

L'état de santé des Métisses francophones du Manitoba, 1852-1911

par

Nathalie Kermoal
Faculté Saint-Jean
University of Alberta
Edmonton (Alberta)

RÉSUMÉ

Dans cet article, nous nous proposons d'étudier l'état de santé des Métisses francophones du Manitoba en nous basant sur les registres de l'hôpital de Saint-Boniface et de l'hôpital Saint-Roch. Ces documents, longtemps ignorés par les historiens, ont été précieux pour déterminer les raisons qui poussaient ces femmes à recevoir des soins hospitaliers et pour connaître les maladies dont elles souffraient. Les statistiques nous ont permis de constater la fréquence de certaines maladies et de faire une comparaison entre les hommes et les femmes. Ces dernières étaient plus nombreuses que les hommes à venir se faire soigner dans les hôpitaux. Elles souffraient surtout de maladies de peau et de tuberculose; la plupart sortaient guéries de l'hôpital, et les incurables retournaient dans leur famille afin de trouver un peu de soutien avant de mourir. Les statistiques nous ont également permis de constater une recrudescence des maladies infantiles dans les années 1872, 1893, 1897, 1900 et 1902.

ABSTRACT

This paper will examine the health conditions of Manitoba Metis women, based on records from the St. Boniface and St. Roch hospitals. Long disregarded by historians, these records have been invaluable in determining the reasons why these women turned to the hospitals for health care and in understanding the illnesses afflicting them. Using the statistics, we observed the frequency of specific illnesses and compared men to women. More women than men sought treatment at the

hospitals; their principal afflictions were skin diseases and tuberculosis. Most of the women left the hospital cured; those who were incurable returned to their families to live out their remaining days. The data also indicated that there were outbreaks of childhood diseases in 1872, 1893, 1897, 1900 and 1902.

L'histoire des Métis a suscité de nombreux travaux et a indéniablement marqué l'historiographie canadienne de l'Ouest (Trémaudan, 1936; Giraud, 1945; Stanley, 1960; Morton, 1967; Sprague, 1988). Cependant, plusieurs aspects de leur vie restent encore mal connus. Ce n'est que récemment que des historiens ont commencé à se pencher sur le passé des femmes autochtones et métisses (Brown, 1980; Payment, 1990; Van Kirk, 1980). Cet article n'est qu'une partie d'un travail sur la vie quotidienne des Métisses francophones¹; il a pour but de redonner à ces femmes une mémoire et une histoire et, par une description détaillée, de rendre perceptibles les changements, lents ou précipités, qui ont affecté tous les aspects de leur vie entre 1870 et 1900. Selon Henri Lefebvre (1958), la vie quotidienne englobe la totalité des activités accomplies journalièrement dans les divers secteurs de la vie. Les innovations technologiques et les mutations économiques et sociales d'une société contribuent à modifier progressivement la routine quotidienne, les rôles et les savoirs qui s'y rattachent, ce qui retentit inévitablement sur l'ensemble (Lemieux et Mercier, 1989). Les femmes doivent donc réaménager le privé en fonction de ces changements. La santé rentre aussi dans le cadre de la vie privée et de la quotidienneté.

Les Métisses ont hérité d'un savoir médical important de leurs ancêtres autochtones (Kermoal, 1995). Depuis les temps immémoriaux, les femmes s'occupent de la santé de leur famille et de leur communauté. Avec l'apparition de nouvelles maladies et surtout pendant les périodes d'épidémies, la confiance face aux remèdes naturels diminuait constamment, car les femmes ne connaissaient pas de cures pour assurer d'éventuelles guérisons. Même si les Métis étaient mieux immunisés contre les maladies européennes grâce à leur hérédité, ils en étaient néanmoins victimes (Payment, 1990). Les Métis de la Rivière-Rouge échappèrent de peu à l'épidémie de variole (connue aussi sous le nom de *petite vérole*, ou *picote volante*, que les Métis appelaient *picote de faisan*) qui sévissait en Saskatchewan en

1869-1870. Certains furent tout de même touchés. Cette maladie très contagieuse faisait extrêmement souffrir, car le corps était couvert de pustules, et la fièvre était particulièrement élevée. Certains survécurent, mais la plupart moururent dans une véritable agonie. L'impuissance devant ce type de maladie poussa certains Métis à se faire soigner dans les hôpitaux. Mais la confiance dans la médecine «blanche» ne fut que progressive, comme en témoigne la lettre du père Giroux (de Saint-Annes-Chênes) à M^{gr} Langevin, lors d'une épidémie de picote:

La population métisse ayant appris qu'on voulait ouvrir l'hôpital a fait le marron et, à moins de recourir à la violence et à la force, aucun malade ne voulait y aller. La crainte de l'hôpital aura pour funeste résultat, je le crains bien, d'engager la population à cacher les cas de maladie².

De plus, la distance ne favorisait pas les voyages à l'hôpital pour les Métis vivant loin de Winnipeg ou loin d'une communauté qui offrait des services hospitaliers. Dans ces cas-là, on avait recours à la médecine naturelle ou on faisait appel au médecin local; dans le cas d'une maladie grave, on attendait patiemment la mort à la maison.

Cependant, pour rentrer dans l'intimité d'un peuple ou d'une époque, le spécialiste doit avoir recours à des informations très diverses et doit faire appel à ses talents de détective pour tenter de les dépister. Certaines sources trop longtemps ignorées et délaissées deviennent alors essentielles pour écrire l'histoire des femmes. C'est dans cette perspective que notre recherche se situe. En effet, pour la première fois dans un travail sur les Métis, les registres de l'hôpital de Saint-Boniface et de l'hôpital Saint-Roch³ ont été dépouillés et analysés. Ces documents ont été précieux pour déterminer les raisons qui poussaient les femmes à recevoir des soins hospitaliers et pour connaître leur état de santé. Même si ces sources ne sont pas représentatives de toute la population métisse francophone, elles ont contribué à augmenter notre savoir sur les maladies qui frappaient les femmes. Elles ont été un très bon indicateur de la provenance des malades et de la poussée des maladies d'origine tuberculeuse dans les années 1880. Malgré leurs limites dont la principale est qu'elles sont beaucoup moins fiables après 1900⁴, ces archives nous donnaient aussi l'occasion de faire une étude comparative afin de déterminer les types de maladies qui touchaient les femmes et les hommes. Cependant, certains lecteurs seront peut-être

surpris de ne pas trouver de base de comparaison avec le reste de la population du Manitoba. Deux facteurs essentiels ont déterminé notre choix: tout d'abord, nous n'avons pas trouvé de recherche identique qui nous aurait permis de définir si les maladies dont souffraient les Métisses sont différentes des autres femmes dites «blanches» du Manitoba; ensuite, dans la mesure où ce travail est exclusivement centré sur les Métisses, l'aspect comparatif en a été exclu.

