

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

QUI VA PAYER POUR LES MALADES INDIGENTS?
LA « PHILANTHROPIE D'ÉTAT », DU SOU DU PAUVRE À L'ASSISTANCE
PUBLIQUE AU QUÉBEC (1905-1930)

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN HISTOIRE

PAR
NOÉMIE CHAREST-BOURDON

AOÛT 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont au directeur de ce mémoire, Martin Petitclerc, pour la confiance qu'il m'a accordée et pour son soutien tout au long de mon cheminement à la maîtrise. Il a su alimenter ma curiosité insatiable par ses réflexions, critiques et suggestions de lectures. En m'engageant comme assistante, il m'a permis de prendre part à des projets de recherche stimulants en plus de me fournir une aide matérielle appréciable. Je remercie également mon codirecteur François Guérard, qui s'est joint un peu plus tard au projet, mais dont les lectures attentives et les commentaires ont permis d'améliorer considérablement la qualité de ce mémoire.

Je tiens à remercier le personnel des centres d'archives qui ont facilité mes recherches et ma collecte de documents. Merci notamment à Gilles Fontaine, des Archives de la Ville de Montréal, à Soeur Nicole Bussière, des Archives des Soeurs Hospitalières de Saint-Joseph, à Marthe Larochelle des Archives de l'Hôpital Notre-Dame, à Michel Dahan des Archives du Diocèse de Montréal ainsi qu'à Rénald Lessard et à Michel Simard des Archives nationales du Québec à Québec.

Je remercie la fondation BAnQ ainsi que la fondation de l'UQAM qui, en m'apportant un soutien financier, m'ont permis de me consacrer à ce mémoire.

Enfin, mes derniers remerciements – mais non les moindres – vont à mes collègues du CHRS, à mes camarades ainsi qu'à ma famille qui m'ont épaulée de diverses façons au cours des dernières années. À Edgar, qui n'a pas toujours compris ce que je fabriquais pendant toutes ces heures passées derrière mon écran, mais qui s'est montré compréhensif et qui s'est enthousiasmé à mes côtés pour toutes les petites joies qui ont ponctué mon parcours à la maîtrise.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I LA PRISE EN CHARGE DE L'INDIGENCE, ENTRE MUNICIPALITÉS, INSTITUTIONS ET ÉTAT	7
1.1 Administration municipale.....	8
1.2 L'hôpital au moment de la transition.....	13
1.2.1 Les institutions hospitalières	13
1.2.2 Populations hospitalisées et accès aux soins	16
1.3 Assistance privée/ assistance publique.....	18
1.3.1 La loi de l'assistance publique	21
1.4 Sources.....	24
CHAPITRE II ORGANISER LA CHARITÉ..	29
2.1 L'hôpital, institution charitable?.....	30
2.1.1 La catégorisation des patients	32
2.1.2 L'abus des soins charitables	37
2.1.3 Un <i>Central Hospital Board</i>	42
2.2 La Charity Organization Society et le contrôle des indigents étrangers	46
2.3 L'Assistance municipale.....	52
CHAPITRE III LE SOU DU PAUVRE, UNE TAXE POUR LES HÔPITAUX	61
3.1 Les réseaux hospitaliers de l'Ontario et du Québec	63
3.1.1 Le financement public des hôpitaux	63

3.1.2 Les hôpitaux généraux de Toronto et de Montréal	67
3.2 Le sou du pauvre	72
3.2.1 La requête des hôpitaux	72
3.2.2 Une taxe sur les lieux d'amusement	75
3.2.3 Fonctionnement et exigences.....	79
3.2.4 La taxe pour les hôpitaux.....	81
3.2.5 Les premières distributions.....	84
3.2.6 L'intervention de l'État provincial	86
3.3 Vers une loi provinciale pour le financement des hôpitaux	89
3.3.1 L'exigence de résidence évacuée.....	90
3.3.2 Les pressions de la Société médicale de Montréal et du MGH	92
3.3.3 La loi de l'hospitalisation des indigents	95
CHAPITRE IV	
L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET LA COMMISSION SUR LES	
HOSPITALISATIONS À MONTRÉAL	101
4.1 Le fonctionnement de la loi de l'assistance publique	103
4.1.1 Un financement tripartite.....	104
4.1.2 La preuve d'indigence	108
4.1.3 Enjeux de résidence	112
4.2 Une nouvelle crise des hôpitaux	116
4.2.1 Des difficultés financières persistantes.....	117
4.2.2 Une commission sur les hospitalisations à Montréal.....	120
4.2.3 Le rapport de la commission.....	124
4.3 Un recours contre les municipalités	130
CONCLUSION	135
BIBLIOGRAPHIE	141

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

2.1 Admissions au RVH, MGH et à l'HDSJ au tournant du siècle.....	34
2.2 Admissions au RVH et au MGH par catégorie de patients au tournant du siècle....	36
3.1 Comparaison des réseaux hospitaliers du Québec et de l'Ontario, 1916.....	66
3.2 États financiers du TGH et du MGH, 1890-1915.....	69
3.3 Proportion des revenus totaux du TGH et du MGH provenant du financement public et de la contribution des patients, 1890-1915.....	70

FIGURES

3.1 Fréquentation du TGH et du MGH exprimée en nombre de jours total d'hospitalisation par année, 1890-1915.....	68
4.1 Activités des hôpitaux montréalais, tableau tiré du rapport de la Commission des hospitalisations de Montréal, 1927.....	126

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ADM : Archives du Diocèse de Montréal
- AnQ-Q : Archives nationales du Québec à Québec
- ASGM : Archives des Soeurs Grises de Montréal
- ARHSJ : Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph
- AVM : Archives de la Ville de Montréalais
- BSPQ : Bureau des statistiques de la province de Québec
- COS : Charity Organization Society
- CMH : Children's Memorial Hospital
- DRALQ : Débats reconstitués de l'Assemblée législative du Québec
- HD : Hôtel-Dieu Saint-Joseph
- HND : Hôpital Notre-Dame
- HSJ : Hôpital Sainte-Justine
- IPPC : Inspector of Prisons and Public Charities (Ontario)
- MGH : Montreal General Hospital
- MMCS : Montreal Medico-Chirurgical Society
- MMJ : Montreal Medical Journal
- SMM : Société médicale de Montréal
- TGH : Toronto General Hospital
- RVH : Royal Victoria Hospital
- WH : Western Hospital

RÉSUMÉ

Ce mémoire analyse la mise en place des premières mesures de financement public visant la prise en charge institutionnelle de l'indigence, mesures qui venaient rompre avec la tradition non interventionniste des pouvoirs publics en matière de régulation de la pauvreté au Québec. Au début du XX^e siècle, face à des demandes d'assistance de plus en plus nombreuses, la municipalité de Montréal assume un rôle grandissant auprès des institutions charitables privées et crée un département dédié à l'assistance en 1905. Dans les hôpitaux généraux de la ville, qui se médicalisent et s'ouvrent aux malades de toutes les classes sociales à partir de la fin du XIX^e siècle, le problème de l'accès aux soins hospitaliers pour les plus démunis est d'abord formulé dans les termes de l'abus de la charité. La situation financière critique des hôpitaux dans les années 1910 réoriente la réflexion et mène les institutions hospitalières à revendiquer la mise en place d'un financement public systématique pour l'hospitalisation des malades indigents.

Une taxe sur les lieux d'amusements, le sou du pauvre, est implantée à Montréal en 1915 afin de financer la prise en charge des malades indigents montréalais dans les hôpitaux. Or, l'importance de la fréquentation des hôpitaux de la métropole, qui soignent des malades provenant de nombreuses autres municipalités, met rapidement en évidence l'insuffisance de cette nouvelle mesure fiscale. Les administrations hospitalières font donc pression sur l'État provincial pour que soit établie une politique qui ferait contribuer l'ensemble des municipalités québécoises à l'entretien des malades indigents. Cela mène à l'adoption, en 1920, de la Loi concernant l'hospitalisation des malades indigents qui est rapidement remplacée par l'assistance publique, loi apportant une solution plus complète aux problèmes du sou du pauvre.

Le système de charité publique mis en place par la Loi établissant un Service d'assistance publique en 1921 articule la structure du financement autour de la reconnaissance de l'état d'indigence par la municipalité. Le pouvoir discrétionnaire accordé aux autorités municipales engendre l'insatisfaction des administrations hospitalières. Pour apaiser les tensions, la loi est amendée en 1929 afin d'autoriser un recours en justice contre les municipalités qui refusent de reconnaître leurs indigents, sans pour autant reconnaître un quelconque droit à l'assistance.

L'étude du sou du pauvre – cette politique municipale qui n'a fait l'objet d'aucune analyse jusqu'à aujourd'hui – et des politiques provinciales qui lui ont succédé en 1920 et 1921, nous permet de mettre en lumière le rôle méconnu des administrations hospitalières et du département d'Assistance municipale montréalais dans la régulation de la pauvreté et dans la formation de l'État québécois.

Mots-clés : Assistance publique, charité, formation de l'État, hôpitaux, indigence, Montréal, pauvreté, Québec, santé, sou du pauvre, taxe d'amusement.

INTRODUCTION

Ce mémoire porte sur la mise en place des premières politiques québécoises de prise en charge de la maladie pour les personnes pauvres. Alors que la prise en charge des enfants négligés ou délinquants, des aliénés et des criminels était encadrée par des lois provinciales depuis le XIX^e siècle, celle de l'indigence relevait entièrement de la charité et de l'initiative privée. Or, au tournant du XX^e siècle, les institutions d'assistance montréalaises peinent de plus en plus à répondre à la demande d'une population grandissante de miséreux. Les problèmes financiers de ces institutions, particulièrement marqués au sein des hôpitaux généraux, s'intensifient et contraignent la Ville de Montréal à instaurer la première mesure de financement public visant à soutenir l'institutionnalisation des indigents : le « sou du pauvre ». Cette taxe prélevée à partir de 1915 sur les entrées dans les lieux d'amusement n'a jusqu'ici fait l'objet d'aucune étude approfondie. Pour comprendre les retombées de cette première intervention municipale et son impact sur le développement des politiques provinciales de financement public, nous nous pencherons sur son contexte d'émergence ainsi que sur les problèmes qui surgissent lors de sa mise en application. Ces problèmes expliquent pourquoi le gouvernement provincial adopte l'éphémère Loi concernant l'hospitalisation des indigents dans les hôpitaux de la province de 1920, puis la Loi de l'assistance publique de Québec de 1921¹. La succession de mesures et d'amendements entre 1915 et 1931 constitue une série d'expérimentations fort enrichissante à analyser pour comprendre la logique de l'intervention publique auprès de la pauvreté extrême dans sa complexité et ses contradictions.

¹ « Loi concernant l'hospitalisation des indigents dans les hôpitaux de la province », *Statuts du Québec*, 1920, 10 Geo. V, chap. 61; « Loi établissant le service d'assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1921, 11 Geo. V, chap. 79.

Dans le contexte politique et économique actuel marqué par des compressions budgétaires dans les services publics, des coupes dans l'aide sociale ainsi qu'une réorganisation du système de santé et des services sociaux favorisant la privatisation des services de santé², une réflexion sur l'histoire des interventions publiques en matière d'assistance à la maladie et à la pauvreté extrême apparaît fort à propos. Il nous apparaît d'autant plus pertinent de nous pencher sur les politiques préprovidentialistes considérant qu'elles ont peu attiré l'attention dans la recherche en sciences sociales. Le Québec a connu une trajectoire historique particulière vers l'État-providence. Afin de pouvoir brosser un portrait intelligible de cette spécificité québécoise, il importe de bonifier notre connaissance des différentes politiques sociales en portant une attention particulière aux contextes sociaux, politiques et idéologiques ayant motivé l'intervention de l'État. Les premières mesures d'assistance publique, qui visaient à financer l'institutionnalisation des indigents dans les établissements privés de santé et charitables, constituent un exemple particulièrement intéressant de l'imbrication entre les responsabilités publiques et privées. De plus, comme la spécificité du Québec ne peut prendre sens que par la comparaison, nous établirons des parallèles entre la trajectoire ontarienne et québécoise relativement au financement public des hôpitaux et à la prise en charge de l'indigence.

Les mesures étudiées dans ce mémoire sont principalement le fruit d'un travail de lobby et de mobilisation des sociétés médicales montréalaises ainsi que des administrations hospitalières. De concert avec les représentants municipaux, elles ont joué un rôle déterminant dans l'édification des premières politiques de financement public des institutions d'assistance. La médecine hospitalière avait gagné beaucoup de

2 À ce sujet, voir Guillaume Hébert *et al.*, « L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : État de la situation et proposition alternatives », *Rapport de recherche*, Montréal, Institut de recherche et d'information socio-économiques (IRIS), janvier 2017.

terrain depuis la seconde moitié du XIX^e siècle et l'hôpital était devenu le lieu privilégié de l'avancement professionnel des médecins. Ces derniers ont alors vraisemblablement tout à gagner à réclamer un meilleur financement – et une plus grande reconnaissance – des institutions hospitalières et, en tant que corps professionnel organisé, ils disposent, plus que quiconque, des outils et des contacts nécessaires pour se mobiliser et faire entendre leurs revendications. Les réflexions des sociétés médicales canadiennes, ainsi que les politiques de financement public des hôpitaux en vigueur ailleurs, notamment en Ontario, ont également servi d'inspiration pour les réformateurs québécois.

Ce mémoire se penchera donc sur les débats et prises de position de deux influentes sociétés médicales montréalaises, la *Montreal Medico-Chirurgical Society* et de la Société médicale de Montréal, sur les enjeux relatifs à la charité médicale et au financement public. De plus, notre étude s'intéressera particulièrement aux principaux hôpitaux généraux de Montréal, soit l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Notre-Dame, le Montreal General Hospital et le Royal Victoria Hospital afin de comprendre les transformations qui s'opèrent en leurs murs entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle, tant du point de vue des finances et des admissions que des revendications de financement public qu'ils mettent de l'avant. En réclamant l'intervention des autorités publiques et en insistant pour que soit instaurée une politique non discrétionnaire de financement des patients indigents, les médecins et administrations de ces institutions ont été impliqués de très près dans la mise en place du sou du pauvre en 1915, de même que des lois provinciales de 1920 et 1921.

Par ses interventions en matière de pauvreté, notamment auprès des hôpitaux généraux, nous croyons que la Ville de Montréal joue un rôle considérable dans la formation de l'État québécois, rôle qui a été négligé par l'historiographie. Les enjeux

que posent la pauvreté, la maladie et leur prise en charge, particulièrement exacerbés en contexte urbain et industriel du tournant du XX^e siècle, vont stimuler une discussion entre la Ville et les intervenants du réseau charitable sur la définition de l'indigence ainsi que sur les responsabilités des pouvoirs publics. Comme le réseau d'institutions d'assistance du Québec est largement concentré à Montréal, les indigents reçus dans les établissements de la métropole proviennent d'un peu partout en province. Les réformateurs tentent alors de trouver une façon de faire contribuer les municipalités de provenance des indigents afin que ce ne soit pas uniquement Montréal qui soit appelée à assumer les frais reliés à leur entretien. La succession de plusieurs mesures durant cette courte période témoigne de l'urgence d'agir, mais également des contraintes politiques associées au système d'assistance en place, qui s'incarnent notamment autour de la question de l'autonomie administrative des différents acteurs impliqués. Préoccupées par les responsabilités du palier municipal en matière d'assistance, les premières lois québécoises d'assistance publique instaurent les fondements d'un gouvernement municipal de la misère à l'échelle de la province. Or, le principe de responsabilité municipale envers les indigents est très difficile à faire reconnaître. La réserve des conseils municipaux à cet égard constitue un frein pour une prise en charge réellement systématique de l'indigence. Ainsi, la question de la gestion municipale de l'indigence se trouve au cœur de ce mémoire.

Notre mémoire est divisé en quatre chapitres et couvre la période de la fin du XIX^e siècle, où émergent les réflexions des médecins sur l'accès à la charité hospitalière, jusqu'à l'amendement à la loi de l'assistance publique de 1929. Le premier chapitre explore l'historiographie concernant notre problématique de recherche, regroupée en trois champs thématiques, soit l'histoire de l'administration municipale, des institutions hospitalières et de l'assistance publique. Nous y présentons par la suite le corpus documentaire mis à profit pour cette recherche.

Le second chapitre analyse la transformation des hôpitaux généraux montréalais au moment de la recrudescence des préoccupations des élites pour la question sociale au tournant du XX^e siècle. En réaction à ces transformations, les médecins des hôpitaux anglophones décrivent l'« abus des soins charitables » par les « faux indigents ». Ils en viennent à proposer la mise en place d'une structure centralisée pour tous les hôpitaux de la ville permettant de déterminer la capacité de payer des patients et d'ainsi limiter les « abus ». Toutefois, le peu de coordination du réseau d'assistance et d'encadrement à l'échelle municipale n'est pas propice à la réalisation d'un tel projet. Dans la même période, la Charity Organization Society de Montréal, qui aspire à assurer la coordination et le contrôle des demandes d'assistance, est fondée. En 1905, la création du département d'Assistance municipale marque le début d'une intervention plus extensive et systématique de la municipalité de Montréal auprès des institutions d'assistance ainsi que dans la gestion des problèmes sociaux.

La mise en place du sou du pauvre en 1915 est l'objet du troisième chapitre. La comparaison de l'encadrement législatif du financement public de la prise en charge des indigents dans les institutions de l'Ontario et du Québec au tournant du siècle permet de dégager l'importance que revêt la mise en place d'une taxe municipale pour appuyer le développement des hôpitaux montréalais. Nous nous intéressons par la suite à la requête des hôpitaux en 1914 ainsi qu'aux jeux d'influence qui déterminent les caractéristiques du sou du pauvre. Après avoir évalué les retombées des premières distributions de subventions aux hôpitaux en vertu de cette mesure, nous verrons les raisons qui poussent le gouvernement provincial à adopter la loi de l'hospitalisation des indigents en 1920. Moins d'un an après son adoption, cette loi est remplacée par la loi de l'assistance publique qui tente d'apporter une solution plus complète aux besoins exprimés par les acteurs institutionnels et municipaux concernés par la prise

en charge de la pauvreté extrême.

Le quatrième chapitre analyse certains aspects du fonctionnement de la loi de l'assistance publique de 1921, notamment la structure du financement ainsi que la preuve d'indigence exigée. La loi de 1921 révèle un enjeu crucial du nouveau gouvernement municipal de la misère mis en place depuis l'adoption du sou du pauvre, soit le problème du lieu de résidence des indigents secourus. En effet, c'est le lieu de résidence de l'indigent qui permet de déterminer quelle est la municipalité responsable de sa prise en charge. Comme ce sont les municipalités d'appartenance des malades qui doivent attester de leur état d'indigence selon cette nouvelle loi, l'enjeu de la reconnaissance de la responsabilité des municipalités envers leurs indigents pose bien des problèmes. Devant les difficultés financières persistantes des hôpitaux montréalais, la Ville de Montréal met en place la Commission des hospitalisations en 1926, une instance peu connue dont nous présenterons la démarche et les résultats. Face aux insatisfactions que soulève la loi de 1921, qui accordait aux conseils municipaux un grand pouvoir discrétionnaire, la législature modifie la loi en 1929 afin que soit accordé aux indigents un recours juridique contre les municipalités qui refusaient de les reconnaître.

CHAPITRE I

LA PRISE EN CHARGE DE L'INDIGENCE, ENTRE MUNICIPALITÉ, INSTITUTIONS ET ÉTAT

En 1909, le premier directeur de l'Assistance municipale Alfred Bienvenu affirmait : « Si les institutions de charité sont si nombreuses à Montréal, c'est probablement parce qu'elles remplacent en grande partie l'autorité municipale, qui n'est pas appelée ici à faire ce qui se fait ailleurs »¹. Les institutions d'assistance privées ont en effet assumé l'essentiel de la prise en charge de la pauvreté pendant longtemps. Cela dit, à partir du tournant du XX^e siècle, la Ville de Montréal est appelée à intervenir en ce sens. Progressivement, il y a reconnaissance que l'assistance sociale ne doit pas relever uniquement de la charité privée, mais constitue une « obligation réelle » des pouvoirs publics². Or, l'historiographie a malgré tout assez peu discuté du rôle des municipalités et des hôpitaux dans le gouvernement de la misère au Québec.

Ce travail de recherche prend appui sur de nombreuses études. Dans le but de rendre compte de la littérature relative à l'implication des pouvoirs publics dans la prise en charge de l'indigence au début du XX^e siècle, nous avons regroupé les travaux qui ont stimulé l'élaboration de notre problématique de recherche en trois champs thématiques, soit ceux de l'administration municipale, des institutions hospitalières ainsi que de l'assistance publique.

1 77 Ville de Montréal, *Rapport annuel du Département des privilèges et des licences pour l'année 1909, suivi du rapport annuel concernant l'assistance municipale pour la même année*, Montréal, A.P. Pigeon, 1910, p. 34.

2 Ce sont les propos d'Alfred Bienvenu en 1902, alors greffier en chef de la Cour du Recorder, cités par Jean-Marie Fecteau, « Un cas de force majeure : le développement des mesures d'assistance publique à Montréal au tournant du siècle », *Lien social et Politiques*, n° 33, 1995, p. 110.

1.1 L'administration municipale

De façon générale, l'historiographie dédiée spécifiquement à l'administration municipale montréalaise a manifesté peu d'intérêt pour le rôle qu'a joué la Ville de Montréal dans le développement de la question sociale au début du XX^e siècle. Les travaux s'intéressant à la formation de l'État québécois ont pour leur part négligé l'étude des instances municipales au profit des interventions provinciales et fédérales. C'est pourtant à l'échelle municipale que s'impose la nécessité d'une plus grande implication, notamment financière, des pouvoirs publics auprès des institutions accordant soins et hébergement aux indigents, ce dont témoignent plusieurs recherches portant sur certains enjeux fiscaux, d'hygiène ou d'assistance publique.

Michèle Dagenais est l'une des principales historiennes à s'être attardée à l'étude de l'histoire de l'administration montréalaise³. Ses recherches ont porté sur les réformes qui transforment la structure administrative de la Ville au début du XX^e siècle, analysées comme participant au processus de modernisation bureaucratique de l'administration municipale. Le travail de Dagenais permet de dresser un portrait général des structures décisionnelles et départementales pour qui s'intéresse à l'histoire administrative montréalaise. Son analyse ne permet néanmoins pas d'appréhender les politiques sociales et tend à démontrer que les appareils étatiques québécois ont suivi un développement similaire à celui des autres sociétés occidentales.

Dans une étude de l'évolution des stratégies fiscales montréalaises pour répondre aux besoins grandissants de la population dans la première moitié du XX^e

3 Voir Michèle Dagenais, *Des pouvoirs et des hommes. L'administration municipale de Montréal, 1900-1950*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2000; « Une bureaucratie en voie de formation : L'administration municipale de Montréal dans la première moitié du XX^e siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 46, n° 1, 1992, p. 177-205.

siècle, l'urbaniste Jean-Pierre Collin rappelle d'abord le peu d'autonomie dont disposent les municipalités à cet égard⁴. En tant que créations provinciales, celles-ci ne peuvent établir de nouvelles méthodes de financement qu'avec l'approbation de Québec. Bien que l'objectif de son étude ne soit pas de faire une analyse très élaborée de l'aspect social des mesures fiscales, Collin fait mention de deux taxes de charité qui ont été prélevées par la Ville de Montréal, mesures qu'il associe à des politiques sociales. En ce sens, Collin a entrevu l'importance sociale du sou du pauvre dans l'histoire administrative montréalaise. La récente étude d'Elsbeth Heaman portant sur l'histoire de la taxation au Canada de la Confédération à 1917 permet quant à elle de replacer le sou du pauvre dans le cadre des réflexions sur les taxes au sein des différents paliers gouvernementaux. Plus particulièrement, l'ouvrage de Heaman accorde un chapitre aux enjeux fiscaux de Montréal à la fin du XIX^e siècle et démontre bien que Montréal a faiblement taxé la propriété en comparaison avec les autres villes américaines, ce qui n'était pas étranger avec ses problèmes financiers récurrents⁵. Son étude montre que le système fiscal montréalais pesait davantage sur les pauvres que sur les riches et que les choix politiques en matière de taxation, comme celui de hausser la taxe d'eau et de simultanément diminuer celle sur la propriété, participent à la reproduction des inégalités sociales⁶.

L'évolution du Service de santé de la Ville de Montréal entre 1865 et 1975 a été documentée dans les travaux de Benoît Gaumer, médecin et historien⁷. Même si

4 Jean-Pierre Collin, « Les stratégies fiscales municipales et la gestion de l'agglomération urbaine: le cas de la Ville de Montréal entre 1910 et 1965 », *Revue d'histoire urbaine*, vol. 23, n° 1, 1994, p. 19-31.

5 Elsbeth A. Heaman, *Tax, Order and Good Government : A New Political History of Canada, 1867-1917*, Montréal, McGill-Queen's Press, 2017, p. 187-188.

6 *Ibid.*, p. 185-232.

7 Benoît Gaumer, « Le service de santé de la ville de Montréal. De la mise sur pied au démantèlement 1865-1975 », Thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 1996; Benoît Gaumer, Georges Desrosiers, et Othmar Keel, *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal, 1865-1975*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2002.

l'objet de ses recherches se prête davantage à l'étude de la question sociale, surtout en considérant l'intégration du département d'Assistance municipale au Service de santé en 1918, sa perspective hygiéniste et de santé publique laisse presque entièrement de côté les enjeux de prise en charge des problèmes sociaux par la municipalité. Sa thèse accorde quelques pages à l'Assistance municipale après la réorganisation du Service de santé en 1918, où il présente la taxe du sou du pauvre comme un moyen de financement de la loi de l'assistance publique⁸. L'analyse de Gaumer démontre que le Service de santé montréalais a suivi un développement « normal »⁹. Dans sa conclusion, il souligne néanmoins que contrairement aux autres grandes villes nord-américaines, Montréal ne s'est pas impliquée directement dans les soins aux indigents, sauf par le financement des initiatives privées¹⁰.

Dans son ouvrage sur les conditions de vie des travailleurs à Montréal, Terry Copp aborde lui aussi des enjeux de santé publique et d'assistance sociale. Contrairement à Gaumer, les différentes facettes de la pauvreté de la classe ouvrière ainsi que les interventions municipales, provinciales et charitables qu'il documente sont analysées à travers le prisme du système économique et social en place. Copp souligne notamment l'incapacité de Montréal à mettre en place un système de taxation adéquat pour répondre aux besoins de la population¹¹. L'étude de Denyse Baillargeon sur la fréquentation des Gouttes de lait à Montréal - initiative appuyée financièrement par le Service de santé de la Ville - relie également les enjeux sociaux, dans ce cas-ci la pauvreté, l'accès aux services ainsi que les rapports de sexe et de classe au

8 Gaumer, *Op. cit.*, p. 183-186.

9 « l'évolution du Service de santé montréalais s'effectue selon une chronologie qui correspond aux grandes étapes de la santé publique dans les pays industrialisés du monde occidental »; *Ibid.*, p. 313.

10 *Ibid.*, p. 316.

11 Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté. Les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, p. 159.

développement des mesures sociosanitaires et à leurs retombées¹².

Pour sa part, l'historien des régulations sociales Jean-Marie Fecteau constate que les interventions municipales montréalaises dans le champ de l'assistance ont été sous-estimées pour le début des années 1900 alors qu'il s'agit d'une période d'intensification de la réflexion sur la question sociale ainsi que de redéfinition du rôle des autorités publiques¹³. C'est dans ce contexte que le sou du pauvre est mis en place et devient la première mesure publique ciblant spécifiquement les indigents¹⁴. À travers différentes contributions, Fecteau démontre à la fois l'originalité de la prédominance du privé au Québec tout en insistant sur le rôle exercé par l'État, même lorsque l'intervention publique implique de déléguer des responsabilités au privé. Nous reviendrons sur cet entrelacement entre responsabilité publique et initiative privée dans la section sur l'assistance.

Dans *Public Welfare Administration in Canada*, Margaret Kirkpatrick Strong analyse avec beaucoup d'attention les initiatives et structures municipales de prise en charge des problèmes sociaux que sont le crime, la pauvreté, la délinquance, la folie et l'enfance en difficulté dans les provinces canadiennes¹⁵. Cette étude, qui date des années 1930, dresse un portrait très complet des différents paliers de l'administration publique de la pauvreté au Canada. Convaincue de la nécessité d'une prise en charge publique des problèmes sociaux, Kirkpatrick constate avec étonnement qu'en l'absence d'une obligation de subvenir aux besoins des indigents par les pouvoirs

12 Denyse Baillargeon, « Fréquenter les Gouttes de lait. L'expérience des mères montréalaises, 1910-1965. », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 50, n° 1, 1996, p. 29-68.

13 Jean-Marie Fecteau, « Un cas de force majeure : le développement des mesures d'assistance publique à Montréal au tournant du siècle », *Lien social et Politiques*, n° 33, 1995, p. 107-113.

14 *Ibid.*, p. 100.

15 L'étude de Kirkpatrick porte également sur les structures provinciales et fédérales, particulièrement en Ontario et au Québec. Margaret Kirkpatrick Strong, *Public Welfare Administration in Canada*, Chicago, University of Chicago Press, 1930.

locaux et avec la quasi-absence de services publics municipaux, la prise en charge de la pauvreté québécoise relève presque exclusivement de l'initiative privée¹⁶. En comparaison, même si les *poor laws* n'ont pas davantage été appliquées en Ontario, il y avait de nombreuses institutions publiques, telles que des hôpitaux et des refuges de nuit, qui remplissaient une fonction sociale importante. Partant de l'idée que « in all countries, in all ages, it is to sickness that the greatest bulk of destitution is immediately due »¹⁷, Kirkpatrick étudie avec intérêt la participation municipale et provinciale pour la prise en charge de la pauvreté, en accordant une place centrale aux hôpitaux. À ses yeux, l'État provincial doit reconnaître sa responsabilité dans la gestion des problèmes sociaux et appuyer le développement des institutions municipales pour que prévale l'idéal de justice sociale en vertu duquel tous les citoyens auraient droit à des conditions de vie minimales¹⁸.

Les travaux que nous avons abordés dans cette section s'inscrivent dans plusieurs courants historiographiques. L'analyse des transformations des structures de la Ville de Montréal avec le « progrès » des appareils municipaux comme prémisse a pour effet de dissimuler des rapports politiques et sociaux plus complexes et ne s'attarde en bout de piste que marginalement aux enjeux d'assistance sociale. Les recherches de Heaman, Copp, Baillargeon, Fecteau et Kirkpatrick Strong, qui allient les perspectives d'histoire sociale, politique et pour certains même économique, rendent mieux compte de l'imbrication entre les problèmes sociaux, les pressions des différents acteurs, les enjeux politiques et les mesures municipales établies.

16 *Ibid.*, p. 105-106.

17 Kirkpatrick Strong réfère ici à l'ouvrage *The Prevention of Destitution* de Sidney et Beatrice Webb; *Ibid.*, p. 114.

18 Cette idée des conditions de vie minimale est également reprise de Sydney et Beatrice Webb, deux intellectuels anglais du début du XX^e siècle qui ont dénoncé le caractère punitif des *poor laws* et des *workhouse* et milité pour la mise en place de nouvelles politiques d'assistance; *Ibid.*, p. 118, 227-228.

1.2 L'hôpital au moment de la transition

L'histoire des hôpitaux du Québec a stimulé la production d'une littérature relativement abondante, néanmoins, l'historiographie a peu exploré les rapports entre ces institutions et les enjeux de financement et d'accès aux soins qui émergent de la transition qui s'opère dans les hôpitaux généraux à partir de la fin du XIX^e siècle.

1.2.1. Les institutions hospitalières et leur financement

Beaucoup de monographies dédiées spécifiquement aux institutions hospitalières visent davantage à commémorer le développement des hôpitaux en mettant en valeur l'implication des communautés religieuses et l'essor de la profession médicale qu'à produire une analyse historique de la pratique hospitalière et des conditions sociales et économiques qui ont mené à sa transformation¹⁹. Le portrait dressé par ces ouvrages commémoratifs est très sélectif : la préoccupation principale semble être de démontrer les progrès des pratiques et des départements médicaux, témoignant de la professionnalisation d'une médecine devenue de plus en plus scientifique, et soulignant au passage l'implication de certains médecins et administrateurs influents²⁰. De façon générale, ces travaux sont peu loquaces à propos des imposants problèmes financiers rencontrés dans les premières décennies du XX^e siècle. C'est dans cette période tendue, face à l'insuffisance du financement privé pour combler les besoins des institutions, que l'administration municipale sera appelée à

19 Ce que constate également Connor pour l'historiographie ontarienne et canadienne. J.T.H. Connor, *Doing Good : The Life of the Toronto General Hospital*, Toronto, University of Toronto Press, 2000, p. 7.

20 Les monographies suivantes constituent de bons exemples de l'orientation des ouvrages dédiés aux hôpitaux. Joseph Hanaway et John H. Burgess, *The General: A History of the Montreal General Hospital*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2016; Terry Neville, *The Royal Vic: The Story of Montreal's Royal Victoria Hospital, 1894-1994*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1994.

jouer un rôle grandissant. Les études portant sur le milieu hospitalier montréalais se sont pourtant rarement attardées aux enjeux relatifs à l'assistance sociale.

Denyse Baillargeon est une des seules qui identifie clairement la municipalité comme l'interlocuteur privilégié des administrations hospitalières montréalaises au tournant du XX^e siècle²¹. Contrairement aux ouvrages mentionnés plus haut, celui de Baillargeon sur l'Hôpital Sainte-Justine documente la petitesse des contributions publiques dans les premières décennies du siècle et souligne la mise en place de la taxe sur les amusements et son incidence dans le budget de Sainte-Justine²². L'auteure insiste sur l'irrégularité des montants obtenus via cette taxe qui dépend de la fréquentation des lieux de divertissements, ce qui sera une des raisons pour lesquelles les institutions feront pression pour remplacer le sou du pauvre par une mesure qui leur assure un financement plus important et plus constant.

En comparaison, dans le livre de Goulet, Hudon et Keel consacré à l'histoire de l'Hôpital Notre-Dame, la situation financière critique de l'hôpital des années 1910 est présentée seulement en rapport avec la construction du nouvel hôpital²³. Il s'agit en effet d'un événement significatif pour l'histoire de l'établissement, mais nous verrons que Notre-Dame est directement impliqué dans la mise en place du sou du pauvre, ce qui semble être passé sous le radar des auteurs. Les auteurs décrivent davantage le contexte des années 1920 et 1930 en abordant la récurrence des difficultés financières

21 Denyse Baillargeon, *Naître, vivre, grandir: Sainte-Justine, 1907-2007*, Montréal, Boréal, 2007, p. 58 et suivantes.

22 Le topo de Baillargeon demeure sommaire, mais c'est déjà beaucoup plus que dans les autres ouvrages; *Ibid.*, p. 61-64. Ce mémoire de maîtrise aborde également rapidement le sou du pauvre et la période tendue de la fin des années 1910 entre les administrations hospitalières et la municipalité; Rita Desjardins, « Hôpital Sainte-Justine, Montréal, Québec (1907-1921) », Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Montréal, 1989.

23 Denis Goulet, François Hudon, et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB, 1993, p. 87 et suivantes.

de l'hôpital qu'ils relient aux insuffisances de la loi de l'assistance publique²⁴. Le plus grand intérêt accordé à la loi de l'assistance publique s'explique probablement par l'importance des montants distribués et la durée de vie de la loi. De façon générale, les historiens de la santé ont davantage étudié les politiques d'hygiène publique, bien plus vigoureuses à cette époque, que l'intervention en matière de protection sociale²⁵.

Dans l'historiographie médicale canadienne, l'ouvrage *Doing Good : The Life of the Toronto General Hospital* constitue une contribution fort intéressante. D'entrée de jeu, J.T.H. Connor présente le Toronto General Hospital comme un « baromètre social et politique »²⁶. Son étude s'intéresse notamment à la transition à la médecine hospitalière et à la médicalisation des hôpitaux, transition qu'il étudie à la lumière des intérêts professionnels et économiques des médecins et de l'administration hospitalière, deux groupes souvent en opposition. L'auteur détaille l'implication de ces derniers dans la mise en place des politiques de financement publiques ontariennes²⁷, ce que nous n'avons pas retrouvé dans les ouvrages sur les hôpitaux du Québec, alors que visiblement, le Montreal General Hospital a joué un rôle similaire au cours des années 1910 et 1920. Dans l'ouvrage, on retrouve également un portrait assez détaillé de l'évolution des populations hospitalisées à travers le développement de la médecine hospitalière et des politiques de financement.

David Gagan et Rosemary Gagan ont pour leur part produit une étude phare sur

24 *Ibid.*, p. 255-260.

25 Voir Gaumer, Desrosiers, et Keel, *Op. cit.*, ainsi que François Guérard, « Dominances et émergences en histoire des pratiques de santé au Québec : les thématiques et approches actuelles » dans Alexandre Klein et Séverine Parayre (dir.), *Une histoire des pratiques de santé (XVIII^e-XX^e siècles). État des lieux, comparatif et méthodologies des recherches francophones*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2015, p. 17-35; « La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945 », dans Normand Séguin (dir.), *L'Institution médicale*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1998.

26 Connor, *Op. cit.*, p. 3-11.

27 *Ibid.*, p. 97-106.

les transformations des hôpitaux généraux publics du Canada entre la fin du XIX^e siècle et 1950. *For Patients of Moderate Means*²⁸ retrace les grandes lignes du processus de transition entre l'hôpital charitable et l'hôpital médical « moderne », devenu « centre d'efficacité diagnostique, d'innovations technologiques et de réalisations chirurgicales »²⁹, ainsi que le processus de marchandisation des soins l'accompagnant. Les auteurs soutiennent que si les amorces de la modernisation à venir des institutions peuvent être décelées dès la fin du XIX^e siècle au sein des hôpitaux métropolitains en raison notamment de la forte pression démographique et du processus d'urbanisation ayant cours dans les villes, c'est vers 1910 que les bases solides de cette transition étaient établies. Aussi stimulante soit-elle, leur analyse est très centrée sur les hôpitaux ontariens et ne permet pas de rendre bien compte des enjeux particuliers du Québec, notamment parce que leur étude ne s'intéresse pas vraiment à la question de l'articulation entre charité publique et privée encore centrale pour les institutions confessionnelles du Québec.

