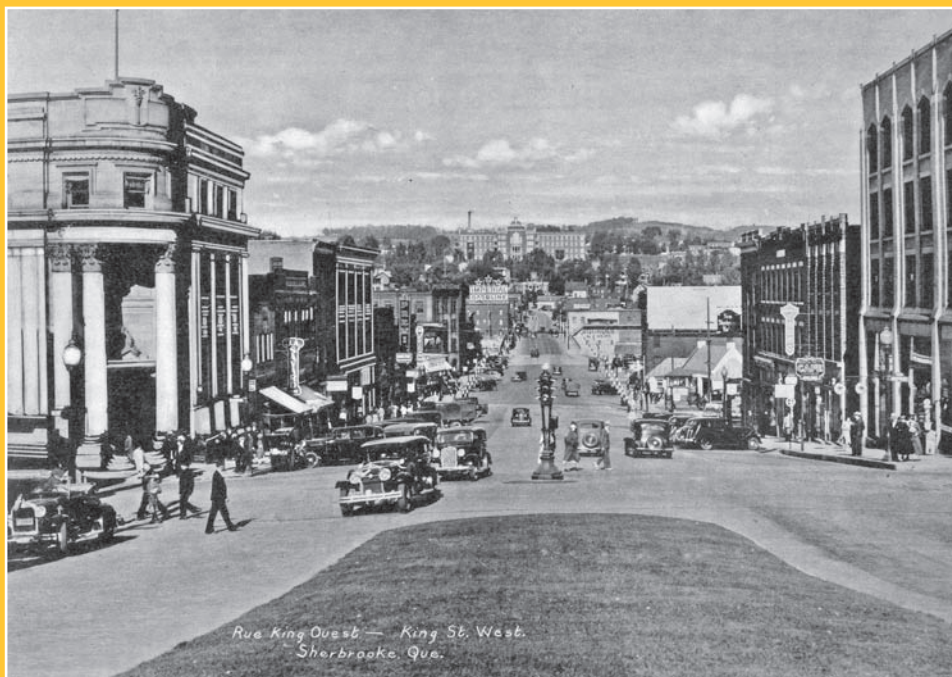


# JOURNAL OF EASTERN TOWNSHIPS STUDIES

---

## REVUE D'ÉTUDES DES CANTONS-DE-L'EST



*Rue King Ouest — King St. West.  
Sherbrooke, Que.*

## EDITORIAL AND MANAGEMENT COMMITTEE

### COMITÉ DE RÉDACTION ET DE GESTION

---

|                       |                                                                                        |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Tom Fletcher          | Bishop's University<br>(Environmental Studies and Geography)<br><i>Editor in chief</i> |
| Barry Edginton        | University of Winnipeg<br><i>Guest Editor</i>                                          |
| Anne-Marie Arseneault | Université de Moncton<br><i>Guest Editor</i>                                           |
| Jaroslava Baconova    | Executive Director, ETRC/CRCE<br><i>Editorial Assistant</i>                            |
| Julie Frédette        | <i>Copy Editor</i>                                                                     |

## ADVISORY COMMITTEE

### COMITÉ CONSULTATIF

---

|                        |                                            |
|------------------------|--------------------------------------------|
| D. Bardati             | University of Prince Edward Island         |
| J. Derek Booth         | Bishop's University                        |
| C. Bourget             | Cégep de Sherbrooke                        |
| J-M. Dubois            | Université de Sherbrooke                   |
| L. Lacroix             | Université du Québec à Montréal            |
| G. Laperrière          | Université de Sherbrooke                   |
| J.I. Little            | Simon Fraser University                    |
| J.O. Lundgren          | McGill University                          |
| A. Morin               | Université de Sherbrooke                   |
| Monique Nadeau-Saumier | Jarilowsky Institute / Institut Jarilowsky |
| D. Pushkar             | Concordia University                       |
| Jonathan Rittenhouse   | Bishop's University                        |
| D. Saint-Laurent       | Université de Trois-Rivières               |
| A. Sirois              | Sherbrooke                                 |
| P. Southam             | Université de Sherbrooke                   |
| M. Van Die             | Queen's University                         |
| R.W. Vaudry            | University of Alberta                      |
| B. Young               | McGill University                          |

# JOURNAL OF EASTERN TOWNSHIPS STUDIES

---

## REVUE D'ÉTUDES DES CANTONS-DE-L'EST

---

No 34  
2009

---

### ACKNOWLEDGMENTS / REMERCIEMENTS

For this issue the editor of the  
*Journal of Eastern Townships Studies* /  
*Revue d'études des Cantons-de-l'Est* gratefully  
acknowledges the financial assistance of:

**BISHOP'S UNIVERSITY**  
**OUR SUBSCRIBERS**

Pour ce numéro le rédacteur de la  
*Revue d'études des Cantons-de-l'Est* /  
*Journal of Eastern Townships Studies* tient à  
remercier de leur généreux soutien financier :

**UNIVERSITÉ BISHOP'S**  
**NOS ABONNÉS**

The *Journal of Eastern Townships Studies (JETS)* is a refereed journal published by Eastern Townships Resource Centre (ETRC). *JETS* is indexed in the *Canadian Periodical Index*, *Canadian Index* and *CBCA*. The journal is accessible online in Micromedia's *CBCA Fulltext* database and Information Access Company's *Canadian Periodical Index* database. We welcome manuscripts relating to the Eastern Townships in all disciplines of the social sciences and humanities. Manuscripts in English should be between 2000 and 7000 words and conform to the principles of the *JETS* stylesheet. Please supply one copy of your text in manuscript, double-spaced throughout, and one copy on CD. Articles and works in progress should be accompanied by an abstract, in both French and English, of approximately 100 words. For a copy of the stylesheet or to submit manuscripts, write to:

ETRC, Bishop's University, 2600 College St., Sherbrooke, QC, J1M 1Z7

La *Revue d'études des Cantons-de-l'Est (RÉCE)* est une revue scientifique publiée par le Centre de ressources pour l'étude des Cantons-de-l'Est. Les articles parus dans la *RÉCE* sont répertoriés dans l'*Index des périodiques canadiens*, *Canadian Index* et *CBCA*. La revue peut être consultée dans la base de données *CBCA Fulltext* de Micromedia et dans celle de l'*Index des périodiques canadiens* de la Information Access Company. Nous invitons les chercheurs et chercheuses de toutes les disciplines des sciences sociales et humaines à nous soumettre des articles portant sur les Cantons-de-l'Est. Nous acceptons des textes de 2 000 à 7 000 mots, saisis sur traitement de texte à double interligne, et présentés selon les normes de publication de la discipline de spécialisation. Le texte imprimé doit être accompagné d'un fichier sur disque compact. Les articles et les bilans doivent être accompagnés d'un résumé d'une centaine de mots en français et en anglais. Veuillez faire parvenir vos articles au :

CRCE, Université Bishop's, 2600, rue College, Sherbrooke (Québec) J1M 1Z7

Cover illustration/*Illustration de la couverture :*

*Rue King Ouest avec la vue sur l'hôpital général Saint-Vincent-de-Paul en milieu —  
King St. West with the view on Saint-Vincent-de-Paul-General Hospital, ca.1936.*  
Source: ETRC/CRCE, P998/090/005/001 *Souvenirs de Sherbrooke, Québec, Canada =  
Souvenir of Sherbrooke, Quebec, Canada [GM]. [193-?].*

Design : VisImage

Printing/Impression : Imprimeries Transcontinental, division Métrolitho

Legal deposit / Dépôt légal : 1<sup>st</sup> quarter, 2010 / 1<sup>e</sup> trimestre 2010

© 2010 ETRC and the authors / CRCE et les auteurs

NO 34  
2009

## TABLE OF CONTENTS TABLE DES MATIÈRES

### JOURNAL OF EASTERN TOWNSHIPS STUDIES REVUE D'ÉTUDES DES CANTONS-DE-L'EST

|                                           |   |
|-------------------------------------------|---|
| GUEST EDITORS' NOTE                       | 4 |
| NOTE DES DIRECTEURS SCIENTIFIQUES INVITÉS | 5 |

#### ARTICLES

|                                                                                                                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Culture, Language and Self-Assessments of Future Health:<br>Anglophones and Francophones in Quebec's<br>Eastern Townships / <i>Dale Stout, Claude Charpentier,<br/>Myriam Chiasson and Emmalie Filion</i> | 7  |
| L'histoire de la médecine et des soins de santé rappelée dans<br>la toponymie de la ville de Sherbrooke / <i>Jean-Marie M. Dubois<br/>and Gérard Côté</i>                                                 | 31 |
| Au confluent du corps, de sa représentation et de son<br>diagnostic : L'art contemporain prend le pouls<br>de la médecine / <i>Gentiane Bélanger</i>                                                      | 59 |
| Info-Santé: A Brief History of Telephone Health Care<br>Consultation in the Eastern Townships / <i>Norma Husk</i>                                                                                         | 77 |

#### ARCHIVES

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| The Child Welfare Clinic of Sherbrooke fonds (P151)<br>/ <i>Jody Robinson</i> | 87 |
| NOTES ON CONTRIBUTORS / BIOBIBLIOGRAPHIES                                     | 93 |

## GUEST EDITORS' NOTE

---

This special issue of the *Journal of Eastern Townships Studies* (JETS, Volume 34) consists of articles that explore different aspects of the history of medicine and health-care services in the Eastern Townships. The research projects presented here cover a number of subjects related to medicine in its broadest meaning. What is of particular interest in these papers is that two, the article on Culture, Language and Self-Assessment and the article on Art and Medicine, are subjective interpretations of Health and Medicine. The authors discuss various themes such as the relationship between medicine and art, self-ratings of health according to language and culture and the history of specific health care services. The article by Norma Husk leads us through a transition period in the development of Health Care Services as do the materials from the Archives provided by Jody Robinson. Lastly, the study of the influence that the medical world and its key regional figures have had on the toponymy of the city of Sherbrooke should encourage other towns and cities to explore a similar aspect of their own history. This article by Dubois and Côté illustrates the reflection of Health Care and Medicine in place names that gives us a view to how a city sees itself.

## NOTE DES DIRECTEURS SCIENTIFIQUES INVITÉS

---

Ce numéro spécial de la *Revue d'études des Cantons-de-l'Est*, (RÉCE, Volume 34) regroupe une série d'articles qui explorent différentes facettes de l'histoire de la médecine et des services de santé dans les Cantons-de-l'Est. Les travaux de recherche représentent un éventail de sujets reliés à la médecine au sens large. Les articles portant sur la culture, la langue et les auto-évaluations de la santé ainsi que sur les rapports entre l'art et la médecine sont d'un intérêt particulier puisqu'ils rendent compte d'interprétations subjectives de la santé et de la médecine. Les auteures et auteurs discutent de thèmes variés, dont les rapports entre la médecine et l'art, l'auto-évaluation de la santé selon la langue et la culture ainsi que l'histoire de certains services de santé. L'article de Norma Husk retrace pour nous les événements marquant la période de transition que représentait le virage ambulatoire dans le développement des services de santé en Estrie, et les documents archivistiques commentés par Jody Robinson éclairent encore une autre facette de l'histoire de la médecine dans cette région. Enfin, l'étude de l'influence du monde médical et de ses personnages clés présentée dans le survol de la toponymie sherbrookoise offerte par messieurs Dubois et Côté devrait encourager d'autres municipalités à explorer cet aspect de leur histoire. Cet article démontre bien comment une ville se représente en partie grâce à l'histoire de la médecine et des services de santé.

Anne-Marie Arseneault

Barry Edginton



# CULTURE, LANGUAGE AND SELF-ASSESSMENTS OF FUTURE HEALTH: ANGLOPHONES AND FRANCOPHONES IN QUEBEC'S EASTERN TOWNSHIPS<sup>1</sup>

---

**Dale Stout, Claude Charpentier**

*Bishop's University*

**Myriam Chiasson, Emmalie Fillion**

*Université du Québec à Trois-Rivières*

## ABSTRACT

This study examines subjective ratings of health (SRH) by Francophones and Anglophones living in the Eastern Townships. Global self-ratings of health are regarded as sensitive predictors of future health states, mortality, functional decline and disability, and utilization of the health-care system. Yet despite their pragmatic value, SRH are poorly understood. Along with a spontaneous monitoring of present health states, culture and language are listed as determinants of SRH. Few studies exist, however, that clearly delineate the direction and degree of effect that culture and language have on SRH. Adopting a temporal assessment of SRH, we asked 358 Anglophones (N=176) and Francophones (N=171) from the Eastern Townships, aged 18 to 95, to rate their health in the past, present, and future. To isolate culture and language effects we also asked participants to rate their future health if they "remained in Quebec". Results revealed a significant interaction between age and temporal ratings of health (SRH). Turning to the effects of location (unspecified or "in Quebec") on future health ratings, there was a significant interaction with language. Post hoc tests revealed no significant differences in Francophones' future health ratings (unspecified or "in Quebec") but a significant ratings drop was noted for Anglophones if they "remained in Quebec". After controlling for bilingualism, this interaction remained statistically significant.

## RÉSUMÉ

*La présente recherche porte sur les estimations subjectives du bien-être physique des francophones et anglophones de la région des Cantons-de-l'Est. Globalement, de telles estimations sont considérées des indicateurs prévisionnels particulièrement justes en*

*ce qui concerne l'état de santé futur, le taux de mortalité, la perte d'autonomie, l'invalidité et les recours aux services du système de santé. Pourtant, malgré leur valeur pragmatique, ces estimations sont encore mal comprises. En plus d'un contrôle spontané de l'état de santé actuel de la population, la culture et la langue sont également des facteurs déterminants de ces estimations. Il existe cependant peu d'études qui illustrent qualitativement et quantitativement les effets de la culture et de la langue sur les estimations subjectives de bien-être physique. En adoptant une forme d'évaluation diachronique des estimations de bien-être physique, nous avons demandé à 358 anglophones (N=176) et francophones (N=171) des Cantons-de-l'Est, âgés de 18 à 95 ans, d'évaluer leur état de santé dans le passé, au présent et à l'avenir. Afin d'isoler les effets de langue et de culture, nous avons également demandé aux participants d'évaluer leur état de santé futur s'ils « demeuraient au Québec ». Les résultats démontrent une corrélation importante entre l'âge et les évaluations diachroniques du bien-être physique. En ce qui concerne l'influence du lieu (non-spécifié ou « au Québec ») sur les évaluations de l'état de santé futur, la langue s'est avérée un facteur déterminant. Des évaluations post-hoc n'ont révélé aucune différence significative chez les évaluations de l'état de santé futur des francophones, mais les anglophones, quant à eux, évaluaient leur état de santé futur à la baisse lorsque l'on spécifiait qu'il s'agirait d'un avenir « au Québec ». Même après un contrôle du bilinguisme, cette interaction des facteurs est demeurée significative.*

---

"The harmony which is hidden is always stronger than that which is revealed."

—Heraclitus Fragment 54 (translated by Gadamer, 1996)

Our experiences of good health linger below the surface of consciousness. We draw attention to this thankful forgetfulness whenever we toast it among friends: "Santé!" Health is not as easily objectified as illness is. Symptoms of illness are catalogued and measured from the outside by medical professionals, who, in turn, project these symptoms away from our particular body onto the fictitious body of everyone who has ever suffered from that malady. Though we suffer, our illness constitutes a shared state of knowledge. Health, on the other hand, has no symptomatology. Just as our experience of silence is not simply a matter of the absence of sound, so too is our experience of health not simply an absence of illness. Its objectification rests with the statistical patterns gathered from people's subjective assessments of their own health.

As Ryff & Singer (1998) put it, health is a state of well-being, not the absence of a state of ill-being. Their affirmation draws from a definition used by the World Health Organization claiming that

"health is a state of complete positive physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (World Health Organization, 1948). A cursory review of the literature demonstrates easily enough that the adopted criteria for evaluating health have changed (even for Government Agencies<sup>2</sup>). The focus has been redirected to take account of its social and environmental determinants (Frankish, Green, Ratner, Chomik, & Larsen, 1996). But here is the rub: we do not have an objective measure of health, a "gold standard" as Jylha (2009) calls it, which would set the criteria of comparison with other measures of health.

What we have as an indicator of health, and one that has been relied on ever since medicine has been practiced, is the simple self-report. The research literature refers to this as a "subjective rating of health" (SRH). These self-assessments are oddly practical and fairly accurate predictors of future health (Hasson, Bengt, Tores, & Anderberg, 2006; Sun, Watanabe, Tanimoto, Shibutani, Kono, Saito, Usuda & Kono, 2007; Benyamini, Blumstein, Lusky & Modan, 2003). The problem with SRH stems from a lack of clarity as to what underlies their make-up. For example, Kaplan & Baron-Epel (2003) found that across all age groups and health ratings, "general feeling" was the most frequently stated influence on SRH. The idea that "general feeling" might be akin to a "general sense of well-being" lends support to Seligman's (2008) claim that positive psychology<sup>3</sup> can help us better understand health. Health itself, however, might be a significant contributor to subjective well-being (SWB), as suggested by Diener, Kesebir, & Lucas (2008). An earlier claim by Okun & Stock (1987) had stated that the two best predictors of well-being among older people are health and religiousness.

There is little question that SRH are multi-dimensional measures. These assessments are drawn from different sources at different times in our lives, and they vary as a function of sex, age, and ethnicity (Deeg & Bath, 2003; Benyamini, et al., 2003; Idler, 2003; Kaplan & Baron-Epel 2003; Newbold, 2005; Abdulrahim & Baker, 2009). In one of the few studies examining age differences and SRH, Kaplan & Baron-Epel (2003) found that people's age as well as their state of perceived health influenced their choice of a health comparison group. Younger participants with high SRH compared themselves to other young people, while those with lower SRH did not make age group comparisons. Old people with low SRH, however, tended to compare themselves to their own age group, while those with high SRH did not. Kaplan & Baron-Epel (2003) concluded that people try to cast their health in a positive light.

The context within which we make our SRH is not inert. Fleury (1998) makes this point, arguing that social and cultural contexts are not passive backdrops against which to understand self-assessments of health. Background conditions shape our conversations about health and inform our expectations (Staudinger, Fleeson, and Baltes, 1999). In their study of SRH by French and Italian subjects, Desesquelles, Egidi & Salvatore (2009) found that health assessments varied according to differences in social representations of physical disorders. They noted cultural differences in the experiencing of the same physical disorders. Their findings echo those of Zola (1966) whose early study underscored the role played by culture in shaping people's experiences and reports of symptoms.

Other studies involving the SRH of immigrants highlight the relevance of context and culture for understanding SRH (Abraido-Lanza, Dohrenwend, Ng-Mak, and Turner, 1999; Frisbie, Cho, and Hummer, 2001). Immigrants leaving their country of origin to live in another are the embodiment of contextual change, that is, in a very short transition time they leave the cultural context of their home country to take up residence in an entirely new culture. These investigations often show what has been called the "healthy immigrant effect". This phenomenon is marked by immigrant's high self-assessments of health upon arrival in a new country only to be followed by a decline after several years. The reasons for this are not well understood. Some researchers propose that access to the medical system has been compromised because its service providers lack cultural sensitivity. Newbold (2005) suggests that, over time, immigrants realize that their social and cultural position in the host society is lower than initially anticipated, leading to increased feelings of despondency. Abdulrahim & Baker (2009) stress the importance of including a measure of language preference in SRH studies for non-English immigrant groups. They found that Arab-Americans who had a preference for Arabic had lower SRH than English-speaking immigrants and US born Arab-Americans, suggesting that a poor command of the English language limited their access to health care. They also thought that less acculturated Arab-Americans experienced more acculturative stress which in turn affected their health ratings. The lesson to be taken from these studies is that the living context and language of minority groups impact SRH.

### **The Present Study**

We are interested in determining the effects culture has on subjective ratings of health among the French and English-speakers in the

Estrie region of Quebec. Of course, settling on what constitutes a culture is complex. The anthropologist Wade Davis (2009) remarked that, "Perhaps the closest we can come to a meaningful definition of *culture* is the acknowledgement that each is a unique and ever-changing constellation we recognize through the observation and study of its language, religion, social and economic organization, decorative arts, stories, myths, ritual practices and beliefs, and a host of other adaptive traits and characteristics." Although undertaking such a qualitative analysis of French and English culture in Quebec would be valuable for future research, we adopted a simplified approach to cultural identification. We selected participants by mother tongue.

We opted for mother tongue as a form of cultural identification over "first official language spoken" because our first language issues from a depth of trust that is wholly unconscious<sup>4</sup>. It is the language of family stories, whispered secrets, and myths. It is the language of the supper table, of "good nights" and "good mornings", all of which are woven into the fabric of our imagination. Given this, we thought that mother tongue identity provides a marker as to how different cultures occupy the same geographical spaces. The fact that culture affects SRH is not in dispute. Empirically showing these effects is the challenge.

### **Culture, Language and Subjective Rating of Health**

Culture and language are integral to our self-concept. How we go about our daily life reflects where we live. The way we occupy Sherbrooke – its institutions, public bureaucracies, universities, schools, shops, restaurants, and grocery stores – is different from the way we would occupy some other city, e.g. Calgary. This is true, not just in what we see, but in what we are reminded of, and in what we can expect to receive from or give back to the community. For example, if you are French-speaking and live in Calgary, you are immersed in an English-speaking public and therefore constantly reminded of your minority status. This will in turn bear on how you think about yourself. If you are French-speaking and live in Sherbrooke, however, the situation is quite different. If you are English-speaking and live in Sherbrooke, on the other hand, you will be mindful of your minority status as regards language and culture, and this will affect self-identity.

Within this context of ideas, we looked at Quebec as affording the possibility of elucidating the relationship between location, language, and health ratings. Occupying the same geographical space

are French and English-speaking Quebecers who yet stand in different relations to the greater North American English culture and the salient Quebec French culture.

### **“Enduring” Self-concept and SRH**

Bailis et al. (2003) tested two models of SRH. Using longitudinal data from 7505 Canadian residents who participated in a National Population Health survey (1994–95 & 1996–97), they wanted to know if SRH are influenced more by a “spontaneous assessment of one’s health status” or by an “enduring self-concept”. The “spontaneous assessment” model construes SRH as being responsive to physical, social, and functional components of health – like body mass index, cigarettes smoked, alcohol consumption, exercise, social support, and mobility. The “enduring self-concept” model suggests that SRH are less influenced by physical indicators but more responsive to beliefs about one’s health. This view suggests, then, that there is a possible disjunction between SRH and actual physical indicators of health status. Through a series of precise predictions derived from each model, Bailis et al. (2003) found more support for the “enduring self-concept” model. Over a two year period, for example, they found that even though some participants experienced changes in their physical health status (through disease, heart failure, social support), their SRH remained stable. This kind of temporal stability in SRH, despite changes in health indicators, was thought to reflect the influence of an enduring self-concept on SRH.

In keeping with Balis’s suggestion that an “enduring self-concept” affects SRH, it follows that the physical consequences of aging would have little influence on self assessments of health. Although self-concept adjusts to the experiences of aging, personality structures are typically resistant to change. We expect then that SRH by each age category (young, middle-aged, and elderly)<sup>5</sup> would produce similar ratings of present health even though common sense dictates that a more aged body would be less physically healthy.

Other temporal ratings (past and future) would also be expected to follow the patterns typical of age-group identity as shown in other self-referential measures like subjective well-being (Lachman, Rocke, Rosnick, & Ryff, 2008; Stout, Fillion, Chiasson, de Man, Charpentier, & Pope, 2008; Staudinger, Bluck, & Herzberg, 2003). Self-schemas, according to Markus & Nurius (1986), are selective and constructed so as to reflect personal concerns of enduring salience, protecting us from worrisome and stressful “possible

futures". If young people tend to engage in positive future self-enhancement, then their choice of a "possible future self" would reflect a healthier self than the present one. Ascertaining this empirically should provide support for Bailis, et al.'s "enduring self-concept" model of subjective ratings of health.

Further, consistent with research on ratings of subjective well-being (SWB), we expect the older-aged group's ratings of past SRH to be higher, and their future SRH lower, than present health ratings. As we age, we expect to suffer more from ill health and in looking back to earlier times, we see ourselves as being in better health. Finally, consistent with the findings on SWB, we expected that middle-aged participants would reflect a stable pattern of temporal SRH, paralleling their SWB ratings.

We summarize our expectations with the following hypothesis:

**Hypothesis 1:** We expect temporal SRH to follow similar patterns to those found in subjective well-being studies: a) SRH for the present will not be significantly different across age categories; b) SRH for the future will be higher for the young age group and lowest for the elderly group; c) SRH by the middle-aged group will be fairly constant across temporal categories.

### **Future-Oriented Thinking: Isolating the Effect of Culture on SRH.**

Because culture is so pervasive, it is difficult to isolate its effect on such a simple measure as subjective ratings of health. We surmised, however, that French and English-speakers have different experiences with Quebec's health care system. They share things like delays in medical delivery, but not those delays that come with trying to understand the words of a medical consultation. These experiences might affect how each linguistic group envisions their future in this province. Inasmuch as one's self-concept influences SRH, Anglophones and Francophones might provide different future health ratings when framed within the Quebec context.

The psychology of "future-oriented thinking" has gained more attention since Markus & Nurius (1986) addressed the relationship between "possible selves" and the influence of future expectations on daily living. According to Aspinwall (2005), current actions are shaped in accordance with future expectation. Worrisome thoughts about the future are defended against through selective attention to those things that can boost our self-concepts. These self-schemas in turn are projected onto the future accompanied by concerns of the present. It might be this interplay of taking the present to the

future, the future being imagined in the present, which provides the “enduring” quality of our self-concept that Bailis et al. (2003) alluded to.

It would seem that where we envision our home in the future ties in with the complexity of our current lives. Where we plan to live may indeed affect how we rate our future health. Since we tend to optimize our future health, we accordingly imagine our physical location to be one that minimizes stress and uncertainty. In the present study, rather than leaving future location unspecified, we asked our participants to think about their future health if they were to “stay in Quebec”. By specifying a future location, we thought that this would make salient the different health experiences encountered by Anglophones and Francophones. By making these experiences more salient, we thought this might in turn influence their SRH. This would lend support to those studies suggesting that cultural context and language are important considerations as determinants of SRH. Several hypotheses follow from this simple manipulation.

**Hypothesis 2:** As SRH are sensitive to culture and language, we expect *no* difference in Francophones’ and Anglophones’ ratings of future health unspecified as to location. When each linguistic group is primed to consider where they might be living in the future (i.e. Quebec), we expect to find differences in Francophones’ and Anglophones’ projected SRH. While Francophones’ ratings would be unaffected by the different statements relating to the future, we expect Anglophones’ health ratings to drop when asked to think about a future in Quebec.

**Hypothesis 3:** If Anglophones’ experiences with Quebec’s health care system reflect only those concerns associated with language issues (and not cultural ones), then Anglophones who are fluently bilingual should have similar experiences as Francophones. If this is the case, then we would expect that suggesting a future location (Quebec) would have a similar effect on SRH for bilingual Anglophones and Francophones. In other words, if the difficulties experienced by Anglophones living in the Townships (i.e. limited access to English health services) reflect language and not culture, then these should be attenuated as a function of bilingualism. We predict that when cued to consider a future in Quebec, the drop in Anglophones’ SRH would be generally proportional to their level of bilingualism.