L'arrivée des sœurs grises à Saint-Boniface en 1844 favorisa l'idée de la construction d'un établissement pour abriter les plus démunis. N'étant pas un ordre contemplatif, le but premier de cette congrégation était de secourir les pauvres et de soigner les malades. En 1847, elles ouvrirent la première salle de soins dans leur couvent. La vague d'immigrants qui déferla au Manitoba dans les années 1870 accentua le besoin de construire un hôpital:

La toute première origine de l'hôpital de Saint-Boniface date du 5 août 1871, alors qu'il fût [*sic*] fondé avec 4 lits. En 1877, les sœurs firent l'acquisition de la maison d'un M. Henri Clarke, qui pouvait en contenir dix, et ce local devait être successivement agrandi en 1886, 1893 et 1899. En 1905 allait être construite l'aile sud [...] qui devait porter sa capacité à 350 lits de 125 qu'elle était en 1896⁵.

Quant à l'hôpital Saint-Roch, ouvert en 1899, il servait à soigner les maladies contagieuses. D'après les chroniques des sœurs grises,

[c]omme toutes les œuvres de charité, l'hôpital [...] eut de très humbles origines. Ce fut d'abord un simple pavillon d'isolement établi [*sic*] en 1885, dans une dépendance de l'hôpital de Saint-Boniface. [...] En 1899, l'Œuvre s'installe dans la résidence où M^{gr} Faraud, O.M.I. était venu jadis terminer sa longue vie d'apostolat [...] À cette maisonnette de deux étages, on ajoute une annexe qui permet de loger 50 patients⁶.

En 1911, les cinq sœurs de service s'occupaient de 460 patients.

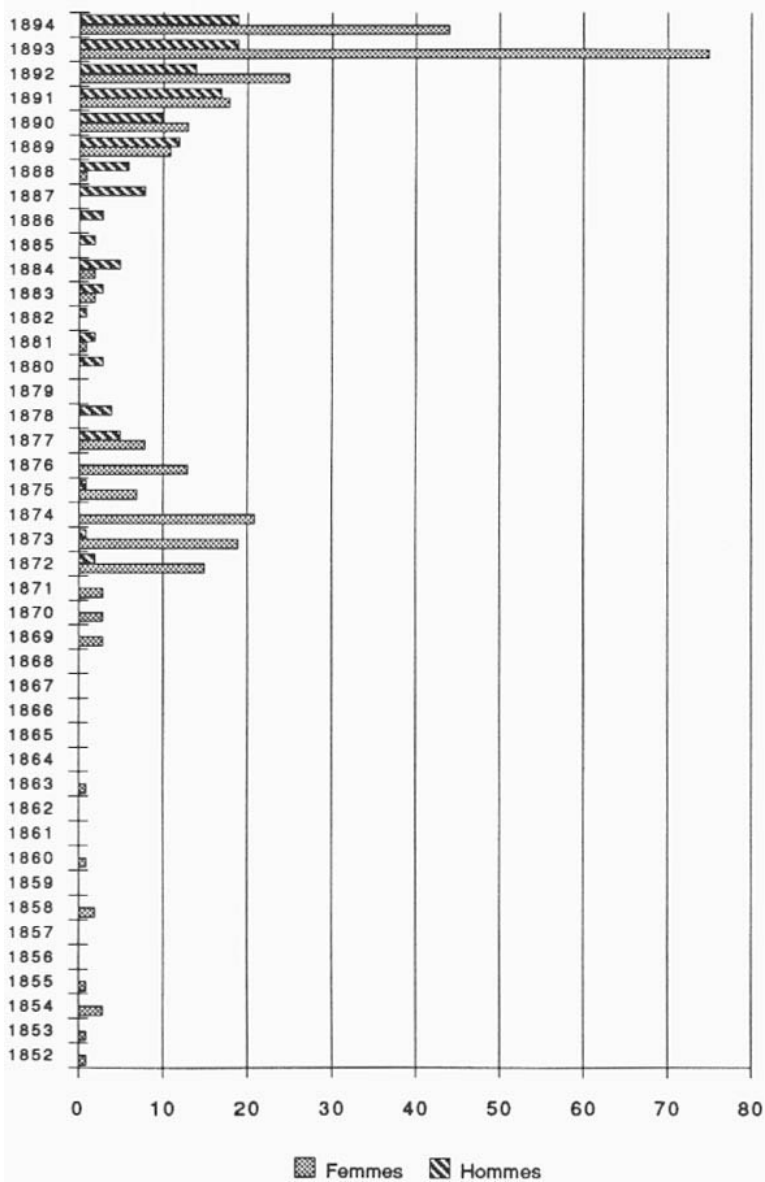
La plupart des Métisses qui venaient se faire soigner provenaient de Winnipeg et de ses environs: Saint-Boniface, Saint-Pierre-Jolys, Saint-François-Xavier, Saint-Norbert, Saint-Vital, Pembina, Sainte-Anne-des-Chênes, Saint-Charles, Lorette, Sainte-Agathe, Saint-Eustache. Très peu venaient de la région d'Interlake: nous avons trouvé deux cas pour le lac Manitoba en 1889, six en 1893 et deux en 1901; un cas pour Saint-Laurent en

1892, un en 1893, un en 1898 et deux en 1900; pour la Baie Saint-Paul, un seul cas en 1901. Nous avons aussi remarqué que, pour certaines années comme 1893, les sœurs enregistrèrent dix-neuf patientes originaires de Fort-Alexandre⁷. La plupart étaient atteintes d'érysipèle et de rougeole. Les malades étaient en général catholiques à l'exception de sept femmes protestantes à l'hôpital de Saint-Boniface et trois protestantes et deux presbytériennes à l'hôpital Saint-Roch. Suivant la gravité de leur maladie, elles restaient hospitalisées entre 1 et 211 jours. C'étaient surtout les cas de tuberculose, de tumeur, d'anémie ou chlorose, de grippe et d'eczéma qui retenaient les patientes au delà de cent jours d'hospitalisation. Sur 264 patientes à l'hôpital de Saint-Boniface, entre 1873 et 1894, vingt et une payaient leurs frais d'hospitalisation; les autres recevaient des soins gratuits. Ces chiffres indiquent que la pauvreté touchait la plupart d'entre elles.

