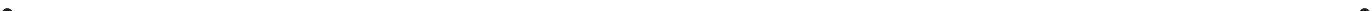


---

# CHAPITRE 1



*Santé, établissements  
et professions*





**L**a pharmacie est une profession libérale, exercée avec autonomie par le pharmacien, dont le développement est influencé par l'évolution de la société et de l'état de santé de la population ainsi que par les interactions avec les divers professionnels du secteur de la santé. Avant de nous intéresser à l'histoire de la pratique pharmaceutique hospitalière, nous situerons brièvement l'évolution des maladies et de l'état de santé des Québécois, le développement d'un réseau de santé étatique, le développement du réseau hospitalier et l'évolution des professions dans le réseau de la santé.

## ÉVOLUTION DES MALADIES ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES QUÉBÉCOIS

La pharmacie est née du besoin de traiter et, plus récemment, de prévenir les maladies. L'évolution des maladies et de l'état de santé d'une population sont des thèmes abordés ici pour mieux situer et comprendre l'émergence de la pharmacie, tant communautaire qu'hospitalière.

Les archives historiques nous renseignent sommairement sur l'état de santé des premiers colons. Malgré cela, les travaux des historiens démontrent que, de l'arrivée des Français en Nouvelle-France au XVI<sup>e</sup> siècle jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'état de santé de la population de la colonie se caractérise par des taux de mortalité élevés associés à une forte mortalité infantile et à la prévalence des maladies contagieuses et infectieuses<sup>1</sup>. Importées d'Europe aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles par le transport naval de marchandises et d'immigrants, les épidémies restent concentrées à cette époque dans les villes de Montréal et de Québec, plus densément peuplées que le reste de la colonie<sup>2</sup>. L'augmentation de l'immigration et la croissance de la population ainsi que l'urbanisation et l'industrialisation progressive de la société au XIX<sup>e</sup> siècle font en sorte que les épidémies deviennent récurrentes, notamment en raison des conditions sanitaires déficientes<sup>3</sup>. Les habitants des quartiers défavorisés, qui vivent souvent dans des conditions d'insalubrité et de promiscuité plus prononcées que dans les quartiers aisés, sont par ailleurs plus touchés par les épidémies.

Au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, l'assainissement des conditions de vie et la mise en place d'une politique d'hygiène publique contribuent à améliorer l'état de santé de la population. La compilation de statistiques par les autorités sanitaires donne aussi un portrait plus juste de la situation. De 20

pour 1000 habitants dans les années 1890, le taux de mortalité passe à près de 15 pour 1000 habitants en 1919. Ainsi, si le taux de natalité demeure élevé, la mortalité connaît un recul important jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, tout particulièrement chez les enfants. En effet, bien qu'encore élevée au début du XX<sup>e</sup> siècle, la mortalité infantile diminue constamment par la suite : de 190 décès pour 1000 naissances vivantes dans les années 1890, elle passe à 142/1000 en 1919, puis à 127/1000 à la fin des années 1920 et, finalement, à moins de 54/1000 à la fin des années 1940<sup>4</sup>. La généralisation de la vaccination ainsi que l'arrivée des antibiotiques sur le marché dans l'après-guerre qui aident à éradiquer plusieurs maladies contagieuses et infectieuses touchant les enfants (p. ex. : poliomyélite, rougeole, etc.) expliquent le recul de la mortalité infantile pendant cette période<sup>5</sup>. Les campagnes de prévention et d'éducation auprès des mères ainsi que l'organisation de services dans les municipalités offrant un suivi prénatal et postnatal et distribuant du lait de bonne qualité sont autant d'éléments qui améliorent la santé des enfants, en plus de diminuer les risques de maladies gastriques, autre cause importante de mortalité chez les enfants en bas âge<sup>6</sup>. Par ailleurs, les maladies vénériennes deviennent à l'époque un important problème de santé publique que les autorités tentent de contenir par des campagnes d'éducation<sup>7</sup>.

À compter des années 1960, le taux de mortalité diminue principalement dans les groupes d'âge plus élevés. Les campagnes de prévention mises en place au cours des années 1970, entre autres par la Société d'assurance automobile du Québec, contribuent fortement à diminuer les accidents de la route, cause importante de décès parmi les jeunes de 15 à 35 ans. Si le taux de natalité décline lentement dès la fin des années 1950, l'introduction de la pilule contraceptive le fait brusquement chuter pour se situer depuis plusieurs décennies parmi les plus bas des pays industrialisés. La mise en place d'une politique périnatale dans les années 1970 contribue, par la médicalisation croissante de la grossesse et en consacrant le transfert de l'accouchement vers l'hôpital, à maintenir la mortalité infantile à un taux minime. La mortalité néonatale, devenue une préoccupation des autorités dès les années 1950, connaît aussi une baisse importante, conséquence des fonds investis par les autorités dans la formation de professionnels spécialisés dans ce secteur et dans la recherche<sup>8</sup>.

Depuis les années 1980, l'espérance de vie des Québécois s'accroît, mais des écarts importants persistent entre les classes sociales révélant d'importantes inégalités face à la maladie. Aussi, si la mortalité diminue, l'éclosion de l'épidémie de SIDA rappelle que la lutte contre la maladie n'est jamais terminée. Depuis ce temps, le traitement du cancer, particulièrement le cancer du poumon qui connaît une hausse importante à partir des années 1980, les maladies chroniques ainsi que les maladies de l'appareil circulatoire deviennent les principales préoccupations des autorités sanitaires. Les maladies coronariennes, cause importante de décès à partir des années 1960, connaissent, pour leur part, un recul grâce à la percée des thérapies cardiovasculaires et à l'amélioration des habitudes de vie sous l'influence des campagnes de promotion prônant l'exercice physique et l'abandon du tabagisme<sup>9</sup>.

Le XX<sup>e</sup> siècle est marqué par l'identification de milliers de maladies, comme en témoigne la dixième version de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé, et le développement de nombreux moyens diagnostiques. Alors que les maladies infectieuses demeurent prévalentes, de nombreuses affections chroniques reliées aux habitudes de vie et à l'environnement se développent (p. ex. : maladies pulmonaires et tabagisme, obésité, diabète et alimentation, cancers, troubles cognitifs et Alzheimer, etc.). En 2009, l'espérance de vie à la naissance des hommes au Québec est de 79,9 ans et celle des femmes, de 83,8 ans<sup>10</sup>. À la fin des années 2000, le taux de décès est de 7,3 pour 1000 habitants au Québec (2009), alors que le taux de mortalité infantile est évalué à 4,7 pour 1000 habitants (2007)<sup>11</sup>.

L'amélioration de l'état de santé d'une population n'est pas étrangère à l'évolution des connaissances sur les maladies et à la mise en place d'infrastructures sanitaires adéquates. Ainsi, au fil des siècles, le Québec s'est doté d'un réseau de santé qui devient un vecteur central dans l'assainissement de sa population.

### DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU DE SANTÉ ÉTATIQUE

Contrairement à la conception largement répandue selon laquelle le domaine de la santé québécois relève des communautés religieuses ou des initiatives privées jusqu'à l'instauration du régime universel d'assurance maladie,

les gouvernements ont été des acteurs présents dans ce domaine, bien qu'à des degrés divers, depuis l'époque de la Nouvelle-France. Si leurs interventions sont sporadiques jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et se limitent à des subventions minimales aux quelques hôpitaux de la colonie<sup>12</sup>, aux quarantaines imposées aux navires de marchandises et d'immigrants<sup>13</sup>, à la formation de bureaux de santé temporaires pendant les épidémies<sup>14</sup> ainsi qu'à la vaccination<sup>15</sup>, c'est à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, lorsque l'urbanisation et l'industrialisation favorisent l'émergence de quartiers pauvres et insalubres que les autorités prennent conscience de l'importance d'agir pour améliorer l'état de santé de la population.

À ce moment, les élites médicales, influencées par le mouvement d'hygiénisme mondial, militent auprès des autorités pour faire valoir l'importance d'organiser des services de santé pour disposer d'une population saine et donc plus productive<sup>16</sup>. À cette rhétorique s'ajoute au Québec un sentiment nationaliste qui mobilise les classes bourgeoises tout autant que le clergé. Ce dernier donne son appui au réaménagement des villes et à la modernisation des services par des organismes philanthropiques ou des communautés religieuses, afin de sauver la nation canadienne-française chez laquelle sont recensés les plus hauts taux de mortalité et de pauvreté<sup>17</sup>.

Même si l'article 92 de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique spécifie que « dans chaque province la législature pourra exclusivement faire des lois relatives aux matières tombant dans les catégories de sujets ci-dessous énumérés, à savoir : [...] l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine<sup>18</sup> », il reste que le gouvernement québécois se décharge de ses responsabilités au profit des municipalités pendant encore près de deux décennies. Ce n'est qu'à la suite de l'épidémie de variole de 1885 que les autorités provinciales se rendent aux arguments hygiénistes et acceptent de mettre en place des structures permanentes. Ainsi, une politique d'hygiène est adoptée et une Commission d'hygiène est créée. Cette dernière étant remplacée dès 1888 par le Conseil d'hygiène de la province de Québec (CHPQ) qui dispose de pouvoirs accrus pour implanter une politique d'hygiène à l'échelle du Québec. La réglementation adoptée par le CHPQ oblige d'abord chaque municipalité à mettre sur pied un service de santé pour voir à l'appli-

cation des lois provinciales. Face à la résistance des villes, ces bureaux sont remplacés plus tard par des unités sanitaires où de plus amples pouvoirs sont donnés aux localités. Ces unités contribuent grandement à la diffusion de la politique d'hygiène publique auprès du public, notamment dans les régions éloignées<sup>19</sup>.

À partir de ce moment, l'État s'implante plus fermement dans le domaine de la santé, même si les municipalités et les organismes religieux sont grandement sollicités. Grâce à la création du Département de santé fédéral en 1919 et du ministère de la Santé au Québec en 1936, en plus de l'adoption de la *Loi de l'assistance publique* par le gouvernement du Québec en 1921<sup>20</sup>, toute une série de structures sont mises en place pour signifier une prise en charge plus étroite de la santé par l'État. Grâce à une politique d'hygiène publique plus cohérente, les conditions de vie et l'état de santé de la population s'améliorent. Des actions sont prises pour mettre en place un réseau d'égouts et d'aqueducs, assainir l'eau potable, mettre en place l'immunisation à large échelle, inspecter les aliments et pasteuriser le lait ou encore rendre obligatoire la collecte des déchets<sup>21</sup>. Outre ces mesures, l'accent est aussi mis sur la prévention et le dépistage des maladies. Les subventions du ministère de la Santé fédéral permettent de financer des campagnes de prévention ciblant les principales préoccupations de l'époque en matière de santé publique, soit la tuberculose, les maladies vénériennes et la mortalité infantile. Conseils et dépistage sont donc offerts par l'entremise de cliniques et de dispensaires érigés dans les différentes paroisses et confiés à des groupes philanthropiques<sup>22</sup>.

À partir de la crise économique des années 1930, les gouvernements accroissent leurs interventions dans le champ de l'assistance sociale. En ce sens, le gouvernement fédéral du Canada est un important vecteur de changement dans le domaine de la santé. Disposant de revenus supérieurs à ceux des provinces fortement touchées par la crise, il intervient dans le secteur social pour venir en aide aux provinces en difficulté financière. Après de multiples tentatives pour mettre sur pied un régime de santé public, c'est au milieu des années 1950 que la majorité des provinces adhèrent au plan d'assurance-santé du gouvernement fédéral et en 1957 qu'une première loi est signée pour assurer le financement à frais partagés entre le gouvernement fédéral et les provinces signataires

de l'hospitalisation de tous les résidents d'une province. Le Québec adhère à ce programme en 1961 et institue alors l'assurance hospitalisation.

Le programme de financement du secteur de la santé par le gouvernement fédéral est progressivement étendu à d'autres services au cours des années 1960, jusqu'à assurer une couverture universelle des soins de santé<sup>23</sup>. Une commission d'enquête, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu), est lancée en 1966 au Québec pour réfléchir aux modalités d'implantation d'un tel système dans la province. Après cinq ans d'audiences et le dépôt de nombreux rapports, la Commission Castonguay-Nepveu, en plus de recommander la mise en place d'un régime universel de soins de santé dès 1967, élabore les paramètres définissant le nouveau système de santé. Cette nouvelle politique de santé vise l'amélioration de la santé de la population par la prévention, le dépistage et l'amélioration des conditions de vie. Le nouveau régime d'assurance maladie donnant droit aux soins de santé gratuitement entre en vigueur en 1970. La décentralisation des services de santé est privilégiée pour arriver à cette fin et 12 conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) sont implantés à l'échelle de la province. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, adoptée en 1971, définit, quant à elle, le cadre organisationnel du réseau de la santé et régit le fonctionnement des différentes catégories d'établissements (c.-à-d. hôpitaux, centres d'accueil, centres locaux de services communautaires et centres de services sociaux) à la base du réseau de la santé.

Depuis l'implantation du régime d'assurance maladie jusqu'au début des années 2000, les dépenses du réseau de la santé ne cessent d'augmenter. Par ailleurs, depuis le début des années 1980, la part du gouvernement fédéral dans les dépenses de santé diminue, obligeant les provinces à revoir les modes de financement du réseau de la santé. Dans ce contexte, une commission d'enquête est lancée par le gouvernement provincial en 1985 et mène à une réforme qui entre en vigueur en 1992. Cette réforme vise une plus grande régionalisation des services de santé par l'abolition des CRSSS, transformés en Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) disposant d'une plus grande autonomie sur le plan de la gestion des établissements de leur région.

