisante. En 1902, le médecin montréalais J.-P. Rottot se souvient n'avoir assisté, durant sa formation dans les années 1850, qu'à un seul accouchement<sup>13</sup>. Encore en 1909, le nombre des accouchements exigés au cours de la formation, à plusieurs endroits, était inférieur à neuf<sup>14</sup>. En 1919, le D<sup>r</sup> E. A. René de Cotret, professeur d'obstétrique à Sainte-Pélagie, observait que les gardes-malades de l'institution avaient plus d'expérience que les médecins de passage à la maternité et que, par conséquent, elles étaient davantage en mesure de secourir les femmes<sup>15</sup>.

Les professeurs, également, avaient souvent trop peu d'expérience, ce qui les rendait inaptes à conférer à leurs étudiants un enseignement valable en dehors des cadres théoriques de la matière enseignée. Une étude menée en 1912 par les médecins Williams et Flexner, portant sur les institutions obstétricales américaines et canadiennes, souligne

<sup>11</sup> Barton Cooke Hirst, *A Text-Book of Midwifery*, 7<sup>th</sup> ed., Philadelphia, W. B. Saunders, 1912, p. 170, cité dans Wendy Mitchinson, *Giving Birth in Canada, 1900-1950*, Toronto/Buffalo/London, University of Toronto Press, 2002, p. 47.

<sup>12</sup> *Canadian Journal of Medicine and Surgery*, 20 (September 1906), p. 179. Voir également *Journal of the American Medical Association*, 6 January 1912, p. 1, cité dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 54.

<sup>13</sup> J.-P. Rottot, « La science médicale à Montréal depuis 50 ans jusqu'à nos jours », *La Revue médicale du Canada*, vol. 6 (1902), p. 342, cité dans Bernier, *La médecine au Québec...*, p. 138.

<sup>14</sup> Laforce, *op. cit.*, p. 103.

<sup>15</sup> Archives de la Bibliothèque de Montréal, Lettre de René de Cotret à monseigneur Dauth, vice-recteur de l'Université Laval, Montréal, 19 août 1917, p. 2, dans le Fonds de l'école de médecine de Montréal, cité dans Laforce, *op. cit.*, p. 104.

que seulement dix professeurs d'obstétrique dans toute l'Amérique avaient œuvré pendant plus de six mois dans une maternité; de même, seulement neuf d'entre eux avaient assisté à plus de 1 000 accouchements dans leur carrière; 13 autres avaient assisté à moins de 500 accouchements, cinq à moins de 100, puis finalement, un professeur n'avait même jamais vu une femme accoucher<sup>16</sup>. Avant l'union des facultés de Laval et de Victoria, René de Cotret constate en 1919 « l'apathie et la nonchalance des professeurs d'alors ». Il poursuit : « je cherchai à suppléer [...] au défaut d'enseignement de l'obstétrique. La clinique obstétricale d'alors, sans être nulle, ne valait pas grand-chose et les médecins qui ont été formés dans ce temps se ressentent encore de l'instruction qui leur a manqué<sup>17</sup> ». En effet, l'évolution rapide du savoir obstétrical, au moment même où la microbiologie prenait son essor, menaçait incessamment de rendre inapte à l'enseignement les professeurs attirés. S'ils ne renouvelaient pas leurs connaissances ou s'ils adhéraient trop fortement à leurs convictions, le contenu de leurs cours devenait rapidement obsolète. William Gardner, le tout premier professeur d'obstétrique et de gynécologie de l'Université McGill, en est un bon exemple. Gardner reçut son diplôme de l'Université McGill en 1866. En 1873, il quittait le département de médecine légale pour le poste de directeur du département de gynécologie de l'Hôpital Général de Montréal. C'est encore vingt et un ans plus tard, en 1894, qu'il devint professeur à l'Hôpital Royal Victoria. Il le resterait jusqu'en 1910<sup>18</sup>. Au moment de son embauche en tant que professeur, sa propre formation obstétricale remontait déjà à plus de 25 ans – période pendant laquelle, par exemple, l'asepsie et l'antisepsie étaient devenues des pratiques courantes dans presque tous les départements obstétricaux de l'Occident. À la lumière de ces faits, il est évident qu'une formation inadéquate justifiait le sentiment d'insuffisance que ressentaient la plupart des obstétriciens. Le transfert hospitalier de l'accouchement permettrait de résoudre cette difficulté. En fait, tout l'environnement hospitalier rehausserait l'assurance des obstétriciens.

---

<sup>16</sup> Frances E. Kobrin, "The American Midwife Controversy. A Crisis of Professionalisation", *Bulletin of the History of Medicine* (July-Aug. 1966), p. 352, cité dans Laforce, *op. cit.*, p. 104.

<sup>17</sup> Archives de la Bibliothèque de Montréal, Lettre de René de Cotret à monseigneur Dauth..., p. 2, cité dans Laforce, *op. cit.*, p. 103.

<sup>18</sup> Mitchinson, *op. cit.*, p. 54.

## 2. *Le support hospitalier au service des femmes, des enfants et des médecins*

L'environnement hospitalier confère à l'obstétricien un support adéquat, réconfortant. L'hôpital, pour lui, est un lieu de prestige, un symbole de science et d'autorité<sup>19</sup>; pour la femme, l'institution représente graduellement un gage de sécurité, de repos et de confort.

L'accès, à l'hôpital, à un équipement plus sophistiqué que celui que l'on trouvait dans la trousse obstétricale du médecin fut un argument de poids dans le transfert hospitalier de l'accouchement. En fait, cet outillage permettait de recréer beaucoup plus facilement en milieu hospitalier ce que le corps médical concevait, à tort ou à raison, comme l'environnement idoine à l'accouchement de la femme civilisée, notamment en matière d'asepsie. La grande variation des niveaux de vie de la population faisait qu'au sein de certains domiciles, les éléments les plus déterminants d'un environnement sain étaient parfois difficiles à obtenir. En cela, l'hôpital permettait du moins de standardiser la qualité de l'environnement de l'accouchement. En faisant référence aux accouchements à domicile, un auteur de l'*Union médicale du Canada* affirme :

*« Il est impossible d'y faire de l'obstétrique de classe, vu les urgences qui peuvent se présenter tant du côté de la mère que de celui du nouveau-né. L'asepsie y est presque impossible. On y trouve bien l'éclairage électrique mais rarement de bons moustiquaires; le médecin perd son temps et ses forces<sup>20</sup>. »*

Autant en ville qu'en campagne, on s'imagine facilement certains domiciles où, en effet, il devait être difficile de rendre les lieux propices à l'accouchement, tandis qu'à l'hôpital, dans des salles aménagées exclusivement à cet usage, les plus hauts standards d'hygiène pouvaient être observés.

L'anesthésie, qui était de plus en plus prisée par les femmes<sup>21</sup>, nécessitait elle aussi un équipement et un personnel spécialisés – souvent coûteux – qu'il était plus pratique d'entretenir à l'hôpital. Certains médecins pratiquaient cependant l'anesthésie à domicile,

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 50.

<sup>20</sup> Anonyme, « Faites vos accouchements à votre bureau », *Union médicale du Canada*, vol. XXX, n° 8 (août 1954), p. 142, cité dans Marie-Josée Blais, *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec, 1930-1960*, Mémoire de M. A. (Histoire), Université de Montréal, août 1995, p. 60.

<sup>21</sup> C'est au tournant des années 1940 que l'anesthésie, au Canada, semble se populariser auprès des femmes. Les revues féminines, à cette époque, y font référence comme une « véritable révolution dans le domaine de l'obstétrique », signe de l'évolution des mœurs, les douleurs de l'enfantement ne sont désormais plus perçues comme un don de Dieu. D<sup>r</sup> Jacques Fortier, « La naissance. Hier et aujourd'hui », *La Revue Moderne*, novembre 1943, p. 16, cité dans Blais, *op. cit.*, p. 61.

avec des conséquences parfois fâcheuses. Faute d'un personnel compétent, le médecin faisait souvent appel au mari de la parturiente pour administrer les doses de chloroforme, un mari qui, affolé par les souffrances de sa femme, se montrait parfois beaucoup trop généreux. À cet effet, une québécoise témoigne :

*« Et c'est que mon mari me donnait... le médecin lui avait donné comme tâche de me donner de quoi pour calmer, du chloroforme dans un masque. Et lui, quand il voyait que j'avais de grosses douleurs, il m'en donnait tellement que le travail a arrêté complètement. C'est là que je me rappelle, le médecin a dit : "Écoute là. Tu donnes pas ça à la tonne!" Alors, il a arrêté<sup>22</sup>. »*

L'hôpital, au contraire, disposait des ressources nécessaires pour éviter ces problèmes, courants à domicile<sup>23</sup>.

Quoique l'accouchement soit un phénomène physiologique « naturel », il ne se déroule pas toujours de façon normale. La possibilité de complications lors des accouchements fut un autre facteur légitimant l'usage des ressources hospitalières. Le praticien oeuvrant à domicile transportait avec lui un minimum d'accessoires lui permettant d'effectuer des manœuvres jugées assez courantes et sécuritaires pour être entreprises dans l'isolement du domicile. Toute intervention plus sérieuse – telle la césarienne – nécessitait non seulement les ressources matérielles de l'hôpital, mais aussi l'accès au savoir des véritables spécialistes de l'accouchement, lesquels justifiaient toute intervention chirurgicale par une définition standardisée de la morbidité<sup>24</sup>. Ainsi, les parturitions possiblement dystociques furent parmi les premières à être transférées à l'hôpital. Mais l'approche pathologique de la maternité que favoriserait le corps médical s'étendrait progressivement à la totalité des accouchements. Dans un article de l'*Union médicale du Canada* de 1939, le D<sup>r</sup> Hector Sanche énumère une longue liste de cas requérant l'hospitalisation. En plus des urgences et des grossesses pathologiques, Sanche indique que « tout cas qui ne peut accoucher à domicile avec un minimum de soins et absence de contagion<sup>25</sup> » doit être dirigé vers l'hôpital. En outre, il considère préférable que les primipares soient accouchées à

---

<sup>22</sup> Blais, *op. cit.*, E7, p. 84.

<sup>23</sup> Mitchinson, *op. cit.*, p. 50.

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> D<sup>r</sup> Hector Sanche, « La rançon de la maternité », *Union médicale du Canada*, vol. 68, n<sup>o</sup> 3 (mars 1939), p. 257, in Blais, *op. cit.*, p. 62.

l'hôpital, les premiers accouchements étant plus sujets aux dystocies<sup>26</sup>. On comprend que dans tous les cas, l'accouchement à l'hôpital était considéré comme le plus sécuritaire et qu'inversement, les mauvaises conditions présentes au domicile étaient, dans l'esprit du médecin, à la source de la plupart des fatalités. Or, le discours de Sanche est typique de la majorité des médecins de l'époque. Le transfert hospitalier de l'accouchement au Canada donna parfois naissance à de vives oppositions<sup>27</sup>, mais le phénomène poursuivait néanmoins son essor.

À compter des années 1940, un intérêt accru pour la santé des nouveau-nés s'allia au discours prônant le transfert hospitalier de l'accouchement. En effet, le nombre toujours grandissant de naissances dans les hôpitaux eut pour effet de sensibiliser le corps médical au problème de la mortalité infantile. Aux yeux des membres du corps médical, les meilleures conditions pour l'enfant comme pour la mère, n'étaient offertes que par les hôpitaux qui, seuls, garantissaient un environnement parfaitement aseptisé. Du point de vue humain, le personnel spécialisé des institutions pouvait mieux que quiconque veiller à la sécurité du bébé et répondre adéquatement à ses besoins durant les premiers jours fragiles de son existence. De même, seul l'environnement contrôlé de l'hôpital pouvait éviter au nouveau-né les visites inopportunes<sup>28</sup>. Très tôt, un équipement très spécialisé venait augmenter la qualité des soins que l'hôpital prodiguait aux bébés prématurés. Les recherches dans ce secteur, généreusement subventionnées, favorisaient le développement de la connaissance, spécialisaient toujours davantage cette période de la vie, rendaient du même coup désuets les soins « instinctifs » de la mère<sup>29</sup>, alors que les pouponnières prenaient des allures de véritables laboratoires.

L'équipement et la technologie de l'hôpital, d'une part, et la maîtrise par le personnel médical d'un savoir de plus en plus complexe sont deux facteurs conférant au médecin la figure du spécialiste. Désormais, il connaît généralement mieux que la parturiente le phénomène physiologique qu'elle subit lors de l'accouchement. Cela implique nécessairement une certaine autorité, l'autorité du savoir, ou bien de l'illusion du savoir.

---

<sup>26</sup> *Ibid.*

<sup>27</sup> Blais, *op. cit.*, p. 51-59.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 64.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 65-68.

Mais, en plus de l'équipement et des connaissances centralisés par l'hôpital, le lieu lui-même confère une autorité plus importante à l'obstétricien. Chacun est maître en son domaine, et si l'accoucheur ne se sent pas toujours à l'aise au domicile de la parturiente, à l'hôpital, il est bel et bien chez lui. Le retrait de la femme de son milieu de vie constitue, aux yeux des médecins, un autre des avantages de l'accouchement à l'hôpital. À ce sujet, le D<sup>r</sup> Sanche affirme :

*« À domicile, la patiente est chez elle ; elle commande plus en maîtresse, l'entourage, composé de proches, subit l'effet de ses sentiments, s'alarme à tort ou à raison, alarme la patiente qui perd rapidement son énergie. De part et d'autre, on cherche d'abord à influencer la garde-malade, s'il y en a une, puis le médecin ; on réclame un soulagement à la souffrance, on s'efforce d'imposer une intervention pour terminer au plus tôt un travail qui pourrait finir spontanément [...] »<sup>30</sup>*

L'expérience de l'accouchement à domicile est donc trop chargée d'émotions ; elle ne rappelle en rien l'objectivité, le sang froid de l'homme de science que l'accoucheur incarne. Au domicile, l'humanité du médecin est mise à l'épreuve ; la familiarité incontrôlable de l'entourage le rabaisse au niveau de consultant, alors qu'il a désormais la capacité, le désir et les ressources d'être le véritable maître des événements.

La médecine du XX<sup>e</sup> siècle se synchronise avec la science par le biais de trois interfaces distincts : celui d'un langage adapté à un savoir scientifique de plus en plus complexe, d'une technologie de plus en plus imposante, nécessitant un personnel formé, et une standardisation, dans l'appréhension médicale de l'accouchement, de chacune des étapes de son déroulement et des pratiques qu'elle commande<sup>31</sup>. Chacun de ces interfaces est maximisé par l'environnement hospitalier. En déplaçant à l'hôpital – véritable centrale des soins – l'accouchement comme objet de médicalisation, le médecin est lui aussi réinséré dans un milieu qui est le sien bien plus que celui de sa patiente. Il n'y agit plus isolément, mais au nom de la science ; il intervient au sein d'une institution que tout le corps médical représente. En cela, l'hôpital favorise une certaine déresponsabilisation du médecin ; il atténue, dans tous les cas, sa vulnérabilité apparente<sup>32</sup>. En mars 1955, le D<sup>r</sup> Léonard Legault dépeint assez bien la situation dans l'*Union médicale du Canada* : « À l'hôpital, vous [les médecins] partagerez votre responsabilité avec un médecin spécialiste

<sup>30</sup> D<sup>r</sup> Sanche, « La rançon de la maternité », *loc. cit.*, p. 62.

<sup>31</sup> Mitchinson, *op. cit.*, p. 22.

<sup>32</sup> *Ibid.*, p. 46.

en obstétrique et vous aurez la certitude que votre patiente recevra les soins adéquats [...]»<sup>33</sup>.

Du point de vue du corps médical, le transfert hospitalier de l'accouchement comportait plusieurs avantages. L'hôpital permettait une meilleure formation de ses praticiens. L'assurance de l'accoucheur, acquise par une plus grande expérience pragmatique de l'accouchement, était appuyée par une technologie, un équipement, un personnel spécialisés qui, tous réunis en un même lieu – un lieu de surcroît étranger à la femme qui accouche – renforçait son autorité. Non seulement les médecins, mais les femmes, aussi, étaient gagnantes. Quoique les statistiques démontrent que pendant longtemps encore, le taux de mortalité maternelle serait plus élevé à l'hôpital qu'à domicile, l'hôpital était le symbole même de l'efficacité et de la sécurité, et pour la mère et son enfant. Dans une étude intitulée *Le Transfert hospitalier de l'accouchement au Québec, 1930-1960*, Marie-Josée Blais démontre que les femmes à l'époque acceptaient volontiers le discours médical et se sentaient réellement plus en sécurité dans les salles d'accouchements aseptisées, quoique, naturellement, l'acier inoxydable de l'hôpital était moins « chaleureux » que les boiseries du domicile. Pour certaines, le séjour à l'hôpital représentait une période de repos plus que bienvenue; pour d'autres, l'accouchement s'accordait tout simplement avec les « tendances » de l'époque<sup>34</sup>. Quoi qu'il en soit, le transfert hospitalier de la naissance ne fut jamais vraiment « imposé » aux Canadiennes, comme le laissent entendre certains discours féministes<sup>35</sup>. Le XX<sup>e</sup> siècle est le siècle où les produits de la science furent les plus médiatisés. La science sert les hommes, et ceux-ci y croient; ainsi, la science s'impose d'elle-même, par la réception qu'elle suscite auprès des populations du monde, bien plus qu'elle n'est imposée par aucun corps scientifique particulier.

---

<sup>33</sup> Dr Léonard Legault, « Anesthésie obstétricale en pratique générale », *Union médicale du Canada*, vol. 84, n° 3 (mars 1955), p. 301.

<sup>34</sup> Blais, *op. cit.*

<sup>35</sup> Voir Francine Saillant et Michel O'Neil, dir., *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1987; Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Les Éditions du Remue-ménage, 1983.

## B. L'hôpital : instrument de médicalisation massive et intégrale de l'accouchement

Au Canada, le transfert hospitalier de l'accouchement fut légitimé par un discours médical adoptant une nouvelle approche de la maternité. Cette délocalisation du lieu de la naissance nécessita de vastes moyens, non seulement pour mobiliser les ressources de l'appareil médical, mais aussi pour faire de l'hôpital un lieu accessible à la majorité des Canadiennes. La médicalisation massive de la naissance, néanmoins, s'insère dans une temporalité courte de l'histoire. En quelques décennies seulement, le transfert hospitalier précipita la médicalisation intégrale de la naissance.

### 1. Discours médical et légitimation du transfert

Au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle et au tournant du XIX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux furent graduellement perçus par le corps médical comme de véritables « machines à traiter les malades<sup>36</sup> », un lieu où, de plus en plus, on guérissait, en plus de soigner. La clientèle des hôpitaux se modifia sous l'action de la médicalisation. Progressivement, les indigents étaient remplacés par les malades et les blessés. L'essor de l'hôpital moderne fut le résultat de cette médicalisation<sup>37</sup>. Dans cette dialectique, le transfert hospitalier de l'accouchement devait lui aussi, pour se justifier, pouvoir s'insérer dans une approche pathologique ou potentiellement pathologique, de la maternité. La grossesse devait pouvoir être considérée, traitée et maniée au sein de l'hôpital comme l'aurait été une maladie ou une blessure. Ainsi, c'est pour être guéries de l'enfantement que les femmes, au cours des premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, se rendirent de plus en plus nombreuses à l'hôpital pour accoucher.

La pathologie fut au centre de la médecine depuis ses origines. Il est donc naturel que l'intérêt médical pour l'accouchement convergeât vers les risques du processus dès que le savoir acquis par le corps médical lui permit de délimiter les marges d'un accouchement standard, normalisé. Quoique le transfert hospitalier de l'accouchement se justifiait au XX<sup>e</sup> siècle par une approche pathologique de la maternité, ce virage dans l'appréhension médicale, antérieur au déclenchement du transfert, date de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. La

---

<sup>36</sup> Tenon, cité dans Michel Foucault *et al.*, *Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruxelles/Liège, Pierre Mardaga, 1979, p. 5.

<sup>37</sup> *Ibid.*

fièvre puerpérale fut d'ailleurs un facteur important dans la mise en place de cette optique. Cullingworth, par exemple, dans un essai sur la fièvre puerpérale publié à la fin des années 1880, est catégorique dans son approche : l'accouchement est tout sauf « naturel et sécuritaire » :

*« Childbirth is not uncommonly regarded as a simple physiological process, painful certainly, but, with a few rare exceptions, natural and safe. Unless your attention has been specially directed to the subject, it will probably not have occurred to you to consider how far this popular notion is correct. As a matter of fact it is very incorrect. In the latest report of the Registrar-General 3877 deaths are stated to have taken place from childbirth in England and Wales in the year 1886, including 479 in the single registration district of London<sup>38</sup>. »*

Cullingworth souligne ici que la conception pathologique de l'accouchement n'est pas unanime au sein du corps médical anglais. Si chacun, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, n'attribuait pas l'accouchement au domaine du pathologique, tous reconnaissaient cependant les risques que comportait la parturition. Ces risques prirent d'autant plus d'importance que le savoir augmentait. Au Canada, cette fixation du regard médical sur les dangers inhérents à l'accouchement remonte au début du siècle dernier. En 1902, par exemple, l'examen général d'obstétrique et de gynécologie de l'Université Queen's, à Toronto, portait exclusivement sur les complications susceptibles de survenir durant l'accouchement; aucune question ne concernait le déroulement d'un accouchement normal. Les examens de l'Université McGill, à la même époque, empruntaient la même voie<sup>39</sup>. Progressivement, la dialectique médicale s'articulant autour de l'accouchement se saturait d'un lexique spécifique à la maladie et à ses dangers; la grossesse devenait une « maladie de neuf mois ». Le docteur C. B. Oliver, de Chatham en Ontario, souligne : « The dangers that lurk along the pathway of the pregnant women are legion. Always, she is travelling "close to the border-land of pathology" and she needs a guide familiar with every shallow and quicksand and portage along the way<sup>40</sup>. » En tout temps, grossesse et

<sup>38</sup> Charles James Cullingworth, *Puerperal Fever. A Preventible Disease. A Plea for the more General Adoption of Antiseptics in Midwifery Practice, An Address Introductory to the Sessions of 1888-89, delivered at St. Thomas Hospital*, London, 1888, in Irvine Loudon, ed., *Childbed Fever: A Documentary History*, New York & London, Garland Publishing, Inc., 1995, p. 132-133.

<sup>39</sup> Queen's University, Queen's University Examination Papers, 1902, Faculty of Medicine; McGill University Archives, RG 38, C12, C13, Examinations, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 52.

<sup>40</sup> *Canadian Nurse*, 26 (July 1920), p. 362, et (June 1930), p. 301-302; *Canadian Medical Association Journal*, 13 (June 1923), p. 379, dans Mitchinson, *op. cit.* p. 329. Voir aussi d'autres références à l'approche pathologique de l'accouchement dans *Nova Scotia Medical Bulletin*, 10 (January 1931), p. 40; P. Brooke

accouchement peuvent effectuer un glissement subit du normal au pathologique. Les rédacteurs de l'*Union médicale du Canada* rappellent également à leurs lecteurs le caractère morbide de la grossesse. Par exemple, en 1923, le D<sup>r</sup> René de Cotret souligne l'instabilité naturelle de l'accouchement :

*« Mais pour peu qu'on repasse dans son esprit les multiples changements qui s'opèrent dans l'organisme maternel pendant la grossesse, on s'aperçoit vite que la ligne de démarcation entre la santé et la maladie est moins distincte pendant la gestation qu'en tout autre temps, et que le moindre dérangement, qui aurait peu de conséquences en temps ordinaire, peut rapidement donner naissance à des conditions pathologiques menaçant sérieusement la vie de la mère et de l'enfant. Même bien qu'évoluant normalement, la grossesse nécessite de la part de la femme, l'observation de certaines précautions. Elle exige également de la part de l'accoucheur, une surveillance attentive<sup>41</sup>. »*

D'autres, dans une même optique, rappellent aux médecins l'importance primordiale de déloger de la conscience collective des Canadiennes l'idée que la grossesse est un phénomène physiologique normal<sup>42</sup>.

Cette approche pathologisante, interventionniste de l'accouchement s'expliquait à l'intérieur d'un cadre de pensée darwiniste. Si, pendant des millénaires, les femmes de toutes les races avaient pu donner naissance à leurs enfants sans aide médicale, c'est que leur proximité de la nature leur conférait une robustesse physique susceptible de mieux supporter l'épreuve de l'enfantement. La femme moderne et civilisée, au contraire, affaiblie par des siècles de sédentarité et de maladie, ne pouvait plus, sans aide, faire face à l'accouchement de manière sécuritaire. Ceci donna naissance au mythe entourant l'accouchement de l'Amérindienne. Celle-ci, voulait-on croire, n'ayant jamais été éloignée des « influences naturelles », donnait naissance avec une facilité déconcertante. En 1901, un manuel d'obstétrique illustre bien cette croyance :

---

Bland, *Practical Obstetrics for Students and Practitioners*, Philadelphia, F. A. Saunders, 1932, p. 543; *Canadian Nurse*, 31 (November 1935), p. 487; *Canadian Medical Association Journal*, 34 (May 1936), p. 518 et (June 1936), p. 625; *Canadian Medical Association Journal*, 55 (September 1946), p. 294.

<sup>41</sup> D<sup>r</sup> René de Cotret, « Hygiène de la grossesse », *Union médicale du Canada*, vol. XLXIN, n° 8 (août 1923), p. 330-331.

<sup>42</sup> Voir l'article du D<sup>r</sup> Sanche, « La rançon de la maternité », *Union médicale du Canada*, vol. 68, n° 3 (mars 1939); Marc Renaud, « Regard médical et grossesse en Amérique du Nord : l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20<sup>e</sup> siècle », dans Francine Saillant et Michel O'Neill (dir.), *op. cit.*, p. 181-212.

*« The Indian Squaw, in the early history of this country, gave birth to her child without delaying her companions when on the march, and was able at once to join them in their journey. To-day, we have to deal with an entirely different being. Woman has inherited from her ancestors a physical organism so far removed from that belonging to the savage that what was once a physiological act, pure and simple, now verges on the pathological. Indeed, it requires the astuteness of the careful physician to recognize deviations from what should be normal and yet what is too frequently pathological<sup>43</sup>. »*

On peut croire que ce mythe exerça une certaine influence sur les femmes de l'époque. Il stigmatisait la facilité de l'accouchement des « sauvagesses », tandis qu'il faisait en quelque sorte de la dystocie une marque de civilité. Bien que des médecins ayant assisté à l'accouchement d'Amérindiennes démentirent par la suite cette croyance – les Amérindiennes éprouvaient évidemment autant de douleurs que les Blanches – le mythe subsista en Amérique du Nord, et peut-être encore plus en Europe, pendant toute la durée du transfert hospitalier de l'accouchement.

Au cours des premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, d'importantes campagnes de sensibilisation furent menées dans le but de rallier la population à l'approche médicale de la parturition. Par une importante médiatisation des risques inhérents à la grossesse et à l'accouchement, l'offre de la médecine se fit plus pressante auprès des femmes<sup>44</sup>. Le corps médical cerna un problème quantifiable – la mortalité maternelle et infantile – et proposa en guise de solution une médicalisation plus importante de la maternité, une interférence médicale organisée autour des ressources toujours plus développées de la médecine. Dans cette démarche, le suivi *prénatal* prenait une importance considérable; toutes les étapes de la grossesse se devaient, pour la plus grande sécurité des femmes et des enfants, d'être supervisées de plus près par un personnel médical formé et organisé en des réseaux plus que jamais accessibles aux femmes. Des médecins et des infirmières œuvrant à domicile dans le cadre de programmes de soins prénataux informaient les mères de l'importance primordiale de l'assistance médicale tout au long de la grossesse et au moment de l'accouchement<sup>45</sup>. Les campagnes de sensibilisation ne se limitaient cependant pas à l'influence directe du personnel soignant sur les futures mères ; tout un

<sup>43</sup> Egbert H. Grandin and George W. Jarman, *A Textbook on Practical Obstetrics*, 3<sup>rd</sup> ed., Philadelphia, F. A. Davis, 1901, p. 245. Pour des références canadiennes, voir *Western Canadian Medical Journal*, 1 (November 1907), p. 500, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 329.

<sup>44</sup> Blais, *op. cit.*, p. 32.

<sup>45</sup> *Ibid.*

réseau de publicité fut mis en place dans le but de communiquer aux familles l'offre de l'appareil médical eu égard à l'obstétrique. Après un dépouillement méticuleux des sources médicales et gouvernementales traitant du sujet, Marie-Josée Blais indique que :

*« cette éducation s'est également diffusée, dans un premier temps, aux moyens d'affiches, de brochures, de la presse, de conférences et de causeries-concerts paroissiales et plus tard, par l'intermédiaire des livres, des films et de la radio. En fait, le but ultime de cet exercice de conscientisation et d'éducation visait d'abord et avant tout à convaincre les femmes enceintes de se placer sous surveillance médicale le plus tôt possible pendant la grossesse<sup>46</sup>. »*

L'efficacité de ces campagnes fut excellente. Elles parvinrent, de par leur multiplicité et leurs différents supports, à atteindre une grande proportion des femmes du pays. Elles réussirent à déclencher – ou du moins à accélérer – une certaine évolution des mœurs, à modifier l'optique des Canadiennes sur l'expérience de la maternité.