1.2.2 Populations hospitalisées et accès aux soins

L'élargissement de la fréquentation des institutions hospitalières à partir de la fin du XIX^e siècle est un phénomène connu au Québec comme ailleurs. Toutefois, l'historiographie s'est peu attardée à l'évolution de la composition des populations hospitalisées. Une analyse assez récente produite par François Guérard au sujet des populations hospitalières des Hôtels-Dieu de Chicoutimi et de Québec entre 1881 et 1942 témoigne de l'essor rapide de la commercialisation des services médicaux et du développement d'un système hospitalier différencié entre les patients pauvres et

28 David Paul Gagan et Rosemary Ruth Gagan, *For Patients of Moderate Means : A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890-1950*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2002.

29 *Ibid*, p. 4, (traduction libre).

aisés³⁰. Une étude des populations hospitalières des principaux hôpitaux généraux de Montréal est en cours par des chercheurs du Centre d'histoire des régulations sociales³¹. L'analyse des données d'admission de ces établissements hautement fréquentés fournira des éléments précieux pour broser un portrait plus complet de ceux et celles qui séjournaient dans les hôpitaux et avaient accès à la charité hospitalière (ou non), du bassin de recrutement de chaque institution, etc. À l'échelle canadienne, Gagan et Gagan ont dégagé plusieurs tendances relativement à la fréquentation des hôpitaux généraux. D'abord, ils ont démontré l'augmentation rapide du nombre de femmes et d'enfants hospitalisés dans les années 1920 en lien avec l'essor de la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie. Plus important pour notre étude, ils ont souligné l'importante proportion de patients ne pouvant être catégorisés ni comme indigents ni comme des patients aisés : il s'agit des patients « of moderate means » dont l'instabilité économique, exacerbée notamment par la grande crise économique, a favorisé la réflexion sur la protection sociale et la mise en place des assurances santé³².

La question de l'accessibilité des soins médicaux pour les familles ouvrières a également stimulé la production d'une historiographie québécoise de la protection sociale. Yvan Rousseau et Martin Petitclerc dressent un portrait critique du développement des assurances médicales au Québec, retracé à partir des sociétés de secours mutuel du XIX^e siècle jusqu'aux formes d'assurance « moderne » reposant sur des bases actuarielles³³. En portant sur le réseau hospitalier un regard tourné vers le

30 François Guérard, « Les populations hospitalisées à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi de 1881 à 1942 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 41, n° 1, 2012, p. 55-85.

31 François Guérard, Martin Petitclerc et Yvan Rousseau, « L'hôpital et ses patients au Québec en période de transition (1881-1921) : une sociographie des populations hospitalisées », *Institute for Health and Social Policy & Center for Interdisciplinary Research on Montreal Conference*, Musée McCord, 1-2 Octobre 2015.

32 Gagan et Gagan, *Op. Cit.*

33 Yvan Rousseau, « Le commerce de l'infortune : Les premiers régimes d'assurance maladie au

conflit social, les travaux de Rousseau et Petitclerc constituent un apport significatif pour l'historiographie médicale. L'étude des enjeux soulevés par la Commission des assurances sociales, d'une grande importance pour le milieu médical, constitue une de leurs contributions originales qui sera utile à notre recherche³⁴. Le mémoire de François Baillargeon, qui analyse la crise secouant la médecine libérale entre les années 1920 et 1940 en réponse à l'expansion de la pratique charitable et la crainte de la socialisation de la médecine, s'inscrit dans le sillon des travaux de Petitclerc et de Rousseau³⁵. En s'intéressant aux controverses que soulèvent la loi de l'assistance publique et la Commission des assurances sociales auprès du corps médical, ce mémoire constitue un repère important pour notre étude. En abordant les débats et pressions des sociétés médicales montréalaises aux chapitres II et III, nous nous intéresserons à la redéfinition de la médecine libérale au tournant du XX^e siècle face aux questions de financement public et de pratique charitable.

1.3 Assistance privée / assistance publique

Pendant longtemps, la conception dominante relativement à l'implication de l'État québécois (dans lequel nous incluons les pouvoirs municipaux) dans les pratiques d'assistance se limitait à affirmer la main mise du secteur privé dominé par

Québec 1880-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 58, n° 2, 2004, p. 153-86; Martin Petitclerc et Yvan Rousseau, « Mutualité, protection sociale et réformes assurantielles au Québec, 1890-1945 », *Histoire et Société. Revue européenne d'histoire sociale*, n° 16, 2005, p. 32-43; Yvan Rousseau et François Guérard, « Le marché de la maladie. Soins hospitaliers et assurances au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, n° 2, 2006, p. 293-329. Pour l'Ontario, voir le chapitre 6 de Connor, *Op.cit.*

34 Martin Petitclerc, « “Je ne serais ni Bleu ni Rouge, je serais de la Commission des Assurances Sociales...” : l'impartialité de la commission Montpetit à l'épreuve de la partisanerie politique dans le Québec des années 1930 », *Bulletin d'histoire politique*, vol.23, n° 3, 2015, p. 38-59.

35 François Baillargeon, « La crise de la médecine libérale et le débat sur les assurances sociales au Québec, de 1925 à 1945 » Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 2009.

l'Église sur le réseau charitable, ainsi que l'absence quasi totale d'intervention publique. Cette posture n'a pas été sans conséquence pour l'orientation de la recherche. Comme l'opposition privé-public a été structurante pour conceptualiser les champs d'action de l'Église et de l'État, les historiens de l'assistance ont privilégié l'étude de ce qu'ils ont identifié comme étant la première politique sociale québécoise d'envergure, la loi de l'assistance publique, dans laquelle ils ont vu l'amorce de l'interventionnisme, voire la naissance de l'État providence³⁶. Ce faisant, ils se sont détournés de l'analyse des politiques qui ont précédé la loi de 1921.

D'entrée de jeu, l'expression « assistance publique » employée au Québec au XIX^e et au début du XX^e siècle pour désigner la prise en charge des indigents dans des institutions privées prête à confusion. Si elle réfère ailleurs dans le monde à une prise en charge des indigents par les gouvernements³⁷, au Québec l'assistance était considérée « publique » en ce sens que les institutions privées s'étaient donné une finalité « publique ». La mise en place d'une taxe pour financer les institutions privées en 1915 venait rompre avec ce modèle pour instaurer les bases d'une véritable assistance « publique ».

Même si plusieurs historiens défendent l'importance de revoir notre compréhension de l'interaction entre assistance et État³⁸, beaucoup de travail reste à accomplir en ce sens. Sans remettre en question la faiblesse de l'implication de l'État

36 Lucia Ferretti, « Du “devoir de charité” au “droit à l'aide publique” : la naissance de l'État providence au Québec », Conférence Gérard Parizeau, Montréal, Université de Montréal, 5 octobre 2011.

37 Bien sûr, il existe plusieurs modèles, allant d'une prise en charge presque totalement publique à un appui considérable de l'État aux institutions privées.

38 Mariana Valverde, « La charité et l'État : un mariage mixte centenaire », *Lien social et Politiques*, n° 33, 1995, p. 27-35; Fecteau, « Un cas de force majeure... »; Jean-Marie Fecteau et Janice Harvey, « Le réseau de régulation sociale montréalais », dans Dany Fougères (dir.), *Histoire de Montréal et de sa région- Des origines à 1930*, Les Presses de l'Université Laval, 2012, p. 673-715.

dans la prise en charge de la misère au début du XX^e siècle, nous croyons qu'il faut rendre au système d'assistance montréalais et québécois toute sa complexité, ce qui n'aura lieu que lorsque le privé et le public cesseront d'être considérés comme des sphères antagonistes et mutuellement exclusives³⁹. Les diverses mesures à caractère social de la fin du XIX^e siècle, que ce soit pour la prise en charge des aliénés, des prisonniers et des enfants négligés ou délinquants, se situent à la jonction entre l'initiative privée et publique, tout comme le sou du pauvre et la loi de l'assistance publique.

Pour qualifier l'organisation de l'assistance sociale en Ontario - qui diffère certes significativement de celle du Québec - entre le XIX^e et la fin du XX^e siècle, Mariana Valverde parle ainsi d'une « économie sociale mixte ». Selon elle, l'absence des *poor laws* a favorisé l'émergence de pratiques d'assistance où initiatives privées et publiques se sont enchevêtrées. Valverde souligne que pour brosser un portrait plus clair et nuancé de l'implication privée et publique dans l'assistance sociale, il importe conséquemment de faire une distinction entre les différents niveaux de participation, notamment au financement, à la prestation des services et à la réglementation⁴⁰.

Les mesures qui font l'objet de notre mémoire ne visent pas à mettre fin à la main mise du privé sur le réseau d'assistance québécois. L'établissement d'un partenariat stable entre l'État et les institutions privées pour la prise en charge de la

39 En abordant les rapports entre sphère privée et publique, fondamentaux à la société libérale, Fecteau souligne dans cet article la complexité de cette « dualité » qui ne signifie en aucun cas que ces deux termes s'opposent; Jean-Marie Fecteau, « L'État, les rapports entre sphère publique et privée et la régulation sociale au XIX^e siècle au Québec. Questions de méthode et hypothèses », *Cahiers d'histoire*, vol. 17, n° 1-2, 1997, p. 21-39.

40 Valverde, *Loc. cit.*, p. 33-34. Cela dit, Valverde va jusqu'à affirmer l'existence d'un État-providence au XIX^e siècle, ce qui nous apparaît nettement exagéré. Toutefois, elle construit son argumentaire en réaction avec une conception manichéenne de l'État-providence. À ce sujet on peut lire une critique de sa position dans Fecteau, « L'État, les rapports entre sphère publique et privée... », p. 29 et suivantes.

pauvreté extrême constitue toutefois un changement d'une importance considérable pour comprendre la trajectoire historique du Québec en matière de protection sociale. Il s'agit d'un moment propice pour étudier la logique de fonctionnement de ces mesures ainsi que la redéfinition du rôle des institutions publiques dans la prise en charge des problèmes sociaux et sanitaires. Si l'État avait la responsabilité depuis le XIX^e siècle de l'entretien de plusieurs catégories de personnes dont la situation était judiciairisée (criminels, délinquants, aliénés, etc.), on fera bien attention à ce que l'intervention publique en matière d'assistance aux pauvres ne relève pas de l'appareil judiciaire. Cela devait permettre de s'assurer que l'assistance ne devienne pas un droit pour les indigents. Ainsi, la définition changeante et ambiguë de l'indigence ainsi que les réflexions sur la responsabilité des pouvoirs publics revêtent un intérêt considérable.

1.3.1 La loi de l'assistance publique

Des ouvrages d'histoire politique, comme celui d'Antonin Dupont, présentent la loi de 1921 comme une victoire du gouvernement libéral de Taschereau contre le conservatisme⁴¹. Dans une perspective assez différente, voire opposée en bien des points, Michel Pelletier et Yves Vaillancourt, qui étudient les politiques sociales québécoises du XX^e siècle, identifient trois politiques sociales d'envergure entre 1900 et 1929, dont fait évidemment partie l'assistance publique⁴². Pour eux, à la différence des deux autres politiques⁴³, La loi de l'assistance publique de Québec ne répond pas aux demandes formulées par les groupes de pression populaires, et en ce sens, elle constitue un compromis entre les factions libérale et conservatrice de la petite-

41 Antonin Dupont, *Les relations entre l'Église et l'État sous Louis-Alexandre Taschereau, 1920-1936*, Montréal, Guérin, 1978.

42 Michel Pelletier et Yves Vaillancourt, *Les politiques sociales et les travailleurs. Cahier 1 : Les années 1900 à 1929*, Montréal, s.é., 1974.

43 La loi des accidents de travail de 1909 et la loi fédérale des pensions de vieillesse de 1927, qui ne fut appliquée qu'en 1936 au Québec.

bourgeoisie traditionnelle. Bien que leur perspective marxiste ait sans doute été trop tranchée, leur vision du conflit social permet à ces auteurs de dégager plusieurs éléments d'analyse originaux sur l'assistance publique qui nous seront utiles, dont l'absence d'implication du milieu ouvrier dans les débats publics relatifs à cette loi. Comme nous le verrons dans ce mémoire, les premières mesures d'assistance publique sont le fruit de pressions non pas populaires, ni strictement petites-bourgeoises et traditionalistes, mais des lobbys médicaux et hospitaliers, appuyés par la municipalité et les grands financiers.

Pour d'autres chercheurs, la loi de l'assistance publique nuit à la mise en place d'un réseau de services sociaux, en négligeant de subventionner l'aide hors murs et le service social⁴⁴. François Guérard a pour sa part démontré dans sa thèse de doctorat que cette loi a grandement favorisé la modernisation et le développement des institutions hospitalières, tant en permettant de construire des nouveaux bâtiments notamment en région qu'en stimulant la fréquentation des hôpitaux⁴⁵. Soulignons au passage que Guérard est un des seuls chercheurs à avoir utilisé extensivement les documents provenant des archives du Service d'assistance publique.

Malgré la diversité des interprétations relatives à l'assistance publique, les chercheurs ne replacent généralement pas cette loi dans une réflexion plus large sur l'indigence et sur le rôle de l'État dans sa prise en charge. Nous nous inspirons à cet

44 Serge Mongeau, *Évolution de l'assistance au Québec : une étude historique des diverses modalités d'assistance au Québec, des origines de la colonie à nos jours*, Montréal, Éditions du Jour, 1967; H. Anctil et M.-A. Bluteau, *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986. Pour Bourbeau, la loi de l'assistance publique est problématique pour le développement des services sociaux jusqu'à l'adoption d'un amendement incluant les institutions offrant des services « hors mur » en 1940; Amélie Bourbeau, « La réorganisation de l'assistance chez les catholiques montréalais: la Fédération des Oeuvres de charité canadiennes-françaises et la Federation of Catholic Charities, 1928-1974 », Thèse de doctorat (histoire), UQAM, 2009.

45 Voir le chapitre 7 de la thèse de François Guérard, « La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939 Trois-Rivières et Shawinigan », Thèse de doctorat (histoire), UQAM, 1993.

égard principalement des travaux de Martin Petitclerc⁴⁶. Dans son étude de la figure de l'indigent au Québec, il défend la thèse que l'assistance publique a permis de consolider le « compromis institutionnel entre l'État et l'Église dans la poursuite des principes fondamentaux de la gouvernementalité libérale »⁴⁷. Tout en reconnaissant l'importance de la loi de l'assistance publique dans l'histoire sociale québécoise, Petitclerc pose un regard critique sur la perspective de la modernisation de l'État québécois, dominante au sein de l'historiographie. À travers l'étude de la Commission des assurances sociales, ce chercheur a également mis en relief les nombreux problèmes soulevés par la première décennie de fonctionnement de l'assistance publique, ainsi que l'émergence des critiques de l'assistance reposant sur le recours à l'institutionnalisation. Bien que Petitclerc ait souligné le problème de la responsabilité municipale, ses travaux ne creusent pas le contexte qui mène à l'adoption du sou du pauvre. De plus, ils n'ont pas insisté suffisamment sur l'importance de cette mesure, ainsi que sur la loi de l'hospitalisation des indigents, ce que nous comptons réaliser dans ce mémoire. L'étude de l'enchaînement des interventions municipales et provinciales visant à venir en aide au réseau d'institutions d'assistance, tout particulièrement hospitalières, permettra donc d'enrichir notre connaissance des enjeux spécifiques à la prise en charge de la pauvreté extrême.

La sensibilité moderniste de l'historiographie québécoise⁴⁸, qui se décline de

46 Petitclerc, « À propos de 'ceux qui sont en dehors de la société'... »; « "Je ne serais ni Bleu ni Rouge..." ».

47 Petitclerc, « À propos de 'ceux qui sont en dehors de la société'... », p. 232.

48 Ronald Rudin, « La quête d'une société normale. Critique de la réinterprétation de l'histoire du Québec », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 3, n° 2, 1995, p. 9-42. L'article de Petitclerc sur la remise en question de l'histoire sociale au Québec fait un bon topo du contexte historiographique qui voit naître la tendance moderniste. Martin Petitclerc, « Notre maître le passé ? Le projet critique de l'histoire sociale et l'émergence d'une nouvelle sensibilité historiographique », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 63, n° 1, 2009, p. 83-113

multiplés façons, traverse l'histoire de l'administration publique, des institutions hospitalières et des politiques d'assistance sociale. L'appartenance du Québec aux sociétés occidentales modernes n'est plus tellement remise en doute et d'une certaine façon, peut-être est-ce là un signe de la « victoire » de l'interprétation moderniste de l'histoire du Québec. Cela étant dit, l'énergie qui a été déployée pour démontrer la « normalité » du développement du Québec et de ses institutions a eu comme impact d'occulter la compréhension de la spécificité québécoise de certains phénomènes historiques⁴⁹. En s'évertuant à démontrer que l'État québécois s'est inscrit dans la modernité, l'historiographie québécoise n'est pas parvenue à expliquer convenablement les enjeux spécifiques au développement de l'assistance sociale montréalaise et québécoise. Notre projet de mémoire a ainsi comme ambition d'analyser, dans une perspective des régulations sociales, la logique interne conflictuelle des mesures municipales et provinciales d'assistance aux indigents entre 1915 et 1929, tout en reconnaissant l'apport des influences et des pressions externes.

1.4 Sources

L'étude que nous proposons vise à analyser les premières politiques de financement public pour l'hospitalisation des pauvres malades. C'est donc principalement par le biais d'une réflexion sur les revendications du milieu hospitalier, le fonctionnement administratif des mesures mises en place et sur l'évolution des façons de faire et des exigences formulées par les hôpitaux et par les autorités publiques que nous aborderons la problématique de l'indigence et de sa prise en charge au début du siècle. Dans cette perspective, les documents législatifs et

⁴⁹ À ce sujet, Fecteau reconnaît la pertinence de l'appel lancé par Ronald Rudin à reconnaître le développement particulier de la société québécoise sur le plan de la protection sociale; Fecteau, « L'État, les rapports entre sphère publique et privée... », p. 38-39.

administratifs municipaux, provinciaux et institutionnels relatifs à la prise en charge des malades indigents constituent le cœur du corpus documentaire de cette recherche. La documentation mise à profit pour répondre à notre problématique de recherche est particulièrement diversifiée, il s'agit sans doute de l'une des originalités de notre mémoire.

Dans le fonds Conseil de ville des Archives de la Ville de Montréal (AVM), la majorité des documents relatifs au sou du pauvre sont regroupés dans un dossier⁵⁰. Différents rapports produits par le département d'Assistance municipale ont été consultés, en plus des projets d'amendement et des extraits de procès-verbaux concernant cette mesure. La correspondance interne et externe du département, à propos de la taxe d'amusement et de ses amendements, a également été étudiée. Aux Archives du diocèse de Montréal, nous avons consulté des documents de correspondance supplémentaires entre Mgr Bruchési et le directeur de l'Assistance municipale portant sur le sou du pauvre ainsi que sur les projets de l'Assistance municipale. Les rapports exigés des hôpitaux et autres institutions pour qu'ils puissent recevoir leur part du financement issu du sou du pauvre se sont avérés introuvables, mais différentes données sur l'attribution des recettes de la taxe ont tout de même été retrouvées dans les archives des institutions hospitalières et d'assistance.

Les rapports annuels du département de l'Assistance municipale de Montréal constituent des documents particulièrement intéressants pour l'étude de cette organisation et de son fonctionnement. Entre 1909 et 1916, ces rapports permettent d'avoir accès au discours des autorités municipales sur les différentes catégories de gens secourus par la ville, et de constater l'évolution des pratiques d'intervention. Les

⁵⁰ AVM, VM1, 3s, dossier 1692. D'autres dossiers portant sur le sou du pauvre, l'Assistance municipale, l'assistance publique ainsi que sur les relations entre la Ville et les hôpitaux ont également été consultés dans les fonds Commission administrative (VM18 (1918-1921)), Comité de santé (VM45 (1832-1949)) et Service de santé (VM171 (1918-1972)).

montants que permet de distribuer le sou du pauvre y sont également détaillés. À partir du moment où le département passe sous l'autorité du Service de santé en 1918, les rapports sont plus concis et uniformisés. Consultés entre 1909 et 1930⁵¹, ces documents permettent d'établir un portrait sur plusieurs décennies des institutions subventionnées ainsi que des montants accordés.

Les rapports annuels et annuaires de l'Hôpital Notre-Dame, de l'Hôtel-Dieu, du Montreal General Hospital et du Royal Victoria Hospital ont permis d'étudier la fréquentation et la capacité d'accueil des institutions, ainsi que l'évolution de leur situation financière⁵². Les rapports du Montreal General Hospital sont particulièrement détaillés quant aux revendications et pressions relatives au financement public. Le dépouillement des comptes rendus de rencontres de sociétés médicales dans le *Montreal Medical Journal* de 1898 à 1908, ainsi que dans l'*Union médicale du Canada* entre 1914 et 1921 ont également enrichi notre compréhension des débats entre médecins et de leurs démarches auprès des autorités publiques.

Les documents de l'État provincial ont également été mis à contribution. Les statuts de la province et les débats reconstitués de l'Assemblée législative ont été étudiés pour suivre l'évolution des amendements à la Charte de Montréal concernant le sou du pauvre ainsi que de la mise en place des lois de 1920 et 1921. Les statistiques annuelles sur les établissements d'assistance entre 1914 et 1928, compilées par le bureau de la statistique provincial, fournissent des données relatives aux patients reçus ainsi qu'aux recettes des institutions obtenues via le sou du pauvre

51 Les rapports entre 1909 et 1916 ont été consultés à la collection des livres rares de l'Université de Montréal. Le rapport de 1917 n'a pas été retrouvé. À partir de 1918, les rapports du département sont intégrés au fonds Service de santé des AVM.

52 Archives de l'Hôpital Notre-Dame, Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, fonds Hôtel-Dieu, et Archives de McGill, fonds du Montreal General Hospital et fonds du Royal Victoria Hospital.

et la taxe d'amusement suite à 1921⁵³. De la même façon, nous avons utilisé les données des rapports de l'inspecteur des prisons et institutions charitables de l'Ontario pour documenter le réseau hospitalier ontarien⁵⁴.

Aux Archives nationales du Québec à Québec (BAnQ-Q), dans le fonds du ministère de la Santé et des Services sociaux⁵⁵, nous avons dépouillé la correspondance des années 1920 entre trois hôpitaux montréalais (Notre-Dame, Royal Victoria Hospital, Hôtel-Dieu) et le Service d'assistance publique. Cette correspondance porte sur des demandes de prêts pour faire des travaux, sur des questions d'interprétation de la loi et sur certains cas d'indigence problématiques. On y retrouve de plus des rapports sur le nombre de lits occupés par des indigents. Dans les Documents de la session, les rapports annuels du Directeur de l'Assistance publique ont été consultés entre 1923 et 1930. En lien avec la loi de l'assistance publique, aux AVM, nous avons retracé les travaux de la commission chargée d'étudier la question de l'hospitalisation à Montréal, ainsi que le rapport de 1927, qui portent sur les importants problèmes rencontrés par les hôpitaux généraux montréalais, tant au niveau des admissions que des finances⁵⁶.

Enfin, les articles des grands quotidiens constituent une source d'information considérable. Nous avons mis à profit de nombreux articles contenus dans la large base de données constituée par le Centre d'histoire des régulations sociales. Les dossiers de presse conservés aux AVM ainsi que dans les archives du Montreal General Hospital⁵⁷ portant respectivement sur la taxe d'amusement et sur les

53 Ces documents ont été dépouillés dans les Documents de la session.

54 Les documents du *Inspector of Prison and Public Charities* de l'Ontario ont été consultés dans les documents de la session de l'Ontario à partir de la base de données du site internet www.archives.org.

55 Archives nationales du Québec, E8, S3.

56 Archives de la Ville de Montréal, VM1, D27500a et VM1, S17, D254

57 Conservés aux archives de l'Université McGill, fonds Montreal General Hospital.

problèmes financiers des hôpitaux dans les années 1920 ont également été utilisés. De plus, pour certaines dates et certains événements spécifiques, nous avons dépouillé les journaux *La Patrie*, *Le Canada*, *La Presse* et *Le Devoir*.

CHAPITRE II

ORGANISER LA CHARITÉ

Upon a closer investigation of the class of people obtaining relief, it was found that a very large proportion, upwards of fifty per cent, at the least, were persons who, if not all able to pay medical fees, could certainly afford to pay the first cost of the medicines and appliances by which they were to be relieved or restored to health. The result of these inquiries led gradually to the formation of Charity Organization Societies [...].

« Medical Charity », *The Montreal Daily Witness*, 13 novembre 1877

Que ce soit au Canada, au Royaume-Uni ou aux États-Unis, l'élargissement de la fréquentation des institutions hospitalières, entraîné à la fois par une croissance démographique soutenue ainsi que par l'extension à toutes les classes sociales du recours à l'hospitalisation, ne se fait pas sans tensions. Partout, les corps médicaux en viennent à dénoncer l'abus des soins gratuits offerts par la charité privée¹. À Montréal, c'est à la fin du XIX^e siècle que cette question s'impose aux médecins des hôpitaux généraux de la ville. Dans ce contexte, l'idéologie de la charité organisée qui émerge en Angleterre et se propage rapidement se présente comme une solution toute désignée pour faire face aux difficultés rencontrées par les hôpitaux montréalais, tant pour les médecins, les administrations hospitalières et les philanthropes, que pour l'administration municipale. Le problème de l'accès aux soins hospitaliers est ainsi formulé dans les termes de l'abus de la charité par une population qui, selon les

¹ Au Canada, l'abus des soins gratuits par des patients capables d'assumer au moins une partie des frais est une source de préoccupation des médecins depuis les années 1890, C. David Naylor, *Private Practice. Public Payment : Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance*, Kingston; Montreal, McGill-Queen's University Press, 1986, p. 49.

réformateurs, se faisait frauduleusement passer pour indigente.

Dans ce chapitre, nous nous pencherons d'abord sur l'accroissement rapide des activités hospitalières au tournant du siècle. L'arrivée de malades provenant de tous les milieux socioéconomiques dans les hôpitaux soulève les enjeux de la tarification des services offerts ainsi que de la classification des patients. À la fin des années 1890, ces enjeux sont débattus par les médecins de la Montreal Medico-Chirurgical Society : il faut parvenir, selon eux, à exclure les « fraudeurs » qui abusent de la charité hospitalière et médicale. Une structure centralisée d'enquêtes sur les malades des hôpitaux de la ville, inspirée des récents développements de la Charity Organization Society de Londres, est alors proposée. À peu près au même moment, une branche de cette organisation est fondée à Montréal. Nous nous intéresserons à sa mise en place et à ses champs d'action. Cette période marquée par des demandes d'assistance de plus en plus nombreuses, dans les hôpitaux comme dans les autres institutions, voit également naître le département d'Assistance municipale de Montréal, qui jouera un rôle important auprès des établissements charitables et dans la réflexion sur la prise en charge de l'indigence.

2.1 L'hôpital, institution charitable?

Bien que l'histoire de l'hôpital, de la médecine et de la charité fasse généralement l'objet d'une historiographie distincte, il ne fait pas de doute que l'histoire des hôpitaux, et tout particulièrement de leur quête pour un financement public adapté à la réalité du début du XX^e siècle, renvoie simultanément à ces trois champs. Historiquement, les hôpitaux étaient des établissements charitables dédiés avant tout à la prise en charge des indigents dans les villes. Jean-Marie Fecteau

souligne que l'hospitalisation était alors une « procédure sociale de mise à l'écart [...] relativement volontaire »². Ce n'est que dans la seconde moitié du XIX^e siècle que l'hôpital médical à proprement parler prend forme et vient refaçonner la vocation traditionnelle des hôpitaux généraux, transition qui a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs études³. À mesure que les spécialisations telles que la chirurgie, la pathologie, la gynécologie et l'obstétrique se développent en ses murs, l'hôpital devient le lieu où se concentrent les technologies médicales et l'enseignement de la médecine et du *nursing*⁴. Cette transition s'accompagne d'un élargissement considérable de la fréquentation des hôpitaux et d'une augmentation de leur capacité d'accueil. Les avancées de la médecine favorisent notamment un recours à l'hospitalisation chez les gens aisés, auparavant soignés à domicile, ce qui constitue une nouveauté. Comme l'a souligné François Guérard, l'historiographie hospitalière a peu insisté sur le caractère très urbain de ces établissements et a généralement peu tenu compte des contextes socioéconomiques influençant leur développement⁵. Le contexte d'urbanisation de Montréal, qui regroupe une majeure partie des ressources d'assistance de la province, est sans aucun doute d'une grande importance pour expliquer les premières revendications et la mise en place des politiques de financement public des

2 Jean-Marie Fecteau, « L'enfermement comme panacée. Sur l'institutionnalisation de l'assistance au Québec, 1840-1921 », dans Pedro Fraile (dir.), *Régulation et gouvernance. Le contrôle des populations et du territoire en Europe et au Canada. Une perspective historique*, Barcelone, Publication de la Universitat de Barcelona, 2001, p. 183.

3 François Guérard et Yvan Rousseau, « Le marché de la maladie: soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, n° 3, p. 293-329; Normand Perron, *Un siècle de vie hospitalière au Québec. Les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1984. Pour l'Ontario et le reste du Canada, voir J.T.H. Connor, *Doing Good: The Life of the Toronto General Hospital*, Toronto, University of Toronto Press, 2000; David Paul Gagan et Rosemary Gagan, *For Patients of Moderate Means. A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890-1950*, Montreal-Kingston, McGill-Queen's University Press, 2002.

4 Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB, 1993.

5 Denis Guérard, « La ville et l'hôpital », dans Claude Bellavance et Marc St-Hilaire (dir.), *Le fait urbain* (CIEQ, coll. «Les chantiers de l'Atlas historique du Québec»: www.atlas.cieq.ca), 2014, p. 2, <http://atlas.cieq.ca/Documents/ISBN978-2-921926-42-3.pdf> (consulté le 3 octobre 2017).

institutions.

2.1.1 La catégorisation des patients

L'ouverture de deux nouveaux hôpitaux à la fin du XIX^e siècle à Montréal, l'Hôpital Notre-Dame affilié à la faculté de médecine de l'Université Laval en 1880 et le Royal Victoria Hospital (RVH) rattaché à l'Université McGill en 1893, illustre assez bien les transformations qui s'opèrent dans les hôpitaux généraux du Québec. L'hôpital devient un établissement « moderne » dont on vante les mérites :

the increased efficiency, comfort, attractiveness, even luxuriousness, of the modern hospital-ward. Hospital architecture is now almost perfection. The public wards of a modern hospital are warm in winter, cool in summer, well lighted by day and night, perfectly ventilated, the beds are about the best, the food abundant and of excellent quality, and the nursing such as only the wealthy can afford in their own homes⁶.

Le confort des patients varie néanmoins en fonction de leur capacité de payer. À la fin du XIX^e siècle, les patients hospitalisés dans les hôpitaux sont généralement répartis en trois catégories. Les patients payants, reçus dans des chambres privées plutôt que dans les salles communes, disposent de « tout le confort désirable » et peuvent se faire traiter par le médecin de leur choix⁷. Pour leur hospitalisation, ces patients déboursent de 2 \$ à 2,50 \$ par jour, en plus des frais médicaux et chirurgicaux ainsi que de ceux liés à la médication⁸. En assumant l'ensemble des frais reliés à leur séjour à l'hôpital, ces patients font partie intégrante du financement des institutions. À cette

6 George E. Armstrong, « Hospital Abuse », *Montreal Medical Journal*, vol. 27, n° 6, 1898, p. 423.

7 HND, *Vingtième rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame, 1899-1900*, Montréal, Guertin, 1900, p. 87.

8 James Bell, « Private Wards in Public Hospitals, a Cause of Hospital Abuse (To the Editors of the Montreal Medical Journal) », *Montreal Medical Journal*, vol. 28, n° 2, 1899, p. 148.

catégorie de patients payants s'ajoutent les patients publics payants⁹ reçus dans les salles communes en échange d'une petite contribution, variant d'un hôpital à l'autre. Au RVH, par exemple, ces patients doivent assumer 50 sous ou un dollar par jour d'hospitalisation¹⁰, tandis qu'au Montreal General Hospital (MGH), le montant exigé de cette catégorie de patients peut parfois atteindre 1,50 \$ par semaine¹¹.

En dépit de la progression assez rapide de la marchandisation des soins, la charité demeure constitutive de la pratique hospitalière au tournant du XX^e siècle. Les patients indigents, qui ne paient rien pour leur hospitalisation, sont toujours reçus en grand nombre dans les hôpitaux montréalais, même dans les institutions les plus luxueuses comme le RVH. Voici ce qu'énonce le règlement de 1900 de cet établissement au sujet des termes des admissions:

Patients residing in the City or Parish of Montreal, and especially those who are in indigent circumstances and wholly or partially unable to provide medical treatment for themselves may be admitted to the benefits of the Hospital; such as are unable to pay for their maintenance as "free patients", and such as are able to pay as "pay patients", for such consideration as may be arranged with the Superintendent on their admission. Patients from outside districts [...] may be admitted on similar terms, on the recommendation of a member of the Medical Board¹².

9 La dénomination de cette catégorie de patients varie d'une institution à l'autre. Dans les rapports annuels de l'Hôpital Notre-Dame, ils sont d'abord les patients semi-publics puis, quelques années plus tard semi-privés, au Royal Victoria Hospital on les identifie comme '*public ward patients*' et au Montreal General Hospital '*ordinary pay patients*'.

10 Voir les rapports annuels entre 1900 et 1910, dans le rapport du surintendant. En 1915, la contribution exigée est de 50 sous, 1\$ ou 1,50\$ par jour.

11 MGH, *By-Laws of the Montreal General Hospital as Amended and Finally Passed by the Governors and Approved by the Corporation of the Society of the Montreal General Hospital, on the 19th May, 1885*, Montreal, Lovell & Sons, 1885, p. 20.
<https://ia801300.us.archive.org/1/items/101600432.nlm.nih.gov/101600432.pdf> (consulté le 9 novembre 2017).

12 RVH, *Seventh Annual Report, for the Year Ending 31st December 1900*, Montréal, Morton, Phillips & Co., 1901, p. 105.

Les données générales relatives aux admissions des patients au RVH, au MGH et à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph (HDSJ) ont été compilées dans le tableau suivant afin d'observer l'évolution de la fréquentation des principaux hôpitaux généraux de Montréal¹³. La proportion de patients indigents hospitalisés n'apparaît que dans les rapports annuels des hôpitaux généraux anglophones, ce qui explique que cette donnée n'ait pas été compilée dans le tableau suivant pour l'Hôtel-Dieu.

Tableau 1. Admissions au RVH, MGH et à l'HDSJ au tournant du siècle¹⁴

	Nombre total de patients admis			% de patients indigents	
	RVH	MGH	HDSJ	RVH	MGH
1890	--	2 035	--	--	75
1895	--	2 392	--	--	77
1900	2 619	2 823	2 186	56	nd
1905	3 093	3 237	3 148	53	nd
1910	4 309	3 586	3 170	45	63
1915	5 421	7 860	3 558	31	47

Tout au long de la période, le nombre total de patients admis augmente graduellement au sein des trois hôpitaux. Entre 1910-1915, cet accroissement est particulièrement marqué au MGH où le nombre de patients hospitalisés double en cinq ans, ce qui coïncide avec la réalisation d'importants travaux d'agrandissement¹⁵. La proportion de

13 En raison de la réorganisation du CHUM (traitement et déménagement des archives de l'Hôpital Notre-Dame vers le CHUM), les données de l'HND n'ont pas pu être compilées dans ce tableau. Nous avons eu accès qu'aux rapports de 1899 à 1903 et de 1913 à 1929.

14 Les données sont tirées de RVH, *Annual Reports for the year 1900, 1905, 1910, 1915*, Montréal, Morton, Phillips & Co. / s.é., 1901-1916; MGH, *Annual Reports of the Montreal General Hospital [...] for 1890-1891, 1895-1896, 1900-1901, 1905, 1910, 1915*, Morton, Phillips & Co / s.é. / John Lovell & Son, 1900-1916; Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph (ARHSJ), Fonds CH partie hôpital, Relations avec les autorités civiles (4A06), boîte 5.3.1.3, chemise 0948, « Malades reçus à l'Hôtel-Dieu de l'année 1900 à 1925 ».

15 MGH, *The 89th Annual Report of the Montreal General Hospital and the Report for the Training of School for Nurses with a List of Governors, Officers and Subscribers for 1910*, Montréal, s.é.,

patients reçus gratuitement, dès le départ plus élevée au MGH qu'au RVH, connaît quant à elle une diminution dans les deux institutions.

Les données relatives à la participation financière des différentes catégories de patients reçus, documentés avec une plus grande assiduité dans les rapports annuels des hôpitaux anglophones, fournissent des pistes d'explication sur cette diminution. En 1900, les revenus issus des contributions des patients totalisent 19 % du revenu total du RVH, 22 % de celui du MGH et 28 % de celui de l'Hôpital Notre-Dame¹⁶. En 1916, cette proportion grimpe à 49 % au RVH, 58 % au MGH et 38 % à Notre-Dame¹⁷. En 1917, ces revenus comptent pour 44 % des revenus de l'Hôtel-Dieu¹⁸. Les données du nombre de patients admis dans chaque catégorie au RVH et au MGH nous donnent une idée plus précise de ce qui se produit.

1911, p. 21-22.

- 16 RVH, *Seventh Annual Report for the Year Ending 31st December 1900*, p. 20; MGH, *The 79th Annual Report of the Montreal General Hospital and the Report for the Training of School for Nurses with a List of Governors, Officers and Subscribers for 1900-1901*, Montréal, Morton, Phillips & Co., 1901, p. 20; HND, *Twenty First Annual Report of the Notre-Dame Hospital, 1900-1901*, Montréal, La Patrie Printing Co., 1901, p. 15-16.
- 17 RVH, *Twenty-Third Annual Report for the Year Ending 31st December 1916*, Montréal, s.é., 1917, p. 24; MGH, *The 91th Annual Report of the Montreal General Hospital and the Report of Training School for Nurses with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1916*, Montréal, John Lovell & Son limited, 1917, p. 28; HND, *Thirty-Sixth Annual Report, 1916*, Montréal, The Perrault Printing Co., 1917, p. 35.
- 18 Nous n'avons pu documenté que cette année pour l'Hôtel-Dieu. ARHSJ, Fonds CH partie hôpital, Relations avec les autorités civiles (4A06), boîte 5.3.1.3, chemise 274, *Département de l'Assistance municipale, Règlement 626, Rapport annuel de 1917*.