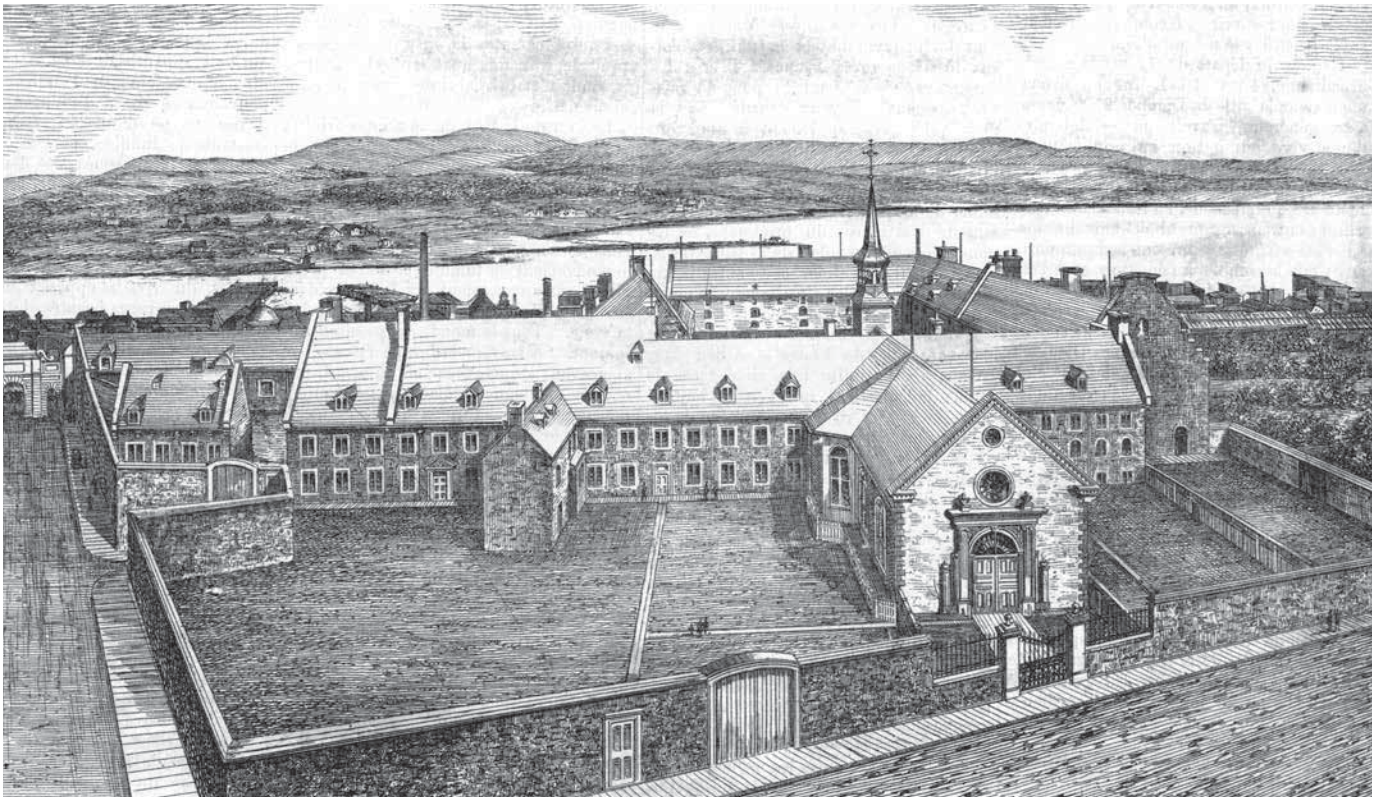
Tant au Canada qu'au Québec, plusieurs groupes de travail ont été mandatés au cours des trois dernières décennies afin d'apporter des améliorations au système de santé. Ces derniers ont produit divers rapports, dont les principaux sont les rapports Clair<sup>24</sup>, Tamblyn<sup>25</sup>, Doucet<sup>26</sup>, Castonguay<sup>27</sup> et Montmarquette<sup>28</sup>. D'autres rapports ont eu pour objet d'évaluer la complémentarité des réseaux public et privé, notamment le rapport Arpin en 1999<sup>29</sup>, le rapport Ménard<sup>30</sup> en 2005 et le rapport *Garantir l'accès* en 2006<sup>31</sup>. D'autres ont été mandatés pour étudier la complémentarité de certains établissements tertiaires du réseau, notamment le rapport Johnson en 2004<sup>32</sup> ou encore les modalités de financement du réseau de la santé<sup>33</sup>. Plus récemment, le groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay) a publié, en 2008, son rapport<sup>34</sup>. L'ensemble de ces rapports illustre la volonté des décideurs politiques de revoir les structures, les rôles des principaux acteurs et le financement du réseau étatique de santé. Toutefois, plusieurs de ces consultations et rapports n'ont pas mené à des changements importants, mais ont plutôt

contribué à alimenter l'insatisfaction à l'égard du système en place.

## DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU HOSPITALIER

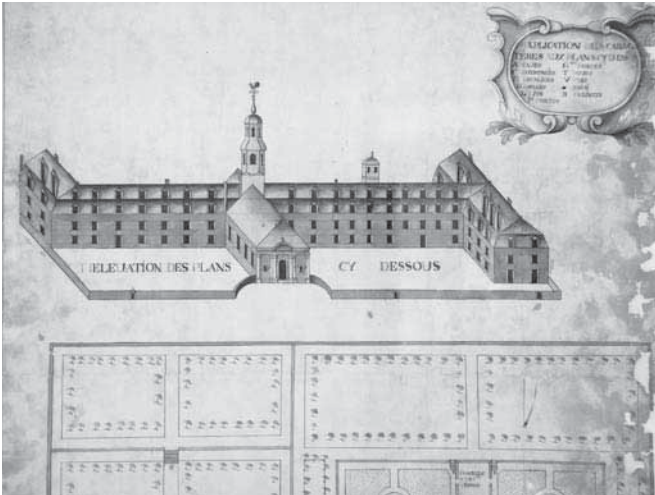
Depuis la fondation du premier hôpital d'Amérique du Nord, l'Hôtel-Dieu de Québec, en 1639, et jusqu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle, quatre hôpitaux, datant tous du XVII<sup>e</sup> siècle, sont recensés au Bas-Canada<sup>35</sup>. Il s'agit, outre l'Hôtel-Dieu de Québec, de l'Hôtel-Dieu de Montréal (1642), de l'Hôpital général de Québec (1692) et de l'Hôtel-Dieu de Trois-Rivières (1697). Propriétés des communautés religieuses, ces établissements sont voués tant aux soins du corps qu'aux soins de l'âme du malade. Jusqu'à la découverte de l'asepsie et de l'antisepsie, les hôpitaux ont mauvaise réputation : si on cherche à s'y faire soigner, les risques sont aussi très grands d'y mourir des suites d'infections diverses. C'est pourquoi les médecins dispensent des soins à domicile à leur clientèle privée et relativement aisée.