## 2. Les ressources nécessaires au transfert hospitalier de l'accouchement

Le transfert hospitalier de l'accouchement au Canada nécessita la mobilisation d'importantes ressources. Les hôpitaux devaient être multipliés ou agrandis, puis équipés convenablement pour faire face à la demande croissante de soins obstétricaux. À partir des années 1940, une série de subventions gouvernementales visant l'amélioration des ressources hospitalières du pays fut accordée<sup>47</sup>. Dans chaque province, les hôpitaux, en plus de se multiplier, se spécialisaient davantage<sup>48</sup>. Mais le système hospitalier se devait non seulement d'être disponible, mais également accessible aux masses.

À compter du tournant des années 1940, plusieurs facteurs contribuèrent, directement ou indirectement, à rendre l'accouchement à l'hôpital plus abordable. D'une part, les

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 33. Parmi les sources citées : « Causerie-Concert en la paroisse St-Édouard pour annoncer les Aides-Maternelles », *La Bonne Parole*, vol. XVI, n° 5 (mai 1928), p. 3; Ministère des Pensions et de la Santé nationale, *La Mère canadienne et son Enfant*, 1942 (2<sup>e</sup> éd., 1954); parmi les films, *La naissance de bébé* et *Vingt-quatre heures avec vous et votre bébé*, présentés à Ottawa, Montréal, Hawksbury, Verdun, Gaspé et dans les régions du Témiscamingue et de l'Abitibi; Canada, « Service du Bien-Être de l'Enfance », Rapport annuel du ministère des Pensions et de la Santé nationale, Ottawa, 1944, p. 60; « Médecine Sociale et Hygiène. Le rôle du service de santé dans la lutte contre les mortalités maternelles et infantiles », émission radio reproduite dans *l'Union médicale du Canada*, vol. 77, n° 2 (février 1948), p. 180-182.

<sup>47</sup> Canada, Archives nationales du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, National Health Grants – Administration : Child and Maternal Health Grants – general (all provinces), RG 29, vol. 415; et National Health Grants – Administration : Child and Maternal Health Grants – general, RG 29, vol. 416.

<sup>48</sup> Mitchinson, *op. cit.*, p. 175.

nombreux emplois générés par la guerre firent augmenter le revenu des familles. Mais aussi, différents programmes d'aide financière vinrent assister les Canadiennes en frais de santé. À partir de la fin des années 1930, l'assurance-santé privée établit un lien plus direct entre les masses et l'hôpital. En 1938, l'Acte sur les associations mutuelles de bénéfiques médicaux et hospitaliers (*Mutual Medical and Hospital Benefit Association Act*) déclencha la mise en place d'une série de programmes privés d'assurances hospitalisation au pays<sup>49</sup>. Aussitôt, des compagnies d'assurances comme *Metropolitan Life*, la Croix bleue et leurs filiales allaient désormais trouver de nombreux avantages pécuniaires dans la promotion du transfert hospitalier de l'accouchement. Premièrement, l'accouchement à l'hôpital permettait aux assureurs d'économiser d'importantes sommes en minimisant les services infirmiers pendant la durée de l'hospitalisation. Ensuite, l'intérêt que suscitait chez les femmes les avantages de l'accouchement à l'hôpital se soldait, chez les assureurs indemnisant l'hospitalisation, en adhésions supplémentaires<sup>50</sup>. La promotion de l'hospitalisation par les compagnies d'assurance prit différentes formes au fil des ans. Plusieurs firmes favorisèrent le transfert en diminuant les primes des femmes qui décidaient d'accoucher à l'hôpital. Des billets et des brochures publicitaires étaient acheminés vers les familles par les assureurs; finalement, des annonces prônant l'accouchement hospitalier paraissaient dans des revues populaires<sup>51</sup>. Le nombre des assurés crût exponentiellement tout au long des années 1940, faisant de l'hôpital une institution d'autant plus accessible aux femmes du peuple. Les chiffres pertinents au Québec donnent un aperçu de l'importance de ce phénomène. En 1944, l'Association d'Hospitalisation du Québec compte 45 000 bénéficiaires. Ce nombre, déjà imposant, passe cependant à 331 000 en 1946, puis à 504 000 en 1949<sup>52</sup>. En plus des assurances privées, diverses formes de subventions, à partir de la fin des années 1930, facilitaient l'accès à l'hôpital des Canadiennes habitant les régions éloignées. La plupart des hôpitaux des grandes villes, d'un autre côté, continuaient de recevoir gratuitement les indigentes

---

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 174.

<sup>50</sup> Blais, *op. cit.*, p. 70-71.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p. 69-70. Pour des exemples de publicité au Québec, voir *La Métropolitaine*, « Ils attendent du nouveau », *La Revue Moderne* (avril 1955), p. 5; *La Métropolitaine*, « Maman et bébé se portent bien », *La Revue Moderne* (novembre 1959), p. 5.

<sup>52</sup> E. D. Millican, « La Croix Bleue », *La Revue Moderne* (février 1944), p. 12; Anon., « La Croix Bleue », *Action médicale*, vol. XXVI, n° 6 (juin 1950), p. 113, in Blais, *op. cit.*, p. 97.

tout au long du transfert. Puis finalement, durant la deuxième Guerre mondiale, l'armée assurait les frais hospitaliers des femmes de ses militaires<sup>53</sup>.

### 3. Le transfert hospitalier de l'accouchement au Canada

Le transfert hospitalier de l'accouchement constitue l'un des moments les plus forts de l'histoire de l'obstétrique en Occident. C'est le résultat de plus de trois siècles d'efforts portés par les cercles scientifiques dans le but de cerner, de comprendre et de contrôler l'univers de la grossesse et de l'accouchement. Cette victoire sociale est celle de la connaissance médicale et scientifique. C'est une révolution, la fin d'une ère au cours de laquelle la majorité des femmes avaient donné naissance, isolément, dans leur environnement immédiat, leur chez-soi, leur domicile. Lorsque l'on considère l'intemporalité de la maternité, le transfert est subit. À l'ouverture du XX<sup>e</sup> siècle, l'accouchement au Canada est un phénomène qui, dans l'ensemble, se déroule à l'extérieur de l'influence médicale; cinquante ans plus tard, plus de huit parturitions sur dix se déroulent à l'hôpital – le symbole de la médecine moderne, le lieu de la centralisation des soins. Comme le démontrent les données du tableau 4.9, l'évolution de la proportion des accouchements ayant lieu à l'hôpital est constante jusqu'à ce qu'elle implique la quasi-totalité des naissances.

Tableau 10.1. Pourcentage des accouchements canadiens ayant lieu à l'hôpital, 1926-1960

<i>Année</i>	<i>Pourcentage des accouchements à l'hôpital</i>	<i>Année</i>	<i>Pourcentage des accouchements à l'hôpital</i>
1926	17,80	1949	67,00
1930	26,60	1950	76,00
1935	32,20	1954	80,00
1939	41,00	1956	85,00
1940	45,30	1958	88,00
1945	63,20	1960	90,00

Source : Christine Payeur, *Maternal Mortality in Quebec from the Medical Perspective and the Women's Point of View, 1890-1950*, Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1998, p. 36; Marie-Josée Blais, *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec, 1930-1960*, Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1995, p. 71.

D'autres indicateurs permettent de mesurer l'importance du mouvement, notamment, la clientèle des départements de maternité des hôpitaux, ainsi que l'importance de

<sup>53</sup> Blais, *op. cit.*, p. 110-111.

l'obstétrique dans la pratique hospitalière. En effet, le glissement du statut des femmes accouchant à l'hôpital témoigne de la normalisation de l'institution comme lieu de l'accouchement. Tandis que les maternités du XIX<sup>e</sup> siècle n'admettent généralement que les filles-mères<sup>54</sup> et les mères indigentes, dès le tournant du XX<sup>e</sup> siècle, de plus en plus de femmes mariées sont admises. Par exemple, en 1902, la maternité de l'hôpital Général de Montréal accouche 144 femmes mariées (61 %) pour 92 filles-mères (39 %) seulement. En 1919, le nombre des filles-mères admises demeure sensiblement le même, tandis que le nombre des femmes mariées est plus de neuf fois ce qu'il était en 1902; ainsi, cette année-là, pour un total de 1430 admissions, 1317 femmes mariées accouchent à la maternité (92 %) pour 96 filles-mères (6,8 %) et 17 veuves (1,2 %)<sup>55</sup>. Des proportions similaires peuvent également être observées à l'hôpital de Maternité d'Ottawa, où au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, 20 % seulement des patientes admises ne sont pas mariées. En 1915, cette proportion est abaissée à 3 %<sup>56</sup>.

À mesure que le transfert hospitalier de l'accouchement s'effectue au Canada, la part que prend l'obstétrique dans les pratiques hospitalières devient de plus en plus importante. En Ontario, par exemple, quand en 1938 50 % des naissances de la province se déroulent à l'hôpital, les parturientes comptent pour 16,6 % du total des admissions des hôpitaux généraux. Neuf ans plus tard, cette proportion passe à 27,2 %<sup>57</sup>. De la même manière, en 1927, à l'Hôpital Royal Jubilee de Victoria, 42,6 % des patients inscrits sont des femmes adultes, tandis que 19,87 % d'entre elles sont admises pour des raisons liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 1935, les femmes comptent pour 58,52 % des patients et 22 % d'entre elles consultent le département d'obstétrique. Dix ans plus tard, quand 61,49 % des patients sont des femmes, 37,37 % d'entre elles représentent des cas d'obstétrique<sup>58</sup>.

---

<sup>54</sup> Filles-mères : terme par lequel on désignait autrefois les mères célibataires.

<sup>55</sup> Annual Report of the Montreal Maternity Hospital 1902, p. 9; *ibid.*, 1919, p. 28, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 175-176.

<sup>56</sup> Mitchinson, *op. cit.*, p. 176.

<sup>57</sup> David Gagan, *A Necessity among Us: The Owen Sound General and Marine Hospital, 1891-1985*, Toronto, University of Toronto Press, 1990, p. 83, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 175.

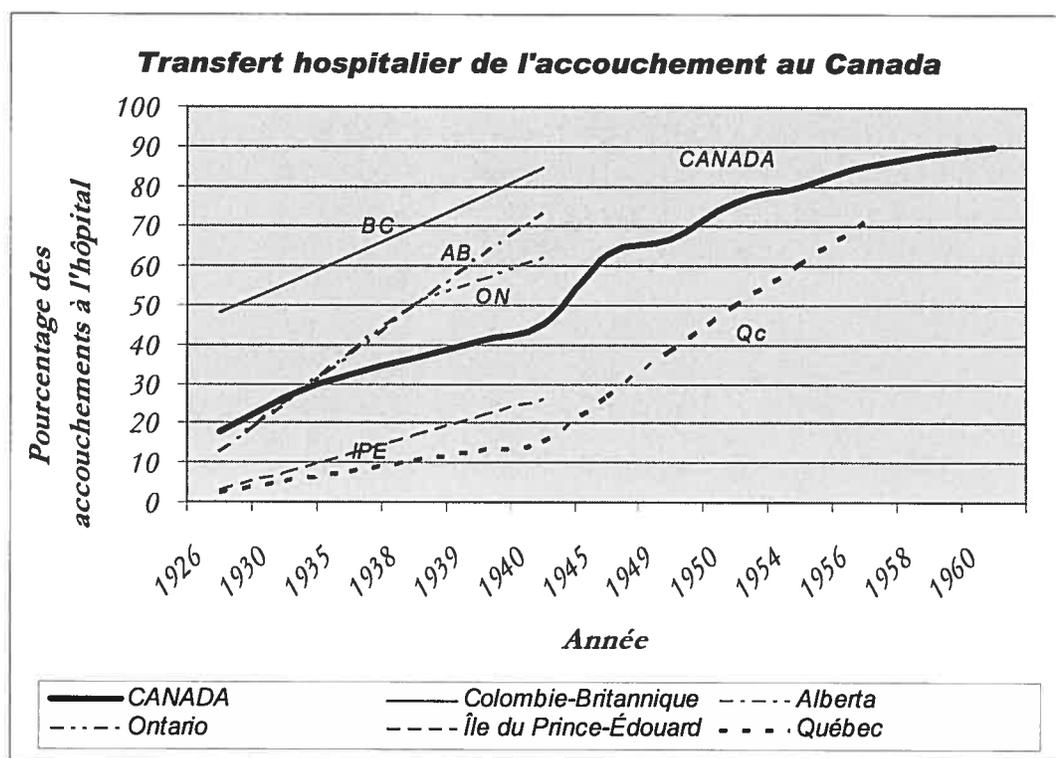
<sup>58</sup> British Columbia Archives, Royal Jubilee Hospital Discharge Books, Add. MS. 313, vol. 73, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 175.

Le transfert hospitalier de l'accouchement au Canada connut une évolution rapide mais inégale. Au niveau du pourcentage des parturitions ayant lieu à l'hôpital, on remarque des variations importantes entre les provinces et les régions. L'hospitalisation ayant été bénéfique durant toute la durée du transfert, on remarque un différent degré de médicalisation de l'accouchement selon les couches sociales. Comme l'indiquent les courbes de la Figure 4.1, la proportion des accouchements ayant lieu à l'hôpital durant toute la durée du transfert du lieu de l'accouchement accuse une différence importante entre les provinces. Entre la Colombie-Britannique, où le transfert se fit le plus rapidement, et le Québec, où il se fit le plus lentement, on remarque, jusqu'aux années 1960, un différentiel gravitant autour de 70 %. En 1926, quand en Colombie-Britannique, 48,2 % des parturitions ont lieu à l'hôpital, ce taux est de 2,7 % seulement à l'Île-du-Prince-Édouard. Comme nous l'avons vu, ce n'est qu'en 1938 que l'Ontario franchit le cap des 50 % d'accouchements hospitalisés; le Québec ne le fait qu'aux alentours des années 50. Quand, en 1940, 84,4 % des accouchements en Colombie-Britannique sont hospitalisés, l'Ontario connaît une hospitalisation de 62,2 % des accouchements, l'Alberta, de 72,9 %, l'Île-du-Prince-Édouard, de 26,2 % et le Québec, finalement, de 15,6 % seulement<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> *Canadian Medical Association Journal*, 43 (July 1940), p. 41; Statistics Canada, *Annual Report of Hospitals 1932-39*, p. 42; C. Lesley Biggs, *The Response to Maternal Mortality in Ontario, 1920-1940*, Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Toronto, 1983, p. 59, 64; Beth Light and Ruth Roach Pierson, eds., *No Easy Road: Women in Canada 1920s to 1960s*, Toronto, New Hogtown Press, 1990, p. 168; J. Oppenheimer, "Childbirth in Ontario: The Transition from Home to Hospital in the Early Twentieth Century", *Ontario History*, 75 (March 1983), p. 36, référés dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 373; Canada, « Service de l'hygiène maternelle et infantile », *Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-Être Social*, Ottawa, 1949, p. 24

Figure 10.1. Transfert hospitalier de l'accouchement au Canada



Source : Christine Payeur, *Maternal Mortality in Quebec from the Medical Perspective and the Women's Point of View, 1890-1950*, Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1998, p. 36; Marie-Josée Blais, *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec, 1930-1960*, Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1995, p. 71; Mitchinson, p. 173, 373.

À l'intérieur de chaque province, le degré d'hospitalisation de l'accouchement varie selon la région. Les centres urbains, où la majorité des hôpitaux sont situés, connaissent naturellement une médicalisation beaucoup plus importante que les régions rurales. Ainsi, en 1956, en moyenne 71 % des accouchements au Québec ont lieu à l'hôpital, mais le taux d'hospitalisation de l'accouchement de certaines régions urbaines de la province atteint déjà le seuil des 90 %<sup>60</sup>. Finalement, des corrélations peuvent être observées entre l'hospitalisation de l'accouchement et l'occupation des populations. En 1929, par exemple, 6,9 % seulement des enfants des familles de pêcheurs naissent en milieu

<sup>60</sup> Québec, « Division de la Nutrition, Hygiène maternelle et infantile », *14<sup>e</sup> rapport annuel du ministère de la Santé*, Québec, 1957, p. 98, in Blais, p. 73.

hospitalier tandis que 56,4 % des parturitions des familles de professionnels ont lieu en institution<sup>61</sup>.

Durant toute la période du transfert hospitalier de l'accouchement, des maisons de maternité furent construites dans certaines régions moins peuplées pour pallier au manque de ressources et d'institutions. Ces maisons de maternité se trouvaient en tout point à « mi-chemin » entre l'hôpital et le domicile. Elles s'élevaient au sein des régions suffisamment peuplées pour desservir un lieu où des soins maternels seraient, en quelque sorte, accessibles et centralisés, mais trop pauvres pour défrayer un hôpital ou même un médecin permanent. Ces institutions intermédiaires étaient la plupart du temps tenues par des sages-femmes ou des infirmières d'expérience, et visitées périodiquement par des médecins; leurs tarifs se situaient entre celui des sages-femmes indépendantes et celui des hôpitaux. Leur existence, cependant, fut éphémère car l'essor des assurances-hospitalisation, à partir des années 1940, réduisit considérablement leur clientèle en faveur des hôpitaux<sup>62</sup>.

Au Canada, la médicalisation massive de l'accouchement coïncide avec le début du transfert hospitalier de la naissance; elle devient intégrale avec son achèvement. Tant que la mobilisation des femmes vers l'hôpital ne fut pas déclenchée, seule une mince proportion des naissances étaient supervisées par un personnel médical. Pendant longtemps encore, les sages-femmes et les matrones exercèrent une influence importante. Quelques exemples suffisent pour illustrer ce fait. En Colombie-Britannique – province où justement la médicalisation est la plus marquée durant la période concernée –, seules 25 femmes en 1906 vont accoucher à l'hôpital de Vancouver. L'année suivante, ce nombre sera porté à 121. En 1916, alors que l'on estime que le taux d'hospitalisation des parturientes est d'environ 20 %, 661 femmes accouchent à l'hôpital – un nombre déjà beaucoup plus imposant<sup>63</sup>. Dans l'ensemble du Canada, ce n'est qu'en 1922 que le personnel médical parvint à superviser, soit à domicile, soit à l'hôpital, 50 % des parturitions<sup>64</sup>. Inversement, les sages-femmes et les matrones, au cours des premières

---

<sup>61</sup> *American Journal of Public Health* (1932), p. 618, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 373.

<sup>62</sup> Mitchinson, *op. cit.*, p. 174.

<sup>63</sup> *Ibid.*

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 62.

décennies du XX<sup>e</sup> siècle, dirigèrent toujours, isolément, une importante part des accouchements. Encore en 1917, on estime qu'elles assistèrent à près de 20 % des naissances à Winnipeg. À mesure que le transfert hospitalier de l'accouchement s'effectuait, cette proportion diminuait. En 1925, seulement 5 % des accouchements de la ville furent assistés par les sages-femmes ; 0,1 %, finalement, en 1945<sup>65</sup>. À St. John, Terre-Neuve, jusqu'en 1920, les sages-femmes et les matrones conduisirent plus de 50 % des naissances<sup>66</sup>. Finalement, jusqu'en 1939, quand le taux national d'hospitalisation de la naissance gravitait autour des 40 %, le même pourcentage des accouchements à domicile échappait complètement à l'influence médicale. En 1943, on estime que 20 000 Canadiennes – sans compter les Amérindiennes et les Inuits – accouchaient seules et sans supervision médicale. Quatre ans plus tard, encore 16 000 accouchements eurent lieu à l'extérieur des sphères d'influence de l'appareil médical<sup>67</sup>.

Quoique la pertinence de l'approche pathologique qui avait justifié l'offre médicale à l'endroit de l'accouchement soit sujette à discussions, on peut soutenir qu'au Canada, la médicalisation massive de la maternité qu'elle déclenche à partir du XX<sup>e</sup> siècle par le transfert hospitalier de l'accouchement s'effectue à une époque où le corps médical est en mesure de gérer de manière responsable les risques strictement infectieux de la parturition. Nous avons vu que, depuis l'adoption générale de l'antisepsie dans la pratique obstétricale, qui se situe à la fin des années 1880, le taux de morbidité de la fièvre puerpérale en milieu médicalisé s'était abaissé au niveau de celui rencontré sporadiquement au sein des milieux non médicalisés, où la parturition se déroulait dans l'isolement. Dès 1890, l'ère des grandes épidémies de fièvre puerpérale était révolue. Or, au Canada, la médicalisation massive de l'accouchement est postérieure à l'essor de la microbiologie et à la reconnaissance généralisée de l'efficacité de l'antisepsie comme mesure prophylactique. Afin de vérifier la valeur de l'hypothèse selon laquelle le retard de la médicalisation de la naissance au Canada ait réduit au minimum les dommages causés par la fièvre puerpérale, il reste à savoir dans quelles mesures l'antisepsie et l'asepsie furent observés au sein du corps médical hospitalier à cette époque.

---

<sup>65</sup> *Ibid.*, p. 72.

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 94.

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 72.

### C. Le contrôle des infections puerpérales au Canada

#### 1. Prophylaxie de la fièvre puerpérale

Au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, le corps médical canadien connaissait les risques infectieux de l'accouchement et les mesures préventives nécessaires pour limiter l'incidence d'infections. Par conséquent, une prophylaxie rigoureuse fut standardisée par l'institution hospitalière canadienne aussitôt que fut entamé le transfert hospitalier de l'accouchement. Les instructions données au personnel médical laissaient peu de place à l'interprétation<sup>68</sup>. À son admission à l'hôpital, la femme devait prendre un bain, après quoi on lui coupait ou rasait les poils pubiens. Ensuite, on stérilisait toute la région génitale de la parturiente à l'aide d'eau stérile et de savon antibactérien; on épongeait les organes génitaux avec de l'alcool ou un autre antiseptique, avant de les recouvrir d'une serviette imprégnée à son tour d'une solution antibactérienne. La plupart des hôpitaux préconisaient un lavement pour diminuer les risques d'infection par colibacilles; certaines institutions pratiquaient la douche vaginale avant et/ou après l'accouchement. En outre, on s'assurait que tout instrument utilisé lors de l'accouchement avait été préalablement aseptisé, que le personnel portait des gants de caoutchouc, des masques et des sarraus, en plus de respecter une bonne hygiène personnelle<sup>69</sup>. Le médecin Ross Mitchell, de Winnipeg, décrit ainsi la procédure à suivre par le personnel hospitalier en préparation à l'accouchement :

*« The hands and forearms are scrubbed with running water, soap, and a sterile brush, the nails cleaned with nail file or orangewood stick, and the scrubbing repeated, using a second brush. The total scrubbing lasts seven minutes. The hands and forearms are then washed in alcohol<sup>70</sup>. »*

Les enseignements de Semmelweis, également, portèrent fruit au sein de la pratique obstétricale canadienne. Dès le tournant du XX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux affiliés aux universités proscrivirent aux étudiants en obstétrique d'assister à ou d'effectuer eux-mêmes des dissections lors de leurs stages en maternité<sup>71</sup>. Toute la littérature médicale de l'époque insistait sur l'importance primordiale de l'asepsie et de l'antisepsie dans la

<sup>68</sup> Voir par exemple McGill University Archives, Montreal General Hospital, RG 96, vol. 0421, file 00635, "Note on Nursing Obstetrics", dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 182.

<sup>69</sup> *Ibid.*

<sup>70</sup> *Canadian Medical Association Journal* (June 1937), p. 601, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 183.

<sup>71</sup> *Halifax Medical College calendars, 1900-10*, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 276.

pratique obstétricale, de sorte qu'il était difficile à un praticien d'en négliger les différents aspects<sup>72</sup>.

Ce standard ne se limitait pas aux hôpitaux, mais s'appliquait également à la pratique privée des membres du corps médical. En 1910, par exemple, le D<sup>r</sup> Burrows, de Harriston, en Ontario, décrit en détail dans un article du *Canadian Lancet* les mesures aseptiques à observer au domicile de la parturiente avant un accouchement :

*« The Patient should be instructed to take a hot soap bath on the approach of labor. The bowels should be moved by a soapsud enema... After the physician has given his hands the first scrub the pubes and vulva are shaved or clipped. The patient is then placed on a sterilized Kelly pad, and washed thoroughly with spirits of green soap [...] The area is then flushed off with bichloride solution 1-4000 and covered by a sterile pad, wrung out of bichloride solution. The bladder is emptied, if necessary, by a catheter, using aseptic precautions. All superfluous clothing should be removed from the bed as these are usually filled with dust, and are a prolific source of infection. All drapery, curtains and table-covers should be removed for the same reason. A freshly laundered sheet is pinned over the mattress which should be hard. Frequently in the country a feather mattress has to be removed. The patient is covered with a freshly laundered sheet, the room should be warm enough so that will be sufficient covering<sup>73</sup>. »*

Comme en témoigne cet extrait, le discours obstétrical canadien préconisait sensiblement les mêmes mesures aseptiques et antiseptiques tant au domicile qu'à l'hôpital. Cette prophylaxie des infections puerpérales représentait à l'époque un idéal à suivre pour les praticiens, un nouveau standard à atteindre et à conserver. Certes, tous n'y adhèrent pas. Comme en témoigne l'incident survenu à Calgary en 1906, certains praticiens refusaient même encore au début du XX<sup>e</sup> siècle de reconnaître la nature contagieuse de la maladie. Mais ces praticiens furent des exceptions plutôt que la règle et jamais de telles attitudes ne furent tolérées, du moins ouvertement, en milieu hospitalier.

## 2. Incidence de la fièvre puerpérale à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et au XX<sup>e</sup> siècle

Après que le transfert hospitalier de l'accouchement eût été déclenché, mais avant l'arrivée des antibiotiques, le Canada était tout de même susceptible de connaître des

<sup>72</sup> Par exemple, voir Adam H. Wright, *A Textbook of Obstetrics*, New York, D. Appleton, 1908, p. 95; *Canadian Practitioner and Review*, 31 (May 1906), p. 243; *Saskatchewan Medical Journal*, 2 (July 1910), p. 194.

<sup>73</sup> A. Edmond Burrows, *Canada Lancet*, 44 (September 1910), p. 35-36, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 182. Voir aussi Rose Mitchell dans *Canadian Medical Association Journal*, 36 (June 1937), p. 601; *Montreal Medical Journal*, 37 (January 1908), p. 26.

épidémies de fièvre puerpérale : en a-t-il connues ? Dans un article de *L'Union médicale du Canada*, l'accoucheur Elphege A. René de Cotret affirme, au début du siècle dernier, que :

*« aujourd'hui, que l'asepsie a changé les conditions hygiéniques et que l'antisepsie a modifié, pour ainsi dire, la nature des maladies qu'elle a atténuées, les cas sévères d'infection puerpérale sont relativement rares, et l'on agite plus la question de la morbidité que celle de la mortalité<sup>74</sup>. »*

Ici, il est primordial de vérifier que les statistiques canadiennes de l'époque se portent garantes d'une telle affirmation.

Alors que pour le XIX<sup>e</sup> siècle, les données concernant la mortalité maternelle sont éparpillées et partielles, au XX<sup>e</sup> siècle, leur nombre est beaucoup plus important et les informations fournies sont plus précises. Nous avons pu accéder aux statistiques des mortalités puerpérales du Canada à partir de l'année 1921 jusqu'à l'éradication de la maladie, au tournant des années 1950. Ces données nous informent, entre autres, du nombre exact de naissances vivantes, de mortalités par fièvre puerpérale, ainsi que du taux de mortalité par fièvre puerpérale pour chacune des provinces du pays. Pour le lecteur intéressé, cette information est détaillée en appendice, sous forme de tableaux. Quant à la période antérieure à 1921, les données des rapports annuels du Conseil d'hygiène de la province de Québec nous informent, depuis 1894 jusqu'en 1934, du nombre de naissances ainsi que du nombre de décès dus à la fièvre puerpérale pour chacun des comtés et villes de la province de loin la plus « fertile » en fait de naissances. L'ensemble de ces données, en plus de permettre de constater l'absence d'épidémie au Canada, donnent également lieu à des constatations intéressantes sur la nature de la maladie, ainsi que sur l'impact de l'asepsie et de l'antisepsie sur son incidence.

Rappelons, d'emblée, que le seuil d'un développement épidémique de la fièvre puerpérale se fixe, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, à un taux minimum de mortalité maternelle de 500 décès par 10000 parturitions<sup>75</sup>. – Jamais une province ou région du Canada n'a même approché ce seuil depuis le transfert hospitalier de l'accouchement. Depuis 1921 jusqu'à l'éradication de la maladie, le taux maximum de mortalité par fièvre puerpérale de

<sup>74</sup> E. A. René de Cotret, « De l'infection puerpérale », in *L'Union médicale du Canada*, vol. 36, n° 11 (novembre 1907), p. 637.