Les maladies que nous avons relevées pour la période 1860-1894 à l'hôpital de Saint-Boniface et 1896-1904 à l'hôpital Saint-Roch sont variées (voir annexe); sérieuses pour la plupart, ces maladies nécessitaient des soins intensifs, mais certaines femmes venaient cependant à l'hôpital pour des panaris ou des clous. Il est fort probable que l'infection ait été grave pour avoir recours à l'hospitalisation car, en général, ce genre de problèmes se soignait à la maison, à moins qu'elles en ignoraient les remèdes. On venait aussi pour les rhumatismes et des maladies de foie. Ces dernières se manifestaient surtout par des engorgements du foie ou des hépatites. La dysenterie, l'entéralgie et l'entérite étaient les affections intestinales les plus courantes.

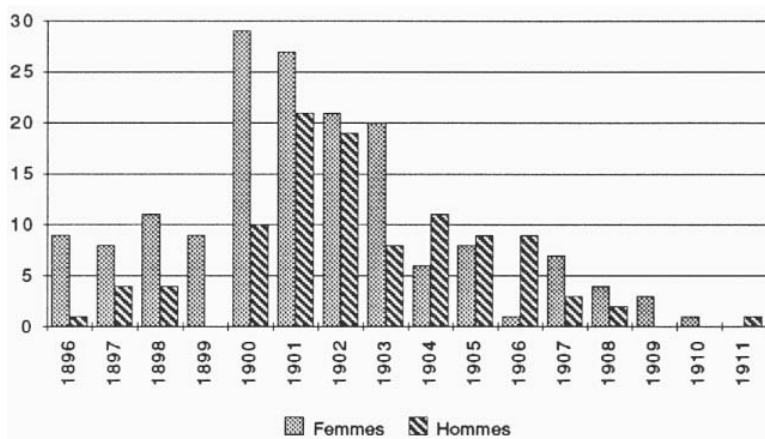
D'après les figures 1 et 2, nous pouvons constater que les femmes venaient plus nombreuses se faire soigner à l'hôpital surtout dans les années 1890 pour Saint-Boniface et en 1900 pour Saint-Roch. Auraient-elles plus confiance dans la médecine «blanche» que leurs homologues masculins? Ou étaient-elles affligées d'un plus grand nombre de maladies? Nous pensons que certaines d'entre elles se familiarisaient avec l'hôpital, lorsqu'elles y amenaient leurs enfants se faire soigner. Cela a pu susciter la confiance des femmes et les pousser à avoir recours à cette institution dans le cas d'une maladie grave.

FIGURE 1
Admissions à l'hôpital de Saint-Boniface



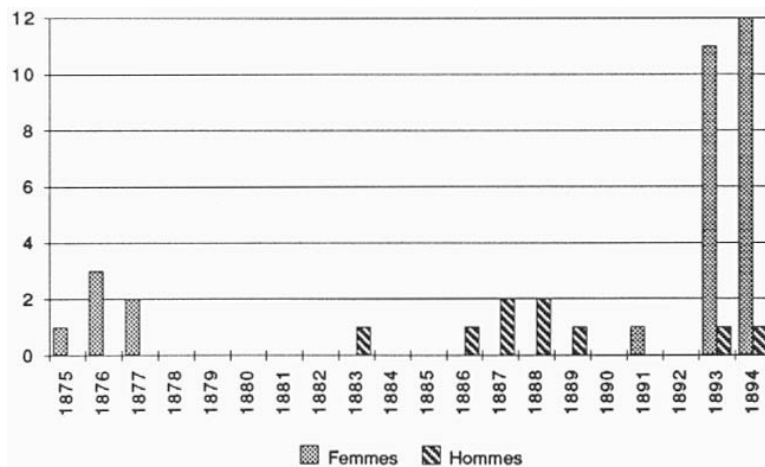
Source: *Registre de l'hôpital de Saint-Boniface*

FIGURE 2
Admissions à l'hôpital Saint-Roch



Source: *Registre de l'hôpital Saint-Roch*

FIGURE 3
Maladies de peau (Saint-Boniface)



Source: *Registre de l'hôpital de Saint-Boniface*

D'après les registres, nous pouvons constater une recrudescence des maladies de peau dans les années 1893 et 1894 pour les femmes (figure 3). Ce sont surtout des cas d'érysipèle qui ont été soignés. La plupart des patientes venaient de Fort-Alexandre. Il est possible qu'il y ait eu un début d'épidémie et que celle-ci ait été enrayée en envoyant les personnes à l'hôpital. Mais en général, les femmes avaient plus de maladies de peau que les hommes surtout sous forme d'eczéma et d'érysipèle. Ces maladies sont caractéristiques de la malnutrition.