*Vue de l'Hôtel-Dieu de Québec vers 1870*



Source : Gravure de Georges St-Michel d'après un dessin de Joseph Dynes (1868). Archives du Monastère des Augustines de l'Hôtel-Dieu de Québec.

**Plan de l'Hôtel-Dieu de Montréal en 1695**



Source : Musée des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal

***L'Hôtel-Dieu de Trois-Rivières vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. L'hôpital était situé dans la partie à droite de la chapelle. Il contenait un maximum de 12 lits et fut en activité de 1697 à 1886.***



Source : Archives des Ursulines de Trois-Rivières

C'est au cours du XIX<sup>e</sup> siècle que la construction de nouveaux hôpitaux reprend. Alors que les hôpitaux généraux se déchargent graduellement des soins aux malades contagieux, les autorités se voient obligées de suppléer à l'offre. Outre les hôpitaux temporaires érigés en temps d'épidémies par les municipalités, le gouvernement provincial établit un hôpital pour soigner les immigrants atteints de maladies contagieuses. Fondé en 1820, l'Hôpital des Émigrés devient l'Hôpital de la Marine à compter de 1834<sup>36</sup>. L'augmentation de la population, l'industrialisation et l'urbanisation croissante ainsi que l'affluence d'immigrants favorisent la croissance du réseau hospitalier. Grâce à la volonté de philanthropes et de communautés religieuses, une série d'établissements est fondée jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Par ailleurs, depuis 1801, les autorités financent les soins à la population par l'entremise de subventions remises aux hôpitaux afin de voir aux soins des indigents, des invalides, des aliénés et des orphelins. Une série d'hôpitaux destinés spécifiquement à chacune de ces clientèles est donc fondée particulièrement dans les grandes villes<sup>37</sup>.

Ces établissements spécialisés voient le jour au Québec au sein d'un réseau hospitalier qui se distingue par sa diversité culturelle. En effet, à compter du XIX<sup>e</sup> siècle, la communauté anglophone fonde ses propres établissements entraînant ainsi un dédoublement dans l'offre de services. Situés principalement dans l'Ouest de Montréal, ces établissements illustrent bien le clivage linguistique et religieux dans la ville. Les premiers établissements anglophones voient le jour à compter des années 1810, le premier étant le Montreal General Hospital (MGH), fondé par des hommes d'affaires d'origine britannique en 1819<sup>38</sup>. Bien que la plupart des hôpitaux anglophones aient été construits à Montréal, cette communauté a aussi établi un petit réseau d'établissement ailleurs en province, notamment à Québec en 1865 (Jeffery Hale Hospital) et à Sherbrooke en 1888 (Hôpital général de Sherbrooke)<sup>39</sup>. Contrairement aux hôpitaux catholiques, ces établissements sont gérés par un personnel laïque et financés par des philanthropes qui n'hésitent pas à faire d'importants dons aux institutions.

*L'Hôpital général de Montréal,  
situé rue Dorchester, vers 1890.*



Source : Musée McCord (VIEW 2548.1)

*L'Hôpital Jeffery Hale en 1904*



Source : Centre d'archives de Québec. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Fred C. Würtele (p546, D3, P31).



***L'Hôpital général de Sherbrooke, date inconnue.***



Source : Bibliothèque et Archives nationales du Québec – Centre d'archives de l'Estrie. Collection Freeman Clowery (P14, S17, P115).

Si les communautés religieuses sont omniprésentes dans les hôpitaux du Québec, il reste que la propriété de ces établissements est beaucoup plus diversifiée qu'il n'est permis de croire à première vue. Outre les hôpitaux anglophones qui sont gérés par des laïcs, certains établissements francophones sont aussi la propriété de tels groupes. Ainsi, en 1931, 61% des établissements et 66% des lits dans les hôpitaux francophones sont sous le contrôle des communautés religieuses. Bien que la présence des religieuses soit importante au Québec, elle est dominante à l'extérieur des grands centres où ces dernières contrôlent 77% des hôpitaux francophones, alors que six établissements sur neuf à Québec, et cinq sur 19 à Montréal sont la propriété des communautés religieuses<sup>40</sup>. Cette réalité cache le fait que des établissements francophones sont fondés par des groupes laïques qui en confient la gestion à des communautés religieuses, le plus souvent pour des raisons financières, les groupes francophones ayant plus de difficultés à attirer les dons substantiels pour assurer la survie des hôpitaux. L'Hôpital Notre-Dame de Montréal, fondé en 1880 par un groupe de médecins, et l'Hôpital Sainte-Justine, fondé en 1907 par un groupe de femmes issues de la bourgeoisie montréalaise, sont deux établissements de ce type parmi les mieux connus<sup>41</sup>.

Outre les laïcs et les religieuses, des entreprises contribuent aussi au développement du réseau hospitalier en devenant propriétaires d'hôpitaux destinés aux employés de la compagnie et à la population de la région. Plus fréquents dans les villes du Québec où une entreprise constitue l'employeur principal, ces établissements voient le jour au début du XX<sup>e</sup> siècle entre autres à Shawinigan, où

est fondé le Shawinigan Falls General Hospital par la Shawinigan Water and Power Company en 1909, à Arvida, où l'Aluminium Company of America fonde l'Hôpital général d'Arvida en 1927, ou à Baie-Comeau où la Quebec North Shore Paper Company fonde le Boisvert Memorial Hospital en 1937<sup>42</sup>.

Jusqu'au début des années 1960, le réseau hospitalier connaît une expansion importante. Alors que l'on retrouve 21 hôpitaux sur le territoire en 1881, ce nombre passe environ à 40 en 1901, puis à plus de 80 en 1921, avant de grimper de 125 en 1931 à 275 en 1961, le nombre de lits passant pour sa part de 14 740 en 1941 à près de 30 000 vingt ans plus tard<sup>43</sup>. Entre 1944 et 1958, des subventions de près de 150 millions sont aussi octroyées à 81 nouveaux établissements pour leur construction, et à 51 établissements existants pour des agrandissements<sup>44</sup>.

Cette expansion s'explique d'abord par le changement de vocation des hôpitaux qui deviennent des centres de soins et de formation et un lieu de travail pour les médecins. Ces derniers, par leurs revendications, contribuent grandement à la modernisation des hôpitaux qui se dotent d'équipements à la fine pointe de la technologie et ajoutent des chambres privées et semi-privées à leurs installations pour accueillir la clientèle plus fortunée des médecins. Par ailleurs, bon nombre d'établissements ouvrent leurs portes aux médecins et à leurs étudiants et s'affilient aux facultés de médecine pour que soit dispensé un enseignement clinique. Pour cette raison, les hôpitaux se situant dans les villes universitaires ont connu un développement plus hâtif que les hôpitaux régionaux. Il n'est pas rare, cependant, de voir un hôpital situé dans un centre régional important, par exemple l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi, moderniser ses équipements et favoriser une percée de l'enseignement clinique dans ses murs pour devenir un centre ayant une influence importante sur les établissements de son arrière-pays<sup>45</sup>.