<sup>75</sup> *Supra*, p. 130-131.

l'Île du Prince-Édouard fut de 29,90 : 10 000 ; celui de la Nouvelle-Écosse, de 18,51 ; du Nouveau-Brunswick, de 25,43 ; du Québec, de 20,33 ; de l'Ontario, de 21,47 ; du Manitoba, de 27,29 ; de la Saskatchewan, de 26,27 ; de l'Alberta, de 40,60 ; et de la Colombie-Britannique, de 24,04<sup>76</sup>. On observe un différentiel entre le plus haut de ces taux et le seuil épidémique de la maladie de 459,4 : 10 000 – ce qui revient à dire combien chacune des provinces du Canada fut loin des ravages épidémiques de la maladie. Pour l'ensemble du Canada et jusqu'à l'éradication de l'affection, le taux maximum de mortalité par fièvre puerpérale fut de 20,58 : 10 000 et fut mesuré en 1930<sup>77</sup>. Ce taux – qui est bas – représente néanmoins un nombre considérable de décès causés par la fièvre puerpérale au pays, soit 501, sur un total de 243 495 naissances vivantes (0,002 %). Cependant, à ce taux, un accoucheur devra effectuer quelque 486 accouchements avant de rencontrer un cas fatal de la maladie, ce qui confirme amplement l'affirmation de René de Cotret, citée plus haut.

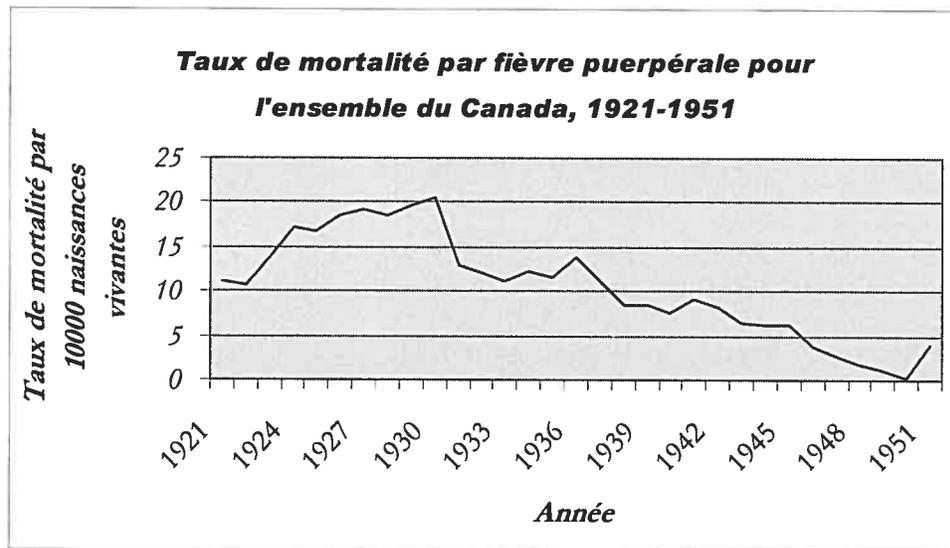
La Figure 10.2 ci-bas illustre la tendance des taux de mortalité par fièvre puerpérale pour l'ensemble du Canada, depuis 1921 jusqu'au tournant des années 1950.

---

<sup>76</sup> Voir appendices 46-70.

<sup>77</sup> Voir Appendice 54.

Figure 10.2. Taux de mortalité par fièvre puerpérale pour l'ensemble du Canada, 1921-1951



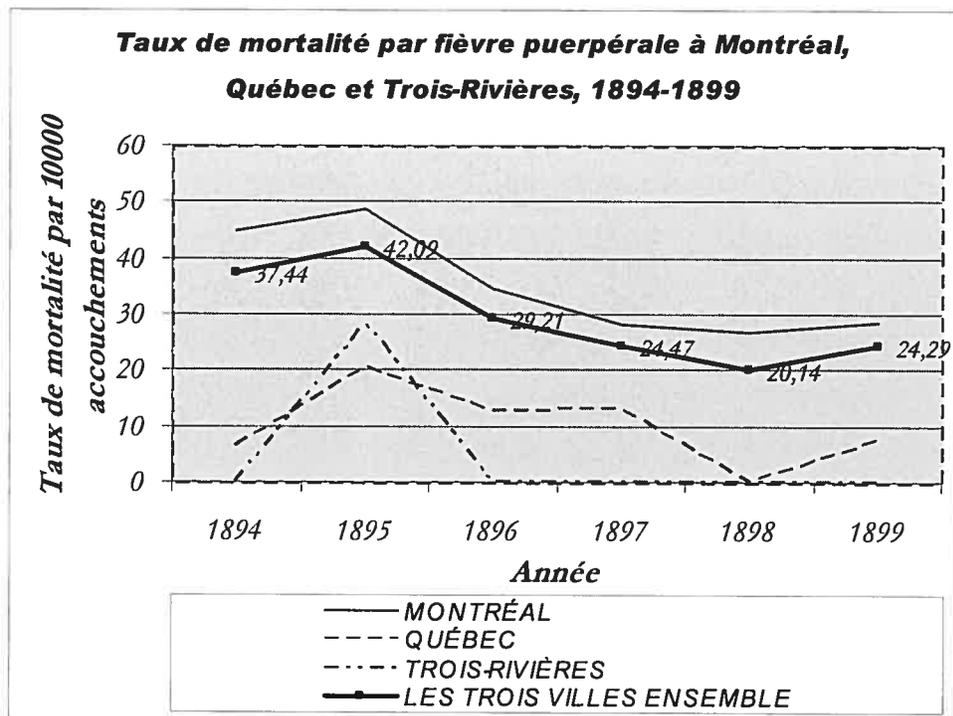
Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

On ne saurait craindre des taux beaucoup plus élevés pour la période antérieure à 1921 ; les données de la provinces de Québec, à cet égard, viennent le confirmer – cette province étant de par sa natalité la plus susceptible de connaître des épidémies de fièvre puerpérale. Le taux maximum de mortalité maternelle par fièvre puerpérale mesuré au Québec depuis 1894 jusqu'en 1899 est de 29,67 : 10000. Pour la même époque, le taux maximum mesuré parmi les grandes villes de la province est de 48,86 et est observé à Montréal en 1895. Pour l'ensemble de la province, sur la période s'étendant entre 1900 et 1934, le plus haut taux mesuré est de 22,38 : 10000 (en 1901 – voir les données de l'Appendice 43) ; parmi les grandes villes, de 76,05 (Trois-Rivières, 1905 – voir Appendice 45. Notons ici que ce taux représente seulement 4 décès sur un total de 526 accouchements ; l'indice monte exponentiellement vu le petit nombre de naissances y ayant eu lieu).

La répartition des taux de mortalité maternelle par fièvre puerpérale selon les régions et les époques démontre toute la force, mais aussi les limites, de l'asepsie et de l'antisepsie sur l'incidence de la maladie. D'abord, comme nous l'avons démontré, ces mesures aident à contrer de potentiels développements épidémiques de la maladie. Mais aussi, nous

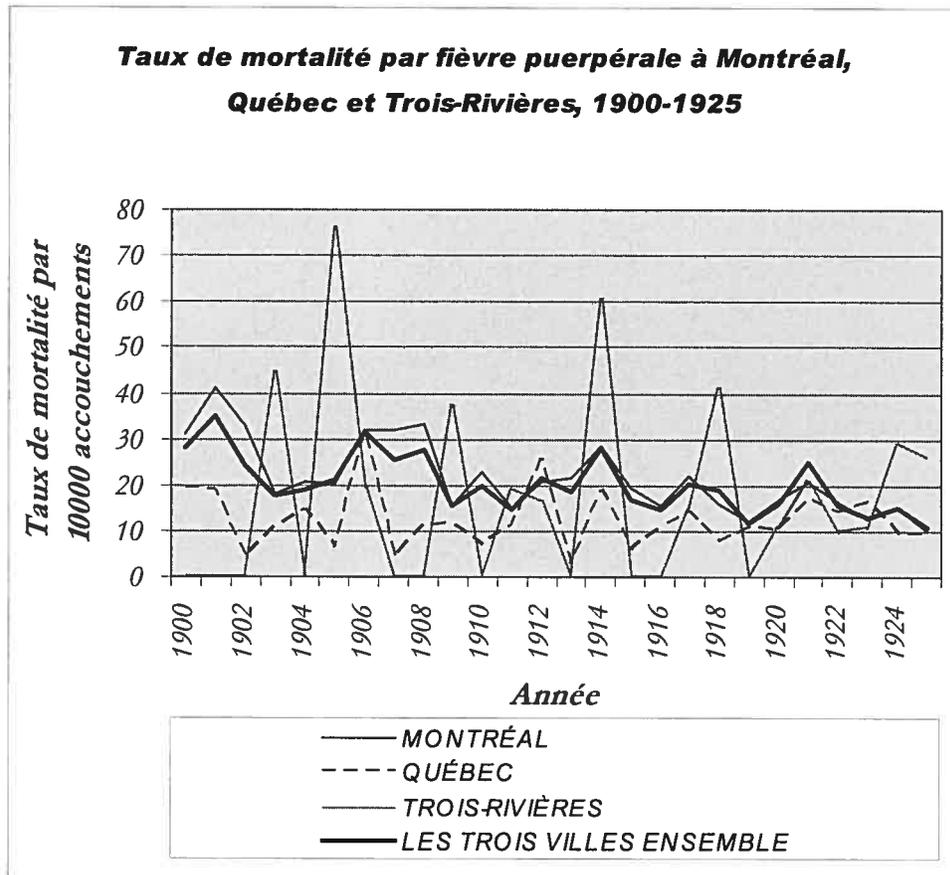
constatons que, malgré l'asepsie et l'antisepsie, le taux de mortalité par fièvre puerpérale est souvent directement proportionnel à ce que nous appelions plus haut la « densité » du champs obstétrical, quoiqu'il ne s'approche jamais du seuil épidémique. Ainsi, comme le démontrent les courbes des Figures 10.3 et 10.4, depuis 1894 jusqu'au tournant des années 1920, le taux de mortalité par fièvre puerpérale est proportionnel, au Québec, à la population de ses trois principales villes. La même observation peut être portée entre les grandes métropoles et les autres régions de la province, où, cette fois cependant, le différentiel se conserve jusqu'à la mise en marché des antibiotiques (voir les Figures 10.5 et 10.6).

Figure 10.3. Taux de mortalité par fièvre puerpérale à Montréal, Québec et Trois-Rivières, 1894-1899



Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1895-1900* (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1895-1900.

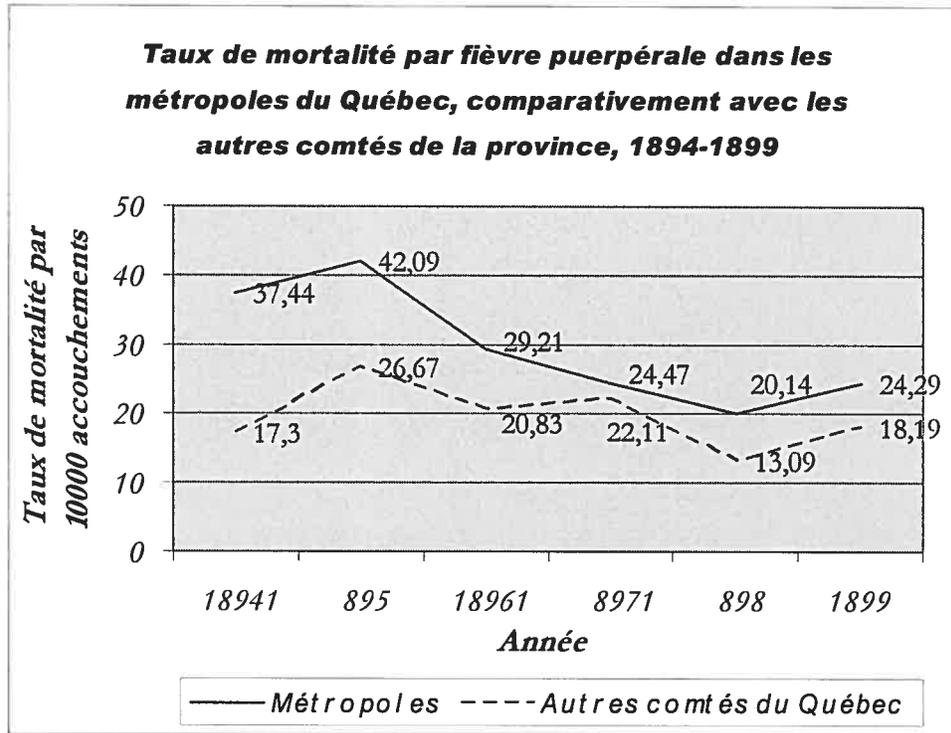
Figure 10.4. Taux de mortalité par fièvre puerpérale à Montréal, Québec et Trois-Rivières, 1900-1925<sup>78</sup>



Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1901-1923* (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1901-1923 ; Service provincial d'hygiène, *Rapport du service provincial d'hygiène de la province de Québec, 1924-1935*, Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1924-1935.

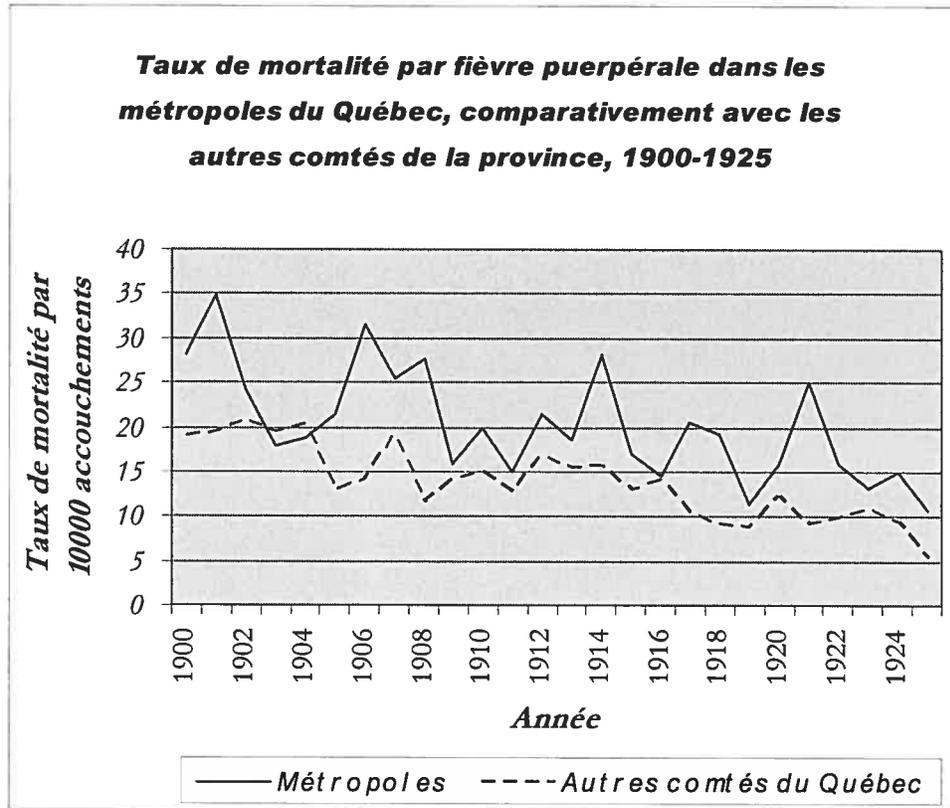
<sup>78</sup> Les taux de mortalité par fièvre puerpérale sont calculés, pour l'ensemble des figures de ce chapitre, sur un dénominateur de 10000 naissances. Il ne faut pas confondre ce taux avec le décompte des victimes pour chaque région représentée. Par exemple, le plus haut taux de mortalité par fièvre puerpérale mesuré dans les métropoles du Québec entre 1900 et 1925 surgit à Trois-Rivières en 1905, quand 4 parturientes sur un total de 526 décèdent des suites de la maladie. Ces données donnent un taux de 76,05 mortalités sur 10000 naissances (tandis que le seuil épidémique est établi à 500 mortalités sur 10000 naissances), mais n'indiquent pas que Trois-Rivières, la même année, connut 76 victimes de la maladie (ce qui, en effet, indiquerait un véritable développement épidémique, en donnant un taux – fautif – de 1445 : 10000). Nous référons le lecteur aux appendices 42-70 pour le décompte exact des victimes de la fièvre puerpérale au Québec, de 1894 à 1951, et au Canada, de 1921 à 1951.

Figure 10.5. Taux de mortalité par fièvre puerpérale dans les métropoles du Québec, comparativement avec les autres comtés de la province, 1894-1899



Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1895-1900* (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1895-1900.

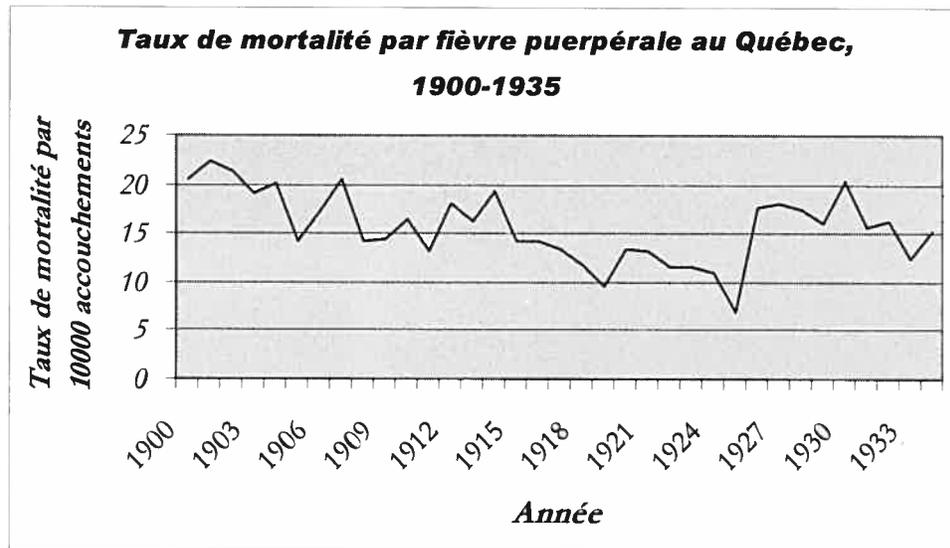
Figure 10.6. Taux de mortalité par fièvre puerpérale dans les métropoles du Québec, comparativement avec les autres comtés de la province, 1900-1925



Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec*, 1901-1923 (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1901-1923 ; Service provincial d'hygiène, *Rapport du service provincial d'hygiène de la province de Québec*, 1924-1935, Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1924-1935.

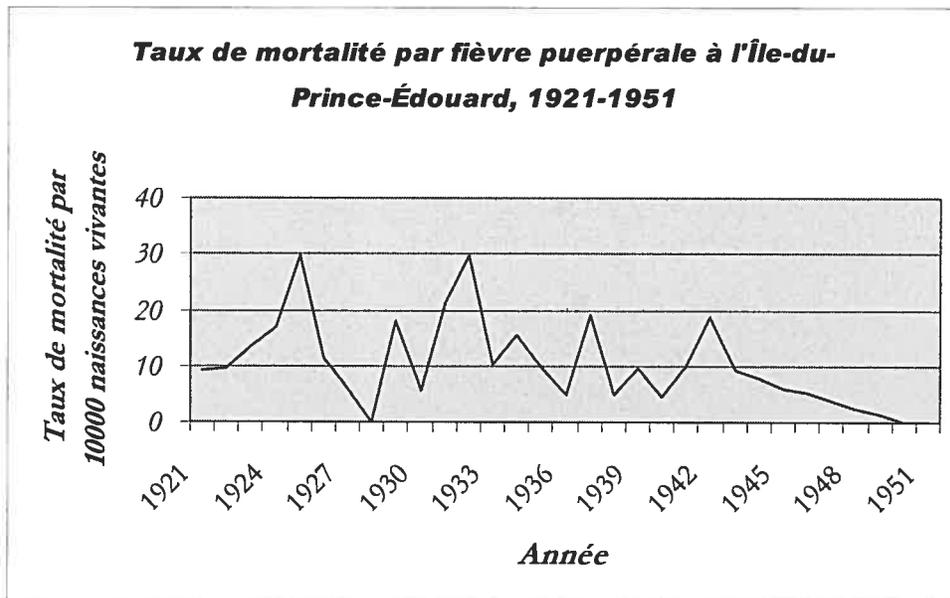
Aussi, lorsque l'on se réfère aux taux de mortalité par fièvre puerpérale de chaque province canadienne depuis 1921 jusqu'en 1951 (voir appendices 46-70), on remarque que jusqu'au tournant des années 1930, ce sont souvent les régions les moins peuplées qui accusent les plus hauts taux de mortalité ; un fait qui ne peut être attribué qu'à une observation moins poussée de l'accouchement aseptique. Finalement, l'asepsie et l'antisepsie connaissant des limites pratiques irréductibles ; on remarque, d'après les courbes des taux de mortalité par fièvre puerpérale pour chaque province, une hausse de la mortalité qui concorde au transfert hospitalier de l'accouchement (voir Figures 10.7-10.16 et comparer, le cas échéant, avec les données de la figure 10.1, p. 200).

Figure 10.7. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Québec, 1900-1935



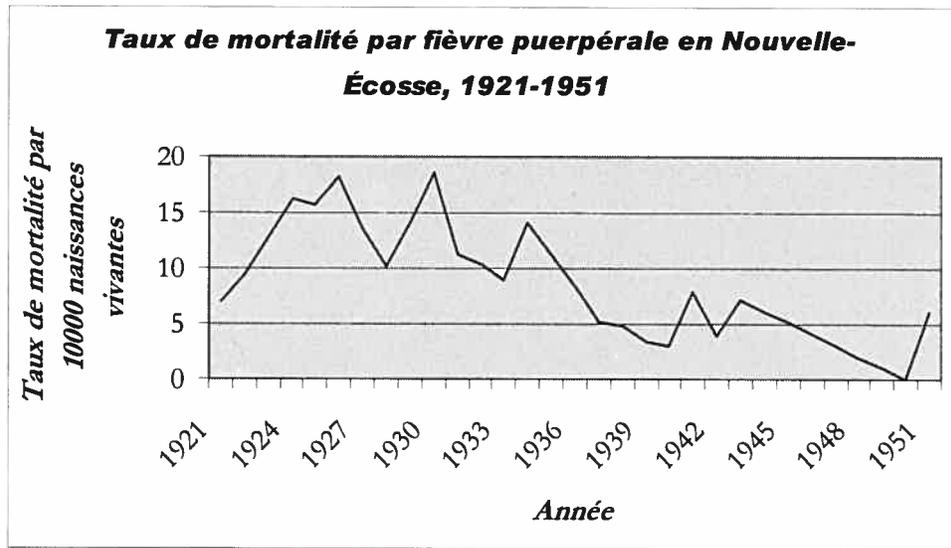
Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1901-1923* (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1901-1923 ; Service provincial d'hygiène, *Rapport du service provincial d'hygiène de la province de Québec, 1924-1935*, Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1924-1935.

Figure 10.8. Taux de mortalité par fièvre puerpérale à l'Île du Prince-Édouard, 1921-1951



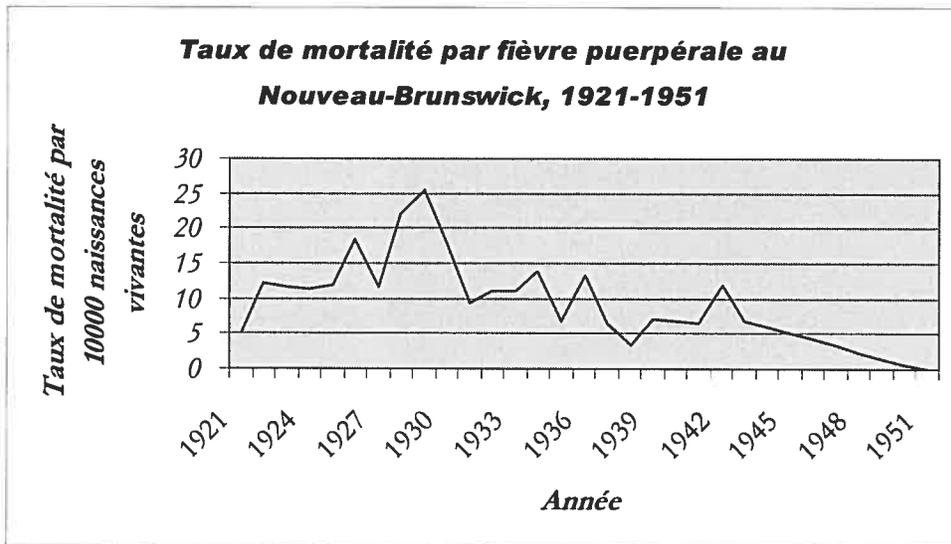
Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Figure 10.9. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Nouvelle-Écosse, 1921-1951



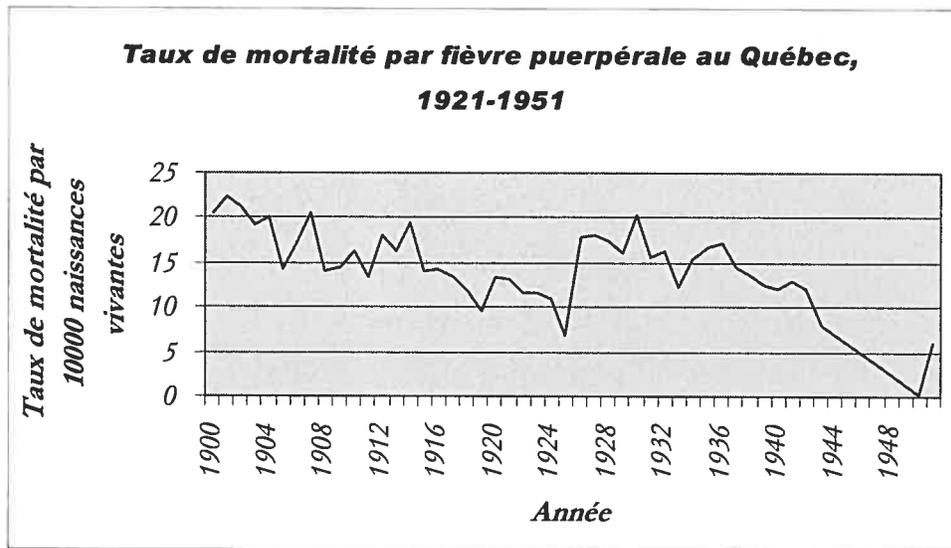
Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Figure 10.10. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Nouveau-Brunswick, 1921-1951



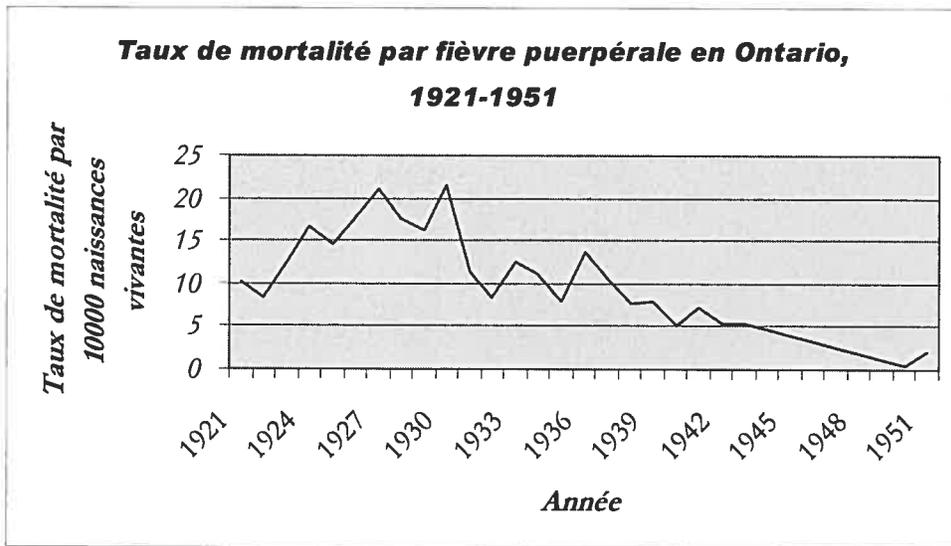
Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Figure 10.11. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Québec, 1921-1951



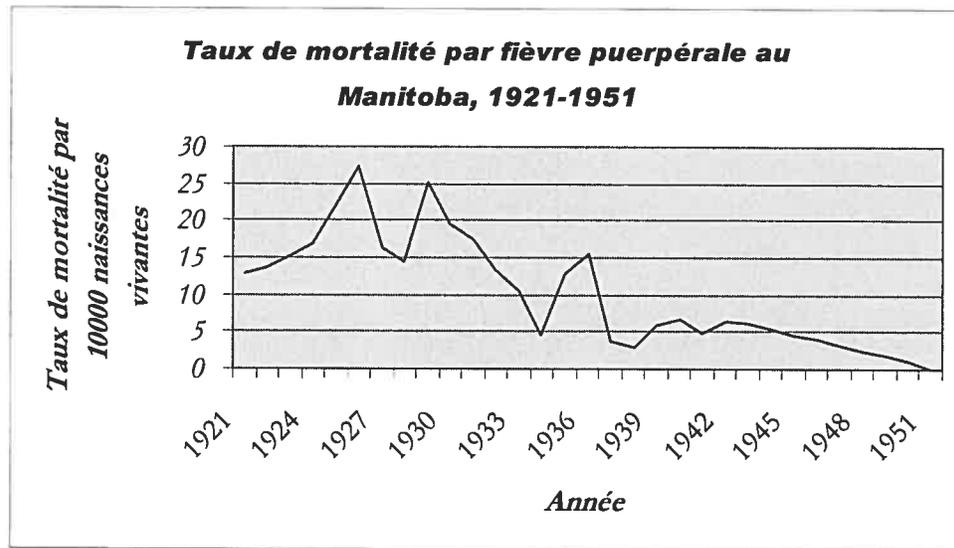
Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Figure 10.12. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Ontario, 1921-1951