Les hommes venaient surtout se faire soigner pour des coups et des blessures. La plupart des accidents étaient reliés au travail: coup de hache, écrasement par un char, blessure d'un coup de fusil, mains brûlées; toutefois, certaines blessures étaient causées par des coups. Les femmes souffraient surtout de plaies aux pieds, de bras disloqués ou cassés, de pieds gelés. Certains accidents étaient complètement involontaires et liés au maniement des armes à feu, comme en témoigne cet extrait du journal *Le Métis* datant de 1872:

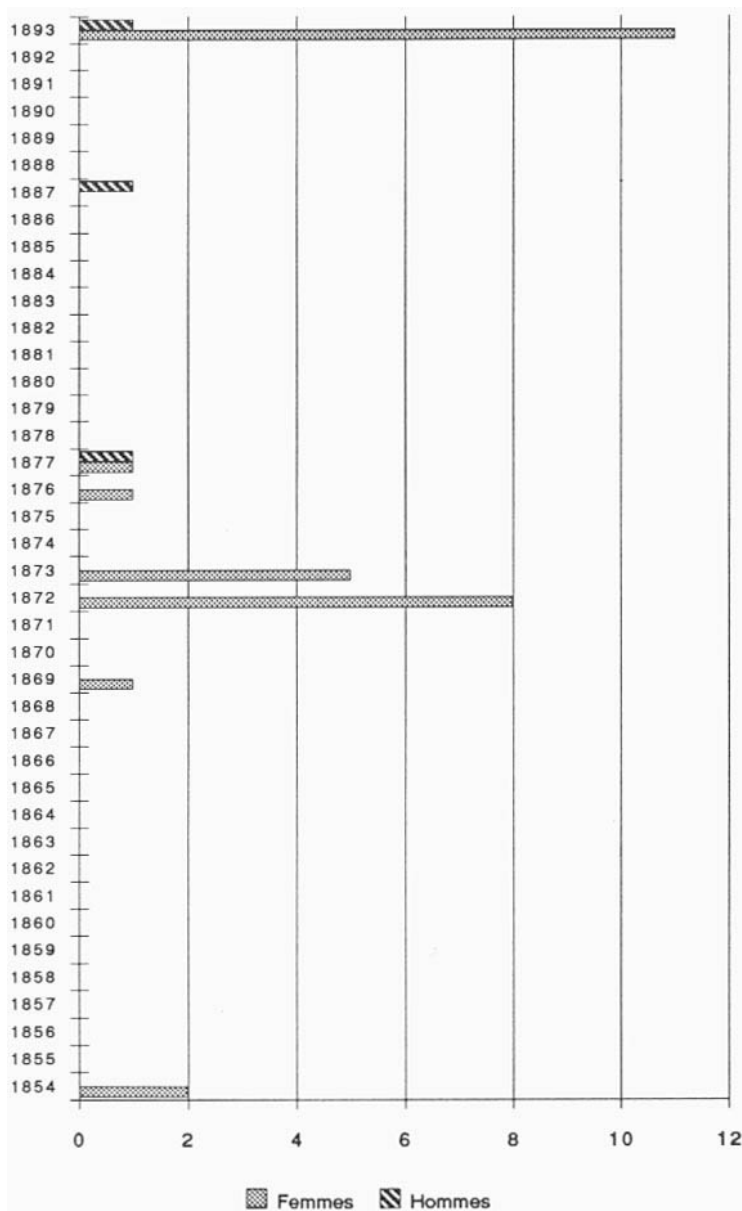
La femme de M. Prosper Ducharme de Ste. Agathe [sic], a été, la semaine dernière, victime d'un accident qui peut avoir des suites sérieuses. Daniel Larence avait entre les mains un revolver [sic] chargé, et il le manipulait sans précautions, malgré les représentations qui lui furent faites de déposer cette arme.

Soudain le coup partit et la balle alla se loger dans l'épaule de Mme Ducharme. M. Ducharme est venu chercher le médecin et il paraît [sic] que la blessure est assez grave⁸.

Les grands froids étaient aussi la cause de plusieurs accidents comme au mois de janvier 1873: «Un grand nombre de personnes de plusieurs localités se sont gelé des membres, quelques-uns ont été en danger de perdre la vie»⁹.

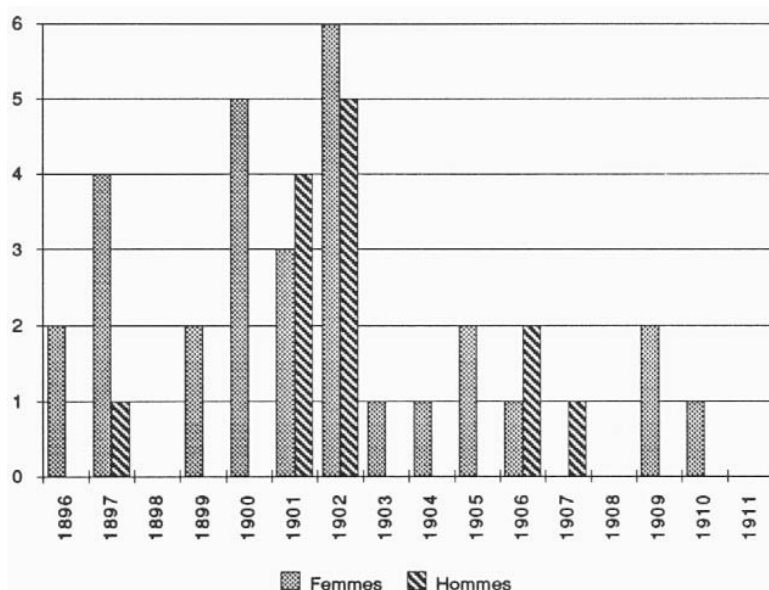
Les maladies qui touchaient les petites filles étaient surtout la rougeole, la bronchite, la coqueluche, la grippe, l'amygdalite, l'érysipèle; il y eut aussi quelques cas de tuberculose et de fièvre typhoïde. Nous avons observé une recrudescence des maladies infantiles en 1872 et 1873 pour l'hôpital de Saint-Boniface (figure 4); en 1897, 1900, 1901 et 1902 pour Saint-Roch (figure 5). Les cas de rougeole priment sur les autres.