Le financement accru des infrastructures hospitalières est un autre facteur favorisant une telle expansion du réseau hospitalier. Si des subventions sont accordées depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle, l'application de la *Loi de l'assistance publique* (1921), dont un volet vise le développement des hôpitaux et la modernisation des équipements, est un facteur prépondérant dans l'expansion des infrastructures dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi, crèches,

orphelinats, hospices et maternités voient le jour en grand nombre, bien que mal répartis sur le territoire québécois. La plupart des services se concentrent à Montréal et à Québec où des hôpitaux à vocation spécifique (p. ex. : maternité et pédiatrie) voient le jour plus rapidement alors qu'en région, la majorité des établissements construits sont des hôpitaux généraux ou des sanatoriums<sup>46</sup>.

La contribution du ministère de la Santé fédéral permet aussi de bonifier le réseau hospitalier grâce à des subventions aux infrastructures. La crise économique des années 1930 favorise l'intervention directe du gouvernement fédéral dans le champ de compétences des provinces qui ne peuvent, dans ce contexte, répondre aux besoins de leur population. Dans l'après-guerre, le gouvernement fédéral subventionne d'ailleurs les infrastructures des hôpitaux généraux, des centres de lutte contre le cancer ainsi que des centres de réadaptation<sup>47</sup>.

Après cette période d'expansion, le développement du réseau hospitalier stagne. L'adoption de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* en 1961 est le premier pas de la nationalisation du système de santé québécois en rendant les soins hospitaliers gratuits et donc accessibles à tous. À partir de ce moment, l'hôpital devient le principal lieu de soins, au détriment des soins à domicile. Les hôpitaux développent aussi leurs services externes et deviennent prestataires des soins de première ligne. Cette transformation entraîne une explosion des coûts, les soins hospitaliers augmentant de 305% entre 1955 et 1968<sup>48</sup>. En adoptant la *Loi des hôpitaux* en 1962, le gouvernement se dote d'un processus de normalisation de la gestion de ces hôpitaux afin de contrôler l'augmentation des coûts, marquant ainsi la prise de contrôle des hôpitaux par le gouvernement.

Au milieu des années 1990, d'importantes coupures sont imposées au réseau de la santé et causent la fermeture ou la fusion de plusieurs établissements, particulièrement dans la région de Montréal, en plus d'entraîner la mise à la retraite d'un nombre important de professionnels par le programme de départ à la retraite.

En 2005, une refonte des structures de santé mène à la création de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec ayant pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. On assiste alors à la naissance des centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui

regroupent les centres hospitaliers de soins de courte et de longue durée (CHSLD), les centres hospitaliers de soins de courte durée, les centres de réadaptation, les centres jeunesse et les centres locaux de services communautaires (CLSC). De plus, l'arrimage du réseau de la santé aux établissements d'enseignement universitaires passe par la création de réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) qui ont pour mandat de dégager, à l'intérieur de chaque réseau, les orientations et d'aviser le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les services médicaux spécialisés et ultraspecialisés des centres hospitaliers universitaires (CHU), des instituts et des zones d'excellence des centres affiliés universitaires (CAU). Enfin, les régies régionales font place à des agences régionales de santé et de services sociaux.

Le tableau qui suit présente un profil de l'évolution du nombre d'hôpitaux au Québec de 1634 à 2010.

**TABLEAU 1.**  
**Évolution du nombre d'établissements de santé au Québec de 1634 à 2010**

Année	Nombre d'hôpitaux ou d'établissements de santé* au Québec (Bas-Canada)	Population du Québec (Bas-Canada)
1639	1 hôpital	n. d.
1697	5 hôpitaux	n. d.
1750	5 hôpitaux	n. d.
1881	21 hôpitaux	1 359 000
1901	Environ 40 hôpitaux	1 648 898
1921	Plus de 80 hôpitaux	2 360 510
1931	Environ 125 hôpitaux	2 874 662
1961	n. d.	5 259 211
1981	n. d.	6 547 207
1991	896 établissements	7 067 396
2001	477 établissements	7 396 331
2009	294 établissements	7 828 357

\* Un établissement comprend une ou plusieurs installations. Par exemple, au 31 mars 2009, on compte 294 établissements et 1741 installations au Québec.

Source : Séguin N. *L'institution médicale*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval, 1998, p. 115 (Coll. Atlas historique du Québec); Population, Québec et Canada, 1851-2006. *Site de l'Institut statistique du Québec* [en ligne]: [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc\\_popt/102.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_popt/102.htm) (page consultée le 11 février 2011); *Site de la Banque de données des statistiques officielles sur le Québec* [en ligne]: [http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken263\\_Liste\\_Total.p\\_tratr\\_reslt?p\\_iden\\_tran=REPERHQN3W65912307112762846iH1&p\\_modi\\_url=0928112942&p\\_id\\_rapp=251](http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken263_Liste_Total.p_tratr_reslt?p_iden_tran=REPERHQN3W65912307112762846iH1&p_modi_url=0928112942&p_id_rapp=251) (page consultée le 28 septembre 2010).

## ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ

Depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle jusqu'au dernier tiers du XX<sup>e</sup> siècle, les politiques de l'État québécois ont pour objectif de structurer un corps médical et paramédical au sein duquel les professions sont réglementées. Cette réglementation accrue est issue principalement de la volonté des médecins d'exercer un contrôle accru sur les professions connexes, notamment les pharmaciens et les sages-femmes, et d'éliminer les charlatans, qui, en privant les médecins d'une importante clientèle, représentent une menace à l'essor d'un groupe en pleine expansion. En effet, dès les premières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle, des facultés de médecine sont mises sur pied et entraînent l'arrivée sur le marché d'un bassin de professionnels cherchant à accroître leur clientèle.

Alors que les médecins réussissent à s'imposer à titre d'experts au sein de la population dans les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, l'entre-deux-guerres marque les débuts du mouvement de spécialisation en médecine, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada accordant ses premiers certificats de spécialités dès 1929<sup>49</sup>. Le mouvement de spécialisation des médecins québécois prend cependant de l'ampleur à compter des années 1950 : de 22% de médecins détenant un certificat de spécialiste en 1952, la proportion grimpe à 51% dès 1969<sup>50</sup>. Cette spécialisation crée un clivage entre spécialistes et omnipraticiens qui mène, à compter des années 1960, à la syndicalisation de chacun des deux groupes qui défendent leurs positions dans le contexte de nationalisation du système de santé québécois.