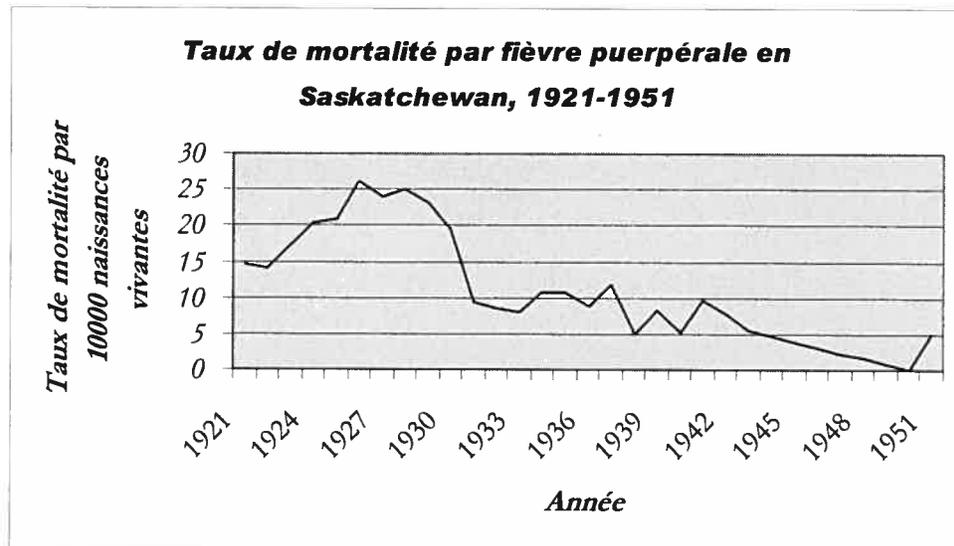
Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Figure 10.13. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Manitoba, 1921-1951



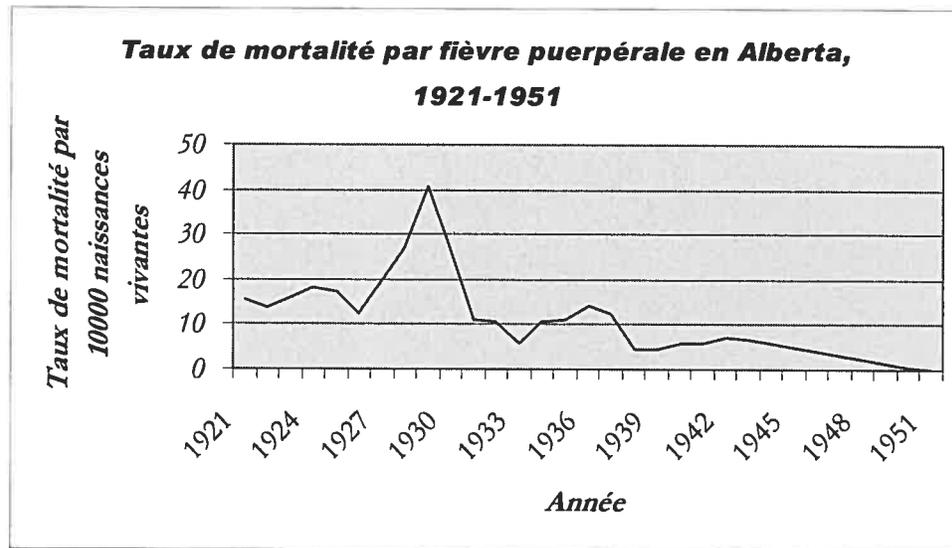
Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Figure 10.14. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Saskatchewan, 1921-1951



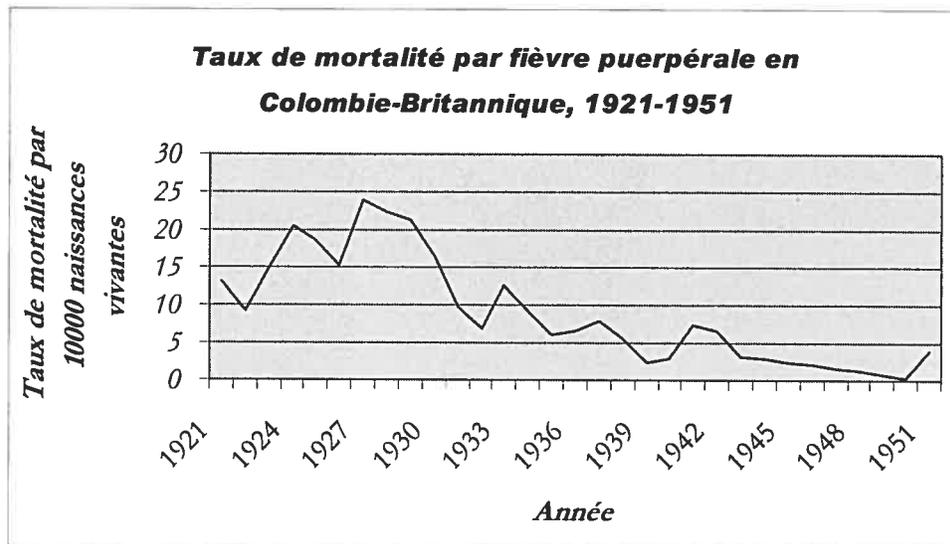
Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Figure 10.15. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Alberta, 1921-1951



Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Figure 10.16. Taux de mortalité par fièvre puerpérale en Colombie-Britannique, 1921-1951



Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924-1954.

Les registres de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle permettent également de mesurer l'impact de l'antisepsie sur le taux d'incidence des infections puerpérales. Les entrées des cahiers rendent compte d'une baisse nette de la morbidité de l'affection à partir du moment où des mesures antiseptiques furent adoptées. Comme

l'indiquent le Tableau 10.2, tandis qu'en 1891 le taux de morbidité de la fièvre puerpérale fut de 56,25 %, l'antisepsie, seulement trois ans plus tard, avait abaissé ce ratio à moins de 15 %. La baisse graduelle des taux d'incidence de la maladie témoigne d'une sensibilisation et d'une rigueur croissantes chez les médecins envers la prophylaxie de l'affection. Il est intéressant de noter que le taux de fatalité est inversement proportionnel au taux d'incidence de la maladie. Ce phénomène ne peut être attribué qu'à une virulence accrue du streptocoque et/ou des staphylocoques durant la période observée.

Tableau 10.2. Taux de morbidité et de fatalité de la fièvre puerpérale à l'Hôpital Notre-Dame, 1891-1894

<i>Année</i>	<i>Taux de morbidité de la fièvre puerpérale (%)</i>	<i>Taux de fatalité de la fièvre puerpérale (%)</i>
1891	56,25	0,00
1892	55,88	10,53
1893	37,50	11,11
1894	14,81	50,00

Source : Archives de l'Hôpital Notre-Dame, Registres 1891-1895.

### 3. La présence de la fièvre puerpérale dans les hôpitaux canadiens

L'asepsie et l'antisepsie minimisent le taux de morbidité de la fièvre puerpérale, mais jamais, malgré l'attention des praticiens de l'accouchement, ces pratiques ne parviennent à éliminer la maladie. Il est inévitable, du moment où les hôpitaux canadiens reçoivent un nombre important de parturientes au XX<sup>e</sup> siècle, que certaines d'entre elles contractent une infection puerpérale. Toutefois, la gestion hospitalière des accouchements au Canada parvient à empêcher des développements épidémiques de la maladie et à maintenir le taux d'incidence de l'affection à un niveau raisonnable, c'est-à-dire irréductible en pratique, jusqu'à l'arrivée des antibiotiques.

Le taux de morbidité de la fièvre puerpérale au Canada se situait aux alentours de 20 % en milieu hospitalier et de 3 % à domicile durant les premières décennies du transfert hospitalier de l'accouchement. La maternité de l'Hôpital Général de Montréal, par exemple, en prenant une température de 100,6°F comme le seuil de la morbidité, établit, dans ses registres en 1911 et 1912, que 15,8 % des patientes de l'institution avaient développé une fièvre à la suite des couches. En 1914, cet indice atteignit 21,8 % et gravita

autour des 20 % jusqu'au milieu des années 1930. Comme l'hôpital expose nécessairement davantage les parturientes à différents micro-organismes, le taux de morbidité au sein des institutions demeura, jusqu'à l'arrivée des antibiotiques, nettement supérieur à celui observé au niveau de la pratique externe. Par comparaison, en 1916, le taux de morbidité des accouchements à domicile était seulement de 3,6 %<sup>79</sup>. Il ne faut cependant pas voir un lien trop étroit entre les taux de morbidité et les taux de mortalité de la maladie. Toutes les fièvres puerpérales n'étaient pas mortelles. Comme l'indique en 1930 James Goodall, de l'Université McGill, plusieurs d'entre elles sont de nature physiologiques plutôt qu'infectieuses et ne menacent, pour ainsi dire, que le confort de la parturiente<sup>80</sup>. De surcroît, rien dans ces indices n'indique des tendances épidémiques de la maladie.

Jusqu'à l'arrivée des sulfamides et ensuite des antibiotiques, on sait que la fièvre puerpérale constituait l'une des trois plus importantes causes de mortalité maternelle au Canada. Outre l'infection puerpérale, les toxicémies et les hémorragies se partageaient presque 50 % des mortalités<sup>81</sup>. En 1911, 13 décès, représentant 37 % des décès enregistrés à la maternité de l'Hôpital Général de Montréal (*Montreal Maternity Hospital*), furent causés par la fièvre puerpérale. Parmi les 13 victimes cependant, 7 avaient été admises à l'hôpital justement en raison de l'infection; dans un des cas, l'infection puerpérale résultait d'une infection à la gorge de la patiente; dans deux autres cas, la maladie avait été contractée à la suite d'interventions chirurgicales majeures – une césarienne et une pubiotomie. Trois cas seulement étaient donc imputables à l'hôpital lui-même, soit 8,54 %<sup>82</sup>. En 1924, le *Toronto's Burnside Lying-In Hospital* enregistra 7 décès dus à la fièvre puerpérale; en 1936, la maladie causa également 7 victimes au *Winnipeg General Hospital*<sup>83</sup>. À l'hôpital Notre-Dame, à Montréal, l'infection puerpérale prit 7 vies en 1940, 7 en 1941, 4 en 1942, puis 3 en 1944<sup>84</sup>.

---

<sup>79</sup> Mitchinson, *op. cit.*, p. 266.

<sup>80</sup> *Nova Scotia Medical Bulletin*, 9 (1930), p. 302-303, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 267.

<sup>81</sup> Mitchinson, *op. cit.*, p. 267.

<sup>82</sup> *Canadian Medical Association Journal*, 1 (February 1911), p. 125-6, 129, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 277.

<sup>83</sup> *Ibid.*, p. 278.

<sup>84</sup> Archives de l'Hôpital Notre-Dame, CHUM, *Registre des décès*, 1940-1964.

#### 4. Les antibiotiques et l'éradication de la maladie

Comme ailleurs en Occident, les antibiotiques mirent fin à l'histoire de la fièvre puerpérale au Canada. En 1944, le directeur de la Division de l'hygiène maternelle et infantile, à Ottawa, annonce qu'entre 1939 et 1942, le pourcentage des mortalités maternelles causées par la maladie avait chuté de 19 %, c'est-à-dire que la fièvre puerpérale, quand les sulfamides furent disponibles au pays, n'était plus responsable que de 1 à 4 % des mortalités maternelles selon les régions<sup>85</sup>. Des infections aux staphylocoques, micro-organismes contre lesquels les sulfa ne pouvaient rien, furent responsables de la plupart de ces mortalités. Quand, en 1945, la pénicilline fut accessible au Canada, le taux de mortalité de la fièvre puerpérale fut abaissé à un taux négligeable. Les taux de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM, de 1940 à 1946, illustrent l'impact des antibiotiques sur le taux d'incidence et de mortalité de la maladie. Entre 1940 et 1942, le pourcentage de la mortalité maternelle due à l'infection puerpérale passe de 38,9 % à 22,2 % dans l'institution, sous l'impact des sulfamides<sup>86</sup>. Notons qu'en 1942, 75 % des infections mortelles sont causées par des staphylocoques. Finalement, dès 1945, le taux de mortalité maternelle causée par la fièvre puerpérale passe à zéro grâce à la pénicilline.

Tableau 10.3. Pourcentage de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale à l'Hôpital Notre-Dame, 1940-1946

<i>Date</i>	<i>Pourcentage de mortalité maternelle due à la fièvre puerpérale</i>
1940	38,9
1941	29,2
1942	22,2
1943	Données non disponibles
1944	27,0*
1945	0,0
1946	0,0

\* Une de ces infections est conséquent à une section césarienne

Source : Archives de l'Hôpital Notre-Dame, CHUM, Registre des décès, 1940-1960.

\*

<sup>85</sup> *Nova Scotia Medical Bulletin*, 23 (January 1944), p. 268, dans Mitchinson, *op. cit.*, p. 267.

<sup>86</sup> Archives de l'Hôpital Notre-Dame, CHUM, *Registre des décès*, 1940-1960.

La médicalisation massive de l'accouchement au Canada coïncide avec le transfert hospitalier de la maternité. Cette délocalisation du lieu de la naissance fut motivée par plusieurs facteurs. Premièrement, l'hospitalisation d'un plus grand nombre de femmes augurait la possibilité pour le corps médical d'offrir aux étudiants en médecine une meilleure formation pratique en obstétrique, une formation qui, pour bien des raisons, fut plus que bienvenue. Deuxièmement, la centralisation institutionnelle des ressources hospitalières offrait aux médecins et aux femmes un support plus considérable que celui que l'on pouvait retrouver lors des accouchements à domicile. L'hôpital renfermait, outre un équipement de plus en plus sophistiqué, tout un réseau de professionnels de la médecine et d'experts en obstétrique – réseau qui, chez la femme, se soldait en un sentiment de sécurité, et chez le médecin, en assurance et en autorité. Cependant, depuis l'essor de l'hôpital moderne, le transfert hospitalier de la maternité ne pouvait se légitimer que par une approche pathologique de la grossesse et de l'accouchement, et cette appréhension devait, en plus de gagner l'opinion de la majorité des médecins, rejoindre les masses. La médiatisation d'une conception médicale et pathologique de la maternité, autant dans les milieux scientifiques que populaires, ne fut qu'une part des moyens nécessaires à la médicalisation massive de l'accouchement au Canada. En outre, le transfert hospitalier de la naissance requit de fortes subventions gouvernementales ainsi que la mise en place d'un solide réseau d'assurances-santé et d'assurances-hospitalisation privées. Ainsi, au cours des premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, l'hôpital devint de plus en plus abordable aux Canadiennes. En 1960, plus de 90 % des Canadiennes donnaient naissance à leurs enfants dans les salles d'accouchement des hôpitaux.

La médicalisation massive de l'accouchement au Canada s'effectua postérieurement à l'essor de la microbiologie et à l'adoption généralisée de l'asepsie et de l'antisepsie en Occident. Par conséquent, dès les premières étapes du transfert hospitalier de la naissance au pays, une prophylaxie rigoureuse à l'endroit de la fièvre puerpérale fut observée à l'intérieur des institutions obstétricales, lesquelles étaient dirigées par des spécialistes de la maternité – ce qui limita beaucoup les dommages causés par la maladie. Jamais les hôpitaux canadiens ne connurent d'épidémies de fièvre puerpérale. Au sein des pratiques privées, l'adoption des mesures antiseptiques fut certes plus lente, d'autant plus que l'on s'obstinait à ne pas former les sages-femmes. Mais là encore, aucune source ne

témoigne du développement de fièvres puerpérales épidémiques dans les régions rurales du Canada, comme cela fut le cas en Europe et aux États-Unis. La maladie fut néanmoins présente, à un niveau endémique irréductible en pratique, jusqu'à ce que les antibiotiques, finalement, l'éradiquent. En permettant dès son institution une gestion responsable des risques infectieux de l'accouchement, le retard de la médicalisation de la naissance au Canada fut donc, encore au XX<sup>e</sup> siècle, et jusqu'à l'éradication de la maladie, un remède local et involontaire au drame iatrogénique que furent les grandes épidémies de fièvre puerpérale en Occident.

## *C o n c l u s i o n*

La fièvre puerpérale connut deux appréhensions distinctes : l'une réelle, vécue par les victimes physiques et/ou émotionnelles de l'affection, et l'autre, davantage conceptuelle, qui fit l'objet de l'attention médicale. Si les infections du *post-partum* sont immémoriales, la conception « médicale » de la fièvre puerpérale est issue de l'émergence de l'obstétrique moderne par l'entremise de deux facteurs concurrents qui constituèrent un premier volet de la médicalisation de l'accouchement : premièrement, le développement de l'intérêt du corps médical à l'égard de la maternité ; deuxièmement, la création d'un espace destiné à l'étude de la parturition, paradoxalement hautement favorable au développement des infections puerpérales. Ironiquement, cette appréhension médicale se justifiait en partie par la présence d'un fléau qui, en fait, était iatrogénique : les développements épidémiques de la maladie en milieu institutionnel comme dans la pratique privée des médecins. Cet argument se vérifie par la mise en contexte historique de plusieurs faits concurrents. D'une part, la reconnaissance de la maladie par la médecine occidentale coïncide avec la création d'institutions vouées à l'étude de la pathologie et à l'enseignement de l'accouchement. D'autre part, les premières manifestations épidémiques de fièvre puerpérale sont issues de l'institutionnalisation de la naissance. Qu'un fait en précède un autre n'implique naturellement pas qu'un lien causal existe entre le premier et le second. Cependant, les connaissances actuelles des modes de propagation de la maladie nous permettent d'inférer que ces épidémies puerpérales furent causées par la fermeture du circuit de l'accouchement consécutive à l'institutionnalisation de la naissance. L'absence, en Nouvelle-France, d'une reconnaissance médicale de l'affection puerpérale et de ses développements épidémiques, alors que l'accouchement n'y est pas encore institutionnalisé, permet de confirmer le lien causal unissant les deux phénomènes historiques observés.

Dans la mesure où les manifestations de la fièvre puerpérale évoluent, la plupart du temps, au sein même de la discipline obstétricale, on peut s'attendre à ce qu'elles soient conditionnées par l'état des connaissances et par la dogmatique qu'imposaient les méthodes et les intérêts avoués du corps médical. Ainsi, les cadres d'analyse anatomo-pathologiques en vigueur depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle n'admettraient pas la contagion indirecte par le praticien de l'accouchement tant que la microbiologie ne donnerait pas aux vecteurs de transmission de la maladie une intelligibilité vérifiable, ni tant que l'antiseptie n'armerait pas efficacement le corps médical contre la propagation de l'affection : deux conditions qui permettraient au corps médical de conserver sa crédibilité devant les dommages consécutifs à la médicalisation de la naissance. Les travaux de Gordon, de Holmes et de Semmelweis, en appuyant leurs théories – autrement invérifiables – sur des observations strictement épidémiologiques, furent rejetés ; or, pendant plus d'un siècle – soit de 1750 à 1880 environ – la fièvre puerpérale tua des centaines de milliers de femmes en Occident sous l'influence de la médicalisation. À la même époque, l'organisation médicale précaire du Canada, en freinant la fermeture du circuit de l'accouchement, annulait le potentiel de développement épidémique de la fièvre puerpérale.

La gestion responsable, par le corps médical, des risques infectieux de l'accouchement implique nécessairement son adhésion aux théories étiologiques ainsi qu'aux mesures prophylactiques proposées par la microbiologie. C'est seulement à partir de ce moment, qui se situe à la fin des années 1880, que l'incidence des fièvres puerpérales est rabaisé en milieu médicalisé – à l'intérieur des institutions médicales ou au sein des pratiques domiciliaires des membres du corps médical – à un niveau sporadique similaire à celui rencontré hors de l'influence médicale. La découverte des antibiotiques au tournant des années 1940 vint finalement réduire la mortalité maternelle causée par la fièvre puerpérale à un taux moindre de ce qu'elle fut vraisemblablement avant la mise en œuvre des premières étapes de la médicalisation de la naissance. Au Canada, la médicalisation massive de l'accouchement, qui date de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, et qui devient intégrale au XX<sup>e</sup> siècle à la suite du transfert hospitalier de la naissance, fut postérieure à l'essor de la microbiologie et à l'adoption de l'asepsie obstétricale. Par conséquent, la maladie, bien que présente sporadiquement au sein des hôpitaux et de la pratique domiciliaire des membres du corps médical, ne connut jamais de développements épidémiques

semblables à ceux qu'avait subis le reste de l'Occident. En cela, on peut affirmer que le décalage historique de la médicalisation de la naissance au Canada – décalage pouvant s'observer autant en milieu domiciliaire qu'en milieu hospitalier – fut responsable d'une mortalité maternelle moins importante ici qu'ailleurs en Occident, mais aussi que le discours de la médicalisation au Canada, par l'entremise de ce décalage involontaire, s'accordait d'autant plus avec l'efficacité qu'il promettait aux femmes.

Une observation ressort de ces faits. Les dommages causés par la fièvre puerpérale à l'intérieur des sphères d'influence de la médicalisation de la naissance en Occident furent toujours utilisés par le corps médical pour justifier, devant l'ignorance médicale de la clientèle des services médicaux, l'action de la médecine au sein de l'accouchement. En effet, avant l'essor de la microbiologie, le corps médical admettait difficilement – bien que plusieurs l'avaient découvert – que les ravages causés par la maladie étaient le résultat, non pas de la proximité des femmes au sein des maternités soumises à des influences épidémiques diverses, mais bien de leur exposition à un nombre limité, malgré tout, de médecins et d'apprentis-médecins. Dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que le taux d'incidence de l'affection au sein de la pratique des sages-femmes était presque nul, le discours médical faisait néanmoins de l'« ignorance » des sages-femmes ou de tout autre aide à l'accouchement étrangère aux sphères médicales, la cause principale de la mortalité qu'on n'observait, qu'on ne pouvait en effet observer et reconnaître, qu'à l'intérieur de la pratique des médecins. Ainsi, la fièvre puerpérale, plutôt que d'incriminer la médicalisation de l'accouchement, offrait au corps médical un alibi à l'action de la médecine; de même, cette affection, pourtant si rare à l'extérieur de la pratique médicale, conférait au médecin l'aura du spécialiste et la crédibilité de l'expert, même si longtemps encore, en matière de fièvres surtout, il serait tout sauf cela. La médicalisation de la naissance s'insérait dans les préoccupations populationnistes du siècle des Lumières. En théorie, puis au niveau des discours, certes. Mais devant des résultats aussi désastreux étalés sur plus d'un siècle, nous pouvons relever l'existence de deux autres facteurs qui la sous-tendent : d'une part, une curiosité intellectuelle, une soif inaltérable de savoir qui sombrait parfois dans la vanité; d'autre part, la quête de pouvoir qu'on peut voir au cœur de l'initiative médicale. En obstétrique, le savoir et l'efficacité dont on se congratula en grandes pompes eurent un prix fort élevé.

Dans cette optique, et devant l'absence de grandes épidémies de fièvre puerpérale au Canada, il peut être tentant d'attribuer la sauvegarde des Canadiennes à une initiative particulière des membres du corps médical canadien. Cependant, au terme de cette recherche, ce mérite semble être plutôt le résultat de circonstances heureuses dans lesquelles les ressources et l'organisation du corps médical ne permirent pas une médicalisation massive de la maternité avant que le savoir médical n'ait pu couronner une gestion responsable des risques infectieux des couches. La gestion médicale des fléaux iatrogéniques en Occident constitue d'ailleurs un domaine relativement inexploré de l'historiographie des sciences. Il serait intéressant de donner à la curiosité intellectuelle des différents corps scientifiques de l'Occident une position centrale dans des problématiques relevant de l'histoire de la médecine, et de voir jusqu'à quel point la quête d'une vérité supérieure au sein des corps scientifiques commandait les mouvements d'ensemble des développements de la science.

La fièvre puerpérale fut-elle vécue différemment au Canada? Nous sommes tentés de répondre par oui et par non. Par non, parce que le nombre des victimes de l'affection fut minimisé par le concours des circonstances; et par oui, car ces victimes, malgré tout, furent nombreuses, et que leurs souffrances et l'aspect tragique de leur décès furent les mêmes que partout ailleurs dans le monde. Par oui, également, parce que la nature du discours médical canadien au sujet de la médicalisation, et plus spécifiquement de la fièvre puerpérale, s'insère parfaitement – sinon avec un certain décalage historique – dans les grands mouvements du discours occidental.

De par ses généralisations essentielles, cette interprétation impose cependant l'énoncé d'une nuance primordiale. En faisant ressortir les facteurs humains inhérents à la médicalisation de la naissance en Occident, l'approche de cette recherche transcende l'individuel pour atteindre le collectif. La plupart des médecins n'étaient sans doute pas pleinement conscients du caractère iatrogénique de la fièvre puerpérale et de ses épidémies durant la période concernée par cette étude; de même, il fut sans doute exceptionnel que certains d'entre eux adoptent sciemment l'attitude attribuée par cette recherche à l'ensemble du corps médical. Certes, les résultats statistiques dénoncèrent l'institutionnalisation de la naissance dès son inauguration, mais on voulut trouver une

explication à la forte mortalité maternelle qui épargnerait le praticien, si bien que l'on finit par se convaincre de son innocence, voire même de son efficacité. Gordon, Holmes et Semmelweis eurent de nombreux adeptes. Seulement, nombreux, ceux-ci le furent trop peu pour renverser la balance. Que quelques praticiens, exaspérés par la mortalité maternelle des maternités pour lesquelles ils travaillaient, tentèrent de convaincre les femmes en route vers l'hôpital « de ne pas s'y rendre, à moins de vouloir y mourir<sup>1</sup> » n'empêcha pas pour autant les maternités de continuer de recevoir les femmes enceintes, ni même celles-ci de s'y rendre. Car il ne s'agit pas de porter un jugement de valeur. Il serait d'ailleurs aussi hasardeux de faire du médecin un être dépourvu d'intérêt envers la santé de ses patientes, à l'avantage de son influence et des progrès de la science, que de caractériser le soldat d'assassin de la victoire. Victoire il y eut, en effet, et la médicalisation de la naissance s'est aujourd'hui depuis longtemps justifiée. Mais les guerres sont meurtrières en même temps que chacun des soldats est convaincu d'agir pour le bien. Ce qu'on oublie volontiers, c'est qu'à la guerre, les hommes sont autant au service de la science et de la technologie que l'inverse. De même, les femmes, dans un combat centenaire pour la conquête des mystères de la procréation, furent jusqu'au milieu du siècle dernier autant au service de l'obstétrique, que l'obstétrique au service des femmes. Ce qui fera écrire à Jacques-François-Édouard Hervieux en 1880 :

*« Les épidémies puerpérales sont à la femme ce que la guerre est à l'homme. Comme la guerre, elles moissonnent la partie la plus saine, la plus vaillante, la plus utile de la population ; comme la guerre, elles frappent les sujets dans la fleur de l'âge... »*

*Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, Paris, 1880.*

---

<sup>1</sup> Charles James Cullingworth, « Biographical Note on Étienne Stéphane Tarnier », *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 40 (1898), p. 78-89, n. trad.

## Bibliographie

### A. SOURCES

#### 1. Fonds d'archives

##### a) Archives nationales du Canada

Canada. Ottawa. Archives des colonies. Série MG1, G<sup>1</sup>: Recensements de 1685 à 1750. Vol. 460.

Canada. Ottawa. Archives des colonies. Série MG1-C11A : Correspondance générale. Canada. Vols. 34, 93, 101.

Canada. Ottawa. Archives des colonies. Série MG1-E: Dossiers personnels. Vols. 28, 138, 175.

Canada. Ottawa. Archives des colonies. Série MG8-A1: Nouvelle-France. Correspondance officielle. Vol. 8.

Canada. Ottawa. Archives des colonies. Série MG11, CO323: Administration britannique. Vol. 16.

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Arthur F. McLaren fonds*. [MG55/30 – No. 155]

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Canadian Medical Association fonds*. [R3676-0-6-E]

Canada. Ottawa. « Rapports annuels, 1882, xliii, xlv », Archives nationales du Canada. *Direction de la quarantaine et de la santé publique*. [R194-74-9-F]

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Documents constitutionnels 1759-1791*. « Rapport du Comité concernant la population, l'agriculture et la colonisation », part. n° 18, p. 918.

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Fonds du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social*. [R227-0-6-F] Vol. 415-416.