Tableau 2. Admissions au RVH et au MGH par catégorie de patients au tournant du siècle¹⁹

	Salles publiques				Salles privées		Salles semi-privées	
	Gratuits		Payants		Payants		Payants	
	RVH	MGH	RVH	MGH	RVH	MGH	RVH	MGH
1890	-	1523	-	457	-	55	-	0
1895	-	1840	-	374	-	178	-	0
1900	1469	nd	741	nd	409	nd	0	nd
1905	1631	nd	928	nd	534	nd	0	nd
1910	1958	2243	1349	649	1002	440	0	254
1915	1698	3730	2002	2948	1721	658	0	524

D'entrée de jeu, le RVH et le MGH sont des institutions assez différentes. La première, plus luxueuse, est davantage orientée vers les soins des personnes aisées alors qu'une proportion plus importante des activités de la seconde vise les patients indigents. Entre 1910 et 1915, le nombre de patients traités gratuitement au RVH connaît une diminution alors que le nombre de patients des deux catégories payantes croît. Pour la même période au MGH, le nombre de patients hospitalisés augmente dans toutes les catégories, mais l'augmentation la plus frappante est celle des patients publics payants dont le nombre quadruple. De plus, une nouvelle catégorie de patients payants fait son apparition en 1900 au MGH. Aux patients « ordinaires », « ordinaires payants » et privés, s'ajoutent les patients semi-privés²⁰. À partir des données des rapports annuels, nous estimons que ces derniers payaient environ 1,50 \$ par jour d'hospitalisation²¹. Face à l'augmentation rapide des dépenses des institutions, les

19 Voir la note 13 relativement au tableau I.

20 MGH, *The 79th Annual Report ...*, p. 20.

21 Pour 1910 et 1915, à partir des états financiers, nous avons utilisé le revenu de l'hôpital provenant de cette catégorie de patients, que nous avons divisé par le nombre de patients semi-privés admis, puis par le nombre de jours moyen d'un séjour à l'hôpital cette année là. (1,40\$ en 1910 et 1,62\$ en 1915). MGH, *The 89th Annual Report ...*, p. 16-17-25; MGH, *The 94th Annual Report of the*

administrations devaient vraisemblablement trouver de nouvelles sources de revenus, et la tarification d'un plus grand nombre de patients était une des solutions mises en œuvre.

L'essor d'une importante classe de patients publics payants dans les premières décennies du XX^e siècle confirme que la marchandisation des soins hospitaliers était en cours, ce que plusieurs chercheurs ont démontré avant nous. Mais il ne faut pas pour autant conclure que cette marchandisation se fait au détriment de la population hospitalière indigente. Au contraire, la « clientèle » payante permettait de soutenir les activités charitables en apportant une contribution importante et soutenue aux revenus des hôpitaux. Au MGH par exemple, il est plutôt évident que l'augmentation du nombre de patients payants permettait d'éponger les coûts grandissants reliés aux toujours très nombreux patients indigents. Pour leur part, les catégories de patients « intermédiaires » ne s'inscrivaient pas complètement dans une logique marchande, les frais chargés aux patients publics payants et semi-privés se situant en dessous des coûts d'entretien et ne tenant pas compte de l'augmentation qu'ils connaissaient. C'est d'ailleurs ce qui permet d'expliquer que ce sont ces catégories de patients qui ont fait l'objet des discussions sur les procédures d'admission et de tarification de la fin du XIX^e siècle.

2.1.2 L'abus des soins charitables

Avec l'augmentation de la fréquentation des hôpitaux généraux parmi toutes les classes sociales, l'abus des soins gratuits et charitables par les « faux indigents » devient un enjeu préoccupant au sein de la communauté médicale et hospitalière²². Il

Montreal General Hospital and the Report for the Training School for Nurses with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1915, Montréal, John Lovell & Son, 1916, p. 21-27.

22 La situation n'est pas spécifique au Québec, les médecins britanniques, américains et canadiens abordent également cet enjeu. « We hear this complaint of hospitals from all part of our

était établi que les patients privés devaient couvrir l'entièreté des frais reliés aux soins et à l'hospitalisation et que les patients publics payants ou semi-privés devaient payer une portion de ces frais. Toutefois, la procédure d'admission ne permettait pas une catégorisation rigoureuse des patients. En effet, la procédure permettant à un malade d'être admis gratuitement ou à moindre coût dans les hôpitaux est plutôt rudimentaire à la fin du XIX^e siècle. Au MGH par exemple, pour pouvoir être hospitalisé sans frais, il faut présenter un certificat d'admission rempli par un notable, souvent un médecin généraliste, confirmant que le malade se trouve dans l'incapacité de payer et qu'il réside à Montréal²³. Les patients publics payants peuvent pour leur part provenir de l'extérieur de la ville, mais la personne qui émet la recommandation doit s'engager à assumer les coûts d'hospitalisation advenant le non-paiement des frais par le patient²⁴. Selon Goulet, Hudon et Keel, à l'Hôpital Notre-Dame

Les malades des salles communes, appelés malades ordinaires, n'étaient admis que sur présentation d'un certificat d'indigence que devait approuver le médecin interne. Un nombre important de patients détenteurs d'un certificat d'indigence n'était pas à proprement parler des indigents, mais des travailleurs dont le salaire ne permettait pas de supporter les frais élevés d'hospitalisation²⁵.

À un moment où l'indigence devenait difficile à discerner de la pauvreté en raison des changements économiques et de l'organisation sociale engendrés par l'industrialisation, c'est cette question de classification des patients qui allait se trouver au cœur du débat de la communauté médicale anglophone lancé par Georges Armstrong dans le *Montreal Medical Journal* en 1898.

Dominion... »; « Hospital Abuse », *Montreal Medical Journal*, vol. 28, n° 11, 1898, p. 874.

23 MGH, *By-Laws of the Montreal General Hospital as Amended and Finally Passed by the Governors and Approved by the Corporation of the Society of the Montreal General Hospital, on the 19th May, 1885*, Montréal, Lovell & Sons, 1885, p. 21.

24 *Ibid.*

25 Goulet et al., *Op. cit.*, p. 195.

Sur un ton alarmiste, le chirurgien du *MGH* affirme : « Hospital abuse is a growing evil and has come to be one of the social questions of our day »²⁶. La situation à Montréal ne serait pas aussi alarmante que celle des grandes villes américaines et anglaises, mais, dit-il « I am convinced that the evil of hospital abuse is with us, and in very considerable proportions »²⁷. Le médecin admet toutefois qu'il est difficile de quantifier l'ampleur de ce « mal » puisqu'il n'existe pas de données centralisées de la fréquentation des hôpitaux de la ville ou de la province. Selon lui, l'attrait pour la modernité et le confort des installations hospitalières a favorisé leur fréquentation par les gens aisés, ce qui aurait encouragé les pauvres à faire de même :

It is the private ward patients that set the fashion, and popularize the hospitals. Once the hospitals are popularized as soon as it becomes the correct thing to go to the hospital when ill, the next step is naturally and easily taken, viz., to get there as cheaply as possible.²⁸

En l'absence de dispositions pour enquêter sur les moyens financiers des malades ou de leur famille, il semble que de nombreux individus « who are able but unwilling to pay » parviennent à se faufiler dans les catégories de patients publics et semi-privés. Pourtant, « [they] are not fit objects of public charity ». Un article publié quelques années plus tôt dans *The Canada Lancet* décriait déjà la « pauperizing tendency of the system » et son effet néfaste sur la pratique médicale²⁹. Pour Armstrong, le nœud du problème serait que :

little care has been taken to determine the suitability of applicants for public charity. Hospital management have apparently taken it for granted that the

²⁶ Armstrong, *Loc. cit.*, p. 422.

²⁷ *Ibid.*, p. 423.

²⁸ *Ibid.*, p. 426.

²⁹ « The pay system at hospitals », *The Canada Lancet*, vol. 27, n° 4, 1894, p. 126.

old time honour and independance of character still obtained, and that the willingness on the part of an applicant to accept free hospital and medical charity was sufficient evidence that they were needy and poor³⁰.

L'augmentation considérable de la capacité d'accueil et de la fréquentation des hôpitaux des grandes villes, à Montréal comme ailleurs dans le monde, met en évidence la nécessité d'établir des critères plus objectifs pour déterminer sous quelles conditions les patients peuvent être hospitalisés gratuitement. Le système de référence, basé sur la bonne foi du requérant et de la personne qui émet la recommandation, semble de moins en moins adapté à la réalité sociale et démographique du tournant du siècle. Dans un débat de la Montreal Medico Chirurgical Society (MMCS) portant sur le texte d'Armstrong, un médecin affirme : « Any clergyman or priest would give a certificate for the asking, and the only class that certificates kept from coming to the hospital were those who would not take the trouble procuring them »³¹. Les médecins montréalais blâment notamment leurs confrères de l'extérieur de la ville d'accorder des références trop facilement aux patients publics payants. L'avis que le système de classification en vigueur doit être réformé semble amplement partagé³².

Les médecins des hôpitaux montréalais craignent visiblement d'être contraints de faire la charité à une proportion grandissante de patients. Plusieurs d'entre eux émettent de sérieuses réserves quant à la pratique des administrations hospitalières d'exiger de petites contributions aux patients publics payants et semi-privés. Selon Armstrong, cette façon de faire exerce une « pauperizing influence » :

30 Armstrong, *Loc. cit.*, p. 423.

31 « Montreal Medico-Chirurgical Society, Stated Meeting, October 24th - Hospital Abuse », *Montreal Medical Journal*, vol. 27, n° 11, 1898, p. 863. Dans la discussion, un médecin souligne que la complexification des procédures pourrait empêcher certains malades d'avoir accès aux soins médicaux et qu'ils risqueraient d'être retrouvés morts dans les rues.

32 *Ibid.*, p. 863-866.

In hospitals, the acceptance of 50 cents a day from a patient for what costs \$1.00 makes a patient feel that he is under no obligation to any one, either the hospital or the medical attendant, that he has a right to what he gets because he pays for it, and that he is perfectly at liberty to return on any future occasion for treatment on the same terms.

In my opinion, it would be better if the hospital ministered to the needs of those who could not pay anything and to no other. Private enterprise may be trusted to see that those who can pay are not allowed to suffer³³.

Des arguments en faveur du cloisonnement des soins privés et publics sont avancés dans plusieurs articles du *Montreal Medical Journal* suivant la parution de celui d'Armstrong :

as long as pay patients and charity patients are received into the same building, and given what is practically the same treatment, for so long is it certain that those who can perfectly well afford to pay the hospital charges and the physician fees' will attempt to benefit from the charity³⁴.

Un éditorial du *MMJ* sur les abus des faux indigents conclut que la solution pour se prémunir des fausses déclarations des patients est de séparer les institutions qui traitent les patients payants de celles recevant les patients pauvres³⁵.

Quelque peu indigné par les propos de cet éditorial, James Bell, chirurgien cardiaque bien connu du MGH, croit que la solution au problème réside ailleurs :

when one considers that the first class, are those who cannot pay their way and are therefore *bona fide* and admittedly objects of charity, while the patients of the third class do fully pay their way in every respect, while the

33 Armstrong, *Loc. cit.*, p. 426.

34 « Montreal Medico-Chirurgical Society, Stated Meeting, October 24th - Hospital Abuse », *Loc. cit.*, p. 866.

35 « Private Wards in Public Hospital A Cause of Hospital Abuse », *Montreal Medical Journal*, vol. 28, n° 1, 1899, p. 76-77.

patients of the second class pay only fifty cents per day, for what cost the hospital, in round figures, about 1,25\$ per day, and pay nothing at all for professional services, it is not difficult to see where lies the most likely source of abuse. Moreover, these patients are admitted without any systematic or thorough investigation into their financial positions, and practically on their own statements or those of a physician clergyman or philanthropist, that "they are too poor to pay for a private ward" – an expression of opinion be it observed, and not a statement of fact³⁶.

Bell propose d'abord de revoir à la hausse la contribution des patients semi-privés de 50 sous à 1,25 \$ afin de couvrir les dépenses engendrées par leur hospitalisation, en plus d'établir des critères stricts pour déterminer la capacité de payer des patients en fonction de leurs salaires ou de leurs propriétés. Le chirurgien suggère également de remplacer le système en vertu duquel ce sont les médecins généralistes des villes avoisinantes qui réfèrent les patients pour instaurer un système de certificats municipaux obligatoires pour l'admission, qui ne se satisferait pas de « vague general statements which prove nothing and which enable the unscrupulous to defraud the hospitals and the medical profession with the greatest ease »³⁷. De plus, considérant que la formation médicale a lieu dans l'enceinte de ces établissements, qui ont pour la plupart été rénovés pour contenir des salles dédiées à l'enseignement, les hôpitaux généraux sont règle générale bien mieux équipés que les hôpitaux à but lucratif. Séparer les salles privées des hôpitaux publics apparait donc à Bell comme une proposition contre-productive, voire saugrenue.

2.1.3 Un *Central Hospital Board*

Si les médecins identifient plusieurs facteurs contribuant aux abus de la

³⁶ James Bell, « Private Wards in Public Hospitals, a Cause of Hospital Abuse (To the Editors of the Montreal Medical Journal) », *Montreal Medical Journal*, vol 28, n° 2, 1899, p. 148.

³⁷ *Ibid.*, p. 149.

charité hospitalière, il apparaît évident qu'aucune solution ne peut y remédier efficacement sans reposer sur une action concertée des différents hôpitaux et du corps médical dans son ensemble. En l'absence d'une certaine centralisation du réseau hospitalier, les « faux indigents » continueraient d'exploiter les hôpitaux. Sans encadrement administratif plus strict, rien n'empêcherait les « fraudeurs » de s'adresser à une autre institution si la première se montrait trop inquisitrice. Pour remédier à cela, le président de la MMCS George Adami suggère la mise en place d'un *Central Hospital Board*, à l'image des récents développements à la Charity Organization Society (COS) de Londres.

À la fin du XIX^e siècle, les sociétés de la charité organisée se multiplient rapidement en Angleterre, en Irlande, en Écosse, en Australie et aux États-Unis³⁸. Les pratiques de charité « scientifique » que proposent ces organisations apparaissent à de nombreux réformateurs et philanthropes comme une solution prometteuse aux problèmes grandissants des pauvres des villes. Contrairement aux autres sociétés d'assistance, les COS n'offrent pas de secours directs aux nécessiteux. L'organisation a plutôt comme ambition de coordonner les ressources et de rationaliser l'accès à l'assistance en établissant un système centralisé en vertu duquel les secours ne seraient accordés aux indigents qu'après enquêtes, afin d'exclure tous les « faux indigents » qui abuseraient de la charité publique ou privée³⁹. Au moment où la MMCS s'inspire des démarches entreprises par la COS de Londres, la branche montréalaise de cette organisation n'est pas encore fondée, mais cela ne saurait tarder⁴⁰.

38 La première société est fondée à Londres en 1869 sous le nom de *Society for Organising Charitable Relief and Repressing Mendicity*. Cette organisation connaît une grande popularité aux États-Unis où 350 COS locaux sont actifs en 1920; Robert Humphreys, *Poor Relief and Charity 1869-1945. The London Charity Organization Society*, London, Palgrave Macmillan, 2001, p. 2.

39 Cette organisation est d'ailleurs connue comme l'ancêtre du travail social.

40 En 1900, il y a sept COS à travers le Canada, dont celui de Montréal; Mariana Valverde, *The Age of Light, Soap, and Water: Moral Reform in English Canada, 1885-1925*, Toronto, University of

Dans son texte sur les abus de la charité hospitalière, Armstrong reprend l'essentiel des idées défendues par le *Committee for Promoting a Central Hospital Board*⁴¹ à la rencontre de la société londonienne au sujet de la création d'un bureau central. Le médecin propose que soit instaurée une structure similaire, où siègeraient des représentants de l'administration et du bureau médical de chaque institution, en plus de médecins non reliés aux hôpitaux provenant de chaque district afin d'assurer une meilleure connaissance du bassin de population⁴². Une telle organisation serait impartiale et représentative des trois « classes » concernées : les hôpitaux, les médecins des hôpitaux et les praticiens généraux.

En novembre 1898, la MMCS, composée majoritairement de médecins anglophones, en plus de quelques médecins francophones, adopte ainsi la résolution de mettre sur pied un *Central Hospital Board*. Cette structure devait permettre d'assurer une centralisation des demandes d'admission faites aux différents hôpitaux qui seraient ensuite étudiées par des enquêteurs chargés d'investiguer sur le statut économique des requérants⁴³. Malgré une certaine effervescence autour de la question des abus hospitaliers dans les dernières années du XIX^e siècle et la formation d'un comité composé de représentants du MGH, RVH, Western Hospital et de l'Hôpital Notre-Dame, il semble que le projet n'ait pas eu de suites. Le rapport annuel du MGH de 1898 fait mention du projet :

In connection with the subject of hospital abuse, the various hospitals of the city have combined in an endeavor to check this evil. A committee is now at

Toronto Press, 2008, p. 159.

41 « Proposed Central Hospital Board for London », *The British Medical Journal*, vol. 2, n° 1929, 1897, p. 1813-1815; « The London Charity Organisation Society - A Central Hospital Board », *Charity Organisation Review*, 3, 14, février 1898 : 109.

42 « Each man would naturally be familiar in a general way with the population of his district, their earning power and their ability to get constant employment »; Armstrong, *Loc. cit.*, p. 425.

43 Dans les décennies suivantes, avec le début du financement public, il sera aussi question du lieu de résidence et de la durée de résidence des indigents dans la municipalité.

work, and it is hoped that plans will be formulated to prevent well-to-do people from receiving gratuitous treatment, and thereby robbing both the hospital and the needy poor⁴⁴.

Toutefois, on n'en reparle plus par la suite. L'Hôtel-Dieu avait décliné l'invitation à se joindre au projet⁴⁵. Les religieuses qui dirigent alors cette institution catholique accordent une grande importance à leur autonomie administrative ainsi qu'à la protection des renseignements personnels des pauvres malades. Leur façon de concevoir la charité hospitalière est vraisemblablement incompatible avec la structure que proposent les autres hôpitaux. La diversité des structures administratives des hôpitaux généraux montréalais, et conséquemment de leurs intérêts, constitue un obstacle pour l'élaboration d'initiatives communes; le refus de l'Hôtel-Dieu ainsi que les réticences exprimées par l'archevêque de Montréal (nous y reviendrons) en sont un bon exemple.

Les récriminations contre les pratiques de rémunérations intermédiaires de soins témoignent selon nous des enjeux auxquels doit faire face le corps médical devant l'élargissement de la fréquentation des institutions hospitalières et la redéfinition de la pratique que cela implique. À certains niveaux, les exigences économiques et administratives des institutions hospitalières et les intérêts des médecins entrent en conflit. Les petites contributions qu'exigent les administrations hospitalières aux patients se situant entre les malades indigents et aisés entrent en quelque sorte en contradiction avec les fondements de la médecine libérale, qui, selon François Baillargeon, « repose sur un équilibre entre la responsabilité financière individuelle des patients et le devoir de charité du médecin envers les indigents »⁴⁶.

44 MGH, *77th Annual Report of the Montreal General Hospital and the Report for the Training School for Nurses with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1898-1899*, Montréal, Morton, Phillips & Co., Printers, 1899, p. 14.

45 « Hospital Abuse », *Montreal Medical Journal*, vol. 28, n° 3, 1899, p. 236.

46 Cet extrait est tiré du résumé de son mémoire. Pour plus de détails, voir le chapitre 3; François

Ainsi, lorsque la communauté médicale anglophone accuse les « faux indigents » d'exploiter la charité hospitalière, ce sont en bout de piste ces nouvelles pratiques de rémunérations qu'ils critiquent. Face à une masse de plus en plus imposante de familles ouvrières pauvres et d'indigents, qu'aucun critère objectif ne permet de catégoriser, les médecins craignent d'être obligés de faire la charité à un nombre grandissant de malades. Si le mémoire de Baillargeon aborde la crise de la médecine libérale à la lumière de la mise en place de la loi de l'assistance publique et de la grande crise des années 1930, le débat de la MMCS laisse croire que la crise de la médecine libérale s'enracine dans les conditions socio-économiques et urbaines de la pratique médicale de la fin du XIX^e siècle.

Quelques années à peine avant que la branche montréalaise de la COS ne soit fondée, l'enjeu de l'abus des soins hospitaliers charitables met en évidence la diffusion des idées de la charité scientifique dans le milieu médical anglophone de Montréal. Les questionnements soulevés par la COS de Londres permettent d'alimenter la réflexion sur la nécessité d'encadrer la charité hospitalière de façon plus rigoureuse, réflexion qui traverse plus largement l'ensemble du milieu de l'assistance montréalais. Le projet de bureau central des hôpitaux n'aura pas les suites espérées, mais un pas est certainement franchi vers une organisation plus « scientifique » de l'assistance accordée.

2.2 La Charity Organisation Society et le contrôle des indigents étrangers

There is a remedy at hand, and that is to be found in the Charity Organization. This Society had already driven worthless beggars from our doors [...]. It has reduced the professional applicants for needless relief at

Baillargeon, « La crise de la médecine libérale et le débat sur les assurances sociales au Québec, de 1925 à 1945 » Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 2009, p.-53 et suivantes.

one institution by two-thirds, and it can purge the hospitals in the same way⁴⁷.

L'idéologie de la charité organisée, que vantent ponctuellement les quotidiens et périodiques médicaux montréalais, fait incontestablement du chemin au tournant du XX^e siècle, surtout dans les milieux bourgeois anglo-protestants. L'absence d'intervention publique auprès des institutions d'assistance rend d'autant plus évidente et pressante la nécessité d'une réforme permettant de contrôler et de rationaliser l'accès aux secours charitables. Ainsi, en 1899 à Montréal, un regroupement se forme sous l'influence de Lady Drummond pour promouvoir la mise en place d'un « Bureau central de la charité »⁴⁸. Un an plus tard, la Charity Organisation Society de Montréal⁴⁹ est officiellement fondée par un groupe de philanthropes, médecins, financiers⁵⁰ et hommes politiques municipaux⁵¹, dont font notamment partie l'échevin Herbert Brown Ames, le maire Préfontaine, le président de la Chambre de commerce C.F. Smith, George A. et Grace Julia Drummond ainsi que le docteur E.P. Lachapelle, surintendant de l'Hôpital Notre-Dame et président du Collège des médecins. Sept membres du Conseil municipal siègent sur le premier conseil d'administration de la COS de Montréal⁵² : à n'en pas douter, l'administration municipale coopère de près à la mise en place de cette organisation qui, selon elle, ne pourrait qu'être bénéfique pour l'organisation du réseau charitable montréalais, quelques années avant la création du département de l'assistance municipale. Pour sa part, Monseigneur

47 « Charity and the Hospitals », *Montreal Medical Journal*, vol. 32, n° 11, 1903, p. 814.

48 « Organized Charity », *Montreal Gazette*, 22 novembre 1899, p. 5.

49 Les quotidiens francophones y réfèrent d'abord comme le Bureau central de la charité, puis comme la Société de la charité organisée.

50 L'implication de grands financiers fera l'objet de critiques dirigées vers la COS; Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté. Les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 1978, p. 128.

51 « Bureau central de la charité », *La Patrie*, 22 novembre 1899, p. 7; « La charité », *La Patrie*, 13 décembre 1899, p. 6; « Société de Charité », *La Patrie*, 2 février 1900, p. 10.

52 Veronica Strong-Boag, *The Parliament of Women : The National Council of Women of Canada, 1893-1929*, Ottawa, National Museums of Canada, 1976; Anne Maclellennan, *Red Feather in Montreal. A History*, Montréal, Red Feather Foundation, 1996, p. 3.

Bruchési, consulté par Lady Drummond sur le projet de constitution de la société, décline l'invitation à y prendre part, car « parmi les catholiques, grâce aux nombreux asiles et hospices dirigés par nos religieuses, et aux sociétés de Saint-Vincent de Paul, il existe une véritable organisation des œuvres de bienfaisance »⁵³. Bien qu'il reconnaisse les « excellentes intentions » qui motivent les initiateurs du projet de centralisation de l'assistance, Bruchési soulève d'importantes objections⁵⁴. D'abord, il est convaincu que la conception de la charité mise de l'avant par la COS est fondamentalement incompatible avec le projet qui inspire les catholiques. À ses yeux, l'assistance doit à tout prix demeurer intrinsèquement liée au prosélytisme religieux et c'est sur ce point que son désaccord est le plus vif⁵⁵. Ensuite, les méthodes de la COS, qui misent sur un bureau central et « un système de recherches et d'enregistrement », sont également un sujet assez sensible. Bruchési se dit soucieux que les informations personnelles concernant les nécessiteux soient traitées avec prudence et discrétion.⁵⁶

Le premier secrétaire général, Francis McLean, que certains ont identifié comme le premier travailleur social professionnel de Montréal⁵⁷, est recruté des États-Unis pour donner un coup de main pour la mise en place de la société. Ce dernier est particulièrement choqué par l'état du réseau charitable et par l'ampleur du travail à accomplir à Montréal, et ceux qui lui succéderont partagent cette opinion. McLean

53 Archives du Diocèse de Montréal (ADM), Registre de lettres Bruchési, vol. 1, « Bureau central de la charité », 20 novembre 1899, p. 303.

54 Voir le chapitre « Religion et Église dans l'économie de la charité » de Jean-Marie Fecteau, *La liberté du pauvre*, Montréal, VLB éditeur, 2004, p. 317-319.

55 Bruchési cite l'article 3 du projet d'incorporation : « Le but de l'association est de donner à chaque famille nécessaire un protecteur ou ami, tout en évitant strictement d'empiéter sur le terrain où s'exerce déjà l'action bienfaisante d'une œuvre de charité ou de personnes charitables. Pour cela, elle s'assure les services de visiteurs dévoués et désintéressés qui tout en évitant scrupuleusement de faire du prosélytisme religieux, doivent se renseigner exactement sur les besoins réels de quelques familles [...] »; « Bureau central de la charité » *La Patrie*, 22 novembre 1899, p. 7.

56 À ce sujet voir Fecteau, *La liberté du pauvre...*, *Op. cit.*; « Bureau central de la charité », *La Patrie*, 22 novembre 1899, p. 7. Pour plus d'informations, voir Éric Vaillancourt, *La société Saint-Vincent de Paul de Montréal : Reflet du dynamisme du laïcat catholique en matière d'assistance aux pauvres (1848-1933)*, Thèse de doctorat (histoire), UQAM, 2005.

57 McLenan, *Op. cit.*, p. 11.

n'est de passage que deux ans à Montréal, avant d'accepter un poste au Chicago Bureau of Charities puis au Brooklyn Bureau of Charities⁵⁸. À la National Conference of Corrections and Charities de 1901, McLean tient un discours incisif sur l'assistance à Montréal. Ailleurs dans le monde, les COS critiquent la trop grande générosité de l'assistance publique. À Montréal, c'est tout l'inverse : McLean n'a d'autre choix que de se porter à la défense d'une meilleure prise en charge publique de l'indigence. D'entrée de jeu, McLean dénonce ainsi l'absence de refuges de dernier recours pour les indigents de Montréal, ces institutions publiques qui sont d'une importance fondamentale pour la prise en charge des « abjectly destitutes » partout ailleurs en Amérique. Sans de tels refuges, les institutions montréalaises seraient contraintes de se montrer moins sévères auprès des demandeurs d'assistance :

In other words, neither the city nor the province, either by the maintenance of public institutions assume or pretend to assume any responsibility beyond the care of all delinquents, the care of the insane among the defectives and orphaned children among the dependants.

[...] it can be directly traced (1) to the early growth of institutions founded by religious societies, encouraged by heavy land grants and certain exemptions from taxation; (2) and later by the very marked line of religious cleavage which exists in the city, – a cleavage plainly observable in two public school systems, two hospitals for the insane, and two jails for women, – in each case divided by religious lines, Catholic and Protestant⁵⁹.

L'absence d'un système de taxation obligatoire pour le soutien des institutions charitables n'a visiblement pas non plus eu comme effet de stimuler une plus grande générosité de la communauté à leur égard. McLean croit que le système en place

58 John E. Hansen, *Francis H. McLean (1869-1945) — Social Work Pioneer, Leader in the Charity Organization Society Movement and a Principal in Founding the National Association of Societies for Organizing Charity, Forerunner of the Family Service Association of America*, <http://socialwelfare.library.vcu.edu/social-work/mclean-francis-h/> (consulté le 15 juin 2017).

59 « it must be remembered that the original land grants of the older religious societies have yielded large revenues in some cases; and, consequently, there have been enlargements of their plants [...]. Private organized charity, assuming the burdent of the public relief, has been over-recompensed, perhaps, in the case of certain societies. In many others it has received little, if any, additional income. »; Francis McLean, « Effects upon Private Charity of the Absence of All Public Relief », *Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections*, p. 140.

mène tout simplement à la dilapidation des ressources charitables privées :

The absence of any governmental responsibility has seriously added to the burdens of private charity in other way. There is no public officer whose duty it is to see that the city is not burdened with the support of those who belong to other cities or counties.[...] A city of 300,000, with many institutions, surrounded by a semi-rural country dotted here and there with small-sized cities – and a well-defined route of travel for wanderers between Ontario, the Maritime Provinces and Montreal⁶⁰.

En l'absence d'implication gouvernementale qui aurait permis un certain contrôle de la fréquentation des institutions, aucune procédure ne permet d'exclure les indigents des municipalités avoisinantes qui alourdissent considérablement la charge des institutions montréalaises. Selon McLean, la circulation des indigents « is not an evil that can be properly dealt with by private charity without any governmental interference »⁶¹. La majorité des points soulevés dans son texte va faire l'objet de revendications qui seront partagées par la majorité des réformateurs au cours des décennies suivantes. D'une façon quelque peu paradoxale, la COS, opposée à l'intervention publique, contribue à réinterroger la place de la municipalité dans la prise en charge de la pauvreté extrême⁶².

À mesure que les champs d'action de l'administration montréalaise s'élargissent dans les années suivantes, la problématique des indigents « étrangers » s'impose avec force aux autorités municipales⁶³. Avant même la création d'un

60 *Ibid.*, p. 141.

61 *Ibid.*

62 Fecteau, *La liberté du pauvre...*, *Op. cit.*, p. 312-313.

63 Cette question s'avérait déjà problématique pour les quelques catégories d'« assistés » subventionnées par la municipalité montréalaise telles que les personnes hébergées dans les écoles d'industrie et de réforme et les asiles d'aliénés. Montréal se voyait contrainte d'assumer financièrement l'entretien d'individus provenant de partout au Québec en dépit du fait que les lois précisent que les municipalités doivent assumer une portion de l'entretien des individus y résidant.

département dédié à l'assistance municipale, la préoccupation du nombre important de mendiants dans les rues de la ville incite le successeur de McLean à la présidence de la COS, Richard H. Lane, à forcer la main de la Ville à ce propos en adressant une requête à la Commission des finances :

May we bring to your notice the custom, far too common, of the different parishes of Quebec and the other Provinces, as well as some of the States, of sending paupers and criminals to us to be supported by our Charities, - already overburdened. That this has been done for years is an admitted fact, but this is no reason why we should not, at least, attempt to stop it. [...] a large percentage of all our worst cases of pauperism are from without our borders. The evil grows each year that is unchecked.⁶⁴

La municipalité accède à cette demande et accorde un menu montant de 500\$ devant servir à la déportation et au rapatriement des indigents indésirables⁶⁵. Dans sa réponse, Lane signifie à Alfred Bienvenu que sa société est disposée à en faire davantage : « I am sure we need not to say to you that we are quite willing to cooperate by investigations, or any way possible to rid the City of this evil »⁶⁶. Le travail de déportation d'immigrants indésirables devient l'un des champs d'expertise de la COS de Montréal. La société travaille à ce titre en étroite collaboration avec le Département de l'intérieur fédéral⁶⁷. À partir de 1905, la COS reçoit des subventions annuelles de la Ville de Montréal en échange de ses services qui s'étendent

64 ADM, Fonds Charity Organization Society (73-007), 804-1b, *Richard H. Lane au Maire et au Conseil municipal*, 16 novembre 1903.

65 « This sum is to remain in the hands of the Civic authorities to be used for sending foreign paupers or stranded people back to their homes »; *Ibid.*

66 Il semble que l'octroi de cette subvention ait irrité Mgr Bruchési, si bien que Lane s'est senti obligé de lui faire parvenir sa correspondance avec la municipalité, prouvant que c'était uniquement pour la déportation d'immigrants indésirables; *Ibid.*

67 Archives McGill, Fonds Family Welfare Association, Dossier Department of Immigration 1909-1913. Il y a dans ce fonds plusieurs dossiers de correspondance entre la COS, des médecins et Ottawa, au sujet de déportations d'immigrants indésirables, pour cause de maladie physique ou mentale, ou d'indigence. Voir également Barbara Ann Roberts, *Whence They Came : Deportation from Canada, 1900-1935*, Ottawa, University of Ottawa Press, 1988.

éventuellement aux enquêtes sur les indigents ainsi qu'aux secours à domicile⁶⁸. Ce partenariat perdure jusqu'à la dissolution de la COS en 1919⁶⁹.

Malgré une volonté initiale de rassembler et de coordonner les organismes d'assistance anglophones et francophones, en raison des barrières linguistiques et religieuses, la COS ne parvient pas à rejoindre les institutions francophones⁷⁰. Ainsi, l'organisation n'arrive pas à assurer le rôle de coordination qu'elle visait et doit se résoudre à œuvrer dans les services directs vu l'état du réseau d'assistance et l'importance de la demande de secours⁷¹. Cela dit, l'impulsion donnée par la COS, en lien notamment avec l'enjeu du contrôle de la circulation des indigents, n'est pas sans répercussion sur l'organisation municipale. L'appui des représentants politiques municipaux à la mise en place de la COS et à son administration témoigne d'une conjoncture de plus en plus favorable à l'intervention de la Ville auprès des institutions d'assistance.

2.3 L'Assistance municipale

À l'échelle du Québec, le Code municipal et la Loi sur les cités et les villes autorisent les conseils locaux à adopter des règlements concernant l'entretien des personnes pauvres et le financement des institutions d'assistance⁷². Il s'agit toutefois

68 La COS travaillera également en collaboration avec le Département de l'Intérieur du Canada au sujet des déportations. Archives de l'Université McGill, Fonds du Family Welfare Association, dossier 92-077.

69 La COS va se scinder en le Family Welfare Association et le Montreal Council of Social Agencies. À ce sujet, voir Maclennan, *Red Feather in Montreal. A History*, *Op.cit.*

70 Terry Copp, *Classe ouvrière et pauvreté; les conditions de vie des travailleurs montréalais, 1892-1929*, Montréal, Boréal, 1978, p. 124.

71 *Ibid.*, p. 127-129.

72 Voir les articles 586 et 290 de la section X « Indemnités et secours » du *Code municipal de la province de Québec*, Québec, Augustin Côté et cie, 1870, p. 99-100; « Loi concernant les cités et

d'un pouvoir discrétionnaire et non d'une obligation. Montréal, pour sa part constituée en corporation depuis 1831, est régie par une charte distincte. La Charte de Montréal énonce que la Ville peut établir et administrer des maisons d'industrie, des refuges ou des hôpitaux municipaux si bon lui semble⁷³. Sollicitée de toutes parts pour intervenir en matière d'assistance publique, la Ville se dote d'un département dédié spécifiquement à ces activités en 1905, dont le premier directeur est Alfred Bienvenu. Avant cette date, les enjeux relatifs à l'assistance et aux octrois aux institutions étaient sous la responsabilité de la Commission des finances⁷⁴. Comme McLean l'a fait remarquer, jusqu'à la création de l'Assistance municipale, les fonds municipaux servaient essentiellement à assumer la moitié des coûts pour l'internement des aliénés et des enfants sans tutelle, ainsi que pour l'entretien des prisonniers, tel que prescrit par les statuts de la province de Québec⁷⁵. Ainsi, la mise en place par l'Assistance municipale d'un système de subventions annuelles aux institutions charitables sans que cela émane d'une obligation provinciale constitue un pas vers le soutien public de la prise en charge de la pauvreté. Plus encore, alors que dans les premières années d'existence du département, les subventions étaient accordées aux institutions sur une base contractuelle, en 1909, pour la première fois, la moitié de la somme distribuée l'est à titre de « reconnaissance pour services généraux rendus au public »⁷⁶. Pour

les villes », *Statuts du Québec*, 3 Édouard VII, 1903, chap. 38.

73 *Charter of the City of Montreal, Corrected and Compiled Edition with all Amendements Adopted up to Date 1908*, Montréal, A.P. Pigeon, 62 Vict., chap. 58, art. 300, alinéas 70 et 60.

74 Notons que jusqu'en 1907, le Département d'assistance demeure une division de la Commission des finances. Marcela Aranguiz, *A social refuse! : L'assistance et la perception des vagabonds à Montréal à la fin du 19e et au début du 20e siècles*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1999, p. 18 et 65.

75 « Acte concernant les asiles d'aliénés subventionnés par le gouvernement de la province de Québec », *Statuts du Québec*, 1880, 43-44 Vict., chap. 14; « Acte pour amender l'acte 32 Victoria, chap 17, concernant les écoles d'industrie », *Statuts du Québec*, 1884, 47 Vict., chap. 23 ; « Loi amendant la loi sur les écoles de réforme », *Statuts du Québec*, 1892, 55-56 Vict., chap. 27; « Acte pour pourvoir aux moyens de recouvrer de la corporation de la cité de Montréal partie des dépenses encourues pour garder la prison commune de cette ville », *Statuts du Québec*, 1851, 14-15 Vict., chap. 129.

76 Ville de Montréal, *Rapport annuel du Département des licences pour l'année 1909, suivi du Rapport annuel concernant l'Assistance Municipale pour l'année 1909*, Montréal, A.P. Pigeon,

Bienvenu, le directeur du département, ce changement constitue un « gros précédent » : la Ville, qui se limitait jusqu'alors à faire de l'assistance « forcée » par les tribunaux, accorde progressivement aux institutions une assistance « volontaire ». Conséquemment, les montants accordés par la Ville pour l'assistance augmentent rapidement : en 1909 les subventions municipales atteignent un total de 41 630 \$, alors qu'en 1914 ce montant a plus que doublé, passant à 90 000 \$⁷⁷.