## Method

### *Participants*

Research participants were drawn from across the Eastern Townships. Our aim was to have a diverse sample in terms of education, age, and type of employment. All contacts were initiated through face-to-face meetings. No phone interviews were conducted, nor were responses solicited through electronic means (email or other Web-based survey approaches). We approached people at shopping malls, country fairs, and senior citizens' homes. We canvassed neighborhoods. We met people in their homes, at their workplaces, and through university classes. Though not a random sample in any technical sense, nothing was systematic in our selection of participants. People were simply asked if they would like to take part in a survey. If they agreed, we asked them to read and sign a consent form. This form outlined the purpose of the study and their rights as participants, while providing them with contact information should they have any questions or demonstrate interest in our research findings. Following this, all participants were asked to answer a series of questions on a Life Satisfaction Scale.

Our sample included 358 subjects, of which 171 were Francophones and 176 were Anglophones. Eleven participants specified their mother tongue as "other". Ages ranged from 18 to 95 years old. Genders were balanced (163 females and 172 males), while the remaining people did not specify their gender.

We categorized our participants into three age groups. The young group consisted of 103 subjects aged 18 to 38 with a mean age of 26.5 years. The middle-aged group ( $N=168$ ) ranged in age from 39 to 64 years old, with a mean age of 49 years. Our last category, the older-aged group ( $N=82$ ) ranged in age from 67 to 95 years, with a mean age of 79. Five participants who did not include their age were excluded from the study. The age ranges within our categories were chosen so as to facilitate comparisons with age ranges used in previous studies, in particular with Staudinger et al. (2003).

As we did not want differences in SRH to reflect economic differences among groups, we compared their ratings on financial satisfaction. We found that while the elderly were the most satisfied, they did not differ significantly from the middle-aged group. Both the elderly and middle-aged subjects, however, were more satisfied with their finances than were the younger adults ( $F_{(2, 350)} = 7.44$ ,  $p = .001$ ).

Finally, the distribution of Francophones and Anglophones within each age category was as follows: in the young group there were

55 Francophones and 45 Anglophones; in the middle-aged group there were 74 Francophones and 91 Anglophones; lastly, the older-aged group was made up of 42 Francophones and 40 Anglophones.

Measures and Design

*Self-ratings of Health*

Drawing from Lachman et al. (2008), but with some slight variation in wording so as to manipulate future location, we asked participants the following health assessment question (with three temporal variations):

In comparison with others, on a scale from 0 to 10 where 0 means “the worst possible you can imagine” and 10 means “the best possible,” how would you rate (or expect to rate) your physical health: these days, 10 years ago, 10 years into the future, and in 10 years if you stay in Quebec?

*Covariates*

We used only one covariate for this study. We asked participants to rate their degree of bilingualism (French & English) on a scale from 1 to 7 where ‘1’ means “not at all” and ‘7’ means “very”.

Results

As expected in our first hypothesis, we found no significant difference in subjects’ present health ratings across age categories,  $F_{(2,351)} = 1.8$ ,  $p > .05$  (for means and standard deviations, see Table 1). While we might think that the elderly would provide lower health ratings given the increased incidence of illness, this is not supported by the present data.

| Age Category           | Mean | Std. Deviation | N   |
|------------------------|------|----------------|-----|
| Young<br>(18–38)       | 7.38 | 1.73           | 103 |
| Middle-aged<br>(39–64) | 7.12 | 1.74           | 169 |
| Old-aged<br>(65–95)    | 6.88 | 1.95           | 82  |

Table 1: Means, Standard Deviations, and Sample Size for SRH in the Temporal Present

We conducted a 3 (age category) by 3 (temporal category: past, present, future) by 2 (mother tongue: French/English) analysis of variance with repeated measures across temporal categories using SRH as our dependent measure. As expected, no significant main

effect was found for mother tongue,  $F_{(1,330)} = .993$ ,  $p > .05$ . This means that in each age category, Anglophones and Francophones behaved similarly with respect to SRH. So as to simplify our analysis, we removed mother tongue as a variable since it had no effects that might differentiate groups. We conducted a 3 (age) by 3 (temporal category) analysis of variance with repeated measures across temporal categories. SRH remained our dependent measure. As expected we found a significant main effect of Time,  $F_{(2,680)} = 32.34$ ,  $p = .000$ , suggesting that SRH varied according to the temporal period of assessment (past, present or future). In a follow-up analysis we found that ratings of past health were higher than both present and future SRH ( $p < .000$ ), and that present and future SRH were not significantly different from each other.<sup>6</sup> This suggests that when we are younger, we think of ourselves as healthier. As expected, the analysis revealed a Time by Age interaction,  $F_{(2,680)} = 18.99$ ,  $p < .000$ . This pattern suggests that age matters when we rate our health temporally, as shown in the graph depicted below (Figure 1). Note that the young subjects rated their future health highest, while those belonging to the other two age groups gave lower ratings for future health.

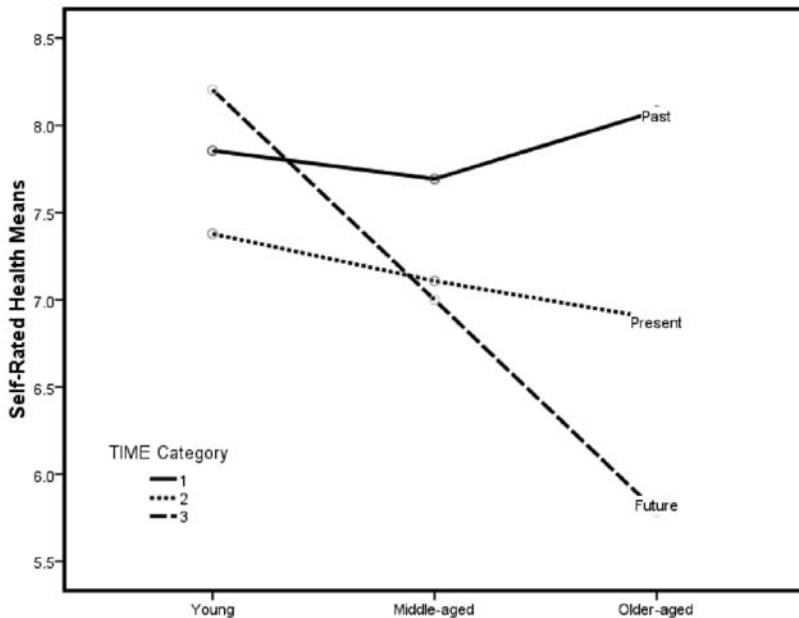


Figure 1: Mean Subjective-Ratings of Health showing the interaction of Age by Time (past, present & future).

In order to assist our interpretation of Figure 1, we conducted a series of one way analyses of variance for each age category with repeated measures across time (past, present, & future) using SRH as the dependent variable. A significant main effect for time was found for each age category (Table 2). This tells us that within each age category, SRH are different depending on the temporal context of the rating.

| Age Category                                                                                                                                                                                                                                       | Past                  | Present               | Future                | F-Value            | Overall Means |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------------|
| Young<br>(18–38)                                                                                                                                                                                                                                   | 7.85<br>(1.83)        | 7.38<br>(1.73)        | <b>8.2</b><br>(1.39)  | 10.36**<br>(2,204) | 7.81          |
| Middle-aged<br>(39–64)                                                                                                                                                                                                                             | <b>7.69</b><br>(1.95) | 7.11<br>(1.76)        | 7.00<br>(1.77)        | 10.67**<br>(2,330) | 7.21          |
| Old-aged<br>(65–95)                                                                                                                                                                                                                                | <b>8.08</b><br>(1.93) | <b>6.89</b><br>(1.80) | <b>5.78</b><br>(2.53) | 35.71**<br>(2,146) | 6.90          |
| <b>Note:</b> Bold highlighted Means indicate that they are significantly different ( $p < .01$ ) from the other means within that age category (as determined by post hoc contrasts). The double asterisks ** indicate significance at $p < .01$ . |                       |                       |                       |                    |               |

Table 2: Means and Standard Deviations (in brackets) of SRH across Time Categories.

For the young group, the only difference found was between future and present health ratings. This suggests that the younger participants rated their health “10 years from now” as better than their present health. For the middle-aged group, only the past SRH were significantly different from the present and future ratings. Finally, for the older-aged category, each temporal rating was significantly different from every other. All of these contrasts are represented above in Table 2.

In order to test the final two hypotheses, a 3 (age category: young, middle-aged, old) by 2 (future unspecified/future in Quebec) by 2 (mother tongue: French/English) analysis of variance with repeated measures on the future condition was conducted using SRH as the dependent variable. There was no significant main effect due to future (unspecified/Quebec),  $F_{(1,332)} = 2.52$ ,  $p > .05$ . This indicates that the average of the two future means within the Francophone group was not different from the average of the future means within the Anglophone group. There was no significant

interaction between future health ratings and age,  $F_{(2,332)} = .267$ ,  $p. > .05$ . This simply shows that age affected SRH in the same way for both language groups. There was, however, a significant effect for age ( $F_{(2,332)} = 31.33$ ,  $p. < .000$ ) suggesting that age groups differed in their average SRH across temporal conditions. In this case, the young participants rated their health higher than did both middle-aged and older-aged subjects. As expected, there was a significant interaction between future health ratings and mother tongue,  $F_{(1,332)} = 6.44$ ,  $p. = .012$ . In other words, although Anglophones' and Francophones' mean health ratings did not differ for an "unspecified future", these means were significantly different when contemplating a future "in Quebec".

Since the effects of age category were the same for both language groups (that is, they did not interact with future ratings of health), and knowing the pattern of these effects, we removed them from the analysis. This allowed us to both simplify the analysis and to highlight the interaction between linguistic groups and their future ratings of health. This left us with a 2 (mother tongue) by 2 (future: unspecified or in Quebec) analysis of variance with repeated measures on future. Our dependent measure was SRH. As expected, there was a significant interaction between future/future Quebec and mother tongue,  $F_{(1,340)} = 7.14$ ,  $p. = .008$ . This suggests that when asked to consider a future unspecified or "in Quebec", being an Anglophone or a Francophone affects ratings of future health. Figure 2 below makes clear the drop in average SRH when Anglophones are asked to rate their future health "if they stay in Quebec".

In the attempt to determine whether the drop in SRH was statistically significant, we tested it with a Paired-Samples t-test. While we found no significant difference between SRH means (for future unspecified/ "in Quebec") for Francophones ( $t_{(166)} = -.417$ ,  $p. > .05$ ), the Anglophones' means were significantly different ( $t_{(174)} = 3.32$ ,  $p. < .01$ ). This shows that Anglophones' SRH, though not Francophones', were affected by the consideration of a future in Quebec (see Table 3 below).

Finally, a 2 (future: unspecified/Quebec) by 2 (mother tongue) analysis of covariance was carried out using bilingualism as a covariate. The interaction between future and mother tongue remained significant,  $F_{(1,326)} = 6.96$ ,  $p. = .009$ . A follow-up examination of the level of bilingualism among Francophones and Anglophones showed no mean differences ( $t_{(335)} = -.598$ ,  $p > .05$ ). We also determined that level of bilingualism was significantly correlated with

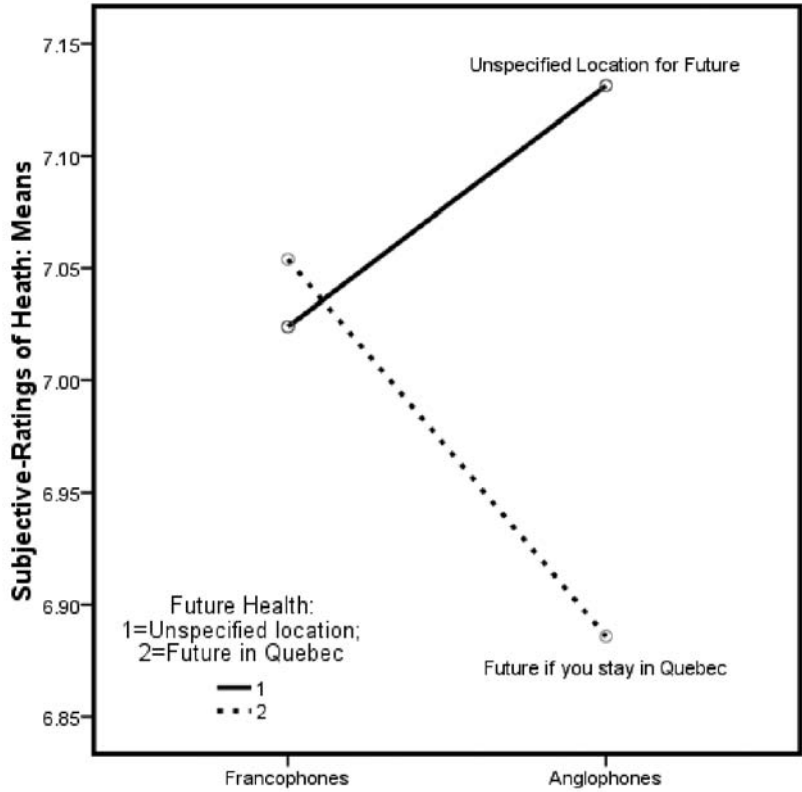


Figure 2: Interaction between future location (unspecified or if you stay in Quebec) and mother tongue (French/English) on SRH.

| Mother Tongue                                                                                                                                          | Future (Unspecified Location) | Future "if you stay in Quebec" | Sample Size | Paired-Sample t-test           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|
| French                                                                                                                                                 | 7.02 (2.27)                   | 7.05 (2.32)                    | 167         | $t_{(166)}=-.42$<br>$p. > .05$ |
| English                                                                                                                                                | 7.13 (1.79)                   | <b>6.88**</b> (2.07)           | 175         | $t_{(174)}=3.32$<br>$p. < .01$ |
| Note: The bold lettering indicates a significant mean difference within the language category, the superscript ** reflects significance at $p < .01$ . |                               |                                |             |                                |

Table 3: Means and Standard Deviations (in brackets) of Subjective-Ratings of Future Health – Unspecified as to location and “if you stay in Quebec”. (The bold lettering indicates a significant mean difference within the language category, the superscript \*\* reflects significance at  $p < .01$ ).

future SRH for both unspecified location ( $r_{(335)} = .209$   $p. < .01$ ) and “if you stay in Quebec” ( $r_{(335)} = .194$ ,  $p. < .01$ ). In sum, as bilingualism increases so do SRH. This relationship holds for both Anglophones and Francophones (see Table 4).

| Level of Bilingualism                                                                                                                        | Future (location unspecified) | Future (“if you stay in Quebec”) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Overall                                                                                                                                      | .209** N=337                  | .194** N=337                     |
| Among Francophones                                                                                                                           | .200* N=163                   | .158* N=162                      |
| Among Anglophones                                                                                                                            | .235** N=167                  | .261** N=167                     |
| Note: Correlations with the superscript ** are significant at $p. < .01$ and correlations with superscript * are significant at $p. < .05$ . |                               |                                  |

Table 4: Correlations between Level of Bilingualism and Future SRH as a function of the overall sample (combining Anglophones & Francophones), and separately for the Anglophone and Francophone samples.

What we derive from this final analysis is that although Anglophones may be bilingual, they still rate their future health lower “if they stay in Quebec” than they do for an unspecified future.

## Discussion

Measurement, in the simplest sense, deals with the outside of things. We take in hand the measuring instrument and apply it to the object to be measured. We take a measuring tape to gauge the size of a room. We stand on a scale to quantify weight. Measuring something that doesn't occupy space (in any formal sense, like health) with something that isn't an instrument (in the strict sense of the word, like our subjective assessment of health) cannot be handled from the outside. This form of metric works from the inside to the outside. So it is with subjective ratings of health: they work from the inside out.

These subjective ratings represent our way of giving voice to a language drawn from the wordless familiarity that we have with our own health. These ratings may be simple (“7”, or “8.5” or “3”) but they are saturated with information. We know that they are very good predictors of future health, mortality and future use of medical services. The problem is that SRH are poorly understood outside of their predictive capabilities.

Subjective assessments are judgments about the appropriateness of a fit. How well does a number fit with our own sense of good health? This is what is so elusive. But judgment is informed by context – the context of the culture within which we have grown up, our age, meaningful relationships, socioeconomic status, etc. Thus, in attempting to better understand SRH, we identified possible cultural and demographic factors that might have an impact on these self-assessments.

The research literature shows that SRH and SWB are correlated. Higher levels of life satisfaction go hand-in-hand with higher assessments of health. Following Bailis's suggestion that SRH are influenced by an "enduring self-concept", and not on a monitoring of one's own physical conditions, it makes sense that SRH would follow other kinds of self-assessments that may also draw from the resources of one's self concept. What we need to sort through for future research is whether inquiries into health and well-being are different questions or simply two ways of asking the same question. Whatever the answer, Seligman's (2008) suggestion that health be nested within the research perspectives of Positive Psychology provides a valuable directive.

Given the relationship between SRH and SWB, we predicted that certain patterns would prevail in terms of temporal ratings of health, that is, we hypothesized that they would follow the basic patterns found in the research literature on the temporal ratings of SWB. This led to the prediction that SRH for all age groups would **not** be significantly different in the present, which was confirmed. It is common to think that as we get older, our self-assessments of health drop. In other words, we think that when we are older we will feel less healthy than we do today. Yet, our data show that when older people are asked about their present state of health, they rate it on average about the same as middle-aged and younger adults. This pattern has been confirmed by longitudinal studies as well.

What this suggests is that we need to re-think the future and envision it as being, more or less, a moving image of the present. The best way of ensuring a positive future health, then, would be by ensuring a positive present health. We need to be mindful about what can be done now to enhance health for all age groups.

Turning to the temporal patterns of SRH across different ages, we noted that they tended to follow the patterns found in studies on temporal ratings of well-being. There were interesting exceptions. We know, for instance, that young people tend to rate their past

well-being lower than their present one, while middle-aged people rate it about the same, and older-aged participants rate their past SWB as the highest. Subjective ratings of health are different, however, in that within every age group, past SRH are higher than present health ratings. That is, regardless of age, our past health is seen as better. This pattern makes intuitive sense as a younger body is, generally speaking, a healthier body.

Consistent with those studies suggesting that SRH are affected by our enduring self-concept and other cultural dimensions (and not from spontaneous assessment of our physical well-being) is our finding that our young participants assess their future health as being better than their present health. How can an older body be perceived as a healthier body? In fact, for this group, the future SRH mean was significantly higher than the other two temporal means. It is interesting to note Wilson & Ross's (2000) finding that younger adults disparaged the past in an effort to gratify current levels of life satisfaction. For their part, Okun, Dittburner & Huff (2006) found that younger participants produced higher future well-being scores. This tendency of younger participants to see themselves as better in the future seems to hold for SRH. An older body by ten years is seen to be not just as healthy as today's body, but being in better health. These young people enhance their future health. If nothing else, the temporal patterns of SRH show these ratings to be complex constructs that are informed by judgments that seem not to be reducible to a simple accounting of physical states of health.

The second part of our study probed the idea that SRH are nested within broader social and cultural contexts. Here we aimed at understanding the impact of language and culture on future SRH by looking at the response patterns of Anglophones and Francophones. We found that while Anglophones rated their future health "in Quebec" lower than their future health "unspecified" as to place, Francophones' future SRH were the same in both conditions. In fact, regardless of age category, Anglophones rated their future health lower "if they stay in Quebec" (see figure 3 below)<sup>7</sup>.

These patterns show that more is involved in the determination of SRH than a spontaneous summing up of physical indicators of one's current state of health. Futures always begin in the present. Although these SRH patterns are future projections, they reflect something about the present. Aspinwall (2005) reminds us that future-oriented thinking – our aspirations, hopes, plans, anticipated sorrows, worries and stress – are the "stuff of mental life". So what does the thought of a future in Quebec hold for Anglophones

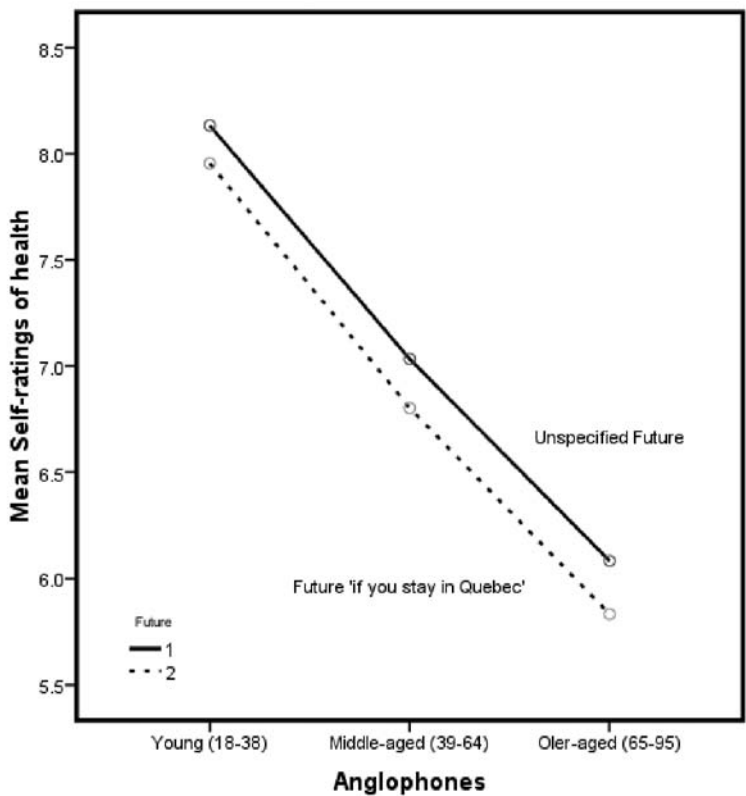


Figure 3: Anglophones’ SRH for a future unspecified as to location and a future “if you stay in Quebec”.

that dampens their outlook on their future health?

We were first drawn to the idea that the minority status of Quebec’s English-speaking community was at the heart of the issue. From previous studies we know that Anglophones have deplored the fact that their access to English services is limited. English health care services appear to be wanting. When asked, then, to think about a future in Quebec, one might surmise that Anglophones are not only concerned about having to cope with health problems, but with problems of communication as well. These kinds of preoccupations compounded by the added stress that they generate might translate into lowered projections of future health.

Thinking about the drop in SRH along these lines provided us with a reasonable hypothesis to test. If language is at the heart of the issue, then bilingual Anglophones should not show these depressed scores on future SRH. With this in mind, we reanalyzed

our data while controlling for bilingualism. As previously mentioned, Francophones and Anglophones were not different in their average level of bilingualism. Controlling for bilingualism, however, did not remove the interaction between mother tongue and future (unspecified/ "in Quebec") SRH. It remained statistically significant.

What this indicates is that bilingualism is not a factor in producing the drop in expected SRH among Anglophones, which is surprising. Being bilingual for Anglophones does not change the fact that they tend to downgrade (slightly, but significantly) their future health in Quebec when compared with a future whose location is unspecified. More seems to be at stake here than simple issues of language accessibility. There is something of a cultural dimension that strikes at the heart of the English-speaking community which finds no resonance in the French-speaking community.

It should be pointed out, however, that bilingualism was significantly correlated with future SRH. That is, the more bilingual the subjects were, the higher their subjective ratings of health. This observation held for both Anglophones and Francophones. This may reflect the influence of other variables associated with good self-assessments of health, such as higher levels of education and income.

In an attempt to further clarify our results while at the same time seeking directions for a follow-up qualitative study, we interviewed 25 Anglophones (15 from the older-aged category, 10 from the younger-aged group)<sup>8</sup>. Although the results obtained from these interviews were not in any way conclusive, they suggest a direction for future research. Some older participants were quoted as saying, "It makes no difference whether I'm in Quebec in 10 years or not. I speak French and have no fears of poor health service in the future." Again, "As long as I can get service in English I'll be OK. I'll have to make the best of it." While some elderly individuals gave no reason for their different future ratings, others simply didn't acknowledge having done so. Many spoke of their affection for Quebec, acknowledging their reluctance to leave a place where they knew so many people.

The younger people interviewed focused more on language: "If I stay in Quebec, the only problem would be the language barrier." Another younger participant added, "It's a language thing: in 10 years will Quebec still be in Canada? The Maritimes are so much nicer. A change may be good." Another simply said, "I don't want to stay in Quebec." Yet most of the young participants wanted to

stay here if they could, while some thought that being bilingual "was a big advantage".

The older people seemed less troubled by language as exemplified in this statement: "I don't speak French but I'll get by. It makes no difference." An informal comparison of comments made by younger and older participants shows that stress-provoking thoughts about possible future illness are a concern for the elderly. One person said, "If I were to get sick, I couldn't stay so far from my kids, who live in Ontario." While this comment doesn't reflect a concern about language, it speaks to a preoccupation that may bear negatively on future SRH if one were to remain in Quebec.

Of note is the fact that many people did not admit to distinguishing between an "unspecified" future and one "in Quebec" when rating their future health, stating that it "makes no difference". In fact, it was the most commonly stated phrase. The drop in Anglophones' ratings of future health when cued to think about a "future in Quebec" is not explicitly acknowledged. Although language issues did come up in our interviews, they were not the single most important issue raised. This appears to be supported by the results of our quantitative analysis controlling for bilingualism.

It may very well be that barriers to accessing English health services negatively impact Anglophones' future SRH when asked to consider a future in Quebec. Estimating the magnitude of this influence proves challenging. There is no denying the fact that Francophones are as affected as Anglophones by limited access to needed services when they are faced with long waiting periods, but with this difference: when Francophones access these services, they are provided in a language they can understand. This is not always the case for Anglophones.

Yet there is something more than language affecting Anglophone's future SRH, something that bears the imprint of culture and community. A comment from one participant resonates: "If I were to get sick, I couldn't stay so far from my kids, who live in Ontario." This reflects a heartfelt reality in the Anglophone community, which has to contend with the out-migration of its children. Though young people across Quebec leave the province, the problem is not as pronounced for the majority Francophone community. Young Anglophones don't simply go to Montreal; they venture into the rest of Canada. That youth migration might have ties to health issues is not evident. Yet a comment such as the one quoted above urges us to think of health as a community issue that is irreducible to simple matters of language.

## Summary

Issues such as those raised in this paper call for broader perspectives on health. A community health perspective recognizes health not as a state, but as a resource or a capacity (Frankish, et al., 1998; Hancock, Labonté, & Edwards, 1999). Health, in this view, is what allows us to be active in the pursuit of goals and the acquisition of skills while facilitating community involvement and engagement in supportive relationships. According to Frankish et al. (1998), this broader notion of health recognizes the range of its social, economic, cultural and physical environmental determinants. Health is less about illness and more about the weave of interconnections making up the fabric of a community's health experience.