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Harmaunus Smith fonds*. [R4020-0-7-E]

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Hugh Ernest Macdermot fonds*. [R1664-0-3-E]

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Inuit Women's Association of Canada fonds*. [R7295-0-9-E]

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *James Henry McGarry fonds*. [R1696-0-2-E]

Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *John Hutchison fonds*. [R4171-0-4-E]

- Canada. Ottawa. « Looking Back: Lydia (Buckholtz) Rattai, Journal of a Local Midwife », Archives nationales du Canada. *Joseph Vincent Jacobson and Family fonds*. [MG31-D153]
- Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. RG15, *Ministère de l'intérieur*, Série D-II-1. Vol. 967.
- Canada. Ottawa. « Letter from Oronhyatekha », Archives nationales du Canada. *Sir Henry Wentworth Acland fonds*. [MG40-Q40]
- Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital fonds*. [R3723-0-2-E]
- Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *Upper Canada Medical Board fonds*. [R6978-0-8-E]
- Canada. Ottawa. « Correspondence », Archives nationales du Canada. *Victorian Order of Nurses for Canada fonds*. [MG28-I171]
- Canada. Ottawa. Archives nationales du Canada. *William Alexander Graham fonds*. [R2290-0-2-E]

*b) Archives hospitalières*

- Canada. Montréal. Archives de l'Hôpital Notre-Dame. « *Registre des décès 1890 - 1950* ».

**2. Sources imprimées**

*a) Articles ou chapitres traitant du sujet*

- Ackernecht, E. H. « Anticontagionism between 1821 and 1867 ». *Bulletin of the History of Medicine*, 22 (1948), p. 562-593.
- Arneth, F. H. « Evidence of Puerperal Fever Depending upon the Contagious Inoculation of Morbid Matter ». *Monthly Journal of Medical Sciences*, 12 (1851), p. 505-511.
- Bacon, C. S. « The Mortality from Puerperal Infection in Chicago ». *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 8 (1896), p. 429-446.
- Barbour, A. H. Freeland. « Pathology of the Post-Partum Uterus ». *Edinburgh Medical Journal*, 31 (1885), p. 434-444.
- Barnes, R. « Lectures on Puerperal Fever ». *Lancet* (1865), i, p. 141-142, 169-170, 279-280, 307-308, 443-444, 527-528; (1865) ii, p. 531-532, 613-615.
- Bennett, E. « On the Identity of Erysipelas and a Certain Form of Puerperal Fever, and its Contagiousness ». *American Journal of the Medical Sciences*, 19 (1850), p. 376-383.
- Bernady, E. P. « Observations on Private Practice in the Past Decade ». *Proceedings of the Philadelphia County Medical Society*, 13 (1892), p. 110-117.

- Blackmore, E. « Observations on Puerperal Fever ». *Provincial Medical Journal*, 9 (1845), p. 173-178, 210-213, 228-230, 242-245, 321-324, 338-341, 353-355, 369-371, 387-390, 399-401, 638-639.
- Boxall, R. « Fever in Childbed ». *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 40 (1890), p. 219-243, 264-270, 275-303.
- Idem.* « The Mortality of Childbirth ». *Lancet* (1893), ii, p.9-15.
- Clarke, Joseph. « Observations on the Puerperal Fever etc. ». *Edinburgh Medical Commentaries*, 15 (1790), dans Fleetwood Churchill, ed. *Essays on the Puerperal Fever and Other Diseases Peculiar to Women*. London, The New Sydenham Society, 1849.
- Colebrook, Leonard. « Gerhard Domagk ». *Biographical Memoirs of Fellows of the Royal Society*, 10 (1964), p. 38-44.
- Idem.* « The Prevention of Puerperal Sepsis ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, 43 (1936), p. 691-714.
- Idem.* « The Story of Puerperal Fever—1800-1950 ». *British Medical Journal*, (1956), i, p. 247-252.
- Colebrook, Leonard and Meave Kenny. « Treatment of Human Puerperal Infections, and of Experimental Infections in Mice, with Prontosil ». *Lancet* (1936), i, p. 1279-1286.
- Colebrook, Leonard and Meave Kenny. « Treatment with Prontosil of Puerperal Infections Due to Haemolytic Streptococci ». *Lancet* (1936), ii, p. 1319-1322.
- Communications. « Septicimé puérpérale ». *Bulletin de L'Académie de Médecine*, 2<sup>e</sup> série, tome viii, (1879), p. 238-260, 267-274, 312-326, 481-494, 505-508.
- Cullingworth, Charles James. « On the Undiminished Mortality from Puerperal Fever in England and Wales ». *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 40 (1898), p. 91-114.
- Dawson, P. M. « Semmelweis, an Interpretation ». *Annals of Medical History*, 6 (1924), p. 258-279.
- Denman, Thomas. « An Essay on the Puerperal Fever ». London, 1773 [1768], dans Fleetwood Churchill, *Essays on the Puerperal Fever and Other Diseases Peculiar to Women*. London, 1849. p. 43-60.
- Duka, Theodore. « Childbed Fever; its Causes and Prevention: A Life's History ». *Lancet* (1886), ii, p. 206-208, 246-248.
- Duncan, J. Matthews. « Puerperal Fever in Hospitals and Private Practice ». *Lancet* (1875), i, p. 765-766.
- Elkington, Francis. « Observations on the Contagiousness of Puerperal Fever ». *Provincial Medical Journal*, 7 (1844), p. 287-288.
- Ernst, Harold C. « The Etiology of Puerperal Fever » dans Barton Cooke Hirst, ed. *A System of Obstetrics by American Authors*. Edinburgh, 1889. 2 volumes. Vol. 2, p. 401-459.
- Fothergill, W. E. « Puerperal Pelvic Infection ». *British Medical Journal*, (1924), p. 773-774.

- Garrigues, H. J. « On Lying-In Institutions, Especially Those of New York ». *Transactions of the American Gynaecological Society*, 2 (1878), p. 593-649.
- Gordon, Alexander. « Account of an Alarming Case of Flooding which Happened in the Ninth Month of Pregnancy ». *Andrew Duncan's Medical Commentaries* (1794), vol. xviii, p. 317-322.
- Idem.* « A Curious Case of Expectoration of Bile ». *Andrew Duncan's Medical Commentaries* (1794), vol. xviii., p. 326-330.
- Idem.* « A Singular Case of Extra-Utero Conception Assuming the Appearance of Retroverted Uterus ». *Andrew Duncan's Medical Commentaries* (1794), vol. xviii, p. 323-325.
- Hall, C. and G. Dexter, « Account of the Erysipelatous Fever, as it appeared in the Northern Section of Vermont and New Hampshire, in the Years 1842-43 ». *American Journal of the Medical Sciences*, 7 (1844), p. 2-27.
- Hervieux, Jacques-François-Edouard. « Revue historique et critique des principales doctrines qui ont régné sur ce qu'on appelle la fièvre puerpérale ». *L'Union Médicale*, 2<sup>e</sup> série, 30 (1886), p. 66-71, 84-87, 97-106.
- Hervieux, Jacques-François-Edouard et Louis Pasteur. « Septicémie puerpérale ». *Bulletin de L'Académie de Médecine de Paris*, 2<sup>e</sup> série, tome viii (11 mars 1879), p. 238-260 et (6 mai 1879), p. 481-490.
- Hirst, B. C. « The Death Rate of Lying-In Hospitals in the United States ». *Medical News of Philadelphia*, 50, no. 10, (1887), p. 253-256.
- Huntley, Robert E. « The Etiology of Puerperal Fever ». *British Medical Journal*, (1875) i, p. 271.
- Jewett, C. « The Question of Puerperal Self-Infection ». *American Gynaecological and Obstetrical Journal*, 8 (1896), p. 417-429.
- Jewett, J. F., D. *et al.* « Childbed Fever—A Continuing Entity ». *Journal of the American Medical Association*, 206 (2), (1968), p. 344-350.
- Lee, Robert James. « The Goulstonian Lectures on Puerperal Fever ». *British Medical Journal*, (1875), i, p. 267-270, 304-306, 337-339, 371-373, 408-409, 440-442.
- Lusk, W. T. « The Genesis of an Epidemic of Puerperal Fever ». *American Journal of Obstetrics*, 8 (1875), p. 369-399.
- Meleney, F. L., *et al.* « Epidemiologic and Bacteriologic Investigations of the Sloane Hospital Epidemic of Hemolytic Streptococcus Puerperal Fever in 1927 ». *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 16 (August 1928), p. 180-194.
- Obstetrical Society of London. « On the Relation of Puerperal Fever to the Infective Diseases and Pyaemia ». *Transactions of the Obstetrical Society of London for the Year 1875*, 17 (1876), p. 90-165, 178-209, 217-272.
- Oxley, W. H. F. « Prevention of Puerperal Sepsis in General Practice ». *British Medical Journal*, (1934), I, p. 1017-1019.

- Parry, John. S. « Description of a Form of Puerperal Fever Which Occurred at the Philadelphia Hospital Characterised by Diphtheritic Deposits of Wounds of the genital Passages and by Other Peculiar Phenomena ». *American Journal of Medical Sciences*, 69 (1875), p. 46-76.
- Pasteur, Louis. « Septicémie puerpérale ». *Bulletin de L'Académie de Médecine*, 2<sup>e</sup> série, tome viii (1879), p. 238-260.
- Playfair, W. S. « Introduction to a Discussion on the Prevention of Puerperal Fever ». *British Medical Journal*, (1887), ii, p. 1034-1036.
- Priestly, W. O. « Notes on a Visit to Some of the Lying-In Hospitals in the North of Europe, and Particularly of the Advantages of the Antiseptic System in Obstetric Practice ». *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 27 (1885), p. 197-222.
- Richardson, W. L. « The Use of Antiseptics in Obstetric Practice ». *Boston Medical and Surgical Journal*, 116 (1887), p. 73-79.
- Roberton, John. « Is Puerperal Fever Infectious? ». *London Medical Gazette*, 9 (1831-32), p. 503-505.
- Routh, C. H. F. « On the Causes of the Endemic Puerperal Fever of Vienna ». *Medico-Chirurgical Transactions*, 14, 2<sup>nd</sup> series (1849), p. 27-39.
- Rowling, C. R. « The History of the Florence Nightingale Lying-In ward, King's College Hospital ». *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 10 (1869), p. 51-56.
- Sidey, C. « Cases of Puerperal Fever ». *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 51 (1839), p. 91-99.
- Simpson, J. Y. « Some Notes on the Analogy between Puerperal Fever and Surgical Fever ». *The London and Edinburgh Monthly Journal of Medical Sciences*, (November 1850), p. 414-429.
- Tonnellé, M. *Des fièvres puerpérales observées à la maternité de Paris pendant l'année 1829*, reporté dans *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 34 (1830), p. 328-349.
- Watson, B. P. « An Outbreak of Puerperal Sepsis in New York City ». *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 16 (August 1928), p. 157-179.
- West, T. « Observations on Some Diseases, Particularly Puerperal Fever, Which Occurred in Abingdon and its Vicinity in 1813 and 1814 ». *London Medical Repository*, 3 (1815), p. 103-105.
- Young, James. « Maternal Mortality from Puerperal Sepsis ». *British Medical Journal*, (1928), I, p. 967-971.

*b) Périodiques médicaux dépouillés*

- The British American Journal*. Archibald Hall, ed., vols. 1-3 (January 1860-December 1862).
- Canada Medical Journal and Monthly Record of Medical and Surgical Science*. G. E. Fenwick and Francis Wayland Campbell, eds., vols. 1-8 (July 1864-June 1872).

*The Medical Chronicle or, Montreal Monthly Journal of Medicine and Surgery.* William Wright and Duncan Campbell MacCallum, eds., vols 1-6 (June 1853-May 1859).

*The Quebec Medical Journal / Journal de médecine de Québec.* F. Xavier Tessier, ed., vols. 1-2 (January 1826-October 1827).

*L'Union médicale du Canada.* Vols 1-41 (janvier 1872-janvier 1913).

c) *Traité de fièvre puerpérale et d'obstétrique par les médecins d'époque*

### 1° Sources européennes

Adami, John George. *Charles White of Manchester (1728-1813), and the arrest of puerperal fever/ by George Adami. With which are reprinted Charles White's published writings upon puerperal fever.* Liverpool, Liverpool University Press, 1922.

Armstrong, John. *Facts and observations relative to the fever commonly called puerperal...* 2<sup>nd</sup> ed., London, Printed for Baldwin, Cradock, and Joy, 1819.

*Idem.* *Lectures on the elements of pathology, and on the theory and practice of physic: exhibiting the causes, symptoms, prognosis, diagnosis, and treatment of diseases, including typhus, scarlet, and puerperal fevers, and diseases of children/by the late John Armstrong.* Thornton G. Thompson, ed. London, Portwine, 1838.

*Idem.* *Practical illustrations of typhus and other fevers: of pulmonary consumption, measles, &c. &c. by John Armstrong; from the last London editions with notes by P. Washington Leland.* Boston, Bedlington, 1829.

Astruc, Jean. *A treatise on the diseases of women. Tr. From the French original; written by Dr. J. Astruc.* London, For J. Nourse, 1762-67. 3 volumes.

Babaut, Antoine-François. *Cours d'accouchemens.* Paris, 1775.

Boyveau-Laffeteur, Sieur Pierre. *Essai sur les maladies physiques et morales des femmes.* Paris, Chez l'auteur [1798?].

Butter, William. *An Account of the Puerperal Fevers as they Appear in Derbyshire and Some of the Counties Adjacent.* London, 1775.

Campbell, William. *A Treatise of the Epidemic Puerperal Fever as it Prevailed in Edinburgh in 1821-22.* Edinburgh, 1822.

Churchill, Fleetwood, ed. *Essays on the Puerperal Fever and Other Diseases Peculiar to Women, Selected from the Writings of British Authors previous to the Close of the Eighteenth Century.* London, The New Sydenham Society, 1849.

Clubbe, John. *A treatise upon the inflammation in the breasts, peculiar to lying-in women; and also upon some diseases attending them, which are the consequences of neglect or maltreatment.* Ipswich, Printed by Shave and Jadeson, sold by J. Shave and T. Longman, [1779].

- Coulson, William. *On the diseases of the hip-joint: with observations on affections of the joints in the puerperal state.* 2<sup>nd</sup> ed., with alteration and additions. London, Longman, Orme, Brown, Green, and Longmans, 1841.
- Cullen, William. *First lines of the practice of physic.* New Edition with appendix. 2 volumes. Edinburgh, Bell & Bradfute and A. Black, 1829.
- Idem.* *First Lines of the Practice of Physic.* Edinburgh, Elliot, 1787. 4 volumes.
- Idem.* *Institutions of Medicine.* Edinburgh, Elliot, 1785. 2 volumes.
- Idem.* *Lectures on the materia medica: as delivered by William Cullen...* Now published by permission of the author, and with many corrections from the collation of different manuscripts by the editors. London, Printed for T. Lovondes, 1773.
- Idem.* *Professor Cullen's treatise of the materia medica: with large additions, including many new articles wholly omitted in the original work.* By Benjamin Smith Barton... in two volumes. 2 volumes. Philadelphia, Edward Parker, William Brown, printer, 1812.
- Idem.* *Synopsis nosologiae methodicae, exhibens clariss, virorum sauvagesii, linnaei, vogelii, sagari, et macbridii, systemata nosologica/edidit suumque proprium systema nosologicum adjecit Gulielmus Cullen.* Edinburgh, G. Creech, 1785. 2 volumes.
- Idem.* *The Edinburgh practice of physic, surgery, and midwifery; preceded by an abstract of the theory of medicine and nosology of Dr. Cullen, and including upwards of six hundred authentic formulae, from the books of St. Bartholomew's...* New Edition. London, Kearsley, 1803. 5 volumes.
- Idem.* *The Works of William Cullen.* Edinburgh / London, William Blackwood: T.& G. Underwood, 1827. 2 volumes.
- Idem.* *Traité de matière médicale.* M. Bosquillon, ed. Paris, Théophile Barrois, 1790.
- Idem.* *Treatise of the materia medica: with large additions [...] wholly omitted in the original work.* Philadelphia, E. Parker, 1812. 2 volumes.
- Cullingworth, Charles James. *Puerperal Fever. A Preventable Disease.* London, 1888.
- Idem.* *Oliver Wendell Holmes and the contagiousness of puerperal fever.* London, H. J. Glaiser, 1906. 41p.
- Denman, Thomas. *An introduction to the practice of midwifery by Thomas Denman; with additional modern information on the various subjects treated of in the work, and a dissertation on the transfusion of blood by Charles Waller.* 7th Edition, with a biographical sketch of the author. London, E. Cox, 1832.
- Idem.* *An Introduction to the Practice of Midwifery.* 3rd American from the 6th London Edition, with a biographical sketch of the author/ with notes and emendations by John W. Francis. New York, G.C. & H Caevill, 1829.
- Idem.* *An Introduction to the Practice of Midwifery.* 6th Edition/ with a biographical sketch of the author. London, Printed for E. Cox, 1824.
- Idem.* *An Introduction to the Practice of Midwifery.* 4<sup>th</sup> ed. London, J. Johnson, 1805. 2 volumes.
- Idem.* *An Introduction to the Practice of Midwifery: in two volumes.* New York, James Oram, for William Falconer and Evert Duyekinck, 1802. 2 volumes.

- Idem.* *An Introduction to the Practice of Midwifery.* London, 1795. 2 volumes.
- Idem.* *Aphorisms on practical obstetrics embracing the application and use of the forceps and vectis: on prenatural labours, on labours attended with hemmorrhage, and with convulsions.* London, E. Cox, 1838.
- Idem.* *Aphorisms on the application and use of the forceps and vectis: On preternatural labours, on labours attended with henorrhage, and with convulsions.* 1<sup>st</sup> American Edition. Philadelphia, Benjamin Johnson, 1803.
- Idem.* *A series of engravings illustrating the practice of midwifery.* London, Printed for the author [1829?].
- Van Deventer, Hendrik. *Operationes chirurgicae.* Leyde, 1701.
- Doulcet. M. *A report, made by order of government, of a memoir, containing a new, easy, and successful method of treating the childbed or puerperal fever, made use of by the late M. Doulcet... Translated from the French. To which are added notes, containing a view of the nature and causes of this alarming and fatal disease / by John Whitehead.* London, Printed by Frys and Couchman, and sold by C. Dilly, 1783.
- Doléris, J. A. *La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs. Pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches.* Paris, 1880.
- Ferguson, Robert. *Essays on the most important diseases of women : Part 1. Puerperal Fever.* London, J. Murray, 1839.
- Fleetwood, Churchill, ed. *Essays on the puerperal fever and other diseases peculiar to women/ selected from the writings of British authors previous to the close of the eighteenth century.* London, Printed for the Sydenham Society, 1849.
- Geddes, George. *Puerperal Septicaemia: Its Causation, Symptoms, Prevention and Treatment.* Bristol, John Wright, 1926.
- Gooch, Robert. *Account of Some of the Most Important Diseases Peculiar to Women.* 2<sup>nd</sup> ed. London, 1838 [1831].
- Gordon, Alexander. *A Treatise on the Epidemic Puerperal Fever of Aberdeen.* London, G. G. & J. Robinson, 1795.
- Idem.* *Observations on the Efficacy of Cold Bathing in the Prevention and Cure of Diseases.* Aberdeen, J. Chalmers & Co., 1786.
- Hecquet, Philippe. *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes, 1707.* Préface d'Hélène Rouch. Paris, Coté-Femmes Éditions, 1990 [reprint].
- Hervieux, Jacques-François-Édouard. *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales.* Paris, 1880.
- Hey, William Jr. *A Treatise on the Puerperal Fever Illustrated by Cases which Occurred in Leeds and its Vicinity in the Years 1809-1812.* London, 1815.
- Hirsch, August. *Handbook of Geographical and Historical Pathology, 2<sup>nd</sup> ed. 1881, translated by Charles Creighton.* London, New Sydenham Society, 1883. 3 volumes.
- Holmes, Oliver Wendell. *Puerperal Fever as a Private Pestilence.* Boston, 1855.

- Hull, John. *An essay on phlegmatia dolens: including an account of the symptoms, causes and cure of peritonitis puerperalis & conjunctiva, &c. &c.* Manchester, R. & W. Dean, 1800.
- Hulme, Nathaniel. *A Treatise on the Puerperal Fever.* London, 1772.
- Hunter, John. *Œuvres complètes de John Hunter*, édition de James Palmer, trad. fr. G. Richelot, 4 vol., Paris, 1843.
- Hunter, William. *The Anatomy of the Human Gravid Uterus.* Birmingham, 1774.
- Hunter, William. *Hunter's lectures of anatomy.* N. Dowd, ed. Amsterdam / New York, Elsevier Pub. Co., 1972 [Facsimilé de notes de cours prises par Charles White à partir du 20 janvier 1752, à Manchester].
- Ingerslev, Enmerik. *La mortalité puerpérale des villes de province du Danemark et de Copenhague pendant les années 1867 à 83.* Copenhague, I. Cohen, 1884.
- Ingleby, John Thomas. *A practical treatise on uterine hemorrhage, in connexion with pregnancy and parturition by John T. Ingleby.* London, Longman, Rees, Ormes, Brown, Green, and Longmans, 1832.
- Kennedy, Evory. *Hospitalism and Zymotic Diseases as More Especially Illustrated by Puerperal Fever or Metria... Also a Reply to the Criticisms of Seventeen Physicians upon This Paper.* 2<sup>nd</sup> ed. London, 1869.
- Kirkland, Thomas. *An appendix, to an inquiry into the present state of medical surgery. By the late Thomas Kirkland, in which, the removal of obstruction and inflammation in particular instances; with the causes, nature, distinctions, and cure of ulcers, in considered: taken from his manuscripts, with a preface, introduction, notes, &c., by James Kirkland.* London, Underwood & Blacks', 1813.
- Idem.* *An inquiry into the present state of medical surgery: including the analogy between external and internal disorders; and the inseparability of these branches of the same profession.* London, Printed, sold by J. Dodsley and W. Dawson, 1783-86. 2 volumes.
- Idem.* *A Treatise on Child-Bed Fevers: and on the Methods of Preventing Them... To which are prefixed two dissertations.* London, Printed for R. Baldwin and W. Dawson, 1774.
- Lea, A. *Puerperal Infection.* London, Oxford Medical Publications, 1910.
- Leake, John. *A dissertation on the properties and efficacy of Lisbon diet-drink and its extract, in the cure of venereal diseases & scurvy, rheumatic gout, the scrophula, consumption and other disorders proceeding from an impure state of the blood, especially those of the skin and glands: with select cases, ... to which is now added a supplement... 8<sup>th</sup> ed. London, Printed for R. Baldwin... [179?].*
- Idem.* *A lecture introductory to the theory and practice of midwifery: including the history, nature and tendency of that science, with a view of its several branches, and a proper means of attaining a perfect knowledge of the whole: together with animadversions on the qualification and deportment of an accoucheur: Publicly delivered the 4th of October 1773. 3rd Edition, corrected with addition. With contribution by Arthur Denman.* London, Printed for R. Baldwin, 1776.

- Idem.* *A syllabus of lectures on the theory and practice of midwifery: including the pathology or general doctrine of the acute and chronical diseases incident to women and children.* London, 1776.
- Idem.* *A vindication of the forceps described and recommended by Dr. Leake: in which, the injudicious and illiberal remarks on that subject, signed Thomas Denman, are examined and refuted / by a late pupil of Dr. Leake's.* London, Printed for J. Hinton, 1774.
- Idem.* *Medical instructions towards the prevention, and cure of chronic or slow diseases peculiar to women...: for the use of those affected with such diseases, as well as the medical reader.* 3<sup>rd</sup> ed. London, Printed for R. Baldwin... , 1777.
- Idem.* *Practical Observations on the Childbed Fever.* London, 1772.
- Lee, Robert. *Researches on the pathology and treatment of some of the most important diseases of women.* London, S. Highley, 1833.
- Le Fort, Léon. *Des maternités.* Paris, 1866.
- Lockhart, F.A. *The treatment of puerperal infection, preventive and curative.* [s.l., 1897?].
- Lusk, W. T. *The Science and Art of Midwifery.* 3<sup>rd</sup> ed. London, H. K. Lewis, 1885.
- Mackintosh, John M. *A treatise on the disease termed puerperal fever; illustrated by numerous cases and dissections.* Edinburgh, Blackwood, 1822.
- Mauriceau, François. *Des maladies des femmes grosses et accouchées. Avec la bonne et véritable méthode de les bien aider en leurs accouchements naturels, & les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre nature, & aux indispositions des enfans nouveau-nés : ensemble une très exacte description de toutes les parties de la femme qui sont destinées à la génération, le tout accompagné de plusieurs belles figures en taille douce, nouvellement & for correctement gravées.* Paris, Cercle du livre précieux, 1964.
- Meisel, Henricus. *Febri puerperali: dissertatio in auguralis medica.../auctor Henricus Meisel.* Lipsiae, Typis G.W. Volelratii, 1849.
- Nightingale, Florence. *Introductory Notes on Lying-In Hospitals.* London, 1876.
- Perrier, Prc.-Marie-Edouard. *De l'hémorrhagie utérine pendant l'accouchement à terme.* Montpellier, Richard, 1841.
- Pinard, Adolphe. *Traitement de l'infection puerperale.* Paris, G. Steinheil, 1896.
- Playfair, W. S. *A Treatise on the Science and Art of Midwifery.* 5<sup>th</sup> ed. London, 1884. 2 volumes.
- Rigby, Edward. *An essay on the uterine haemorrhage, which precedes the delivery of the full-grown foetus/ by Edward Rigby.* 4<sup>th</sup> ed. London, Printed for J. Johnson, 1789.
- Idem.* *An essay on the uterine haemorrhage which precedes the delivery of the full-grown foetus; illustrated with cases, by Edward Rigby. 6th edition, with a memoir of his life, by John Cross.* London, Hunter, 1822.
- Rouget, Ant. D. *Mélanges de médecine et de chirurgie: où l'on trouve de nouveaux moyens pour guérir radicalement les maladies vénériennse... : avec une méthode nouvelle pour arrêter l'hémorrhagie utérine déterminée par l'inertie de l'utérus : ainsi que la gravure et la description d'un tourniquet récemment inventé/par M.A.D. Rouget.* Paris, Chez Allut, Mequignon aîné, l'Auteur, 1810.

- Semmelweis, Ignac Fülöp. *Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des kindbettfiebers, von Ignaz Philipp Semmelweis*. Reprinted from the 1861 ed., with a new introduction by Alan F. Gattmacher. New York, Johnson Reprinted Corp., 1966.
- Idem*. *The etiology, concept, and prophylaxis of childbed fever*. Translated, edited, with an introduction, by K. Codell Carter. Madison, Wis: University of Wisconsin Press, 1983.
- Sieffermann, M. G., éd. *Description de l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné en 1860-1861 à l'Hôpital Civil de Strasbourg: thèse à la Faculté de Médecine de Strasbourg*. Strasbourg, Typographie de G. Silbermann, Place St-Thomas, 3, 1862.
- Smellie, Williams. *A Set of anatomical tables, with explanations, and an abridgement, of the practice of midwifery: with a view to illustrate a treatise on that subject, and collection of cases*. London, 1754.
- Steele, A. B. *Maternity Hospitals, Their Mortality, and What Should be Done With Them*. London, 1874.
- Stewart, Duncan. *A treatise on uterine haemorrhage/by Duncan Stewart*. London, T. and G. Underwood, 1816.
- Strother, Edward. *Criticon Februm, or a Critical Essay on Fevers*. London, 1716.
- Tissot, Samuel Auguste David. *An essay on the disorders of people of fashion; and, A treatise on the diseases incident to literary and sedentary persons. Translated from the last French edition: with notes, by a physician*. Edinburgh, Printed by Alexander Donaldson and sold at his shop, 1772.
- Idem*. *Avis au peuple sur sa santé*. 12<sup>e</sup> edition. Lausanne, François Grasset, 1799. 2 volumes.
- Idem*. *Avis au peuple sus sa santé*. Paris, P.F. Didot le jeune, 1767.
- Idem*. *Avis au peuple sur sa santé, ou traité des maladies les plus fréquentes*. Paris, P.F. Didot le jeune, 1763.
- Idem*. *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine*. Lausanne, Grasset, 1789.
- Idem*. *Œuvres*. Lausanne, Grasset, 1783. 8 volumes.
- Varanda, Jean de. *Traité des maladies des femmes... Rev., augm..., &c. &c.*, Traduit par I.B. [Onamour]... Paris, Robert de Ninville, 1666.
- White, Charles. *A Catalogue of the materia medica, and of pharmaceutical preparations. The articles enumerated in this catalogue, together with those which shall be introduced into the practice of medicine, will be constantly for sale by Charles White*. Boston, Giles E. Weld, 1817.
- Idem*. *An account of the regular gradation in man, and in different animals and vegetables; and from the former to the latter...* London, C. Dilly, 1799.
- Idem*. *An inquiry into the nature and cause of that swelling in one or both of the lower extremities, which sometimes happens to him-in women. Together with an examination into the propriety of drawing the breasts, of those who do, and of those who do not give suck*. London / Warrington, Printed by W. Eyres for C. Dilly, 1784.