FIGURE 4
Maladies infantiles (Saint-Boniface)



Source: *Registre de l'hôpital Saint-Boniface*

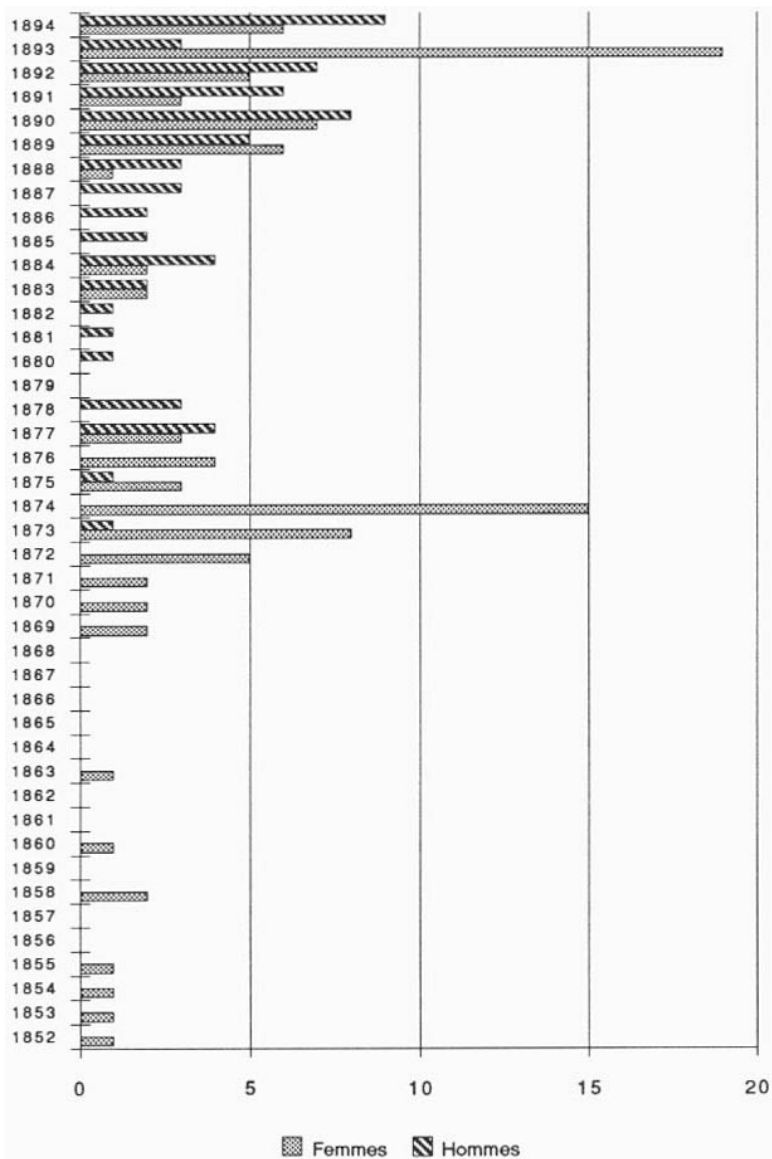
FIGURE 5
Maladies infantiles (Saint-Roch)



Source: *Registre de l'hôpital Saint-Roch*

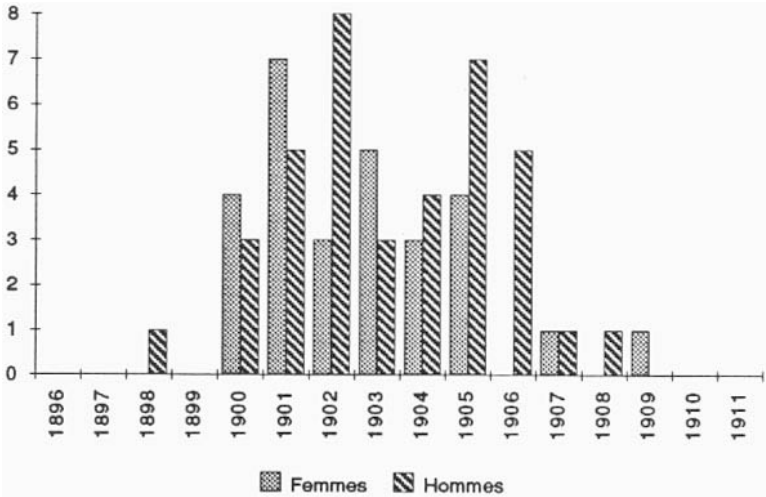
Pour les maladies pulmonaires (figures 6 et 7), on peut distinguer trois années importantes: 1874, 1893 et 1901. Les cas les plus courants étaient atteints de tuberculose sous diverses formes comme la phtisie, ou la consommation, ou encore l'inflammation des poumons, les écrouelles ou scrofules. D'autres souffraient de pneumonie, de pleurésie ou de coqueluche. À l'hôpital de Saint-Boniface, quatre-vingt-treize femmes et soixante-neuf hommes étaient atteints de maladie des poumons; à l'hôpital Saint-Roch, vingt-deux femmes et vingt-quatre hommes. Les populations autochtones et métisses du Canada étaient particulièrement touchées par la tuberculose, qui est souvent liée à des conditions de vie inadéquates ou à des problèmes d'alimentation. Les scientifiques ont prouvé que la tuberculose bovine (*Mycobacterium bovis*), qui touche surtout les animaux domestiques mais aussi les animaux sauvages, peut entraîner une contamination humaine dans le cas d'absorption de lait non pasteurisé ou de viande infectée:

FIGURE 6
Maladies pulmonaires (Saint-Boniface)



Source: *Registre de l'hôpital de Saint-Boniface*

FIGURE 7
Maladies pulmonaires (Saint-Roch)



Source : *Registre de l'hôpital Saint-Roch*

Both *M. tuberculosis* and *M. Bovis* can produce the same, indistinguishable spectrum of clinical disease in humans. However, *M. Tuberculosis* more often causes pulmonary disease, while *M. Bovis* more frequently causes extra-pulmonary disease, including cervical lymphadenitis, osteomyelitis, arthritis, meningitis, and abdominal tuberculosis. Unlike *M. Tuberculosis*, *M. Bovis* has occurred much more frequently in children than in adults, and more often in rural populations than in urban communities [...] (Tessaro, 1992, p. 213)

La corrélation entre la nourriture des populations métisse et amérindienne et la tuberculose est importante à établir si nous voulons mieux comprendre les origines de la maladie. Des études détaillées et une collaboration entre chercheurs permettraient d'en savoir plus dans ce domaine notamment puisque cette maladie frappe encore aujourd'hui une bonne partie de la population autochtone du Canada.

