



Congrès annuel 2015 Annual Conference

SCHM/CSHM – ACHN/CAHN

Programme de la conférence

Conference program



VENDREDI 29 MAI / FRIDAY MAY 29

**10:00-17:00 INSCRIPTION PAVILLON MONTPETIT /
REGISTRATION MONTPETIT HALL**

**18:00-20:00 RÉUNION DU CONSEIL SCHM / CSHM BOARD
MEETING (Local: FSS 12003)**

**RÉUNION DU CONSEIL ACHN / CAHN BOARD
MEETING (Local: FSS 11003)**

JOUR 1/DAY 1

SAMEDI 30 MAI / SATURDAY MAY 30

**7:30-8:00 INSCRIPTION PAVILLON MONTPETIT / REGISTRATION
MONTPETIT HALL**

**8:00-8:45 CAFÉ, JUS ET MUFFINS / COFFEE, JUICE AND MUFFINS
(devant FSS 1006-1007, in front of FSS 1006-1007)**

8:45-9:00 MOT D'OUVERTURE / OPENING ADDRESS (Local: FSS 1007)

9:00-10:30 SÉANCES SIMULTANÉES /CONCURRENT SESSIONS
--

**SESSION 1 Recherche interdisciplinaires à la URHN / Interdisciplinary
research at the NHRU (Local: FSS 1006)**

PRÉSIDENTE/CHAIR : Eileen O'connor (University of Ottawa)

Alexandre Pelletier-Audet* (Université d'Ottawa) *Quitter sur un nuage : Le
suicide par intoxication médicamenteuse au Québec, 1950-1970*

Alessandra Iozzo-Duval* (University of Ottawa) *Nursing the ‘Silent Children’: Nursing, Health and (dis)ability at the Ontario Institution for the Education of the Deaf, 1870-1914.*

Sandra Harrisson* (Université d’Ottawa) *Processus de «déhospitalisation» : Itinéraire hors des murs du Département de psychiatrie de l’Hôpital Montfort, 1976-2006*

SESSION 2 Conceptualisation de la médecine / Conceptualizing medicine (Local: FSS 1007)

PRÉSIDENTE/CHAIR : Maureen Lux (Brock University)

Casey Hurrell* (Queen’s University) *“The translation of our ethic into practice” : The Prevention of War as Primary Care, 1951-1982*

Wendy Churchill (University of New Brunswick) *The assessment and management of risk in British medicine, circa 1700-1820*

Caroline Lieffers* (Yale University) *The Moral Right: Health Professionalism, Ethics, and Intellectual Property in Nineteenth-Century America*

10 :30-10 :45 CAFÉ / COFFEE

10 :45-12 :00 CONFÉRENCE HANNAH / HANNAH LECTURE (Local: FSS 1007)

CHRISTINE HALLETT (University of Manchester) *Le Petit Paradis des Blessés: nurses, nursing and internationalism on the Western Front (1915-1918)*

**12 :00-13 :00 DÎNER DES ÉTUDIANT-E-S DIPLÔMÉ-E-S
GRADUATE STUDENTS LUNCH (Local: FSS 1006)**

13 :00-15 :00 SÉANCES SIMULTANÉES / CONCURRENT SESSIONS

SESSION 3 Savoir et pouvoir medical / Knowledge and power in medicine (Local: FSS 1006)

PRÉSIDENT/CHAIR : Geoffrey Hudson (Northern Ontario School of Medicine Lakehead University)

Janet Miron (Trent University) *Medicalization, Decriminalization, and the Contested Nature of Suicide in Turn-of-the-Century Ontario.*

Whitney Wood* (Wilfrid Laurier University) *“Don’t tell them you’re guessing” : Learning Obstetrics in Canadian Medical Schools, c. 1890-1920*

Thomas Foth and Cheryl S. McWatters (University of Ottawa) *Constructing Patient Identity: The Technology of the Medical Record in Making the Psychiatric Hospital in Canada Calculable*

Michel Shamy (University of Ottawa) *Ideas of Disease: The “Acute Stroke” in Historical and Philosophical Context.*

SESSION 4 Maternité et risqué / Risk and pregnancy (Local: FSS 1007)

PRÉSIDENTE/CHAIR : Kristin Burnett (Lakehead University)

Shannon Stettner (York University) *Defining “A full and productive life” : Canadian Public Opinion of Abortion and Disability during the Thalidomide Crisis.*

Jenna Healey* (Yale University) *How Late is Too Late?: Negotiating The Age Limit for Pregnancy in 20th Century America*