- Idem.* *A treatise on the management of pregnant and lying-in women. Introduction by Lawrence P. Longo.* Canton, MA, Science History Publications U.S.A., [Reprint: Original London: E. Dilly, 1773], 1987.
- Idem.* *A treatise on the management of pregnant and lying in women, and the means of curing, but more especially of preventing the principal disorders to which they are liable, together with some new directions concerning the delivery of the child and placenta in natural birth. Illustrated with cases. 1st Worcester Edition.* Worcester, Massachusetts, Isaiah Thomas, 1793.
- Idem.* *A Treatise on the Management of Pregnant and Lying-in Women, and An Appendix to the Second Edition of Mr C. White's Treatise on the Management of Pregnant and Lying-in Women.* London, 1777.
- Idem.* *A treatise on the management of pregnant and lying-in women... Together with some new directions concerning the delivery of the child and placenta.* London, Printed for E. and C. Dilly, 1773.
- Idem.* *Cases in surgery, with remarks. Part the first... To which is added, and essay on the ligature of arteries, by J. Aikin...* London, W. Johnston, 1770.
- Zimmermann, George-Jean. *Traité de l'expérience en général et en particulier dans l'art de guérir.* Montpellier, Picot, 1818.
- Zimmermann, Johann Goerg. *Vonder Erfahrung in der Arzneykunst: Traité de l'expérience en général et en particulier –dans l'art de guérir. Traduit de l'allemand par Lefebre. Nouvelle édition, rev. sur l'original, et augmentée des notes.* Montpellier, Sevalle, 1822. 3 volumes.

## 2° Sources américaines

- Burns, John. *Burns's obstetrical works/by John Burns. 3 volumes in 1.* New York, Published and sold by Collins and Perkins, 1809.
- Idem.* *The anatomy of the gravid uterus, with practical inferences relative to pregnancy and labour, by John Burns.* Glasgow, University Press, 1799.
- Drake, Daniel. *Systematic Treatise on the Principal Diseases of the Interior Valley of N. America.* 2<sup>nd</sup> ed. S. H. Smith and F. G. Smith, eds. Philadelphia, 1854.
- Garrigues, Henry Jacques. *Practice guide in antiseptic midwifery in hospitals and private practice.* Detroit, G.S. Davis, 1886.
- Hersey, Thomas. *The midwife's practical directory, or, Woman's confidential friend: Comprising extensive remarks on the various casualties, and forms of disease, preceding, attending, and following the period of gestation. With an appendix.* Philadelphia, Republished by L. D. Stone, 1861.
- Hey, William. *A treatise on the puerperal fever: Illustrated by cases which occurred in Leeds and its vicinity in the years 1809...1812.* Philadelphia, M. Carey & Son, 1817.
- Holmes, Oliver Wendell. *Medical Essays, 1842-1882.* 2<sup>nd</sup> ed. Boston, Houghton Mifflin, 1883.

*Idem.* « *On the Contagiousness of Puerperal Fever* ». *New England Quarterly Journal of Medicine*, I (1842-3), p. 503-530.

*Idem.* *Puerperal fever as a private pestilence*. Boston, Ticknow and Fields, 1855.

*Idem.* *The Contagiousness of puerperal*. Read before the Boston Society for Medical Improvement, and published at the request of Society. [Boston?], 1843. From the *New England quarterly journal of medicine and surgery*.

Hubard, James Thruston. *An inaugural dissertation on puerperal fever, submitted to the examination of the Rev. John Ewing, S.T.P. Provost, the trustees, and medical faculty, of the university of Pennsylvania, on the 22nd day of may, 1798. For the degree of Doctor of Medicine. By James Thruston Hubbard, of Virginia...* Philadelphia, John Ormrod, [1798].

Martin, Edouard Arnold. *Atlas of gynaecology and obstetrics*. Cincinnati, A. E. Wilde, 1881.

Meigs, Charles D. *Females and Their Diseases: A Series of Letters to his Class*. Philadelphia, Lea and Blanchard, 1848.

*Idem.* *On the nature, signs, and treatment of childbed fevers; in a series of letters addressed to the students of his class*. Philadelphia, Blanchard and Lea, 1854.

Wetmore, Timothy Fletcher. *An inaugural dissertation on the puerperal fever. Submitted to the public examination of the faculty of physic, under the authority of the trustees of Columbia College, in the State of New York... for the degree of Doctor of physic; on the fifth day of May, 1795. By Timothy Fletcher Wetmore, of New York...* New York, Printed by T. and J. Swords, Printers to the faculty of physic of Columbia College, 1795.

### 3° Sources canadiennes

Goodall, James Robert. *Puerperal infection*. Montreal, 1932.

Johnson-Alloway, Thomas. *The relation of micro-organism to the puerpera and the way to manage them*. [Montreal?], 1886.

Laterrière, Pierre de Sales. *Dissertation on the Puerperal Fever, delivered at a Public Examination for the Degree of Bachelor in Medicine, before the Reverend Joseph Willard, S.T.D. President, the Medical Professors, and the Governors of the University at Cambridge, in America, by Peter de Sales La Terrière, from Canada*. Boston, Samuel Hall, 1789.

*Idem.* « *Dissertation sur la fièvre puerpérale présentée en examen public comme exigence à l'obtention du degré de bachelier en médecine, devant le Révérend Joseph Willard, président S.T.D., les professeurs de médecine et les gouverneurs de l'Université à Cambridge, en Amérique. Par Pierre de Sales la Terrière, du Canada* » trad. Jacques G. Ruelland, dans Jacques G. Ruelland, *Pierre de Sales Laterrière (1747-1815), médecin et libre penseur*. Longueuil, Société Historique du Marigot, 1990. p. 71-81.

*Idem.* *Mémoires de Pierre de Sales Laterrière et de ses traverses*. Trésors du patrimoine québécois, Leméac Inc, 1980 [reprint].

**B. INSTRUMENTS DE RECHERCHE ET DOCUMENTS DE  
RÉFÉRENCE**

- Ahern, Michael-Joseph et G. *Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada depuis la fondation jusqu'au commencement du XIX<sup>e</sup> siècle*. Québec, 1923.
- Aubin, Paul et Louis-Marie Côté, eds. *Bibliographie de l'histoire du Québec et du Canada. 1946-1985*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1990 [1985].
- Bernier, Gérald et Robert Boily. *Le Québec en chiffres de 1850 à nos jours*. Montréal, Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, 1986.
- Boehm, Eric H., Barbara H. Pope, and Marie Ensign, eds. *Historical Periodicals Directory*. Vol. 1, United States and Canada, 1981. Santa Barbara, Cal., ABC-Clio.
- Boehm, Eric H. and Lalit Adolphus, eds. *Historical Periodicals : An Annotated World List of Historical and Related Serial Publications*. Santa Barbara, Cal., ABC-Clio, 1961.
- Bibliography of the History of Medicine*. Bethesda, Md., National Library of Medicine, 1965-.
- Copland, James. *Dictionary of Practical Medicine*. London, 1858. 3 volumes.
- Dezeimeris, J. E., et al. *Dictionnaire historique de la médecine*. Paris, Becket, 1828-39. 4 volumes.
- Dictionary of Canadian Biography*. Toronto, University of Toronto Press, 1966-.
- England, C. et al. *Guide to Basic Reference Materials for Canadian Libraries*. 7<sup>th</sup> ed., Toronto, 1984.
- Grose, David, ed. *A Select Bibliography of History*. Cambridge, Mass., Henry Adams Club, Dept. of History, Harvard University, 1970.
- International Dictionary of Medicine and Biology*. 5<sup>th</sup> ed. New York, Wiley, 1986.
- Kinnelle, S. K., ed. *Historiography, an Annotated bibliography of Journal Articles, Books and Dissertations*. Santa Barbara, 1987.
- Lejeune, Louis, ed. *Dictionnaire général de biographie, histoire, littérature, agriculture, commerce, industrie et des arts, sciences, mœurs, coutumes, institutions politiques et religieuses du Canada*. Ottawa, Université d'Ottawa, 1931.
- Manuila, L. et al. *Dictionnaire médical*. Paris, Masson, 2001 [1999].
- The Oxford Companion to Canadian History and Literature*. Toronto, Oxford University Press, 1967; Supplement, 1973.
- Paradis, A. et H. Naubert. *Recension bibliographique : les maladies infectieuses dans les périodiques médicaux québécois du XIX<sup>e</sup> siècle*. Trois-Rivières, Centre de recherche en études québécoises, 1988. (Coll. « Matériaux pour l'histoire de la médecine québécoise »).
- Pederson, Diana. *Women and Health : An Annotated Bibliography of Articles in Selected Canadian Medical Periodicals 1970-79*. Ottawa, Canadian Research Institute for the Advancement of Women, 1979.
- Roland, Charles G. *Secondary Sources in the History of Canadian Medicine: A Bibliography*. Waterloo, Hannah Institute for the History of Medicine, 1984.

- Roland, Charles. G. and P. Potter. *An Annotated Bibliography of Canadian Medical Periodicals 1826-1975*. Toronto, The Hannah Institute for the History of Medicine, 1979.
- Ryder, Dorothy E. ed. *Canadian Reference Sources: A Select Guide*. Ottawa, Canadian Library Association, 1973; Supplement, 1975.
- Stelter, Gilbert A., ed. *Canadian Urban History : A Select Bibliography*. Sudbury, Laurentian University Press, 1972.
- Story, Norah, comp. *Secondary Sources in the History of Canadian Medicine*. C.G. Roland, ed. Kitchener, Wilfred Laurier University Press, 1984.
- Thibault, Claude, comp. *Bibliographia Canadiana*. Don Mills, Ont., Longman Canada Limited, 1973.
- Pour recherche de manuscrits canadiens : *Union List of Manuscripts in Canadian Repositories*. Robert S. Gordon et al eds. Ottawa, 1968.
- Pour consultation des thèses de doctorat: *Dissertation Abstracts, 1861- (On disc)*. Ann Arbor, Mi.

### **C. ÉTUDES SE RAPPORTANT AU SUJET**

#### **1. Ouvrages généraux traitant de l'aire spatio-temporelle du sujet de mémoire**

##### *a) État de la culture québécoise du XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles*

Andrès, Bernard, et Marc-André Bernier, eds. *Portrait des arts, des lettres et de l'éloquence au Québec (1760-1840)*. Laval, Les Presses de l'Université Laval, 2002. (Collections de la République des Lettres).

Belmont, N. *Mythes et croyances de l'Ancienne France*. Paris, Plon, 1973.

Ruelland, Jacques. *Figures de la philosophie québécoise à l'époque de la Révolution française*. Montréal, Université du Québec à Montréal, 1989. (Coll. : « Recherches et théories », du département de philosophie, no. P-4).

## 2. Monographies, articles, thèses et mémoires éclairant le sujet

### a) Histoire de la médecine en Europe et aux États-Unis

- Ackerknecht, E. H. « Anticontagionism Between 1821-1867 ». *Bulletin of the History of Medicine*, XXII (1948), p. 562-593.
- Baldry, Peter. *The Battle Against Bacteria : A Fresh Look. A history of man's fight against bacterial disease with special reference to the development of antibacterial drugs*. Cambridge / London / New York / Melbourne, Cambridge University Press, 1976 [1965].
- Bardet, J.-P. et al. *Peurs et terreurs face à la contagion*. Paris, Fayard, 1988.
- Canniff, William. *The Medical Profession in Upper Canada : 1783-1850. Introduction by Charles G. Roland*. The Hannah Institute for the History of Medicine, Irwin & Company Limited, 1980 [Reprint Edition].
- Cassel, J. *The Secret Plague. Venereal Disease in Canada, 1838-1939*. Toronto, University of Toronto Press, 1987.
- Castiglioni, Arturo. *A History of Medicine. Translated by E. B. Krumbhaar*. New York, Alfred A. Knopf, 1941.
- Clagett, Marshall. *Greek Science in Antiquity*. London, Collier, 1963.
- Clendening, Logan, ed. *Source Book of Medical History*. New York / London, Paul B. Hoeber, Inc, 1942.
- Codell Carter, K. « The Development of Pasteur's Concept of Disease Causation and the Emergence of Specific Causes in Nineteenth-Century Medicine ». *Bulletin of the History of Medicine*, 65 (1991), p. 528-548.
- Codell Carter, K. « Ignaz Semmelweis, Carl Mayrhofer, and the Rise of Germ Theory ». *Medical History*, 29 (1985), p. 33-53.
- Crellin, J. K. « The Problem of Heat Resistance of Micro-Organisms in the British Spontaneous Generation Controversies of 1860-1880 ». *Medical History*, 10 (1966), p. 50-59.
- Delumeau, Jean et Yves Lequin. *Les Malheurs des temps : Histoire des fléaux et des calamités en France*. Larousse, 1987.
- Devaise, J.-P., et al. *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*. Paris, SEVDEN, 1975.
- Faure, Olivier. *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1982.
- Foucault, Michel, et al. *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles / Liège, Pierre Mardage, 1979.

- Foucault, Michel. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, Presses Universitaires de France, 1972.
- Garrison, F. H. *An Introduction to the History of Medicine*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, 1929.
- Hamlin, C. « Predisposing Causes and Public Health in Early Nineteenth-Century Medical Thought ». *Social History of Medicine*, 5 (1992), p. 43-70.
- Hare, R. *The Birth of Penicillin*. London, 1970.
- Hughes, W. Howard. *Alexander Fleming and Penicillin*. Sussex, The Pitman Press, 1976 [1974].
- Keel, Othmar. *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2001.
- Keel, Othmar. « The Politics of Health and the Institutionalisation of Clinical Practices in Europe in the Second Half of the Eighteenth Century » dans W. F. Bynum & Roy Porter, *William Hunter and the Eighteenth Century Medical World*. Cambridge, Cambridge University Press, 1985. p. 207-256.
- Laignel-Lavastine. *Histoire générale de la médecine*. Paris, Albin-Michel, 1936-52. 3 volumes.
- Lebrun, François. *Se soigner autrefois : Médecins, saints et sorciers aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*. Paris, Éditions du Seuil, 1995.
- Lloyd, Wyndham E. B. *A Hundred Years of Medicine*. London, Duckworth, 1939.
- Mautlitz, Russell C. *Morbid Appearances: The Anatomy of Pathology in the Early Nineteenth Century*. Cambridge, Cambridge University Press, 1987.
- Pecker, A. *Hygiène et Maladies des femmes au cours des siècles*. Paris, Dacosta, 1972.
- Pickstone, J. V. *Medical Innovations in Historical Perspective*. Basingstoke, 1992.
- Porter, Ian. *Alexander Gordon, M.D. of Aberdeen, 1752-1799*. Edinburgh, Tweeddale Courts, for the University of Aberdeen, 1958. (Coll. « Aberdeen University Studies », n° 139).
- Rosenberg, C. and J. Golden, eds. *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick / New Jersey, Rutgers University Press, 1992.
- Rostand, Jean. *Esquisse d'une histoire de la biologie*. Paris, Gallimard, 1945.
- Idem*. *Maternité et biologie*. Paris, Gallimard, 1966.
- Sacks, O. « Scotomata : Forgetting and Neglect in Science » dans R. B. Silvers, ed. *Hidden Histories of Science*. London, 1997. p. 141-188.
- Silvers, R. B., ed. *Hidden Histories of Science*. London, 1997.
- Sinclair, Sir William. *Semmelweis, His Life and His Doctrine*. Manchester, 1909.
- Slaughter, F. *Immortal Magyar. Semmelweis, Conquerer of Childbed Fever*. New York, 1950.
- Sournia, Jean-Charles. *Histoire de la médecine*. Paris, La Découverte, 1997.
- Walsh, J.J. *Makers of Modern Medicine*. New York, Fordham University Press, 1907.
- Weatherall, M. *In Search of a Cure*. Oxford, 1990.

Wilson, L. G. « The Early Recognition of Streptococci as Causes of Disease ». *Medical History*, 31, no. 3 (1987), p. 403-414.

b) *Histoire de la médecine au Canada*

Abott, Maude E. *History of Medicine in the Province of Quebec*. Montreal, McGill University Press, 1931.

Bernier, Jacques. « Le corps médical québécois à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle » dans C. G. Roland, éd. *Health, Disease and Medicine. Essays in Canadian History*. Toronto, Clarke Irwin, 1984.

*Idem.* « Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921, quelques données statistiques ». *Recherches sociographiques*, vol. XX, n<sup>o</sup> 1 (Janvier – Avril 1979), p. 41-58.

*Idem.* « Vers un nouvel ordre médical : les origines de la Corporation des médecins et chirurgiens du Québec ». *Recherches sociographiques*, vol. XXII, n<sup>o</sup> 3 (septembre-décembre 1981), p. 307-330.

*Idem.* *La Médecine au Québec. Naissance et évolution d'une profession*. Québec, Presses de l'Université Laval, 1989.

Chartrand, Luc, Raymond Duchesne, et Yves Gingras. *Histoire des sciences au Québec*. Montréal, Boréal, 1987.

Connor, J. T. H. « Listerism Unmasked: Antisepsis and Asepsis in Victorian Anglo-Canada ». *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 49 (1994), p. 207-239.

Desjardins, Rita. *Hôpital Sainte-Justine, Montréal Québec (1907-1921)*. Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1989.

*Idem.* *L'institutionnalisation de la pédiatrie en milieu franco-montréalais 1880-1980. Les enjeux politiques, sociaux et biologiques*. Thèse de Ph. D. (Histoire), Université de Montréal, 1998.

Fleury, Marie-Josée. *L'Hôpital Saint-Paul (1905-1935) et sa contribution à la lutte contre les maladies contre les maladies contagieuses*. Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1993.

Fournier, Marcel, Yves Gingras et Othmar Keel. *Sciences & médecine au Québec. Perspectives sociobibliographiques*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987.

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

*Idem.* *Histoire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal (1843-1993)*. Montréal, vlb éditeur, 1987.

*Idem.* *Le commerce des maladies*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987.

Goulet, Denis, François Hudon, et Othmar Keel. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (1880-1980)*. Montréal, vlb éditeur, 1993.

Goulet, Denis et Jean-Pierre Thouez. « Les modèles explicatifs des maladies infectieuses au Canada au XIX<sup>e</sup> siècle ». *Gesnerus*, 61 (2004), p. 5-23.

- Goulet, Denis et Othmar Keel. « L'introduction de la médecine pasteurienne au Québec » dans R. Bernabeo, dir. *Actes du XXXI<sup>e</sup> Congrès international d'histoire de la médecine*. Bologne, Monduzzi Editore, 1988. p. 823-828.
- Goulet, Denis et Othmar Keel. « L'introduction du listérisme au Québec : entre les miasmes et les germes » dans E. Firens, et al., dir. *Actes du XXXII<sup>e</sup> Congrès international d'histoire de la médecine*. Bruxelles, Societas Belgica Historiae Medicinae, 1991. p. 397-405.
- Hudon, François. *L'hôpital microcosme de la société : enjeux institutionnels et besoins sociaux à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1960*. Thèse de Ph.D. (Histoire), Université de Montréal, 1996.
- Kopperman, Paul E. « Medical Services in the British Army, 1742-1783 », in *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 34 (1979), p. 428-455.
- Lessard, Renald. *Le mal de la Baie Saint-Paul*. Québec, CELAT, Université Laval, 1989.
- Idem.* *Se soigner au Canada aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*. Ottawa, Musée Canadien des Civilisations, 1989.
- Macdermot, H. E. *One Hundred Years of Medicine in Canada, 1867-1967*. Toronto / Montreal, McClelland and Stewart Limited, 1967.
- Mitchell, Estelle. *L'Hôpital Général des Sœurs de la Charité de Montréal, « Sœurs grises »*. Tome V : 1910-1935. Montréal, Éditions Continentales, 1996.
- Mitchinson, Wendy et Janice Dickens, eds. *Essays in the History of Canadian Medicine*. Toronto, McClelland & Stewart, 1988.
- Morin, Victor. « L'Évolution de la médecine au Canada français ». *Les cahiers des Dix*, 25 (1960) p. 65-83.
- Roland, C. G., ed. *Health, Disease and Medicine. Essays in Canadian History*. Toronto, Clarke Irwin, 1984.
- Rousseau, François. *La Croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*. Tome. 1 : 1639-1892. Québec, Septentrion, 1989.
- Idem.* *L'œuvre de chère en Nouvelle-France : le régime des malades à l'Hôtel-Dieu de Québec*. Québec, Presses de l'Université Laval, 1983.
- Tétreault, Martin. *L'état de santé des Montréalais de 1880 à 1914*. Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1979.

c) *Histoire de l'obstétrique et de la maternité en Europe et aux États-Unis*

- Andureau, C. *Étude sur l'obstétrique en Occident pendant le Moyen Âge et la Renaissance*. Paris, Dijois, 1892.
- Arms, Suzanne. *Immaculate Deception: A New Look at Women and Childbirth*. Boston, Houghton Mifflin, 1975.
- Arney, Ray W. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago, University of Chicago Press, 1982.

- Beauvalet-Boutouyrie, Scarlett. *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*. Paris, Belin, 1999.
- Bergues, Hélène, et al. *La Prévention des naissances dans la famille*. Paris, 1960.
- Bounet, B. *Étude obstétricale sur le rituel de l'accouchement à propos de quelques sociétés primitives*. Thèse de médecine, Paris, 1972.
- Bouteiller, Marcelle. *Médecins populaires d'hier et d'aujourd'hui*. Paris, 1966.
- Carter, Kay Codell and Barbara R. Carter. *Childbed Fever: A Scientific Biography of Ignaz Semmelweis*. Westport, Conn., Greenwood Press, 1994.
- Delaunay, Paul. *La Vie médicale aux XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*. Paris, 1935.
- Devraigne, Louis. *L'Obstétrique à travers les âges*. Paris, G. Doin, 1939.
- Desaive, J.-P., et al. *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*. Paris, 1972.
- Dumont, M. et P. Morel. *Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie*. Lyon, SIMEP, 1968.
- Ehrenreich, Barbara and Deirdre English. *Des experts et des femmes. 150 ans de conseils prodigués aux femmes*. Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 1982.
- Idem*. *Sorcières, sages-femmes et infirmières*. Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 1976.
- Engelmann, G.-J. *La Pratique des accouchements chez les peuples primitifs*. Paris, 1985.
- Fee, Elizabeth, ed. *Women and Health: the Politics of Sex in Medicine*. Farmingdale, N.Y., Bay Wood Publishing, 1983.
- Gélis, Jacques. *Accoucheur de campagne sous le Roi-Soleil : Traité des accouchements de G. Mauquest de La Motte*. Préface d'Emmanuel Le Roy Ladurie. Paris, Éditions Imago, 1989.
- Idem*. *L'arbre et le fruit : La naissance dans l'Occident moderne (XVI<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècle)*. Paris, Fayard, 1984.
- Idem*. « La Formation des accoucheurs et des sages-femmes aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles ; évolution d'un matériel et d'une pédagogie ». *Annales de Démographie Historique*, 1977.
- Idem*. *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*. Paris, Fayard, 1984.
- Gélis, Jacques, Mireille Laget et Marie-France Morel. *Entrer dans la vie : Naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris, Gallimard, 1978.
- Guyenot, Emile. *Les Sciences de la vie aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles; l'idée d'évolution*. Paris, 1957.
- Laget, Mireille, et Claudine Luu. *Médecine et chirurgie des pauvres, d'après le livret de Dom Alexandre*. Toulouse, 1984.
- Laget, Mireille. *Naissances : L'accouchement avant l'âge de la clinique*. Préface de Philippe Ariès. Collection L'univers historique. Paris, Editions du Seuil, 1982.
- Leavitt, Judith Walzer. *Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1950*. New York / Oxford, Oxford University Press, 1986.
- Idem*. *Women and Health in America*. Madison, The University of Wisconsin Press, 1984.
- Loudon, Irvine. *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*. Oxford, Clarendon Press, 1992.

- MacFarlane, A, and M. Mugford. *Birth Counts: Statistics of Pregnancy and Childbirth*. London, 1984. 2 volumes.
- Mathiot, A. *Pratique obstétricale à Lyon à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au XIX<sup>e</sup>*. Thèse de médecine, Lyon, 1975.
- Murphy, Frank P. « Bio-Bibliography of Ignaz Philipp Semmelweis ». *Bulletin of the History of Medicine*, 20 (1946), p. 653-707.
- Nuland, S. B. « The Enigma of Semmelweis—an Interpretation ». *Journal of the History of Medicine*, 34 (1979), p. 255-272.
- Oakley, Ann. *Women Confined: Toward a Sociology of Childbirth*. London, Billing & Sons, 1980.
- Idem*. *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*. New York, Basil Blackwell Publisher Inc., 1984.
- O'Daud, Michael J. *The History of Obstetrics and Gynaecology*. New York, Parthenon Publication Group, 1994.
- Oxorn, Harry. *The First Fifty Years, 1944-1994, The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada*. London / New York, Parthenon Pub., 1994.
- Pecker, André. *Hygiène et maladies des femmes au cours des siècles*. Paris, 1972.
- Pecker, André et P. Roulland. *L'accouchement à travers les âges*. Paris, Dacosta, 1966.
- Rosenberg, C., ed. *Florence Nightingale and Hospital Reform*. New York / London, Garland Publishing, 1989.
- Rothman, Barbara. *In Labour: Women and Power in the Birthplace*. New York, Norton, 1982.
- Sandelowski, Margaret. *Pain, Pleasure and American Childbirth: From the Twilight Sleep to the Read Method, 1914-1960*. Westport, Conn., 1984.
- Idem*. *Women, Health and Choice*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1981.
- Shorter, Edward. *Le corps des femmes*. Paris, Seuil, 1984.
- Siebold, J. von. *Essai d'une histoire de l'obstétricie*. Trad J. Herrgott. Paris, 1863. 2 volumes.
- Smith, J. Barker. « Semmelweis—Physician, Martyr, Pioneer ». *The Medical Times*, 52 (1924), p. 38-39, 51-53.
- Speert, M.-D. *Histoire illustrée de la gynécologie et de l'obstétrique*. Paris, Dacosta, 1976.
- Speert, Harold. *Histoire illustrée de la gynécologie et de l'obstétrique*. Paris, 1973.
- Spencer, Herbert Ritchie. *The History of British Midwifery from 1650 to 1800. The Fitz-Patrick Lectures for 1927 Delivered Before the Royal College of Physicians of London*. London, John Bale, Sons & Danielsson, Ltd., 1927.
- Stockmann, N. *La Gynécologie et l'obstétrique dans la vie française du XVIII<sup>e</sup> siècle*. Thèse dactylographiée, EHESS, Paris, 1974.
- Summey, Pamela S. and Marshe Hurst. « Ob/Gyn. on the Rise: The Evolution of Professional Ideology in the Twentieth Century – Part I ». *Women & Health*, vol. II, i (Spring 1986), p. 140.

- Sureau, Claude. *Le danger de naître*. Paris, 1978.
- Thomasset, C. *Quelques Principes de l'embryologie médiévale (de Salerne à la fin du XIII<sup>e</sup> siècle)*. Colloque du Cuerma, Aix-en-Provence, 1980.
- Wertz, Richard et Dorothée C. Wertz. *Lying-In: A History of Childbirth in America*. New York, Schocken Book, 1979.
- Wilson, Philip K., Ann Dally and Charles R. King, eds. *Childbirth: Changing Ideas and Practices in Britain and America 1600 to the Present*. New York / London, Garland Publishing, Inc., 1996. 5 volumes.
- Witkowski, G.-J. *Accoucheurs et sages-femmes célèbres*. Paris, 1902.
- Idem*. *Histoire des accouchements chez tous les peuples*. Paris, 1890.
- d) Histoire de l'obstétrique et de la maternité au Canada*
- Baillargeon, Denyse. *Un québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal, Éditions du remue-ménage, 2004.
- Idem*. *Ménagères au temps de la crise*. Montréal, Éditions du remue-ménage, 1991.
- Blais, Marie-Josée. *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec, 1930-1960*. Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1995. 198 pages.
- Brodeur, Louise. *Les débuts de la gynécologie au Québec (1880-1920). Spécialisation de la médecine, médicalisation de la femme et consolidation de la profession*. Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1991.
- Kenneally, R. R. *The Montreal Maternity, 1843-1926. Evolution of a Hospital*. Mémoire de M.A. (Histoire), Université McGill, 1983.
- Laurendeau, France. *Accoucher à l'hôpital*. Mémoire de M.A. (Sociologie), Université de Montréal, 1978.
- Idem*. « La médicalisation de l'accouchement ». *Recherches sociographiques*, 24, 2 (mai-août 1983), p. 203-234.
- Laforce, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985.
- Morin, Daphné. *Femmes, savoirs et naissances: étude sur l'élimination de la sage-femmerie au Québec*. Mémoire de M.A. (Sociologie), Université du Québec à Montréal, 1988.
- Mitchinson, Wendy. *Giving Birth in Canada 1900-1950*. Toronto / Buffalo / London, University of Toronto Press, 2002.
- Idem*. *The Nature of Their Bodies. Women and Their Doctors in Victorian Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1991.
- Oppenheimer, Jo. « Childbirth in Ontario : The Transition from Home to Hospital in the Early Twentieth Century ». *Ontario Historical Society*, 75, n° 1 (mars 1983), p. 37-59.