En 1911, l'assistant-directeur Albert Chevalier succède à Bienvenu à la direction du département. Cette transition est perceptible lorsqu'on étudie les rapports annuels de l'Assistance municipale. En effet, la personnalité colorée du nouveau directeur teinte ces rapports qui gagnent en volume, en détails et en explications à caractère sociologique en tout genre⁷⁸. Chevalier, réformateur ambitieux, saisit l'opportunité d'une commission sur la mise en place d'institutions publiques pour les indigents en 1910 pour présenter un projet de réforme de l'assistance qu'il soumet dans son premier rapport annuel⁷⁹. Le rapport déposé au Bureau des commissaires propose d'établir trois catégories d'indigents afin de protéger la ville et ses institutions contre l'envahissement des mendiants professionnels et des fraudeurs. La première catégorie se compose des indigents qui ne peuvent travailler (les vieillards, les malades et les enfants; ce sont les indigents « absolus »), la seconde de ceux qui le peuvent, mais sont sans-emploi (les hommes de bonne volonté) et la dernière de ceux qui ne veulent tout simplement pas travailler (les professionnels de la mendicité, ou les *idle poor*). Les deux premières catégories sont constituées de pauvres méritants;

1910, p. 33.

77 Les montants diminueront à partir de 1915, diminution sans doute attribuable aux montants distribués avec le sou du pauvre, que nous aborderons au prochain chapitre.

78 Le dernier rapport de Bienvenu en 1910 fait huit pages, alors que le premier de Chevalier en fait 52. En 1916, ce même rapport annuel compte 104 pages.

79 Archives de la Ville de Montréal, VM1, 2S, dossier 4405, « Rapport de la commission », 1er décembre 1910; Ville de Montréal, *Rapport annuel du Département de l'assistance municipale pour l'année 1911*, Montréal, A.P. Pigeon, 1912.

ainsi les premiers seront placés en institutions (privées) et la mise en place d'un bureau de placement permettra de trouver de l'ouvrage aux seconds. Quant aux mauvais pauvres, qui sont selon Chevalier les plus nombreux, « ils seraient exposés aux rigueurs de la loi ». Toutefois, Chevalier est conscient qu'aucune loi ne permet réellement à la ville d'opérer un contrôle de ces individus indésirables⁸⁰. Si les « rigueurs de la loi » impliquent des séjours en prison, comme c'était coutume pour de nombreux indigents, la ville demeurerait contrainte d'assumer les coûts de leur entretien, ce qui ne réglerait en rien le problème.

Convaincu qu'une forte proportion des indigents échoués à Montréal provenait de l'extérieur de la ville, Chevalier croit qu'il est de responsabilité gouvernementale

[de] faire établir le domicile de secours pour les indigents [...] nous pourrions alors faire payer les dépenses encourues pour ces indigents par la municipalité responsable. En attendant cette loi qui tardera peut-être à venir, il ne reste qu'une chose à faire : c'est de renvoyer dans leur municipalité ces étrangers, qui n'ont aucun droit aux secours [...]. Il est urgent que Montréal prenne les mesures nécessaires pour se protéger contre ces exploitations de la part des autres municipalités et que notre ville ne devienne pas le dépotoir de toutes les misères de la province⁸¹.

Chevalier propose alors qu'un amendement soit apporté à la Charte de Montréal à l'effet de faire établir le domicile des indigents, tel que dans la loi des aliénés, mais cette proposition est rapidement écartée par les avocats de la ville. Vraisemblablement, la Ville de Montréal ne peut pas incorporer dans sa charte le pouvoir d'exiger des contributions des autres municipalités au développement de son propre système d'assistance. En fait, seul le gouvernement provincial dispose des

⁸⁰ Hormis la loi fédérale relative à l'immigration qui dit que tout immigrant est déportable si dans les deux premières années de séjour au Canada il tombe sous la charge publique; « An Act respecting Immigration and Immigrants », *Statuts du Canada*, 1906, 6 Edw. VII, chap. 19, art. 28.

⁸¹ Ville de Montréal, *Rapport annuel du Département de l'assistance municipale pour l'année 1911*, Montréal, A.P. Pigeon, 1912, p. 31 et 35.

pouvoirs nécessaires pour légiférer en ce sens, mais la législature n'est visiblement pas prête à intervenir de la sorte à ce moment. Il s'agit d'un problème qui aura des répercussions sur le sou du pauvre.

Pour mettre en place son projet de réforme qui permettrait la « répression de la mendicité », il fallait avant toute chose pouvoir séparer les « pauvres méritants » des « mauvais pauvres », ainsi que les pauvres Montréalais des pauvres provenant d'ailleurs, et donc enquêter sur tous ces nécessiteux. À cette fin, et s'inspirant des activités de la COS, Chevalier suggère de municipaliser l'Assistance Publique, un refuge privé, afin d'en faire le lieu central des services pour « la classe indigente »⁸². En raison de l'intensification des activités du département et dans le but de centraliser l'offre de services, les bureaux de l'Assistance municipale seront plutôt établis dans l'édifice du Refuge Meurling en 1915⁸³.

Le règne de Chevalier à l'Assistance municipale est ponctué de plus d'une initiative visant à réformer les pratiques d'assistance. Au moment où la province décide d'élargir le champ d'action du Bureau de la statistique pour recueillir en 1914, les premières statistiques sur les institutions d'assistance de la province, Chevalier entreprend de faire adopter une réforme de la charte municipale visant à resserrer l'accès aux subventions municipales et à encadrer davantage les institutions en bénéficiant. À ses dires, il est primordial de répartir plus équitablement les montants accordés et d'éliminer « certains établissements qui, à n'en pas douter, méritent bien peu le titre d'établissements charitables »⁸⁴. Les institutions subventionnées sont visitées par des représentants du département tous les ans depuis plusieurs années.

82 *Ibid.*, p. 32-33. Ce refuge datant du XIX^e siècle ne doit pas être confondu avec la loi du même nom qui sera adoptée en 1921.

83 Ville de Montréal, *Rapport annuel du département de l'Assistance municipale pour l'Année 1915*, p. 63-64.

84 ADM, Fonds du Département d'Assistance municipale (759.106), 914-1b, *Albert Chevalier à Paul Bruchési*, 9 octobre 1914.

Chevalier souhaite désormais contraindre ces dernières à fournir des rapports annuels de leurs activités ainsi que de permettre en tout temps la visite de leurs établissements et la consultation de leurs livres d'opération par son département, avec des pièces justificatives de leurs déboursés et recettes. Chevalier désire également que les indigents envoyés par son département soient automatiquement recueillis par les institutions et que les montants ne servent qu'aux secours accordés aux indigents⁸⁵. Consulté en cours de route sur le projet d'amendement à la Charte de la ville, l'archevêque de Montréal s'oppose à plusieurs clauses :

Il me semble qu'en retour de quelques secours que l'on accorde aux orphelinats, aux hôpitaux, aux asiles de bienfaisance, on exige beaucoup trop. Pour enrayer ou prévenir quelques abus on s'expose à créer des embarras très graves.

Ce que je souhaiterais, c'est que ce que l'on a fait pour quelques classes spéciales de malheureux, pour les aliénés, pour les orphelins de Montfort, pour un certain nombre de tuberculeux et d'incurables, fut fait pour tous les pensionnaires, à titre quelconque, de nos institutions de bienfaisance et qui sont dans une indigence complète; qu'un montant fut alloué pour chaque jour de maladie ou de pension et que ce montant fut payé non par Montréal uniquement, mais par les municipalités d'où viennent les malades et les pauvres. Les allocations seraient alors vraiment faites avec équité. Aujourd'hui, elles sont déterminées par la sympathie des autorités civiles, par des influences qui s'exercent [...]. Je sais des établissements où se fait un bien admirable et qui ne reçoivent pas un sou.

Le système dont je parle est universellement suivi aux États-Unis et dans la plupart des provinces du Dominion. Pourquoi ne l'adopterions nous pas chez nous⁸⁶?

Même s'il s'est opposé au projet de centralisation de la charité véhiculé par le COS, Bruchési défend la nécessité d'établir un financement public systématique des institutions d'assistance. Son intervention souligne le manque de rigueur et de moyens

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ ADM, Fonds du Département d'Assistance municipale (759.106), 914-3, *Paul Bruchési à Albert Chevalier*, 9 décembre 1914.

pour l'attribution des subventions municipales, mais également la question de la circulation des indigents et la nécessité d'établir une façon de faire contribuer les municipalités d'origine à la prise en charge de ces derniers dans les institutions montréalaises. Cela dit, des problèmes plus importants, dont nous traiterons dans le chapitre suivant, accaparent les autorités municipales en cette fin d'année 1914, remisant ainsi pour l'instant le projet de Chevalier. Malgré les réticences exprimées par Bruchési, la réforme sur l'encadrement des institutions entre en vigueur en 1915. De plus, un amendement à la Charte de Montréal en 1916 accorde à la Ville le pouvoir de recueillir les statistiques de toutes les institutions charitables et des hôpitaux pour le compte du Bureau des statistiques provincial, témoignant de l'expertise en la matière développée par la Ville depuis la création de son département d'Assistance municipale⁸⁷.

La question de l'abus des soins charitables qui agite la communauté médicale montréalaise à la fin du XIX^e siècle s'inscrit dans la foulée d'un mouvement de réformes visant à rationaliser l'assistance accordée face au nombre et aux besoins grandissants des pauvres des villes, tant dans les hôpitaux qu'au sein des institutions d'assistance. Avec l'intensification des activités hospitalières, désormais destinées aux malades de tous horizons, les procédures en place pour déterminer la capacité de payer des patients ne suffisent plus. La tentative des médecins anglophones de créer une structure permettant de centraliser les demandes d'admission et d'enquêter sur l'état de fortune des patients ne porte cependant pas fruit. Le peu de collaboration entre les médecins anglophones et francophones dans cette affaire, ainsi qu'entre les administrations hospitalières, ne sont sans doute pas étrangers à cet échec. Nous

87 « Loi amendant la charte de la cité de Montréal », *Statuts du Québec*, 1916, 7 Geo. V, chap 60, article 150.

croyons également qu'en l'absence d'un département comme l'Assistance municipale, les institutions hospitalières ne disposent pas à la fin du XIX^e siècle d'un interlocuteur de « proximité » pour diriger et faire avancer leurs revendications. Néanmoins, cet épisode mène à une réflexion sur le sous-financement des hôpitaux généraux. Au tournant du XX^e siècle, les médecins sentent que leur autonomie professionnelle est menacée par l'abus des soins charitables, et vont jusqu'à proposer la création d'institutions distinctes pour les patients aisés afin de maintenir intact le rapport charitable. En raison des difficultés financières des hôpitaux au courant des années 1910, leurs réticences semblent être au moins partiellement levées. Il devient clair que la structure financière des hôpitaux ne permet pas d'assumer la croissance de la capacité d'accueil et de la fréquentation qu'ont connu, et que continuent de connaître ces établissements. Inspirés par les lois en vigueur en Ontario et dans les autres provinces canadiennes, les médecins des hôpitaux généraux montréalais allaient en venir à revendiquer un financement public de la prise en charge de l'indigence auprès de l'Assistance municipale.

Ce département nouvellement créé en réponse à l'explosion des besoins en matière d'assistance au début du XX^e siècle contribue de toute évidence à redéfinir le rôle et la responsabilité de la municipalité dans les enjeux de protection sociale. Non seulement les secours publics ne se limitent plus au financement de la prise en charge des populations judiciarisées, mais la Ville s'intéresse de plus en plus près aux activités des institutions privées. Progressivement, l'Assistance municipale commence à assumer un rôle d'encadrement des institutions d'assistance notamment en recueillant à partir de 1917 les rapports annuels de toutes les institutions, qu'elles soient subventionnées ou non. Travaillant de près avec l'archevêque de Montréal ainsi qu'avec les représentants du milieu anglo-protestant, le directeur du département manœuvre habilement pour échafauder les politiques municipales en respectant autant

que possible les besoins et limites des différentes administrations hospitalières. Le problème posé par les indigents « étrangers » demeure néanmoins irrésolu, Montréal ne pouvant exiger, au nom de ses institutions, des contributions de la part des autres municipalités québécoises. Cette préoccupation du contrôle de la provenance des miséreux et de la responsabilité municipale en ce qui a trait à l'indigence n'allait jamais quitter la discussion, et ce, pour les dizaines d'années suivantes.

CHAPITRE III

LE SOU DU PAUVRE, UNE TAXE POUR LES HÔPITAUX

Au début du XX^e siècle, l'idée que les institutions charitables privées et confessionnelles sont les mieux disposées à assurer la prise en charge de la pauvreté est encore bien ancrée au Québec. Ce modèle institutionnel ne sera pas remis en question avant plusieurs décennies, mais il n'en demeure pas moins que le réseau charitable fait face à une crise d'envergure qui met en évidence la nécessité d'une plus grande implication des pouvoirs publics auprès du réseau d'assistance¹. Depuis le tournant du siècle, les problèmes financiers des institutions de bienfaisance sont connus des autorités publiques, mais ce n'est qu'en 1914, lorsque les administrations hospitalières menacent ouvertement la municipalité de Montréal de cesser de recevoir charitablement les patients indigents, que se concrétise la mise en place de la première politique municipale de financement public et systématique des institutions d'assistance.

Dans cette période de réflexion sur le financement du réseau charitable montréalais, les comparaisons entre Montréal et les autres grandes villes nord-américaines se multiplient. Les réformateurs, philanthropes, médecins et administrations hospitalières prennent appui sur les législations en vigueur dans les autres provinces canadiennes, et tout particulièrement sur les politiques de l'Ontario, pour revendiquer un financement public de la prise en charge institutionnelle de l'indigence. Un fossé important sépare toutefois le Québec de l'Ontario et des villes

¹ Fecteau aborde la crise de la charité catholique qui s'amorce dans la seconde moitié du XIX^e siècle de façon assez détaillée dans plusieurs chapitres de *La liberté du pauvre*, dont « Religion et Église dans l'économie de la charité »; Jean-Marie Fecteau, *La liberté du pauvre*, Montréal, VLB, 2004.

américaines en ce qui concerne les pratiques d'assistance et leur encadrement légal. Sans implication des pouvoirs publics municipaux et provinciaux pour assurer une responsabilité envers les indigents ou le financement de leur prise en charge comme c'est le cas en Ontario², le réseau charitable montréalais fait en effet face à des enjeux plutôt uniques pour une société industrielle.

Dans ce chapitre, nous allons d'abord nous intéresser aux réseaux hospitaliers de l'Ontario et du Québec entre la fin du XIX^e siècle et les années 1910, dans le but de comprendre l'impact de l'encadrement législatif de chaque province sur son développement hospitalier. Une comparaison plus ciblée des plus grands hôpitaux généraux de chaque province, le Toronto General Hospital et le Montreal General Hospital, permettra de dégager plus clairement les effets des politiques de financement public, ou de leur absence, sur chaque institution. Nous documenterons par la suite une initiative méconnue de la Ville de Montréal, le sou du pauvre, cette taxe mise en place en 1915 afin de financer les soins accordés aux indigents dans les hôpitaux. Nous nous intéresserons à son fonctionnement, à ses exigences envers les institutions et à ses retombées. Les insatisfactions soulevées dans les premières années d'application de cette mesure mènent le gouvernement provincial à adopter la première législation de prise en charge des indigents au sein des hôpitaux à l'échelle de la province, la loi de l'hospitalisation des indigents de 1920.

2 Les *poor laws* ne sont pas adoptées en Ontario, toutefois, une série de mesures, du *House of Industry Act* de 1837, jusqu'au *Municipal Institution Act* de 1866 et au *House of refuge Act* de 1890 allaient établir les bases d'une forme de responsabilité municipale et provinciale pour la prise en charge de la pauvreté. À ce sujet, voir Deborah Carter Park et J. David Wood, « Poor relief and the county house of refuge system in Ontario, 1880–1911 », *Journal of Historical Geography*, vol. 18, n° 4, 1992, p. 439-455.

3.1 Les réseaux hospitaliers de l'Ontario et du Québec

Puisque le Québec et l'Ontario empruntent des chemins assez différents en ce qui a trait aux politiques sociales et de santé, la comparaison de l'encadrement législatif des réseaux hospitaliers des deux provinces les plus industrialisées du Canada est assez instructive afin de saisir l'importance que revêt la revendication d'une politique de financement public pour les hôpitaux de Montréal et du Québec dans les années 1910.

3.1.1 Le financement public des hôpitaux

Plusieurs décennies avant le Québec, la législature ontarienne met en place un encadrement législatif – héritier, en quelque sorte, de la tradition des *poor laws* anglaises - reconnaissant une certaine responsabilité des pouvoirs publics provinciaux et municipaux à l'égard des indigents. En 1868, un rapport soumis au gouvernement provincial par un administrateur du Toronto General Hospital souligne les contraintes budgétaires de l'établissement et surtout la nécessité d'une implication financière plus soutenue de l'État envers les hôpitaux :

The sick as a class are entitled to quite as much consideration as the insane or the deaf and dumb [...] The basis of such a system must be public support, continuing regular, always ready for the emergency, and bearing equally upon all : not private alm, inconstant or irregular, too late for the occasion [...] ³

Grâce aux pressions exercées par des réformateurs⁴, l'Assemblée législative de

3 Ce sont les propos d'Adam Wilson, cités par Connor; J.T.H. Connor, *Doing Good : The Life of the Toronto General Hospital*, Toronto, University of Toronto Press, 2000, p. 95-96.

4 Le début de la tenue de statistiques provinciales sur les hôpitaux par l'inspecteur des prisons de la province en 1872 est un des éléments ayant permis de documenter les besoins des hôpitaux et ayant stimulé l'adoption de la loi de 1874; *Ibid.*, p. 97-103.

l'Ontario adopte le *Charity Aid Act* en 1874 qui implante un système fixe de subventions en fonction du nombre de jours d'hébergement dans les établissements hospitaliers et d'assistance, mettant ainsi fin au système discrétionnaire de subventions annuelles. En vertu de cette loi, les hôpitaux sont assurés d'obtenir un minimum de 20 sous par jour d'hébergement pour chaque patient, qu'il soit indigent ou non. À cela vient s'ajouter une subvention provinciale complémentaire équivalente au quart des autres sources de revenus de l'hôpital, que ce soit par subventions municipales, souscriptions privées, paiements pour les frais d'hospitalisation, etc.⁵. Dans les années 1890, les subventions provinciales aux hôpitaux en viennent à totaliser plus de 100 000 \$ par année⁶. Ainsi, grâce à cette loi, plus de la moitié des revenus des hôpitaux généraux ontariens proviennent des pouvoirs publics en 1890. Cette proportion de financement public diminue par la suite, mais reste bien plus importante qu'au Québec. Elle compte encore pour 31 % des revenus hospitaliers en 1910⁷. Les dispositions de la loi de 1874 ont pour effet de favoriser un plus grand accès à la médecine hospitalière⁸. En 1914, le *Charity Aid Act* est amendé par le *Hospitals and Charitable Institutions Act* qui, pour la première fois, contraint légalement les municipalités à payer pour les indigents qui résident sur leur territoire⁹. L'année suivante, les subventions publiques atteignent près de 38 % des revenus des hôpitaux. De plus, en prévoyant des subventions plus généreuses pendant les dix premières années d'existence d'un hôpital, et en limitant le nombre d'hôpitaux

5 « An Act to Regulate Public Aid to Charitable Institutions (The Charity Aid Act) », *Ontario Statutes*, 1874, 37 Vict., chap. 33. Sur cette loi, voir Paula Maurutto, *Governing Charities : Church and State in Toronto's Catholic Archdiocese, 1850-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2003, p. 34 et suivantes.

6 Connor, *Op. cit.*, p. 159.

7 David Paul Gagan et Rosemary Gagan, *For Patients of Moderate Means. A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890-1950*, Montreal-Kingston, McGill-Queen's University Press, 2002, p. 195.

8 En plus de donner accès à l'hôpital à un plus grand segment de la population, la loi stimule l'ouverture de nouveaux hôpitaux à l'échelle de la province. Connor, *Op. cit.*, p. 105.

9 « Hospitals and Charitable Institutions Act », *Revised Statutes of Ontario*, 1914, chap. 300, art. 23-25.

pouvant bénéficier de ce soutien par municipalité, la législation ontarienne stimule l'expansion du réseau hospitalier à l'extérieur des grands centres¹⁰.

Si le nombre d'habitants du Québec et de l'Ontario est assez comparable au début du siècle, on constate, du point de vue de leur répartition, que le Québec compte 6 % moins d'habitants urbains que la province voisine. La population urbaine ontarienne, présente dans plusieurs villes de taille moyenne, est mieux distribuée dans l'espace que la population urbaine québécoise massivement concentrée à Montréal et, dans une moindre mesure, à Québec¹¹. Cet écart entre l'Ontario et le Québec ne permet toutefois pas d'expliquer à lui seul la différence entre les réseaux hospitaliers ontariens et québécois. Le tableau comparatif suivant, tiré des données de l'inspecteur des hôpitaux ontariens et des statistiques annuelles des hôpitaux québécois pour l'année 1916, illustre assez bien l'impact qu'a pu avoir l'encadrement législatif différent des deux provinces sur leur offre hospitalière respective¹².

10 Dans le rapport annuel de 1917, l'inspecteur affirme qu'une subvention provinciale de 20 sous par jour est accordée pour tous les patients pendant les 10 premières années d'existence d'un hôpital (30 sous à partir de 1917). Par la suite, la subvention est accordée seulement pour les patients qui paient moins de 7\$ par semaine, mais pour une période n'excédant pas 120 jours. Après cette période, la somme de 7 sous par jour est accordée. Inspector of Prisons and Public Charities, *Forty-Eighth Annual Report Upon the Hospitals and Charitable Institutions of the Province of Ontario, 1917*, Toronto, A.T. Wilgress, 1918, p. 11-12.

11 L.S. Bourne et G. Gad, « Urbanization and urban growth in Ontario and Quebec: An overview » dans L.S. Bourne et R.D Mackinnon (dir.), *Urban Systems Development in Central Canada*, University of Toronto Press, 2014, p. 7-35.

12 Nous présentons les données de 1916 puisque c'est à partir de cette année que les statistiques du Québec commencent à être mieux comptabilisées.

Tableau I. Comparaison des réseaux hospitaliers du Québec et de l'Ontario, 1916¹³.

	Nombre d'hôpitaux généraux et maternités sans but lucratif	Nombre de lits	Nombre de lits/ 1 000 habitants	Nombre de patients admis	Patients admis/ 1 000 habitants
Québec (données corrigées ¹⁴)	50	4165	1,91	47 091	21,6
Ontario	81	7554	2,80	91948	34,1

On note d'entrée de jeu une asymétrie entre les deux provinces. Le Québec compte moins d'hôpitaux et dispose de près de la moitié moins de lits que l'Ontario. Conséquemment, le nombre de patients admis est nettement inférieur et les établissements québécois desservent une portion moins importante de la population, ce qui porte à croire que l'accès aux soins hospitaliers est plus limité dans la province francophone. Bien que ces données doivent être prises avec précautions, il s'agit tout de même d'un bon indicatif de l'offre hospitalière des deux provinces.

Au Québec, les politiques qui s'apparentent le plus à la reconnaissance d'une obligation publique à l'égard des indigents sont les lois qui judiciarisent certaines catégories d'individus ou certains comportements indésirables. Ces lois prévoient des contributions gouvernementales assumant une partie des frais pour l'entretien des pensionnaires des prisons, asiles, écoles de réformes et d'industrie. Les hôpitaux et

13 En 1916, la population du Québec est estimée à 2 183 143 et celle de l'Ontario à 2 693 506 habitants. Nous avons exclu les sanatoriums. Données tirées de : Province de Québec, Département du secrétaire, Bureau des statistiques (BSPQ), *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance, Année 1916*, Québec, E.-E. Cinq Mars, 1917 et de Inspector of Prisons and Public Charities (IPPC), *Forty-Seventh Annual Report upon the Hospitals and Charitable Institutions of the Province of Ontario 1916*, Toronto, A. T. Wilgress, 1917.

14 L'utilisation des données du Bureau des Statistiques nécessite plusieurs corrections. Certaines institutions, qui n'ont pas soumis de rapports au secrétaire provincial, n'ont pas été comptabilisées. Parmi celles qui l'ont fait, certaines ont envoyé des formulaires incomplets. À cela s'ajoute le fait que certaines institutions ne sont pas des hôpitaux ni des maternités et que d'autres se trouvaient manifestement à la frontière de l'hôpital, de l'hospice et du sanatorium. Nous avons donc exclu certaines institutions. BPSQ, *Statistiques annuelles des établissements[...]* 1916, p. XXVII-XXXII.

autres institutions d'assistance reçoivent quant à elles de modestes subventions votées annuellement à l'Assemblée législative depuis 1801. Ces subventions discrétionnaires augmentent progressivement pour totaliser environ 45 000 \$ au début des années 1870. Ce montant global reste le même jusqu'au tournant des années 1910. Ainsi, pendant cette période où plusieurs nouvelles institutions sont mises sur pied et où les problèmes sociaux s'intensifient, on assiste à une diminution de la part relative des subventions de l'État provincial dans les revenus de l'ensemble des hôpitaux¹⁵. En 1916, les montants provenant du financement public ne comptent que pour 5,5 % des revenus des hôpitaux de l'extérieur de Montréal, ce qui n'est sans doute pas étranger à leur sous-développement¹⁶. Au début du XX^e siècle, la Ville de Montréal commence à accorder des subventions annuelles à ses hôpitaux généraux. Son appui se limite toutefois à l'octroi de quelques centaines de dollars pour le service d'ambulance, montant quelque peu dérisoire sur l'ensemble des revenus de l'hôpital¹⁷. Les subventions municipales connaissent néanmoins une petite augmentation dans les années suivantes. Bien que des subventions provinciales et municipales soient accordées année après année, les montants ne tiennent pas compte des activités ni des besoins des institutions et aucune loi ne vient encadrer et assurer leur distribution.

3.1.2 Les hôpitaux généraux de Toronto et de Montréal

Au début du XX^e siècle, Montréal et Toronto comptent chacun 6 hôpitaux généraux publics ou à but non lucratif¹⁸. La comparaison du Toronto General Hospital

15 François Guérard, « La formation des grands appareils sanitaires » dans Normand Séguin (dir.) *Atlas historique du Québec. L'institution médicale*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1998, p. 95.

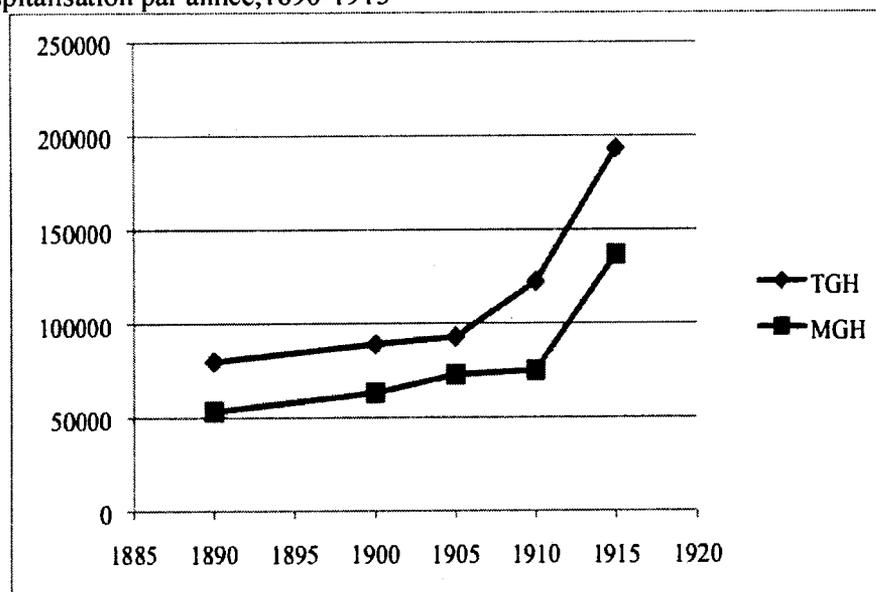
16 BPSQ, *Statistiques annuelles des établissements[...] 1916*, p. 144-148.

17 Un docteur souligne que ce montant permet à peine de couvrir la taxe d'eau que doit payer l'Hôtel-Dieu; H. Hervieux, « Les hôpitaux devant l'opinion publique », *Union Médicale du Canada*, vol. XXXVI, n° 11, 1907, p. 631.

18 À Toronto, il s'agit du Toronto General Hospital, Grace Hospital, Hospital for Sick Children, St. Michael's Hospital, Western Hospital et The Orthopedic Hospital (voir rapport IPPC). À

(TGH) et du Montreal General Hospital (MGH), les plus grands hôpitaux de leur ville respective qui présentent une structure organisationnelle semblable, permet d'évaluer la similitude des deux institutions et, plus intéressant encore, de mesurer plus concrètement l'impact des mesures de financement public en place dans chaque province. Penchons-nous d'abord sur l'évolution de la fréquentation des deux institutions pour la période 1890-1915, illustrée dans le graphique suivant.

Figure 1. Fréquentation du TGH et du MGH exprimée en nombre de jours total d'hospitalisation par année, 1890-1915¹⁹



Dès 1890, le nombre de patients reçus par le TGH est plus important et le demeure tout au long de la période étudiée. Bien que l'accroissement de la fréquentation des

Montréal, du MGH, RVH, WH, HND, HD et de l'Hôpital Ste-Justine (HSJ).

¹⁹ Nous avons exclu l'année 1895 car nous n'avons pu retrouver le rapport de l'IPPC pour cette année. Les données du TGH sont tirées des rapports par institutions contenus dans IPPC, *Annual Report upon the Hospitals and Charitable Institutions of the Province of Ontario, 1890-1915*, Toronto, T.A. Wilgress, 1890-1915. Les données du MGH sont tirées des rapports annuels de l'hôpital; MGH, *Annual Report of the Montreal General Hospital [...] 1890-1891, 1900-1901, 1905, 1910, 1915*, Montréal, Morton, Phillips & co. / John Lovell & son, 1891-1916.

deux institutions suit une tendance similaire, un écart commence à se creuser à partir de 1910. Dans les deux hôpitaux, la fréquentation connaît un essor particulièrement marqué entre 1910 et 1915 et ce, en dépit de l'absence de politiques de financement public au Québec.

Tableau 2. États financiers du TGH et du MGH, 1890-1915²⁰

	TGH		MGH	
	Revenus	Dépenses	Revenus	Dépenses
1890	76 999	63 075	57 258	55 361
1900	81 805	81 202	75 994	84 281
1905	115 455	118 920	96 134	98 205
1910	173 083	174 447	138 542	153 548
1915	420 223	393 998	225 914	284 138

Les revenus du TGH sont plus importants que ceux du MGH, ce qui est conséquent à la fois avec les données de fréquentation et avec les politiques de financement public en place. Sur les cinq années détaillées, le TGH présente un déficit en 1905 et 1910. Les problèmes financiers du MGH sont plus récurrents : sauf en 1890, le MGH affiche un déficit à tous les ans, déficit qui tend à se creuser vers la fin de la période. Les revenus du TGH connaissent pour leur part une nette augmentation en 1915, hausse vraisemblablement reliée à l'adoption du *Hospitals and Charitable Institutions Act* l'année précédente. Le tableau suivant vient préciser la proportion des revenus totaux de chaque hôpital provenant du financement public et des contributions des patients.

²⁰ *Ibid.*

Tableau 3. Proportion des revenus totaux du TGH et du MGH provenant du financement public et de la contribution des patients, 1890-1915²¹

	TGH			MGH		
	% province	% Toronto	% patients	% province	% Montréal	% patients
1890	28,6	22,2	20,7	8,7	0	15,7
1900	18,1	17,8	36,5	6,6	0,6	21,9
1905	11	15,1	43,2	5,2	0,5	24,1
1910	9	22,9	44,8	3,6	2,6	25
1915	5,5	36,8	40,9	2,2	2,1	25,9

En 1890, près de 52 % des revenus du TGH sont issus du financement public. Pour la même année, le MGH reçoit seulement 5 000 \$ en subvention provinciale, ce qui représente un peu moins que 9 % de ses revenus. L'importante part du financement public de l'institution torontoise s'explique par les dispositions législatives évoquées plus haut. En 1895, le gouvernement ontarien distribue un total de 110 000 \$ entre 35 hôpitaux. Soucieux de freiner l'augmentation rapide de ces dépenses, il adopte de nouvelles dispositions : l'État diminue notamment les subventions accordées aux institutions en fonction depuis plus de dix ans, ce qui est le cas du TGH, et cesse d'accorder du financement pour l'entretien des patients qui paient 3 \$ et plus par semaine pour leurs soins²². De plus, le gouvernement fixe un plafond à 110 000 \$ par année pour les subventions aux hôpitaux, malgré la création de plusieurs institutions pendant cette période. Ces nouvelles dispositions sont visiblement reliées à la diminution du financement provincial du TGH observable après 1890. Ainsi, entre 1900 et 1910, la proportion des revenus du TGH issue des autorités publiques oscille entre 26 % et 36 %. En instaurant une obligation pour les municipalités d'assumer l'entretien de leurs indigents, le *Hospitals and Charitable Institutions Act* de 1914 permet d'expliquer la hausse de la part des revenus du TGH provenant de la

²¹ *Ibid.*

²² Connor, *Op. cit.*, p. 159.

municipalité de Toronto en 1915 qui atteint 37 %.

À Montréal, la part des revenus issue des autorités publiques est menue tout au long de la période. Tel qu'expliqué précédemment, la subvention provinciale distribuée annuellement n'est pas bonifiée pendant la période couverte dans ce tableau; elle représente 9 % du revenu du MGH en 1890, mais ne représente plus que 2 % vingt-cinq ans plus tard. La Ville de Montréal commence à subventionner timidement le service d'ambulance du MGH en 1900 à raison de quelques centaines de dollars par année. Les subventions accordées par la Ville atteignent quelques milliers de dollars en 1910. Malgré cela, en 1915, à peine 4 % des revenus de l'hôpital proviennent des subventions publiques. Pendant la période étudiée, les revenus du MGH proviennent encore en bonne partie des dons privés et des souscriptions.

Pour ce qui est de la contribution des différentes catégories de patients payants dans les deux hôpitaux, il est évident que là aussi, des montants bien plus substantiels sont perçus au TGH qu'au MGH. La proportion des revenus issus des patients augmente plus rapidement au TGH; en 1890, 21 % des revenus du TGH proviennent des patients et ce pourcentage atteint 45 % en 1910. Pour les mêmes années, au MGH, ce pourcentage passe de 16 % à 25 %. Il est probable qu'en réponse à la diminution du financement public qui a lieu à partir des années 1890 en Ontario, l'administration du TGH ait choisi d'accroître le nombre de patients payants reçus afin d'assurer la stabilité financière de l'hôpital, ce qui expliquerait, au moins en partie, la rapide augmentation de cette catégorie de revenu après 1890. Au total, en 1915, 85 % des revenus de l'hôpital proviennent de la combinaison du financement public et de la contribution des patients, contre 30 % pour ceux du MGH. Ainsi, l'important financement public que reçoit le TGH depuis les années 1870 n'est visiblement pas un obstacle à la marchandisation des soins. Même si Gagan et Gagan ont affirmé que :

« intimations of the modern hospital could be found in the best of the late-Victorian metropolitan hospitals like the Toronto General or the Montreal General »²³, la comparaison de ces établissements illustre assez bien que le processus de marchandisation des soins était bien plus avancé dans le premier que dans le second.

3.2 Le sou du pauvre

À la fin de l'année 1914, trois hôpitaux généraux de Montréal prévoient faire face à un important déficit pour une deuxième année consécutive : conjointement, le MGH, l'Hôpital Notre-Dame (HND) et le Western Hospital (WH) présentent un manque de 85 000 \$ à combler²⁴. À lui seul, le MGH affiche un déficit de 60 000 \$²⁵. La situation n'est pas étonnante, les états financiers de cet hôpital s'avèrent problématiques depuis plusieurs années déjà. C'était d'ailleurs le cas de plusieurs institutions d'assistance montréalaises encore moins subventionnées que les hôpitaux. Au début du siècle, la demande de soins hospitaliers connaît un essor important que les dons privés, sur lesquels reposent au moins en partie les activités hospitalières, ne permettent pas de soutenir. La nécessité de trouver de nouvelles sources de revenus s'impose.

3.2.1 La requête des hôpitaux

Conscientes du rôle indispensable de leurs institutions au sein de la municipalité, mais également de la province tout entière, les administrations des trois

²³ Voir Gagan et Gagan, *Op. cit.*, p. 14.

²⁴ « Hôpitaux dans un état précaire », *Le Canada*, 19 novembre 1914, p. 8-5; « De l'aide à nos hôpitaux », *La Patrie*, 19 novembre 1914, p. 4-5.

²⁵ « La situation de l'Hôpital Général », *La Presse*, 21 novembre 1914, p. 7.

hôpitaux déficitaires saisissent l'occasion pour revendiquer l'intervention du Conseil municipal. Lors d'une rencontre du Bureau de contrôle traitant du budget municipal pour l'année 1915, une délégation d'une vingtaine de représentants des hôpitaux montréalais s'invite à l'hôtel de ville pour réclamer que soit inséré dans le budget municipal un montant permettant de couvrir le déficit des hôpitaux « afin qu'il soit distribué aux trois hôpitaux en fonction du nombre de lits maintenus par chacun d'eux dans les salles communes »²⁶. Hugh Montagu Allan, éminent industriel et philanthrope montréalais, alors directeur du MGH, présente la requête des hôpitaux :

les hôpitaux, qui avaient été d'abord considérés comme des institutions de charité pures et simples, sont devenus partie intégrante du rouage économique des sociétés modernes, tant au point de vue humain qu'à celui de la science, d'où il résulte que si les hôpitaux supportés par des dons volontaires devaient aujourd'hui fermer leurs portes, la cité se verrait dans l'obligation absolue d'établir immédiatement, et maintenant à ses frais, des institutions semblables²⁷.

Rappelant au Bureau de contrôle l'importance fondamentale des activités hospitalières, avec les données de fréquentation des salles publiques et des dispensaires à l'appui, Allan critique la petitesse de la contribution de la ville, qui représente moins de 2 % des déboursés des hôpitaux et moins de 5 sous par jour d'hospitalisation dans les salles publiques²⁸. En comparaison avec les montants octroyés par les municipalités aux hôpitaux généraux de Toronto (62 983 \$), de Winnipeg (15 610 \$) et de Vancouver (70 828 \$), les 9 300 \$ accordés en subvention

26 « Hôpitaux dans un état précaire », *Le Canada*, 19 novembre 1914, p. 8 et 5, « Cri de détresse des hôpitaux », *Le Devoir*, 19 novembre 1914, p. 7.

27 *Ibid.*, « La requête des hôpitaux », *La Patrie*, 19 novembre 1914, p. 5, « Hospitals and the City », *Montreal Herald*, 19 novembre 1914.