Pour les maladies sexuelles, nous avons relevé très peu de cas. Nous pourrions être amenée à penser que peu de gens souffraient de ce genre de maladies; cependant, il ne faut pas oublier qu'elles étaient considérées comme «honteuses» et, de ce fait, il est fort probable qu'elles n'aient pas été dévoilées. Au

cours du XIX^e siècle jusque dans les années 1920, «[s]exually transmitted diseases were barely mentioned, and very little information was provided» (Cassel, 1987, p. 49). Pour toute cette période, à l'hôpital de Saint-Boniface, nous avons relevé sept cas féminins et deux cas masculins: une femme avait la syphilis; un homme avait le chancre et un autre souffrait de spermatorrhée; les six autres cas souffraient de problèmes liés aux accouchements difficiles. En outre, à l'hôpital Saint-Roch, nous avons relevé deux cas féminins (une vaginite et une syphilis) et un cas masculin de syphilis. Au XIX^e siècle ainsi qu'au début du XX^e, les médecins avaient du mal à dépister la syphilis, surtout au commencement de la maladie. À ce stade, la syphilis présente des ressemblances avec certaines maladies de la peau. Dans la mesure où le diagnostic était exclusivement basé sur des observations, parfois on pensait syphilis, parfois maladie d'un autre ordre (Cassel, 1987). En partant de ce constat, il est possible que des erreurs existent dans les registres des deux hôpitaux.

Les femmes venaient aussi se faire soigner pour des abcès, le cancer de la mâchoire, des tumeurs au genou, des cancroïdes ou des tumeurs non définies dans les registres. Certaines venaient séjourner à l'hôpital parce qu'elles souffraient d'épuisement et d'anémie (surtout chez les jeunes femmes), ce qui dénoterait, notamment, une vie de labeur difficile et une alimentation faible en fer.

Les troubles mentaux et nerveux semblent toucher plus de femmes que d'hommes entre 1892 et 1894. Le mot «débilité» est souvent utilisé dans les deux registres. Nous nous sommes donc interrogée sur sa signification. Nous étions perplexe quant à la définition d'autant plus que la plupart des patientes en ressortaient guéries. Nos recherches ont démontré que le mot était souvent utilisé pour décrire un état d'extrême faiblesse. Pour certains cas de débilité mentale, les religieuses précisent dans leur rubrique «remarques», pour les premières années du registre de Saint-Boniface, que la personne est «idiote» et, pour les années ultérieures, qu'elle est «incurable». De plus, la dépression était considérée au XIX^e siècle comme une maladie mentale. Nous ne pouvons donc pas savoir si les troubles nerveux et mentaux étaient sérieux ou simplement liés à une trop grande fatigue ou à ce qu'on appellerait aujourd'hui le «stress».

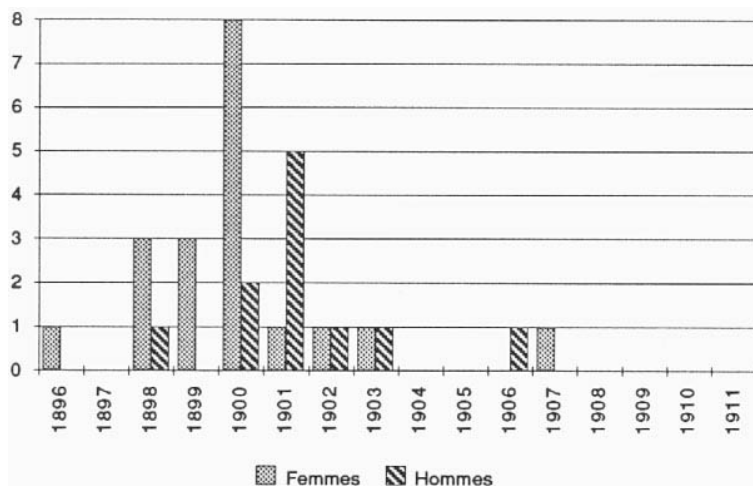
Les épidémies, pendant la période 1870-1900, sont restées localisées; d'ailleurs, le journal *Le Métis* en informait ces lecteurs: «Un grand nombre de personnes sur la section 15 du chemin de fer Pacifique sont atteintes d'érésipèles, et on croit que l'amputation de la jambe sera nécessaire pour un certain nombre»¹⁰. Souvent, les religieuses ont été obligées de refuser des malades, car les salles étaient encombrées. Cependant, nous ne savons pas où les patients étaient envoyés et s'ils étaient mis en quarantaine. Toutefois, on apprend, pour l'épidémie de picote de 1902 à Sainte-Anne-des-Chênes, que les Mennonites l'avaient apportée avec eux en 1900 et que certains cas isolés avaient pu résister pendant plus d'un an et demi. Il semblerait que, même au début du XX^e siècle, la population se souciait peu des répercussions de la contagion. D'après le père Giroux,

[la maladie] s'est répandue dans le mois de novembre dernier et a été soignée comme maladie de peau. À la fin de novembre, il y a eu une noce à tout manger à Ste Anne qui a eu lieu dans l'ancien hôtel Gagnon, et qui a réuni presque toute la population métisse. On y a dansé pendant deux jours et malheureusement des Métis ayant la maladie, poussés par cette fureur inhérente du plaisir, s'y sont rendus. C'est le point de départ de la diffusion de la maladie¹¹.

Toutefois, malgré cette ignorance due à un manque important d'information, la période 1870-1904 ne semble pas avoir été marquée par des épidémies dévastatrices comme celle de la grippe au printemps de 1845 et celle de la rougeole en mai et juin 1846 à la Rivière-Rouge, ou encore celle de la variole en 1869-1870 dans les territoires du Nord-Ouest: «This combination of diseases, affecting a population which had never been exposed [...] before, resulted in high death rates among all ages of the population» (Ens, 1989, p. 186). Une chasse aux bisons décevante et une mauvaise récolte ont pu accentuer par voie de sous-alimentation la propagation de la maladie.

Pour la période 1870-1904, plusieurs personnes ayant la même maladie pourraient laisser supposer un début d'épidémie. Mais les cas de fièvre typhoïde en 1893 et en 1894 étaient en fait des cas isolés dans la mesure où ils se sont déclarés à différents endroits dans la province. Par contre, la grippe a frappé cinq femmes de Saint-Boniface en 1893. En 1900 et en 1901, nous avons relevé plusieurs cas de diphtérie à Saint-Boniface et à Winnipeg (figure 8). Ceci correspondrait-il à des débuts d'épidémie?