En parallèle, la profession infirmière évolue à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour passer d'une vocation, guidée par la charité et le bénévolat à une véritable profession reconnue et salariée. Profession largement dominée par les religieuses dont les communautés sont propriétaires ou administratrices des établissements de santé, celle-ci ouvre ses portes plus grandes aux laïques dès les années 1920 alors qu'un déclin dans les vocations religieuses commence à être observé. La formation, auparavant offerte dans les écoles de gardes-malades des hôpitaux, s'enrichit par la mise en place de programmes de formation universitaires à compter des années 1930. Peu à peu, les infirmières se regroupent en associations et le titre de

gardes-malades est remplacé par celui d'infirmière dès 1946. Au sein même de la profession infirmière s'installe une hiérarchisation des fonctions qui mène à la délégation croissante de tâches à des infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires<sup>51</sup>.

Par ailleurs, le mouvement de spécialisation de la médecine favorise l'émergence d'une série de professions connexes. Alors que les infirmières voyaient à l'ensemble des soins aux côtés des médecins, l'arrivée de médecins spécialistes exigeant l'aide d'un personnel assistant qualifié favorise la constitution de professions paramédicales distinctes, toutes largement féminines. C'est ainsi que les orthophonistes, les audiologistes, les diététiciennes, les technologues médicaux et les autres groupes se forment depuis les années 1930 jusqu'au début des années 1970. Pendant cette période, les plus anciennes se syndiquent, ce qui complexifie davantage la gestion des établissements<sup>52</sup>.

Au début des années 1980, les médecines « douces » ou « parallèles » gagnent en popularité auprès de la population. Alors que la profession médicale, notamment, fait de la « lutte aux charlatans » une préoccupation depuis la fondation du Collège des médecins en 1847, la croissance du secteur à la fin du XX<sup>e</sup> siècle oblige l'État à adopter une nouvelle position. Après la reconnaissance de la chiropractie en 1974, le gouvernement est interpellé afin de reconnaître un plus grand nombre de ces professions et d'exercer un meilleur contrôle sur leur pratique. Par exemple, un projet d'insertion des sages-femmes au sein du réseau de la santé voit le jour à la fin des années 1990<sup>53</sup>. Toutefois, les titres d'homéopathe et de naturopathe demeurent non reconnus au Québec.

Le processus de mise en place d'un système de santé universel au Québec s'accompagne d'une réflexion autour des professions du domaine. Dans ses conclusions, la Commission Castonguay constate que les professions du domaine sanitaire ont évolué dans un contexte de concurrence incompatible avec le concept de médecine globale à la base de la conception que les commissaires se font du réseau de la santé. Il est donc suggéré de mettre en place un code de professions afin d'uniformiser les structures et de protéger le public. Le *Code des professions*, adopté en 1973 et mis en vigueur en 1974, redéfinit donc le statut juridique des professions déjà existantes et en reconnaît de nouvelles, dont la chiropractie et la science de laboratoire médical en 1973.

En 1984, 22 professions sont reconnues par l'Office des professions du Québec, la moitié ayant un titre réservé et l'autre, un champ d'exercice exclusif<sup>54</sup>. Malgré l'adoption de ce Code des professions, les jeux de pouvoir et les rivalités entre professions empêchent l'application du mécanisme de délégation d'actes prévu par ses concepteurs. Au début des années 2000, la pénurie récurrente de certains professionnels amène une révision du Code pour faciliter cette délégation entre professions. Cette réforme professionnelle, notamment connue sous le nom de *projet de loi 90*, revoit l'inventaire des activités réservées à plusieurs professions du domaine de la santé. Cette réforme vise à accroître l'interdisciplinarité, à augmenter l'accès aux soins et à utiliser, de façon optimale, les ressources humaines et matérielles disponibles.

En 2010, on compte 51 professions reconnues par l'Office des professions du Québec, dont 46 ont un ordre professionnel propre. Des 51 professions réglementées, 25 jouissent d'une loi professionnelle dédiée, comme la *Loi sur la pharmacie*<sup>55</sup>. Dans le domaine de la santé, on note les titres d'emploi en ordre alphabétique croissant : acupuncteurs, audioprothésistes, chimistes, dentistes, denturologistes, diététistes, ergothérapeutes, hygiénistes dentaires, infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes, médecins, médecins vétérinaires, opticiens d'ordonnance, optométristes, orthoptistes et audiologistes, pharmaciens, physiothérapeutes, podiatres, psychologues, sages-femmes, techniciens et techniciennes dentaires, technologistes médicaux, technologistes en imagerie médicale et radio-oncologie, technologistes professionnels, travailleurs sociaux et thérapeutes conjugués et familiaux.

**TABLEAU 2.**  
*Évolution du nombre de professionnels de la santé au Québec de 1870 à 2010*

Année	Médecins et chirurgiens	Apothicaires et pharmaciens	Infirmières	Diététistes	Physiothérapeutes	Technologistes médicaux	Sages-femmes
1870-1871	780	131					45
1880-1881	1065	240					323
1890-1891	1220	323					
1910-1911	2000	330					
1920-1921	2206	460					
1921	3300	460					
1961	6129		7893	228		1111	
1966	7135		14 868	264	361	1583	
1971	8584						
1981	13 195						
1984	14 440		52 078	1219	1407	1974	
1987		3794					
1989	16 564						
1996	17 049						
2001	17 989						
2002	18 012	6158	64 910	1916	3453	2810	56
2010	20 464	7677	71 371	2604	6542	4379	139

Sources : Bernier J. « Le corps médical au Québec au tournant du 20<sup>e</sup> siècle » dans Keating P, Keel O, dir. *Santé et société au Québec XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*. Montréal : Boréal, 1995, p 151, 154 ; Fahmy-Eid N, Piché L. Le savoir négocié. Les stratégies des associations de technologie médicale, de physiothérapie et de diététique pour l'accès à une meilleure formation professionnelle (1930-1970). *RHAF* 1990 ; vol. 43 (4) : 511 ; Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 154-155. Site de L'Office des professions du Québec [en ligne] : <http://www.opq.gouv.qc.ca/systeme-professionnel/statistiques> (page consultée le 27 septembre 2010) ; Site du Collège des médecins du Québec [en ligne] : <http://www.cmq.org/Public/TravailObligations/Statistiques.aspx> (page consultée le 11 février 2011) ; Archives du Collège des médecins du Québec. Statistiques du nombre de spécialistes et d'omnipraticiens datant du 1<sup>er</sup> janvier 1971 ; Statistiques du nombre d'omnipraticiens et de spécialistes au 20 avril 1972 ; Statistiques tirées du Tableau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec au 1<sup>er</sup> janvier 1979, 1<sup>er</sup> janvier 1989, 31 décembre 1995 et 31 décembre 2010.