28 Les nombres de patients traités dans les salles publiques, de consultations au dispensaire ainsi que ceux des états financiers du MGH présentés dans la requête ont été contre-vérifiés et les chiffres concordent; MGH, *The 92nd Annual Report of the Montreal General Hospital and the Report of the Training School for Nurses with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1913*, Montréal, John Lovell & Son., 1914.

pour les trois institutions par Montréal lui apparaissent bien dérisoires²⁹. Allan souligne d'autre part que les problèmes financiers actuels des trois hôpitaux ne tiennent pas compte des travaux d'amélioration et d'agrandissement qui doivent être entrepris :

En face de cet état des choses, les hôpitaux ne se croient pas tenus de pourvoir aux besoins des pauvres de la cité, à moins qu'ils ne reçoivent une aide pécuniaire suffisante pour couvrir le déficit prévu pour l'année courante. À défaut de quoi, ils se verront obligés, soit de limiter immédiatement leurs sphères d'action ou de fermer tout à fait les salles communes³⁰.

La couverture médiatique de cette rencontre est très favorable à la requête des établissements hospitaliers : « L'administration n'a pas lieu d'éprouver de scrupule, la somme est due, plutôt cent fois qu'une! » affirme-t-on dans *La Patrie*³¹. Comme l'ultimatum est lancé en novembre, à la toute fin de l'année budgétaire, la Ville doit répondre rapidement à la demande des hôpitaux. Le maire Martin lance d'abord un appel à la générosité des riches montréalais afin de « sauver la ville d'une dépense qu'elle ne peut raisonnablement faire en ce moment »³², avant de proposer la création d'un fonds de charité publique alimenté par une taxe de 0,1% sur la propriété foncière, inspiré du « droit des pauvres » européen³³. Selon les estimations de Chevalier, cette mesure permettrait d'amasser 600 000 \$³⁴ par année. Ce scénario est néanmoins rapidement rejeté par le Bureau de contrôle³⁵ au profit d'une taxe sur les

29 « Hôpitaux dans un état précaire », *Le Canada*, 19 novembre 1914, p. 5.

30 *Ibid.*

31 « La requête des hôpitaux », *La Patrie*, 19 novembre 1914, p. 5.

32 « Hôpitaux dans un état précaire », *Le Canada*, 19 novembre 1914, p. 5.

33 Malgré la référence du maire et des journalistes au droit des pauvres, notons que le droit des pauvres est une taxe de 10% sur les recettes de lieux de divertissements, en place depuis 1722; AVM, VM1, 3s, 1692-2, Gabriel Cros-Mayrevieille, *L'origine du droit des pauvres*, s.l., s.d., p. 357.

34 « Toujours le budget... » *Le Devoir*, 21 novembre 1914, p. 10.

35 « Une taxe pour les hôpitaux », *La Presse*, 19 novembre 1914.

lieux d'amusements, dont les profits annuels sont estimés à environ 250 000 \$³⁶. C'est donc une mesure à la fois moins rentable et plus régressive sur le plan social qui est adoptée. En effet, la taxe sera assumée également par tous les individus fréquentant des lieux d'amusement, sans distinction de leurs revenus ni du coût d'entrée dans les lieux de divertissement.

3.2.2 Une taxe sur les lieux d'amusement

L'idée de lever une taxe sur les amusements pour financer les institutions de prise en charge de l'indigence avait déjà inspiré plus d'un réformateur depuis la fin du XIX^e siècle³⁷. En 1910 notamment, une commission spéciale municipale portant sur la création d'un service de secours à domicile pour les indigents avait recommandé la création d'une taxe sur les théâtres et autres lieux d'amusement afin de financer la mise en place et l'entretien de refuges et autres institutions d'assistance publique³⁸. À chaque fois que le projet de taxer les lieux d'amusement était suggéré, le « droit des pauvres » en place à Paris servait de référence pour appuyer la faisabilité et l'efficacité de cette mesure. Pour élaborer sa taxe d'amusement, l'Assistance municipale a donc consulté la réglementation de la Préfecture de la Seine relative au droit des pauvres, ainsi que la documentation portant sur l'historique de cette mesure de financement³⁹.

36 Montant estimé par l'échevin Lapointe et le maire; « Le sou du pauvre », *La Patrie*, 10 novembre 1915, p. 4; « M.L.A. Lapointe et le "sou du pauvre" », *Le Canada*, 17 août 1915, p. 6-3.

37 Aranguiz évoque deux propositions pour une taxe d'amusement visant à financer une maison de refuge, la première, plus informelle en 1898, la seconde, présentée en Conseil municipal en 1900; Marcela Aranguiz, *A Social Refuse : L'assistance et la perception des vagabonds à Montréal à la fin du 19e et au début du 20e siècles*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1999, p. 70-72. La suggestion d'une taxe d'amusement est de nouveau évoquée pour financer l'assistance aux indigents en 1908; « Free Medical Treatment », *Daily Witness*, 26 décembre 1908.

38 AVM, VM1, 3s, 1692-2, *Copie du rapport no 4405, 2e série : Commission Spéciale, relativement à la création d'un service de secours à domicile*, 1er décembre 1910.

39 AVM, VM1, 3s, 1692, République Française, *Règlement sur la perception du droit des pauvres à Paris*, Montévrain, Imprimerie typographique de l'école d'Alembert, 1914; AVM, VM1, 3s, 1692-2, *Droit des pauvres*, s.l., s.d.; *L'origine du droit des pauvres sur les spectacles*, s.l., s.d.; *Les traités*

Le 14 décembre 1914, à la demande du maire, Chevalier soumet un projet d'amendement à la charte de la ville à Laurendeau, l'avocat de la Ville. Ce projet vise à autoriser la municipalité à prélever une taxe temporaire ou permanente de 0,01 % sur la propriété immobilière ainsi qu'une taxe

sur le public fréquentant les lieux d'amusements, sur les affiches, annonces etc., les revenus desdites taxes étant destinés au département de l'Assistance Municipale, pour ses dépenses d'administrations et autres, ainsi que pour les besoins et le maintien des hôpitaux et des institutions de bienfaisance de la Cité reconnues d'utilité publique.⁴⁰

À peine deux jours plus tard, une version assez différente du projet d'amendement à la charte de la ville, approuvée par le comité de législation, est publiée dans les journaux⁴¹. Conformément à la position du Bureau de contrôle, il est désormais uniquement question d'une taxe d'un à cinq sous prélevée sur l'entrée dans les lieux de divertissement. Cette version du projet d'amendement ne précise toutefois pas où iront les profits de la taxe. À la rencontre du comité de législation, l'échevin Giroux se serait opposé à ce que la ville impose une taxe à des fins de charité comme ce qui se fait en Europe, bien qu'en principe il ait été d'accord avec le fait que les amusements soient taxés puisqu'il s'agit d'un luxe⁴². Quoi qu'il en soit, le projet va tout de même de l'avant.

En janvier, la question de savoir comment seraient distribués les revenus de la taxe n'est toujours pas réglée. Alors que la ville s'apprête à soumettre un projet d'amendement à sa charte l'autorisant à imposer une taxe dont les bénéfices seraient

internationaux d'assistance, s.l., s.d.

40 AVM, VM1, 3s, 1692-2, *Albert Chevalier à Charles Laurendeau*, 14 décembre 1914.

41 « La taxe des théâtres », *Le Canada*, 16 décembre 1914, p. 8; « Adopt amusement tax », *The Gazette*, 16 décembre 1914.

42 « Adopt amusement tax », *The Gazette*, 16 décembre 1914.

distribués uniquement aux hôpitaux, monseigneur Bruchési intervient pour s'assurer que les montants amassés soient versés équitablement entre toutes les institutions charitables⁴³. Au final, en mars 1915, la législature modifie la charte de Montréal afin d'autoriser le prélèvement d'une taxe uniforme d'un seul sou sur l'entrée dans les lieux d'amusements (« théâtres, salles de vues animées, salles d'amusements, salles de concert, cirques, terrains de jeu, terrains de course, patinoires ou tout autre endroit où se donne un spectacle ») pour venir en aide aux hôpitaux et institutions charitables⁴⁴. L'amendement précise que les propriétaires sont tenus de percevoir eux-même la taxe et que pour bénéficier du produit de cette taxe, les institutions d'assistance doivent fournir à la municipalité les rapports exigés d'eux, mais ne spécifie pas comment seront répartis les montants perçus.

Lorsque les propriétaires des lieux d'amusements sont convoqués à une rencontre pour discuter des modalités de perception de la taxe, plusieurs d'entre eux font savoir à la Ville qu'il s'agit d'une responsabilité qu'ils ne veulent pas assumer⁴⁵. Les propriétaires du parc d'amusement *Dominion Park* vont plus loin encore dans leur opposition en présentant une demande d'injonction contre le sou du pauvre quelques semaines avant son entrée en vigueur. Les avocats du parc d'amusement affirment que l'amendement à la charte est « illégal, nul et ultra vires ». La requête défend que sous plusieurs aspects la loi manque de clarté, notamment au sujet de « ce qu'elle entend par "hôpitaux et institutions charitables" » et qu'elle « ne fait aucune distinction sur l'imposition de la dite taxe d'un sou sur les différents prix d'admission des différents

43 ADM, Fonds Département de l'Assistance municipale (759-106), 915-1c, *Albert Chevalier à Paul Bruchési*, 21 janvier 1915. Voir également MGH, *The 94th Annual Report of the Montreal General Hospital for 1915*, Montreal, *John Lovell & Son Limited*, 1916, p. 25-26.

44 « Loi amendant la charte de la cité de Montréal », *Statuts du Québec*, 1915, 5 Geo. V, chap. 89, art. 26.

45 On parle d'une rencontre longue et animée : « La perception du sou des hôpitaux », *Le Canada*, 24 mars 1915, p. 8-7; « Le sou du pauvre », *La Presse*, 24 mars 1915.

établissements »⁴⁶. Le juge MacLennan invalide tous les points avancés par l'avocat de Dominion Park, concluant que « le demandeur désirait être exempté de cette obligation et c'est là le seul intérêt qui le meut dans cette affaire » et que « les hôpitaux auraient à subir des dommages considérables de la suspension de la perception de la taxe ». Il rejette ainsi la demande d'injonction avec dépens⁴⁷.

Le fait que la taxe ne tienne pas compte du coût variable des lieux d'amusements et des moyens de ceux qui les fréquentent soulève bien des critiques : « Est-ce que les distractions honnêtes ne sont faites que pour les gens cossus? Est-ce que l'ouvrier, le prolétaire chargé d'une nombreuse famille doit abandonner à jamais l'espoir de se distraire et de s'instruire, de distraire et d'instruire les siens? »⁴⁸. Un échevin critique le fait qu'on

fait payer un sou au pauvre monde qui va aux vues à cinq sous et aux millionnaires au chapeau de soie qui vont à l'opéra. Ceci n'est pas équitable et je désirerais que l'on change le règlement de manière à ce que les pauvres soient dispensés de la taxe qui devrait retomber sur les riches⁴⁹.

Le choix de ce mode de taxation, présenté comme une taxe sur le « luxe », dissimule en effet un important conflit de classe autour du principe de redistribution des richesses. En insistant sur le fait que la fréquentation des lieux de divertissement constitue un luxe et qu'il est équitable de taxer le luxe, on évite un débat de fond sur le choix de cette taxe régressive au détriment d'une mesure qui aurait assuré une

46 La demande est déposée en cour de pratique; « L'injonction contre le sou », *La Patrie*, 10 août 1915, p. 3. Le second amendement à la charte en 1916 viendra préciser certains éléments identifiés comme flous par les avocats.

47 En plus des deux avocats de la ville, le MGH est également représenté par un avocat. « Le règlement du sou du pauvre est déclaré légal », *La Patrie*, 14 août 1915, p. 3; voir également « La ville a le droit de prélever le sou du pauvre », *Le Canada*, 14 août 1915, p. 3 et 8.

48 « L'art et les Artistes », *Le Passe-Temps*, 27 février 1915, p. 64-77. Voir également « Le sou du pauvre », *La Patrie*, 10 juillet 1915, p. 4.

49 « Le règlement du sou du pauvre », *La Patrie*, 20 août 1915, p. 4.

meilleure distribution des richesses. Mais la réticence de l'administration municipale à augmenter la taxe foncière, sachant que cette mesure permettrait d'amasser des sommes bien plus substantielles, n'est pas un fait nouveau. Le souci politique d'épargner les propriétaires fonciers contribuait en effet depuis longtemps aux problèmes financiers de la Ville⁵⁰.

3.2.3 Fonctionnement et exigences

Le règlement municipal 567, adopté en juin 1915, vient préciser les modalités relatives à la perception de la taxe et à sa distribution⁵¹. Là encore, le processus d'élaboration du règlement implique des négociations. Chevalier souhaite obliger les institutions à fournir une preuve de résidence des patients indigents et à recevoir les malades référés par son département. Lorsqu'il envoie son ébauche de règlement à Bruchési, ce dernier lui répond que la Ville ne peut pas se montrer si exigeante, surtout pas en échange de montants aussi faibles⁵². Ces exigences sont en effet contraires au principe d'autonomie administrative cher aux institutions. Quoiqu'il en soit, le règlement final exige des institutions quatre rapports par mois, spécifiant le nombre de lits occupés gratuitement par des patients résidant dans la ville depuis au moins six mois, la durée de leurs séjours ainsi que le lieu de résidence précédant leur admission⁵³. Les produits de la taxe seront donc attribués aux institutions proportionnellement au nombre d'indigents montréalais reçus.

50 Voir le chapitre portant sur les enjeux de taxation à Montréal, Elsbeth H. Heaman, *Tax, Order and Good Government : A New Political History of Canada, 1867-1917*, Montréal, McGill-Queen's Press, 2017, p. 185-232.

51 Ville de Montréal, « Règlement imposant une taxe d'un sou sur chaque personne admise à un lieu d'amusement (Règlement 567) », 14 juin 1915.

52 AVM, VM1, 3s, 1692-2, *Paul Bruchési à Albert Chevalier*, 10 mai 1915.

53 Ville de Montréal, « Règlement imposant une taxe d'un sou sur chaque personne admise à un lieu d'amusement (Règlement 567) », section 12, 14 juin 1915.

La perception du sou du pauvre dans les lieux d'amusement débute sans trop d'embûches le 2 août 1915 sous la supervision du département des Licences et des privilèges dirigé par Alfred Bienvenu. Malgré les quelques balises imposées à la fois par la loi et le règlement 567, le processus de distribution des montants s'avère confus. Pour qu'une institution reçoive sa part du produit de la taxe, elle doit d'abord s'enregistrer auprès de l'Assistance municipale en fournissant certains renseignements sur son organisation et ses activités. Cette fiche de renseignements comporte le nom et l'adresse de l'institution, sa date d'incorporation, son mode d'organisation, son but, les noms et lieux de résidence des directeurs, la taille et l'occupation du personnel ainsi que le nombre de lits gratuits⁵⁴. Or, dans les mois qui suivent la mise en place de la taxe, les institutions tardent à s'enregistrer; en date du 24 décembre 1915, seulement 14 établissements ont fait parvenir leurs renseignements à l'Assistance municipale, alors que 35 participeront à la première répartition de la taxe⁵⁵. Chevalier avoue à l'avocat de la ville ne pas trop savoir selon quels critères une institution doit être acceptée ou non et lui transfère les fiches de renseignements reçues⁵⁶.

Le règlement prévoit également que les institutions soumettent des rapports à la Ville de façon hebdomadaire pour pouvoir toucher leur part du sou du pauvre. À cette fin, le département d'Assistance municipale fournit un document modèle aux institutions pour leur indiquer les informations à colliger : le nom et l'âge des patients, leur lieu de résidence, leur date d'entrée et de sortie⁵⁷. Ces rapports soulèvent des interrogations par rapport au lieu de résidence des individus : « Dans le cas où il est

54 Archives des Soeurs Grises de Montréal (ASGM), Fonds Crèche d'Youville (L002), *Le sou du pauvre. Rapport hebdomadaire Tome I* (H,4,105), 1915-1918.

55 AVM, VM1, 3s, 1692-2, *Chevalier à Laurendeau*, 24 décembre 1915; Ville de Montréal, *Rapport annuel du Département de l'assistance municipale pour l'année 1915*, Imprimerie Perrault, 1916, p. 98-101.

56 AVM, VM1, 3s, 1692-2, *Albert Chevalier à Charles Laurendeau*, 20 novembre 1915 et *Chevalier à Laurendeau*, 14 décembre 1915.

57 ASGM, Fonds Crèche d'Youville (L002), *Le sou du pauvre. Rapport hebdomadaire Tome I* (H,4,105), 1915-1918

impossible d'établir le domicile de six mois à Montréal pour un patient quelconque (dément, imbécile, paralytique, errant, enfant trouvé, nouveau-né etc.) peut-on le mettre au nombre de ceux qui doivent bénéficier de la taxe? »⁵⁸, ou encore un séjour en institution pendant plus de six mois peut-il servir à établir le lieu de résidence? Les exigences sont floues sous plusieurs égards, tant pour les responsables de l'Assistance municipale que pour ceux des institutions. À la fin de décembre 1915, Chevalier s'enquiert de la distribution de la taxe auprès de Laurendeau et l'avocat lui répond : « Vu que le Conseil demande un amendement à la loi pour faire distribuer autrement cette taxe, je crois que nous devons tout suspendre jusqu'après la session »⁵⁹.

3.2.4 La taxe pour les hôpitaux

Les formulations de la loi et du règlement municipal encadrant la taxe d'amusement adoptées en 1915 prévoient un partage équitable des produits de la taxe entre les hôpitaux et les institutions d'assistance en fonction du nombre de jours d'hospitalisation et de lits occupés gratuitement par des patients résidant à Montréal depuis 6 mois. Ce partage n'est pas sans déplaire aux hôpitaux qui considèrent que cette taxe leur revient en entier. À cet égard, dans le rapport annuel du Conseil d'administration du MGH de 1915, on peut lire :

The effort referred to in our last Annual Report, regarding the securing of permanent aid from the City, resulted in the establishing of what is known as the Tax on Amusements for Hospital purposes. There has been a considerable amount collected, but no distribution has been made so far. The insertion at the last moment in the committee stage of the bill, of the words, 'and other charitable institutions,' upset calculations that had been made by the Hospitals interested. Certain amendments, however, have been suggested by the City, and are before the House at present, which, if adopted, will definitely arrange

⁵⁸ AVM, VM1, 3s, 1692-2, *Albert Chevalier à Charles Laurendeau*, 20 novembre 1915.

⁵⁹ AVM, VM1, 1692-2, *Charles Laurendeau à Albert Chevalier*, 24 décembre 1915.

for the proportion of the amount that is to go to the Hospitals, and the proportion to other charitable institutions⁶⁰.

Insatisfaites, les administrations hospitalières jouent de leur influence afin de bloquer la distribution de la recette jusqu'à ce qu'il y ait un amendement en leur faveur. Avec l'appui de la municipalité, ils formulent donc un nouvel amendement qui assurerait les 2/3 de la recette de la taxe aux hôpitaux. Comme le mot hôpital laisse place à interprétation,

Les autorités des hôpitaux et les autorités municipales ont conféré sur la définition du mot «hôpital». On dit que plusieurs institutions, qui ne sont pas des hôpitaux à proprement parler, demanderont de participer à la distribution, ce qui pourra donner lieu à des injustices. C'est pour cela qu'une motion sera faite devant le comité de l'Assemblée Législative, désignant tous les hôpitaux qui font un travail important et ont droit à la distribution⁶¹.

À ce projet d'amendement, plusieurs s'opposent. Mgr Bruchési énonce de « graves objections » à cette proposition des 2/3 qui n'est « pas équitable » envers les nombreuses institutions « dont les revenus assurés sont à peu près nuls »⁶². Comme ses objections ne sont pas entendues, il se tourne directement vers le premier ministre. Bruchési souhaite que le produit de la taxe soit distribué « proportionnellement au nombre de lits occupés gratuitement par des patients », sans « distinction entre hôpitaux et institutions charitables ». « Qu'on l'applique telle qu'elle est »⁶³, sans cet amendement à la faveur des hôpitaux. À l'Assemblée législative, lorsque ce projet d'amendement est à l'étude, le député de Jacques-Cartier s'oppose à l'adoption de l'article qui spécifie les dispositions de la distribution au profit des grands hôpitaux :

60 MGH. *The 94th Annual Report of the Montreal General Hospital [...] 1915*, p. 25-26.

61 « La taxe du sou du pauvre et les hôpitaux », *La Patrie*, 7 février 1916, p. 5.

62 ADM, Fonds Sou du pauvre (759-114.5), 916-1, *Paul Bruchési à Albert Chevalier*, 8 janvier 1916.

63 ADM, Fonds Sou du pauvre (759-114.5), 916-2a, *Paul Bruchési à Lomer Gouin*, 22 février 1916.

La Législature, dit-il, ne connaît pas assez ces institutions pour savoir si la taxe est répartie équitablement. Certaines institutions religieuses se prétendent lésées, comme les soeurs de la Miséricorde, par exemple. Le premier ministre a dû recevoir des représentations en ce sens, si je ne me trompe.⁶⁴

Visiblement, l'État québécois dispose de peu de connaissance sur les institutions subventionnées. Ce n'est en effet que deux ans plus tôt que la compilation annuelle des données statistiques des institutions charitables avait débuté.

L'amendement tel qu'adopté par la législature en mars 1916 constitue un compromis entre les désirs des institutions hospitalières et les réticences des autres acteurs du milieu de l'assistance ; la part des hôpitaux généraux était moins importante que ce qu'ils réclamaient et une troisième catégorie, les hôpitaux spéciaux, avait été insérée⁶⁵. Les cinq hôpitaux⁶⁶ de la première catégorie se divisent ainsi la moitié de la recette, le tiers va aux hôpitaux spéciaux, et le sixième aux institutions charitables autres, proportionnellement au nombre de lits mis à la disposition des indigents de la cité ou d'ailleurs. Les représentants des hôpitaux obtenaient une hiérarchisation à leur avantage pour la distribution du sou du pauvre en plus de se faire reconnaître nommément comme les seuls bénéficiaires de la plus importante portion des revenus. La première distribution des recettes a donc lieu en fonction de ces nouvelles dispositions⁶⁷. Considérant le contexte qui a fait naître la taxe d'amusement, il est évident que cette mesure visait avant tout à permettre le développement de la médecine hospitalière. Dans le rapport annuel de son département pour l'année 1915, Chevalier rappelait la véritable nature de cette

64 *Débats reconstitués de l'Assemblée législative du Québec (DRALQ)*, 13^e législature, 4^e session, 22 février 1916.

65 « Loi amendement la charte de la cité de Montréal », *Statuts du Québec*, 1916, 6 Geo. V, chap. 44, art. 2.

66 L'HND, l'HD, le MGH, le RVH et le WH.

67 « La taxe du sou du pauvre et les hôpitaux », *La Patrie*, 7 février 1916, p. 5; « Les recettes du sou des hôpitaux », *Le Canada*, 7 février 1916, p. 7.

mesure : « Cette taxe, communément appelée "le sou du pauvre" a pour nom véritable : "le sou pour les hôpitaux et les institutions de charité" »⁶⁸. En fait, elle aurait tout aussi bien pu s'appeler la taxe des hôpitaux... elle allait d'ailleurs en venir à être désignée ainsi dans les années suivantes.

Le règlement municipal 567 est amendé par le règlement 597 en mai suivant⁶⁹. La principale modification est que la fréquence des rapports exigés est revue à la baisse, les institutions devant désormais fournir des informations sur les patients reçus gratuitement tous les trois mois.

3.2.5 Les premières distributions

En l'espace d'un an, la taxe permet d'amasser environ 145 000 \$, déduction faite des frais de perception⁷⁰. La moitié de ce montant est distribuée aux cinq grands hôpitaux⁷¹, le tiers entre une dizaine d'hôpitaux spéciaux, de maternités et de crèches et le sixième entre une vingtaine d'institutions autres (orphelinats, asiles, hospices)⁷². Pendant cette période, le montant moyen reçu par jour d'hospitalisation d'un indigent provenant du sou du pauvre s'élève à 0,38 \$ pour les grands hôpitaux, 0,22 \$ pour les hôpitaux spéciaux et 0,04 \$ pour les institutions autres. En comparaison, selon les données fournies par les institutions, le coût moyen pour l'hospitalisation des patients

68 Ville de Montréal, *Rapport annuel du Département de l'assistance municipale pour l'année 1915*, Montréal, Imprimerie Perreault, 1916, p. 98.

69 Ville de Montréal, « Règlement amendant le règlement No 567 intitulé : "Règlement imposant une taxe d'un sou sur chaque personne admise à un lieu d'amusement (Règlement 597) », 17 mai 1916.

70 Du 2 août 1915 au 30 juin 1916. Ville de Montréal, *Rapport annuel du Département de l'assistance municipale pour l'année 1915*, p. 98; Ville de Montréal, *Rapport annuel du Département d'assistance municipale pour l'année 1916*, Montréal, A.P. Pigeon, 1917, p. 57.

71 Pour la distribution suivante, deux hôpitaux généraux pour enfants, l'Hôpital Ste-Justine et le *Montreal Memorial Children's Hospital* s'ajoutent. Voir « Loi amendant la charte de la cité de Montréal au sujet de l'hôpital Sainte-Justine », *Statuts du Québec*, 1916, 7 Geo. V, chap. 61.

72 À la première distribution, il y a 10 hôpitaux spéciaux et 20 institutions autres. Ces chiffres passent respectivement à 11 et 22 pour la seconde distribution.

dans les grands hôpitaux se situe alors autour de 1,75 \$ et celui des institutions d'assistance de 0,44 \$⁷³. Ainsi, le montant issu du sou du pauvre couvre en moyenne un peu plus de 20 % des dépenses encourues pour le maintien des patients indigents au sein des hôpitaux généraux, tandis que pour les institutions autres, il s'agit de 9 %.

Le MGH et l'Hôtel-Dieu, qui disposent tous deux d'un grand nombre de lits (respectivement 484 et 253) et reçoivent le plus grand nombre de patients indigents à Montréal, sont d'une importance cruciale pour l'offre hospitalière de la ville. Conséquemment, ce sont ces deux institutions qui reçoivent le plus d'argent provenant de la taxe d'amusement. Or, le sou du pauvre a une incidence assez inégale sur leurs revenus respectifs, ce qui n'est pas étonnant considérant la différence en termes de structure financière et organisationnelle des deux hôpitaux. En 1914, la Ville leur accordait respectivement 4 000 \$ et 2 000 \$ pour l'hôpital et le service d'ambulance. Un an plus tard, s'ajoutent à ces montants près de 12 000 \$ et 7 500 \$ provenant des six premiers mois de perception du sou du pauvre. Pour l'année 1916, ces montants s'élèvent à environ 22 000 \$ pour le MGH et 21 000 \$ pour l'Hôtel-Dieu⁷⁴. Ils sont certes significatifs, mais pour comprendre leur impact sur les finances de chaque établissement, il importe de les comparer avec leurs revenus globaux. Pour cette même année, le budget du MGH est trois fois plus important que celui de l'Hôtel-Dieu⁷⁵. Ainsi, la part du sou du pauvre constitue un apport considérable pour l'Hôtel-Dieu, totalisant environ 22,5 % de ses revenus, tandis que pour le MGH les

73 Ces chiffres proviennent de BSPQ, *Statistiques annuelles des établissements[...] 1916*, p. 120-123. Nous avons calculé la moyenne des coûts d'entretien de l'HD, l'HND, du RVH et du MGH (le WH est absent de ces statistiques), ainsi que la moyenne pour toutes les institutions charitables montréalaises, recevant le sou du pauvre ou non, pour lesquelles cette donnée était fournie.

74 Montants tirés des rapports annuels du département d'assistance municipale de 1915 et 1916. Rappelons que les montants de 1915 ne sont distribués qu'en 1916 en raison de l'amendement à la charte relatif à la distribution.

75 Environ 278 000 \$ pour le MGH et 93 500 \$ pour l'HD. Montants tirés des Statistiques des institutions d'assistance du Québec de 1916.

profits de la taxe représentent seulement 8 % du revenu total⁷⁶. Malgré ces nouveaux revenus, le déficit annuel du MGH se situe toujours à près de 60 000 \$, et celui de l'Hôtel-Dieu à environ 30 000 \$⁷⁷. Le sou du pauvre ne suffit tout simplement pas à apaiser les problèmes financiers des hôpitaux en cette période d'augmentation du coût de la vie⁷⁸ et des demandes d'admission. Le manque de lits dans les hôpitaux devient un enjeu de plus en plus préoccupant⁷⁹. Dans le rapport annuel de 1916 de Notre-Dame, on soutient : « The number of the poor infortunates [...] we were unable to admit because of the insufficient number of beds and space, was more considerable than ever »⁸⁰. Dans ce contexte, les représentants institutionnels vont progressivement se tourner vers le gouvernement provincial pour se faire entendre.

3.2.6 L'intervention de l'État provincial

À la fin de l'année 1916, le contexte de guerre amène le gouvernement provincial à faire une série de modifications à la loi des licences afin d'augmenter ses revenus⁸¹. Ce faisant, Québec centralise la gestion de la taxe d'amusement et l'étend aux autres municipalités qui souhaitent l'adopter⁸². Les nouvelles dispositions

76 Les contributions des patients payants totalisent 57 % au MGH et 54 % à l'HD, le financement issu des dons privés représente 20 % des revenus du MGH, contre 1,5 % de l'HD.

77 MGH, *The 95th Annual Report of the Montreal General Hospital and Report of the Training School for Nurses with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1916*, Montréal, John Lovell & Son, 1917, p. 28-29; ARHSJ, Fonds CH partie hôpital, Relations avec les autorités civiles (4A06), boîte 5.3.1.3, chemise 269, *Formulaire pour le Bureau des Statistiques du Québec, Statistiques des hôpitaux maternités et crèches pour l'année 1916*, 1916. L'HD affirme cependant que son déficit peut être comblé par les revenus provenant des magasins et maisons appartenant à l'hôpital.

78 Le coût des salaires, des provisions et des fournitures médicales est en hausse à cause de la guerre; MGH, *The 95th Annual Report of the Montreal General Hospital [...] 1916*, p. 23.

79 *Ibid.*, p. 26.

80 HND, *Thirty-Sixth Annual Report 1916*, Montréal, Perrault, 1917, p. 26.

81 *DRALQ*, 14^e législature, 1^{re} session, 20 décembre 1916.

82 La ville de Québec avait également adopté le sou du pauvre quelques mois avant la nouvelle loi des licences. « Loi amendant la loi constituant en corporation la cité du Québec », *Statuts du Québec*, 6 Geo. V, chap. 43, art. 10, 16 mars 1916. ; « Le "sou du pauvre" pour Québec », *La Patrie*, 7 avril 1916, p. 5.

prévoient une taxe d'un à dix sous, variant en fonction du prix d'entrée dans les lieux d'amusement⁸³. De cette nouvelle taxe, un seul sou, le sou du pauvre, continue d'être versé aux municipalités qui ont décidé d'appuyer la prise en charge de l'indigence sur leur territoire. Quant aux surplus des revenus de la taxe bonifiée, la loi ne précise pas l'utilisation qui doit en être faite. L'intervention de la province aurait pu avoir pour effet d'encourager les autres municipalités québécoises à suivre l'exemple montréalais, néanmoins, le nombre d'établissements bénéficiant de la taxe à l'extérieur de la métropole demeure marginal pour 1917. Une expansion géographique de la mesure est observable à l'échelle de la province en 1918, mais les montants distribués sont encore négligeables⁸⁴. Puisque les autres municipalités ne comptent pas sur une « industrie » du divertissement développée comme c'est le cas à Montréal, cette taxe ne semble pas d'une grande aide pour le réseau d'assistance de l'extérieur de la métropole.

Bien qu'elle ait un impact limité sur le développement du réseau d'assistance, la centralisation de la taxe d'amusement à Québec favorise néanmoins une convergence des demandes des hôpitaux, des institutions et des représentants municipaux vers l'État. En témoigne le fait que, plus d'un an après la mise en place des nouvelles dispositions, on se mobilise afin d'assurer la distribution des profits de la taxe qui se fait attendre⁸⁵. Chevalier craint que les institutions blâment la Ville pour ce retard et souhaite qu'on les informe que « Montréal n'est nullement responsable de cet état des choses, et fera tout ce qui est en son pouvoir pour appuyer tout

83 « Loi amendant la loi des licences du Québec », *Statuts du Québec*, 1916, 7 Geo. V, chap. 17, art. 1292.

84 Le nombre d'institutions et de municipalités concernées augmente, cela dit seulement quelques centaines de dollars sont accordés ici et là. BSPQ, *Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance, année 1918*, Québec, Ls-A. Proulx, 1919, p. 116-120.

85 Les institutions devraient attendre que la Ville touche sa part de la taxe au mois de février 1918 avant de pouvoir recevoir leur dû. Voir l'article 1292m de la loi.

amendement à cette loi »⁸⁶. Dans son rapport annuel de 1917, le trésorier du MGH souligne que le déficit de l'hôpital est lié à ce retard : « This large deficit would have been considerably reduced had we received our proportion of the Amusement Tax, or even a portion for the past year. The amount the Hospital expects to receive will be about 23 000\$ for the year »⁸⁷. Chevalier affirme de son côté : « Vu la crise qui sévit, nos institutions ont, pour la plupart, un pressant besoin d'argent et elles nous harcèlent au sujet de la répartition du "Sou du pauvre" »⁸⁸. La Ville entreprend également des démarches pour que le produit entier de la taxe lui soit remis, plutôt qu'un seul sou par entrée⁸⁹. Afin de faire connaître les démarches initiées et, par le fait même, d'apaiser le mécontentement des institutions, Chevalier convie les représentants de 103 sociétés charitables à une assemblée⁹⁰. Même si la requête soumise à la province au terme de cette rencontre n'aura pas de suite, des alliances importantes se tissent entre les représentants municipaux et les représentants du milieu de l'assistance⁹¹.

Dans les mois qui suivent, la Ville de Montréal est placée sous la tutelle d'une Commission administrative en raison de ses imposants problèmes financiers⁹². Les

86 AVM, VM1, 3s, 1692-4, *Albert Chevalier au Bureau des Commissaires*, 20 juillet 1917. La Ville s'adresse ensuite directement au Premier ministre pour lui exposer les difficultés engendrées par cette attente; AVM, 3s, 1692-4, *Secrétaire adjoint de Montréal à Lomer Gouin*, 8 août 1917.

87 MGH, *The 96th Annual Report of the Montreal General Hospital for 1917*, Southam Press Limited, 1918, p. 22.

88 AVM, VM1, 3s, 1692-4, *Lettre de Chevalier au Bureau des commissaires*, 15 janvier 1918.

89 La première proposition en ce sens est celle de l'échevin Éméry Larivière; AVM, VM1, 3s, 1692-4, *Extrait de Procès-verbal du Conseil municipal de Montréal*, 15 novembre 1917.

90 Quatre-vingt-quatre des institutions conviées sont représentées à cette rencontre; AVM, 3s, 1692-4, *Procès verbal de la rencontre du 19 décembre 1917*. Les journalistes rapportent une forte présence féminine parmi les représentants. « La taxe des théâtres au profit des hôpitaux », *Le Canada*, 20 décembre 1917, p. 8.

91 Un comité formé majoritairement de représentants de hôpitaux généraux (HSJ, *Children's*, *RVH*, HD, HND) est formé à cette rencontre dans le but de recevoir les suggestions des institutions d'assistance et dont l'objectif sera ultimement de défendre leurs intérêts auprès de la province; AVM, 3s, 1692-4, *Compte rendu de la rencontre du 19 décembre 1917*.

92 La Commission administrative est créée le 8 février 1918. « Loi amendant la charte de la Cité de Montréal », *Statuts du Québec*, 1918, 8 Geo V, chap. 84, art. 21. Voir Paul-André Linteau, *Histoire*

pouvoirs du maire et du Conseil municipal sont considérablement réduits; c'est à la Commission, formée de cinq hommes nommés par le lieutenant-gouverneur, qu'incombe désormais la gestion administrative de la ville. Lorsque Québec annonce à la fin de 1918 que « Maintenant que la guerre est terminée et que les contributions de guerre ne sont plus nécessaires, le gouvernement a décidé d'abandonner ce droit [la taxe d'amusement] aux municipalités [...] »⁹³, les institutions se tournent donc vers la Commission administrative pour réclamer que tous les produits de la taxe leur soient versés. La Commission a toutefois été investie du mandat de redresser la situation financière de la Ville, mandat peu conciliable avec les besoins des hôpitaux et du milieu charitable. De plus, contrairement au maire et au conseil, la Commission n'est pas redevable des institutions et de l'électorat montréalais. L'impopularité de la Commission administrative participe à solidifier la convergence entre les représentants de la ville et des institutions, en plus de stimuler une grande attention médiatique sur les revendications hospitalières pendant les années 1919 et 1920⁹⁴.

3.3 Vers une loi provinciale pour le financement des hôpitaux

Les hôpitaux montréalais réclament alors un financement public plus substantiel, d'autant plus que la taxe d'amusement avait été bonifiée à la fin de 1916. En fait, dès la formulation de leurs premières revendications, les réformateurs souhaitent que soit mise en place une politique similaire à celle de l'Ontario,

de Montréal depuis la Confédération, Montréal, Boréal, 2000, p. 411-412.

93 *DRALQ*, 14^e législature, 3^e session, 30 janvier 1919.

94 Une quantité importante d'articles défendant la nécessité d'un meilleur financement public paraissent dans les différents quotidiens en 1919 et 1920. Voir par exemple : « Les hôpitaux de Montréal ne seront satisfaits que lorsqu'ils auront justice », *La Patrie*, 8 octobre 1919, p. 1-3.; « L'oeuvre des hôpitaux à l'égard des pauvres », *La Patrie*, 29 novembre 1919, p. 21; « Urgence d'une loi provinciale de protection pour nos hôpitaux », *Le Devoir*, 13 décembre 1919, p. 1-2.

accordant un montant fixe par jour d'hospitalisation des patients reçus gratuitement qui mettrait à contribution l'ensemble des municipalités de provenance de ces patients. Dans cette section nous reviendrons sur le problème de l'exclusion de l'exigence de résidence de l'amendement au sou du pauvre de 1916 et sur son impact pour comprendre les développements subséquents. Suite à la décision d'exclure le contrôle du lieu de résidence des malades, la Société médicale de Montréal se dote d'un comité spécial travaillant à l'élaboration d'un projet de loi visant à obliger les municipalités à prendre soin des pauvres malades résidant sur leur territoire. Les pressions exercées par la Société médicale de Montréal, mais également par le MGH, mèneront à l'adoption de la loi de l'hospitalisation des indigents. Cette loi, adoptée spécifiquement pour les hôpitaux en 1920 continue de reposer sur la taxe d'amusement pour son financement.