- Payeur, Christine. *Maternal Mortality in Quebec from the Medical Perspective and the Women's Point of View, 1890-1950*. Mémoire de M.A. (Histoire), Université de Montréal, 1997.
- Pickard, Kathleen. *Choosing Hospitalized Childbirth: The Ottawa Maternity Hospital, 1895-1924*. Mémoire de M.A. (Histoire), Queen's University, 1986.
- Ramage, Linda J. *The Treatment of Women by the Medical Profession: a study of an alternative*. Mémoire de M.A. (Sociologie), Université Concordia, 1989.
- Saillant, Francine et Michel O'Neill, dirs. *Accoucher autrement : repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal, Éditions Saint-Martin, 1987.
- Strong-Boag, Veronica, and Kathryn McPherson. « The Confinement of Women : Childbirth and Hospitalization in Vancouver, 1919-1939 ». *BC Studies*, 69-70 (Spring-Summer 1986), p. 142-175.
- Tremblay, Johanne. *Un savoir de sage-femme*. Mémoire de M.A. (Anthropologie), Université de Montréal, 1983.

e) *Historiographie du domaine de la fièvre puerpérale*

1° *Histoire de la fièvre puerpérale en Europe*

- DeLacy, Margaret. « Puerperal Fever in Eighteenth-Century Britain ». *Bulletin of the History of Medicine*, 63 (1989), p. 521-556.
- Hallett, Christine. « The Attempt to Understand Puerperal Fever in the Eighteenth and Early Nineteenth Centuries: The Influence of Inflammation Theory ». *Medical History*, 49, 1 (January 2005), p. 1-28.
- Loudon, Irvine, ed. *Childbed Fever: A Documentary History*. New York / London, Garland Publishing, Inc., 1995.
- Idem.* « Puerperal Fever, the Streptococcus and the Sulphonamides, 1911-1945 ». *British Medical Journal*, (1987), ii, p. 485-490.
- Idem.* *The Tragedy of Childbed Fever*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
- Parsons, G. P. « The British Medical Profession and Contagion Theory: Puerperal Fever as a Case Study, 1830-1860 ». *Medical History*, 22 (1978), p. 138-150.
- Rubinstein, A. « Subtle poison: The Puerperal Fever Controversy in Victorian Britain ». *Historical Studies*, 20 (1983), p. 420-438.

2° *Histoire des épidémies*

- Breese, B. and C. B. Hall. *Streptococcal Disease*. Boston, 1978.

Rosenberg, C. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

Topley, W. W. C., and G. S. Wilson. *Principles of Bacteriology and Immunity*. London, first edition, 1929, second edition 1936, third edition 1946.

Lépine, Pierre. *Les Virus*. Paris, PUF, 1961.

*f) Pierre de Sales Laterrière*

Andrès, Bernard. *L'Énigme de Sales Laterrière*. Montréal, Québec Amérique, 2000.

Ruelland, Jacques G. *Pierre de Sales Laterrière (1747-1815), médecin et libre penseur*. Longueuil, Société Historique du Marigot, 1990.

*Appendices*

Appendice 1. Nombre d'enfants par famille en Nouvelle-France du XVIIe siècle\*

<i>Seigneurie</i>	<i>Nbr. de familles</i>	<i>Nbr. de couples stériles</i>	<i>Nbr. total d'enfants</i>	<i>Nbr. d'enfants par famille</i>	<i>Nbr. d'enfants par couple</i>
Québec	46	17	144	3,064	2,250
Beaupré	72	14	269	3,736	3,128
Beauport	26	6	102	3,923	3,188
Isle D'Orléans	71	32	194	2,732	1,883
St-Jean, St-François, St-Michel	20	5	58	2,900	2,320
Sillery (Incluant Cap Rouge & St-François Xavier)	19	3	62	3,263	2,818
Notre Dame des Anges, Rivière St-Charles et Charlesbourg	12	12	33	2,750	1,375
Coste de Lauzon	1	2	5	5,000	1,667
Montréal	92	15	283	3,076	2,645
Les Trois Rivières	50	18	183	3,660	2,691
			<i>Moyenne</i>	3,251	2,496

Note: Tiré du recensement de la colonie en l'an 1666, par Jean Talon.

Source: Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

Appendice 2. Estat abrégé du contenu au rolle des familles de la colonie de la Nouvelle France

<i>Seigneurie</i>	<i>Population</i>
Québec	555
Beaupré	678
Beauport	172
Isle d'Orléans	471
St-Jean, St-François & St-Michel	156
Sillery	217
Notre Dame des Anges et Rivière St-Charles	118
Coste de Lauzon	6
Montréal	584
Trois Rivières	461
<b>Total</b>	<b>3418</b>

L'estat du nombre des hommes capables de porter les armes depuis 16 ans jusqu'à 50.....1344

Il y a sans doute quelques omissions dans le rolle des familles qui seront reformées durant l'hyver de la présente année 1666. Signé : Talon.

Source: Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

## Appendice 3. Dénombrement de la gent féminine en Nouvelle-France, 1666

<i>Seigneurie</i>	<i>Nbr. total de filles et femmes</i>	<i>Nbr. total de filles et femmes en âge d'enfanter</i>
Québec	124	70
Beaupré	214	100
Beauport	66	28
Isle d'Orléans	185	95
St-Jean, St-François & St-Michel	50	20
Sillery	47	23
Notre Dame des Anges et Rivière St-Charles	42	23
Coste de Lauzon	4	2
Montréal	232	101
Trois Rivières	151	66
Total pour la colonie	1115	528

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

## Appendice 4. Compte des médecins, chirurgiens et sages-femmes au sein de la colonie, 1666

<i>Seigneurie</i>	<i>Nbr. de médecins</i>	<i>Nbr. de chirurgiens</i>	<i>Nbr. de sages-femmes</i>
Québec	0	0	0
Beaupré	0	1	0
Beauport	0	1	0
Isle d'Orléans	0	0	0
St-Jean, St-François & St-Michel	0	0	0
Sillery	0	0	0
Notre Dame des Anges et Rivière St-Charles	0	0	0
Coste de Lauzon	0	0	0
Montréal	0	1	0
Trois Rivières	0	0	0

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

## Appendice 5. Etat en abrégé du contenu au rôle des familles de la Nouvelle France, 1667

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Familles	749
Total des personnes qui les composent	4312
Hommes capables de porter les armes	1566
Garçons en âge d'être mariés	84
Filles qui passent les 14 ans	55
Terres	11174
Bêtes à corne	2136

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

Appendice 6. Etat de la population, des terres, des récoltes et des bestiaux au Canada en l'an 1668

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Familles	1139
Personnes les composant	5890
Hommes capables de porter les armes	2000
Arpents de terre découvertes	15642
Bêtes à cornes	3400
Minots de grain reçu	130978

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

Appendice 7. Abrégé du recensement de 1681 de la Nouvelle-France

<i>Seigneurie ou institution</i>	<i>Nbr. de couples</i>	<i>Nbr. d'enfants</i>	<i>Nbr. de filles et femmes</i>	<i>Nbr. de filles et femmes en âge de porter</i>	<i>Compte des médecins</i>	<i>Compte des chirurgiens</i>	<i>Compte des sages-femmes</i>	<i>Ratio Enfants / Couples</i>
Séminaire de Québec	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Maison des Jésuites Mission Abenaquis et Algonquins à Sillery	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Mission des Hurons à Lorette	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Mission des Iroquois au Sault St-Louis	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Mission des Iroquois aux Nations iroquoises	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Mission des Outaouets	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
À la Prairie	1	0	1	1	0	0	0	0

<i>Seigneurie ou institution</i>	<i>Nbr. de couples</i>	<i>Nbr. d'enfants</i>	<i>Nbr. de filles et femmes</i>	<i>Nbr. de filles et femmes en âge de porter</i>	<i>Compte des médecins</i>	<i>Compte des chirurgiens</i>	<i>Compte des sages-femmes</i>	<i>Ratio Enfants / Couples</i>
de la Magdelaine								
À Beauport	1	0	2	2	0	0	0	0
A Nostre Dame des Ange	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Couvent des Récollets	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Missionnaires	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Couvent des Ursulines	N/A	N/A	27	7	N/A	N/A	N/A	N/A
Couvent des Hospitalières	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Conseil souverain	8	46	N/A	N/A	0	0	0	5,75
Prevoste Royale de Québec	7	35	N/A	N/A	0	0	0	5,00
Prevoste des Mareschaux	5	16	N/A	N/A	0	0	0	3,20
Basse ville de Québec	52	265	N/A	N/A	0	1	0	5,10
Haute ville de Québec	38	172	N/A	N/A	0	1	0	4,53
Monceaux	1	0	N/A	N/A	0	0	0	0
Coste St- François Xavier	7	39	N/A	N/A	0	0	0	5,57
Seigneurie de Godarville	11	36	N/A	N/A	0	0	0	3,27
Seigneurie de	26	109	N/A	N/A	0	0	0	4,19

<i>Seigneurie ou institution</i>	<i>Nbr. de couples</i>	<i>Nbr. d'enfants</i>	<i>Nbr. de filles et femmes</i>	<i>Nbr. de filles et femmes en âge de porter</i>	<i>Compte des médecins</i>	<i>Compte des chirurgiens</i>	<i>Compte des sages-femmes</i>	<i>Ratio Enfants / Couples</i>
Mauro								
Seigneurie de								
Dombour,								
Neuville	60	240	N/A	N/A	0	0	0	4,00
Pointe aux								
écureuils	3	9	N/A	N/A	0	0	0	3,00
Portneuf	3	10	N/A	N/A	0	0	0	3,33
Chavigny	1	9	N/A	N/A	0	0	0	9,00
St-Charles								
des Roches	11	30	N/A	N/A	0	0	0	2,73
Ste-Anne	19	56	N/A	N/A	0	0	0	2,95
Batiscan	41	158	N/A	N/A	0	1	0	3,85
Champlain	39	163	N/A	N/A	0	1	0	4,18
Fief Hertel	5	15	N/A	N/A	0	0	0	3,00
Prairies								
Marsollet	3	9	N/A	N/A	0	0	0	3,00
Le Cap	29	122	N/A	N/A	0	0	0	4,21
Ville des								
Trois								
Rivières	22	84	N/A	N/A	0	1	0	3,82
Rivière du								
Loup	5	8	N/A	N/A	0	0	0	1,60
Seigneurie								
des								
Éboulements	6	15	N/A	N/A	0	0	0	2,50
Seigneurie								
d'Autray	3	13	N/A	N/A	0	0	0	4,33
Seigneurie de								
Lavaltrie	6	26	N/A	N/A	0	0	0	4,33
Seigneurie de								
Repentigny	19	66	N/A	N/A	0	1	0	3,47

<i>Seigneurie ou institution</i>	<i>Nbr. de couples</i>	<i>Nbr. d'enfants</i>	<i>Nbr. de filles et femmes</i>	<i>Nbr. de filles et femmes en âge de porter</i>	<i>Compte des médecins</i>	<i>Compte des chirurgiens</i>	<i>Compte des sages-femmes</i>	<i>Ratio Enfants / Couples</i>
Seigneurie de								
la Chenaye	11	36	N/A	N/A	0	1	0	3,27
Isle Jésus	5	12	N/A	N/A	0	0	0	2,40
Isle de								
Montréal	184	770	N/A	N/A	0	2	0	4,18
Prairie de la								
Magdelaine	25	77	N/A	N/A	0	1	0	3,08

<i>Seigneurie ou institution</i>	<i>Nbr. de couples</i>	<i>Nbr. d'enfants</i>	<i>Nbr. de filles et femmes</i>	<i>Nbr. de filles et femmes en âge de porter</i>	<i>Compte des médecins</i>	<i>Compte des chirurgiens</i>	<i>Compte des sages-femmes</i>	<i>Ratio Enfants / Couples</i>
Seigneurie de								
Longueuil	10	47	N/A	N/A	0	0	0	4,70
Isle Ste-								
Thérèse	5	28	N/A	N/A	0	0	0	5,60
Seigneurie								
du Tremblay	3	18	N/A	N/A	0	0	0	6,00
Seigneurie de								
Boucherville	28	110	N/A	N/A	0	0	0	3,93
Seigneurie de								
Varenne	10	28	N/A	N/A	0	0	0	2,80
Seigneurie de								
Verchere	9	38	N/A	N/A	0	0	0	4,22
Seigneurie de								
Contrecoeur	11	43	N/A	N/A	0	0	0	3,91
Seigneurie de								
St-Ours	12	46	N/A	N/A	0	1	0	3,83
Seigneurie de								
Chambly	10	46	N/A	N/A	0	0	0	4,60
Seigneurie de								
Saurel	18	63	N/A	N/A	0	1	0	3,50

<i>Seigneurie ou institution</i>	<i>Nbr. de couples</i>	<i>Nbr. d'enfants</i>	<i>Nbr. de filles et femmes</i>	<i>Nbr. de filles et femmes en âge de porter</i>	<i>Compte des médecins</i>	<i>Compte des chirurgiens</i>	<i>Compte des sages-femmes</i>	<i>Ratio Enfants / Couples</i>
Seigneurie de								
St-François	6	21	N/A	N/A	0	0	0	3,50
Rivière								
Nicolet	6	21	N/A	N/A	0	0	0	3,50
Seigneurie de								
l'Intot	9	22	N/A	N/A	0	0	0	2,44
Seigneurie de								
la Prade	4	12	N/A	N/A	0	0	0	3,00

<i>Seigneurie ou institution</i>	<i>Nbr. de couples</i>	<i>Nbr. d'enfants</i>	<i>Nbr. de filles et femmes</i>	<i>Nbr. de filles et femmes en âge de porter</i>	<i>Compte des médecins</i>	<i>Compte des chirurgiens</i>	<i>Compte des sages-femmes</i>	<i>Ratio Enfants / Couples</i>
Seigneurie de								
Lorbinière	7	39	N/A	N/A	0	0	0	5,57
De Villieu	3	8	N/A	N/A	0	0	0	2,67
Seigneurie de								
Lauzon	38	198	N/A	N/A	0	0	0	5,21
Cap St-Claude	5	17	N/A	N/A	0	0	0	3,40
Seigneurie de								
Beaumont	7	26	N/A	N/A	0	0	0	3,71
Seigneurie de								
la Duvantaye	10	30	N/A	N/A	0	0	0	3,00
Seigneurie de								
Bellechasse	31	136	N/A	N/A	0	0	0	4,39
La Bouteillerie	10	37	N/A	N/A	0	0	0	3,70
Isle aux Oyes	5	26	N/A	N/A	0	0	0	5,20
Seigneurie de								
Beaupré	99	472	N/A	N/A	0	0	0	4,78
Seigneurie de								
Beauport	45	200	N/A	N/A	0	1	0	4,44
Bourg Royal	20	55	N/A	N/A	0	0	0	2,75
Village St-								
Claude	4	19	N/A	N/A	0	0	0	4,75

Charlesbourg	13	56	N/A	N/A	0	0	0	4,31
Village de St-Joseph	6	21	N/A	N/A	0	0	0	3,50
Village de St-Bernard	9	39	N/A	N/A	0	0	0	4,33

<i>Seigneurie ou institution</i>	<i>Nbr. de couples</i>	<i>Nbr. d'enfants</i>	<i>Nbr. de filles et femmes</i>	<i>Nbr. de filles et femmes en âge de porter</i>	<i>Compte des médecins</i>	<i>Compte des chirurgiens</i>	<i>Compte des sages-femmes</i>	<i>Ratio Enfants / Couples</i>
Petite Auvergne	50	182	N/A	N/A	0	0	0	3,64
Coste St-Michel	16	68	N/A	N/A	0	0	0	4,25
Comté de St-Laurent	167	707	N/A	N/A	0	1	0	4,23
Anticosty	1	4	N/A	N/A	0	0	0	4,00

Le present rescencement des françois habitués en Canada monte a neuf mil sept cent dix personnes novembre 1681 par nous intendant de la Nouvelle France. Signé : Duchesneau.

Note : Les couples des tranches inférieures et supérieures d'âge ne sont pas comptés. Nous avons convenu que dans le premier cas, les filles mariées en bas âge donneraient au cours de leurs vies un nombre d'enfants s'apparentant à la moyenne; dans le deuxième cas, que les enfants des couples âgés avaient quitté le toit familial.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

#### Appendice 8. Recensement de la colonie de 1683

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Ames <sup>a</sup>	10251
Fusils	1745
Pistolets	46
Bestes à corne	7025
Chevaux	56
Bestes à sines	15
Moutons et brebis	625
Cochons	2330
Arpens de terres défrichées	25217
Sauvages de tous aage et sexe	1512

Note : Non compris les françois qui sont à l'Acadie au nombre de 600, et les 23 soldats de la garnison

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

## Appendice 9. Recensement général du gouvernement de Canada, 1685

<i>Seigneurie</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Grands garçons</i>	<i>Petits garçons</i>	<i>Grandes filles</i>	<i>Petites filles</i>	<i>Nbr. de filles en âge de porter</i>
Québec	180	185	236	262	115	220	300
La ville des Trois Rivières	31	31	44	50	21	50	52
A Ville Marie de Montreal	124	109	160	145	55	122	164
Environs de Québec	43	48	29	94	25	49	73
Seigneurie de Maure	33	31	26	66	13	35	44
Comté de St- Laurent	200	177	137	311	123	253	300
Seig. De Lachine et Haut de l'Isle de Montreal	59	59	66	90	16	85	75
Ste-Anne	21	21	13	33	6	20	27
Lauson	52	53	40	106	34	88	87
St-Jean Charlesbourg et le Comté d'Ornaille	129	123	54	184	78	140	201
Boucherville de							
Gaudarville	68	46	40	72	28	62	74
Batiscan	41	50	18	72	17	63	67
Champlain	44	41	43	56	31	57	72
Beauport et Isle aux Oyes	54	47	*	57	36	66	83
Beaupré et Baye St-Paul	112	107	16	136	110	128	217
Cap de la Madeleine, Longueuil et Chateauville	50	45	33	68	33	37	778
Fort Frontenac, Repentigny et La Chenaye	35	33	35	40	12	30	45
Neuville et Dusault	75	73	34	144	39	125	112
Saurel, St- François et Vilmur	57	40	22	64	22	60	62
Sorbinière, Villieu et la Prairie de la Madeleine	52	50	15	63	28	62	78

<i>Seigneurie</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Grands garçons</i>	<i>Petits garçons</i>	<i>Grandes filles</i>	<i>Petites filles</i>	<i>Nbr. de filles en âge de porter</i>
Ste-Thérèse, St-Paul et Autray	22	17	16	25	11	30	28
Contrecoeur, La Trinité, Bon Secours et La Bouteillerie	41	36	25	74	19	55	55
Pointe aux trembles de Montréal et Chambly	73	67	43	110	47	955	114
Lavaltrie, Verchère, Gentilly, St- Michel	25	22	10	39	7	40	29
Beccancour, Berthier, Beaumont, La Duvantaye et Rivière du Loup	50	54	*	65	20	62	74
Isle Jésus et environs	45	43	26	70	19	58	62
Portneuf, Creste du Tort et Varennes	40	39	25	59	19	39	58
St-Ours et Deschambault	21	13	10	29	8	27	21
Les communautés ecclésiastiques religieuses ont aux champs	5	6	49	0	2	1	8
Total du présent recensement	1791	1672	1522	2584	988	2168	2660
<i>SAUVAGES HABITUÉS PROCHE DES FRANÇOIS</i>							
À St-François Xavier du Sault	145	195	23	173	22	122	217
À la Montagne de Montréal	50	60	21	33	14	40	74
À Sillery	104	132	55	73	45	75	177

<i>Seigneurie</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Grands garçons</i>	<i>Petits garçons</i>	<i>Grandes filles</i>	<i>Petites filles</i>	<i>Nbr. de filles en âge de porter</i>
À Lorette	29	38	14	39	9	17	47
Total	330	425	113	326	90	254	515
Les Français et les sauvages ensemble	2121	2097	1635	2910	1078	2422	3175
TOTAL FRANÇAIS				10725			
TOTAL SAUVAGES				1538			
EN TOUT				12263			

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G1, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 10. Abrégé du recensement de la Nouvelle-France en 1688

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Évêques	2
Prestres et religieux	116
Religieuses	102
Hommes	1744
Femmes	1741
Garçons au dessus de 15 ans	1324
Petits garçons	1767
Filles au dessus de 12 ans	1016
Petites filles	1992
Engagés	234
Sauvages	400
Sauvagesses	410
Garçons et filles des sauvages	401
Total	11249

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G1, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

Appendice 11. Recensement général du gouvernement de Canada, 1688

<i>Seigneurie</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Garçons au dessus de 15 ans</i>	<i>Petits garçons</i>	<i>Filles au dessus de 12 ans</i>	<i>Petites filles</i>	<i>Engagés</i>	<i>Filles en âge d'enfanter</i>
<i>SEIGNEURIES DE LA CÔTE DU NORD</i>								
Beaupré depuis la Baye St-Paul jusqu'au Sault								
Montrency	124	117	100	*	93	107	25	210
Beauport	45	44	28	45	30	52	8	74
Isle et Comté								
St-Laurens	180	184	151	236	141	248	17	325
Québec	213	235	288	270	135	266	0	370
Charlesbourg, Nôtre Dame des Anges, Sillery et St- Michel	109	108	79	125	75	89	27	183
Comté d'Ornneville, St-Bernard, Cap Rouge et Gaudeville	63	77	28	88	24	67	0	101
De Maure, Neuville et la Pointe aux écureuils	85	85	69	114	54	114	0	139
Paroisse de Port Neuf, les Grondines et Ste-Anne	27	32	22	40	144	30	11	46
Batiscan, Champlain et Mansollet	104	98	66	145	64	107	8	162
Cap de la Madeleine	18	22	23	22	16	25	1	38
Les Trois Rivières	30	35	29	17	28	40	10	63
Lavaltrie, Repentigny et Ste-Thérèse	41	40	19	43	12	44	3	52
La Chenaye et l'Isle Jésus	17	21	13	*	1	35	9	22
Isle de Montréal	254	252	167	278	93	249	67	345
<i>CÔTÉ DU SUD EN DESCENDANT</i>								

<i>Seigneurie</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Garçons au dessus de 15 ans</i>	<i>Petits garçons</i>	<i>Filles au dessus de 12 ans</i>	<i>Petites filles</i>	<i>Engagés</i>	<i>Filles en âge d'enfanter</i>
Chasteaugué, Isle St-Paul et la Prairie de la Madeleine	39	41	27	*	16	58	18	57
Longueuil et le Tremblay	28	27	17	43	11	34	0	38
Boucherville et le Cap Varenne	59	55	39	78	33	67	6	88
Cap St- Michel, Boiseseau et Verchère	21	18	11	30	11	16	0	29
Contrecoeur et St-Ours	25	25	15	36	16	32	0	41
Saurel et St- François	35	34	20	44	19	44	13	53
St-Antoine et Cresse	18	10	2	10	4	3	1	14
Dutort et Béccancour	28	15	13	20	10	26	0	25
Gentilly et Lorbinière	15	14	7	24	10	22	6	24
Ste-Croix et Villieu	10	10	9	15	4	7	0	14
Seigneurie de Lauson	45	43	46	84	51	88	13	94
Beau*	14	12	11	13	7	14	0	19
La Duvantaye et Berthier	15	15	5	12	7	18	0	22
L'Espinay en Rivière du sud et Isle aux Oyes et aux grues	17	18	17	25	7	15	1	25
Vinectore et Gagnier	15	12	10	24	8	15	1	20
La Grande anse et La Bouteillerie	22	18	16	35	17	28	0	35
Rivière du Loup et environs	1	1	10	1*	0	0	0	1
Total des 63 seigneuries	1744	1741	1324	1767	1016	1992	234	2757
<i>SAUVAGES HABITUÉS PROCHE DES FRANÇOIS</i>								

<i>Seigneurie</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Garçons au dessus de 15 ans</i>	<i>Petits garçons</i>	<i>Filles au dessus de 12 ans</i>	<i>Petites filles</i>	<i>Engagés</i>	<i>Filles en âge d'enfanter</i>
St-François Xavier du Sault	160	130	25	60	28	32	0	158
À la Montagne de Montréal	42	65	18	21	12	20	0	77
À Sillery	161	163	26	46	54	69	0	217
À Lorette	37	52	12	11	6	8	0	58
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>410</b>	<b>80</b>	<b>140</b>	<b>46</b>	<b>135</b>	<b>0</b>	<b>456</b>
Les François et les Sauvages ensemble	2144	2151	1404	1907	1062	2127	234	3213
<b>Total personnes françoises</b>					9818			
<b>Sauvages</b>					1211			
<b>Total</b>					11029			

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

Appendice 12. Recensement de Canada, 1692

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Filles au dessus de 15 ans	862
Filles au dessous de 15 ans	2327
Filles sauvages au dessus de 15 ans	42
Filles sauvages au dessous de 15 ans	219
Femmes	1822
Sauvagesses	446

Note : Ce dénombrement n'inclut que le sexe féminin des ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

Appendice 13. Recensement de Canada, 1695

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
<i>MASLES</i>	
Prestres et ecclésiastiques	59
Jesuites	41
Recolets	33
Frères hospitaliers	5
Hommes au-dessus de 50 ans	768
Hommes au-dessous de 50 ans	1411
Garçons au-dessus de 15 ans	1754
Garçons au-dessous de 15 ans	2872

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Sauvages au-dessus de 50 ans	56
Sauvages au-dessous de 50 ans	188
Garçons sauvages au-dessus de 15 ans	61
Garçons sauvages au-dessous de 15 ans	91
Total des masles	7339
<i>FEMELLES</i>	
Ursulines	38
Hospitalières	61
Filles de la congrégation	48
Femmes & veuves	2168
Filles au-dessus de 15 ans	1015
Filles au-dessous de 15 ans	2513
Femmes & veuves sauvagesses	343
Filles sauvagesses au-dessus de 15 ans	38
Filles sauvagesses au-dessous de 15 ans	76
Total des femelles	6300
Total	13 639

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 14. Recensement général du Canada de l'année 1698

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Femmes et veuves	2277
Filles au-dessus de 15 ans	1302
Filles au-dessous de 15 ans	899
Femmes et veuves sauvagesses	546
Filles sauvagesses au-dessus de 15 ans	97
Filles sauvagesses au-dessous de 15 ans	212
Total	5333

Note : Ce dénombrement n'inclut que le sexe féminin des ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 15. Recensement de la colonie de Canada, 1706

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Prestres	43
Jesuites	34
Recolets	24
Religieuses Ursulines	41
Religieuses de l'Hôtel Dieu	69
Religieuses de l'Hôpital général	10
Sœurs de la Congrégation	68
Curés	33
Hommes au dessus de 50 ans	842
Hommes au dessous	2054
Femmes et veuves	2665
Garçons au dessus de 15 ans	1828
Garçons au dessous	3828
Filles au dessus de 15 ans	1277

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Filles au dessous	3923
Total	16739

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 16. Recensement général de ce qui compose la Colonie du Canada, 1707

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	462	1107	1470	9688	2303	722	2334
Gouvernement des Trois Rivières	105	152	237	228	350	173	335
Gouvernement de Montréal	244	868	1003	653	1682	339	1672
Total	811	2127	2710	1849	4335	1234	4341

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 17. Recensement général qui compose la colonie de Canada, 1712

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Hommes au-dessus de 50 ans	734
Hommes au-dessous de 50 ans	2002
Femmes et veuves	2588
Garçons au-dessus de 15 ans	2029
Garçons au-dessous de 15 ans	4693
Filles au-dessus de 15 ans	1617
Filles au-dessous de 15 ans	4733
Total	18396

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 18. Recensement de la colonie du Canada, Année 1713

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Hommes au-dessus de 50 ans	725
Hommes au-dessous de 50 ans	2143
Femmes et veuves	2930
Garçons au-dessus de 15 ans	2031
Garçons au-dessous de 15 ans	3158 (4158)
Filles au-dessus de 15 ans	1851
Filles au-dessous de 15 ans	4331
Total	17169

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

## Appendice 19. Recensement de la colonie de 1716

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Curés, Prestres et Eclesiastiques	68
Jesuites	31
Recolets	21
Religieuses et sœurs converses de l'Hôtel Dieu	102
Religieuses Ursulines	51
Religieuses de l'Hôpital général	12
Sœurs de la Congrégation	74
Familles Français	(3295)
Hommes au dessus de 50 ans	855
Hommes au dessous de 50 ans	2463
Garçons au dessus de 15 ans	2203
Femmes et veuves	3340
Garçons au dessous de 15 ans	4856
Filles au dessus de 15 ans	2053
Filles au dessous de 15 ans	4761
Sauvages	
Hommes au dessus de 50 ans	118
Hommes au dessous de 50 ans	350
Femmes et veuves	620
Garçons au dessus de 15 ans	144
Garçons au dessous de 15 ans	320
Filles au dessus de 15 ans	105
Filles au dessous de 15 ans	279
Total des âmes	22826

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

## Appendice 20. Recensement de la colonie de la Nouvelle-France de l'année 1716

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	447	1326	1767	1287	2711	1076	2565
Gouvernement des Trois Rivières	77	174	290	210	338	217	362
Gouvernement de Montréal	331	963	1283	706	1807	760	1834
Total	855	2463	3340	2203	4856	2053	4761

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, Recensements de 1685 à 1750.