FIGURE 8
Diphthérie (Saint-Roch)



Source: *Registre de l'hôpital Saint-Roch*

Pour terminer, nous avons tenté de chiffrer les guérisons et les mortalités dans les deux hôpitaux. La plupart des patientes sortaient guéries de l'hôpital. Pour la période 1873-1894 à l'hôpital de Saint-Boniface sur 274 patientes (femmes et filles), trente et une sont sorties non guéries et neuf étaient incurables. Pour la période 1852-1894 pour le même hôpital, nous avons relevé vingt-six mortalités sur 356 malades. Ces femmes sont mortes des maladies suivantes: pneumonie (8), inflammation des poumons (2), coqueluche (2), infirmité (1), bronchite (1), tuberculose (4) – dont consommation (2), scrofules (1), phtysie (1) –, dyspepsie (1), diarrhée (2), fièvre typhoïde (1), rougeole «compliquée» (1), maladie du cœur (1), syphilis (1) et érysipèle (1). Pour l'hôpital Saint-Roch, 10 patientes sur 145 sont mortes des maladies suivantes: diphtérie (2), pneumonie (2), érysipèle (2), phtysie (1), consommation (1), hydropisie (1) et anémie (1). En ce qui concerne les incurables, elles retournaient dans leur famille afin de trouver un peu de soutien avant de mourir.

CONCLUSION

Nous pouvons dire qu'il est possible que les populations métisses aient développé une plus grande immunité aux

épidémies et qu'elles aient reçu de meilleurs soins. Cependant, ceci est vrai pour les personnes qui avaient la possibilité d'être soignées dans les hôpitaux et qui vivaient près de Saint-Boniface. Les patientes étaient donc plus «urbanisées» et avaient accès à une information plus importante surtout grâce aux progrès de la médecine dans la dernière moitié du XIX^e siècle. Pour les malades qui vivaient dans des communautés éloignées, il est certain qu'ils avaient un accès plus restreint aux nouveaux remèdes et aux nouvelles méthodes; ils avaient donc moins de chance de se remettre d'une éventuelle maladie. Nous avons remarqué que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à venir se faire soigner à l'hôpital. Nous pensons qu'elles avaient un peu plus confiance en la médecine «blanche» du fait qu'elles y emmenaient leurs enfants. Toutefois, l'élément le plus révélateur de notre étude est que, dès les années 1870, la tuberculose prime sur les autres maladies; elle révèle déjà un problème spécifique aux conditions de vie des communautés amérindiennes et métisses du Canada.

NOTES

1. Cet article est tiré de notre thèse de doctorat, intitulée *Le temps de Cayoge: la vie quotidienne des femmes métisses au Manitoba, 1870-1900*, dont la soutenance est prévue au département d'histoire de l'Université d'Ottawa au cours de 1995.
2. Archives de l'archevêché de Saint-Boniface, Fonds Langevin, L22261, lettre du père Giroux à M^{gr} Langevin, 5 janvier 1902.
3. Annexe de l'hôpital de Saint-Boniface réservé aux maladies contagieuses. [Note de la rédaction]
4. En effet, après 1900, les sœurs précisent rarement si les patientes sont métisses.
5. Archives de la Maison provinciale des sœurs grises à Saint-Boniface, «Chroniques de la Maison provinciale», p. 133.
6. Archives de la Maison provinciale des sœurs grises à Saint-Boniface, «Chroniques de l'hôpital Saint-Roch, 1899-1932», p. 1.
7. Le cas de Fort-Alexandre est intéressant, car la plupart des malades enregistrées par les religieuses sont inscrites comme Métisses alors que cette localité est une réserve amérindienne et non une communauté métisse. La plupart des patientes se percevaient donc comme métisses et non amérindiennes. Ceci explique que nous ayons comptabilisé ces femmes dans notre étude.
8. *Le Métis*, vol. 2, n^o 12, 14 août 1872, p. 2.
9. *Le Métis*, vol. 2, n^o 25, 18 janvier 1873, p. 3.
10. *Le Métis*, vol. 8, n^o 33, 18 février 1879, p. 2.

11. Archives de l'archevêché de Saint-Boniface, Fonds Langevin, L22261, lettre du père Giroux à M^{sr} Langevin, 5 janvier 1902.

BIBLIOGRAPHIE

- BROWN, Jennifer S. H. (1980) *Strangers in Blood: Fur Trade Company Families in Indian Country*, Vancouver, University of British Columbia Press, 255 p.
- CASSEL, Jay (1987) *The Secret Plague: Venereal Disease in Canada, 1838-1939*, Toronto, The University of Toronto Press, 340 p.
- ENS, Gerhard (1989) *Kinship, Ethnicity, Class and the Red River Métis: The Parishes of St. François Xavier and St. Andrew's*, Thèse de doctorat, University of Alberta, 310 p.
- GIRAUD, Marcel (1945) *Le Métis canadien, son rôle dans l'histoire des provinces de l'Ouest*, Paris, Institut d'ethnologie, 1 296 p.
- KERMOAL, Nathalie (1995) «Sages-femmes et docteurs sans diplômes, pharmaciennes et herboristes sans échoppes: la médecine traditionnelle des femmes métisses du Manitoba aux XIX^e et XX^e siècles», dans GODBOUT, Laurent (dir.) *Le savoir en tête '94*, Edmonton, ACFAS-Alberta et Institut de recherche de la Faculté Saint-Jean, p. 103-124. (Actes du cinquième colloque de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences – Section Alberta et de l'Institut de recherche de la Faculté Saint-Jean, qui a eu lieu le 4 mars 1994)
- LEFEBVRE, Henri (1958) *Critique de la vie quotidienne* (vol. 1: «Introduction»), Paris, L'Arche, 268 p.
- LEMIEUX, Denise et MERCIER, Lucie (1989) *Les femmes au tournant du siècle, 1880-1940: âges de la vie, maternité et quotidien*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 398 p.
- MORTON, W. L. (1967) *Manitoba: A History*, Toronto, University of Toronto Press, 547 p.
- PAYMENT, Diane (1990) «Les gens libres – Otipemisiwak»: *Batoche, Saskatchewan, 1870-1930 / The Free People – Otipemisiwak, Batoche, Saskatchewan, 1870-1930*, Ottawa, Direction des lieux et des parcs historiques nationaux, 378 p.
- SPRAGUE, Douglas N. (1988) *Canada and the Métis, 1869-1885*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, 204 p.
- STANLEY, George (1960) *The Birth of Western Canada: A History of the Riel Rebellions*, Toronto, University of Toronto Press, 475 p.
- TESSARO, Stacy V. (1992) «Bovine Tuberculosis and Brucellosis in Animals, Including Man», dans FOSTER, John E., HARRISON, Dick et MacLAREN, I. S. (dir.) *Buffalo*, Edmonton, The University of Alberta Press, p. 207-224.
- TRÉMAUDAN, Auguste-Henri de (1936) *Histoire de la nation métisse dans l'Ouest canadien*, Montréal, Albert Lévesque, 448 p.