3.3.1 L'exigence de la résidence évacuée

Au-delà de l'insuffisance pécuniaire du sou du pauvre, cette première mesure de financement public entraîne son lot de contradictions pour le système de régulation sociale montréalais. Comme le réseau hospitalier et d'assistance est largement concentré dans la métropole, les institutions montréalaises ont la responsabilité de prendre en charge une population croissante de pauvres provenant de Montréal, mais d'un peu partout au Québec également. Bien que le problème ait été connu à l'époque, aucune solution n'est mise en place pour pallier l'impact de l'affluence de ces indigents « étrangers » à Montréal. Alors que la première formulation du sou du pauvre spécifiait que les montants amassés devaient servir à la prise en charge des indigents ayant leur résidence à Montréal depuis au moins six mois, l'amendement de 1916 avait tout simplement retiré la clause relative à la résidence de l'indigent. Les sources ne nous permettent pas de comprendre exactement les raisons de ce retrait,

mais plusieurs éléments fournissent des pistes d'explication.

D'abord, il est évident que l'Assistance municipale dispose de peu de moyens et d'effectifs pour enquêter sur les patients admis au sein des institutions de la ville afin de déterminer leur lieu de résidence et leur état de fortune. Tout porte à croire que les hôpitaux, qui ont leur propre fonctionnement, ne sont pas disposés à accomplir ce travail d'envergure pour le compte de la ville⁹⁵. Une loi provinciale reconnaissant la responsabilité financière des municipalités pour la prise en charge institutionnelle de leurs indigents, tel que l'avaient suggéré des acteurs des milieux protestant, catholique, municipal et hospitalier (McLean, Mgr Bruchési, Chevalier, et plus récemment encore, le représentant du MGH⁹⁶), aurait avant tout été bénéfique pour Montréal et ses nombreuses institutions. En restreignant les profits de la taxe d'amusement aux indigents résidents de Montréal sans imposer une responsabilité équivalente aux autres municipalités, la première version du sou du pauvre s'avérait problématique. On peut imaginer que les établissements, déjà surchargés, allaient en venir à privilégier l'admission des malades montréalais au détriment des autres malades de la province pour s'assurer un meilleur financement. Or, l'amendement à la charte de Montréal est voté par la législature provinciale et il y a fort à parier que les nombreux députés des comtés ruraux qui comptaient peu ou pas d'institutions d'assistance ne considéraient pas que la responsabilité municipale était un enjeu fondamental, et que l'imposition d'une nouvelle taxe ne pourrait que nuire à leur réélection. En l'absence d'un réseau institutionnel capable d'assumer une prise en charge locale des indigents, les institutions montréalaises étaient contraintes d'accepter sans distinction tous les résidents de la province.

95 Cela dit, dans les hôpitaux anglophones des départements de services sociaux, qui vont notamment s'occuper de cette tâche, se développent à partir du tournant du siècle.

96 Le MGH fait parvenir une demande au comité spécial de législation afin d'inclure une clause à ce sujet dans l'amendement de la charte de la ville; AVM, Commission spéciale législation, cote 21-3-7, bobine 1, 16 Décembre 1915, p. 391-392.

À Montréal, l'encombrement des hôpitaux constitue toujours un enjeu important. En 1917, alors que les contraintes financières de l'Hôpital Notre-Dame freinent les projets de reconstruction et d'agrandissement qui se font attendre, Bruchési souligne que « la population française et catholique de Montréal devrait être capable de se bâtir un hôpital qui puisse figurer convenablement à côté des grandes institutions hospitalières anglaises ». Selon lui, pour obtenir le capital nécessaire à cela, « le seul moyen qui semble équitable à l'heure actuelle : c'est par l'adoption de lois à la législature, obligeant les municipalités et la province à payer leur quote-part de l'entretien des malades dans les hôpitaux de la métropole »⁹⁷.

En l'absence d'une politique s'appliquant à l'échelle provinciale, c'est à la Ville de Montréal, mais encore plus aux hôpitaux eux-mêmes qu'incombe la responsabilité d'assumer la prise en charge des patients indigents, peu importe leur provenance. Cet enjeu nous apparaît crucial pour expliquer la brièveté du sou du pauvre au profit d'une politique provinciale en matière de soutien aux institutions de prise en charge. L'exclusion de la participation financière des autres municipalités québécoises n'était pas passée inaperçue auprès des groupes médicaux qui depuis une vingtaine d'années déjà percevaient les patients « étrangers » comme une menace à leur prospérité.

3.3.2 Les pressions de la Société médicale de Montréal et du MGH

Dès les premières ébauches du règlement du sou du pauvre en 1914, différents acteurs du milieu de l'assistance avaient insisté sur l'importance de l'enjeu de la résidence des malades et de la responsabilité municipale pour la prise en charge de l'indigence. Depuis le tournant du siècle, les médecins étaient pour leur part

⁹⁷ HND, *Trente-septième rapport annuel, Hôpital Notre-Dame, 1917*, Montréal, La Patrie, 1918, p. 26-27.

convaincus que les malades des campagnes étaient en bonne partie responsables des difficultés rencontrées dans la pratique de la médecine hospitalière⁹⁸. Ainsi, le second amendement à la taxe d'amusement qui avait écarté le principe de la responsabilité des municipalités envers leurs indigents n'avait pas été bien reçu. À la Société médicale de Montréal (SMM), des médecins proposent en 1916 la création d'un comité visant à « étudier le moyen de remédier à l'envahissement constant des faux indigents dans nos maisons de charité »⁹⁹. Quelques semaines plus tard, la société adopte une motion en faveur de la création de ce comité, spécifiant que son « travail pourrait servir à faire passer une loi à Québec qui obligerait chaque municipalité à avoir soin de ses pauvres ou d'en payer les frais d'entretien »¹⁰⁰. En novembre 1918 le comité, composé des docteurs Saint-Pierre, Langevin et Dorval,

propose que les municipalités soient appelées à payer pour l'entretien de leurs malades pauvres par une loi analogue à celle qui existe déjà pour les asiles d'aliénés.

La somme d'argent ainsi obtenue permettra à nos Hôpitaux dont les ressources pécuniaires sont médiocres, de se développer plus rapidement. Le mouvement scientifique recevra un nouvel essor dont les malades seront les premiers à bénéficier¹⁰¹.

Après une « longue et vive discussion » à la SMM, il est convenu de faire parvenir une copie du rapport produit par le comité à tous les hôpitaux et de les inciter à collaborer de près pour la mise en place d'une loi provinciale en ce sens¹⁰². Ainsi, à la

98 Les malades, mais également les médecins de campagne qui réfèrent les patients sans préciser leur état de fortune. Voir notamment « Société Médicale de Montréal - Séance du 20 février 1906 », *Le journal de médecine et de chirurgie*, vol. 1, 1906, p. 62-63.

99 « Société médicale de Montréal - Séance du 7 mars 1916 », *Union médicale du Canada*, vol. 45, n° 4, avril 1916, p. 187.

100 « Société médicale de Montréal - Séance du 4 avril 1916 », *Union médicale du Canada*, vol. 45, n° 5, mai 1916, p. 252-253.

101 « Société médicale de Montréal - Séance du 12 novembre 1918 », *Union médicale du Canada*, vol. 48, 1919, p. 44.

102 *Ibid.*

mi-novembre, Saint-Pierre transmet aux administrations des institutions hospitalières l'ébauche d'un projet de loi rédigé par son comité « dans l'espoir d'assurer à tous les hôpitaux [...] une juste rémunération pour l'hospitalisation donnée jusqu'ici gratuitement aux malades indigents »¹⁰³. Dans sa lettre de présentation, le médecin de l'Hôtel-Dieu explique que depuis plus de vingt ans les médecins souhaitaient une telle loi et qu'un

changement apparaît si nécessaire aujourd'hui, que nous comptons sur un mouvement d'ensemble de la profession médicale et des comités de directeurs des hôpitaux de la province afin d'obtenir pour Québec une loi dont jouissent déjà [l'] Ontario, [le] Manitoba, la Colombie-Anglaise.

L'ébauche du projet de loi, qui prend la forme d'une requête au premier ministre, stipule :

Nous n'oublions pas qu'en vertu de l'article 358 (Article B) du Code municipal, toutes les municipalités ont la faculté de contribuer à l'entretien des hôpitaux, mais vu que cet article ne crée pas une obligation, il est de nul secours. [...] Nous estimons que pour permettre aux hôpitaux de se développer logiquement [...] une telle législation est devenue nécessaire. [...] On pourrait facilement contrôler le double problème de la solvabilité du patient et de l'indemnisation de l'hôpital [...] En résumé, nous demandons : que tout malade admis à l'hôpital paie pour lui-même ou que la municipalité d'où il vient paie pour lui s'il est pauvre¹⁰⁴.

Au même moment, le MGH intensifie lui aussi les pressions exercées sur les autorités. En 1919, l'hôpital décide de fermer deux salles pour les indigents tant que le financement de celles-ci ne serait pas assuré¹⁰⁵. Dans l'attente que les autorités

¹⁰³ ADM, Fonds de l'Hôpital Notre-Dame (778,846), 918-2, Alexandre Saint-Pierre, président de la SMM, *Aux commissions administratives des hôpitaux de la province de Québec*, 14 novembre 1918.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ MGH, *The 98th Annual Report of the Montreal General Hospital and Report for the Training*

provinciales adoptent une loi en ce sens, les hôpitaux montréalais adoptent une stratégie de plus en plus en plus agressive : aucun « malade indigent venu d'une municipalité étrangère ne sera reçu dans un des hôpitaux soussignés à moins que la municipalité s'engage d'avance à payer \$2,00 par jour d'hospitalisation »¹⁰⁶. La stratégie porte fruit, puisque quelques mois plus tard, 77 municipalités ont accepté la condition¹⁰⁷. Au final, le projet de loi de la SMM et le mouvement de pression qui l'accompagne jettent les bases pour l'adoption, un an plus tard, de la première loi provinciale visant à soutenir les institutions hospitalières pour les services rendus envers les malades indigents.

3.3.3 La loi de l'hospitalisation des indigents

Dans un article présentant le projet de loi de la Société médicale de Montréal, le docteur Saint-Pierre écrit :

nous voyons souvent des malades qui attendent huit, dix et même quinze jours avant d'obtenir leur admission.[...] Pendant que la métropole élargissait ses cadres et quadruplait le chiffre de sa population, nos hôpitaux quadruplaient leurs dépenses sans pouvoir élargir leur cadre. [...] La Société Médicale de Montréal qui a tout dernièrement étudié la question arrive à la conclusion que nos hôpitaux français ne sont pas assez nombreux ou pas assez grands pour accommoder nos malades. [...] Le jour où cette suggestion de la Société Médicale de Montréal [de faire payer les municipalités pour leurs malades indigents] deviendra loi, de nouveaux hôpitaux surgiront et nos hôpitaux actuels assurés de l'avenir pourront sans crainte augmenter leur capacité, de

School for Nurses with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1919, Montréal, Southam Press, 1920, p. 23.

106 Le document est signé par le MGH, RVH, WH, l'HD, l'HND et l'HSJ. Commissions permanentes de Trois-Rivières, *Aux municipalités de la province de Québec*, 1^{er} mai 1919. Circulaire citée dans Guérard, « La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939 Trois-Rivières et Shawinigan », Thèse de doctorat (histoire), UQAM, 1993, p. 349.

107 ARHSJ, Fonds CH partie hôpital, Relations avec les autorités civiles (4A06), boîte 3.3.4.4, chemise 959, « Soixante-dix-sept Municipalités du Québec ont résolu de payer pour leurs pauvres », s.d..

centaines de lit. Et ce ne serait pas trop. D'ailleurs, cela se fait depuis cinq ans dans l'Ontario, le Manitoba, la Colombie Anglaise, l'État de New-York, le Massachusett et tout probablement ailleurs encore. [...] Cette loi nous l'attendons avec confiance de M. le Premier Ministre auquel une requête appuyée par tous les hôpitaux de la province a été présentée tout dernièrement. Deux fois déjà sous sa propre signature, l'honorable M. Gouin nous a donné l'assurance qu'il "donnerait toute son attention à cette importante question"¹⁰⁸.

Les appuis se font de plus en plus nombreux pour exiger une politique provinciale de financement public des hôpitaux. Devant la Chambre de commerce, le président du Pacifique Canadien intervient à son tour :

La province de Québec est prospère. Sa prospérité lui fait un devoir plus impérieux d'avoir bien soin de ses pauvres malades confiés jusqu'à ce jour [à] la charité des institutions privées. Je crois que le temps est venu pour les municipalités de contribuer à défrayer [pour] leurs malades pauvres traités dans les hôpitaux. [...].

Or depuis cinq ans, le coût par jour d'hospitalisation a doublé et nos hôpitaux se voient dans la nécessité de fermer des salles entières de pauvres parce qu'un gouffre de plus en plus profond se creuse entre les recettes et les dépenses. [...]. On peut juger d'une ville par ses œuvres humanitaires. Il ne faut pas laisser fermer les nôtres; au contraire nous avons besoin qu'elles s'agrandissent et se multiplient afin qu'il y ait place dans nos hôpitaux pour tous les indigents qui souffrent¹⁰⁹.

En janvier 1920, les six hôpitaux généraux présentent à la députation un nouveau projet de loi intitulé « Loi pour faire payer par les municipalités le coût de l'hospitalisation des malades indigents »¹¹⁰. Le fonctionnement proposé est basé sur des certificats municipaux fournis par la dernière municipalité où l'indigent a résidé trois mois, ce qui aurait constitué « une preuve concluante de la responsabilité ».

108 J.-A. Saint-Pierre, « Nos hôpitaux et nos malades indigents », *Union médicale du Canada*, vol. 48, n° 2, 1919, p. 99-101.

109 « L'oeuvre accomplie par nos hôpitaux à l'égard des pauvres », *La Patrie*, 29 novembre 1919, p. 21.

110 ARSHJ, Fonds CH partie hôpital, Relations avec les autorités civiles (4A06), boîte 3.4.4, chemise 959; Les représentants des Hôpitaux de Montréal, *Loi pour faire payer par les municipalités le coût de l'hospitalisation des malades indigents*, 26 janvier 1920.

Dans les cas d'urgence, le patient indigent devrait fournir ses informations à l'hôpital, qui seraient transmises à la municipalité concernée. Celle-ci aurait ensuite 8 jours pour répondre, faute de quoi, elle serait de facto considérée responsable. Calqué sur la loi ontarienne de 1914¹¹¹, ce fonctionnement ne permet pas à la municipalité de contester l'état d'indigence du malade, mais seulement que ce dernier réside sur son territoire. Le projet de loi prévoit néanmoins un recours pour les municipalités contre les patients, ou les personnes responsables de leur entretien, et les autres municipalités.

Cela dit, la *Loi concernant l'hospitalisation des indigents dans les hôpitaux de la province*, sanctionnée en février 1920, ne va pas aussi loin que les médecins l'avaient espéré. Saint-Pierre, l'un des principaux promoteurs du projet de loi, explique qu'« il nous a été impossible d'obtenir l'imposition pour les municipalités de payer pour leurs malades indigents, et nous avons dû modifier le texte et nous contenter pour cette année d'une imposition indirecte »¹¹². La loi se contente ainsi d'encourager les municipalités d'appartenance des indigents à financer leur hospitalisation à raison de 1,50 \$ par jour¹¹³. Tout comme en 1915 et 1916, le processus d'adoption du projet de loi suscite de nombreuses insatisfactions pour les hôpitaux, sans parler du fait que la loi ne prévoit rien pour les autres institutions de prise en charge de l'indigence. Non seulement la loi n'annonce aucune subvention provinciale, mais elle ne prévoit aucune nouvelle source de revenus pour les municipalités autre que la taxe d'amusement dont l'imposition est laissée à la discrétion des conseils municipaux. De plus, la loi stipule que pour être admis, les indigents doivent se présenter à l'hôpital munis d'un certificat d'indigence accordé par

111 « An Act Relating to Hospitals and Charitable Institutions », *Revised Statutes of Ontario*, 1914, chap. 300, art. 23.

112 Alexandre Saint-Pierre, « Au sujet de la "Loi des hôpitaux". Initiative et influence de la Société médicale de Montréal », *Union médicale du Canada*, vol. 49, n° 3, mars 1920, p. 161.

113 « Loi concernant l'hospitalisation des indigents dans les hôpitaux de la province », *Statuts du Québec*, 1920, 10 Geo. V, chap. 6.

le maire de la dernière municipalité où ils ont résidé pendant plus de six mois. Il n'est pas question que les municipalités soient contraintes de payer pour les patients admis en urgence.

Selon Saint-Pierre, ce résultat très insatisfaisant pour les médecins s'explique par l'opposition « intransigeante » de députés provenant de circonscriptions rurales. « La liberté sacrée des conseils municipaux » était bel et bien une barrière de taille pour la reconnaissance de la responsabilité municipale¹¹⁴. Si la loi respecte intégralement l'autonomie des conseils municipaux dans l'octroi des certificats, ce n'est pas le cas pour celle des hôpitaux : ces derniers sont dans l'obligation d'accueillir les indigents munis d'un certificat de leur municipalité. Pour apaiser les tensions engendrées, la Commission administrative de Montréal ratifie des conventions avec les hôpitaux généraux afin de clarifier les modalités de paiement pour les soins des indigents résidents de la cité¹¹⁵. Quoiqu'il en soit, la loi de 1920 est difficilement applicable et ne permet pas d'attribuer des montants plus importants que ne l'avait fait le sou du pauvre¹¹⁶. Moins d'un an après sa sanction, la loi de 1920 est abrogée et remplacée par la loi de l'assistance publique.

La faiblesse du soutien public dont bénéficient les hôpitaux québécois au

114 Saint-Pierre, « Au sujet de la "Loi des hôpitaux" », *Loc. cit.*, p. 161. Voir également Martin Petitclerc, « À propos de 'ceux qui sont en dehors de la société'. L'indigent et l'assistance publique au Québec dans la première moitié du XXe siècle. », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, n° 2-3, 2011-2012, p. 239.

115 Archives de l'Hôpital Notre-Dame, boîte 2-M-0231, dossier 12, *Convention entre La Cité de Montréal et La Corporation de l'Hôpital Notre-Dame, Re. Hospitalisation des malades indigents, etc.*, 23 mars 1921. L'article suivant détaille le projet de convention soumis à la Commission quelques mois plus tôt : « L'hospitalisation des indigents à Montréal », *Le Canada*, 15 septembre 1920, p. 8.

116 À l'Hôtel-Dieu les versements reçus sous cette loi ont lieu entre avril 1921 et février 1922, ARHSJ, Fonds CH partie hôpital, 4A01-01, d705, *Journal de dépenses et de recettes 1916-1922*.

tournant du siècle est assez frappante en comparaison avec le financement provincial et municipal que reçoivent les hôpitaux ontariens. Contrairement à l'Ontario qui se dote d'un encadrement législatif pour le financement des institutions d'assistance publique à partir du XIX^e siècle, la prise en charge de l'indigence ne relève pas de la responsabilité publique au Québec. Ce n'est que lorsque des problèmes financiers d'envergure poussent les représentants hospitaliers et les médecins de Montréal à allier leurs efforts et leurs influences qu'un changement s'opère, d'abord à l'échelle municipale. En 1914, en plus des pressions des hôpitaux sur les instances montréalaises qui mènent au sou du pauvre, la province amorce la compilation des statistiques des institutions d'assistance. Peut-être s'agit-il d'une coïncidence, mais en plus des considérations d'hygiène publique motivant cette initiative, l'État souhaite visiblement avoir un meilleur portrait de l'offre de soins et de services sur son territoire, et par le fait même de se doter d'outils pour évaluer les besoins des institutions. Ces données s'avéreront utiles pour l'élaboration des politiques d'assistance publique qui ne tarderont pas à suivre.

Encore loin d'une politique de financement accordant un montant fixe pour chaque jour d'hébergement des patients indigent, le sou du pauvre prévoit une implication assez modeste des autorités municipales auprès des établissements d'assistance. Grosso modo, la Ville se charge de collecter les montants perçus dans les lieux d'amusement, et de les répartir, selon les critères autorisés par la législature, aux institutions en échange des listes de patients reçus gratuitement. Les tractations concernant le choix du mode de financement ainsi que les modalités relatives à la distribution des produits mettent en lumière la difficulté de concilier les intérêts des différents acteurs impliqués. Bien que la mesure accorde un financement à l'ensemble des institutions charitables, les représentants hospitaliers parviennent à imposer la majorité de leurs exigences; cette taxe est avant tout celle des hôpitaux.

Les montants amassés par la taxe d'amusement représentent néanmoins qu'un « revenu d'appoint » pour les hôpitaux. Certes, ils permettent de soutenir la vocation charitable de l'hôpital médical, mais l'insuffisance de cette mesure est prévisible dès son adoption. Le choix d'imposer une taxe sur les amusements, dont les revenus sont relativement imprévisibles puisque la fréquentation des lieux d'amusement fluctue en fonction de différents facteurs, plutôt que d'imposer directement la propriété, témoigne de la farouche opposition à l'augmentation de l'impôt foncier chez la bourgeoisie politique et économique montréalaise.

Au-delà de l'insuffisance des montants distribués, le problème de la circulation des indigents est l'un des facteurs déterminants pour la mise en place de la loi de 1920. Cette dernière, fondée sur un système de référence municipale pour les patients indigents, ne met pas en place d'obligation pour les municipalités et ne prévoit aucun nouveau mode de financement des politiques sociales municipales. Ce qui explique qu'elle ne sera que temporairement en vigueur. En effet, dès son adoption, la loi de l'assistance publique, qui tente d'apporter une solution plus complète aux problèmes du sou du pauvre et de la loi de 1920, est en élaboration¹¹⁷.

117 *DRALQ*, 15^e législature, 1^{re} session, 13 février 1920.

CHAPITRE IV

L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET LA COMMISSION SUR LES HOSPITALISATIONS À MONTRÉAL

Dans son analyse du régime social québécois produite dans le cadre de la Commission Rowell-Sirois en 1938-1940, Esdras Minville résume ainsi les conditions qui mènent à la mise en place de la loi de l'assistance publique en 1921 :

avec la montée de l'industrie, et l'essor des villes, les besoins se firent plus nombreux, plus pressants, plus divers. Ce régime simple [le régime social d'avant 1921] ne suffit plus. Les institutions, débordées, ne parvenaient pas, même en multipliant les appels à la charité privée, à répondre aux besoins, à développer leurs établissements, à perfectionner leur outillage au fur et à mesure des progrès de la science, de l'hygiène et du service social. L'État dût (sic) se décider à aider financièrement - mais de telle manière que son intervention ne bouleversât pas le régime établi et à l'édification duquel il n'avait pas contribué¹.

Sanctionnée en mars 1921, la loi a pour objectif de « faciliter l'entretien et l'hospitalisation des indigents » en aidant « pécuniairement les institutions privées ou municipales »². Pour assurer la mise à exécution de cette nouvelle législation, le Service d'assistance publique, relevant du Secrétaire de la province, est créé. Sans avoir comme ambition de produire une analyse approfondie du fonctionnement de la loi ou de ses résultats³, ce chapitre propose de s'attarder aux premières années de sa

1 Esdras Minville, *Syndicalisme, législation ouvrière et régime social au Québec avant 1940*, Montréal, Presses HEC : Fides, 1986, p. 291.

2 *Ibid.*, p. 292-293. « Loi établissant le service d'assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1921, 11 Geo. V, chap. 79.

3 Pour des travaux en ce sens, voir Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec. 1940-1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988, Minville, *Op. cit.* et Martin Petitclerc, « À propos de 'ceux qui sont en dehors de la société'. L'indigent et l'assistance publique

mise en application afin de mettre en évidence la continuité entre les difficultés administratives et financières rencontrées depuis le tournant du siècle par les hôpitaux généraux montréalais, sous le régime du sou du pauvre et sous celui de l'assistance publique. La loi de 1921 est sans contredit de bien plus grande envergure que ne l'ont été les mesures établies précédemment, notamment parce qu'elle prévoit de nouvelles ressources financières pour les municipalités et la province qui permettent d'insuffler des montants bien plus substantiels dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. Néanmoins, les municipalités ne sont toujours pas contraintes d'assumer une responsabilité envers leurs indigents. Cela constitue une limite financière évidente pour les institutions recevant ces malades, mais également pour une reconnaissance politique du problème social qu'est la pauvreté. La loi de 1921 n'a aucunement la prétention d'accorder une telle reconnaissance. La définition de l'indigence est assez restrictive et vise à ce que l'accès à l'assistance publique ne soit accordé qu'aux individus se trouvant dans un état de dépendance absolu, inaptes au travail et dépourvus de soutien familial, sans qu'un réel droit aux secours ne leur soit reconnu.

Dans un premier temps, nous nous attarderons aux termes de la loi de l'assistance publique, notamment à sa formule de financement et à sa définition de l'indigence, afin de dégager certaines spécificités. À cet effet, nous comparerons certains éléments du fonctionnement de la loi avec d'autres politiques sociales de l'époque. Puis, à travers certains dossiers de correspondance entre les hôpitaux montréalais et le Service d'assistance publique entre 1921 et 1926, des documents qui ont été jusqu'à présent inexploités, nous mettrons en relief les difficultés relatives à la structure du financement et à l'exigence de résidence auxquelles se butent les institutions - et le Service d'assistance publique - pendant les premières années

au Québec dans la première moitié du XXe siècle. », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, n° 2-3, 2011-2012, p. 227-256

d'application de la loi. Enfin, en étudiant la Commission montréalaise sur les hospitalisations de 1926-1927, qui enquête sur les causes des déficits des hôpitaux de la ville, nous reviendrons sur l'insuffisance de l'offre hospitalière, qui n'est visiblement pas chose réglée à cette époque, ainsi que sur le principe de responsabilité municipale que la loi de 1921 a tenté d'imposer. Tous ces éléments permettent de mieux comprendre l'évolution du contexte administratif et politique menant à l'amendement de la loi de l'assistance publique en 1929, qui instaure un recours légal pour les indigents non reconnus par leurs municipalités.

4.1 Le fonctionnement de la loi de l'assistance publique

En mettant en place un système de financement public des institutions d'assistance charitables, l'État intervient dans un domaine qui relève jusque-là de l'initiative privée et confessionnelle, soulevant au passage plusieurs critiques⁴. Après quelques années de fonctionnement de la loi et un amendement qui reconnaît l'autorité des évêques sur les communautés religieuses, la plupart de ces réticences d'ordre idéologique sont levées⁵. En nous penchant sur la structure de financement de la prise en charge des indigents dans les institutions, sur la preuve d'indigence exigée et sur les enjeux soulevés par la question de la résidence des malades, nous verrons que ce sont des problèmes bien plus concrets reliés au fonctionnement de la loi et au statut de l'indigence qui surgissent pendant les années 1920.

4 Bien qu'il reconnaisse la nécessité d'un meilleur financement pour les institutions, Henri Bourassa voit d'un bien mauvais œil le « contrôle » que la loi accorde à l'État sur les institutions. Il affirme notamment que la loi mène « au socialisme de l'État »; Henri Bourassa, *Une mauvaise loi*, s.l., 1921. À ce sujet, voir Antonin Dupont, *Taschereau*, Montréal, Guérin, 1997.

5 « Loi modifiant la Loi de l'assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1925, 15 Geo. V, chap. 55. Voir Petitclerc, *Loc. cit.*, p. 239-240.

4.1.1 Un financement tripartite

Pour être reconnues d'assistance publique et recevoir le financement prévu par la loi, les institutions doivent d'abord signifier par écrit leur intention au Service d'assistance publique⁶. Le Service peut, lorsque nécessaire, s'enquérir du but et des mérites de l'œuvre ainsi que de l'utilisation faite des octrois reçus. Les institutions reconnues sont réparties en cinq classes : A) les hôpitaux généraux, B) les sanatoria et hôpitaux pour tuberculeux, C) les institutions pour « vieillards et épileptiques », D) les orphelinats, E) les crèches, maternités et garderies. Le coût d'entretien quotidien des indigents est fixé pour chaque catégorie d'institutions, le plus élevé étant celui des hôpitaux généraux. Lorsqu'Alexandre Saint-Pierre écrit au directeur du Service, au nom de l'Hôtel-Dieu en octobre 1921, il dit espérer que le coût moyen de la classe A soit fixé

à 2,25\$ ce qui permettrait aux hôpitaux de recevoir 1,50\$ par patient et par jour cela rendant grand service et tout le monde serait content. Depuis le 1er janvier que nous retirons ce montant de la [Ville] de Montréal et dans tous nos hôpitaux les administrateurs sont satisfaits. Une allocation de 1,00\$ par jour ne suffirait certainement pas et nous espérons bien que vous nous aiderez à obtenir au moins 1,50\$ par jour.⁷

Malgré cela, le coût d'entretien dans les hôpitaux est plutôt fixé à 2,01 \$⁸. Ainsi, comme la loi prévoit un partage égal des coûts d'entretien entre Québec, la municipalité de résidence de l'indigent et l'institution le recevant, la contribution

6 « Il n'y a pas de formules spéciales pour demander de faire reconnaître d'Assistance publique une institution de charité. Écrivez-moi seulement, demandant que l'Hôpital Notre-Dame de Montréal soit reconnu comme telle. » ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôpital Notre-Dame (6,15), *Alphonse Lessard à Arthur Lessard*, 11 octobre 1921.

7 ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Alexandre Saint-Pierre à Alphonse Lessard*, 26 octobre 1921.

8 Gagan et Gagan soulignent l'arbitraire du montant fixé par la loi. David Paul Gagan et Rosemary Ruth Gagan, *For Patients of Moderate Means : A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890-1950*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2002, p. 47.

provenant des autorités publiques s'élève à 1,34 \$ par jour d'hospitalisation, montant inférieur à celui qui était prévu par la loi de 1920 (1,50 \$). À titre de comparaison, cette année-là, il en coûte en moyenne 3,29 \$ par jour pour l'entretien des malades à l'Hôtel-Dieu⁹, et 4,09\$ dans les salles publiques du MGH¹⁰. Cela dit, en prévoyant de nouvelles sources de financement partagées entre les municipalités et la province, soit la taxe d'amusement bonifiée à 10 % ainsi que les profits des champs de courses et des paris mutuels, la loi de 1921 s'accompagne d'une plus grande assurance pour les institutions d'être payées. De plus, en dehors du financement pour l'institutionnalisation des indigents, la loi prévoit que le Service vienne en aide aux institutions sous forme d'octrois spéciaux pour les travaux de maintenance et d'agrandissement, une aide qui aura un impact considérable pour le développement des institutions montréalaises, mais également pour le développement du réseau de la santé dans la province entière¹¹.

La formule de financement de l'assistance publique diffère quelque peu de celles des autres politiques québécoises d'assistance sociale en vigueur à la même époque. Contrairement à la pauvreté extrême, la prise en charge des enfants négligés ou délinquants, des aliénés et des prisonniers découle d'une intervention judiciaire. Conséquemment, le coût de leur entretien est assumé entièrement par la province et la municipalité d'appartenance, à parts égales. Puisque l'institutionnalisation des pauvres indigents ne découle pas d'une décision judiciaire, on ne considère pas l'État comme étant dans l'obligation d'assumer l'entretien de ces derniers. Ainsi, la loi de 1921 est

9 Archives des religieuses hospitalières de Saint-Joseph (ARHSJ), 610.058 H832aT-1921, *Annuaire de l'Hôtel-Dieu de St-Joseph*, Montréal, 1921, p. 21.

10 MGH, *100th Annual Report of the Montreal General Hospital and Report of the Training School for Nurses with a List of the Governors, Officers and Subscribers for 1921*, Montréal, Southam Press Limited, 1922, p. 37.

11 Minville, *Op. cit.*, p. 301 et suivantes; François Guérard « La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939 Trois-Rivières et Shawinigan », Thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 1993, p. 352-370.

toujours une politique d'assistance charitable volontaire, mais subventionnée par les pouvoirs publics. La loi répartit les frais d'entretien fixés en trois entre la province, la municipalité de résidence de l'indigent et l'institution. La contribution financière de l'État est tributaire de la reconnaissance par les municipalités de leur responsabilité envers leurs indigents. Lorsqu'une municipalité reconnaît qu'un indigent réside sur son territoire depuis au moins six mois, elle s'engage à contribuer au tiers du montant quotidien fixé, auquel s'ajoute le tiers du provincial, l'institution assumant le reste. Au contraire, si la municipalité concernée refuse de signer la « carte d'indigence » d'un malade, la part provinciale n'est pas versée. Comme l'avait énoncé le docteur Saint-Pierre au sujet de la loi de 1920, l'architecture de la loi de l'assistance publique est également conçue pour respecter la « liberté sacrée des conseils municipaux »¹².

La loi de 1920 avait imposé aux hôpitaux d'accueillir les indigents envoyés par la Ville¹³. Dans la loi de 1921, la législature s'est montrée soucieuse de respecter l'autonomie administrative des institutions hospitalières et d'assistance, qui demeurent libres d'admettre ou de refuser les patients munis d'un certificat municipal d'indigence. Mais puisque la structure du financement dépend de la reconnaissance municipale, les hôpitaux doivent continuer d'assumer seuls l'entièreté des frais pour les soins de plusieurs patients indigents. Même pour les malades qui cadrent avec les dispositions de la loi, le coût de leur entretien est règle générale plus élevé que celui qui est fixé par la loi. Dans le premier rapport annuel du Service d'assistance publique en 1923, le directeur Alfred Lessard reconnaît que « l'aide de l'État et des municipalités, quelque considérable qu'elle soit devenue, ne représente pas, dans bien des cas, les deux tiers du coût réel d'entretien des malades et des indigents »¹⁴.

12 Alexandre Saint-Pierre, « Au sujet de la "Loi des hôpitaux". Initiative et influence de la Société médicale de Montréal », *Union médicale du Canada*, vol. 49, n° 3, mars 1920, p. 161.

13 « Loi concernant l'hospitalisation des indigents dans les hôpitaux de la province », *Statuts du Québec*, 1920, 11 Geo. V, chap. 61, art. 3.

14 Province de Québec, *Rapport du Directeur de l'assistance publique pour l'année finissant le 30 juin 1923*, Québec, Ls.-A. Proulx, 1923, p. 14.

La structure du financement, qui dépend de l'approbation municipale, donne beau jeu au Service d'assistance publique. Le rôle de Lessard est de rappeler aux administrations des institutions que le fonctionnement de la loi dépend du certificat municipal, et s'il le juge pertinent, il peut écrire aux mairies concernées pour les inciter à approuver l'hospitalisation d'un malade. Lorsque, par exemple, soeur Biron expose à Lessard les inconforts qu'entraînent les enquêtes menées sur les patients de l'Hôtel-Dieu¹⁵, ce dernier répond :

Nous avons entre les mains l'argent du public. La loi nous fait un devoir de donner cet argent à ceux qui sont des indigents. Les municipalités, et surtout la Ville de Montréal dans votre cas, sont appelées à verser une somme égale à celle que nous versons nous-mêmes. Nous nous rapportons en ce qui concerne la preuve d'indigence, à l'affirmation des autorités municipales de Montréal qui font les enquêtes nécessaires¹⁶.

Dans une logique de proximité et grâce aux activités du département d'Assistance municipale de la ville, les autorités locales sont considérées comme mieux outillées pour enquêter sur les indigents que ne l'était l'État provincial. Toutefois, selon la loi, la municipalité est en quelque sorte juge et partie. Différentes raisons, d'ordre idéologique, mais aussi financier, les mènent à refuser de reconnaître plusieurs indigents et le Service d'assistance publique n'y peut rien. Le pouvoir discrétionnaire dont disposent les municipalités dans l'octroi ou non des certificats d'indigence ne tarderait pas à être contesté par les institutions.

15 « Je ne puis vous cacher, Monsieur le Docteur, la peine que nous éprouvons nous-mêmes lorsque les pauvres se plaignent à nous, des inquisitions faites pour découvrir leur état (sic) d'indigence, votre esprit de foi vous fera saisir toute ma pensée. »; ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Soeur Biron à Alphonse Lessard*, 19 avril 1922.

16 AnQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Alphonse Lessard à Soeur Biron*, 21 avril 1922.

4.1.2 La preuve d'indigence

Bien que l'article 45 de la loi énonce qu'il « est du devoir de tout conseil municipal de s'occuper effectivement des indigents qui ont leur domicile dans les limites de sa municipalité »¹⁷, faire la preuve de son indigence n'est pas chose simple pour les personnes concernées. La loi vise à systématiser les procédures afin que le financement public ne soit octroyé que pour le maintien des seuls « indigents absolus »¹⁸. L'indigent y est ainsi défini comme « toute personne hospitalisée ou recueillie dans tout établissement d'assistance publique [...] qui ne peut subvenir ni directement, ni indirectement à son entretien, de façon temporaire ou définitive, ayant son domicile dans la province de Québec »¹⁹. Il ne suffit pourtant pas d'être résident du Québec pour pouvoir être placé sous l'assistance publique. En effet, les dispositions relatives au financement précisent que l'indigent doit avoir eu son domicile dans une même municipalité pendant six mois consécutifs précédant son admission pour que celle-ci soit tenue d'assumer les frais de son entretien, ce qui complexifiait les choses²⁰.

Pour qu'une institution d'assistance publique puisse recevoir les parts provinciales et municipales relatives à la prise en charge d'un indigent, la procédure exige qu'elle ait en main plusieurs documents au moment de l'admission du malade²¹.

17 « Loi établissant le service d'assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1921, 11 Geo. V, chap. 79, art. 45.

18 En opposition aux nécessaires « aptes au travail » ou disposant d'un réseau familial; Petitclerc, *Loc. cit.*, p. 241-242.

19 « Loi établissant le service d'assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1921, 11 Geo. V, chap. 79, art. 3.

20 En 1933, l'exigence de résidence passe à 12 mois; « Loi modifiant la Loi de l'assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1933, 23 Geo. V, chap. 75.

21 La procédure était difficile à appliquer aux cas d'hospitalisation en urgence, qui constituent une part importante des admissions dans les hôpitaux. « Il a été convenu que les hôpitaux admettraient les malades indigents, quitte à régulariser leur situation le lendemain ou le jour suivant, au moyen d'une carte adressée aux autorités de la Cité de Montréal, qui devront faire enquête au sujet de l'état d'indigence de ces malades. » ANQ-Q, Fonds du Ministère de la Santé et des Services sociaux (E8).