## REFERENCES

- Abdulrahim, S. & Baker, W. (2009). Differences in self-rated health by immigrant status and language preference among Arab Americans in the Detroit Metropolitan Area. *Social Science & Medicine*, 68, 2097–2103.
- Abrido-Lanza, A.F., Dohrenwend, B.P., Ng-Mak, D.S., and Turner, J.B. (1999). The latino mortality paradox: A test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health*, 89, 1543–1548.
- Aspinwall, L.G. (2005). The psychology of future-oriented thinking: From achievement to proactive coping, adaptation, and aging. *Motivation and Emotion*, 29, 203–235.
- Bailis, D.S., Segall, A. & Chipperfield, J.G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, 56, 203–217.
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A. & Modan, B. (2003). Gender differences in the self-rated health-mortality association: Is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *The Gerontologist*, 43, 369–405.
- Canadian Institute for Health Information, *The Canadian Population Health Initiative*. Ottawa: CIHI, 1999.
- Davis, W. (2009). *The Wayfinders: Why Ancient Wisdom Matters in the Modern World*. Toronto: House of Anansi Press.
- Deeg, D.J.H. & Bath, P.A. (2003). Self-rated health, gender, and mortality in older persons: Introduction to a special section. *The Gerontologist*, 43, 369–371.
- Desesquelles, A.F., Egidi, V., & Salvatore, M.A. (2009). Why do Italian people rate their health worse than French people do? An exploration of cross-country differentials of self-rated health. *Social Science & Medicine*, 68, 1124–1128.

- Diener, E., Kesebir, P., Lucas, R. (2008). Benefits of accounts of well-being – For societies and for psychological science. *Applied Psychology: An International Review. Special Issue: Health and Well-Being*, 57, 37–53.
- Fleury, J. (1998). On promoting positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 40–43.
- Frankish, C.J., Green, L.W., Ratner, P.A., Chomik, T., & Larsen, C. (1996). Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. *A Report Submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada*. Public Health Agency of Canada.
- Frisbie, W.P., Cho, Y., and Hummer, R.A. (2001). Immigration and the health of Asian and Pacific Islander adults in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 153, 372–380.
- Gadamer, H-G. (1996). *The enigma of health: The art of healing in a scientific age*. Translated by Gaiger, J. & Walker, N. California: Stanford University Press.
- Hancock, T., Labonté, R., & Edwards, R. (1999). Indicators that count! Measuring population health at the community level. *Canadian Journal of Public Health*, 90, S22–S26.
- Hasson, D., Bengt, B.A., Tores, T., & Anderberg, U.M. (2006). Predictors of self-rated health: a 12 month prospective study of IT and media workers. *Population Health Metrics*, 4:8. Doi:10.11186/1478-7954-4-8.
- Idler, E.L. (2003). Discussion: Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *The Gerontologist*, 43, 372–375.
- Jylha, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307–316.
- Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kaplan, G. & Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56, 1669–1676.
- Lachman, M.E., Rocke, C., Rosnick, C., Ryff, C.D. (2008). Realism and illusion in Americans' temporal views of their life satisfaction. *Psychological Science*, 19, 889–897.
- Lacey, H.P., Smith, D.M., and Ubel, P.A. (2006). Hope I die before I get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan. *Journal of Happiness Studies*, 7, 167–182.
- Markus H. & Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41, 954–969.

- Newbold, K.B. (2005). Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Social Science & Medicine*, 60, 1359–1370.
- Okun, M.A., Dittburner, J.L., & Huff, B.P. (2006). Perceived changes in well-being: The role of chronological age, target age, and type of measure. *The International Journal of Aging and Human Development*, 63 (4), 259–278.
- Okun, M.A. & Stock, M.J. (1987). Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 6, 95–112.
- Ryff, C.D. & Singer B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry* 9, 1–28.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M., Steen, T.A., Park, N., and Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review. Special Issue: Health and Well-Being*, 57, 3–18.
- Staudinger, U.M., Bluck, S. and Herzberg, P.Y. (2003). Looking back and looking ahead: Adult age differences in consistency of diachronous ratings of subjective well-being. *Psychology and Aging*, 18, 13–24.
- Staudinger, U.M., Fleeson, W., and Baltes, P.B. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 305–319.
- Stout, D., Filion, E., Chiasson, M., de Man, A., Charpentier, C. & Pope, M. (2008). The effects of age and culture on subjective well-being: A case study in the Eastern Townships. *Journal of Eastern Townships Studies*, 32-33, 53–72.
- Sun, W., Watanabe, M., Tanimoto, Y., Shibutani, T., Kono, R., Saito, M., Usuda, K., & Kono, K. (2007). Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 7, 297.
- Wilson, A.E. & Ross, M. (2000). The frequency of temporal-self and social comparisons in people's personal appraisals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 928–942.
- World Health Organization (1948). World Health Organization constitution. *Basic Documents*. Geneva: Author.
- Zola, I.K. (1966). Culture and Symptoms – an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*, 31, 615–630.

## NOTES

1. Acknowledgements: We would like to thank the ETRC for its financial support of this research. We also thank Jaroslava Baconova, Director of the ETRC, for encouraging the development of this project. Last, we would like to thank an anonymous reviewer and the Editor for their helpful comments on this manuscript.
2. See the Canadian Population Health Initiative (CPHI) which is part of the Canadian Institute for Health Information (1999).
3. Positive psychology emphasizes the study of factors leading to, or expressed in, positive relationships and mental health, positive emotions, well-being, engagement, purpose and positive accomplishment. Although it was rooted in the early developments of "hedonic psychology" (see Kahneman, Diener, and Schwarz, 1999), it is Martin Seligman who has been central in drawing attention to positive psychology as an emerging field of study (see Seligman, 2002; Seligman, Steen, Park, and Peterson, 2005; Seligman, 2008).
4. By using mother tongue we want to address the sticky problem of identifying anyone who speaks English as being an "Anglophone", or anyone who speaks French as being a "Francophone". Literally this is the case, of course. By looking at mother tongue we are attempting to include a cultural dimension that is not simply a condition of a learned language. The language one learns from the cradle, so to speak, carries culture in ways that distinguish it from our second language.
5. The range of each age category was chosen so as to be comparable with other studies, in particular Staudinger et al., 2003.
6. We carried out a Multivariate analysis of variance on Time (past, present, future) which revealed a significant effect (as expected given the larger analysis),  $F_{(2,345)} = 18.28$ ,  $p = .000$ . All further pair-wise contrasts were carried out using a Sidak correction for multiple comparisons.
7. We have omitted the graph for the Francophones as the two lines for future SRH are on top of one another. The descending curve with age is the same in both graphs which reflects the lack of an interaction between age and mother tongue.
8. We would like to thank Megan Pope for helping us in conducting these brief interviews. We simply asked Anglophones to speak to the differences we found in their future ratings.

# L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DES SOINS DE SANTÉ RAPPELÉE DANS LA TOPONYMIE DE LA VILLE DE SHERBROOKE

---

**Jean-Marie M. Dubois**

*Université de Sherbrooke et Comité de toponymie de la  
Ville de Sherbrooke*

**Gérard Côté**

*Comité de toponymie de la Ville de Sherbrooke*

## RÉSUMÉ

*Sherbrooke a connu la plus riche histoire de la médecine et des soins de santé des Cantons-de-l'Est puisqu'on y compte des médecins-résidents au moins depuis les années 1830 et des hôpitaux depuis 1875. Cette longue histoire est rappelée dans la toponymie sherbrookoise par environ 120 noms, officialisés ou non, provinciaux, municipaux ou institutionnels, évoquant la médecine et les soins de santé : médecins, infirmières, aide-infirmier, sages-femmes, mécènes, personnes influentes, bâtiments et institutions ou organismes. De ces noms, la moitié sont des noms de rues, le tiers des noms de bâtiments, d'ensemble de bâtiments ou de parties de bâtiments, une douzaine d'organismes, cinq des noms de parcs et trois des noms d'entités naturelles. De plus, la Ville de Sherbrooke a une quinzaine de noms dans sa banque de toponymes, mais il reste encore plusieurs autres personnes ou institutions à commémorer.*

## ABSTRACT

Sherbrooke has had a rich history of medicine and health care in the Eastern Townships, for the city has had resident doctors since at least the 1830s and a hospital since 1875. This long history is reflected in the city's place names by the fact that Sherbrooke displays approximately 120 names, official or not, at the provincial, municipal or institutional levels, relating to medicine and health care: doctors, nurses, an orderly, midwives, benefactors, influential persons, buildings, institutions or organizations. Of these, half are street names, a third are names of buildings, groups or wings of buildings, 5 are park names, and 3 are designations for natural features. Furthermore, some 15 other names remain in the city's pool of place names, although many other persons or institutions remain to be commemorated.

## 1. Introduction

Sherbrooke est indéniablement au cœur de l'histoire de la médecine et des soins de santé des Cantons-de-l'Est. Après avoir exposé succinctement l'évolution chronologique de cette histoire, nous présenterons autant l'évolution de la toponymie des institutions et des bâtiments reliés à ce domaine que celle reliée à certains personnages qui leur sont associés. Notons que des éléments de cette histoire ont d'ailleurs déjà paru dans Dubois et Côté (2002 et 2007). Mentionnons également que certains noms reliés à la santé, présents dans la toponymie sherbrookoise, n'ont pas de lien direct avec Sherbrooke. Nous concluons par quelques suggestions de noms, présents ou non dans la banque de noms du Comité de toponymie de la ville de Sherbrooke.

Pour des fins de clarté, les toponymes et les noms d'organismes que nous présentons sont inscrits en caractères gras et, pour un toponyme existant, l'année mentionnée entre parenthèses représente le moment précis ou le plus probable auquel le nom a été attribué à l'entité toponymique mentionnée (et non l'année de construction ou d'aménagement de l'entité).

## 2. Les premiers soins de santé

On sait qu'il y avait des médecins en Nouvelle-France dès le début de la colonisation et que la conquête britannique de 1760 a amené au pays des médecins militaires qui maîtrisaient une médecine plus scientifique (Brunelle Lavoie, 1989). Cependant, la première faculté de médecine du Bas-Canada n'est fondée à l'Université McGill qu'en 1829, celle de l'Université Laval en 1852 et le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada en 1847 (Brunelle Lavoie, 1989). Sur le territoire de Sherbrooke, les deux premiers médecins britanniques connus seraient William Wilson en 1833–1834 (Little, 2001, p. 20) et James B. Johnston, qui s'installe en 1843 sur la rue Commercial (rue Dufferin) (Kesteman, 2001a, p. 56). La plus récente résidence de W. Wilson, construite en 1870, devient ensuite celle du premier médecin des Cantons-de-l'Est formé au Bas-Canada, Edward Dagge Worthington (1820–1895). Ce dernier, installé à Sherbrooke également en 1843, pratique la première chirurgie sous anesthésie à l'éther au Canada en 1847 et est un des pionniers de l'utilisation du chloroforme (Roland, 1990). Il est le père d'Edward Bruen Worthington, maire de Sherbrooke en 1901, dont la mémoire est rappelée par la **rue Worthington** (1913). Johnston et Worthington, ainsi que le médecin Samuel Towle Brooks (qui ira s'installer aux É.-U. ; Thibault, 1985, p. 131) font partie du **Sherbrooke Board of Health**, comité d'hygiène

publique créé en 1854, au moment où le choléra devenait préoccupant au Québec (Kesteman, 2000, p. 263). Samuel T. Brooks est le fils du député Samuel Brooks, dont le souvenir est rappelé par la **rue Brooks** (1846) et le **parc Brooks** (1982). Worthington pratique jusqu'en 1892 à Sherbrooke; il est le premier président de la **District of St. Francis Medical Association** et participe à la fondation de l'Association médicale du Canada en 1867 (Roland, 2000). Les premiers médecins canadiens-français installés à Sherbrooke dans les années 1860 sont Octave Tanguay et Frédéric (François) Paré (1837–1896) (Kesteman, 2000, p. 212). En 1866, le maire Joseph Gibb Robertson forme un nouveau **Comité d'hygiène** (auquel participe le conseiller Richard William Heneker) afin de prévenir les épidémies par un contrôle de la propreté des endroits publics et par le nettoyage des maisons infectées (Pothier, 1983, p. 20). En 1875, une loi provinciale oblige les villes à former un **Bureau de santé** pour contrer les maladies contagieuses, lequel est remis sur pied pour les mêmes raisons en 1885, avec la participation de Frédéric Paré. Cependant, le bureau est dissous la même année (1885) car aucun cas de variole ne s'était déclaré (Kesteman, 2001b, p. 169–170). Les seules entités toponymiques qui rappellent cette époque sont les rues **Heneker** (1945) et **Paré** (1948) ainsi que le **ruisseau Paré** (1948). Le souvenir d'Edward Dagge Worthington, cependant, a malheureusement été oublié.

En 1885, le pharmacien Joseph-Louis Mathieu (décédé en 1902) met au point un sirop pour la toux à base de goudron et d'huile de foie de morue, qui sera connu partout au Canada (Kesteman, 2001a, p. 179). Il installe la première pharmacie canadienne-française de Sherbrooke sur la rue Wellington Nord, la Pharmacie Sherbrooke (Anonyme, 1890), et y fabrique son sirop dès 1892 (Kesteman, 2001a, p. 179). En 1902, Arthur Chevalier (1868–1926), qui en 1893 a épousé Marie, la sœur de Mathieu, devient chef de laboratoire de la pharmacie (Anonyme, 1926, p. 3). Au décès de J.-L. Mathieu en 1902, Arthur Chevalier s'associe à Hector P. Gendron et William Brault pour continuer l'entreprise (Anonyme, 1926, p. 3; 2001, p. 61; Anonyme, 1902) qu'il déménage au 10 de la rue Albert en 1908 (Coté, 1991a à c; *Annuaire de Sherbrooke*, 1906–1918). En 1916, Arthur Chevalier en est le seul propriétaire. Son fils Léopold (1899–1956) lui succède en 1926, puis son petit-fils Paul (1927–2004), de 1956 à 1971 ou 1972, année où cette entreprise ferme ses portes (Anonyme, 2001, p. 61; *Annuaire de Sherbrooke*, 1970–1973). Les trois générations de Chevalier sont rappelées par la **rue Chevalier** (1966) mais aucun toponyme n'évoque le fondateur de l'entreprise. William Brault (1868–1942), quant à lui, est rappelé par la **rue Brault** (1962).

Beaucoup de médecins ont pratiqué dans leur résidence ou dans des cliniques privées. La toponymie sherbrookoise en a retenu quelques-uns. La **rue du Docteur-Allard** (1957) perpétue la mémoire d'Adélard Allard (1875–1951), qui pratique à Bromptonville de 1900 à 1951 (Nadeau, 1986, p. 157) et la **rue Alphonse-Cloutier** (1890–1975), un autre médecin qui pratique aussi à Bromptonville de 1919 à 1969 environ (Nadeau, 1986, p. 163). Il ne faut pas oublier aussi que les médecins de l'époque sont souvent assistés de sages-femmes et la **rue Emma** (2009) rappelle le nom de l'une d'entre elles, Emma Bourgault (1872–1971), qui pratique à Bromptonville avec le médecin Adélard Allard. On trouve aussi des dentistes, tels Frederick Hamilton Bradley (1873–1947) qui pratique de 1894 à 1944 et Ludger Forest (1877–1943), qui pratique à partir de 1903; la **rue Bradley** (1948), la **rue Forest** (1948) et la **rue Ludger-Forest** (1940) conservent leur mémoire.

### 3. L'institutionnalisation de la santé

En 1871, l'Université Bishop's fonde la **Bishop's Medical Faculty** grâce aux officiers médicaux britanniques Francis Wayland Campbell et Aaron Hart Davis ainsi qu'au seigneur de Rouville, le colonel Thomas Edmund Campbell (Nicholl, 1994). Les deux premiers seront les deux seuls doyens de cette faculté, respectivement de 1871 à 1882 et de 1882 à 1905 (Hearn Milner, 1985). La faculté est abritée dans les locaux de l'Université McGill. En 1895, on y ajoute le **Bishop's Dental College**. La faculté disparaît en 1905 alors que les étudiants sont intégrés à l'Université McGill (Nicholl, 1994 ; Hearn Milner, 1985). On peut associer à l'Université Bishop's l'un de ses premiers bienfaiteurs en 1845, le médecin et fermier anglais Thomas Churchman Harrold, un ami du fondateur de cette université, l'évêque George Jehoshaphat Mountain (Nicholl, 1994, p. 27–28). Le **Harrold Lodge** (1876) et l'**allée Harrold** (1974) perpétuent le souvenir de cet établissement.

En avril 1875, Alphonsine Côté et Anny McCabe, toutes deux membres d'une communauté religieuse, sœur du Sacré-Cœur (Georgianna Lajoie) et leur supérieure, sœur Sophie Dupuy (Séminaire Saint-Charles-Borromée, 1883, p. 53; Sœurs de la Charité de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe, 1961; Manseau, 2009, p. 3 ; Messier, 2010), de la congrégation des **Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe** (Sœurs Grises) fondent, avec l'aide entre autres du médecin Frédéric Paré (1837–1896), l'**hospice du Sacré-Cœur** (Figure 1), situé sur le chemin de Lennoxville (rue Wellington Sud) dans une maison fournie par M<sup>gr</sup> Antoine Racine (Sœurs de la Charité de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe, 1961). Ce dernier avait fait les démarches auprès de cette communauté l'année précédente à la demande du curé de la paroisse

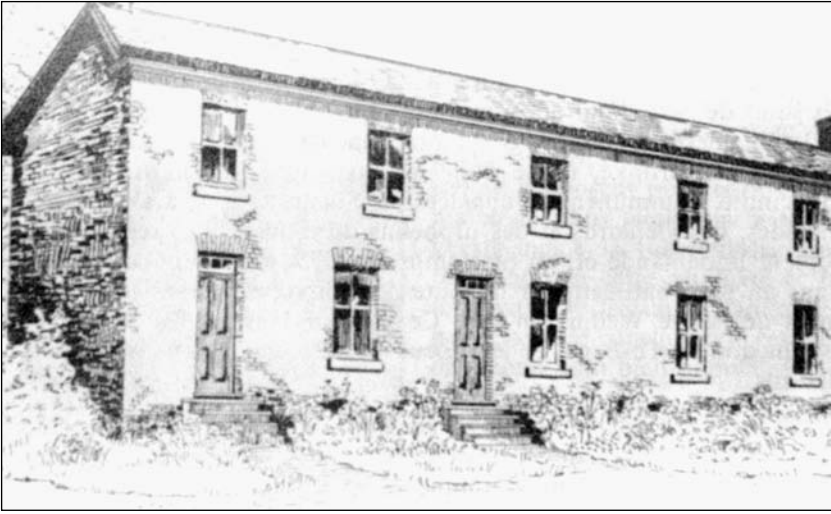


Figure 1 : Le premier hospice du Sacré-Cœur  
Tiré de Brunelle-Lavoie (1989, p. 10)

de Saint-Michel, l'abbé Alfred-Élie Dufresne (La Société historique industrielle inc., 1956; Manseau, 2009, p. 4–6). En 1872, celui-ci avait acheté d'Alexander T. Galt le terrain nécessaire à la construction de l'hospice (Séminaire Saint-Charles-Borromée, 1883, p. 61; Manseau, 2009, p. 4–13). Dès son ouverture, l'hospice soigne les malades et les vieillards et garde les orphelins. En plus du docteur Paré, les médecins qui y œuvrent sont Jude-Olivier Camirand (1847–1920), fondateur en 1887 de la **Société médicale du district de Saint-François** (Mercier, 1964, p. 43; Pierce, 1917, p. 125), Isidore Frégeau (décédé en 1906) et Joseph-Ferdinand Rioux (1857–1908) (Manseau, 2009, p. 31). En 1886 et 1887, sur un terrain acquis du colonel Charles King grâce à une nouvelle intervention de l'abbé Dufresne, les Sœurs, sous la direction de leur supérieure, sœur Adéline Marchessault (Messier, 2010), reconstruisent l'hospice sur la rue Belvédère Sud (Manseau, 2009, p. 16–19) (Figure 2). En 1897, on y forme un premier bureau médical, présidé par Jude-Olivier Camirand, avec les médecins Léonilde-Charles Bachand (1854–1916), Georges-Amédée Codère (1869–1931), J.-A.-M. Élie (1852–1913), qui est aussi pharmacien, Isidore Frégeau, Frédéric-Alfred Gadbois (1876–1947), Wilfrid Lamy (1872–1929), Pantaléon Pelletier (1860–1924), Joseph-Ferdinand Rioux, ainsi que l'ophtalmologiste Napoléon-Arthur Dussault (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 6–7, 23; Manseau, 2009, p. 31). Une nouvelle aile, construite entre 1952 et 1954, devient l'**hôpital D'Youville**, du nom de Marguerite d'Youville, fondatrice des Sœurs de la Charité



Figure 2 : L'hôpital D'Youville dans les années 1950.

La Société d'histoire de Sherbrooke : Fonds Louis-Philippe Demers

(Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984; Kesteman, 2001a). L'orphelinat qui lui est annexé prend le nom de **pensionnat du Sacré-Cœur** en 1961 mais ferme ses portes en 1965 (Côté, 1987, p. 36). En 1969, les Sœurs cèdent l'hôpital au Gouvernement du Québec. En 1996, l'établissement devient le **pavillon D'Youville** de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, créé en 1995. En plus de la **rue Frédéric-Paré** (1948) et du **ruisseau Paré** (1950), les noms des **parcs Antoine-Racine** (1891), **Alfred-Élie-Dufresne** (1922–1925) et **Jude-O.-Camirand** (1958), ainsi que des rues **Camirand** (1930), **du Docteur-Gadbois** (1938), **Lamy** (année indéterminée entre 1938 et 1944), **Bachand** (1949), **Pelletier** (1950), **D'Youville** (1959), **Gadbois** (1961) et **Racine** (vers 1974) peuvent être reliés à l'histoire de l'hospice, devenu le pavillon D'Youville. Également, on a conservé la mémoire d'un aide-infirmier, **Émile Boutin** (1920–1991), avec la **place Boutin** (1976) (Labrecque et Labrecque, 2000, p. 72). Toutefois, un seul toponyme, D'Youville, fait référence au travail des Sœurs pendant près d'un siècle.

Un « hôpital » privé permettant d'isoler les malades contagieux aurait été ouvert en 1864 (Anonyme, 1987, p. 75), par William Doherty (1809–1884), sur sa propriété située sur le chemin de Montréal (actuel chemin de Saint-Élie), en face du cimetière de Saint-Élie-d'Orford.

Après que le conseil municipal du canton d'Orford a refusé que la Ville de Sherbrooke continue d'envoyer ses malades sur son territoire, (Anonyme, 1876) et à la suite de pressions d'Edward Dagge Worthington (Epps, 1988, p. 25), la Ville construit, en 1877, le **Smallpox Hospital** ou **hôpital Civique**, pour soigner les maladies contagieuses non traitées à l'hospice du Sacré-Cœur, dont la petite vérole (*smallpox*), la variole, la scarlatine et la diphtérie. Cette entrée est située sur le chemin Drummond (rue Galt Ouest; Kesteman, 2001a) y sont transférés. Les malades de l'« **hôpital** » **Doherty**. L'hôpital est aussi surnommé la **Maison des Picotés** ou la **Maison Rouge** (Brunelle Lavoie, 1989; Manseau, 2009, p. 21). Il est pris en charge par les Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe de 1889 à 1891 puis de 1917 à 1951 (Kesteman, 2001a; Manseau, 2009, p. 21). Reconstitué sur le même site en 1907 et entièrement rénové en 1929, il devient en 1951 l'**Unité sanitaire de Sherbrooke** (Kesteman, 2001a), alors fondée par le Gouvernement du Québec en collaboration avec la Ville de Sherbrooke pour sensibiliser la population à l'hygiène et procéder à la vaccination contre les maladies contagieuses. L'entrée de l'édifice est désormais sur la rue Garnier (rue Daniel). L'Unité sanitaire déménage dans un autre édifice de la rue Galt Ouest en 1968 alors qu'elle est dirigée par le médecin Émile Poisson et que la garde principale en est Agnès Mariche (Anonyme, 1969), mais l'établissement ferme ses portes en 1975 (Annuaire de Sherbrooke, 1967–1976). Il est remplacé par le Département de santé communautaire du CHU. L'ancien bâtiment abrite les services techniques de la Ville de Sherbrooke de 1969 à 1991, puis **Moisson-Estrie** depuis 1993. Aucun toponyme n'évoque cet établissement. En revanche, il y a lieu de mentionner que, de 1922 à 1956, l'infirmière Ida Métivier (1893–1970) assure le fonctionnement des cliniques de nourrissons sur le territoire de onze paroisses de Sherbrooke (Dubois et Coté, 2007) pour un organisme municipal dont le nom était tour à tour **Assistance maternelle** (1941–1943), **Service social familial** (1953–1954) sur la rue King Ouest, **Service familial de Sherbrooke** (1954–1957) sur la rue Alexandre puis sur le boulevard Queen Nord (Annuaire de Sherbrooke, 1925 à 1958). La **rue Ida-Métivier** (2007) rappelle le souvenir de l'Unité sanitaire même si cette dernière n'y a œuvré qu'à temps partiel.

En 1887, année du 50<sup>e</sup> anniversaire du règne de la reine Victoria, l'hospice du Sacré-Cœur ne suffit plus. Richard William Heneker (1823–1912), alors commissaire à la British American Land Co. et conseiller municipal, suggère alors la fondation du **Victoria Hospital** et achète un terrain sur la rue Pine (rue du Cégep), au coin de la rue Terrill (Epps, 1988, p. 15–18, 97–99; Dawson, 1988, p. 43, 47). En 1888,

il fonde un hôpital, qui porte cependant le nom de **Sherbrooke Protestant Hospital** (Epps, 1988, p. 27; Dawson, 1988, p. 47). Faute de moyens financiers, l'hôpital n'est construit qu'entre 1893 et 1896 (Figure 3) à l'emplacement actuel du Cégep de Sherbrooke (Epps, 1988, p. 30–31). Après le déménagement de l'hôpital en 1951, son ancien bâtiment devient le **pavillon 6** du cégep en 1968. Il est démoli en 1974 pour faire place au **pavillon 2**. Parmi les fondateurs du Sherbrooke Protestant Hospital, on trouve le major Israël Wood (1822–1906), généreux donateur et président en 1902 à la suite de R. W. Heneker, le député John McIntosh (1841–1904), le conseiller municipal George Gilman Bryant (1833–1906) ainsi que le banquier William Farwell (1835–1918), président de 1905 à 1913 et président honoraire à vie (Epps, 1988, p. 105). En 1900, le premier bureau médical de l'hôpital est formé des médecins Frederick J. Austin (né en 1840), William Arms Farwell (fils de William Farwell) (1858–1918), W. D. Smith, Edward Johnston Williams et Arthur Norreys Worthington (1862–1912), fils de E. D. Worthington (Epps, 1988, p. 17, 37 et 48 ; Centre hospitalier de Sherbrooke, p. 101). Le nom de l'établissement change en 1914 pour devenir le **Sherbrooke Hospital** (Epps, 1988, p. 58). L'hôpital est reconstruit sur la rue Argyll entre 1948 et 1951 (Elkas Atto, 1996). Il prend le nom de **Centre hospitalier de Sherbrooke** en 1978, puis de **pavillon Argyll** de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke à partir de 1995 (Annuaire de Sherbrooke, 1994–1996). L'ancien édifice



Figure 3 : Le Sherbrooke Protestant Hospital et la Nurses' Home vers 1907.