L'état de santé de la population québécoise s'est amélioré de façon notable au cours des quatre derniers siècles et ce progrès n'est pas étranger à la mise en place d'un système professionnel et d'un réseau hospitalier. Par ailleurs, ce réseau subit encore des transformations importantes qui redéfinissent le rôle du pharmacien dans les établissements de santé. Par exemple, le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), issu de la fusion de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Hôpital Saint-Luc, espère compléter son projet d'un nouveau site d'ici la prochaine décennie. À Québec, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), issu

de la fusion de l'Hôtel-Dieu de Québec, de l'Hôpital Saint-François d'Assise et du Centre hospitalier de l'Université Laval, poursuit sa modernisation. En fait, les années 2000-2020 marqueront la modernisation des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec.

Outre ces facteurs, la profession pharmaceutique a subi des transformations intrinsèques découlant de l'évolution des connaissances scientifiques, du développement de l'industrie pharmaceutique ainsi que de la mise en place de programmes d'enseignement complets. Les prochains chapitres traiteront de ces changements.

- 1 Même si la nature et la disponibilité des sources de l'époque rendent difficile la quantification de la mortalité, on peut estimer que le taux de mortalité oscille entre 30 et 35 pour mille habitants à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle alors que le taux de mortalité infantile se situe à 245 pour mille habitants au début du XVIII<sup>e</sup> siècle pour une population qui passe de près de 4000 habitants à 65 000 en 1760, puis à plus de 112 000 en 1784, avant de dépasser le million d'habitants au Bas-Canada seulement en 1860. Voir Guérard F. *Histoire de la santé au Québec*. Montréal: Boréal Express, 1996, p. 14; Lessard R. *Se soigner au Canada aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*. Hull: Musée canadien des civilisations, 1989, p. 1 et Recensements du Canada de 1665 à 1871. *Site de Statistique Canada* [en ligne]: <http://www.statcan.gc.ca/pub/98-187-x/98-187-x2000001-fra.htm> (page consultée le 13 novembre 2009).
- 2 Séguin N, dir. *L'institution médicale*. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval, 1998, p. 177-180 (Coll. Atlas historique du Québec); Lessard R. *Se soigner au Canada aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*. Hull: Musée canadien des civilisations, 1989, p. 7-17; Guérard F. *Histoire de la santé au Québec*..., p. 15.
- 3 En effet, jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les mesures adoptées par les autorités françaises ou britanniques se limitent à quelques règlements et ordonnances dont l'obligation, à l'arrivée du printemps, de collecter les ordures accumulées durant l'hiver. Les routes ne sont pas pavées et le réseau d'égout est inexistant. Par ailleurs, aucune inspection des aliments n'est faite et les cimetières sont situés à l'intérieur même des villes. Ainsi, les villes deviennent rapidement des foyers de propagation des maladies, notamment par l'intermédiaire de l'eau, grand vecteur de contamination. Voir Guérard F. *Histoire de la santé au Québec*..., p. 15-16; Séguin N, dir. *L'institution médicale*..., p. 4.
- 4 Baillargeon D. *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal: les Éditions du remue-ménage, 2004, p. 35.
- 5 Avant l'introduction des antibiotiques dans le traitement des maladies, la tuberculose demeurait la première cause de mortalité au Québec. Voir Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec. Une histoire récente et tourmentée: 1921-2006*. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval, 2008, p. 11.
- 6 Voir Baillargeon D, *Un Québec en mal d'enfants*...
- 7 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec*..., p. 7-12, 73-74.
- 8 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec*..., p. 73-74, 135-137; Baillargeon D. *Naître, vivre, grandir. Sainte-Justine 1907-2007*. Montréal: Boréal, 2007, p. 120; Guérard F. *Histoire de la santé au Québec*..., p.63-64.
- 9 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec*..., p. 73-74, 135-137.
- 10 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Québec, 1981 à 2009. *Site de l'Institut national de santé publique du Québec* [en ligne]: <http://www.inspq.qc.ca/Santescope/element.asp?NoEle=200> (page consultée le 30 juin 2010).
- 11 Décès infantile et taux de mortalité infantile, Québec, 2003-2007. *Site de l'Institut de la statistique du Québec*. [en ligne]: [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_deces/309.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/309.htm) (page consultée le 24 juin 2010).
- 12 Alors que les hôpitaux avaient bénéficié sous le régime français de subventions accordées par les autorités royales, ce n'est qu'en 1801 que les autorités britanniques adoptent une loi pour financer les hôpitaux offrant des soins à la population, notamment aux indigents, aux invalides et aux aliénés. Ces montants servaient aussi à l'achat de pièces d'équipement ou à l'exécution de travaux d'agrandissement. Séguin N, dir. *L'institution médicale*..., p. 9-93.
- 13 La Loi de la quarantaine, adoptée en 1795, est considérée comme la première mesure d'hygiène publique appliquée au Bas-Canada. Elle est reconduite à plusieurs reprises jusqu'en 1887. Cette loi permet aux autorités d'imposer l'isolement aux navires en provenance d'Europe à bord desquels des maladies se sont déclarées durant la traversée. Puisque la loi nuit au commerce, divers moyens sont employés pour en contourner son application, limitant ainsi ses effets sur l'introduction des maladies contagieuses au Bas-Canada. Voir Guérard F. *Histoire de la santé au Québec*..., p. 15-16; Séguin N, dir. *L'institution médicale*..., p. 4; Goulet D, Paradis A. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal: VLB éditeur, 1992, p. 190-251 (Coll. Études québécoises).
- 14 À l'époque, la responsabilité des soins de santé est confiée aux municipalités qui, mal organisées et souvent encore de petites tailles, ne peuvent se doter d'un système de soins et privilégient donc le laisser-aller. Leurs seules interventions surviennent en temps de crise, pendant les épidémies, au cours desquelles elles construisent des hôpitaux temporaires pour accueillir les contagieux ou mettent sur pied des bureaux sanitaires rapidement démantelés à la fin d'une épidémie. Voir Guérard F. *Histoire de la santé au Québec*..., p. 28-29.
- 15 Le vaccin antivariolique est introduit au Bas-Canada en 1801. C'est en 1815 qu'une première loi visant à encourager la vaccination est adoptée et est rapidement révoquée. L'abandon de la vaccination aux mains du secteur privé (c.-à-d. hôpitaux, praticiens non diplômés) laisse la porte ouverte à des pratiques dangereuses, notamment l'inoculation, qui est interdite en 1853. Même si une loi adoptée en 1861 rend obligatoire la vaccination des enfants, les résistances persistent au sein de la population face à cette mesure, non seulement par crainte des effets du vaccin mais aussi en réaction au processus de médicalisation de la société. À ce sujet, voir Farley M, Keating P, Keel O. «La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle: pratiques, obstacles et résistances», dans Fournier M, Gringras Y, Keel O., dir. *Sciences et médecine au Québec: perspectives sociohistoriques*. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture, 1987, p. 101-151.
- 16 Séguin N, dir. *L'institution médicale*..., p. 79.
- 17 Guérard F. «Ville et santé au Québec. Un bilan de la recherche historique.» *Revue d'histoire de l'Amérique française (RHAF)* 1999 (été); 53 (1); 26-32; Séguin N dir. *L'institution médicale*..., p. 79.
- 18 *Loi de 1867 sur l'Amérique du nord britannique*, art. 92. Site du ministère de la Justice du Canada [en ligne]: <http://canada.justice.gc.ca/fra/pi/const/loireg-lawreg/p1t13.html> (page consultée le 30 juin 2010).
- 19 Goulet D. «Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique, 1886-1926.» *RHAF* 1996 (printemps); 49 (4): 491-520. Guérard F. «La formation des grands appareils sanitaires, 1800-1945» dans Séguin N. *L'institution médicale*... p. 75-115.
- 20 Cette loi a pour objectif d'aider au financement des hôpitaux qui éprouvent de graves difficultés financières à l'époque. Elle comporte deux volets, soit le financement de l'hébergement des indigents et le développement des institutions. La responsabilité du financement de l'hébergement des plus démunis est partagée également entre le gouvernement provincial, les municipalités et les institutions sanitaires. Une taxe d'amusement, qui est étendue à la fréquentation des restaurants et des hôtels en 1926, et la création de la Commission des liqueurs en 1929, sont deux formes de taxation imposées pour subventionner le programme d'assistance publique. Au fil des ans, les sommes ainsi consenties aux hôpitaux ne suffisent pas à couvrir les frais d'hébergement et la loi est contestée à de nombreuses reprises jusque dans les