Le premier, la « formule A » intégrée à la loi, constitue la demande d'admission qu'un parent, ami ou protecteur – voire l'institution elle-même – doit remplir²². Puisqu'il se trouve dans un état de dépendance, l'indigent ne dispose pas aux yeux du législateur des qualités (indépendance et autonomie) lui permettant de réclamer son admission au sein d'une institution, comme c'est d'ailleurs le cas dans les procédures d'internement des personnes dites aliénées, sur lesquelles nous reviendrons²³. « La formule C », remplie par un curé, s'applique aux indigents non malades, attestant de l'« état d'indigence absolue » de la personne ainsi que de l'absence de soutien familial prévu par les articles 165 et suivant du Code civil²⁴. Dans les cas d'hospitalisation, c'est plutôt la « formule D », remplie par un médecin, qui sert à attester que le malade est un indigent absolu.

Le formulaire le plus important est toutefois la « formule B » qui doit être remplie par les autorités municipales. S'il est du « devoir de tout conseil municipal de s'occuper effectivement » de ses indigents, la municipalité doit d'abord déterminer qui est indigent et qui ne l'est pas parmi ceux qui requièrent son assistance. L'enjeu fondamental, du point de vue de l'indigent, est donc l'obtention du certificat municipal, la « formule B », qui atteste que le maire, ou son représentant, le reconnaît comme l'un de ses résidents dans le besoin. Lorsque le maire déclare qu'un individu « est un (ou une) indigent (e) aux termes de la loi; il (ou elle) ne possède absolument aucun moyen de subsistance et n'a personne d'obligé, aux termes des articles 165 et suivant du Code civil, à subvenir à ses besoins », il s'engage, via la « formule B », à

Série Hôpitaux du Québec (S3), Correspondance du Service d'Assistance publique (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Alphonse Lessard à Soeur Biron*, 26 janvier 1922.

22 Province de Québec, *Rapport du Directeur de l'assistance publique pour l'année finissant le 30 juin 1923*, Québec, Ls. A Proulx, 1923, p. 70.

23 Voir les articles 20 et suivants de la « Loi concernant les asiles d'aliénés », *Statuts refondus du Québec*, 1925, chapitre 190.

24 Province de Québec, *Rapport du Directeur de l'assistance publique pour l'année finissant le 30 juin 1923*, Québec, Ls. A Proulx, 1923, p. 74-76.

ce que la municipalité ne se défile pas de sa responsabilité financière envers l'indigent en question²⁵. Comme l'émission des certificats d'indigence, qui détermine si l'institution recevra ou non du financement pour un malade, est laissée à la discrétion des conseils de ville, l'enjeu principal réside dans la reconnaissance de l'état d'indigence par les autorités municipales.

La définition de l'indigence et les procédures requises pour l'admission d'un indigent dans un établissement sont imprégnées de la conception patriarcale de la famille et prennent appui sur les responsabilités familiales prévues par le Code civil, selon lesquelles « les enfants doivent des aliments à leurs père et mère et autres ascendants qui sont dans le besoin (art 166) »²⁶ et « les gendres et belles-filles doivent également et dans les mêmes circonstances des aliments à leurs beau-père et belle-mère » et réciproquement, en « proportion du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit (art 169) ». Ces dispositions posaient ainsi des balises très larges pour déterminer l'état d'indigence d'un individu.

Dans le contexte d'urbanisation et de croissance démographique soutenue, où le capitalisme industriel pousse la main-d'oeuvre à se déplacer d'une municipalité à l'autre, il y a lieu de croire qu'il devient de plus en plus difficile pour les médecins et représentants municipaux, tout particulièrement dans les agglomérations, de déterminer la situation économique et familiale d'une personne réclamant assistance. Même lorsque la loi permettra un recours des indigents contre leurs municipalités en 1929, les dossiers de cours contiendront peu de documentation sur les moyens et possessions de la famille élargie²⁷. La frontière entre indigence et pauvreté s'avère

²⁵ *Ibid.*, p. 72.

²⁶ Minville, *Op. cit.*, p. 266.

²⁷ Nous avons mené une étude préliminaire des dossiers de cour des années 1930 pour l'HND et le RVH. Les dossiers les plus détaillés sur la situation familiale des requérants sont ceux des individus mineurs. ANQ-Vieux-Montréal, Fonds Cour de circuit du district de Montréal 1893-1945 (TL38) et Fonds Cour de magistrat pour le district de Beauharnois (TL144).

poreuse et les procédures accordent un grand pouvoir discrétionnaire aux figures d'autorité chargées d'attester de la situation des indigents.

En comparant les documents composant la preuve d'indigence à ceux exigés pour l'internement au sein d'un asile d'aliénés, on constate que les balises reliées aux responsabilités familiales sont sensiblement les mêmes. Toutefois, les procédures concernant les aliénés sont bien plus rigoureuses; elles prévoient l'identification de toutes les personnes tenues, selon le Code civil, à l'entretien de l'aliéné²⁸ ainsi qu'une vérification par un représentant municipal de leurs possessions et revenus²⁹. Afin d'éviter que les municipalités soient tentées de se défilier de leurs responsabilités envers leurs aliénés indigents, la loi sur les asiles publics d'aliénés prévoit une amende de vingt dollars pour les officiers municipaux qui refuseraient de remplir les formulaires de bonne foi³⁰. Il n'y a pas d'équivalence à cet article dans la loi de l'assistance publique. Cela étant dit, il est évident que l'internement d'un indigent sur la base de folie se devait de reposer sur des vérifications plus extensives. La reconnaissance de l'aliénation mentale, préalable au placement en asile, est judiciairisée et implique que les individus internés soient privés de leurs droits et de leurs biens³¹. Dans la loi de l'assistance publique, la preuve d'indigence ne fait intervenir aucune procédure juridique et repose sur le bon vouloir des autorités municipales.

28 Le maire et le curé doivent inscrire les noms et adresses des personnes obligées (époux ou épouse, père, mère et enfants). « Formule D » et « Formule E », « Des asiles publics d'aliénés », *Statuts refondus du Québec*, 1909, chap 4, art 4106-4107-4132.

29 En plus des personnes obligées nommées dans la note précédente, cette vérification prend en compte les grands-parents de l'individu. Le formulaire exige une vérification du rôle d'évaluation de la municipalité, l'estimation de la valeur de leurs biens, de leurs revenus annuels et de leurs biens hors de la province de Québec. « Formule F », « Des asiles publics d'aliénés », *Statuts refondus du Québec*, 1909, chap 4, art 4106-4107-4113-4132.

30 « Des asiles publics d'aliénés », *Statuts refondus du Québec*, 1909, chap 4, art 4145.

31 Voir Nicole Forget, *De la curatelle au curateur public, 50 ans de protection*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1995; André Cellard, « La curatelle et l'histoire des maladies mentales au Québec », *Histoire sociale*, vol.19, no. 38, 1986, p. 443-450.

4.1.3 Enjeux de résidence

La municipalité en effet est la cellule du corps social, et elle a un intérêt primordial à ce que chez elle tous les éléments soient normaux. Elle doit être la première à y voir. [...] trop de municipalités encore s'en désintéressent ou n'invoquent que des prétextes pour refuser de faire leur part. Dans trop d'endroits encore, le maire s'oppose à signer une formule [...]. La loi n'offre pas de sanction au refus d'une municipalité d'assurer à un indigent sa part d'assistance. Le temps viendra-t-il où il sera nécessaire ou simplement opportun d'en imposer? Je ne le crois pas³².

Cette citation, tirée du premier rapport du Directeur de l'assistance publique, exprime bien que ce dernier est conscient que plusieurs municipalités sont récalcitrantes à se plier à leurs responsabilités envers leurs indigents. Il se dit malgré tout confiant qu'elles se montreront « à la hauteur de ce devoir ». Or, les problèmes reliés à l'exigence de résidence sont multiples. Dans certains cas, c'est l'absence d'organisation des comtés et municipalités qui s'avère problématique. Prenons l'exemple d'une patiente provenant de Rivière Godbout, admise à l'Hôtel-Dieu en 1924. Comme cette municipalité n'est pas officiellement constituée, sœur Lacas écrit à Lessard :

nous avons hospitalisé une Dame [...] venant de Rivière Godbout, Côte Nord, Comté de Saguenay, laquelle est dans l'indigence absolue et nous dit avoir obtenu du Gouvernement du Québec les frais de son passage. Nous ne savons à qui présenter la formule "B" de l'Assistance Publique, vu que cette localité n'apparaît pas dans la liste des Corporations municipales³³.

Lessard avoue qu'il s'agit d'un cas fréquent. Puisque Rivière Godbout est une

³² Province de Québec, *Rapport du Directeur de l'assistance publique pour l'année finissant le 30 juin 1923*, Québec, Ls.-A. Proulx, 1923, p. 12.

³³ ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Soeur Lacas à Alphonse Lassard*, 22 février 1924.

municipalité non organisée, il communique avec le préfet du comté de Saguenay pour l'inciter à bien vouloir signer la demande que lui enverrait la sœur supérieure de l'Hôtel-Dieu³⁴. Les documents consultés n'indiquent pas si Saguenay consent à prendre cette indigente sous sa charge.

Le problème de la résidence se manifeste de diverses façons. Le Service d'assistance publique a également pour mandat l'« adoption des mesures nécessaires pour obtenir la déportation et le rapatriement des émigrés susceptibles d'être déportés en vertu de la loi de l'immigration du Canada »³⁵. Si, à partir de la fin du XIX^e siècle, le Canada s'était ouvert à l'immigration non britannique, notamment en raison de la nécessité de coloniser les provinces de l'Ouest, la loi sur l'immigration de 1906 met en place une politique plus vigoureuse de déportation³⁶. Afin de pouvoir identifier plus aisément les immigrants susceptibles d'être déportés, Lessard demande à chacune des administrations hospitalières d'inscrire dans un formulaire spécial les indigents qui portent des « noms étrangers »;

la Loi, dit-il, me fait un devoir de n'approuver les comptes que pour les indigents de nationalité canadienne, ayant eu leur domicile dans la Province de Québec durant six mois consécutifs et précédant leur admission à l'Hôpital et ne tombant pas sous le coup de la Loi de l'immigration du Canada³⁷.

Aux yeux du surintendant du Royal Victoria, ces instructions sont contradictoires

34 ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Alphonse Lessard à L.N. Catellier*, 23 février 1924.

35 « Loi établissant le service d'assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1921, 11 Geo. V, chap. 79, art. 5, alinéa e.

36 Barbara Ann Roberts, *Whence they came : Deportation from Canada, 1900-1935*, Ottawa, University of Ottawa Press, 1988, p.12 et suivantes; « An Act respecting Immigration and Immigrants », *Statuts du Canada*, 1906, 6 Edw. VII, chap. 19, art. 28.

37 ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Alphonse Lessard à Soeur Biron*, 10 mars 1922. La même lettre a été envoyée à l'HND et au RVH.

avec la définition qui est donnée de l'indigent dans la loi. Lessard lui fait parvenir un extrait de la loi sur l'immigration et précise

A foreigner has no canadian domicile before the end of five years residence in Canada and the Quebec Public Charities Act applies inly(sic) to those who had their domicile in the Province of Quebec at least six months before their admission in a public charitable Institution³⁸.

Avec la mise en application de ce mandat, le Service d'assistance publique joue de toute évidence un rôle d'agent de régulation de l'immigration. Pour leur part, les institutions se font attribuer la responsabilité de signaler les immigrants, sans recevoir une contribution pour les soins qu'ils leur accordent³⁹.

Malgré les diverses tentatives de clarifications de Lessard auprès des responsables des hôpitaux relativement aux enjeux de résidence, ces derniers se font insistants pour obtenir une juste rétribution pour les soins accordés aux indigents qu'ils traitent. Ils se sentent visiblement peu concernés par l'attribution ou non du certificat municipal.

nous constatons que nous avons hospitalisé beaucoup de malades sans recevoir aucune rétribution [...] nous avons nécessairement un déficit dans nos finances. Ces salles de malades destinées aux pauvres, devant être soutenues par l'Assistance Publique, ne le sont pas toujours évidemment⁴⁰.

Soeur St-Louis de Gonzague va jusqu'à réclamer que le Service d'assistance publique verse les 3331,24 \$ dus à l'Hôtel-Dieu pour les patients refusés, dont elle fournit une

38 ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), *Royal Victoria Hospital* (20,12), *Alphonse Lessard à H.J. Webster*, 10 avril 1922.

39 Le gouvernement fédéral possède néanmoins quelques hôpitaux dédiés spécifiquement aux immigrants, tels que les quarantaines et l'Hôpital de l'Immigration à Québec.

40 ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Soeur St-Louis de Gonzague à Alphonse Lessard*, 25 mars 1926.

liste à l'appui. Lessard lui répond :

Je le regrette beaucoup, mais la loi est formelle sur ce point; le Service ne peut payer l'hospitalisation d'aucun malade si la municipalité intéressée ne s'est pas rendue responsable pour sa part. Vous comprendrez, j'en suis sûr, que si nous adoptions une telle pratique, le temps viendrait, et rapidement, où il n'y aurait que le Gouvernement qui paierait pour l'hospitalisation des indigents [...], nous en viendrions à être obligés de diminuer d'une façon considérable les sommes quotidiennes que nous affectons à l'hospitalisation des indigents et les institutions ne s'en trouveraient pas mieux⁴¹.

La restriction de résidence de six mois est également problématique en lien avec la mobilité des populations. Au courant des années 1930, alors que le taux de chômage atteint des sommets, on assiste à des mouvements de populations, notamment au sein des familles les plus précaires⁴². Les travailleurs les plus précaires sont en effet dans bien des cas contraints de se déplacer d'un endroit à l'autre au rythme des saisons et des opportunités d'emploi. Plusieurs d'entre eux ne demeurent pas six mois au sein d'une même municipalité. Cumulant quelques mois ici et là, il faut parfois remonter assez loin pour trouver la dernière municipalité où ils ont résidé plus de six mois. Il semble raisonnable de croire que certains indigents en cours de « migration » ont réussi à obtenir l'approbation d'une ancienne municipalité de résidence ou de celle de leurs familles, surtout si celles-ci avaient entretenu de bonnes relations avec leurs communautés, mais ce n'est probablement pas le cas de la majorité.

41 ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3), Hôtel-Dieu de Montréal (14,4), *Alphonse Lessard à Soeur St-Louis de Gonzague*, 26 mars 1926.

42 Pour une étude classique des années 1930, voir HORN, Michiel, *The Depression in Canada : responses to economic crisis*, Toronto, Copp Clark Pitman, 1988. L'étude la plus récente sur les années 1930 est CAMPBELL, Lara, *Respectable Citizens: Gender, Family, and Unemployment in Ontario's Great Depression*, Toronto Buffalo London, University of Toronto Press, 2009.

Les législations ouvrières du début du siècle ne sont pour leur part guère plus adaptées aux besoins de ces travailleurs mobiles et précaires. Si en théorie ces derniers ne tombent pas sous le coup de l'assistance publique puisqu'ils ne se trouvent pas dans un état de dépendance absolue tel que défini par la loi, une analyse préliminaire des dossiers de cour de l'assistance publique à Montréal pendant les années 1930 laisse croire que la définition de l'indigence est interprétée de façon assez souple par les magistrats. Cette intéressante question sera explorée dans des travaux ultérieurs.

Tant pour les indigents provenant des municipalités non organisées que pour les indigents non fixés dans le territoire et pour les institutions recevant ces malades, l'octroi du certificat municipal demeurait sans doute l'enjeu le plus épineux de la loi de l'assistance publique et participait à exacerber les tensions entre les hôpitaux et les municipalités. Les représentants provinciaux étaient conscients des difficultés qu'occasionnait l'exigence de résidence, mais ne souhaitaient pas rendre obligatoire la contribution municipale ni élargir les conditions d'accès à l'assistance publique en instaurant, par exemple, un mode de fonctionnement à l'échelle provinciale qui aurait pu faciliter la gestion de cet enjeu.

4.2 Une nouvelle crise des hôpitaux

La loi de l'assistance publique a insufflé une aide considérable aux institutions d'assistance de la province dans les premières années de sa mise en application. Cela dit, considérant l'importance des besoins à combler lors de l'entrée en vigueur de la loi, en plus du refus des municipalités de reconnaître nombre de patients indigents et du manque de moyens pour accorder tous les octrois nécessaires pour les travaux, les

fonds accordés en vertu de la loi demeurent insuffisants pour combler les importants besoins financiers des hôpitaux de Montréal, sans parler des investissements devant permettre d'élargir le réseau de santé de l'ensemble du territoire québécois. À Montréal, en 1926, les états financiers du MGH font à nouveau les manchettes et la Ville de Montréal met en place une commission municipale d'enquête sur la crise financière des hôpitaux.

4.2.1 Des difficultés financières persistantes

Dans son rapport annuel de 1923, le MGH sonne déjà l'alarme sur l'insuffisance des montants accordés par la loi de 1921 :

The attention of the Provincial Government has again been drawn to the financial difficulties of the hospitals of Montreal and of the inadaquacy of the allowance of \$1,34 per day for indigent patients, with the many restrictions and qualifications imposed under the Public Charities Act in defining the term "indigent" and who shall properly come under the operations of the Act⁴³.

Deux ans plus tard, les problèmes financiers de cet hôpital sont encore très préoccupants : le déficit annuel atteint alors 136 804 \$⁴⁴. Aux dires du directeur Herbert Molson, « There was no sign of an improvement in the situation »⁴⁵. Différents articles de journaux qui couvrent l'inconfortable situation du MGH insistent sur les importantes améliorations qu'a connues l'établissement depuis le début du siècle. En 1907 l'hôpital n'admettait que 3 347 patients, les revenus issus des patients s'élevaient à 30 184 \$ et le déficit était de 19 730 \$. Ces chiffres atteignent

43 MGH, *The 102nd Annual Report of the Montreal General Hospital and report of the Training School for Nurses with a list of the Governors Officers and Subscribers for 1923*, Gazette Printing Company Limited, 1924, p. 44.

44 Ce montant correspond au déficit combiné du MGH et du WH, qui ont été fusionnés pendant l'année 1924. « General Hospital Financial Position Causes Concern », *The Montreal Star*, 3 mars 1926.

45 « Delegation Urged Greater Civic Aid for Hospitals », *The Gazette*, 5 août 1926.

respectivement 6 222, 372 100 \$ et 102 662 \$ en 1925⁴⁶. Malgré cela, la nécessité d'agrandir les départements et les salles se réactualise à mesure que la population de la ville continue de croître. Le problème est particulièrement aigu au MGH, mais touche plus largement l'ensemble du réseau hospitalier montréalais⁴⁷, ce que confirment les propos du premier ministre à l'Assemblée législative :

Nous donnons 15 fois plus qu'autrefois aux hôpitaux de la métropole, mais les besoins augmentent en de telles proportions que des milliers de personnes nous ont représenté qu'il fallait aller plus loin. Il y a quelques mois, nous avons rencontré les autorités de l'Hôpital de Montréal, du Royal Victoria Hospital, du Montreal General Hospital et surtout de l'hôpital Notre-Dame. Ils nous ont informés que les ressources que nous leur accordions étaient insuffisantes et ne couvraient pas plus que la moitié de la somme dont ils avaient besoin. L'on nous a représenté que l'assistance publique devait fournir quatre ou cinq fois davantage⁴⁸.

Au cours de l'année 1926, les quotidiens publient un nombre impressionnant d'articles sur l'importance des institutions hospitalières et la nécessité d'une meilleure organisation provinciale qui permettrait de pallier plus efficacement leurs besoins financiers. À ce moment, on estime qu'il manque entre 1 000 et 1 500 lits pour répondre adéquatement aux besoins de la population montréalaise⁴⁹. La campagne de soutien aux hôpitaux menée en 1926 s'inscrit en continuité avec celle qu'avaient mise en branle les représentants hospitaliers dans la seconde moitié des années 1910 et qui

46 Ce montant correspond au déficit de la section MGH uniquement. Il exclut celui qui est attribuable à la section Western; « Hospital Finances Outstanding Item in Annual Reports - Number of Patients During Two Decades Almost Doubled—Congestion All Around », *The Gazette*, 4 mars 1926.

47 Voir à ce sujet la correspondance de l'HD, du RVH et de l'HND avec le Service d'assistance publique (ANQ-Q, Fonds Ministère de la Santé (E8), Hôpitaux du Québec (S3)).

48 Intervention du Premier ministre Taschereau en réponse aux critiques de l'opposition sur l'imposition de taxes, *Débats Reconstitués de l'Assemblée Législative du Québec (DRALQ)*, 16^e législature, 3^e session, 22 mars 1926.

49 « La situation de nos hôpitaux est-elle digne de la métropole? », *La Presse*, 5 juin 1926, p. 27; « Hospital problem grows more acute », *The Gazette*, 9 juin 1926.

avait mené à l'adoption de la loi de l'hospitalisation des indigents en 1920⁵⁰. En guise d'appui aux institutions hospitalières, environ 100 000 citoyens de la région de Montréal signent des requêtes réclamant que le gouvernement fasse davantage pour les épauler. Ainsi, « sur les instances pressantes des Montréalais »⁵¹, une nouvelle source de revenus, dédiée spécialement aux hôpitaux, vient s'ajouter au fonds d'assistance publique en 1926⁵². La législature crée une taxe de 5 % sur les repas de plus d'un dollar dans les cités et les villes dont les retombées de la première année s'élèvent à près de 275 000 \$⁵³.

Mais [souligne un journaliste] il ne faut pas se faire d'illusion sur ce que pourra donner ce cinq pour cent sur les additions d'un dollar ou plus dans les salles à manger publiques. [...] Ce ne sera pas assez pour mettre à l'aise nos hôpitaux qui tous sont actuellement incapables de boucler leur budget et qui tous ont besoin de s'agrandir⁵⁴.

En plus de la taxe sur les repas, Québec accorde aux municipalités le pouvoir « de prélever une taxe additionnelle qu'elles jugeront à propos pour aider leurs hôpitaux. [...] Les fonds perçus dans chaque municipalité seront employés pour les institutions des municipalités où ils auront été perçus. »⁵⁵ S'amorce une réflexion sur la façon d'user de ces nouveaux pouvoirs. L'échevin Schubert propose d'augmenter la taxe foncière de 0,1 %, ce qui permettrait d'amasser 800 000 \$ annuellement.

50 « Depuis quelques mois, il se fait une campagne pour venir en aide à nos hôpitaux. Cette campagne se manifeste par des articles de presse, des interviews ou opinions d'experts, des requêtes et même des enquêtes. » Dans « L'aide à nos hôpitaux », *L'Action Médicale*, août 1926, p. 11-13.

51 « Pour les hôpitaux », *La Patrie*, 4 juin 1926, p. 4.

52 *DRALQ*, 16^e législature, 3^e session, 22 mars 1926. « "Cette taxe est unique", écrit la "Tribune" de Winnipeg. Elle n'a pas été imposée pour ainsi dire au peuple, c'est plutôt la population qui a manifesté le désir de faire des sacrifices pour le soulagement de ceux qui souffrent. » dans « Pour les hôpitaux », *La Patrie*, 5 juin 1926, p. 16

53 « Loi modifiant la Loi de l'Assistance publique de Québec », *Statuts du Québec*, 1926, 16 Geo. V, chap. 55. Province de Québec, *Rapport du Directeur de l'assistance municipale pour l'année finissant le 30 juin 1927*, Québec, Ls. A. Proulx, 1927, p. 40.

54 « Pour les hôpitaux », *La Patrie*, 4 juin 1926, p. 4.

55 Intervention de David, *DRALQ*, 16^e législature, 3^e session, 22 mars 1926.

The alderman stated that this tax would not be onerous, and would not place any burden on the rent-payer. [...] "I have reached the conclusion that the hospital problem can not be solved unless we have the courage to impose a special tax on the people and the easiest way to collect it is together with the property tax."⁵⁶

La proposition sera soumise à la nouvellement constituée commission municipale chargée « d'éclaircir toute la question relative à l'hospitalisation à Montréal »⁵⁷. Mais les réticences à l'augmentation de la taxe foncière — ou à toute autre forme d'imposition directe — qui avaient notamment empêché le maire Martin d'aller de l'avant avec un projet similaire pour financer le sou du pauvre, demeuraient difficiles, voire impossibles à lever. Le Conseil municipal avait visiblement ordonné à la commission de ne pas considérer cette proposition dans ses travaux⁵⁸.

4.2.2 Une commission sur les hospitalisations à Montréal

Les rencontres de la commission sur les hospitalisations, qui regroupent les échevins Généreux, Hogan, Quintal, Tessier et Trépanier, sous la présidence d'Ernest Poulin, s'échelonnent de juillet 1926 à février 1927. L'objectif de cette commission est de déterminer les causes des déficits des hôpitaux généraux et de vérifier les dépenses reliées à l'hospitalisation des indigents. Pour ce faire, les membres de la commission vont notamment rencontrer les représentants des milieux hospitalier, médical et municipal. Plusieurs questionnaires sont envoyés aux hôpitaux afin de

56 « Suggest Realty Tax for Hospitals », *The Gazette*, 30 juin 1926.

57 La résolution du conseil constituant cette commission date du 29 juin 1926. AVM, VM1, S17, d254, *Re : Hospitalisation - 1926*, 5 juillet 1926, p. 131.

58 À la deuxième rencontre de la commission, l'échevin Trépanier affirme que ce « n'est pas l'intention du Conseil d'augmenter la taxe foncière », ce à quoi l'échevin Quintal rétorque « que cette déclaration est un peu prématurée et que d'ailleurs les membres de la commission ne savent pas à quelles conclusions ils vont en venir .» : AVM, VM1, S17, d254, *Re : Hospitalisation - 1926*, 14 juillet 1926, p. 135.

documenter leurs situations, et différents experts, dont le docteur Boucher du Service de Santé de la Ville, sont appelés à témoigner au sujet des finances des hôpitaux et de l'offre de soins hospitaliers à la population montréalaise. Accompagnée du secrétaire de la province Athanase David, une délégation du Conseil des hôpitaux de Montréal, groupe formé à la fin des années 1910 autour du projet de loi sur l'hospitalisation des indigents, prend part à une des premières rencontres de la commission⁵⁹. Le procès-verbal résume ainsi la réunion ; « Tous ces délégués insistent sur le fait que l'exercice financier des hôpitaux accuse un déficit et de plus qu'il n'y a pas suffisamment de lits pour hospitaliser tous les malades indigents qui auraient besoin de l'être »⁶⁰. Les journaux sont plus loquaces sur les interventions de David :

"Some six years ago", Mr David said, "Dr St. Pierre and others drew our attention to the fact that the money paid by patients in Montreal hospitals was not sufficient to cover the cost of maintenance. With this in mind, a law [la loi de l'hospitalisation des indigents] was passed granting one dollar per day for every patient entering the hospitals as an indigent. [...]

"We thought at the time that this law [l'assistance publique] would meet all requirements, we had faced the situation as it was made known to us. We are certain now, however, that something must be done"⁶¹.

Le secrétaire de la province, qui intervient visiblement à titre d'allié du Conseil des hôpitaux, ne croit pas qu'il soit nécessaire d'augmenter l'impôt foncier, qui est selon lui déjà suffisamment élevé. De toute façon, l'administration municipale ne souhaite pas non plus aller de l'avant avec cette option⁶². David croit donc qu'il faut continuer

59 Le groupe est officiellement enregistré en 1931; Fonds Secrétariat de la province (E4), *Lettre patente de 1931*, « Montreal Hospital Council Inc ».

60 Le regroupement des hôpitaux est nommé en anglais dans les procès-verbaux : Montreal Council of Hospitals. AVM, VM1, S17, d254, *Re : Hospitalisation - 1926*, 4 août 1926, p. 142.

61 « Delegation Urged Greater Civic Aid for Hospitals », *The Gazette*, 5 août 1926. David voulait probablement dire 1,50\$ plutôt que 1\$ en parlant de la loi de l'hospitalisation des indigents.

62 « The members of the city administration with whom he [David] had discussed it did not think a realty tax would meet favor ». Dans « City Council Urged to Extrend Greater Aid to Hospitals », *The Montreal Star*, 4 août 1926.

de taxer le « luxe » et évoque la possibilité d'augmenter de 5 % la taxe sur les amusements.

À la rencontre suivante, la Chambre de commerce est conviée pour présenter son rapport sur les institutions hospitalières de la ville et leur gestion financière, rapport qui sera reproduit dans plusieurs quotidiens par la suite⁶³.

La Chambre de Commerce a pris l'initiative de ce mouvement en faveur d'une augmentation d'octroi aux hôpitaux généraux. Durant l'année dernière, elle a étudié leur position financière, et dans un rapport très mûri, elle en venait à la conclusion qu'il était humainement impossible de faire mieux avec la maigre allocation (sic) de 1,34\$ que lui accordent les gouvernements provincial et municipal.

Se rend-on bien compte de la position pénible où sont placés les hommes d'affaires par ce manque d'hospitalisation? En plusieurs circonstances, l'hiver dernier, des ouvriers d'usines ou de manufactures se sont vus refuser leur admission dans les hôpitaux, où les blessures qu'ils avaient reçues au travail auraient été plus sûrement traitées et, plus assidûment suivies. Il est même de notoriété publique que l'ambulance n'a pas répondu à l'appel, toujours pour la même raison : pas de lits⁶⁴.

Le mémoire de la Chambre de commerce présente cinq recommandations. Il faut (1) une obligation des municipalités de payer pour leurs pauvres, (2) que des pénalités soient imposées en cas de fausse déclaration d'indigence, (3) que les autorités disposent des rapports d'enquêtes dans les sept jours, (4) que la part de financement public du coût d'hospitalisation des indigents soit revue à la hausse, de 1,34 \$ à 2,00 \$, et (5) qu'un montant de 0,35 \$ par visite dans les dispensaires soit octroyé.

63 Trépanier suggère que « des copies de ce rapport soient envoyées aux journaux sous prière de lui donner toute la publicité possible »; AVM, VM1, S17, d254, *Re : Hospitalisation - 1926*, 11 août 1926, p. 144.

64 « Opinion que donne la Chambre de Commerce de Montréal sur la situation des hôpitaux », *La Presse*, 19 juin 1926. Voir également « Aid to Hospitals Urged by Chambre », *The Montreal Star*, 19 juin 1926, « On désire une enquête tout à fait complète », *La Presse*, 11 août 1926, « Business view of Hospital position », *The Gazette*, 12 août 1926.

À partir du mois d'août, la commission reçoit individuellement les directeurs des hôpitaux montréalais pour investiguer sur la fréquentation de leur institution, les déficits, l'utilisation des salles publiques et privées, les pratiques de rétributions, les dispensaires, etc. La commission s'intéresse particulièrement aux hôpitaux anglophones, dont les déficits sont bien plus imposants que les autres. À la suite de cette série de rencontres, un questionnaire portant principalement sur la capacité d'accueil des hôpitaux, les procédures d'hospitalisation et le fonctionnement des dispensaires ainsi que de l'école des gardes-malades est envoyé à tous les hôpitaux de la ville, les réponses fournies devant servir de base à la rédaction du rapport de la commission⁶⁵.

Peu de temps avant la fin des activités de la commission, l'échevin Généreux rappelle à ses confrères que pour la rédaction du rapport final, il importe de garder ces quatre points en tête : a) supprimer les dépenses inutiles, b) établir une comparaison entre les différents hôpitaux, c) n'admettre que nos malades dans nos hôpitaux, d) forcer à payer ceux qui peuvent le faire⁶⁶. Le fait que Généreux précise qu'il ne faut « admettre que nos malades dans nos hôpitaux » trahit en quelque sorte l'impuissance du pouvoir municipal et de cette commission en ce qui a trait à l'enjeu du contrôle de la fréquentation des institutions, qui dépassait largement le cadre de la ville. Aux dires de l'échevin Trépanier, Montréal constitue rien de moins qu'un « dumping ground for the sick of the whole province »⁶⁷.

Ainsi, la solution la plus simple, à l'instar de ce qu'avait proposé le directeur de l'Assistance municipale en 1911, semblait être de « renvoyer chez eux » ces

65 AVM, VM1, S17, d254, *Re : Hospitalisation - 1926*, 8 octobre 1926, p. 168.

66 *Ibid.*, 5 novembre 1926, p. 171.

67 « Delegation Urged Greater Civic Aid for Hospitals », *The Gazette*, 5 août 1926.

malades étrangers, ou comme le suggérait l'échevin, de n'admettre que les résidents de Montréal. Lors des rencontres de la commission, plusieurs intervenants ont émis des propositions visant à resserrer les dispositions de contrôle des patients indigents⁶⁸. On suggère notamment la mise en place d'un bureau d'enquête centralisé afin de limiter les fausses déclarations et les problèmes de créances qui en découlent, qui rappelle la proposition des médecins anglophones de la fin du XIX^e siècle. Le comptable du MGH affirme que dans les conditions actuelles,

Toute personne qui se présente pour traitement doit au préalable remplir et signer un formulaire assermenté. Néanmoins, il arrive assez souvent qu'on fasse de fausses déclarations. Dans ces cas on a tenté de prendre des procédures contre les coupables, mais le cas n'étant pas prévu par la loi, la tentative est demeurée vaine⁶⁹.

Poulin, le président de la commission, fait remarquer que ces abus pourraient être évités si les fraudeurs étaient poursuivis en justice pour parjure. Selon Haywood, le surintendant du MGH, l'hôpital n'en retirerait toutefois aucun bénéfice en raison des frais d'avocats engendrés. Le président semble assez convaincu que ces frais seraient moindres que ceux reliés au département de service social de l'hôpital qu'allait d'ailleurs vertement critiquer le rapport de la commission. L'objectif du département est double : enquêter sur les patients demandant admission et orienter les malades indigents vers les différentes ressources d'assistance de la ville et de conséquemment limiter la ré-admission de ces patients dans les hôpitaux.

4.2.3 Le rapport de la commission

En mars 1927, la commission des hospitalisations remet son rapport final au

⁶⁸ Notamment par la mise en place de cartes d'identité ou de formulaires assermentés, ainsi que des dispositions légales pour se parer contre les fausses déclarations de patients.

⁶⁹ AVM, VM1, S17, d254, *Re : Hospitalisation – 1926*, 26 nov 1926, p. 182.

Conseil exécutif de la ville. Les conclusions sont accablantes pour les institutions anglophones. Ces hôpitaux étant grevés de déficits majeurs, la commission avait étudié beaucoup plus en détail leur situation. Le rapport ne fournit au contraire que des informations générales sur les opérations de l'Hôpital Notre-Dame, qui ne présentait aucun déficit, et de l'Hôtel-Dieu, déficitaire de quelques milliers de dollars seulement. En ce qui concerne les hôpitaux anglophones :

Nous devons donc conclure que les déficits énormes des hôpitaux anglophones n'ont pas leur raison d'être, parce qu'ils proviennent de surcharges que les hôpitaux s'imposent eux-mêmes et pour lesquelles le malade indigent obtient(sic) aucun avantage, tels que l'école d'enseignement des gardes malades (Nurses Training School), le service social (Social Services), l'hospitalisation à perte dans les lits publics des malades à la charge des compagnies industrielles et enfin, en faisant aux malades privés un montant inférieur au prix coûtant, alors que dans l'esprit des personnes généreuses qui contribuent au soutien des hôpitaux l'utilisation d'une partie considérable du capital qui appartient aux pauvres pour accommoder la classe aisée, devrait produire un profit qui aiderait à combler le déficit inhérent à l'hospitalisation du pauvre⁷⁰.

Après avoir étudié la capacité et le rendement des hôpitaux montréalais, la commission admet néanmoins que

les hôpitaux sont occupés au point de saturation et que l'on refuse quotidiennement des admissions. [...] au cours de notre visite, nous avons constaté que les salles publiques étaient remplies à leur capacité totale, ne relevant qu'un ou deux lits vides par salle. Cela ne veut pas dire cependant que les citoyens indigents en ont tout le bénéfice, et le tableau ci-dessous, nous montre dans une coquille de noix, la véritable situation⁷¹.

70 AVM, VM1, dossier 27500a, *Commission des hospitalisations à Montréal, 1927-1928*, Commission chargée d'étudier toute la question d'hospitalisation à Montréal, *Rapport final*, 28 mars 1927, p. 9.

71 *Ibid.*, p. 8.

Nous avons reproduit ci-bas une partie du tableau présenté dans le rapport.

Figure 1 : Activités des hôpitaux montréalais, tableau tiré du rapport de la Commission des hospitalisations de Montréal, 1927⁷².

TABLEAU COMPARATIF INDIQUANT LE RENDEMENT EN JOURS D'HOSPITALISATION DES LITS PUBLICS POUR LES CITOYENS INDIGENTS.				
HOPITAL	CAPACITE	OCCUPATION	CITOYENS INDIGENTS	PAYANTS & AUTRES
GENERAL	100,375	94.71%	42.98%	51.73%
WESTERN	22,040	95.00%	43.10%	51.90%
VICTORIA	128,485	81.45%	26.55%	54.90%
HOTEL DIEU	58,400	86.00%	62.44%	23.56%
NOTRE DAME	63,875	93.88%	63.10%	30.78%

Bien que nous ne disposons pas des informations nécessaires pour savoir comment ont été calculés la capacité d'accueil et le taux d'occupation des différentes institutions⁷³, plusieurs tendances se dégagent de ce tableau. D'abord, il est évident que les cinq institutions ont des taux d'occupation très élevés, situation qui perdurait depuis plusieurs décennies et s'aggravait depuis les années 1910. Ensuite, la capacité d'accueil des hôpitaux francophones est nettement plus limitée que celle du RVH et du MGH. Cela dit, les hôpitaux anglophones admettent proportionnellement moins d'indigents⁷⁴, ce qui leur permet d'accueillir davantage de patients payants. Les commissaires soulignent que dans ces hôpitaux,

72 Nous avons exclu la partie sur l'*Homeopathic Hospital*, l'Hôpital Français et le *St. Mary's*, dont les données étaient incomplètes, et qui ne sont pas d'intérêt dans le cadre de cette recherche ; *Ibid.*, p. 8.

73 Les données telles que présentées dans les rapports annuels des institutions sont organisées de façons différentes et ne nous permettent pas de contre-vérifier celles de la commission.