ETRC/CRCE : photographie P999/053/016001 du fonds P020  
de la Eastern Townships Heritage Foundation

de la rue du Parc est acheté par les **Filles de la Charité du Sacré-Cœur** (dites **Sœurs françaises**) en 1951 et on le nomme **pavillon Notre-Dame-de-France** en 1955 (Labrecque et Mailloux, 1986, p. 103). Il devient ensuite le **pavillon 6** du cégep en 1968 et est démoli en 1974 pour faire place au nouveau **pavillon 2** en 1975. Les **rues McIntosh** (1910), **Heneker** (1945), **Bryant** (1948), **Wood** (1945), **Farwell** (1952) et **Paton** (1965) évoquent certains fondateurs de cet établissement. De plus, la **rue James-Quintin** (2006) rappelle le premier médecin interniste de l'Estrie en 1946 et chef du département de médecine au Sherbrooke Hospital de 1946 (Centre hospitalier de Sherbrooke, 1988, p. 101) à 1968 (Bezeau, 1994).

En 1896 est aussi fondée la **Sherbrooke Hospital School of Nursing (Nurses' Training School)**, d'abord installée au troisième étage du bâtiment du Sherbrooke Protestant Hospital sur la rue Pine (actuelle rue du Cégep). La première infirmière en chef (*lady superintendent*) est Sarah Ellen Bliss, nommée en 1896–1897 (Epps, 1988, p. 31–32, 108 ; Kouri, 1988, p. 107). En 1901, une nouvelle école d'infirmières est installée dans un bâtiment construit à cet effet au sud de l'hôpital, le **Nurses' Cottage** (Figure 3), lequel est remplacé par un nouveau bâtiment en 1917, la **Nurses' Home** (Epps, 1988, p. 67). Ce bâtiment est acheté par les Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus en 1947 qui le nomment **Villa l'Assomption**. Ce bâtiment est acheté par le cégep en 1968 et démoli en 1973 pour faire place au **pavillon 1** ou **Centre de l'activité physique** (CAP), construit en 1975 (Labrecque et Mailloux, 1986, p. 93–94; Elkas Atto, 1996; Kesteman, 2001a, p. 241). De 1947 à 1950, les infirmières sont temporairement installées dans des baraques militaires derrière l'hôpital (Epps, 1988, p. 82 ; Whittle, 1988, p. 40). Enfin, de 1950 à 1972, l'école est abritée dans une aile du nouveau Sherbrooke Hospital, la **Norton Residence** (actuellement l'**édifice Norton**) (Whittle, 1988, p. 40). Le nom honore la famille Norton, dont l'un des membres, Harry Arunah Norton (1872–1948) d'Ayer's Cliff est un généreux donateur. À son décès, il lègue un héritage qui, en 1950, permet la construction à la fois de cet édifice et de la résidence des étudiantes **Norton Hall** de l'Université Bishop's (Nicholl, 1994, p. 225; Epps, 1988, p. 82; Dansereau, s.d., p. 26–28). À partir de 1970, la formation en soins infirmiers est offerte au Cégep de Sherbrooke et l'école d'infirmières ferme en 1972 (Epps, 1988, p. 91; Whittle, 1988, p. 40). Aucun toponyme ne rappelle le travail de ces infirmières.

De 1906 à 1909, on construit l'**hôpital général Saint-Vincent-de-Paul** sur la rue Bridge (rue King Est) (voir la photographie de l'année 1936 sur la couverture de la revue) à la suite d'une entente, en 1905, entre M<sup>gr</sup> Paul LaRocque et mère Mathilde Davignon, la supérieure à

Saint-Hyacinthe des **Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe** (Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 1985, p. 9; Manseau, 2009, p. 33–34). C'est sœur Justine Perras qui est la première supérieure du nouvel hôpital (Sœurs de la Charité de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe, 1961) jusqu'en 1912 (Messier, 2010). Le bureau médical est présidé jusqu'en 1916 par le chirurgien Jude-Olivier Camirand. Les premiers médecins sont l'oto-rhino-laryngologiste Léonilde-Charles Bachand (1854–1916), président du bureau médical de 1916 à 1922; le chirurgien en chef Fred Bertrand (1881–1940), président du bureau médical de 1929 à 1937; l'obstétricien Hubert-C. Cabana (1883–1956); l'oto-rhino-laryngologiste Jean-Aimé Darche (1872–1952); l'urologue Joseph-Alexis-Calixte Éthier (1873–1955); le chirurgien dentiste Ludger Forest (1877–1943), aussi gouverneur du Collège des dentistes de la province de Québec de 1914 à 1917 (Pothier, 1983, p. 214); le pédiatre Frédéric-Alfred Gadbois, président du bureau médical de 1922 à 1927 et de 1932 à 1937; le chirurgien Wilfrid Lamy; le chirurgien en chef Joseph-Omer Ledoux (1871–1929), président du bureau médical de 1927 à 1929; le bactériologiste Joseph-Émile Noël (1883–1956) et le chirurgien Pantaléon Pelletier (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 13 et 123–124). L'hôpital est considérablement agrandi en 1925–1927 (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 27). De 1949 à 1966, on y trouve la **Clinique anti-cancéreuse de Sherbrooke** (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 56; *Annuaire de Sherbrooke*, 1949–1967) dirigée par le médecin Jean-Marc Pépin (Sœurs de la Charité de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe, 1961). L'hôpital passe à l'administration laïque en 1966 (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 72). En 1971, il devient le **Centre hospitalier Saint-Vincent-de-Paul** (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 75), puis il est fermé en 1997. On y trouve aujourd'hui le **Complexe Saint-Vincent-de-Paul**. Une partie de l'établissement, en 2004, devient le **pavillon Saint-Vincent** de l'Institut de gériatrie de Sherbrooke. L'histoire de cet établissement est rappelée par le **parc Jude-O.-Camirand** (1958) et par les **rues LaRocque** (1910), **Camirand** (1930), **Lamy** (entre 1938 et 1944), **Forest** (1948), **Bachand** (1949), **Pelletier** (1950), **du Docteur-Gadbois** (1948), **Gadbois** (1961), **Bertrand** (1964), et **Omer-Ledoux** (2004). La **rue Albert-Dion** (1963) évoque aussi le souvenir du chirurgien-obstétricien Albert Dion (1900–1971) établi sur la rue King Ouest et affilié à l'hôpital. La **rue Alexandre-Mignault** (1987) (1899–2000) rappelle un obstétricien dans cet établissement de 1928 (Hôpital-Saint-Vincent-de-Paul, 1985, p. 20) à 1982. La **rue James-Quintin** (2006) honore un médecin qui a été chef du département de médecine de 1946 à 1951 (Bezeau, 1994). La **rue Lionel-Groleau** (2006)

(1904–1953) permet de conserver le nom du premier orthopédiste de l'Estrie. La rue **Maximilien-Chagnon** (2006) (1871–1931) perpétue le nom d'un membre du premier bureau médical et fondateur en 1905 d'une des premières pharmacies francophones à Sherbrooke, sur la rue Wellington Nord (Pierce, 1917, p. 128). La rue **Élaine-C.-Poirier** (1997) évoque la mémoire de l'infirmière Élane Codère Poirier (1916–1975) qui est la fondatrice de la Fraternité des malades de Sherbrooke (Coté, 1997) et la rue **Céline** (2004) honore une religieuse, Céline (Célia) Lapierre (1884–1965), qui a passé presque toute sa vie active à l'hôpital (Dubois, 2007). Mais aucun autre toponyme ne rappelle le travail des religieuses pendant plus de 60 ans. Enfin, la rue **Chevalier** (1966) permet de retenir le nom de la famille du même nom, dont l'un des membres, Paul (1927–2004), est chirurgien de 1956 à 1974 et chef du département de chirurgie de 1962 à 1973, tout en étant président et directeur général, de 1956 à 1971 ou 1972, de la compagnie J. L. Mathieu ltée, qui fabrique le sirop pour la toux Mathieu (Coté, 1991a à c).

À la demande de la supérieure des **Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe**, sœur Justine Perras, l'**École d'infirmières de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul** est fondée en 1913 (Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 1985, p. 12) dans les bâtiments de l'hôpital et dirigée par sœur Joséphine Campeau (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 16 et 131). L'école aménage dans un nouveau pavillon construit entre 1958 et 1960, mais ferme les entrées d'étudiantes en 1968 et cesse ses activités en 1970 alors que la formation est désormais dispensée par le cégep de Sherbrooke (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 66 et 83). Aucun toponyme ne rappelle cette école ni le travail des Sœurs durant près de 60 ans.

En 1917, un groupe de médecins de l'hôpital général Saint-Vincent-de-Paul se forme, composé de Jean-Aimé Darce, Gordon Mackenzie Hume (1883–1933), Wilfrid Lamy, Joseph-Alexis-Calixte Éthier (président du bureau médical) et Joseph-Émile Noël. Ces médecins contestent la formation unilatérale d'un nouveau bureau médical de la part des Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe. Comme ils ne peuvent intégrer le Sherbrooke Protestant Hospital à cause de leurs convictions religieuses (Rodrigue, 1994, p. 29), ils fondent un hôpital privé, l'**hôpital Noël**, qui sera surnommé plus tard la **maison Blanche** (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1984, p. 23). L'hôpital est créé dans l'ancienne résidence du gérant de la Silver Spring Brewery, S. C. Nutter, construite en 1892 et achetée du marchand G. A. LeBaron (figure 4). Ce sont les **Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus** qui assurent les soins infirmiers à partir de 1921, mais l'hôpital demeurera toujours



Figure 4 : La maison Blanche en 1942. On entrevoit la maison Rouge à gauche derrière les arbres.

*La Société d'histoire de Sherbrooke : Fonds Joseph-Émile Noël*

une institution laïque. Cet établissement, agrandi une deuxième fois en 1920, devient alors un hôpital public sous le nom d'Hôtel-Dieu (Hôtel-Dieu de Sherbrooke, 1944, p. 3). Le frère de Joseph-Émile Noël, Ovila (1892–1980), rejoint l'équipe de médecins en 1922. Pour faire place à un nouveau bâtiment, en 1940, l'hôpital Noël est fermé (Hôtel-Dieu de Sherbrooke, 1944, p. 43; Anonyme, 2007) et le bâtiment légèrement déplacé vers le nord. La maison Blanche sert probablement de bâtiment administratif à l'Hôtel-Dieu pendant la construction du nouvel édifice jusqu'en 1943, de résidence des infirmières de 1943 à 1967, pour les services de soins à domicile (Anonyme, 2008) jusqu'en 1980, puis de **garderie Les Amis de la Maison blanche** jusqu'en 1991. Elle est alors abandonnée puis démolie en 1994, malgré les nombreuses démarches de citoyens pour sa conservation (Brunelle Lavoie, 1993; Nadeau, 1993a, b). Une dépendance de la maison Blanche, la **maison Rouge** (figure 4), sert d'abord aux opérations chirurgicales et devient une résidence des infirmières de 1943 jusqu'à sa démolition en 1967, quand on construit une centrale thermique à sa place (Gobeil, 2009). L'histoire de cet établissement est retenue par les rues **Lamy** (année inconnue entre 1938 et 1944) et **Ovila-Noël** (1986) ainsi que par le

**pavillon Émile-Noël** (1971). Plusieurs toponymes perpétuent le souvenir des religieuses, notamment **l'île des Sœurs** (1911), auparavant l'île Ball (avant 1871), qui appartient à cette communauté jusqu'en 1950, alors qu'elle est cédée pour fins de loisirs (l'île devient propriété du Gouvernement du Québec en 1971. (Tanguay, 1990, p. 292–293). Les **rues Giet** (1950) et **Jean-Maurice** (1974) ainsi que la **résidence Jean-Maurice** (1986) et la maison **Rose-Giet** (1972) sur la rue Jean-Maurice, évoquent la mémoire des deux cofondateurs des Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus en 1823 : Rose Giet (1784–1848) et l'abbé Jean-Maurice Catroux (1794–1863) (Tanguay, 1990, p. 9–12). La maison Rose-Giet est toutefois vendue en septembre 2009 au CSSS-IUGS : gardera-t-elle son nom ? Cette maison était en fait l'infirmierie de la communauté qui en construit une autre en 2008–2009 en arrière de sa maison centrale, elle-même située en face de l'Hôtel-Dieu.

En septembre 1918, la grippe espagnole frappe Sherbrooke et, en octobre, on installe un hôpital d'urgence dans les locaux de l'**Académie du Centre** des Frères du Sacré-Cœur, à l'angle des rues Alexandre et Ball, sous la direction de l'officier sanitaire Joseph-Émile Noël, avec la participation des médecins Jean-Aimé Darche, Frédéric-Alfred Gadbois, Gordon Mackenzie Hume et Wilfrid Lamy (Fortin, 2002). Cet hôpital temporaire ferme à la fin d'octobre, l'épidémie étant jugulée (Kesteman, 2002a, p. 143), après avoir fait 240 victimes, soit 1 % de la population de Sherbrooke (Gingras, 2009).

En 1920 est fondée l'**École des gardes-malades de l'hôpital Noël** où les cours sont dispensés par les **Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus** dès 1921 (Rodrigue, 1994, p. 63). Elle devient l'**École des infirmières de l'Hôtel-Dieu** en 1922. C'est le médecin Ovila Noël qui y dirige l'enseignement de 1924 à 1940, avant de devenir anesthésiste jusqu'à sa retraite en 1976. Les infirmières sont logées dans l'ancienne résidence de John Henry Walsh de 1939 à 1943 (Hôtel-Dieu de Sherbrooke, 1944, p. 3; Rodrigue, 1994, p. 98; *Annuaire de Sherbrooke*, 1938–1944). Cette résidence, qui était située au sud de la maison Blanche, est déménagée en 1949 au 322 de la rue Woodward afin de permettre la construction du stationnement avant de l'Hôtel-Dieu<sup>1</sup> (*Annuaire de Sherbrooke*, 1932–1975). Par la suite, les infirmières sont logées dans les bâtiments de l'ancien hôpital Noël de 1943 à 1967, jusqu'à ce qu'une résidence-école soit construite entre 1965 et 1967 sur la rue Murray, laquelle garde le nom d'**École des infirmières de l'Hôtel-Dieu**. Cette école est fermée en 1970 (Anonyme, 2007), car l'enseignement est maintenant dispensé au cégep de Sherbrooke. Le bâtiment devient le **pavillon Émile-Noël** en 1971 alors qu'on y loge les cliniques externes qui y demeurent jusqu'en

1991 (Anonyme, 2008). De 1966 à 1972, sur la rue Woodward, il y a aussi une autre résidence de religieuses et d'infirmières dans le bâtiment actuel de la clinique de l'ophtalmologiste Jacques Grégoire, construit en 1948 comme résidence multifamiliale (Annuaire de Sherbrooke, 1949–1975). Outre le **pavillon Émile-Noël**, l'histoire de cette école est rappelée par la **rue Ovila-Noël** (1986) et la **rue Walsh** (1922). L'école a également eu de nombreuses directrices : madame Alexine Breault (1920–1921) et sœurs Marie-Alexandrine (1921–1931), Saint-Jules (1931–1936), Marie-Anna Surprenant (1936–1940)<sup>2</sup>, Madeleine Breault (1943–1954 et 1955–1956), Yvette Roy (1954–1955), Louise Roy (1956–1965), Priscille Gobeil (1965–1966), Fernande Goulet (1966–1968) et Denyse Paquette (1968–1970) (Gobeil, 2009). Aucune désignation toponymique n'a cependant été attribuée à Sherbrooke en leur honneur.

En 1922, l'hôpital Noël devient l'**Hôtel-Dieu** et continue sa mission dans le même bâtiment jusqu'à la construction d'un nouveau bâtiment entre 1940 et 1944 (Rodrigue, 1994). En 1944, le gérant-général du nouvel hôpital est Lucien Hébert, fils de l'ancien maire Félix-Herménégilde Hébert (1912–1914). Les soins infirmiers sont dispensés par les Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus jusqu'en 1997. L'Hôtel-Dieu devient l'**Hôtel-Dieu de Sherbrooke** en 1927, le **Centre hospitalier Hôtel-Dieu** en 1971, l'**Hôtel-Dieu de Sherbrooke** en 1993, le **site Bowen** du CUSE en 1997 puis le **pavillon Hôtel-Dieu** ou tout simplement l'**Hôtel-Dieu** du CHUS en 2001. L'histoire de cet établissement est rappelée par les pionniers de l'hôpital Noël. Elle est aussi évoquée par la **rue James-Quintin** (2006), un médecin qui y a été consultant de 1946 à 1968, et par la **rue Chevalier** (1966), en l'honneur d'un des membres, le médecin Paul Chevalier (1927–2004), qui dirige la clinique des tumeurs de 1976 à 1987 et le département de chirurgie de 1979 à 1986 (Coté, 1991a à c). Les Filles de la Charité possèdent toujours leur **maison Centrale** (1911) sur la rue Bowen Sud près de la rue Galt Est, maison achetée de la succession de William Bullock Ives (1841–1899). Cette maison, nommée **Whilmhurst**, aurait été construite un peu avant 1869 et restaurée en 1890 (Tanguay, 1990, p. 191–192). La **rue William-Ives** (2006) honore la mémoire du député Ives. Les Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus possèdent aussi leur **maison Provinciale** (1972) sur la rue Allen, dont le premier bâtiment sur la 7<sup>e</sup> Avenue Sud était auparavant le **couvent Sainte-Julienne**, noviciat des **Sœurs Servites de Marie**, construit en 1957.

En 1924, on ouvre le **dispensaire Anti-tuberculeux** pour le dépistage de la tuberculose sur la rue King Ouest, entre les rues Gordon et Brooks (Hôtel-Dieu de Sherbrooke, 1944, p. 33). Il est dirigé par le

pneumo-cardiologue Pierre-Philippe Beaudry (1885–1953) (Tessier, 2001; Rodrigue, 1994, p. 103). Ses efforts ainsi que ceux d'autres médecins débouchent sur l'ouverture du **sanatorium Saint-François** (rue Murray), attenant à l'Hôtel-Dieu et construit entre 1940 et 1943 pour traiter la tuberculose (Rodrigue, 1994, p. 109–113; Tessier, 2001; Fortin, 2002; Kesteman, 2002b, p. 198–199). Le dispensaire déménage alors sur la rue Woodward (Kesteman, 2002b, p. 199) et ferme en 1943 (Annuaire de Sherbrooke, 1942–1944). Comme la tuberculose est pratiquement éradiquée, le sanatorium perd de son utilité et ses locaux sont utilisés par l'Hôtel-Dieu à partir de 1968 (Tessier, 2001). Aucun toponyme ne rappelle ces établissements.

En 1941, un hôpital privé est ouvert, l'**hôpital Darche**, au 166 de la rue King Ouest, entre les rues Brooks et Gordon : le bâtiment à tourelles existe encore. C'est en fait un exemple de cabinet de médecins qui se regroupent pour disposer de services communs. Il est fondé et tenu par le médecin Jean-Aimé Darche (1872–1952) jusqu'en 1950, puis par son neveu, le médecin Lionel Darche (1899–1967) jusqu'à sa fermeture en 1958 (Annuaire de Sherbrooke, 1940–1959). La **rue Darche** (1953) conserve le souvenir de l'ancien échevin Rosario-François Darche (1860–1943) et non de son fils Lionel ou de son frère Jean-Aimé (Mercier, 1964, p. 57).

En 1943, à l'instigation de M<sup>gr</sup> Philippe Desranleau, l'abbé Simon Perreault fonde la **Société de réhabilitation de Sherbrooke** sur la rue Melbourne (actuelle rue Prospect), dont la mission initiale est d'aider les tuberculeux, les infirmes et les orphelins (Blais, 1948, p. 11; Beaudoin, 1993, p. 3). L'organisme prend divers noms après 1960. À partir de 1993, le **Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Estrie** occupe un de ses bâtiments sur le boulevard Queen-Victoria. La Société ouvre divers établissements au cours des années, dont l'**école Monseigneur-Desranleau** en 1943 sur une propriété de la rue Melbourne (devenue rue Prospect), achetée de la succession de Gordon Mackenzie Hume. Elle ouvre également l'**Institut Val-du-Lac** en 1944, le **Centre psychosocial de Sherbrooke** de 1950 à 1960, la **Clinique médico-psychologique de Sherbrooke** de 1960 à 1973, le **Centre orthopédique de Sherbrooke** de 1951 à 1960 et la **maison Notre-Dame-de-l'Enfant** en 1947, parfois nommé de façon impropre **hôpital Notre-Dame-de-l'Enfant** sur la rue Moore (propriété **Rockmount** d'Alexander Galt) pour l'éducation des fillettes déficientes. Ce dernier centre est tenu par les **Filles de la Charité de Saint-Vincent-de-Paul** de 1948 à 1953, puis par les **Dominicaines des Saints-Anges Gardiens** de 1954 à 1971. En 1965, le **centre Notre-Dame-de-l'Enfant** est relocalisé sur la rue Prospect dans un édifice construit en 1964.

L'histoire de cette œuvre est perpétuée par les noms suivants : **chemin de Val-du-Lac** (1959), **rue Simon-Perreault** (2008), **parc Philippe-Desranleau** (1957), **parc Desranleau** (1975), **école Desranleau** (1982), **Mont Saint-Dominique** (1965) sur la rue Moore et **district électoral de Desranleau** (2002).

Entre 1944 et 1949, il existe un établissement privé, l'**hôpital Saint-Sacrement**, dans l'ancienne résidence d'Edmond Hébert sur la rue McManamy. À la même adresse, on trouve aussi l'**hôpital des Incurables et Convalescents** de 1956 à 1958. Cet établissement poursuit ses activités jusqu'en 1960 puis les reprend en 1962–1963. C'est l'infirmière Régina-Thérèse Vinette qui en est la directrice (Anonyme, 1947b; *Annuaire de Sherbrooke*, 1962). Mais le bâtiment est vacant à partir de 1963 (*Annuaire de Sherbrooke*, 1939–1944 et 1949–1965). Le chirurgien Clovis Dagneau y aurait pratiqué (Anonyme, 1947b). Enfin, les médecins Léonilde-Charles Bachand et Wilfrid Bégin ont tenu un établissement prônant l'utilisation de l'électricité à des fins médicales, qu'ils ont nommé **Institut électrique**, de 1915 à entre 1918 et 1925 sur la rue Brooks (*La Société d'histoire de Sherbrooke*, 2001, p. 114 ; *Annuaire de Sherbrooke*, 1914–1925). Rien dans la toponymie sherbrookoise n'évoque la présence de ces établissements.

À l'instigation de M<sup>gr</sup> Georges Cabana, les sœurs Lucille du Sacré-Cœur, Marie-Joséphine, Marie-Rose et Marie-Prosper des **Chanoinesses régulières des Cinq-Plaies du Sauveur** ouvrent, en 1953, sur le boulevard Queen Nord (actuel boulevard Queen-Victoria), le **foyer Saint-Joseph** pour les couples âgés en perte d'autonomie, dans l'ancienne résidence d'Edward Toole Brooks (propriété **Mountfield**) (Tremblay, 1966, p. 133–134). Construite avant 1871, la résidence avait abrité la deuxième école Monseigneur-Desranleau en 1947 et avait été agrandie en 1948 (Beaudoin, 1993, p. 6–8). Le foyer est acheté par les Chanoinesses en 1955 (Beaudoin, 1999, p. 22) et tenu par ces dernières jusqu'en 1967 (*Annuaire de Sherbrooke* [1952–1968]). Les bâtiments sont remplacés par un nouveau bâtiment en 1963 (Anonyme, 1963; Tremblay, 1966, p. 133). En 1972, le foyer devient le **centre d'hébergement Saint-Joseph** et, en 1992, il fait partie du CHSLD Estriade. Dans la pratique, cependant, il garde son nom générique originel et prend celui de **pavillon Saint-Joseph** en 2004 (*Annuaire de Sherbrooke*, 1952–2009). Depuis 2004, il est intégré à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et fait partie du CSSS-IUGS. On peut lier à l'histoire de cet établissement le nom de monseigneur Georges Cabana dont le souvenir est rappelé par le **pavillon Georges-Cabana** (2004) de l'Université de Sherbrooke. Aucune entité ne perpétue la mémoire des Chanoinesses.

En 1953, le chiropraticien J.N. Rousseau ouvre la **clinique médicale Rousseau**, qui ferme en 1965. En 1954, d'autres médecins, Bernard Mongeau et Maurice Gladu, ouvrent la **clinique médicale de Sherbrooke** dans le même bâtiment sur la rue Brooks; cette clinique ferme ses portes en 1957. Ce sont des cliniques privées (Annuaire de Sherbrooke, 1952–1966). D'ailleurs, dans les années 1940, il y avait déjà tellement de médecins sur la rue Brooks qu'elle était surnommée la **rue des Médecins** (Anonyme, 1947a).

Grâce à l'opiniâtreté du député conservateur John S. Bourque, on débute en 1960–1961 la construction d'un hôpital psychiatrique, l'**hôpital Saint-Georges**, sur le chemin de Stoke (12<sup>e</sup> Avenue Nord) à Ascot-Nord (Fleurimont). Le projet est mis de côté par le gouvernement libéral de Jean Lesage et le bâtiment abandonné jusqu'en 1965 alors qu'il est repris par l'Université de Sherbrooke (Maltais, 1980, p. 75–94). La mémoire du député qui a contribué à cet établissement est conservée par la **rue** (1929), le **pavillon** (1979) et le **mont John-S.-Bourque** (1996) ainsi que le **boulevard Bourque** (1957).

Dès 1955, M<sup>gr</sup> Georges Cabana (1894–1986), chancelier de l'Université de Sherbrooke, a l'intention de fonder une faculté de médecine dans cette université, fondée l'année précédente (Maltais, 1980, p. 21). Il entreprend des démarches avec le cardiologue Gérard-Ludger Larouche (1918– ) et le fondateur de la Faculté de droit, Albert Leblanc (1899–1975). En 1960, un comité consultatif de médecins, dont font partie Clovis Dagneau et Thomas James Quintin (1903–1993), prend la relève sous la présidence de Gérard-Ludger Larouche, (1903–1993) (Maltais, 1980, p. 23). La **Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke** est finalement fondée en 1961. Gérard-Ludger Larouche en devient le premier doyen, conseillé par les médecins Clovis Dagneau et Paul Chevalier (Maltais, 1980, p. 29). En 1964, le doyen Gérald La Salle (1915–1999) prend la relève jusqu'en 1968, assisté par le vice-doyen Jean-Marie Beauregard et appuyé par le recteur M<sup>gr</sup> Irénée Pinard, puis par le recteur M<sup>gr</sup> Roger Maltais à partir de 1965. Les premiers cours sont dispensés en 1966 dans une aile de la Clinique de l'Université de Sherbrooke (Maltais, 1980, p. 316; Goulet, 2004, p. 102–103). La **Maison des Étudiants** est construite en 1970 (Maltais, 1980, p. 317). La faculté devient la **Faculté de médecine et des sciences de la santé** en 2004 avec la création de l'**École des sciences infirmières**. Après la période de fondation, les doyens sont les médecins Maurice LeClair (1968–1970), Jean de La Broquerie Mignault (1970–1971), Gilles Pigeon (1971–1979) et Jean de Margerie (1979–1983) (Maltais, 1980, p. 316–319). L'histoire des artisans de cet établissement est évoquée par les **rues Chevalier** (1966); **Jean-**

**Mignault** (2002) (1924–1997), pionnier de la cardiologie au Québec; **James-Quintin** (2006) et **Théodore-Tahan** (2009), radio-oncologue qui fut professeur de 1972 à 1991. Les **pavillons Albert-Leblanc** (1979) construit en 1971, **Gérald-La Salle** (2005) construit en 2002, **Irénée-Pinard** (2005) construit en 2003–2004 et **Georges-Cabana** (2004) construit en 1962–1963 portent également un nom relié à l'histoire de cet établissement, tout comme le font la salle **Denise-Paul** (2005) au pavillon Gérald-La Salle et l'**amphithéâtre Jean-De L.-Mignault** (2006).