- années 1950. Voir Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 19-34.
- 21 Guérard F. *Histoire de la santé au Québec...*, p. 39.
- 22 Guérard F. *Histoire de la santé au Québec...*, p. 49-50.
- 23 Le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall) déposé en 1964 recommande que des régimes de soins de santé complets et universels subventionnés par le gouvernement fédéral, selon une formule fondée sur les besoins fiscaux, soient mis sur pied dans chaque province après accord entre les deux paliers de gouvernement. Voir Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 102.
- 24 Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair). *Solutions émergentes. Rapport et recommandations*. Québec, MSSS, 2000.
- 25 MSSS. *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*. Québec, 1999.
- 26 Comité d'experts sur la révision du processus de décision pour la couverture des médicaments. *Rapport du comité sur les questions relatives au processus de décision pour la couverture des médicaments*, 1999.
- 27 Comité d'experts sur l'assurance médicaments. *L'Assurance médicaments : des voies de solution*. Québec, 1996.
- 28 Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec. *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*, 2001.
- 29 MSSS. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Rapport du groupe de travail*. Québec, Direction des communications du MSSS, 1999.
- 30 MSSS. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations. Rapport et recommandations du comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec, 2005.
- 31 MSSS. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité. Document de consultation*. Québec, 2006.
- 32 MSSS. *Soins, enseignement, recherche. Au cœur de la cité. Rapport de la Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill*. Québec, Direction des communications du MSSS, 2004.
- 33 MSSS. *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers. Rapport du comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés*. Québec, Direction des communications du MSSS, 2002.
- 34 MSSS. *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. En avoir pour notre argent*. Québec, Gouvernement du Québec, 2008.
- 35 Goulet D, Paradis A. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec...*, p. 55-64. Pour connaître le récit de fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec, consultez Rousseau F. *La Croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec. Tome 1 : 1639-1892*. Sillery : Septentrion, 1989.
- 36 L'Hôpital de la Marine ferme ses portes en 1890 et est vendu aux Sœurs du Bon Pasteur qui en font un orphelinat (Hospice Saint-Charles). Cet établissement devient par la suite l'Hôpital des Anciens Combattants (Hôpital Sainte-Anne) en 1917, lequel ferme ses portes en 1951. Goulet D, Paradis A. *Trois siècles d'histoire médicale au Québec...*, p. 81.
- 37 Cette tendance est particulièrement marquée à partir de 1840 à Montréal et à Québec où de nombreux hospices ouvrent leurs portes pour aider les plus démunis, notamment les sourds, les muets ou les aveugles. Des maternités et des crèches sont aussi mises sur pied pour accueillir les «filles-mères» et leurs enfants et des dispensaires permettent aux indigents de consulter un médecin, de recevoir des soins et des médicaments gratuitement. Voir Guérard F. *Histoire de la santé au Québec...*, p.23; Séguin N, dir. *L'institution médicale...*, p. 93-94.
- 38 Cet hôpital comprend 24 lits à son ouverture. Goulet D, Paradis A. *Trois siècles d'histoire médicale...*, p. 69.
- 39 Goulet D, Paradis A. *Trois siècles d'histoire médicale...*, p. 96; 118.
- 40 Séguin N, dir. *L'institution médicale...*, p. 101.
- 41 Pour des détails concernant leur fondation et les difficultés liées au financement de ces établissements, voir Goulet D, Hudon F, Keel O. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*. Montréal : VLB éditeur, 1993; Baillargeon D. *Naître, vivre, grandir...*
- 42 Séguin N, dir. *L'institution médicale...*, p. 101.
- 43 Guérard F. *Histoire de la santé au Québec...*, p. 68; Séguin N dir. *L'institution médicale...*, p. 94.
- 44 Guérard F. *Histoire de la santé au Québec...*, p. 74.
- 45 Perron N. *Un siècle de vie hospitalière au Québec : les Augustines et l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi 1884-1984*. Chicoutimi : Presses de l'Université du Québec; Sillery : Augustines de la Miséricorde de Jésus, 1984.
- 46 Guérard F. *Histoire de la santé au Québec...*, p. 54.
- 47 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 71-72.
- 48 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 147.
- 49 *Site du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada* [en ligne]: [http://crmcc.medical.org/about/history\\_f.php](http://crmcc.medical.org/about/history_f.php) (page consultée le 11 juin 2010).
- 50 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 124.
- 51 Petitot A. *Les infirmières : de la vocation à la profession*. Montréal : Boréal, 1989; Cohen Y, Bienvenue L. Émergence de l'identité professionnelle chez les infirmières québécoises, 1890-1927. *BCM/H/BCHM* 1994; 11 : 119-51; Cohen Y, Dagenais M. Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle. *RHAF* 1987 (automne); 41 (2); 155-77.
- 52 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 125-126; Prud'homme J. *Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec, 1940-1945*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval, 2005; Fahmy-Eid N, Piché L. Le savoir négocié. Les stratégies des associations de technologie médicale, de physiothérapie et de diététique pour l'accès à une meilleure formation professionnelle (1930-1970). *RHAF* 1990; vol. 43 (4) : 509-534.
- 53 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 221.
- 54 Gaumer B. *Le système de santé et des services sociaux du Québec...*, p. 154.
- 55 *Site du Conseil interprofessionnel du Québec* [en ligne]: <http://www.professions-quebec.org/index.php/fr/element/visualiser/id/62> (page consultée le <http://www.professions-quebec.org/index.php/fr/element/visualiser/id/62> (page consultée le 30 juin 2010)).