## Appendice 21. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1718

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons</i>	<i>Filles</i>
Gouvernement de Québec	1937	2057	4311	4039

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons</i>	<i>Filles</i>
Gouvernement des Trois Rivières	300	345	649	629
Gouvernement de Montréal	1 425	1 324	2 951	2 816
<b>Total</b>	<b>3 662</b>	<b>3 726</b>	<b>7 911</b>	<b>7 484</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 22. Recensement de la colonie de 1719

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Prestres du séminaire	18
Jesuistes	16
Recolets	12
Religieuses de l'Hôtel Dieu	106
Religieuses Ursulines	50
Religieuses de l'Hôpital général	12
Sœurs de la Congrégation	68
Curés	51
Hommes au dessus de 50 ans	1 241
Hommes au dessous de 50 ans	2 575
Garçons au dessus de 15 ans	2 388
Garçons au dessous de 15 ans	4 978
Femmes et veuves	3 557
Filles au dessus de 15 ans	2 461
Filles au dessous de 15 ans	4 997
<b>Total des âmes</b>	<b>22 530</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

#### Appendice 23. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1719

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Québec	670	1 296	1 905	1 430	2 702	1 314	2 680
Trois Rivières	91	231	277	201	390	219	329
Montréal	480	1 048	1 375	757	1 886	928	1 988
<b>Total</b>	<b>1 241</b>	<b>2 575</b>	<b>3 557</b>	<b>2 388</b>	<b>4 978</b>	<b>2 461</b>	<b>4 997</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 24. Recensement de la colonie de 1720

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Prestres des missions étrangères	31
Curés et missionnaires	69
Jesuites	24

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Recolets	32
Religieuses	175
Hommes au dessus de 50 ans	1274
Hommes au dessous de 50 ans	3020
Hommes absents	315
Garçons au dessus de 15 ans	2677
Femmes et veuves	3782
Garçons au dessous de 15 ans	5052
Filles au dessus de 15 ans	2734
Filles au dessous de 15 ans	5249
Total des ames	24434

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

#### Appendice 25. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1720

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Hommes au-dessus de 50 ans	1274
Hommes au-dessous	3020
Hommes absents	315
Femmes et veuves	3782
Garçons au-dessus de 15 ans	2677
Garçons au-dessous de 15 ans	5052
Filles au-dessus de 15 ans	2794
Filles au-dessous de 15 ans	5249
Total	24163

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 26. Recensement de la colonie de 1721

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Prestres du séminaire	31
Jesuittes	24
Recolets	32
Religieuses de l'Hôtel Dieu	111
Religieuses Ursulines	79
Religieuses de l'Hôpital général	23
Sœurs de la Congrégation	76
Frères hospitaliers	6
Curés ou missionnaires	59
Familles	(4183)
Hommes au dessus de 50 ans	1314
Hommes au dessous	2857
Hommes absents	282
Femmes et veuves	4107
Garçons au dessus de 15 ans	3361
Garçons au dessous	3970
Filles au dessus de 15 ans	3351

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Filles au dessous	5 269
Total	24 952

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

#### Appendice 27. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1721

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	688	1 447	153	2 067	1 726	2 604	1 673	2 531
Gouvernement de Trois Rivières	114	252	36	372	341	424	333	468
Gouvernement de Montréal	512	1 158	93	1 668	1 294	942	1 345	2 270
Total	1 314	2 857	282	4 107	3 361	3 970	3 351	5 269

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 28. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1722

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	708	1 476	175	2 090	1 749	2 343	1 750	2 668
Gouvernement de Trois Rivières	116	248	35	384	351	219	386	499
Gouvernement de Montréal	509	1 167	95	1 652	1 324	1 887	1 425	2 297
Total				3 126				
	1 333	2 891	305	[4 126]	3 424	4 549	361	5 464

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 29. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1723

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	518	1 257	125	1 768	1 172	2 572	1 180	2 497
Gouvernement de Trois Rivières	663	1 617	133	2 189	1 625	1 790	1 421	2 744
Gouvernement	120	271	74	366	302	432	316	427

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
de Montréal								
Total	1301	3145	332	4323	3099	4794	2917	5668

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 30. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1724

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	671	1624	141	2203	1635	2790	1430	2762
Gouvernement de Trois Rivières	124	261	74	366	303	434	321	439
Gouvernement de Montréal	521	1246	125	1783	1176	2574	1180	2527
Total	1316	3131	340	4352	3114	5798	2931	5728

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 31. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1726

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	751	1631	129	2411	1947	3105	1751	2988
Gouvernement de Trois Rivières	127	259	11	382	386	506	378	470
Gouvernement de Montréal	491	1409	98	1898	1429	2750	1434	2655
Total	1369	3299	238	4691	3762	6361	3563	6113

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

#### Appendice 32. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1727

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	802	1694	72	2478	2068	3295	1838	3237
Gouvernement de Trois Rivières	131	272	5	403	402	527	396	514

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Montréal	515	1423	41	1971	1359	2954	1477	2839
Total	1448	3389	118	4852	3829	6776	3711	6590

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

### Appendice 33. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1730

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	800	2122	113	2869	1802	3898	1623	3785
Gouvernement de Trois Rivières	214	402	21	563	404	704	346	664
Gouvernement de Montréal	731	1567	80	2296	1507	2999	1362	2810
Total	1745	4091	214	5728	3713	7601	3331	7279

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

### Appendice 34. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1732

<i>Gouvernement</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	842	2169	61	2933	1916	4025	1706	3909
Gouvernement de Trois Rivières	233	408	4	610	446	751	375	715
Gouvernement de Montréal	781	1640	36	2383	1599	3165	1439	2918
Total	1856	4217	101	5926	3961	7941	3520	7542

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

### Appendice 35. Extrait du recensement général fait en la Nouvelle France en 1734

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Curés ou missionnaires	83
Prestres ou chanoines	32
Jesuites	18
Recolets	27
Religieuses de l'Hôtel Dieu	97
Ursulines	80

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Religieuses de l'Hôpital général / Frères	
Charons	31
Sœurs de la Congrégation	96
Familles	(6422)
Hommes au-dessus de 50 ans	1718
Hommes au-dessous de 50 ans	4588
Hommes absents	430
Femmes et veuves	6593
Garçons au-dessus de 15 ans	3805
Garçons au-dessous de 15 ans	8342
Filles au-dessus de 15 ans	3650
Filles au-dessous de 15 ans	8122
<b>Total</b>	<b>37712</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

Appendice 36. Recapitulation du recensement de la colonie de l'année 1735 à 1736

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Curés	79
Chanoines et ecclésiastiq des séminaires	31
Jésuites	17
Recolets	40
Religieuses Ursulines	79
Religieuses de l'Hôtel-Dieu	86
Religieuses de l'Hôpital général	30
Frères Charons	6
Filles de la congrégation	67
Familles	(6758)
Hommes au dessus de cinquante ans	1790
Hommes au dessous	4994
Hommes absents	276
Femmes et veuves	6631
Garçons au dessus de 15 ans	4067
Garçons au dessous	8841
Filles au dessus de 15 ans	3863
Filles au dessous	8599
<b>Total</b>	<b>39496</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

Appendice 37. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1736

<i>Gouvernement</i>	<i>Familles</i>	<i>Hommes</i> <i>&gt; 50</i> <i>ans</i>	<i>Hommes</i> <i>&lt; 50</i> <i>ans</i>	<i>Hommes</i> <i>absents</i>	<i>Femmes</i> <i>&amp;</i> <i>veuves</i>	<i>Garçons</i> <i>&gt; 15</i> <i>ans</i>	<i>Garçons</i> <i>&lt; 15</i> <i>ans</i>	<i>Filles</i> <i>&gt; 15</i> <i>ans</i>	<i>Filles</i> <i>&lt; 15</i> <i>ans</i>
Gouvernement									
de Québec	3368	798	2593	110	3452	2144	4461	2119	4258
Gouvernement	670	198	473	27	595	461	885	427	854

<i>Gouvernement</i>	<i>Familles</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp;#x26 veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
de Trois Rivières Gouvernement de Montréal	2720	794	1928	139	2584	1462	3495	1317	3487
<b>Total</b>	<b>6758</b>	<b>1790</b>	<b>4994</b>	<b>276</b>	<b>6631</b>	<b>4067</b>	<b>8841</b>	<b>3863</b>	<b>8599</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

Appendice 38. Extrait du recensement général de la colonie de la Nouvelle-France pour l'année 1737

<i>Description</i>	<i>Dénombrement</i>
Curés ou missionnaires	80
Chanoines et prestres du séminaire	33
Jesuites	22
Recolets	42
Religieuses de l'Hôtel Dieu	83
Religieuses Ursulines	89
Religieuses de l'Hôpital général	55
Sœurs de la Congrégation	67
Familles	(6872)
Hommes au dessus de cinquante ans	1791
Hommes au dessous	5347
Hommes absents	240
Femmes et veuves	6804
Garçons au dessus de 15 ans	4263
Garçons au dessous	9067
Filles au dessus de 15 ans	4039
Filles au dessous	8419
<b>Total</b>	<b>40441</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 460, Partie 1.

Appendice 39. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1737

<i>Gouvernement</i>	<i>Familles</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp;#x26 veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	3438	894	2835	82	3434	2269	4865	2192	4574
Gouvernement de Trois Rivières	658	202	464	22	559	417	804	409	638
Gouvernement de Montréal	2716	683	2006	136	2767	1554	3321	1420	3136
<b>Total</b>	<b>6812</b>	<b>1779</b>	<b>5305</b>	<b>240</b>	<b>6760</b>	<b>4240</b>	<b>8990</b>	<b>4021</b>	<b>8348</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

Appendice 40. Recensement général de la colonie du Canada, Année 1739

<i>Gouvernement</i>	<i>Familles</i>	<i>Hommes &gt; 50 ans</i>	<i>Hommes &lt; 50 ans</i>	<i>Hommes absents</i>	<i>Femmes &amp; veuves</i>	<i>Garçons &gt; 15 ans</i>	<i>Garçons &lt; 15 ans</i>	<i>Filles &gt; 15 ans</i>	<i>Filles &lt; 15 ans</i>
Gouvernement de Québec	3595	1072	2884	156	3591	2387	4980	2281	4758
Gouvernement de Trois Rivières	712	216	531	33	670	517	890	416	876
Gouvernement de Montréal	3063	786	2176	131	3027	1765	3494	1621	3666
<b>Total</b>	<b>7368</b>	<b>2074</b>	<b>5591</b>	<b>320</b>	<b>7288</b>	<b>4669</b>	<b>9364</b>	<b>4318</b>	<b>9300</b>

Note : Ce dénombrement n'inclut que les ressources humaines de la colonie.

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG1, G<sup>1</sup>, Vol. 461, *Recensements de 1685 à 1750*.

Appendice 41. A General Return of the Government of Montreal in the Year 1761

<i>Description</i>	<i>Quantity</i>
Men or boys from 16 to 60	1764
Men above the age of 60 years	777
Boys under the age of 16	5142
Slaves or negroes males above 16 years of age	47
Slaves or negroes males, under 16 years of age	35
Married women or widows	5849
Girls above 12 years old	5090
Girls under 12 years old	3005
Slaves or negroes female above 16 years old	73
Slaves or negroes female, under 16 years old	80
<i>RELIGIOUS COMMUNITIES</i>	
Priests of the Seminary St-Sulpice	17
RRPP Jesuits	4
Recollets	14
Sisters of the Hospital Dieu	36
Sisters of the Congregation	48
Sisters of the General Hospital	17
Secular cural *	24
<i>STATE OF POPULATION</i>	
Males	1009
Females	1005
<i>INDIANS IN THE VILLAGES COCHNAWAGC, KONISADAGO</i>	
Men	234
Boys	176
Women	343
Girl	133
<b>Souls in the Government of Montreal – Total</b>	<b>28903</b>

Source : Canada, Ottawa, Archives des colonies, MG11, CO 323, Vol. 16, Fol. 89-89v (Reel B-3498).

Appendice 42. La fièvre puerpérale au Québec, 1894-1899

Année	Villes de Montréal, Québec et Trois Rivières			Autres comtés du Québec			Ensemble des villes et comtés du Québec		
	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)
1894	10149	38	37,44	43346	75	17,30	53495	113	21,12
1895	11403	48	42,09	47247	126	26,67	58650	174	29,67
1896	11639	34	29,21	48003	100	20,83	59642	134	22,47
1897	11849	29	24,47	46584	103	22,11	58433	132	22,59
1898	9929	20	20,14	50416	66	13,09	60345	86	14,25
1899	9470	23	24,29	47290	86	18,19	56760	109	19,20

Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1895-1900* (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1895-1900.

Appendice 43. La fièvre puerpérale dans les principales villes du Québec, 1894-1899

Année	Ville de Montréal			Ville de Québec			Ville de Trois Rivières		
	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)
1894	8223	37	44,99	1583	1	6,32	343	0	0,00
1895	8596	42	48,86	2454	5	20,37	353	1	28,33
1896	8938	31	34,68	2346	3	12,79	355	0	0,00

Année	Ville de Montréal			Ville de Québec			Ville de Trois Rivières		
	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)
1897	9152	26	28,41	2310	3	12,99	387	0	0,00
1898	7418	20	26,96	2124	0	0,00	387	0	0,00
1899	7715	22	28,52	1332	1	7,51	423	0	0,00

Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1895-1900* (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1895-1900.

## Appendice 44. La fièvre puerpérale au Québec, 1900-1934

Année	Villes de Montréal, Québec et Trois Rivières			Autres comtés du Québec			Ensemble des villes et comtés du Québec		
	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)
1900	9625	27	28,05	45976	87	18,92	55601	114	20,50
1901	10306	36	34,93	45092	88	19,52	55398	124	22,38
1902	8681	21	24,19	44453	92	20,70	53134	113	21,27
1903	10655	19	17,83	49764	97	19,49	60419	116	19,20
1904	9560	18	18,83	51171	104	20,32	60731	122	20,09
1905	9350	20	21,39	50064	65	12,98	59414	85	14,31
1906	11451	36	31,44	50123	70	13,97	61564	106	17,22
1907	11808	30	25,41	46658	90	19,29	58466	120	20,52
1908	10443	29	27,77	54471	63	11,57	64914	92	14,17

Année	Villes de Montréal, Québec et Trois Rivières			Autres comtés du Québec			Ensemble des villes et comtés du Québec		
	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)
1909	17764	28	15,76	53314	75	14,07	71078	103	14,49
1910	20030	40	19,97	53794	81	15,06	73824	121	16,39
1911	20823	31	14,89	53652	68	12,67	74475	99	13,29
1912	22413	48	21,42	54234	91	16,78	76647	139	18,14
1913	24242	45	18,56	54847	84	15,32	79089	129	16,31
1914	24182	68	28,12	56179	88	15,66	80361	156	19,41
1915	24786	42	16,95	58488	76	12,99	83274	118	14,17
1916	24121	35	14,51	56206	79	14,06	80327	114	14,19
1917	23851	49	20,54	56530	59	10,44	80381	108	13,44
1918	20373	39	19,14	59757	55	9,20	80130	94	11,73
1919	24442	28	11,46	55639	49	8,81	80081	77	9,62
1920	25912	41	15,82	60416	74	12,25	86328	115	13,32
1921	21136	53	25,08	62643	58	9,26	83779	111	13,25
1922	25990	41	15,78	62387	61	9,78	88377	102	11,54
1923	25155	33	13,12	58424	64	10,95	83579	97	11,61
1924	26765	40	14,95	60165	56	9,31	86930	96	11,04
1925	27289	29	10,63	60238	32	5,31	87527	61	6,97
1926	--	--	--	--	--	--	82165	146	17,77
1927	--	--	--	--	--	--	83064	151	18,18
1928	--	--	--	--	--	--	83621	146	17,46
1929	--	--	--	--	--	--	81380	130	15,97
1930	--	--	--	--	--	--	83625	170	20,33
1931	--	--	--	--	--	--	83606	131	15,67

Année	Villes de Montréal, Québec et Trois Rivières			Autres comtés du Québec			Ensemble des villes et comtés du Québec		
	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)
1932	--	--	--	--	--	--	82216	134	16,30
1933	--	--	--	--	--	--	76920	95	12,35
1934	--	--	--	--	--	--	76432	117	15,31

Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1901-1923* (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1901-1923 ; Service provincial d'hygiène, *Rapport du service provincial d'hygiène de la province de Québec, 1924-1935*, Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1924-1935.

Appendice 45. La fièvre puerpérale dans les principales villes du Québec, 1900-1925

Année	Ville de Montréal			Ville de Québec			Ville de Trois Rivières		
	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (: 10000)
1900	7722	24	31,08	1540	3	19,48	363	0	0,00
1901	7765	32	41,21	2104	4	19,01	437	0	0,00
1902	6109	20	32,74	2207	1	4,53	365	0	0,00
1903	8344	15	17,98	1864	2	10,73	447	2	44,74
1904	7712	16	20,75	1360	2	14,71	488	0	0,00
1905	7326	15	20,48	1498	1	6,68	526	4	76,05
1906	8456	27	31,93	2495	8	32,06	500	1	20,00
1907	9075	29	31,96	2276	1	4,39	457	0	0,00

Année	Ville de Montréal			Ville de Québec			Ville de Trois Rivières		
	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (:10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (:10000)	Naissances	Mortalités par fièvre puerpérale	Taux de mortalité par F.P. (:10000)
1908	8119	27	33,26	1813	2	11,03	511	0	0,00
1909	14678	23	15,67	2547	3	11,78	539	2	37,11
1910	16616	38	22,87	2870	2	6,97	544	0	0,00
1911	17637	27	15,31	2666	3	11,25	520	1	19,23
1912	19107	40	20,93	2705	7	25,88	601	1	16,64
1913	20490	44	21,47	3096	1	3,23	656	0	0,00
1914	20386	58	28,45	3136	6	19,13	660	4	60,61
1915	20692	40	19,33	3417	2	5,85	677	0	0,00
1916	19759	31	15,69	3688	4	10,85	674	0	0,00
1917	19664	43	21,87	3514	5	14,23	673	1	14,86
1918	20373	33	16,20	3811	3	7,87	728	3	41,20
1919	19959	24	12,02	3673	4	10,89	810	0	0,00
1920	21180	36	17,00	3817	4	10,48	915	1	10,93
1921	21136	44	20,82	4015	7	17,43	955	2	20,94
1922	20720	34	16,41	4255	6	14,10	1015	1	9,85
1923	19933	25	12,54	4286	7	16,33	936	1	10,68
1924	21500	33	15,35	4227	4	9,46	1038	3	28,90
1925	21976	22	10,01	4154	4	9,63	1159	3	25,88

Source : Conseil d'hygiène de la province de Québec, *Rapport du Conseil d'hygiène de la province de Québec, 1901-1923* (Rapport annuel), Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1901-1923 ; Service provincial d'hygiène, *Rapport du service provincial d'hygiène de la province de Québec, 1924-1935*, Québec, Charles François Langlois, Imprimeur de sa Très Excellente Majesté la Reine, 1924-1935.

Appendice 46. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1921

1	9	2	1	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	Huit Provinces
				2156	13021	11 465	--	74152	18478	22493	16561	10563	168979
				2	9	6	--	75	24	33	26	14	189
				9,28	6,91	5,23	--	10,11	12,99	14,67	15,70	13,25	11,18

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1923. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924.

Appendice 47. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1922

1	9	2	2	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	Huit Provinces
				2055	12591	11 461	--	71264	17694	21897	15896	9694	162552
				2	12	14	--	59	24	31	22	9	173
				9,73	9,53	12,22	--	8,28	13,56	14,16	13,84	9,28	10,64

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1922-1923. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1924.

Appendice 48. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1924

1	9	2	4	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	Huit Provinces
			<i>Naisances vivantes</i>	1763	11703	10654	--	71126	15445	21085	14265	9700	155741
			<i>Mortalité par fièvre puerpérale</i>	3	19	12	--	119	26	43	26	20	268
			<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>	17,02	16,24	11,26	--	16,73	16,83	20,39	18,23	20,62	17,21

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1925. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance, Ottawa, F.A. Ackland, 1926, p. 153, 176.*

Appendice 49. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1925

1	9	2	5	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	Huit Provinces
			<i>Naisances vivantes</i>	1672	11400	10929	--	70067	14866	20488	14924	10163	154509
			<i>Mortalité par fièvre puerpérale</i>	5	18	13	--	102	33	43	26	19	259
			<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>	29,90	15,79	11,90	--	14,56	22,20	20,99	17,42	18,70	16,76

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1926. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance, Ottawa, F.A. Ackland, 1927, p. 150, 167.*

Appendice 50. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1926

1	9	2	6	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				1751	10931	10297	82165	67482	14660	20557	14456	9906	232205
				2	20	19	146	118	40	54	18	15	432
				11,42	18,30	18,45	17,77	17,49	27,29	26,27	12,45	15,14	18,60
				Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1927-1928. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance, Ottawa, F.A. Ackland, 1928, p. 167, 187.*

Appendice 51. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1927

1	9	2	7	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				1697	11054	10453	83064	67671	14129	20925	14630	9982	233605
				1	15	12	151	143	23	50	29	24	448
				5,89	13,57	11,48	18,18	21,13	16,28	23,89	19,82	24,04	19,18
				Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1929. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance, Ottawa, F.A. Ackland, 1929, p. 161, 179.*

Appendice 52. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1928

1	9	2	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
		Naiissances vivantes	1806	10899	10024	83621	68420	14504	21100	15508	10312	236194
		Mortalité par fièvre puerpérale	0	11	22	146	120	21	53	42	23	438
		Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)	0,00	10,09	21,95	17,46	17,54	14,48	25,12	27,08	22,30	18,54

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1930. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1930, p. 142, 167.*

Appendice 53. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1929

1	9	2	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
		Naiissances vivantes	1668	10672	10224	81380	68411	14236	21310	16748	10266	234915
		Mortalité par fièvre puerpérale	3	15	26	130	111	36	49	68	22	460
		Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)	17,98	14,06	25,43	15,97	16,23	25,29	22,99	40,60	21,43	19,58

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1931. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1932, p. 143, 174.*

Appendice 54. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1930

1	9	3	0	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
			<i>Naissances vivantes</i>	1749	11 346	10 534	83 625	71 263	14 411	22 051	17 649	10 867	243 495
			<i>Mortalité par fièvre puerpérale</i>	1	21	19	170	153	28	43	48	18	501
			<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>	5,72	18,51	18,04	20,33	21,47	19,43	19,50	27,20	16,56	20,58

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1932. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A.*  
Ackland, 1932, p. 121, 148.

Appendice 55. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1931

1	9	3	1	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
			<i>Naissances vivantes</i>	1 879	11 615	10 801	83 606	69 209	14 376	21 331	17 252	10 404	240 473
			<i>Mortalité par fièvre puerpérale</i>	4	13	10	131	78	25	20	19	10	310
			<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>	21,29	11,19	9,26	15,67	11,27	17,39	9,38	11,01	9,61	12,89

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1933. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A.*  
Ackland, 1933, p. 150, 184.

Appendice 56. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1932

1	9	3	2	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				2027	11 629	10 810	82 216	66 842	14 124	20 814	16 990	10 214	235 666
				6	12	12	134	56	19	18	18	7	282
				29,60	10,32	11,10	16,30	8,38	13,45	8,65	10,59	6,85	11,97
				<i>Mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>									
				<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale</i>									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1934-35. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance, Ottawa, F.A. Ackland, 1935, p. 179, 210.*

Appendice 57. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1933

1	9	3	3	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				1 946	11 164	10 037	76 920	63 646	13 304	20 145	16 123	9 583	222 868
				2	10	11	95	80	14	16	9	12	249
				10,28	8,96	10,96	12,35	12,57	10,52	7,94	5,58	12,52	11,17
				<i>Mortalité par fièvre puerpérale</i>									
				<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1934-35. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance, Ottawa, F.A. Ackland, 1935, p. 179, 210.*

Appendice 58. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1934

1	9	3	4	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
		Naisances vivantes		1943	11 407	10 164	76 432	62 234	13 310	19 764	16 236	9 813	221 303
		Mortalité par fièvre puerpérale		3	16	14	117	69	6	21	17	9	272
		Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)		15,44	14,03	13,77	15,31	11,09	4,51	10,63	10,47	9,17	12,29

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1936. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A.* Ackland, 1936, p. 157, 188.

Appendice 59. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1935

1	9	3	5	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
		Naisances vivantes		2010	11 617	10 388	75 267	63 069	13 335	19 569	16 183	10 013	221 451
		Mortalité par fièvre puerpérale		2	13	7	126	49	17	21	18	6	259
		Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)		9,95	11,19	6,74	16,74	7,77	12,75	10,73	11,12	5,99	11,70

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1937. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A.* Ackland, 1937, p. 164, 185.

Appendice 60. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1936

1	9	3	6	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
			<i>Naissances vivantes</i>	1977	11 808	10 513	75 285	62 451	12 855	19 125	15 786	10 571	220 371
			<i>Mortalité par fièvre puerpérale</i>	1	10	14	129	85	20	17	22	7	305
			<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>	5,07	8,47	13,32	17,13	13,61	15,56	8,89	13,94	6,62	13,84

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1938. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1938, p. 166, 194-195.*

Appendice 61. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1937

1	9	3	7	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
			<i>Naissances vivantes</i>	2093	11 572	10 580	75 635	61 645	12 888	18 640	15 903	11 279	220 235
			<i>Mortalité par fièvre puerpérale</i>	4	6	7	109	65	5	22	20	9	247
			<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>	19,11	5,18	6,62	14,41	10,54	3,88	11,80	12,58	7,98	11,22

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1939. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1940, p. 125, 152.*

Appendice 62. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1938

1	9	3	8	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				1974	12241	11447	78145	65564	13478	18230	15891	12476	229446
				1	6	4	107	50	4	9	7	7	195
				5,07	4,90	3,49	13,69	7,63	2,97	4,94	4,41	5,61	8,50
				Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1940. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1940, p. 82.*

Appendice 63. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1939

1	9	3	9	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				2128	11825	11286	79621	64123	13583	18059	16470	12373	229468
				2	4	8	100	50	8	15	7	3	197
				9,40	3,38	7,09	12,56	7,80	5,89	8,31	4,25	2,42	8,59
				Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1941. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1941, p. 73, 102.*

Appendice 64. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1940

1	9	4	0	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				2097	12856	11700	83857	68524	14771	19322	17359	13830	244316
				1	4	8	101	35	10	10	10	4	183
				4,77	3,11	6,84	12,04	5,11	6,77	5,18	5,76	2,89	7,49
				<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1942. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1942, p. 117, 146.*

Appendice 65. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1941

1	9	4	1	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				2049	13903	12272	89209	72262	14812	18464	17308	15038	255317
				2	11	8	116	52	7	18	10	11	235
				9,76	7,91	6,52	13,00	7,20	4,73	9,75	5,78	7,31	9,20
				<i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1943-44. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1944, p. 143, 169.*

Appendice 66. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1942

1	9	4	2	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				2137	15306	12663	95031	78192	15670	18189	18317	16808	272313
				4	6	15	114	41	10	14	13	11	228
				18,72	3,92	11,85	12,00	5,24	6,38	7,70	7,10	6,54	8,37
				<i>Naisances vivantes</i> <i>Mortalité par fièvre puerpérale</i> <i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1943-44. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1944, p. 143, 169.

Appendice 67. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1943

1	9	4	3	I.P.-E.	N.-E.	N.-B.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	C.B.	C a n a d a
				2171	15394	13090	98744	81173	16412	18504	19290	18802	283580
				2	11	9	80	43	10	10	13	6	184
				9,21	7,15	6,88	8,10	5,30	6,09	5,40	6,74	3,19	6,49
				<i>Naisances vivantes</i> <i>Mortalité par fièvre puerpérale</i> <i>Taux mortalité par fièvre puerpérale (: 10 000)</i>									

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1945. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1946, p. 141, 170.

Appendice 68. Taux de mortalité par fièvre puerpérale au Canada, 1941-1950

<i>Année</i>	<i>Nombre de victimes mortelles de la fièvre puerpérale</i>	<i>Taux de mortalité par fièvre puerpérale ( : 10000)</i>
1941	235	9,20
1942	228	8,37
1943	184	6,49
1944	180	6,33
1945	178	6,16
1946	122	3,69
1947	93	2,59
1948	90	2,59
1949	--	--
1950	12	0,32

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1946-1952. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1947-1952.

Appendice 69. Mortalité due à la fièvre puerpérale et taux par 10000 naissances vivantes, 1950

<i>Province</i>	<i>Nbr. de victimes mortelles</i>	<i>Taux de mortalité par fièvre puerpérale (: 100 000)</i>
T.-N.	0	0,0
I.P.-E.	0	0,0
N.-E.	1	0,58
N.-B.	1	0,61
Qué.	2	0,17
Ont.	4	0,37
Man.	2	1,04
Sask.	0	0,0
Alta.	1	0,39
C.B.	1	0,37
Canada	12	0,32

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1953. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la puissance*, Ottawa, F.A. Ackland, 1953, p. 215.

Appendice 70. Mortalité due à la fièvre puerpérale et taux par 100000 naissances vivantes, 1951

<i>Province</i>	<i>Nbr. de victimes mortelles</i>	<i>Taux de mortalité par fièvre puerpérale (: 100 000)</i>
T.-N.	2	17,0
I.P.-E.	0	0,0
N.-E.	1	6,0
N.-B.	0	0,0
Qué.	7	6,0
Ont.	2	2,0
Man.	0	0,0
Sask.	1	5,0
Alta.	0	0,0
C.B.	1	4,0
Canada	14	4,0

Source : Bureau fédéral de la statistique, *Annuaire du Canada, 1954. Répertoire statistique officiel des ressources, de l'histoire, des institutions et de la situation économique et sociologique de la province, Ottawa, F.A. Ackland, 1954, p. 205.*