De 1964 à 1969, le pavillon Saint-Georges est transformé et complété pour devenir la **Clinique de l'Université de Sherbrooke** ou **Centre médical de l'Université de Sherbrooke**, lequel abrite la Faculté de médecine. C'est M<sup>re</sup> Roger Maltais qui en est le premier président du conseil d'administration, en 1965 (Maltais, 1980, p. 315). Cet hôpital prend le nom de **Centre hospitalier universitaire** (CHU) en 1966 et de **Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke** (CHUS) en 1974 (Maltais, 1980, p. 316 et 318). Par la suite, il prend le nom de **Centre universitaire de santé de l'Estrie** (CUSE) en 1995, avec l'affiliation de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, puis redevient le CHUS en 2000 alors que les deux établissements affiliés toujours en activité prennent le nom d'**Hôtel-Dieu** et d'**hôpital Fleurimont**<sup>3</sup> (Goulet, 2004). Le premier directeur général du CHUS est Gérald LaSalle en 1964 (Maltais, 1980, p. 79), remplacé par Madeleine Côté de 1967 à 1972, Pierre-Paul Mercier, intérimaire en 1972–1973 et Normand Simoneau de 1973 à 1999 (Maltais, 1980, p. 125, 317–318). En 2002, l'ensemble des terrains et bâtiments de la Faculté de médecine et du CHUS prend le nom de **campus de la Santé**.

À la suite de démarches entreprises dès 1963 par le curé Léon Drapeau et le maire Dorilas Gagnon de Bromptonville, la municipalité finit par ouvrir, en 1968, le **foyer de Bromptonville** pour personnes âgées, sur la rue de la Croix (Nadeau, 1994). Sœur Brigitte Bibeau, des Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe, le dirige de 1970 à 1982 et Mgr Joseph Rosario Moisan (1907–1984) en est l'aumônier de 1970 à 1984 (Nadeau, 1994). Le foyer devient un centre de jour du CHSLD Estriade en 1992. Il est fermé en 2004 et les bénéficiaires sont transférés au Complexe Saint-Vincent-de-Paul. En 2007, le bâtiment devient un point de service du **Centre de maternité de l'Estrie**. Ce centre est affilié au CSSS-IUGS, installé sur la rue Murray depuis 2006. Il déménage à Bromptonville en 2008 (Annuaire de Sherbrooke, 2005–2009). On peut associer la **rue Monseigneur-Moisan** (1987) et le **parc Gagnon** (1972) au souvenir de ce foyer, mais aucun toponyme ne perpétue le souvenir du travail des Sœurs.

En 1968, on crée le **Comité régional de planification des services de santé des Cantons de l'Est**, dont les activités prendront fin en 1972, avec la création par le Gouvernement du Québec du **Conseil régional de la santé et des services sociaux** (CRSSS) (Brunelle Lavoie et Dufort-Caron, 1988, p. 103 et 106). En 1969, on ouvre la **Résidence de l'Estrie** pour personnes âgées en perte d'autonomie dans l'ancien Grand séminaire des Saints-Apôtres sur la rue Murray. La Résidence est fermée en 2002 et les bénéficiaires sont relocalisés au complexe Saint-Vincent-de-Paul (Manseau, 2009, p. 131). Deux ans plus tard, elle devient un centre administratif du CSSS-IUGS.

En 1973, on crée le **Centre local de services communautaires (CLSC) SOC** (sud-ouest—centre) à Sherbrooke. À partir de 1982, le territoire de ce CLSC s'étend à Rock Forest, Saint-Élie-d'Orford et Deauville. En 1985, on ouvre le **CLSC Gaston-Lessard** avec points de service sur la rue King Est à Sherbrooke et sur la rue Speid à Lennoxville. Le nom de ce dernier établissement est donné parce que Gaston Lessard (1947–1985), un quadraplégique, a milité de 1970 jusqu'à son décès pour que des services soient mis en place pour rendre les personnes handicapées plus autonomes. Ces deux CLSC deviennent le **CLSC de Sherbrooke** en 2000. Ce dernier change de nom en 2002 et devient le **CLSC de la Région-de-Sherbrooke**. Il est intégré au CSSS-IUGS en 2006, avec quatre **points de service** : **Camirand, Lennoxville, King Est** et **Rock Forest** (Annuaire de Sherbrooke, 1972–2009).

En 1980, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke crée le **Centre de recherche clinique**. Les médecins qui dirigeront successivement ce centre sont André Lussier (1980–1984), Étienne Lebel (1984–1993), Marek Rola-Pleszczynski (1993–2001) et Jean-Marie Moutquin (2001–2008) (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2005). En 1996, le centre obtient son propre bâtiment. Le centre, et par le fait même le pavillon, prennent le nom d'**Étienne-Le Bel** en 2005 (Goulet, 2006, p. 353).

En 1988, le gériatre Réjean Hébert fonde le **Centre de recherche en géronto-gériatrie de l'Université de Sherbrooke**, en collaboration avec l'hôpital D'Youville (Manseau, 2009, p. 120). Avec la participation du Centre hospitalier de Sherbrooke, le Centre de recherche devient, en 1995, l'**Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke**, alors dirigé par Daniel Bergeron (Manseau, 2009, p. 128–130). Cet institut, qui comprend les **pavillons Argyll** et **D'Youville**, est rattaché au CHSLD Estriade en 2004 (Manseau, 2009, p. 131).

En 1992, on crée le **Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Estriade** par fusion du foyer Saint-Joseph, du foyer de

Bromptonville et de la Résidence de l'Estrie. Les bénéficiaires de cette dernière déménagent au Complexe Saint-Vincent-de-Paul en 2003 et, en 2004, ceux du foyer Saint-Joseph les rejoignent au même endroit. En 2004, le CHSLD est intégré au **Centre de santé et de services sociaux—Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke** (CSSS-IUGS) avec quatre pavillons : Argyll, D'Youville, Saint-Joseph et Saint-Vincent.

Le **Parc biomédical de Sherbrooke** commence à être constitué en 1994 dans le secteur de l'hôpital de Fleurimont, mais il se développe surtout à partir de 2002. Outre le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et la Faculté de médecine, il comprend le **Centre de développement des biotechnologies de Sherbrooke** (2003), le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel et l'**Institut de pharmacologie de Sherbrooke** dont le bâtiment a été construit en 1996–1997.

#### 4. Toponymes non reliés à l'histoire de Sherbrooke

La **rue Clemenceau** (1920) rappelle la mémoire de Georges Benjamin Clemenceau (1841–1929), président de France à la fin de la Première Guerre mondiale et médecin anatomiste qui n'a pratiqué que quelques années (Duroselle, 1988). La **rue Taché** (1953) conserve le souvenir d'Étienne-Paschal Taché (1795–1865), médecin à Montmagny de 1819 à 1841 et mieux connu comme politicien et un des pères de la Confédération (Désilets, 2000). La **rue Laterrière** (1953) honore Pierre de Sales Laterrière (1747–1815), explorateur français, propriétaire des forges de Saint-Maurice, qui a pratiqué la médecine quelques années dans la région de Trois-Rivières (O'Bready, 1973, p. 13). La **rue Pasteur** (1955) évoque la mémoire de Louis Pasteur (1822–1895), pionnier de la microbiologie et à l'origine de la vaccination et de la pasteurisation. La **rue Meilleur** (1957) perpétue le nom de Jean-Baptiste Meilleur (1796–1878), qui pratique la médecine à l'Assomption de 1829 à 1840 et qui est mieux connu comme premier surintendant de l'Instruction publique du Bas-Canada de 1842 à 1855 (Cournoyer, 2001, p. 980–981; Auclair, 1933, p. 38–48). La **rue Dunant** (1960) rappelle la mémoire de l'humaniste suisse Jean-Henri Dunant (1828–1910), fondateur de la Croix-Rouge en 1863 (Coté et Dubois, 2008). La **rue Robitaille** (1960) évoque le souvenir de Théodore Robitaille (1834–1897), médecin à New Carlisle à partir de 1858, mais mieux connu comme lieutenant-gouverneur du Québec de 1879 à 1884 (Cournoyer, 2001, p. 1406). La **rue Chénier** (1966) honore Jean-Olivier Chénier (1806–1837), médecin à Saint-Benoît à partir de 1828 et patriote tué par la milice à Saint-Eustache (Bernard, 2008). La **rue Gamelin** (1971) conserve le souvenir d'Émilie Tavernier-Gamelin (1800–1851), fondatrice de la

congrégation des Sœurs de la Providence, à Montréal en 1843, au service des femmes âgées, des orphelines, des sourdes-muettes et des malades mentaux (Les Sœurs de la Providence, 2009). La **rue Jeanne-Mance** (2005) (1606–1673) rappelle la première infirmière laïque de Nouvelle-France qui fonde l'Hôtel-Dieu de Montréal en 1642 (Commission de toponymie du Québec, 2006, p. 297). La **rue Nérée-Beauchemin** (2006) perpétue la mémoire de Charles-Nérée Beauchemin (1850–1931), médecin qui pratiqua à Yamachiche à partir de 1874 et qui est mieux connu pour son œuvre poétique réalisée à partir de 1871 (Guilmette, 1973, p. xxiii–xxvii). Enfin, on pourrait ajouter la **rue Saint-Luc** (1946) puisque cet évangéliste (I<sup>er</sup> siècle) aurait été médecin d'après une des épîtres de Saint-Paul et puisqu'il est le patron des médecins, ce qu'ont reconnu les militaires canadiens en 1984 (Ministère de la défense nationale, 2009).

## 5. Conclusion

Dans sa toponymie, Sherbrooke a retenu les noms de beaucoup de personnages et d'institutions qui ont bâti ou ont contribué au système de santé actuel. Plusieurs noms sont dans la banque de toponymes de la Ville de Sherbrooke pour utilisation future. Ainsi, en relation avec la Faculté de médecine, il y a un innovateur en enseignement médical, **Jean-Marie Beauregard** (1920–1967), le chirurgien **Clovis Dagneau** (1911–1984), le neurophysiologue et neuropharmacologue **Cesar Galeano** (1926–1990), le biochimiste **François Lamy** (1922–2004), l'infirmière **Denise Paul** (1943–2002), ainsi que le recteur **Roger Maltais** (1914–1975). En relation avec l'ancien hôpital général Saint-Vincent-de-Paul, il y a le médecin **Joseph Alexis Calixte Éthier** (1873–1955), l'infirmière **Yvette St-Pierre** (1926–1998) et une diplômée de 1931, **Alice Girard** (1907–1999). En relation avec l'hôpital D'Youville, il y a l'infirmière **Cécile Gauvin** (1923–2000). En relation avec l'ancien Sherbrooke Hospital, il y a l'infirmière **Audrey Frost** (1929–2004) et l'anesthésiste **A. Alfred Dougan** (1916–2000), qui a été directeur médical de 1960 à 1978. D'autres noms sont aussi dans la banque : **Florence-Louise Bradford** (1890–1977) infirmière qui a tenu une maternité pour mères célibataires de 1915 à 1949 sur la rue Frontenac puis sur la rue High, le pharmacien **Albert Charpentier** (1903–1987) propriétaire de la pharmacie Chagnon de 1934 à 1959 et la première médecin canadienne-française en 1900, **Irma LeVasseur** (1878–1924).

Cependant, plusieurs noms de personnes et d'institutions mentionnés dans cet article mériteraient d'être conservés : **Pierre-Philippe Beaudry** (médecin, sanatorium Saint-François), **Sarah Ellen**

**Bliss** (infirmière, Sherbrooke Protestant Hospital), **Jean Aimé Darche** (médecin, hôpital Saint-Vincent-de-Paul), **Joseph Louis Mathieu** (pharmacien), **Edward Dagge Worthington** (médecin pionnier), **l'hôpital Civique**, **l'Unité sanitaire de Sherbrooke**, les **Chanoinesses régulières des Cinq-Plaies du Sauveur** (foyer Saint-Joseph), etc.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les personnes suivantes pour leur contribution à la documentation : Julie Fecteau (Service des archives, Université de Sherbrooke), sœur Priscille Gobeil (Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus), sœur Marie-Paule Messier (Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe) et André Tessier, historien régional à son compte, qui a beaucoup aidé à compléter les données. Un remerciement particulier va à Hélène Liard, historienne et archiviste à La Société d'histoire de Sherbrooke, qui a suggéré de nombreuses corrections et ajouts pour bonifier le manuscrit.

## RÉFÉRENCES

- Annuaire de Sherbrooke/Sherbrooke Directories* (1887–1918, 1925–1929, 1933–1944); *Sherbrooke Index des adresses* (1949–1979); *Annuaire téléphonique* (1896, 1909, 1931, 1939, 1944, 1953–2009).
- Anonyme (1876) *Le Progrès de l'Est*, vol. 3, n° 117, 15 décembre 1876.
- Anonyme (1890) J. L. Mathieu. *Le Progrès de l'Est*, vol. 7, n° 668–669, 23 mai 1890, p. 2–3.
- Anonyme (1902) Compagnie J. L. Mathieu. *Le Progrès de l'Est*, vol. 19, 19 décembre 1902, p. 2.
- Anonyme (1926) M. Arthur Chevalier décède hier soir à sa résidence. *La Tribune*, 6 mai 1926, p. 3.
- Anonyme (1947a) Les conférences : Sherbrooke a des rues nées de parents inconnus. *La Tribune*, 13 mai 1947 (conférence du greffier Antonin Deslauriers).
- Anonyme (1947b) Bénédiction du nouvel hôpital Saint-Sacrement. *La Tribune*, vol. 38, n° 204, 27 octobre 1947, p. 3.
- Anonyme (1963) Au foyer St-Joseph : Avec un peu de retard, la pierre angulaire bénite par Mgr Morin. *La Tribune*, vol. 54, n° 166, 9 septembre 1963, p. 2.
- Anonyme (1969) L'Unité sanitaire dans des locaux plus fonctionnels. *La Tribune*, 22 janvier 1969, p. 3.
- Anonyme (1987) St. Patrick's Parish 1887–1987. Sherbrooke, 125 p.

- Anonyme (2001) La collection Echenberg/The Echenberg Collection.  
*Journal of Eastern Townships Studies /Revue d'études des Cantons-de-l'Est*, n° 18, p. 45–61.
- Anonyme (2007) Les Filles de la Charité et leur admirable engagement.  
*Entre Nous* (Bulletin d'information du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke), 3 décembre 2007, p. 13.
- Anonyme (2008) L'Hôtel-Dieu est conté ... Des années 1960 à la fusion.  
*Entre Nous* (Bulletin d'information du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke), 28 janvier 2008, p. 12–13.
- Archidiocèse de Sherbrooke (1994) *Obituaire du clergé 1874–1993*.  
Sherbrooke, 274 p.
- Auclair, É.-J. (1933) *Figures canadiennes*. Éditions Albert Lévesque,  
Montréal, 2 vol., 199 et 207 p.
- Beaudoin, C. (1993) *Le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse : 50 ans d'histoire*. Le Centre jeunesse de l'Estrie, Sherbrooke, 82 p.
- Bernard, J.-P. (2008) Biographie Jean-Olivier Chénier. *Généalogie du Québec*, 4 p.,  
[http://74.125.93.132/search?q=cache:W30hMNb0qeQJ:www.nosorigine.s.qc.ca/biography.aspx%3Fname%3DJean-Olivier\\_Chenier%26id%3D138195%26lng%3Dfr+%22jean-olivier+chenier%22&cd=5&hl=fr&ct=clnk&gl=ca](http://74.125.93.132/search?q=cache:W30hMNb0qeQJ:www.nosorigine.s.qc.ca/biography.aspx%3Fname%3DJean-Olivier_Chenier%26id%3D138195%26lng%3Dfr+%22jean-olivier+chenier%22&cd=5&hl=fr&ct=clnk&gl=ca).
- Bezeau, M. (1994) Dr Quintin. *Fiche de renseignements toponymiques*, Ville de Sherbrooke, 2 p. et annexes.
- Blais, G. (1948) *La Société de réhabilitation : Œuvre de réadaptation de l'orphelin, de l'infirme et du tuberculeux*. Société de réhabilitation de Sherbrooke, Sherbrooke, 32 p.
- Brunelle Lavoie, L. (1989) *À la suite d'Hippocrate : Les débuts des soins hospitaliers à Sherbrooke*. Société d'histoire des Cantons de l'Est et Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, 21 p.
- Brunelle Lavoie, L. (1993) L'hôpital du Dr J.-Émile Noël : la fin d'un rêve.  
*Patrimoine Estrie*, vol. 6, n° 1, p. 6–8.
- Brunelle Lavoie, L. et Dufort-Caron, J. (1984) *L'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke, 1909–1984 : une médecine scientifique, des services de santé humanisés*. À compte d'auteur, Sherbrooke, 134 p.
- Centre hospitalier de Sherbrooke (1988) *Centenary Souvenir Album 1888–1988 Sherbrooke Protestant Hospital, Sherbrooke Hospital, Centre hospitalier de Sherbrooke*. Sherbrooke, 220 p.
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2005) *Centre de recherche clinique, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 1980–2005*. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 28 p.
- Commission de toponymie du Québec (2006) *Noms et lieux du Québec*. 2<sup>e</sup> édition, Les Publications du Québec, Québec, 925 p.

- Coté, G. (1991a) Rue Chevalier. *La Nouvelle*, vol. 9, n° 36, p. 30.
- Coté, G. (1991b) Rue Chevalier. *La Nouvelle*, vol. 9, n° 37, p. 28.
- Coté, G. (1991c) Rue Chevalier. *La Nouvelle*, vol. 9, n° 39, p. 18.
- Coté, G. (1991d) Rue Chevalier. *La Nouvelle*, vol. 9, n° 40, p. 19.
- Coté, G. (1997) Rue Éline-C.-Poirier, District de l'Immaculée-Conception, Sherbrooke. *La Nouvelle*, vol. 16, n° 17, 5–12 décembre 1997, p. 28.
- Coté, G. et Dubois, J.-M.M. (2008) Toponymie : la rue Dunant. *Regards*, vol. 4, n° 1, p. 13.
- Côté, S. (1987) *L'œuvre des orphelins à l'hospice du Sacré-Cœur de Sherbrooke (1875–1965)*. Mémoire de maîtrise, Département des sciences humaines, Université de Sherbrooke, 124 p.
- Cournoyer, J. (2001) *La mémoire du Québec de 1534 à nos jours : Répertoire des noms propres*. Stanké, Montréal, 1861 p.
- Daigle, J., Rousseau, N. et Saillant, F. (1993) Des traces sur la neige ... La contribution des infirmières au développement des régions isolées du Québec au XX<sup>e</sup> siècle. *Recherches féministes*, vol. 6, n° 1, p. 93–103.
- Dansereau, A. (s.d.) *Le Musée Beaulne au Château Arthur-Osmore-Norton*. Exposition permanente, Musée Beaulne, Coaticook, 32 p.
- Dawson, J. (1988) A very special relationship. P. 43–52, in *Centenary Souvenir Album 1888–1988 Sherbrooke Protestant Hospital, Sherbrooke Hospital*. Centre hospitalier de Sherbrooke, Sherbrooke, 220 p.
- Désilets, A. (2000) Taché, sir Étienne-Paschal. In *Dictionnaire biographique du Canada en ligne*. University of Toronto et Université Laval, 6 p., <http://74.125.93.132/search?q=cache:rYL2QVCEIvUJ:www.biographi.ca/009004-119.01-f.php%3FBIoId%3D38858+étienne-paschal+taché&cd=4&hl=fr&ct=clnk&gl=ca>.
- Dubois, J.-M. (2007) La rue Céline : une histoire scabreuse mais aussi l'étincelle d'une vocation. *Regards* (Journal du quartier d'Ascot), vol. 2, n° 7, p. 13.
- Dubois, J.-M. et Coté, G. (2002) *Les noms de lieux de Sherbrooke : plus de 200 ans d'histoire ; tome 1 : Voies de communication*. La Société d'histoire de Sherbrooke, Sherbrooke, 325 p. et carte.
- Dubois, J.-M. et Coté, G. (2007) Toponymes honorant de grandes figures du monde médical à Sherbrooke. *Le Confluent* (Bulletin d'information de la Société d'histoire de Sherbrooke), n° 54, p. 6–7.
- Duroselle, J.-B. (1988) *Clemenceau*, Fayard, Paris, 1077 p.
- Elkas Atto, R. (dir.) (1996) *Graduate Sherbrooke Hospital*. Sherbrooke, 136 p.
- Epps, B. (1988) *Le second bienfait : Cent ans d'histoire du Sherbrooke Hospital 1888–1988*. Centre hospitalier de Sherbrooke, Sherbrooke, 124 p.

- Fortin, P. (2002) Sherbrooke 200 ans d'histoire 1802–2002 : Des lieux pour guérir (Deuxième partie). *La Tribune*, vol. 93, n° 196, 9 octobre 2002, p. D9.
- Gagnon, V. (2007) *Le Sherbrooke Protestant Hospital*, un hôpital précurseur. *Le Confluent*, n° 54, p. 3.
- Gingras, M.-È. (2009) Grippe espagnole : le pire est passé ! *La Tribune*, vol. 100, n° 204, 19 octobre 2009, p. 17.
- Gobeil, P. (2009) *Entrevue avec Jean-Marie Dubois*, le 10 septembre 2009. Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus, maison provinciale, rue Allen à Sherbrooke.
- Goulet, D. (2004) *Histoire de l'Université de Sherbrooke 1954–2004*. Les Éditions de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 444 p.
- Goulet, D. (2006) *La Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke 1966–2006 : 40 ans de leadership et d'innovation pour la société en santé*. Carte Blanche, Outremont, 455 p.
- Guilmette, A. (1973) *Nérée Beauchemin, son œuvre : édition critique*. Les Presses de l'Université du Québec, Montréal, vol. I, 659 p.
- Hearn Milner, E. (1985) *Bishop's Medical Faculty Montreal 1871–1905, including the affiliated Dental College 1896–1905*. René Prince Imprimeur, Sherbrooke, 530 p.
- Hôpital Saint-Vincent-de-Paul (1985) *L'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke 1909–1984*. Album du 75<sup>e</sup> anniversaire, Sherbrooke, 119 p.
- Hôtel-Dieu de Sherbrooke (1944) *Album-souvenir de l'Hôtel-Dieu et du Sanatorium Saint-François de Sherbrooke*. *La Tribune*, 10 mai 1944, 48 p.
- Kesteman, J.-P. (2000) *Histoire de Sherbrooke ; Tome 1 : De l'âge de l'eau à l'ère de la vapeur (1802–1866)*. Les Éditions GGC, Sherbrooke, 353 p.
- Kesteman, J.-P. (2001a) *Guide du vieux Sherbrooke*. Société d'histoire de Sherbrooke, Sherbrooke, 271 p.
- Kesteman, J.-P. (2001b) *Histoire de Sherbrooke ; Tome 2 : De l'âge de la vapeur à l'ère de l'électricité (1867–1896)*. Les Éditions GGC, Sherbrooke, 280 p.
- Kesteman, J.-P. (2002a) *Histoire de Sherbrooke ; Tome 3 : La ville de l'électricité et du tramway (1897–1929)*. Les Éditions GGC, Sherbrooke, 292 p.
- Kesteman, J.-P. (2002b) *Histoire de Sherbrooke ; Tome 4 : De la ville ouvrière à la métropole universitaire (1930–2002)*. Les Éditions GGC, Sherbrooke, 489 p.

- Kesteman, J.-P., Southam, P. et Saint-Pierre, D. (1998) *Histoire des Cantons de l'Est*. Presses de l'Université Laval et Institut québécois de recherche sur la culture, Sainte-Foy, 832 p.
- Koiri, K. B. (1988) Nursing Department heads 1896–1988. P. 107–110, in *Centenary Souvenir Album 1888–1988 Sherbrooke Protestant Hospital, Sherbrooke Hospital*. Centre hospitalier de Sherbrooke, Sherbrooke, 220 p.
- Labrecque, R. et Labrecque, N. (2000) Ville de Fleurimont : Toponymie et événements majeurs 1937–2000. Ville de Fleurimont, Fleurimont, 170.
- Labrecque, T. et Mailloux, C. (1986) Une figure de proue en éducation : Sœur Renée du Saint-Sacrement (1903–1973). Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus, Sherbrooke, 212 p.
- La Société d'histoire de Sherbrooke (2001) *Guide historique du Vieux Sherbrooke*. 2<sup>e</sup> édition, Sherbrooke, 271 p.
- La Société historique industrielle inc. (1956) *Les Cantons de l'Est ; Deuxième partie : Sherbrooke et les régions environnantes*. Montréal, 397 p.
- Le Progrès de l'Est* (1890) 23 mai 1890, p. 2–3.
- Le Progrès de l'Est* (1902) 9 décembre 1902, p. 3.
- Les Sœurs de la Providence (2009) *Centre Émilie-Gamelin*. 4 p., <http://74.125.93.132/search?q=cache:8ZWBkOTvIZQJ:www.providenceintl.org/fr/centre-emilie-gamelin.php+emilie+tavernier+gamelin&cd=7&hl=fr&ct=clnk&gl=ca>.
- Little, J. I. (dir.) (2001) *Love Strong as Death. Lucy Peel's Canadian Journal 1833–1836*. Wilfrid Laurier University Press, Waterloo (Ontario), 229 p.
- Maltais, R. (1980) *Le Centre médical de l'Université de Sherbrooke : des origines à 1975*. Les Éditions de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 319 p.
- Manseau, C. (2009) *D'Youville en héritage : de l'Hospice du Sacré-Cœur à aujourd'hui*. Éditions GGC, Sherbrooke, 188 p.
- Mercier, J. (1964) *Autour de Mena'sen*. Apostolat de la Presse, Sherbrooke, 231 p.
- Messier, Marie-Paule (2010) *Communication personnelle sur les supérieures et directrices de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, l'hospice du Sacré-Cœur et l'hôpital D'Youville*. Secrétaire générale et archiviste, Sœurs de la Charité de Saint-Hyacinthe.
- Ministère de la défense nationale (2009) *Saint-Luc – le saint patron*. Ottawa, <http://www.forces.gc.ca/health-sante/50/bio/stlk-fra.asp>
- Nadeau, B. L. (1986) *L'Histoire de Bomptonville*. À compte d'auteur, s.l., 296 p.