74 Il est difficile de dire si les « citoyens indigents » sont les indigents montréalais, ou s'ils regroupent tous les indigents québécois.

les lits publics sont occupés en grande partie [...] par des malades qui paient eux-mêmes leur hospitalisation à des prix variant entre \$2.00 et \$2.50 par jour, ou encore par des patients à la charge de grandes compagnies industrielles [...]. Ce prix est inférieur au prix coutant dans chaque cas⁷⁵.

Le problème de la catégorisation des patients et de l'attribution des lits qui avait stimulé discussions et débats au tournant du XX^e siècle était cette fois soulevé par les commissaires. En étudiant les recettes des hôpitaux et les coûts attribuables à l'hospitalisation des malades dans les salles publiques, les commissaires en viennent à la conclusion que seule une petite partie des déficits globaux des hôpitaux est attribuable à la prise en charge des indigents. Ils soulignent également que les hôpitaux anglophones ne parviennent pas à retirer des profits, même pour l'hospitalisation des patients privés.

Convaincus que les importants déficits de ces hôpitaux sont attribuables à une mauvaise gestion de l'attribution des lits et de la tarification, les commissaires recommandent aux hôpitaux de cesser d'hospitaliser les malades privés en dessous du prix coûtant et de n'octroyer des lits publics vacants aux particuliers ou aux compagnies industrielles que si cela permet d'en tirer profit. Il est étonnant de constater que la commission ne fait pas référence à l'organisation des hôpitaux anglophones, où les coûts d'entretien plus élevés sont notamment attribuables au fait que le personnel est salarié. D'autre part, les commissaires recommandent la mise en place d'un système de comptabilité partagé par tous les hôpitaux qui séparerait clairement les admissions et recettes des salles privées, semi-privées, publiques ainsi que des dispensaires⁷⁶. Un système de gestion plus uniforme permettrait une meilleure supervision par les pouvoirs publics des activités des établissements.

75 AVM, VM1, dossier 27500a, *Commission des hospitalisations à Montréal*, Commission chargée d'étudier toute la question d'hospitalisation à Montréal, *Rapport final*, 28 mars 1927, p. 8.

76 AVM, VM1, dossier 27500a, *Commission des hospitalisations à Montréal*, Commission chargée d'étudier toute la question d'hospitalisation à Montréal, *Rapport final*, 28 mars 1927, p. 10.

Les dispensaires sont identifiés par la commission comme contribuant substantiellement au déficit de « tous les hôpitaux même français ». Bien que ce service s'adresse en principe aux malades indigents, les commissaires ne considèrent pas que la Ville puisse « être tenue responsable de cette part de déficit, attendu qu'il n'y est exercé aucun contrôle efficace qui permette d'établir que ce sont bien des citoyens indigents qui y sont traités ». Rappelons que la loi de l'assistance publique vise à soutenir l'institutionnalisation des indigents alors que les dispensaires offrent des consultations et des soins sans hospitalisation. Les départements de service social, présents uniquement dans les institutions anglophones, sont eux aussi pointés du doigt: aux yeux de la commission, cette pratique expliquait pratiquement à elle seule le déficit significativement plus marqué des hôpitaux anglophones. Les commissaires expliquent que

Le "Social Service" est une autre institution qui grève lamentablement le budget du compte public dans les hôpitaux anglais, sans y apporter aucune aide économique appréciable.[...] nous considérons que ces services ne relèvent pas directement du service hospitalier, et que par conséquent, ils ne peuvent être considérés comme une charge nécessaire au service d'hospitalisation.[...] D'ailleurs, le service d'enquêtes fait par l'Assistance municipale nous paraît suffisant pour permettre l'adjudication des lits aux véritables indigents, et il devrait être considéré comme satisfaisant aux autorités des hôpitaux.⁷⁷

Malgré cette assurance que l'Assistance municipale faisait déjà tout le nécessaire pour enquêter sur les malades indigents, la commission recommande la mise en place d'un service municipal d'inspection médicale pour les indigents, permettant notamment de dégager les hôpitaux de certains types de malades qui nécessitent une longue hospitalisation, tels que les incurables, tuberculeux et cancéreux⁷⁸. La commission

⁷⁷ *Ibid.*, p. 7.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 10.

croit également que la municipalité devrait instaurer un système de carte d'identification « afin de permettre aux hôpitaux de se protéger contre l'envahissement des faux indigents dans les dispensaires ». Enfin, la commission recommande aux autorités municipales de « s'aboucher avec le gouvernement provincial pour faire amender la Loi de l'Assistance Publique » afin de faire passer le coût d'entretien des malades indigents de 2,01 \$ à 3,00 \$.

Nulle part le rapport de la commission n'aborde la question des patients provenant de l'extérieur de Montréal, ou de la responsabilité des municipalités étrangères envers leurs indigents, alors qu'il s'agit d'un enjeu préoccupant pour la plupart des intervenants rencontrés par la commission. La mise en place d'une obligation municipale figurait pourtant en tête de liste des recommandations émises par la Chambre de commerce, qui avait produit un rapport détaillé de la situation financière des hôpitaux. Dans l'analyse produite de la fréquentation des hôpitaux, il est impossible de déterminer si la commission a comptabilisé les patients indigents non montréalais ni dans quelle proportion ces derniers étaient admis. Même si cette problématique surpassait le champ d'action de cette commission municipale, il nous apparaît étonnant qu'aucune documentation n'ait été produite sur cet enjeu et qu'aucune recommandation n'apparaisse en ce sens. Dans les conclusions du rapport, les commissaires émettent leur opinion générale sur la responsabilité de la Ville dans la situation des grands hôpitaux :

il serait d'une mauvaise politique pour la Cité de Montréal de contribuer à combler les déficits des hôpitaux, parce que cela créerait un précédent dangereux pour l'avenir [...] de plus, personne ne pourrait reprocher à la Ville de refuser d'accepter la responsabilité de déficits dans l'administration des fonds de la charité publique confiés aux hôpitaux et sur lesquels elle n'a aucun contrôle.⁷⁹

⁷⁹ *Ibid.*, p. 11.

Ce faisant, la commission véhiculait l'idée que Montréal faisait déjà amplement sa part, mais surtout, que les hôpitaux étaient responsables de leurs problèmes financiers et de la pénurie de lits. Le système d'assistance publique, fondé sur la charité, reposait sur le respect de l'autonomie des institutions privées. Cette autonomie avait un prix : comme la Ville ne pouvait déterminer avec exactitude l'utilisation faite des fonds publics en raison du peu de contrôle qu'elle exerçait sur les institutions, elle pouvait se dégager de sa responsabilité envers elles.

4.3 Un recours contre les municipalités

Par un processus historique un peu paradoxal, ce sont les institutions hospitalières et les médecins qui en sont venus à défendre le « droit » des indigents à obtenir un certificat municipal en insistant pour que les municipalités soient contraintes à payer pour leurs malades pauvres. Bien sûr, leur ardeur à défendre la nécessité d'une plus grande responsabilité publique à l'égard des plus démunis n'était pas désintéressée. La pratique charitable de la médecine occupait encore une place importante au sein des hôpitaux dans les années 1920, et pour maintenir cette offre de soins gratuits, il fallait assurer aux institutions un meilleur financement public, qui dépendait à ce moment de l'obtention des certificats d'indigence municipaux. Tout au long des années 1920, les municipalités avaient tendance à se dérober à leur « devoir » de soutenir la prise en charge de leurs résidents indigents. Les conseils municipaux étaient maîtres de leurs décisions d'accorder ou non les certificats d'indigence et le refus de signer ces certificats était à la fois économique et idéologique : la prise en charge relevait d'abord et avant tout de la responsabilité familiale. Lorsqu'Athanase David présente son projet d'amendement à la Loi de l'assistance publique concernant l'hospitalisation des indigents en Assemblée législative au début de l'année 1929, il l'explique ainsi :

Il est arrivé, dans le passé, que des maires de municipalités ont refusé d'accorder à des vieillards indigents des certificats qui leur auraient permis d'être hospitalisés dans des institutions d'assistance publique et ces derniers sont restés sans ressources. Les maires ont fait cela pour éviter à leurs municipalités l'obligation de payer leur contribution à l'entretien de ces indigents.

En vertu du présent bill, dans l'avenir, l'indigent qui n'aura pu obtenir un certificat du maire pourra s'adresser au directeur de l'assistance publique en passant par un magistrat de district ou un recorder, selon qu'il s'agit d'une cité ou d'une ville, et qui, après enquête et après avis à la municipalité concernée, décidera de l'état d'indigence de la personne qui demande l'hospitalisation. L'enquête que l'on fera sera sans frais. L'assistance publique pourra prendre ces indigents à sa charge et la municipalité paiera sa part si un magistrat ou un recorder décide que l'indigent doit être hospitalisé⁸⁰.

L'amendement est adopté en avril 1929 et prévoit que les dossiers des indigents soient traités par la Cour de magistrat de district dont fait partie la municipalité concernée, ou par la Cour du recorder dans le cas des cités et des villes⁸¹. Au congrès de l'Union des municipalités, le représentant provincial explique ainsi l'amendement, soulignant peut-être malgré lui, le caractère aléatoire et discrétionnaire de l'octroi des certificats municipaux :

Les maires seront contents d'apprendre que le certificat qu'ils sont appelés à signer, sous serment, dans ces cas d'indigence, est modifié en y ajoutant "au meilleur de ma connaissance après en avoir été croyablement informé".

Plusieurs maires étaient appelés à déclarer, sous serment, que telle personne était indigente alors qu'ils ne connaissaient, personnellement, rien des circonstances⁸².

80 *DRALQ*, 17^e législature, 2^e session, 8 mars 1929. La seule opposition à l'Assemblée législative est celle de Maurice Duplessis, alors député conservateur de Trois-Rivières, qui « demande d'exempter le recorder, parce que cela ne plaît pas toujours à tout le monde d'aller devant le recorder ».

81 « Loi modifiant la Loi de l'assistance publique de Québec relativement à l'hospitalisation des indigents », *Statuts du Québec*, 1929, 19 Geo. V, chap. 61.

82 « M. Oscar Morin parle de la législation municipale au congrès des municipalités », *La Presse*, 26 juin 1929, p. 23.

Avec l'amendement de 1929, l'État autorisait un recours permettant à toutes les personnes intéressées, mais surtout aux hôpitaux, de contester les décisions des conseils municipaux. Il s'agissait d'une façon de garantir le paiement aux hôpitaux ainsi qu'un certain accès à l'assistance sociale. Cet amendement instaurait néanmoins un processus judiciaire quelque peu inhabituel. Plutôt que de mettre d'emblée en place une obligation pour les municipalités québécoises, à l'image de la loi ontarienne ou tel que le suggéraient les réformateurs depuis les années 1910, ou d'instaurer un fonctionnement à l'échelle provinciale plutôt que municipale, on accordait aux indigents un recours contre leurs municipalités. Visiblement, le souci de ne pas instaurer un système menant à la reconnaissance d'un droit à l'assistance pour les indigents persistait. Le recours en justice permis par l'amendement de 1929 ouvrait néanmoins une brèche pour les indigents qui, rappelons-le, n'avaient jusque là pas été autorisés à remplir eux-mêmes les formulaires de la preuve d'indigence. En 1931, l'État officialise la reconnaissance du droit des indigents à signer leur propre demande d'assistance⁸³. Malgré cela, la définition de l'indigence contenue dans la loi, qui s'articulait sur la démarcation entre dépendance et indépendance, demeurait incompatible avec les multiples facettes que revêt la pauvreté extrême dans cette période de grande instabilité de l'économie capitaliste industrielle. Les juges seraient ainsi appelés à faire la part des choses entre cette définition rigide et la réalité socio-économique bien plus complexe de nombreux requérants.

À partir de 1914, les administrations de la majorité des grands hôpitaux de Montréal n'ont cessé de décrier la posture défavorable dans laquelle elles se trouvaient. La période d'après-guerre, rapidement suivie de la crise économique des

83 « Loi modifiant la Loi de l'assistance publique de Québec » *Statuts du Québec*, 1931, 21 Geo. V, chap. 81. Voir Petitclerc, *Loc. cit.*, p. 250.

années 1930, ne laissait guère entrevoir un avenir plus radieux pour leur situation financière. De l'institution charitable chargée de la prise en charge des miséreux à ce que Gagan et Gagan ont nommé « a factory for the production of health »⁸⁴, le début du XX^e siècle constitue un moment charnière pour le développement du réseau hospitalier. L'adoption du sou du pauvre en 1915, rapidement suivie de l'assistance publique, fait le pont entre un désengagement quasi total des pouvoirs gouvernementaux et un régime de support financier des institutions oeuvrant dans l'aide sociale.

La mise en place de l'assistance publique au Québec visait à apaiser les pressions engendrées par le grand nombre de malades incapables d'assumer les frais reliés à leur hospitalisation mais n'amenait aucune solution de fond à la pauvreté qui touchait une frange considérable de la population. Le nouveau système d'assistance publique laissait entrevoir les limites du modèle de régulation sociale fondé sur la responsabilité familiale dans la prise en charge des miséreux ainsi que sur le rôle fondamental exercé par les institutions charitables et la philanthropie privée. Toutefois, le contexte idéologique continuait de reposer et de valoriser l'initiative privée et confessionnelle pour la prise en charge des problèmes sociaux et de santé au dépit de l'intervention des gouvernements. Ainsi, en réduisant le problème de l'accès aux soins hospitaliers à la mauvaise gestion financière des hôpitaux anglophones, la commission montréalaise sur les hospitalisations faisait l'impasse sur le problème des inégalités sociales face à la maladie. Avec l'amendement de 1929, une modification législative était certes apportée afin de favoriser l'accessibilité aux soins de santé des plus démunis – et peut-être avant tout une plus grande santé économique pour des institutions les accueillant. L'État était néanmoins encore loin de proposer ou même

84 David Paul Gagan et Rosemary Ruth Gagan, *For Patients of Moderate Means : A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890-1950*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2002, chapitre 2.

d'entrevoir une réforme des fondements de ce qui aux yeux de plusieurs était assimilé au particularisme de la nation canadienne française et qui permettait par le fait même de faire des économies substantielles dans le budget provincial.

CONCLUSION

La première moitié du XX^e siècle est une période effervescente pour le développement des mesures d'assistance publique au Québec. Jusqu'aux années 1910, peu de ressources publiques, municipales ou provinciales, étaient consacrées à la prise en charge de l'indigence dans les hôpitaux et ailleurs, exception faite des asiles, des prisons et des écoles de réforme et d'industrie. À partir de l'adoption du sou du pauvre en 1915, se succèdent lois et amendements visant le financement public des hôpitaux et des institutions d'assistance. Dans ce mémoire, nous avons tâché d'analyser le contexte menant à leur adoption, les interactions et exigences des divers acteurs qui ont été impliqués dans leur élaboration ainsi que la logique de fonctionnement de ces politiques.

Les premières mesures de financement public des institutions de santé et d'assistance québécoises sont intrinsèquement reliées aux transformations qui s'opèrent dans les hôpitaux montréalais à partir des dernières décennies du XIX^e siècle. La croissance de la fréquentation des hôpitaux et de l'utilisation des technologies médicales entraîne une rapide augmentation des dépenses des institutions. Dans le contexte économique des années 1910 à 1930, nombre de patients se trouvent dans l'incapacité d'assumer les frais reliés à leur hospitalisation, et ce, partout au Canada. Les sociétés médicales et les administrations hospitalières montréalaises prennent conscience qu'au delà du recours à la tarification des soins accordés aux patients, c'est par une politique de financement public que le développement de la pratique charitable et du réseau hospitalier pourra être assuré. En comparaison avec le système hospitalier de l'Ontario, qui bénéficie d'un appui public significatif depuis plusieurs décennies, les hôpitaux québécois se trouvent dans une posture bien précaire. Dans cette lutte pour la mise en place d'un financement public

inspirée par la législation ontarienne, le leadership du MGH s'impose dès les premières démarches auprès de la municipalité en 1914. L'administration de cet hôpital, qui présente les déficits les plus substantiels, entend faire adopter une politique de financement public systématique pour les hôpitaux généraux montréalais. De la requête formulée en 1914, à la campagne menée en 1918 et 1919, puis à celle de 1926, les sociétés médicales et les administrations hospitalières des établissements francophones et anglophones mènent une lutte acharnée pour défendre leurs intérêts et bonifier leur financement public. Les politiques adoptées viennent concrétiser l'appui des gouvernements municipaux et provincial envers le système d'assistance institutionnel privé et reconnaissent l'importance cruciale des institutions hospitalières dans la prise en charge de la misère.

Dans notre recherche, les intérêts des médecins et des administrations hospitalières se confondent : dans chaque hôpital, des médecins font partie des administrations et sont actifs au sein des sociétés médicales. Pensons notamment à Alexandre Saint-Pierre de l'Hôtel-Dieu ou au surintendant du MGH qui portent plus d'un chapeau à la fois. Bien qu'évoluant dans une relation de codépendance¹, les médecins des hôpitaux et les administrations hospitalières avaient des intérêts partiellement divergents, ce que les sources employées n'ont pas permis d'approfondir, à l'exception du débat sur l'abus des soins charitables. De façon similaire, les hôpitaux montréalais, qui se sont regroupés pour défendre des revendications communes, apparaissent probablement plus unis dans notre étude qu'ils ne l'étaient réellement. Cette apparente homogénéité s'explique entre autres par le fait que nous avons principalement employé la documentation du MGH, à la fois plus accessible et plus détaillée sur ces questions que celle des autres hôpitaux généraux. Le MGH a de toute évidence joué un rôle déterminant pour la mise en

¹ Le terme codépendance est emprunté à J.T.H. Connor, *Doing Good: The Life of Toronto's General Hospital*, Toronto, University of Toronto Press, 2000.

place du sou du pauvre et des lois qui lui ont succédé. Cette institution au personnel laïc et salarié faisait toutefois face à des enjeux différents de ceux des hôpitaux catholiques francophones, comme en témoigne le recours à des moyens de pression plus vigoureux. Nous croyons donc que l'étude plus poussée de l'ensemble des hôpitaux montréalais (y compris le Royal Victoria Hospital et le Western Hospital que nous avons peu abordés) ainsi que du discours des sociétés médicales (montréalaises, québécoises et canadiennes) permettrait de mettre en lumière des interactions conflictuelles, ou à tout le moins plus complexes, entre les institutions dans leur gestion de l'indigence urbaine et de leurs contraintes financières.

Traditionnellement, la pauvreté ne relevait aucunement de la sphère publique et cette conception cloisonnée du régime social a perduré plus longtemps au Québec que dans les autres provinces canadiennes où l'héritage anglo-saxon – notamment des *poor laws* – a pavé la voie à une intervention des pouvoirs publics locaux dans la prise en charge de la pauvreté. La multiplication des interventions publiques dans le champ de la protection sociale dans les premières décennies du XX^e siècle rompait avec une longue tradition non interventionniste de l'État québécois. C'est que la pauvreté, et tout particulièrement la pauvreté en contexte de maladie, s'imposait progressivement comme un enjeu politique incontournable. Le nombre grandissant de demandes de soins hospitaliers gratuits ainsi que les difficultés financières et structurelles des institutions privées témoignaient d'un dysfonctionnement politique et social auquel il fallait pallier. Dans un contexte où la pauvreté touchait les masses, l'intervention publique devait se faire prudente. Les politiques mises en place ne visaient donc pas à reconnaître le caractère structurel de la misère en instaurant un droit à l'assistance ou à la gratuité des soins de santé pour les indigents, mais bien à apporter une aide financière au réseau d'institutions privées qui assurait leur prise en charge, sans altérer la logique charitable du système de régulation sociale.

Assez rapidement le système de charité publique ou de « philanthropie d'État » mis en place avec le sou du pauvre, puis consolidé par la loi de l'assistance publique, laisse entrevoir ses limites. D'abord, le sou du pauvre et la loi de 1920 se limitaient à établir une procédure pour le financement de la prise en charge des indigents dans les institutions, sans jamais définir ce qu'était l'indigence. Or, la logique structurant le système d'assistance québécois visait à ne venir en aide qu'aux pauvres « méritants » échappant aux lois de l'économie politique : la pauvreté des familles et individus qui se trouvaient à la frontière de la dépendance en raison de la maladie, de la mort d'un membre pourvoyeur de la famille, de la précarité du salariat ou des fluctuations économiques faisait partie de l'ordre « naturel » des choses. La préoccupation gouvernementale de restreindre l'accès à l'assistance publique est évidente dans la formulation de la loi de 1921. L'état d'incapacité et de dépendance dans lequel devait se trouver un individu afin d'être reconnu comme indigent découlait de la conception de la famille patriarcale qui était au centre de l'organisation sociale, et, par le fait même, de la prise en charge de la pauvreté. En effet, la loi visait à prendre en charge que les indigents incapables de subvenir à leurs propres besoins et dépourvus de soutien familial, généralement celui d'un mari ou d'un père pourvoyeur, qui se trouvaient totalement dépendants de la charité pour survivre.

Ces politiques n'accordaient aux autorités publiques qu'un pouvoir assez limité d'encadrement et de supervision des activités des institutions privées. Le principe d'autonomie administrative cher aux institutions était intégralement respecté dans le fonctionnement de la loi de 1921. Comme en témoigne l'épisode de la commission sur les hospitalisations de 1926-1927 à Montréal, le respect de cette autonomie était à double tranchant : c'est ce qui permettait aux commissaires de conclure que la Ville n'avait aucune responsabilité dans la situation déficitaire des hôpitaux dans la mesure où elle n'avait aucun contrôle sur leur gestion. L'analyse produite par cette

commission porte à croire que la Ville aurait été disposée à en faire davantage si elle avait exercé un plus grand contrôle sur les finances et les pratiques d'attribution des lits, ce qui lui aurait permis de s'assurer que les fonds publics servaient réellement aux soins des patients indigents. Cela dit, en dépit de la lenteur à mettre en branle les premières mesure d'intervention en matière de prise en charge des malades indigents – lenteur mise en évidence par la comparaison avec la législation ontarienne – et du pouvoir d'encadrement assez restreint qu'elles permettaient, ces dernières permettaient à l'État de prendre la mesure du travail accompli par les établissements et, plus crucial encore, des besoins et problèmes de santé de la population du Québec qui étaient jusqu'alors uniquement documentés par les institutions elles-mêmes². Une fois l'ampleur de la pauvreté et du problème de l'accès aux soins mis à jour, une étape importante était franchie. Il restait à déterminer l'utilisation qu'on ferait de cette mine de données.

Du sou du pauvre à l'assistance publique, la majorité des acteurs impliqués ont réclamé une contribution financière obligatoire des municipalités québécoises. L'administration montréalaise n'y était pas hostile, mais elle ne disposait pas du pouvoir de contraindre les autres municipalités à participer au financement de la prise en charge de leurs indigents qui se retrouvaient sur le territoire montréalais. Le gouvernement provincial aurait pu instaurer une telle obligation dans la législation, mais pour des raisons politiques, en dépit des pressions exercées par les institutions, il ne l'a pas fait.

La loi concrétisait l'idée que la pauvreté était un enjeu local relevant des pouvoirs discrétionnaires des conseils municipaux et de toute évidence, ces derniers

2 Il y a certes eu, dès la fin du XIXe siècle la mise en place des « statistiques vitales » au Québec. Les campagnes d'hygiène publique menées par le gouvernement seront soit motivées par ce que mettent en évidence ces statistiques. Ainsi, les principaux problèmes sanitaires documentés concernaient la mortalité infantile, le plus souvent liée à des maladies infectieuses, et ne portaient que très peu sur le travail global des hôpitaux généraux de l'époque, sauf exceptions.

misait avant tout sur les hôpitaux privés et confessionnels, ainsi que sur les obligations charitables qui leur incombait. Ce faisant, l'assistance ne devait pas déboucher sur des droits sociaux qui auraient pu être assimilés aux droits civils ou politiques. Il n'y avait donc pas, dans la dynamique d'intervention de la loi de l'assistance publique, les bases permettant l'élaboration d'une citoyenneté sociale. La figure de l'indigent, centrale à la prise en charge de la misère du XIX^e siècle jusqu'aux réformes des années 1960, était incompatible avec la reconnaissance de la responsabilité de l'État à assurer des conditions de vie minimales à l'ensemble de ses citoyens, qui dépendait notamment de l'accès universel aux soins de santé. Cette reconnaissance était incompatible avec les termes du régime social encore solidement ancré autour de la charité privée.

En autorisant les procédures judiciaires pour contraindre une municipalité à reconnaître l'indigence de l'un de ses résidents, l'amendement de 1929 a par la suite permis à un grand nombre d'individus d'obtenir le statut d'indigent qui leur donnait droit au financement de l'assistance publique. Il n'en demeure pas moins que cette disposition était avant tout une concession de l'État provincial devant garantir un paiement plus systématique aux hôpitaux. L'analyse des dossiers d'assistance publique présentés en cour dans les différentes régions du Québec constitue une piste de recherche fort intéressante, que nous comptons exploiter dans le cadre de nos recherches doctorales, afin de comprendre la dynamique impulsée par cet amendement, et de mesurer plus concrètement l'écart entre la formulation de la loi et les pratiques d'attribution de l'assistance.

BIBLIOGRAPHIE

I.SOURCES

1.1 Sources manuscrites

Archives du Diocèse de Montréal

Fonds Assistance municipale (759.106)

Fonds Hôpital Notre-Dame (778.846)

Fonds Sou du pauvre (759.114)

Archives de l'Hôpital Notre-Dame

Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph

Fonds CH partie hôpital

Annuaire de l'Hôtel-Dieu (1915, 1921)

Archives des Soeurs Grises de Montréal

Fonds Crèche d'Youville (L002)

Archives de l'Université McGill

Fonds Family Welfare Association

Fonds Montreal General Hospital (R.G. 96)

Annual Reports of the Montreal General Hospital and the Report for the Training of School for Nurses with a List of Governors, Officers and Subscribers (1890-1930)

Dossiers de presse

Fonds Royal Victoria Hospital (R.G. 95)

Annual Reports (1900-1915)

Archives de la Ville de Montréal

Fonds Comité de santé (VM45)

Fonds Commission administrative (VM18)

Fonds Conseil de Ville (VM1)

Fonds Service de santé (VM171)

Dossiers de presse

Bibliothèque et Archives nationales du Québec à Québec
Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux (E8)
Hôpitaux du Québec (S3)

1.2 Sources imprimées

1.2.1 Rapports annuels

Annual Reports of Prisons and Public Charities Upon the Hospitals of the Province of Ontario (1890-1916)

Rapports annuels du département des Licences suivi du rapport annuel de l'Assistance municipale (1909-1910)

Rapports annuels du département de l'Assistance municipale (1911-1929)

Rapports annuels du Directeur de l'assistance publique (1923-1929)

Rapports annuels de l'Hôpital Notre-Dame (1901-1929)

Statistiques annuelles des établissements pénitentiaires et des institutions d'assistance (1914-1929)

1.2.2 Production parlementaire

Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec, Débats reconstitués de l'Assemblée législative du Québec, 1915-1931.

1.2.3 Journaux

Le Canada (1914-1919)

Le Devoir (1914-1919)

The Gazette (1899-1900, 1914-1926)

Le Passe-Temps (1915)

La Patrie (1899-1900, 1914-1926)

La Presse (1914-1926)

The Montreal Daily Witness (1877, 1908)

The Montreal Star (1926)

1.2.4 Journaux médicaux

- L'Action médicale* (1926)
The Canada Lancet (1894)
Le Journal de médecine et de chirurgie (1906)
Montreal Medical Journal (1898-1903)
L'Union médicale du Canada (1907, 1914-1920)

2.ARTICLES ET MONOGRAPHIES

- ANCTIL, Hervé et Marc-André BLUTEAU, *La santé et l'assistance publique au Québec 1886-1986*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, 127 p.
- ARANGUIZ, Marcela, *A social refuse! : L'assistance et la perception des vagabonds à Montréal à la fin du 19e et au début du 20e siècles*, Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1999, 120 p.
- BAILLARGEON, Denyse, *Naître, vivre, grandir : Sainte-Justine, 1907-2007*, Montréal, Boréal, 2007, 383 p.
- BAILLARGEON, Denyse, « Fréquenter les Gouttes de lait. L'expérience des mères montréalaises, 1910-1965. », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 50, n° 1, 1996, p. 29-68.
- BAILLARGEON, François, « La crise de la médecine libérale et le débat sur les assurances sociales au Québec, de 1925 à 1945 » Mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 2009, 135 p.
- BOURBEAU, Amélie, « La réorganisation de l'assistance chez les catholiques montréalais: la Fédération des Oeuvres de charité canadiennes-françaises et la Federation of Catholic Charities, 1928-1974 », Thèse de doctorat (histoire), UQAM, 2009, 385 p.
- BOURNE, L.S. et G. GAD, « Urbanization and urban growth in Ontario and Quebec : An overview » dans L.S. Bourne et R.D Mackinnon (dir.), *Urban Systems Development in Central Canada*, University of Toronto Press, 2014, p. 7-35.

- CAMPBELL, Lara, *Respectable Citizens: Gender, Family, and Unemployment in Ontario's Great Depression*, Toronto Buffalo London, University of Toronto Press, 2009, 304 p.
- CELLARD, André, « La curatelle et l'histoire des maladies mentales au Québec », *Histoire sociale*, vol.19, no. 38, 1986, p. 443-450.
- COLLIN, Jean-Pierre, « Les stratégies fiscales municipales et la gestion de l'agglomération urbaine : le cas de la Ville de Montréal entre 1910 et 1965 », *Revue d'histoire urbaine*, vol. 23, n° 1, 1994, p. 19-31.
- CONNOR, J.T.H., *Doing Good : The Life of the Toronto General Hospital*, Toronto, University of Toronto Press, 2000, 342 p.
- COPP, Terry, *Classe ouvrière et pauvreté. Les conditions de vie des travailleurs montréalais 1897-1929*, Montréal, Boréal Express, 213 p.
- DAGENAIS, Michèle, *Des pouvoirs et des hommes. L'administration municipale de Montréal, 1900-1950*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2000, 206 p.
- DAGENAIS, Michèle, « Une bureaucratie en voie de formation : L'administration municipale de Montréal dans la première moitié du XXe siècle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 46, n° 1, 1992, p. 177-205.
- DESJARDINS, Rita, « Hôpital Sainte-Justine, Montréal, Québec (1907-1921) », Mémoire de maîtrise (histoire), Université de Montréal, 1989, 188 p.
- DUPONT, Antonin, *Taschereau*, Montréal, Guérin, 1997, 366 p.
- DUPONT, Antonin, *Les relations entre l'Église et l'État sous Louis-Alexandre Taschereau, 1920-1936*, Montréal, Guérin, 1978, 366 p.
- FECTEAU, Jean-Marie, *La liberté du pauvre*, Montréal, VLB éditeur, 2004, 455 p.
- FECTEAU, Jean-Marie, « L'enfermement comme panacée. Sur l'institutionnalisation de l'assistance au Québec, 1840-1921 », dans Pedro Fraile (dir.), *Régulation et gouvernance. Le contrôle des populations et du territoire en Europe et au Canada. Une perspective historique*, Barcelone, Publication de la Universitat

de Barcelona, 2001, p. 183-193.

FECTEAU, Jean-Marie, « Un cas de force majeure : le développement des mesures d'assistance publique à Montréal au tournant du siècle », *Lien social et Politiques*, n° 33, 1995, p. 107-113.

FECTEAU, Jean-Marie, « L'État, les rapports entre sphère publique et privée et la régulation sociale au XIXe siècle au Québec. Questions de méthode et hypothèses » *Cahiers d'histoire*, vol. 17, n° 1-2, 1997, p. 21-39.

FECTEAU, Jean-Marie et Janice HARVEY, « Le réseau de régulation sociale montréalais », dans Dany Fougères (dir.), *Histoire de Montréal et de sa région- Des origines à 1930*, Les Presses de l'Université Laval, 2012, p. 673-715.

FORGET, Nicole, *De la curatelle au curateur public, 50 ans de protection*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 1995, 115 p.

GAGAN, David Paul et Rosemary Ruth GAGAN, *For Patients of Moderate Means : A Social History of the Voluntary Public General Hospital in Canada, 1890-1950*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2002, 280 p.

GAUMER, Benoît, « Le service de santé de la ville de Montréal. De la mise sur pied au démantèlement 1865-1975 », Thèse de doctorat (histoire), Université de Montréal, 1996, 341 p.

GAUMER, Benoît, Georges DESROSIERS et Othmar KEEL, *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal, 1865-1975*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2002, 300 p.

GOULET, Denis, François HUDON, et Othmar KEEL, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal; 1880-1980*, Montréal, VLB, 1993, 464 p.

GUÉRARD, François, « Dominances et émergences en histoire des pratiques de santé au Québec : les thématiques et approches actuelles » dans Alexandre Klein et Séverine Parayre (dir.), *Une histoire des pratiques de santé (XVIII^e-XX^e siècles). État des lieux, comparatif et méthodologies des recherches francophones*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2015, p. 17-35.

GUÉRARD, François, « La ville et l'hôpital », dans Claude Bellavance et Marc St-

Hilaire (dir.), *Le fait urbain* (CIEQ, coll. Les chantiers de l'Atlas historique du Québec: www.atlas.cieq.ca), 2014, 24 p.

GUÉRARD, François, « Les populations hospitalisées à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi de 1881 à 1942 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 41, n° 1, 2012, p. 55-85.

GUÉRARD, François, « La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945 », dans Normand Séguin (dir.), *L'Institution médicale*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1998, p. 75-105.

GUÉRARD, François, « La santé publique dans deux villes du Québec de 1887 à 1939 Trois-Rivières et Shawinigan », Thèse de doctorat (histoire), UQAM, 1993, 525 p.

HANAWAY, Joseph et John H. BURGESS, *The General : A History of the Montreal General Hospital*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2016, 760 p.

HEAMAN, Elsbeth A., *Tax, Order and Good Government : A New Political History of Canada, 1867-1917*, Montréal, McGill-Queen's Press, 2017, 582 p.

HÉBERT, Guillaume, Minh NGUYEN et Jennie-Laure SULLY, « L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec : État de la situation et proposition alternatives », *Rapport de recherche*, Montréal, Institut de recherche et d'information socio-économiques (IRIS), janvier 2017, 77 p.

HORN, Michiel, *The Depression in Canada : responses to economic crisis*, Toronto, Copp Clark Pitman, 1988, coll. « New Canadian readings », 293 p.

HUMPHREYS, Robert, *Poor Relief and Charity 1869-1945. The London Charity Organization Society*, London, Palgrave Macmillan, 2001, 228 p.

KIRKPATRICK STRONG, Margaret, *Public Welfare Administration in Canada*, Chicago, University of Chicago Press, 1930, 241 p.

LINTEAU, Paul-André, *Histoire de Montréal depuis la Confédération*, Montréal, Boréal, 2000, 662 p.

MACLENNAN, Anne, *Red Feather in Montreal. A History*, Montréal, Red Feather Foundation, 1996, 53 p.

- MAURUTTO, Paula, *Governing Charities : Church and State in Toronto's Catholic Archdiocese, 1850-1950*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2003, 208 p.
- MINVILLE, Esdras, *Syndicalisme, législation ouvrière et régime social au Québec avant 1940*, Montréal, Presses HEC : Fides, 1986, 619 p.
- MONGEAU, Serge, *Évolution de l'assistance au Québec : une étude historique des diverses modalités d'assistance au Québec, des origines de la colonie à nos jours*, Montréal, Éditions du Jour, 1967, 123 p.
- NAYLOR, C. David, *Private Practice. Public Payment : Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance*, Kingston; Montreal, McGill-Queen's University Press, 1986, 324 p.
- NEVILLE, Terry, *The Royal Vic : The Story of Montreal's Royal Victoria Hospital, 1894-1994*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1994, 288 p.
- PARK, Deborah Carter et J. David WOOD, « Poor relief and the county house of refuge system in Ontario, 1880–1911 », *Journal of Historical Geography*, vol. 18, n° 4, 1992, p. 439-455.
- PELLETIER, Michel et Yves VAILLANCOURT, *Les politiques sociales et les travailleurs. Cahier 1 : Les années 1900 à 1929*, Montréal, s.é., 1974, 132 p.
- PETITCLERC, Martin, « “Je ne serais ni Bleu ni Rouge, je serais de la Commission des Assurances Sociales...” : l'impartialité de la commission Montpetit à l'épreuve de la partisanerie politique dans le Québec des années 1930 », *Bulletin d'histoire politique*, vol.23, n° 3, 2015, p. 38-59.
- PETITCLERC, Martin, « À propos de ‘ceux qui sont en dehors de la société’. L'indigent et l'assistance publique au Québec dans la première moitié du XXe siècle. », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, n° 2-3, 2011-2012, p. 227-256.
- PETITCLERC, Martin, « Notre maître le passé? Le projet critique de l'histoire sociale et l'émergence d'une nouvelle sensibilité historiographique », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 63, n° 1, 2009, p. 83-113.
- PETITCLERC, Martin et Yvan ROUSSEAU, « Mutualité, protection sociale et

- réformes assurantielles au Québec, 1890-1945 », *Histoire et Société. Revue européenne d'histoire sociale*, n° 16, 2005, p. 32-43.
- ROBERTS, Barbara Ann, *Whence They Came : Deportation from Canada, 1900-1935*, Ottawa, University of Ottawa Press, 1988, 246 p.
- ROUSSEAU, Yvan, « Le commerce de l'infortune : Les premiers régimes d'assurance maladie au Québec 1880-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 58, n° 2, 2004, p. 153-86.
- ROUSSEAU, Yvan et François GUÉRARD, « Le marché de la maladie. Soins hospitaliers et assurances au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, n° 2, 2006, p. 293-329.
- RUDIN, Ronald, « La quête d'une société normale. Critique de la réinterprétation de l'histoire du Québec », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 3, n° 2, 1995, p. 9-42.
- STRONG-BOAG, Veronica, *The parliament of women : The National Council of Women of Canada, 1893-1929*, Ottawa, National Museums of Canada, 1976, 492 p.
- VAILLANCOURT, Éric, *La société Saint-Vincent de Paul de Montréal : Reflet du dynamisme du laïcat catholique en matière d'assistance aux pauvres (1848-1933)*, Thèse de doctorat (histoire), UQAM, 2005, 318 p.
- VAILLANCOURT, Yves, *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988, 513 p.
- VALVERDE, Mariana, *The Age of Light, Soap, and Water: Moral Reform in English Canada, 1885-1925*, Toronto, University of Toronto Press, 2008, 205 p.
- VALVERDE, Mariana, « La charité et l'État : un mariage mixte centenaire », *Lien social et Politiques*, n° 33, 1995, p. 27-35.