VAN KIRK, Sylvia (1980) *Many Tender Ties: Women in Fur Trade Society, 1670-1870*, Winnipeg, Watson & Dwyer Publishing, 301 p.

(acceptation définitive en avril 1995)

ANNEXE

LISTE DES MALADIES¹

Antéversion (ou antédéviation)

Inclinaison vers l'avant de l'axe vertical d'un organe.
Ex. antéversion de l'utérus.

Cancroïde

Épithéliome (tumeur cancéreuse) de la peau et des muqueuses de type ulcéreux siégeant surtout à la face et plus particulièrement aux lèvres.

Catalepsie

Perte momentanée de l'initiative motrice avec conservation des attitudes.

Chancre

Ulcération vénérienne de la peau et des muqueuses. Maladie vénérienne.

Chlorose

Anémie hypochrome de la jeune fille. (anciennement appelée *pâles couleurs* ou *anémie essentielle des jeunes filles*)

Clou

Petit furoncle.

Consumption

Amaigrissement et dépérissement progressif. Relié à la tuberculose.

Coqueluche

Maladie très contagieuse, aujourd'hui surtout infantile, caractérisée par de violentes quintes de toux dont le paroxysme évoque le chant du coq.

Danse de Saint-Guy (ou chlorée)

Syndrome neurologique caractérisé par des mouvements brusques, saccadés et involontaires, évoquant une danse, et commun à plusieurs affections aiguës ou chroniques, dominées par ce syndrome.

Dartre

Petite tache cutanée d'aspect farineux siégeant généralement au visage.

Débilité

État d'extrême faiblesse.

Diphthérie

Maladie contagieuse. La diphthérie se manifeste par une angine à fausses membranes qui envahissent la gorge. Leur localisation sur

le larynx provoque l'asphyxie par l'obstruction du conduit aérien: c'est le croup. La sécrétion d'une toxine qui se diffuse dans tout l'organisme peut provoquer une forme maligne et des atteintes viscérales (le plus souvent des paralysies). La vaccination est obligatoire.

Dysenterie

Maladie infectieuse ou parasitaire, provoquant une diarrhée douloureuse avec pertes de sang.

Dyspepsie

Trouble de la digestion, digestion difficile.

Écrouelles

Inflammation et abcès d'origine tuberculeuse, atteignant surtout les ganglions lymphatiques du cou.

Endométrite

Inflammation de l'endomètre (muqueuse qui tapisse la cavité utérine).

Engorgement du foie

L'écoulement des sucs produits par le foie se fait mal.

Entéralgie

Douleur intestinale.

Entérite

Inflammation de l'intestin grêle, généralement accompagnée de diarrhée.

Érysipèle (ou éréripèle)

Maladie infectieuse, due à un streptocoque, caractérisée par une inflammation de la peau sous forme d'un placard douloureux limité par un bourrelet et siégeant le plus souvent à la face.

Esquinancie

Inflammation de la gorge ou des amygdales, amygdalite, angine.

Gonorrhée

Inflammation de la muqueuse des organes génitaux.

Gravelle

Lithiase (formation de calculs) urinaire.

Hydropisie (ou anasarque)

Œdème généralisé. Accumulation pathologique de sérosité dans une partie du corps, notamment dans l'abdomen.

Influenza

Grippe.

Iritis

Inflammation de l'iris.

Névralgie

Douleur d'un nerf.

Panaris

Inflammation aiguë du doigt.

Parésie

Paralysie partielle, légère ou provisoire.

Parotidite

Inflammation de la parotide, glande salivaire située en avant de l'oreille.

Petite vérole (variole ou picote)

Maladie infectieuse, immunisante, très contagieuse et épidémique, due à un virus, caractérisée par une éruption de taches rouges devenant des vésicules, puis des pustules.

Phtisie

Tuberculose pulmonaire; consommation.

Pleurésie

Tumeur du poumon. Les pleurésies se manifestent par une douleur thoracique, une difficulté à respirer et, dans les formes aiguës, par des frissons et de la fièvre.

Pneumonie

Infection aiguë d'un lobe entier de poumon due, le plus souvent, au pneumocoque. (La pneumonie caséuse est due au bacille tuberculeux).

Scarlatine

Maladie contagieuse, caractérisée par l'existence de plaques écarlates sur la peau et muqueuses. Elle atteint surtout les enfants de 6 à 14 ans.

Scrofule

Maladie des écrouelles.

Spermatorrhée

Emission ou écoulement du sperme en dehors de l'activité sexuelle volontaire.

Sténose

Rétrécissement d'un conduit, d'un orifice.

Syphilis

Maladie infectieuse et contagieuse, vénérienne, due au tréponème pâle et se manifestant par un chancre initial et par des atteintes viscérales et nerveuses tardives.

Tuberculose

Maladie infectieuse et contagieuse, commune à l'homme et aux animaux causée par le bacille de Koch. La tuberculose a été isolée des autres maladies pulmonaires par Laennec en 1819, et son bacille a été découvert par Koch en 1882. On retrouve ce bacille dans les différentes lésions et les exsudats (pus, crachats) de la maladie déclarée. Mais, le plus souvent, le seul signe biologique de la primo-infection tuberculeuse est la positivité des réactions tuberculiques (en l'absence de vaccination par le BCG) et l'infection s'arrête à ce stade. La vaccination par le BCG est obligatoire depuis 1950.

Vaginite

Inflammation de la muqueuse du vagin.

1. Définitions tirées du *Petit Larousse* (1988).