- Nadeau, B. L. (1994) *Historique du foyer de Bromptonville Inc.* Document de travail déposé au Comité du patrimoine de Bromptonville, 24 p.
- Nadeau, S. (1993a) Trois projets de recyclage pour l'hôpital Noël. *Patrimoine Estrie*, vol. 6, n° 1, p. 1 et 9–11.
- Nadeau, S. (1993b) La Maison blanche : une valeur architecturale remarquable. *Patrimoine Estrie*, vol. 6, n° 1, p. 3–5.
- Nicholl, C. (1994) *Bishop's University 1843–1970*. McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston, 373 p. (Faculté de médecine : p. 317–347).
- O'Bready, M. (1973) *De Ktiné à Sherbrooke*. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 197 p.
- Pierce, E. G. (1917) *Men of today in the Eastern Townships*. Sherbrooke Record Company Publishers, Sherbrooke, 297 p.
- Pothier, L. (1983) *Les maires de Sherbrooke 1852–1892*. La Société d'histoire des Cantons de l'Est, Sherbrooke, 334 p.
- Rodrigue, L. (1994) *Fondation et développement d'un hôpital laïc sous contrôle médical : l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke (1917–1943)*. Mémoire de maîtrise, Département de sciences humaines, Université de Sherbrooke, 131 p.
- Roland, C. G. (1990) Worthington, Edward Dagge. Tome XII (1891–1900), p. 1227–1228, in *Dictionnaire biographique du Canada*. University of Toronto Press et Presses de l'Université Laval, 1403 p.
- Séminaire Saint-Charles-Borromée (1883) *Annales du Séminaire St Charles-Borromée, Sherbrooke, année collégiale 1882–83*. Sherbrooke, n° 8, p. 53.
- Sœurs de la Charité de l'Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe (1961) *Album souvenir : Cinquantenaire de l'hôpital général St-Vincent-de-Paul et de l'école des infirmières*. S.l., non paginé.
- Tanguay, L. (1990) *L'enracinement*. Filles de la Charité du Sacré-Cœur de Jésus, Sherbrooke, 320 p.
- Tessier, A. (2001) La victoire sur la tuberculose. *La Tribune*, vol. 92, n° 183, 24 septembre, p. A8.
- The Alumnae Association of the Sherbrooke Hospital School of Nursing (1972) *Sherbrooke Hospital School of Nursing 1898–1972*. Sherbrooke, 50 p.
- Thibault, C. (1985) *Samuel Brooks, entrepreneur et homme politique de Sherbrooke 1793–1849*. Département d'histoire, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Bulletin n° 7, 168 p.
- Tremblay, G. (1966) *Notre-Dame du Perpétuel-Secours de Sherbrooke : pages d'histoire sur la maison et la paroisse*. Éditions Paulines, Sherbrooke, 484 p.

Whittle, F. (1988) Norton Residence : Norton Annex. P. 40–41, in *Centenary Souvenir Album 1888–1988 Sherbrooke Protestant Hospital, Sherbrooke Hospital*. Centre hospitalier de Sherbrooke, Sherbrooke, 220 p.

## NOTES

1. Ce bâtiment existe encore comme résidence multifamiliale, mais il est actuellement placardé.
2. Notons que l'école est fermée de 1940 à 1943.
3. Il faut mentionner que ce dernier devrait s'écrire « hôpital de Fleurimont » pour respecter les règles de la langue française.

# AU CONFLUENT DU CORPS, DE SA REPRÉSENTATION ET DE SON DIAGNOSTIC : L'ART CONTEMPORAIN PREND LE POULS DE LA MÉDECINE

---

Gentiane Bélanger

Université du Québec à Montréal

## RÉSUMÉ

*Il est valable de se pencher sur l'exposition À la croisée de l'art et de la médecine afin d'en dégager la pertinence face à certains enjeux soulevés dans le champ de l'art contemporain, et ce, tout particulièrement dans le contexte des institutions de la connaissance à Sherbrooke. Présentée simultanément dans trois institutions sherbrookoises, À la croisée entreprenait de sonder la médecine à travers le prisme de l'art, ce qui permettait d'opérer une distanciation de la pratique pour en évaluer les jalons épistémologiques, les incidences sociologiques et les implications éthiques. Le présent article intègre certains des projets artistiques présentés lors de cette exposition au sein d'une réflexion sur les points de convergence qu'entretiennent l'art et la médecine. L'exposition est aussi présentée dans toute l'ambivalence de son rapport avec le monde médical – à la fois émerveillée et dérangée par l'incroyable capacité du médical à manipuler les frontières du vivant.*

## ABSTRACT

It is worth examining the exhibition entitled *At the Crossroads of Art and Medicine* in light of its relevance to artistic issues, and with regards to the particular setting provided by Sherbrooke's institutions of higher education. Presented simultaneously in three different spaces, *At the Crossroads* probed the field of medicine through the perceptual (and conceptual) prism of art. This particular take on medicine allowed for a critical distancing from the discipline in the evaluation of its epistemological premises and its social/ethical implications. This article addresses some of the artworks presented in the exhibition in the context of a broader reflection on the converging aspects of art and medicine. The exhibition's ambivalent consideration of the medical field – both fascinated and disturbed by medicine's astonishing capacity to manipulate the boundaries of life – is also brought forth in the discussion.

Life without art would be poorer,  
life without medicine would be shorter.<sup>1</sup>

—Ralph Scherer

La rentrée culturelle s'est déroulée sur un ton rassembleur à l'automne 2008, tandis que trois institutions sherbrookoises – le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, la Galerie d'art Foreman de l'Université Bishop's et la Galerie du Centre culturel de l'Université de Sherbrooke – se partageaient les différents volets de l'exposition *À la croisée de l'art et de la médecine*, réalisée sous le commissariat de Marie-France Beaudoin. L'exposition a eu lieu du 10 septembre au 13 décembre 2008, et regroupait le travail des artistes Annie Thibault, Rose Farrell et George Parkin, Lisa Steele et Kim Tomczak, Bioteknica, Bill Viola, Geneviève Pernin, Tanya St-Pierre, François Morelli et Nathalie Grimard à la Galerie d'art Foreman de l'Université Bishop's; Philippe Bazin, Richard-Max Tremblay, Geneviève Cadieux, Betty Goodwin, Nicole Jolicoeur, Kiki Smith, Lyne Lapointe et Joey Morgan à la Galerie d'art du Centre culturel de l'Université de Sherbrooke; et Veit Stratmann au Site extérieur de la Faculté de médecine et des sciences de l'Université de Sherbrooke.

Cette occasion de réfléchir sur la médecine par l'entremise de l'art s'est avérée particulièrement pertinente compte tenu de la grande notoriété du Département des sciences médicales de l'Université de Sherbrooke et de son importance dans le rayonnement universitaire de la région. Alors que Sherbrooke excelle dans la pratique médicale et la transmission d'un savoir appliqué, *À la croisée de l'art et de la médecine* visait à opérer une distanciation réflexive de la pratique pour en évaluer les jalons épistémologiques, les incidences sociologiques et les implications éthiques. Ainsi l'exposition se déclinait autour de trois thèmes principaux, soit la relation au corps et sa vulnérabilité dans la maladie, la souffrance et la transformation; l'organisation psychique de l'humain et l'interprétation sociale de ses états variables; puis les nouvelles technologies, les contingences éthiques de leur usage médical et les implications esthétiques de leur reprise artistique. Si, toutefois, ces trois grands thèmes se faisaient à peine sentir dans la répartition spatiale des œuvres, c'est que l'installation semble avoir répondu à des exigences formelles plutôt que discursives. Les œuvres vidéographiques et les nouveaux médias se trouvaient en grande partie regroupés à la Galerie d'art Foreman, tandis qu'une esthétique plus traditionnelle – plus symbolique aussi – habillait les murs du Centre culturel de l'Université de Sherbrooke. Le travail néo-conceptuel et

quasi-minimaliste de Veit Stratmann, qui par sa singularité esthétique semblait déjà faire chambre à part, a été quant à lui doucement intégré aux aménagements extérieurs de la Faculté des sciences et de la médecine de l'Université de Sherbrooke. L'organisation discursive en trois catégories conceptuelles s'est donc laissé absorber par une disposition spatiale tripartite selon des distinctions et des particularités formelles.

L'exposition s'accompagnait par ailleurs de tout un appareil critique, composé de conférences d'artistes, d'une table ronde réunissant historiens de l'art, philosophes, médecins et artistes, ainsi qu'un catalogue en voie de publication. Beaucoup plus qu'une simple exposition, *À la croisée de l'art et de la médecine* se voulait une plateforme discursive pour étudier l'art et la médecine sur le plan de leurs fonctions sociales et amorcer un rapprochement entre les deux disciplines. Cette convergence disciplinaire est d'ailleurs loin d'être extrapolée de toutes pièces, si l'on se fie aux nombreux ouvrages et événements artistiques qui s'y sont consacrés dernièrement. Depuis la dernière décennie seulement, on peut entre autres noter deux expositions allemandes, *Diagnosis Kunst* (2003) et *Schmerz* (2007), les publications *When Pain Strikes* (1999), *Segments & spécimens : Réflexions sur les relations entre photographie et médecine* (2002) et *The Scar of Visibility* (2007), ainsi qu'un colloque en France sur *L'art médecine* (2000).<sup>2</sup> Le Musée d'art contemporain de Montréal a pour sa part organisé en 2001 un colloque sur l'art et la médecine, dont les pistes de réflexion alors proposées par Christine Bernier comme « les théories et pratiques artistiques en relation avec la biogénétique, la question du corps dans l'art (sous l'angle de ses rapports avec le domaine médical, le clinique et le pathologique, entre autres), ainsi que la redéfinition de l'imaginaire et du réel par les découvertes sur l'organisation psychique de l'humain »<sup>3</sup> se trouvent clairement reflétées dans celles de l'exposition sherbrookeoise.

La subjectivité de l'art constitue un terrain privilégié pour déstabiliser certains préceptes scientifiques rattachés à la médecine. Ainsi les discussions à ce sujet portent généralement sur le potentiel thérapeutique de l'art comme alternative à la médecine traditionnelle. Il serait toutefois réducteur de limiter la portée de l'art au rôle de vigile critique ou encore de palliatif, alors que le principal point de rencontre entre les deux disciplines en est un de partage. En effet, alors que la convergence de l'art et de la médecine dans certaines pratiques contemporaines atteste d'un chevauchement réflexif et esthétique, elle ramène aussi en mémoire des bases épistémologiques communes. Et c'est par l'entremise de ce caractère analogue dans leur fonctionnement

sémiologique que l'art et la médecine sont devenus mutuellement contributifs au fil de leurs développements respectifs.

### Sonder le détail

À travers la spécialisation incessante de ses observations et de ses protocoles, la médecine affirme aujourd'hui son appartenance aux sciences dures, bien qu'initialement elle émerge d'un paradigme conjectural propre aux sciences humaines. Suivant l'adage anglais « Devil is in the detail », la médecine repose dans ses fondements sur l'observation de signes et symptômes, permettant de poser un diagnostic ou encore d'émettre un pronostic quant à l'état de santé d'un patient. Comme le souligne Carlo Ginzburg dans un texte à propos du paradigme conjectural, la médecine s'apparente à une multitude d'autres disciplines et pratiques – allant de l'enquête légale à la géomorphologie, en passant par le *connoisseurship* artistique et la traque des animaux – qui ont pour point commun de se baser sur des détails apparemment triviaux de la réalité pour deviner une information autrement hors de portée directe.<sup>4</sup> Tandis que l'historien et le détective, par l'entremise de traces parfois infimes, parviennent à reconstituer des événements passés, la médecine trouve quant à elle dans certains symptômes le moyen de détecter les dysfonctions internes du corps. Ainsi les obstacles que représentent l'antériorité et l'invisibilité sont compensés grâce à un processus d'inférence : ces obstacles sont compensés mais non outrepassés, car il demeure toujours un degré d'incertitude quant à la validité interprétative d'une lecture indexicale.

Il est dit qu'avec la dissection des morts et le travail minutieux des anatomistes, la médecine a progressivement quitté ses limites conjecturales. En effet, l'art pictural a permis d'enregistrer et de cumuler des faits jusqu'alors présumés, leur donnant une exactitude à la mesure des capacités techniques des artistes œuvrant dans ce domaine. À l'origine de cette tradition picturale au service de la science du corps se trouve bien évidemment André de Vesale avec son traité *De humani corporis fabrica* (1543), où des écorchés et des squelettes dévoilent les particularités de leur anatomie en adoptant un élégant contrapposto digne des plus éloquentes statues antiques. Il demeure qu'en dehors de telles études menées sur des cobayes inertes et leur transposition picturale, la médecine pratiquée au jour le jour auprès d'individus particuliers est longtemps restée ancrée dans un processus d'analyse par inférence à partir de détails observés à la surface des choses. Cette modalité conjecturale n'étant pas exclusive à la connaissance du corps, elle a bien entendu ouvert le champ à des

contributions interdisciplinaires, comme l'atteste le cas particulier de Morelli vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Grand connaisseur d'art et physicien de formation, Giovanni Morelli a développé une méthode permettant une meilleure attribution des œuvres d'art à certains auteurs spécifiques ou encore de départager plus justement des originaux de leurs copies. Possédant un flair pour reconnaître le caractère particulier de tel ou tel peintre dans des détails anodins, Morelli a décelé plusieurs attributions erronées et retracé leurs auteurs véritables. Cette façon de décoder des œuvres à partir des traces d'inadvertance qu'elles comportent au lieu de porter attention à la touche stylistique dans son ensemble découle immanquablement d'une sensibilité empirique reliée à sa formation scientifique. Il est par ailleurs démontré que les écrits sur l'art de Morelli ont été influents pour Sigmund Freud quant à ses méditations sur la psychanalyse.<sup>5</sup> Ainsi le caractère conjectural attribué aux sciences médicales s'est déplacé vers l'art par l'entremise de la « méthode Morelli », qui à son tour a inculqué à la psychanalyse une propension à considérer le potentiel révélateur d'indices marginaux dans l'exploration de la psyché humaine.

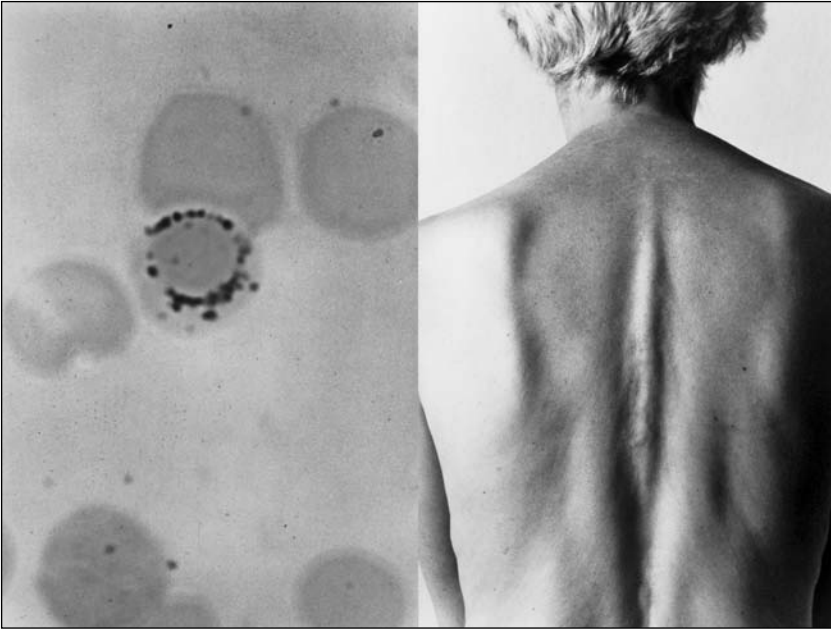
L'exposition *À la croisée de l'art et de la médecine* comprend plusieurs œuvres aux abords de la symptomatologie, notamment un triptyque autoréférentiel de l'artiste Nathalie Grimard. Regroupés sous l'appellation *Mes petites douleurs : de mère en fille, mes allergies, un dimanche après-midi* (2001) et discrètement nichés entre les affiches ironiques de Tanya St-Pierre et les envolées chorégraphiques (sur vidéo) de Geneviève Pernin, ces trois autoportraits s'avèrent touchants de vulnérabilité en ce qu'ils présentent trois vues de l'artiste – de profil, de face et de dos – sur lesquelles se trouvent superposées des broderies représentant diverses dysfonctions et maladies. Ainsi le profil de Grimard est surmonté d'un globe oculaire et de son champ de vision, en guise d'indication de l'astigmatisme de l'artiste. Sur le portrait frontal se trouvent cousues de délicates bronches pour signaler les troubles respiratoires reliés à l'asthme, tandis que la vue de dos est parcourue d'une colonne vertébrale scoliosée. Ces autoportraits donnent à voir ce qui autrement ne serait discernable que par une posture désalignée ou encore une respiration sifflante, et en ce sens, les broderies signalent ce qui se trame sous la surface de la peau et du regard. Tandis que le portrait était traditionnellement tenu de projeter une image publique de son commanditaire exhibant un statut social particulier par l'entremise d'attributs vestimentaires ou encore de postures socialement codifiées, le portrait moderne se veut plutôt une brèche dans la psychologie des sujets représentés par l'expression du visage et l'intensité du regard. Ceux de Grimard, physiologiques plus

qu'expressifs, s'ouvrent sur un autre versant d'intériorité en exposant les tares physiques sous-jacentes à la surface placide du corps. Aux abords de l'intimité transparente affiliée à l'autoreprésentation et de l'exhibitionnisme clinique des radiographies, ces autoportraits donnent à voir l'intérieur du corps, non par la violence intrusive des rayons X ou de la résonance magnétique, mais par les délicats entrelacs de broderies sédimentées sur la surface modulée et sobre de photographies noir et blanc. C'est en quelque sorte un retour partiel vers l'opacité conjecturale en réponse à l'hégémonie visuelle du regard médical, aujourd'hui considéré omnipotent par l'envergure que lui apportent les nouvelles technologies.

Ce regard magnifié donne tout à voir, du plus léger agent pathogène à la plus infime prolifération cancéreuse, en passant par le marasme labyrinthique du corps, ses boyaux humides, ses nerfs tendus, ses tendons fibreux; rien n'y échappe. Et tandis que notre distanciation historique nous permet de percevoir une dose de médiation culturelle dans les anciennes représentations médicales calquées sur des modèles antiques, les images médicales découlant de la résonance magnétique, des rayons X, des cartes génétiques ou encore de films endoscopiques sont acceptées comme purement factuelles, comme l'empreinte formatée du réel. Les philosophes de la science s'accordent cependant pour situer l'imagerie médicale actuelle dans le cadre d'un biais culturel et esthétique contemporain. Donna Haraway pose la mise en garde que toute représentation visuelle de la réalité, aussi « directe » puisse-t-elle paraître, comporte inévitablement son lot de médiation :

The 'eyes' made available in modern technological sciences shatter any idea of passive vision; these prosthetic devices show us that all eyes, including our own organic ones, are active perceptual systems, building in translations and specific ways of seeing, that is, ways of life. There is no unmediated photograph or passive 'camera obscura' in scientific accounts of bodies and machines; there are only highly specific visual possibilities, each with a wonderfully detailed, active, partial way of organising worlds.<sup>6</sup>

Le regard médical s'accompagne donc toujours d'une perspective partielle : si ce n'est dans la lecture des signes et symptômes, c'est dans les normes de santé qu'on leur attribue. Intitulée *Rubis* (1993), l'œuvre de Geneviève Cadieux évoque l'ambiguïté qui peut émerger de l'interprétation des traces corporelles. Dans un médium aujourd'hui archétypal de sa pratique (la photographie monumentale) Cadieux juxtapose le dos d'une femme avec l'image magnifiée d'hémoglobines (Figure 1). Le dos ne présente aucune anomalie, mise à part l'irréductible singularité que dessinent quelques légères taches sur la



*Figure 1:*

*Geneviève Cadieux, Rubis, 1993*

*Épreuve à développement chromatique montée sur feuille d'acrylique*

*Collection du Musée des beaux-arts de Montréal*

*Crédit photographique : Richard-Max Tremblay*

peau. Tandis que cette fresque cutanée n'évoque à première vue rien d'autre que l'empreinte d'une individualité, la vue microscopique du sang dirige cependant l'interprétation du dos par un lien de cause à effet vers une explication pathologique. Suggérant la maladie plus qu'elle ne l'expose cliniquement, l'œuvre de Cadieux ramène en surface – à fleur de peau – l'ombre blessante du SIDA, ce fléau contemporain digne des plus ravageuses pestes de l'histoire en termes de virulence contagieuse, de frictions sociétales et de dérapages moraux. Car, au même titre que certaines pandémies antérieures, le SIDA (ou du moins sa trace) stigmatise très souvent ses victimes de présomptions morales quant à leurs mœurs sexuelles.

Cette double trahison – à la fois pathologique et morale – de la trace corporelle est abordée sur un ton analogue dans le contexte de la petite vérole ainsi que d'autres maladies de peau à la période des Lumières par Barbara Maria Stafford. L'auteure dénote que la confiance en un humanisme universel, propre au siècle des Lumières, se trouve reflétée dans un idéal esthétique qui transcende les variations individuelles de l'anatomie humaine. Un idéal amplement nourrit par l'art, comme

l'attestent les dissertations de Winckelmann sur « la peau soignée, fluide des sculptures antiques »<sup>7</sup>, car, comme l'explique Stafford, « l'art, comme la dermatologie, est affaire de dissimulation ou de dévoilement de la stigmatisation. L'artiste est à la fois quelqu'un qui marque et qui est marqué »<sup>8</sup>. Dans un tel contexte d'effacement du particularisme humain derrière sa schématisation idéale, la moindre marque ou déformation (naturelle ou, pire, pathogène) entachait jusqu'au caractère moral du sujet ainsi stigmatisé, sans compter que les maladies de peau affectaient principalement les milieux pauvres et contribuaient ainsi à un profond clivage social. Et c'est pourquoi, émulant les douces modulations d'un visage sculpté dans le marbre poli, « obturer les pores, avec des fards roses et blancs ne relevait pas seulement de la coquetterie ou du goût pour une esthétique à la Boucher, il s'agissait véritablement de l'accomplissement d'un devoir social. »<sup>9</sup> Ainsi l'art et la médecine ont joué de pair dans la configuration d'un idéal anatomique représentatif des valeurs humanistes à l'époque des Lumières, un idéal en flagrante contradiction avec les infections virulentes et les tares physiques dont souffraient alors bon nombre de gens. Ce penchant appuyé pour un idéal esthétique s'est d'ailleurs prolongé dans le caractère rigide et normatif du néo-classicisme, jusqu'à percoler indirectement dans le mélange confus de raffinement antique et de purisme nordique typique de l'eugénisme.

Se jouant d'une telle généalogie esthétique, Tanya St-Pierre tend à décortiquer un discours médical contemporain, la chirurgie esthétique, et sa propension à normaliser le genre humain selon un idéal désincarné. Plutôt portée vers l'humour incisif, St-Pierre désamorce l'emprise séductrice des affiches médicales à saveur promotionnelle pour plutôt rendre explicite leur participation à une hégémonie fantasmatique. Là où seraient normalement présentés des fragments corporels calqués sur un modèle générique de perfection plastique, les *Affiches médicales de l'Absurdus Medecina Hospitalis (AMH)* (2008) mettent en image des possibilités esthétiques dégénérées, poussant à l'excès la découpe vers des mutilations absurdes et repoussantes (Figure 2). Les tares physiques que nous donne à voir St-Pierre à l'entrée de la Galerie Foreman ne relèvent non pas de sources pathogènes mais plutôt des procédures chirurgicales qui, pêchant par excès de vanité, enlissent l'humain un peu plus profondément dans les affres du grotesque. En retravaillant de la sorte le thème de la vanité, St-Pierre provoque le basculement du seuil esthétique en implosant l'une dans l'autre les notions polarisées d'idéalisme et de décadence.



Figure 2 :

*Tanya St-Pierre, Les affiches médicales de l'Absurdus Medecina Hospitalis,  
8<sup>e</sup> chronique de l'AMH, 2008*

*Installation murale de photographies numériques montées sur bois  
Collection de l'artiste, Crédit photographique : Richard-Max Tremblay*

### La psyché théâtralisée

L'enchevêtrement du médical et de l'esthétique dépasse la simple constitution physique pour affecter jusqu'à l'analyse émotive et comportementale de l'humain. Comme de fait, la psyché humaine est depuis longtemps décrite comme un terreau d'émotions hiérarchisées et organisées en différentes sphères, depuis le spirituel jusqu'au névrotique. Loin d'être absolues et atemporelles, les émotions attestent de leur propre historicité par la nature changeante de leur interprétation et de leur représentation. Suite à une résidence à la Fondation Getty, l'artiste vidéaste Bill Viola s'est attardé à la question de la représentation des émotions dans une série intitulée *The Passions*. La projection *The Quintet for the Silent* (2001), présentée dans le cadre de l'exposition dans une petite pièce de projection isolée à même la Galerie Foreman, relève d'une approche comparable aux autres œuvres de la série, soit la reconstitution actualisée d'une scène religieuse en un

tableau vivant filmique qui épure la structure iconographique de la représentation initiale pour n'en garder que l'intensité émotionnelle. Cinq acteurs se trouvent donc à interpréter et décliner des états d'esprits distincts selon un canon historique précis, tandis que le ralenti de la projection les fige en une composition picturale presque imperceptiblement changeante. Cette œuvre exhibe un pathos digne des plus éloquentes scènes religieuses, tout comme elle laisse entrevoir l'importance de la théâtralité et de l'esthétique dans la représentation des émotions.

Les portraits psychologiques de Richard-Max Tremblay évoquent quant à eux la valorisation esthétique de certains types émotionnels. Faisant d'une part référence à un texte de Samuel Beckett aux abords de la raison et de la déraison, les œuvres intitulées *Soubresauts* et faisant partie de la série *homonyme* (1994–1997) portent aussi un hommage indirect à l'artiste schizophrène August Walla, un génie pour ainsi dire doté d'une « folie cohérente » (Figure 3).<sup>10</sup> Côtéant les portraits rigides de nouveaux nés par Philippe Bazin dans l'exposition, les portraits perturbés de Tremblay font glisser le registre de l'altérité vers une corrélation favorable entre le talent créatif et une forme prolifique d'instabilité psychique. Comme le souligne d'ailleurs Thierry Davila, ce genre de corrélation entre génie et folie est au fil du temps devenu un *topos* de l'histoire de l'art par la glorification d'un mal-être traditionnellement étiqueté sous l'égide romantique de la mélancolie : « [E]n rassemblant le mouvement du dérèglement psycho-organique et celui de la création plastique, [le corollaire de l'artiste a abouti] à cette santé simultanément normative et hors-norme, à cette *santé géniale* qui défait les traditionnelles catégories de l'approche médicale. »<sup>11</sup>

La marge s'avère en effet plutôt ténue entre la raison et la déraison lorsqu'il est question de délimiter l'activité mentale, ce que pourtant le discours médical s'évertue à faire par l'entremise de normes évaluatives et de balises comportementales. Et tandis que bon nombre de maladies ont historiquement eu pour but de délimiter et contrôler des manifestations émotives jugées marginales et malsaines, un certain charisme émotif continue encore aujourd'hui d'être propagé à travers l'image évocatrice du génie. Mais comme le fait remarquer Christine Battersby, cette capacité de puissance communiquée par un débordement émotionnel (attribuable aux génies et aux grands philosophes) a pour longtemps été exclusivement réservée à la gent masculine, alors que les signes d'exubérance émotive chez les femmes étaient traités comme la marque d'un désarroi ou d'un caractère impuissant.<sup>12</sup> Ainsi au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, la vulnérabilité émotive, signe de génie chez les artistes masculins, prenait le visage sombre de



*Figure 3 :*

*Richard-Max Tremblay, Soubresauts #63, 1994–1998*

*Œuvre de la série homonyme*

*Photographies noires et blanc, pastel*

*Collection de l'artiste, Crédit photographique : Richard-Max Tremblay*

l'hystérie chez la femme. Et tout comme Viola, qui se rapporte à une tradition picturale dans ses déclinaisons expressives, l'historien de l'art Didi-Huberman s'est attardé à l'iconographie photographique du docteur Charcot, responsable du département d'hystérie à la Salpêtrière, pour démontrer la place prépondérante de la mise en scène ainsi que des codes de représentations tirés d'un vaste répertoire allant

de l'érotisme au religieux dans la construction visuelle de la maladie.<sup>13</sup>

Puisant dans le soubassement archivistique de la psychanalyse, Nicole Jolicoeur repêche, retravaille et réinterprète à son tour des études photographiques de procédures et de diagnostics – ce qu'elle appelle des *plaies-images* – à la lumière de nos valeurs actuelles. Sa série *Petites Proses* (1998) souligne les préjugés sexistes qui sous-tendent la définition de l'hystérie comme une affliction féminine et les circonstances déshumanisantes reliées à sa mise à l'étude. Ce triptyque, qui contribue au caractère sobre et sensible du volet au Centre culturel par sa simplicité rigoureuse et son mystère, reprend l'iconographie photographique de la maladie telle que documentée/figurée par le docteur Charcot, et en manipule les compositions pour accentuer la vulnérabilité de ces femmes assujetties au regard objectifiant de la science. Par la dissimulation, Jolicoeur amplifie l'isolement et la perte identitaire des sujets féminins étudiés tout en leur restituant simultanément une part de mystère onirique. Comme l'explique l'artiste :

Cela me frustrait de penser que le tableau des docteurs Charcot et Richer était peut-être constitué à partir de l'image de plusieurs malheureuses ayant toutes eu des noms différents, et que le savoir médico-artistique de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, en unifiant la facture de cette construction, avait fait que désormais elles se ressemblent toutes et ne forment plus qu'une seule et même figure : celle de l'hystérique.<sup>14</sup>

Par l'entremise de l'iconographie retravaillée de Jolicoeur, ces « hystériques » deviennent des spectres suspendus à mi-chemin entre l'incomplétude de leur assujettissement médical et l'impossible restitution de leur identité bafouée. Antérieurement une source de discrimination médicale, les stigmates épidermiques couvrant leur dos et leur torse se transforment en un langage inaccessible (et donc protecteur). La puissance objectivante de la science se heurte à ses propres limites dans les images de Jolicoeur, aux abords de la superstition et de la théâtralité.

### **L'institut du vivant**

De toute évidence, *À la croisée de l'art et de la médecine* entretient un rapport ambivalent avec le monde médical, à la fois dérangé et inspiré par son incroyable capacité à manipuler les frontières du vivant. Puisant abondamment dans le discours et l'esthétique médicaux ainsi que dans les avancées historiques dans la connaissance de l'humain, le corpus artistique de l'exposition souligne par ailleurs qu'au-delà de son

mandat curatif la médecine agit comme un cadre socio-normatif sur le développement physique et psychique de l'humain. Cette hégémonie régulatrice se trouve notamment détectée dans ce qu'on pourrait appeler l'institutionnalisation du vivant par la science, un processus comportant, lorsqu'on s'y attarde, son lot de biais culturels. La photographie *The Silk Weaver* (2007) des artistes Rose Farrel et George Parkin s'attarde à une facette de ce processus d'institutionnalisation du corps humain par la mise en évidence du discours rhétorique et des mécanismes de présentation rattachés à une structure épistémologique historique (Figure 4). Intéressés par le régime visuel, et plus précisément par l'iconographie médicale de la Renaissance, Farrel et Parkin se sont ingénies à composer de véritables fictions photographiques performatives à partir de documents historiques. Démontrant une certaine affinité méthodologique avec les studios de photographie au XIX<sup>e</sup> siècle, Farrel et Parkin cherchent à rendre compte d'une « artificialité cohérente » plutôt qu'une « illusion convaincante », afin de ramener en surface les paramètres visuels d'un régime représentationnel et leur importance dans le développement d'un système épistémologique.<sup>15</sup> Ce qui nous est donné à voir dans cette scène truquée n'est pas tant un exercice médical typique de la Renaissance que l'assujettissement du corps humain à des normes discursives et représentationnelles ancrées dans une période spécifique. Farrel et Parkin mettent ainsi en évidence l'instrumentalisation du corps (par son étude) dans l'échafaudage d'une institution du savoir.

L'artiste Philippe Bazin ne remonte quant à lui pas aussi loin le palimpseste du temps et des représentations, mais s'arrête plutôt à l'instant universellement intense des naissances. Sa série photographique *Nés* (1998), dont la répétition répond formellement aux portraits de Richard Max-Tremblay et aux étendards quadrillés de Lyne Lapointe, aborde l'apparition du vivant dans toute son altérité, tandis que l'émerveillement provoqué par la naissance précède encore pour un bref moment toute catégorisation sociale, ethnique et sexuelle. L'approche photographique de Bazin souligne en même temps la médiation indéfectible de ce premier contact. Les visages des poupons, tous marqués par une réaction singulière face à l'étrangeté du nouveau monde qui s'offre à eux, sont invariablement photographiés à une distance normée en fonction d'instruments médicaux. L'altérité du vivant se trouve donc cernée par une série de mesures et de calibrations instrumentales dès sa toute première manifestation. Le travail de Bazin atteste ainsi du paradoxe qui fait de la médecine (et de la science en général) une discipline à la fois extraordinaire et dérangement par sa capacité à maintenir la diversité et l'imprévisibilité du vivant au sein de

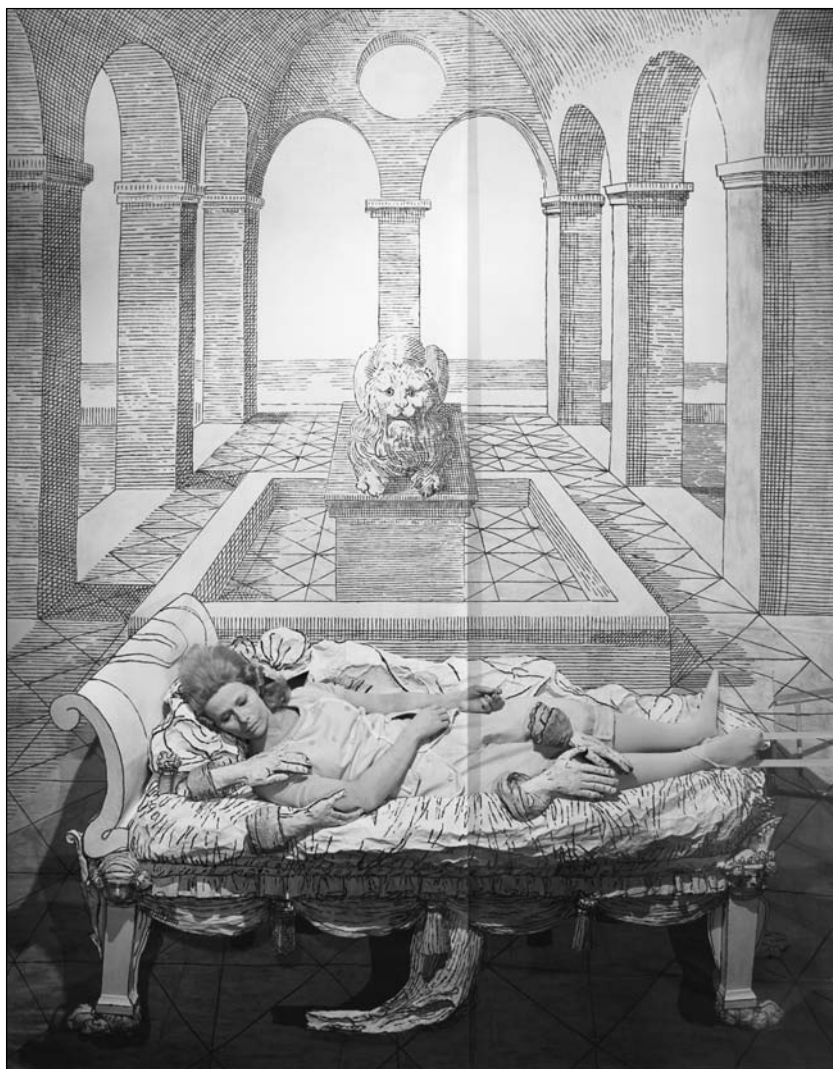


Figure 4:

*Farrell & Parkin, The Silk Weaver, 2007*

*Photographie « Type C »*

*Collection des artistes, Crédit photographique : Richard-Max Tremblay*

balises normatives qui en permettent une meilleure compréhension.

Compte tenu que Sherbrooke est reconnue pour sa qualité de transmission du savoir médical (notamment à la Faculté de médecine et des sciences de l'Université de Sherbrooke), les réflexions ici portées sur les soubassements idéologiques, rhétoriques et représentationnels de cette discipline ne sont pas sans importance. Bien loin de vouloir

prêcher au converti, *À la croisée de l'art et de la médecine* entendait faire le pont entre ces deux sensibilités du corps – sensibilités clinique et esthétique – et dévoiler leur enchevêtrement dans une multitude de questions éthiques, sociales et même politiques. *À la croisée de l'art et de la médecine* brossait donc plutôt large : l'art y jouait à la fois un rôle curatif (ou du moins palliatif), un rôle critique, un rôle de révélateur de traditions visuelles, et même celui d'un catalyseur esthétique. Cette panoplie de visions semblait répartie aléatoirement dans les trois espaces de l'exposition, tout comme les trois grands axes de l'exposition – le corps comme sujet, l'organisation psychique de l'humain, les nouvelles technologies – ne se trouvaient nulle part mentionnés ni même évoqués dans la configuration des œuvres, autrement que dans le petit livret accompagnant l'exposition. Peut-être cette retenue dans le découpage de l'exposition découle-t-elle d'une volonté de laisser « flotter » la portée sémantique des œuvres dans un espace discursif ouvert plutôt que de les confiner à une nomenclature rigide, ou encore pour permettre aux différents lieux d'exposition de couvrir les champs réflexifs principaux et ainsi fonctionner comme des parcelles semi-autonomes du projet total. Il reste que dans son ensemble, *À la croisée de l'art et de la médecine* a atteint un objectif louable, celui de projeter un regard polyvalent sur les questions entourant la médecine, un regard à la fois admiratif de ses grandes réussites, et incisif dans sa lecture des dérives techniques, éthiques et politiques de la pratique.

## NOTES

1. Ralph Scherer, « Take care when handling art ... consult your doctor! », *Diagnosis Art*, p. 50.
2. Voir : Burkhard Leisman et Ralf Scherer (dir.), *Diagnosis Art*, 2003; Petra Kuppers, *The Scar of Visibility*, 2007; Bill Burns, Cathy Busby et Kim Sawchuk (dir.), *When Pain Strikes*, 1999; Carole Biron (dir.) *Segments & spécimens*, 2002; *L'art médecine*, 2000.
3. Christine Bernier, « Introduction : L'organisation psychique de l'humain, les représentations de l'imaginaire et du réel », *Art et médecine : nature/culture*, p. 6.
4. Carlo Ginzburg, « Clues: Morelli, Freud and Sherlock Holmes », *The Sign of Three*, p. 81–118.
5. *Ibid.*
6. Donna Haraway, citée dans Susanne Witzgall, « Cyborgs and corps étranger », *Diagnosis Art*, p. 141.
7. Barbara Maria Stafford, « De la marque : L'illustration de l'invisible dans les arts et la médecine à l'âge des Lumières », *La part de l'œil*, p. 178. Chapitre traduit de l'anglais et tiré de l'ouvrage *Body Criticism: Imagining the Unseen in Enlightenment Art and Medicine*, Cambridge : The MIT Press, 1991.
8. *Ibid.*
9. *Ibid.*, p. 184.
10. Richard-Max Tremblay, « Notes sur quelques soubresauts », *Segments et spécimens*, p. 41–46.
11. Thierry Davila, « Esthétique et clinique : brève introduction à l'art médecin », *L'art médecine*, p. 40.
12. Christine Battersby, « The Man of Passion », *Representing Emotions*, p. 139–148.
13. Georges Didi-Huberman, *L'invention de l'hystérie*.
14. Nicole Jolicoeur, « Les plaies-images », *Art et médecine : nature/culture*, p. 63.
15. Dylan Rainforth, « Rose Farrel and George Parkin: Home (Operating) Theatre », p. 20–21.

## OUVRAGES CITÉS

- BIRON, Carole (dir.), *Segments & spécimens : Réflexions sur les relations entre photographie et médecine*, Québec, Éditions J'ai VU, 2002, 96 p.
- BURNS, Bill, BUSBY, Cathy et Kim SAWCHUK (dir.), *When Pain Strikes, Theory Out of Bounds* v. 14, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1999, 287 p.
- CHARBONNEAU, Chantal (dir.), *Art et médecine : nature/culture*, Montréal, Musée d'art contemporain de Montréal, 2001, 79 p.
- DIDI-HUBERMAN, Georges, *L'invention de l'hystérie : Charcot et l'iconographie photographique de la salpêtrière*, Paris, Éditions Macula, 1982, 300 p.
- ECO, Umberto et Thomas A. SEBEEK (dir.), *The Sign of Three, Dupin, Holmes, Pierce (Advances in Semiotics)*, Bloomington et Indianapolis, Indiana University Press, 1983, 256 p.
- GOUK, Penelope et Helen HILLS (dir.), *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music, and Medicine*, Aldershot, Ashgate, 2005, 254 p.
- KUPPERS, Petra, *The Scar of Visibility: Medical Performance and Contemporary Art*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2007, 360 p.
- L'art médecine : Actes du colloque*, Paris : Réunion des Musées Nationaux, 2000, 149 p.
- LEISMAN, Burkhard et Ralph SCHERER (dir.), *Diagnosis Art: Contemporary Art Reflecting Medicine*, Köln, Wienand, 2003, 219 p.
- RAINFORTH, Dylan, « Rose Farrel and George Parkin: Home (Operating Theatre) », *Artlink*, vol 28, n. 3, septembre 2008.
- STAFFORD, Barbara Maria, « De la marque : L'illustration de l'invisible dans les arts et la médecine à l'âge des Lumières », Trad. par Maryse Hovens, rév. par Jean-Louis Fabry, in : *La part de l'œil : Médecine et arts visuels*, 1995, n. 11, p. 177-236.



# INFO-SANTÉ: A BRIEF HISTORY OF TELEPHONE HEALTH CARE CONSULTATION IN THE EASTERN TOWNSHIPS

---

Norma Husk  
*Bishops' University*

## ABSTRACT

The Quebec health care system's *virage ambulatoire* saw the creation of a number of new services designed, in part, to take up the some of tasks of traditional medical and nursing services. In the Eastern Townships, the creation of Info-Santé coincided with the closure of Sherbrooke Hospital and was closely followed by the closure of Hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Info-Santé is a front-line telephone nursing service providing 24/7 health information, triage and referrals for callers throughout Quebec. This article traces the service's history and evolution in the Eastern Townships.

## RÉSUMÉ

*Le virage ambulatoire qu'a connu le système de santé québécois a permis la mise en place de plusieurs nouveaux services dont l'objectif était, en partie, de prendre en charge certaines tâches habituellement accomplies par les services médicaux et de soins infirmiers traditionnels. Dans la région des Cantons-de-l'Est, la création du service Info-Santé coïncide avec la fermeture de l'Hôpital de Sherbrooke, suivi de près par la fermeture de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Info-Santé se veut un service de soins infirmiers téléphoniques visant à offrir à la clientèle régionale des renseignements médicaux vingt-quatre heures par jour, sept jours sur sept, et à faciliter les opérations de triage et de références médicales pour l'ensemble des Québécois. Cet article retracera donc l'histoire et l'évolution de ce service dans les Cantons-de-l'Est.*

---

## Introduction

How does a population learn health self-care strategies? How do people know where to turn when they or a loved one is ill? How do they know where to go to consult a physician for a health

problem? How do they know when the problem is serious enough to require a physician's intervention? In the past, many turned to their family members, neighbours or friends for quick access to health care information. In the rural settings of the Townships, they would perhaps pick up the telephone and call their local general practitioner for advice. The general practitioner would listen to the caller, evaluate the problem and decide if she or he needed to head out to see the person at her/his home or if the person could wait until the next day and come to her/his office to be evaluated in person. Or perhaps she/he would tell the person that the problem was simple enough for the person and her/his family to manage at home, and would offer care suggestions. She/he might only listen, providing a supportive role for an anxious person on the other end of the line. Only in the direst of situations would the general practitioner suggest going to the hospital.

With the passage of time and the advent of Medicare, much has changed. Medical care has become much more sophisticated; general practitioners are less willing to sacrifice their private lives to the demands of patients at all hours of the day and night. Indeed, it is noteworthy that the number of "family doctors grew from 95 to 98 per 100,000 population from 2001 to 2007. Yet the percentage of people with a regular family doctor fell from 88% to 85% nationally, ranging from 74% in Quebec to 93% in Nova Scotia in 2007" (CIHI, 2009, 65). As a population we seem to have a clearer idea of what we want from physicians, we seek to be more engaged in our own treatment and are "less tolerant of mild symptoms and relatively benign problems" than we were in the past (Guadagnoli and Ward, 1998; Barsky and Boros, 1995 as cited in Conrad, 2007, 46). We want fast relief from pain or discomfort, immediate attention for our problems, and we want all the latest tests to confirm our own or our doctor's suspicions. We have become health care consumers and we expect the health care market to perform like any other marketplace (Conrad, 2007).

These particular changes were coupled with an ideological shift in thinking concerning the traditional medical model of delivering health care. Furthermore, political pressures to reduce health care spending, with a move away from the hospital setting and toward more ambulatory care (known in Québec as the *virage ambulatoire*) became an important preoccupation at the government level. All of these upheavals in Quebec's health care system resulted in the creation of Info-Santé (CSSS-IUGS, 2006; Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux : Direction générale des

programmes, 1994; Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux : Direction générale des programmes et Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, 2007). The purpose of this article is to trace the evolution of the Info-Santé service in the Eastern Townships.

## Methods

Primary, unpublished documents obtained through the Info-Santé Centrale-Estrie were used to trace the specifics of the service's history in the Eastern Townships. Government documents from the Ministère de la Santé et des Services sociaux : Direction générale des services sociaux et Direction générale des services de santé et de médecine universitaire were also consulted to provide an overview of the service's evolution in the provincial context. Secondary sources from within the field of the Sociology of Health and Illness provided sociological, scholarly evidence for the author's claims.

## Discussion

The shift toward ambulatory care was a consequence, at least in part, of neoliberal ideology. In the early 1990s, the federal government followed other OEDC countries in seeking to reduce substantial deficits to deal with a weakening economy by decreasing public spending in general and by transferring health and social service to the provinces in particular (CIHI, 2009; Detsky et al. 2003). The period of early- to mid-nineties (1992-1996) saw an actual reduction in health care investment: "In 1992, health care consumed 10% of the gross domestic product (GDP). By 1996, it had fallen to 8.9% and would not reach 10% again until 2002" (CIHI, 2009, 18). Indeed, cash transfers from federal to provincial governments decreased on average from "30.6% in 1980 to 21.5% in 1996" (Detsky et al., 2003, 805). This, in turn, forced provincial governments to slash health spending and seek alternatives to costly hospital stays in order that they, too, could balance "their budgets and [...] pay down their debt" (CIHI., 2009, p. 19; Detsky et al, 2003, 805).

Info-Santé is a 24/7 nursing telephone service offered through the CSSS (Centre de santé et de services sociaux – initially known as CLSC) system, providing health and referral information. Its history in the Townships dates back to September 14, 1995 with the opening of its services in Sherbrooke, but the concept of Info-Santé within the province of Quebec goes back to 1981 (CSSS-IUGS, 2006;

Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux: Direction générale des programmes et Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, 2007). Though this article will focus on the service's evolution in the Eastern Townships, a brief sketch of its evolution within the province provides a useful context.

In 1981, a similar type of service was initiated in Montreal as part of the access to ambulance emergency services. The Pope's visit to Quebec City in 1984 and the advent of the visit of the Tall Ships that same year saw the initiation of a telephone referral centre developed in Quebec to respond to the anticipated health and reference needs of the large number of visitors to the city. Following these two important events, the service was expanded and refined. In 1991, the Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) approved the dissociation of Info-Santé services from those of the ambulance service, Urgences-Santé (CSSS-IUGS, 2006; Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux : Direction générale des programmes et Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, 2007).

The official opening of Info-Santé Montréal took place in 1992 and was followed by similar openings across the province. The principal functions of the newly created Info-Santé service as laid out in the 1994 "Cadre de Référence" were: "l'accueil/évaluation, l'information/conseil, et l'orientation/référence" (in English: initial contact/evaluation, information/advice, and orientation/reference) (14-15).

As noted above, the opening of the Centrale Info-Santé Estrie in Sherbrooke took place on September 14, 1995. By the end of 1996, each CLSC in the province offered the Info-Santé service. This includes each of the seven CLSCs that make up the Estrie 05 territory, namely, Asbestos, Coaticook, Haut-St. François, Granit, Memphrémagog, Sherbrooke (which itself was initially composed of two separate CLSCs – Gaston- Lessard and SOC), and Val St. François (Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux: Direction générale des programmes et Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, 2007; Info-Santé CLSC, 2002).

Coinciding with the birth of Info-Santé services came the closure of two active care facilities located in Sherbrooke which had long served the entire Eastern Townships. July 1995 saw the merger of the Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul and Hôpital Hôtel Dieu as a new entity under the

name of the Centre Universitaire de Sherbrooke, or CHUS. April 1<sup>st</sup>, 1996 saw the merger of Sherbrooke Hospital with d'Youville, a local geriatric centre, to become the Institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke, the IUGS. This was closely followed by the complete closure of what was by then known as the Pavillion Saint-Vincent of the CHUS in 1997. These major restructuring efforts saw the number of acute hospital care beds in the city of Sherbrooke reduced to 720 from the 1200 beds under the previously existing structures. The expected savings over the following three years was predicted to be 20 million dollars (*The Stanstead Journal*, January 24, 1996, 17). The need for a service providing health information and referrals was of growing importance to serve a population now confused as to where to turn to seek services.

From its inception in 1995, a "centralized/decentralized" model of the Info-Santé service was used in the Estrie region. This model allowed for the local provision of the service by each of the seven CLSCs mentioned above during regular weekday hours (from 8:30 a.m. to 4:30 p.m. – Monday to Friday). All evening, nighttime and weekend and holiday service was provided by the Sherbrooke Centrale office. This practice freed the local, individual CLSCs from the responsibility of providing the service 24/7 on site, while still allowing its citizens access to the service on a continual basis (Info-Santé CLSC – Bilan des opérations 2001-2002, 2002).

Shortly after the initiation of the service in the Estrie region, Info-Santé also became first responder for Urgences Détresse after 4:30 p.m. weekdays and for all weekend and holiday services for each of the CLSCs in the 05 Estrie Region. This social service component of the CLSC deals with calls of an urgent nature such as suicide attempts, abuse/violence, emergency housing, to name a few. As was the case initially with health calls, such social service calls continue to be handled locally by each CLSC during regular weekday hours. The service also responds to after-hour callers to the suicide prevention service, JEVI. Such calls are directed to on-site or on-call social workers or psychologists after an initial evaluation of the client's needs by the Info-Santé nurse. The Sherbrooke Centrale was one of the first in the province to initiate such a joint health and emergency social service undertaking (Info-Santé CLSC – Rapport annuel 2002–2003, 2003).

Over the course of the next several years, contracts between various CLSCs in the region and the Centrale allowed for the transfer of calls during specific periods (during the lunch hour, for example). Slowly, these contracts expanded in scope and became the norm. In

2000, the CLSC Val St. François contracted the entirety of its Info-Santé service to the Sherbrooke Centrale. By the end of 2002, most calls, day and night, from the Haut St. François and Memphrémagog CLSCs were being responded to by the Sherbrooke Centrale Info-Santé (Info-Santé CLSC –Rapport annuel 2002-2003, 2003).

This notable increase in the transfer of calls from the various CLSCs to the Centrale led to ongoing discussions concerning the eventual centralization of the service (Info-Santé CLSC –Bilan des opérations 2001-2002. October 2002). A variety of reasons lay behind these transfers of calls to the centralized office. As mentioned above, CLSCs normally operate during daytime hours only, although some services are available until 9 p.m. The volume of calls at the initiation of the service was quite low, allowing individual CLSCs to assign Info-Santé duties to nursing staff already assigned to other nursing tasks, for example, appointments with patients to change dressings. From logistical, efficiency and human standpoints, leaving a patient to answer a phone call was problematic and became more so as the volume of calls increased. The Centrale also allowed for more uniformity of responses. Since its nurses were not required to do tasks other than respond to calls, nurses working at the Centrale gained experience in addressing the wide variety of requests made by the callers, allowing for the evolution of Info-Santé as a new nursing speciality. The centralization of all Info-Santé services in the Estrie region was effective on a 24/7 basis as of April 1<sup>st</sup>, 2002 (Info-Santé CLSC – Rapport annuel 2002-2003, 2003).

Since that time, the service has continued to evolve. Ties to the Santé Publique have been close since the inception of the service and form a critical component of the initial and ongoing mandate of the service (Cadre de référence, 1994 and 2007). These important links allow for the shared surveillance of potential patterns in emerging public health problems, such as cyanobacteria-associated symptoms (blue-green algae), clusters of infectious diseases, food or water intoxication/contamination difficulties and planned responses, to name but a few.

The service also has historically linked CLSC home care clients with nursing or medical services should sudden changes in client needs arise. With the establishment of GMFs (*groupe de médecine de famille* – family medicine group) in the area in 2002-2003, Info-Santé took on the role of responding to callers requiring after-hour medical services as well as responding to registered vulnerable

clients' needs in a number of specific nursing residences, advising and/or linking these with appropriate nursing or medical services (Info-Santé CLSC – Rapport annuel 2002-2003, 2003).

By 2006, further restructuring of health resources within the region had seen the merger of the now-combined CLSC de la Région Sherbrookoise with the Institut Universitaire Gériatrique de Sherbrooke, under yet another new acronym/name, CSSS-IUGS or the Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

The Centrale Info-Santé de l'Estrie was designated in 2005-2006 as one of four centres in the province to serve English-speaking callers by the Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. This designation allowed for investment in intensive English-language training for nurses as the Ministère prepared to implement Info-Santé services first under a province-wide automatic distribution of calls and, second, under a single province-wide access number. To this point, English-language calls to the service in the Estrie Region had been hovering consistently below 1.43% of all calls received, and representing only a very small proportion of the English-speaking population of the area (Info-Santé CLSC, 2002, 2003, 2004; Info-Santé Centrale Estrie, 2006).

By the end of January, 2007, the Estrie Region Centrale was "virtualized", the technical term used to allow for the automatic distribution of calls across the fifteen other Info-Santé Centrales in the province, according to waiting times in each of the various areas. This required a number of web-based technologies and an intricate telephone system to be set in place during 2006 (Info-Santé Centrale Estrie, Rapport Annuel 2006-2007, 2007). This "virtualization" spelled the end of Info-Santé services provided *for* the Eastern Townships' residents, *by* the nurses located at the Sherbrooke Estrie Centrale. Until the advent of virtualization, all calls originating from Townships' callers were answered within the region. The distinct advantage for both callers and nurses of shared "local knowledge" of services, institutional and community memories and local geography became less available.

In June 2008, a single access number, 811, was established to allow the Quebec population access to an Info-Santé nurse anywhere in the province. The service continues to evolve, with the addition of Info-Social, the social service component of the virtualization process now in effect in the Estrie Region after 4:30 p.m.; the caller is now able to choose Info-Santé or Info-Social with the push of a button. Within the not-too-distant future, this service will be

available province-wide on a 24/7 basis. At the time of this writing, local CSSS social service personnel continue to treat weekday calls between 8:30 a.m. and 4:30 p.m. (Info-Santé Centrale Estrie, Rapport annuel 2008–2009, 2009).

Info-Santé, as a provincial service, now handles about 2,400,000 calls per year; in the fiscal year 2008–2009, Info-Santé Centrale Estrie responded to 113,379 calls (Info-Santé Centrale Estrie, Rapport annuel 2008–2009, 2009). Numbers of calls are dramatically affected by local, provincial, national or global health concerns such as the recent H1N1 influenza pandemic, during which average weekly calls answered by the Centrale Estrie jumped from 400 to 1600 (Info-Santé, 2009).

Caller satisfaction studies have shown satisfaction rates above 90% (Hagan, 2001). Whether such rates would be found if similar studies were done today is an area for further research. Success of the service does, however, depend on continual updating of relevant information from the various health network partners. As one might expect, this is an ongoing challenge, particularly in light of rapidly developing situations.

## Conclusion

Info-Santé is not the family practitioner at the other end of the telephone line as in days gone by. It does, however, replicate some of the same information and referral features, in addition to a multitude of services that the family general practitioner of the past could not possibly have imagined. The 24/7 service offered by specially trained nurses provides many people with an important and timely intervention in an era where family doctors, health services, and basic, general knowledge of health issues are unavailable, difficult to access or lacking easy interpretation. The ease with which an Info-Santé call can be placed thus responds to many of the new health care 'consumer' needs in the Eastern Townships and throughout the province. Despite this, many questions remain. Among these, it is imperative to ask what has been lost, by both callers and nurses, as face-to-face encounters between health professionals and those who seek answers to health concerns are replaced with a 'virtual' version of the professional consultation. Indeed, this question, among others, is central to this author's ongoing research into the sociology of such virtual consultations.

## WORKS CITED

- Bourque, Maryse, (2008) "Le traitement des appels urgents à Info-Santé," *Première Ligne* Vol. XXII, (2): 38–42.
- Canadian Institute for Health Information, (2009) *Health Care in Canada 2009: A Decade in Review*. Ottawa: CIHI.
- Conrad, Peter, (2007) *The Medicalization of Society*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Detsky, Allan S. and C. David Naylor, (2003) "Canada's Health Care System – Reform Delayed" *New England Journal of Medicine* 349(8): 804–810.
- CSSS-IUGS de Sherbrooke – *Central Régionale 05 Estrie* (2006) internal document: Power Point presentation, unpublished.
- Getting Our Money's Worth – Report of the Task Force on the Funding of the Health System – Summary*, (February 2008) Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Gouvernement du Québec, ISBN: 978-2-550-52161-7.
- Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux : Direction générale des programmes, (1994) *Accessibilité Continue 24/7 – Service Téléphonique Cadre de Référence*. Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec, ISBN 2-550-29255-3.
- Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux : Direction générale des services sociaux et Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, (2007) *Services Info-Santé et Info-Social – Cadre de Référence sur les aspects cliniques de volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec*. Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Bibliothèque et Archives Canada, ISBN : 978-2-550-51066-6 (PDF version).
- Hagan, Louise et al., (2001) "Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings," *Public Health Nursing* Vol. 17 (4): 305–313.
- Info-Santé CLSC – *Bilan des opérations 2001–2002*. October 2002. Internal document : unpublished.
- Info-Santé CLSC – *Rapport annuel 2002–2003*. November 2003. Internal document : unpublished.
- Info-Santé CLSC – *Rapport annuel 2003–2004*. June 2004. Internal document : unpublished.
- Info-Santé Centrale-Estrie – *Rapport annuel 2005–2006*. May 2006. Internal document: unpublished.
- Info-Santé Centrale-Estrie – *Rapport annuel 2006–2007*. May 2007. Internal document: unpublished.

- Info-Santé Centrale-Estrie – *Rapport annuel 2007–2008*. July 2008.  
Internal document: unpublished.
- Info-Santé Centrale-Estrie – *Rapport annuel 2008–2009*. June 2009.  
Internal document; unpublished.
- Levasseur, Hélène and Mariette Montecino, (2008) “Les Services Info-Santé et les soins palliatifs à domicile,” *Première Ligne* Vol. XXII (1): 42–45.
- Major, Francine A. et al., (2001) “Nursing Knowledge in a Mostly French-Speaking Canadian Province: From Past to Present,” *Nursing Science Quarterly – Theory, Research and Practice* Vol. 14 (4): 355–359.
- Programme Cadre Provincial de Formation Info-Santé; Projet pilote*, (18 mai, 2006) Module 1: Communication et relation d’aide dans le cadre de mise en réseau du service Info-Santé ; Module 2: Démarche systématique: Méthodologie du traitement des appels; Plan de Formation; Ateliers.
- RM. 1996. “Hospitals closing; prognosis: confusing.” *Stanstead Journal*, January 24, 17.
- Supporting Self-Care: The Contribution of Nurses and Physicians*, (1997) Appendix B Selected Programs and Tools – The Info-Santé Service. Health Canada Website <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/1997-self-auto-contribut/info-eng.php> retrieved August 10, 2008.
- Wilson, Kathleen, Michael Jerrett and John Eyles, (2001) “Testing Relationships Among Determinants of Health, Health Policy, and Self-Assessed Health Status in Quebec,” *International Journal of Health Services* 31(1): 67–89.

## THE CHILD WELFARE CLINIC OF SHERBROOKE FONDS (P151)

---

Jody Robinson

*Archivist, Eastern Townships Resource Centre*

The Child Welfare Clinic of Sherbrooke was first organized in 1920 as a committee of the Sherbrooke Branch of the Canadian Red Cross Society. According to the minutes of its first meeting, the committee's mandate was to provide "a free clinic for children of ex-soldiers & ex-sailors, of soldiers & sailors & of parents too poor to provide medical care for their defective children."<sup>1</sup> In an effort to increase funding for its activities, the Clinic was later incorporated as an independent charitable association in 1923. For much of the 20<sup>th</sup> century, the Child Welfare Clinic of Sherbrooke remained invested in the health of children in Sherbrooke and the surrounding region until its dissolution in 1992. The archives of the Child Welfare Clinic of Sherbrooke include minutes produced from 1920 to 1974, as well as financial reports, correspondence, reports of their activities, some photographs, news clippings and donation information. Together, the documents span from the Clinic's beginnings in 1920 to 1989.

Over the course of its existence, the Child Welfare Clinic of Sherbrooke modified its services as its resources and the needs of the region changed. Early on, it appears that the services offered by the Clinic were at least partly influenced by the possibility of receiving a provincial grant to fund the Clinic. As a result, it was committed to providing dental, surgical and medical care to "defective children ... whose parents are unable to pay for such treatment."<sup>2</sup> After its incorporation, it was able to acquire further funding, thus dramatically increasing the number of children it was able to help. From 1920 to 1923, the Clinic treated only 101 children but succeeded in treating 529 children in 1924 alone. By the 1930s, the Clinic was offering a variety of health care services to the economically disadvantaged Anglophones and Francophones of Sherbrooke and the surrounding regions. At an annual meeting, the members noted that the Clinic had gone from "a small one to a large and most important work".<sup>3</sup> Children were declared eligible for the services if

the members of the Clinic determined that they were from poor families and were under the age of 14. While the Clinic struggled to find funding for its activities early on, they were able to secure sufficient funding by the 1930s.

1955 ANNUAL REPORT FOR CHILD WELFARE CLINIC 1955

93505 - Schell.

Madam President,

For the second consecutive year, I have the pleasure to present the Nurse's Annual Report for the Child Welfare Clinic.

Unfortunately, we have discontinued immunization and vaccination in June 1955, just at the beginning of the school vacation. On account of this event, my report will not be so interesting. But, in spite of that, I will repeat again that as V.O.N. Nurse, I am always at your service and my interest for the Clinic will always be the same.

For the past year we held 21 sessions; the attendance was 197 - in 1954 - it was 261, a difference of 64. In 1955, we received:

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| School Children     | 82                  |
| Pre-School          | 7                   |
| Infants             | 14                  |
| Referred to dentist | 73                  |
| C.N.F.B.            | 5                   |
| T & A               | 4 (2 were operated) |
| Check-Up            | 18                  |
| Patch-Test          | 6                   |
| Temp. taken         | 9                   |
| Height              | 7                   |
| For Immunization    | 9                   |
| Home Visits         | 7                   |

I have observed, this year, while talking with mothers, and not only at the Clinic, that the experience was more complete with home visits. The school children and young workers leave the home without breakfast or just a cup of coffee or one glass of juice or milk.

Well, a good breakfast is a good beginning for the day. Not one of these hurriedly scrambled affairs eaten with one eye on the clock, but a well balanced meal planned in advance with sound principles of nutrition in mind. It should provide approximately one quarter to one third of the day's total food supply. Members of the family would face the world in a more cheerful mood and would be able to do a better day's work, with an adequate supply of calories under their belts.

Before conclusion, a short anecdote: "In a family visited a neighbor came to help the patient; showing the bird they had in the kitchen she asked the little girl, about 2½, "what is this bird able to do and me unable? The child promptly answered: "Take a bath in a saucer, Madam."

Madam President, Ladies, may I take this opportunity to offer my heartfelt thanks to all who give time and endeavours for the Clinic, in the name of all the children. Thank you.

This report is respectfully submitted,

*Laurence E. Gorman*  
V.O.N. Nurse

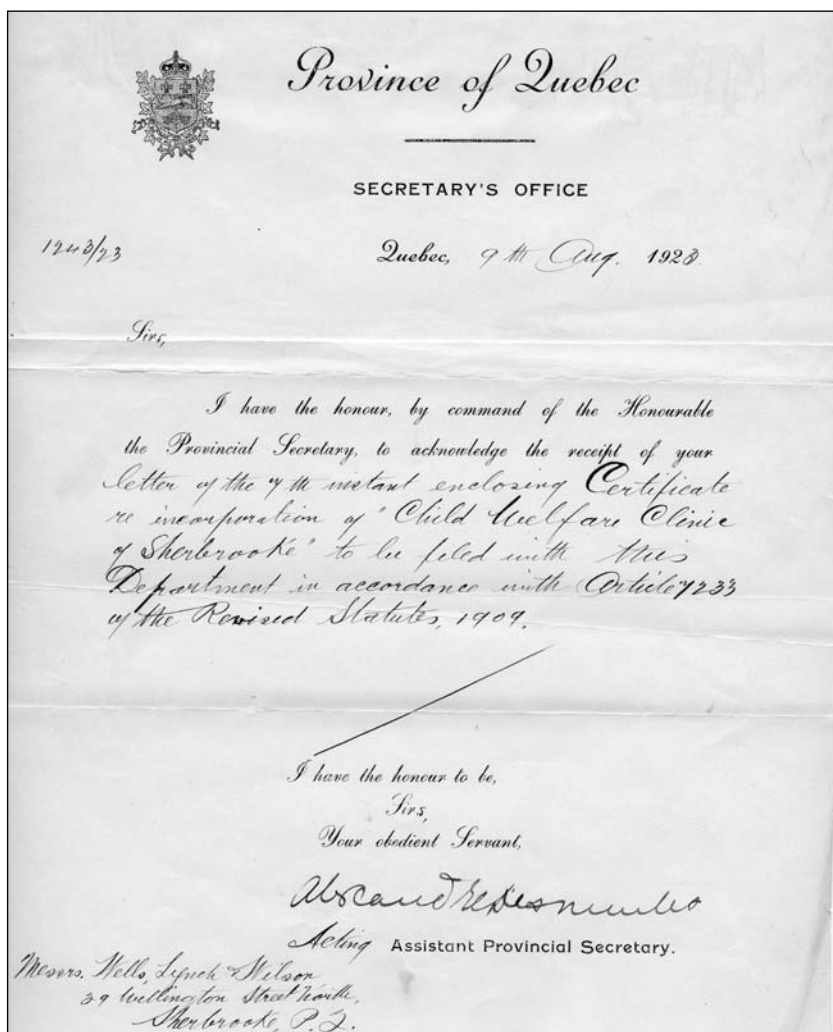
|                                                                                                                                                                        | Clinics held                          | Total # of children attended |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| 1924                                                                                                                                                                   | 51                                    | 529                          |
| 1933                                                                                                                                                                   | 122                                   | 1775                         |
| 1934*                                                                                                                                                                  | 84                                    | 1049                         |
| 1936                                                                                                                                                                   | 38                                    | 189                          |
| 1937                                                                                                                                                                   | 48                                    | 391                          |
| 1939                                                                                                                                                                   | 51                                    | 764                          |
| 1943                                                                                                                                                                   | 49                                    | 634                          |
| 1944                                                                                                                                                                   | 44                                    | 533                          |
| 1946                                                                                                                                                                   | 55                                    | 416                          |
| 1949                                                                                                                                                                   | 32                                    | 363                          |
| 1950                                                                                                                                                                   | 24<br>(plus 12 well-baby conferences) | N/A                          |
| *According to the minutes, the Clinic was forced to suspend its activities from October to February (the end of the business year) as the result of a lack of funding. |                                       |                              |

With the funding, it hosted health clinics each month where children were checked by a nurse or doctor and, if needed, were referred to dentists, eye specialists as well as ear, nose and throat specialists. Children were also provided with X-ray services, and the doctors working for the Clinic performed circumcisions, tonsillectomies and appendectomies, among other procedures. With the changing needs of youth in the region, the Child Welfare Clinic shifted its activities. It ceased to hold weekly clinics and instead supported the medical treatment of children who were sent by a school nurse. It also organized larger dental clinics in the summer. By the last years of its existence, the Clinic's activities mainly included the distribution of vitamins and of milk to local elementary schools.

The aims of the Clinic fell into a growing awareness of the necessity of better nutrition and health for the young of Canada. In 1919, Canada had the highest infant mortality rate in comparison to other developed countries.<sup>4</sup> This fact, along with more general concerns for the health of Canada's youth, contributed to the Canadian government's increased efforts to support and promote the nation's well-being.<sup>5</sup> This effort was made, at least in part, by supporting philanthropic organizations with similar aims. Included among the documents of the Child Welfare Clinic of Sherbrooke was a copy of

the general aims of the Division of Child Welfare of the federal government's Department of Health. Among the aims, under the sub-heading of Children's Clinics, Maternity Centres, etc. the following mandate can be read:

[...] to assist by advice, information and otherwise in the establishment, organization, equipment and development of Schemes for Maternal and Child Welfare, so that all homes may be able to obtain at least the necessary minimum of medical and dental care, as well as nursing and home and general care, prenatal and obstetrical; and may continue to have such care at least during the period of motherhood, infancy and childhood.



While the document is not dated, the Division of Child Welfare was not created until 1921 and ceased to exist by the 1930s, making it plausible that the founding members were aware of its aims and used it as they put together their own mandate in the early 1920s.<sup>6</sup>

However, the setting described above is only one aspect of the historical context in which the Clinic emerged. The documents created by the Child Welfare Clinic of Sherbrooke could also be considered in the context of female philanthropic associations, feminism, ethnicity and/or social class. As a brief example, like many similar charitable organizations in the early 1900s, the Child

J. EDWARD PERRY, M.A.  
Director General

C. LORNE CAMPBELL  
Chairman

HERSCHEL E. FRENCH  
Secretary-Treasurer

# EASTERN TOWNSHIPS REGIONAL SCHOOL BOARD

126 Wellington South  
Sherbrooke, Que.

Postal Address  
Box 560, Lennoxville, Que.

PHONE 569-9466

January 18, 1966

Mrs. William Richardson  
Secretary,  
Child Welfare Clinic  
27 Clough Avenue  
Lennoxville, P.Q.

Dear Mrs. Richardson:

I am aware of the excellent service that you and your committee are rendering to our unfortunate youngsters, and would like to ask for consideration of a problem involving one of our local girls. The girl in question has been at Grace Haven in Montreal for four months. This home is run as a protective institution for unwed mothers by the Salvation Army. Their cost is \$15. a week. Recently, before term, the girl, through the Montreal Children's Service Centre, moved to a private home. In the meantime she spent sixteen weeks at the Haven as a charity patient. The parents are uninvolved and have no funds. The youngster is living on a small allowance paid by the gentleman concerned.

I would like to make at least a token payment to the Administration of Grace Haven in thanks for keeping our girl as long as they did. I feel that this is important as it may be difficult to enroll other girls from this area in time of need into the Home if nothing concrete is done. Grace Haven is one of the two organizations in Montreal servicing English girls with this problem in the Province. If your funds would allow, could I ask you for a donation of \$100.00 as a token of the Community's appreciation for the sheltering provided.

As you realize it is ethically impossible for me to release the girl's name but she is a youngster who has resided in our community all her life and is well worth the effort expended to help her. I would be glad to discuss this with you in more detail if required.

Welfare Clinic was founded by the upper-class women of Sherbrooke.<sup>7</sup> Throughout the minute books, it is possible to recognize many of the most prominent names of the wealthy Sherbrooke families. Among such names were those of Paton, Echenberg and Sangster. Although the membership was primarily composed of Protestant Anglophone women, there were also some Francophone names listed and, for a time, the Catholic Women's League donated funds to the Clinic's efforts. During the 1920s and 1930s, the Clinic was also specifically keeping track of how many English and French children they treated. These general observations, which have arisen following a brief perusal of the Child Welfare Clinic of Sherbrooke fonds, highlight the potential of this type of archival material as a possible primary source for an academic analysis of Sherbrooke's history.

## NOTES

1. P155/001, Child Welfare Clinic of Sherbrooke fonds, ETRC/CRCE (Sherbrooke, Quebec).
2. P151/001/002 Minutes, 4 December 1923, Child Welfare Clinic of Sherbrooke fonds, ETRC/CRCE (Sherbrooke, Quebec).
3. P151/001/002 Minutes, 14 February 1933, Child Welfare Clinic of Sherbrooke fonds, ETRC/CRCE (Sherbrooke, Quebec).
4. Aleck Ostry, "The Early Development of Nutrition Policy in Canada", *Children's Health Issues in Historical Perspective*, eds. Cheryl Krasnick Warsh and Veronica Strong-Boag, (Waterloo: Wilfred Laurier UP, 2005), p. 200, (191–206).
5. According to Hugh Cunningham's *Children and Childhood in Western Society Since 1500* (Harlow, England: Longman Group, 1995), state policies to improve the health of youth were seen throughout Western societies, such as Sweden, France, the United Kingdom as well as in Canada. Some advocates of the development of state policy regarding children, which included medical and health services, felt that this should be done – at least partially – through supporting philanthropic organizations with similar aims (p. 151-3).
6. Aleck Ostry, "The Early Development of Nutrition Policy in Canada", p. 200–202.
7. Yolande Cohen has written an article taking these approaches to the Montreal Diet Dispensary, an organization whose aims were similar to those of the Child Welfare Clinic: Cohen, Yolande. "De la nutrition des pauvres maladies: L'histoire du *Montreal Diet Dispensary* de 1910 à 1940", *Histoire sociale/Social History*, vol. 81 (May 2008): 133–163.

## **BIOBIBLIOGRAPHIES / NOTES ON CONTRIBUTORS**

---

**ANNE-MARIE ARSENEAULT** est professeure à la retraite de l'École de science infirmière de l'Université de Moncton. Pendant sa carrière elle a enseigné des cours en soins infirmiers communautaires, en gériatrie et les enjeux éthiques en soins infirmiers. Membre fondatrice de l'Association canadienne pour l'histoire du nursing, elle en a assumé la présidence durant deux ans. Ses publications incluent ses travaux sur l'histoire de la formation infirmière au Nouveau-Brunswick.

**GENTIANE BÉLANGER** holds a Master's Degree in Art History from Concordia University (2008) and is currently pursuing doctoral studies at UQAM. Her research interests lie in the intersection of art and environmental philosophy. She is a member of the editorial committee for the Montreal-based art magazine *ETC* and she has published in other specialized venues such as *ESPACE sculpture*.

**CLAUDE CHARPENTIER** has been teaching at Bishop's University for the past five years in the Psychology Department. Dr. Charpentier's most recent research activities include an assessment of the need for mental health services in English for the Estrie region's Anglophone community, and an exploration of the psychological factors underlying recent debates on reasonable accommodation.

**MYRIAM CHIASSE** graduated from Bishop's University with an Honour's Degree in Psychology. In addition to working as a counselor for a community-based organization in Sherbrooke and as a research assistant on different projects, she is presently enrolled as a graduate student at Université du Québec à Trois-Rivières in their Psychology PhD program.

**GÉRARD COTÉ** est un Sherbrookoise de quatrième génération et diplômé en traduction de l'Université de Montréal. Passionné pour l'histoire de sa ville, il consacre des centaines d'heures à retracer le vécu des gens qui, ayant laissé leur nom à une rue ou autre entité toponymique, ont d'abord posé leur pierre dans la construction de sa communauté. En 1992, il est appelé par la Ville de Sherbrooke à siéger au Comité municipal de toponymie. Il collabore depuis quelques années à des chroniques mensuelles sur les toponymes de Sherbrooke publiées dans les journaux communautaires *Regards d'Ascot*, *L'Info* de Saint-Élie-d'Orford et dans le journal *La Tribune*.

**JEAN-MARIE DUBOIS** est professeur émérite au Département de géomatique appliquée de l'Université de Sherbrooke. Spécialisé en géographie physique et en interprétation de photographies aériennes depuis 40 ans, il s'intéresse à la toponymie depuis 35 ans, d'abord dans le golfe du Saint-Laurent, puis comme bénévole au Comité de toponymie de la Ville de Sherbrooke depuis 1990. Il est l'auteur ou le coauteur de plusieurs chroniques sur ce sujet dans les journaux régionaux et d'un livre sur la toponymie des rues de Sherbrooke rédigé avec Gérard Côté, collaborateur de tous les jours.

**BARRY EDGINTON** is a Professor and Chair of the Department of Sociology at the University of Winnipeg. He is a member of the Canadian Society for the History of Medicine and is Associate Editor of the *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*. He was also the founder and editor of *Health and Canadian Society/Santé et Société Canadienne*.

**EMMALIE FILION** graduated from Bishop's University with an Honour's Degree in Psychology. While raising a young family, she is presently a graduate student at Université du Québec à Trois-Rivières in their Clinical PsyD program.

**DALE STOUT** is a Professor at Bishop's University and teaches in the Psychology Department. Although his research interests are centered on the history of psychology and statistics, his research in the past few years has become more community-based. Dr. Stout not only engages in, but encourages his students to develop research projects that will contribute to a better understanding of our Eastern Townships communities.



## ***Journal of Eastern Townships Studies (JETS) / Revue d'études des Cantons-de-l'Est (RÉCE)***

### **Subscription rate/Abonnement**

|                                            |                                                    |          |       |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|-------|
| <b>1 year/1 an</b><br>(2 issues/2 numéros) | <input type="checkbox"/> Individuals/Individus     | \$30.00  | _____ |
|                                            | <input type="checkbox"/> Institutions              | \$50.00  | _____ |
|                                            | <input type="checkbox"/> Supporting/De soutien*    | \$60.00  | _____ |
|                                            | <input type="checkbox"/> Individuals (USA & Int.)  | \$40.00  | _____ |
|                                            | <input type="checkbox"/> Institutions (USA & Int.) | \$60.00  | _____ |
| <b>3 years/3 ans</b>                       | <input type="checkbox"/> Individuals/Individus     | \$80.00  | _____ |
|                                            | <input type="checkbox"/> Institutions              | \$140.00 | _____ |
|                                            | <input type="checkbox"/> Supporting/De soutien*    | \$130.00 | _____ |
|                                            | <input type="checkbox"/> Individuals (USA & Int.)  | \$100.00 | _____ |
|                                            | <input type="checkbox"/> Institutions (USA & Int.) | \$150.00 | _____ |

### **Single issues/Exemplaires vendus à l'unité :**

|                                              |         |       |
|----------------------------------------------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> JETS/RÉCE no. _____ | \$17.00 | _____ |
| <input type="checkbox"/> USA / International | \$20.00 | _____ |

**Total** \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Name/Nom : \_\_\_\_\_

Address/Adresse : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Postal Code/Code postal : \_\_\_\_\_

Telephone/Téléphone : \_\_\_\_\_

Please make cheques payable to **Eastern Townships Resource Centre** and mail to: ETRC, Bishop's University, 2600 College St., Sherbrooke, Quebec, J1M 1Z7.

S'il vous plaît faire votre chèque à l'ordre du **Centre de ressource pour l'étude des Cantons-de-l'Est** et le faire parvenir à l'adresse suivante : CRCE, Université Bishop's, 2600 rue College, Sherbrooke, (Québec) J1M 1Z7.

\* Including a donation of \$30.00 (1 year)/\$50 (3 years) to the ETRC for which a tax receipt will be issued.

\* Comprenant un don de 30 \$ (1 an)/50 \$ (3 ans) au CRCE pour lequel est émis un reçu pour fins d'impôts.

Those wishing to subscribe to *JETS* can obtain information from:

**Eastern Townships Resource Centre**

Bishop's University  
2600 College St.  
Sherbrooke, QC  
J1M 1Z7

Tel: (819) 822-9600, ext. 2647

Fax: (819) 822-9661

E-mail: [etrc@ubishops.ca](mailto:etrc@ubishops.ca)

Ceux et celles qui désirent s'abonner à la *RÉCE* peuvent se renseigner en s'adressant au :

**Centre de ressources pour l'étude des Cantons-de-l'Est**

Université Bishop's  
2600, rue College  
Sherbrooke (QC)  
J1M 1Z7

Téléphone : (819) 822-9600, poste 2647

Télécopieur : (819) 822-9661

Courriel : [etrc@ubishops.ca](mailto:etrc@ubishops.ca)

Publication of this journal is made possible by support to the Eastern Townships Resource Centre from the ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine du Québec, Bishop's University, and Bishop's University Foundation.

La publication de cette revue est rendue possible grâce à l'appui du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine du Québec, de l'Université Bishop's et de la Fondation de l'Université Bishop's au Centre de ressources des Cantons-de-l'Est.



Centre de ressources pour  
l'étude des Cantons-de-l'Est

Eastern Townships  
Resource Centre

ISSN 1192-7062