Susanne Klausen (Carleton University) and **Christine Chisolm*** (Carleton University) *The Impact of the Thalidomide Tragedy on Abortion Legislation and Drug Regulation in the British Empire in the 1970s and 1980s*

Amy Samson* (University of Alberta) *Guidance Clinics and Eugenic Sterilization in Western Canada, 1929-1972.*

SESSION 5 Médecine curable vs médecine incurable / Curable and incurable medicine (Local: FSS 1030)

PRÉSIDENTE/CHAIR : Janice Harvey (Collège Dawson)

Pauline Launay* (Université de Caen Basse-Normandie) *La médecine palliative ou de la nouvelle prise en charge de l’incurable et du mourant : Vers une recomposition du savoir et des pratiques médicales ?*

Katherine A. Walker (University of Windsor) *Curability and Incurability in Early Modern English Medicine.*

Coline Loison* (Université du Maine) *Les Centres de Lutte Contre le Cancer en France : du projet à la réalisation, débat autour d'une idée et ses interprétations.*

Suzy Wu (Queen’s University) and **Yafei Dai*** (Xiangya School of Medicine, Central South University) *From Ensol to the discovery of collagenases.*

15 :00-15 :15 CAFÉ / COFFEE

15 :15-16 :45 SÉANCES SIMULTANÉES /CONCURRENT SESSIONS

SESSION 6 Médecine et coopération internationale / Medicine and international cooperation (Local: FSS 1006)

PRÉSIDENT/CHAIR : Michel Shamy (Université d’Ottawa)

Nancy Gonzalez-Sanchez* (École des Hautes Études en Sciences Sociales) *Circulation d'idées et débats sur le choléra et la fièvre jaune tenus au sein de la Sociedad de Medicina Montevideana et de l'Asociación Médica Bonaerense : leurs conséquences sur la prise en charge des malades en temps d'épidémie (1852-1874).*

Anna Greenwood (University of Nottingham, UK) *Selective Recruitment and the Ideals of Empire: Choosing Doctors for the Colonial Medical Service, 1895-1940.*

Jacalyn Duffin (Queen's University) *The Canadian Medical Expedition to Easter Island (METEI)*

SESSION 7 Communauté et santé mentale / Mental health and community (Local: FSS 1007)

PRÉSIDENT/CHAIR : Benoît Majerus (Université du Luxembourg)

Marie LeBel (Université de Hearst) *Mise en place des services et soins en santé mentale dans les communautés francophones du nord-est ontarien depuis l'après-guerre : déminage et défrichage.*

Alex Deighton* (University of Saskatchewan) *Experiencing the Weyburn Mental Hospital in the 1920s: Patient Realities, Public Perceptions.*

Silvia Maria Valentina Moya* (Université d'Ottawa) *Le rôle de l'infirmière psychiatrique au sein d'une équipe multidisciplinaire. Cliniques externes de l'Hôpital Montfort, 1976-2006.*

SESSION 8 Approche populaire des soins de santé / Popular attitudes about medicine and health (Local: FSS 1030)

PRÉSIDENT/CHAIR : Daniel Malleck (Brock University)

Steven Palmer (University of Windsor) *Man and His Health: Medicine and Healing at Expo 67.*

Ornella Nzindukiyimana* (Western University) *Bathing Bodies and Healthy Minds: Examining the Role of Ottawa's Public Baths in 1924.*

Claire Cheetham (Birkbeck University of London) *In Search of Married Love. The Influence of Marie Stopes on British Society and the Establishment.*

**16 :45-18 :00 ASSEMBLÉE ANNUELLE SCHM / CSHM
ANNUAL GENERAL MEETING (Local: FSS 1007)**

JOUR 2/DAY 2
DIMANCHE 31 MAI / SUNDAY MAY 31

8:30-9 :00 **CAFÉ / COFFEE**

9 :00-10:30 **SÉANCES SIMULTANÉES / CONCURRENT SESSIONS**

SESSION 9 **Institutions et pouvoir / Power and institutions (Local: FSS 1006)**

PRÉSIDENT/CHAIR : Thomas Foth (University of Ottawa)

Mary Bernadette Connell* (University of Ottawa) *An Inequity of Violence in the Fever Unit: The Ontario Hospital Toronto 1940 – 1951.*

Évy Aude Nazon* (Université d'Ottawa) *La profession infirmière : entre charité et pouvoir.*

Luciana Brito* (University of Brasilia) *Long-term incarceration in Brazilian forensic hospitals: Files on an abandoned man.*

SESSION 10 **La médecine et la loi / Medicine and law (Local: FSS 1007)**

PRÉSIDENT/CHAIR : Sasha Mullally (University of New Brunswick)

Elena-Bianca Barbir* (Queen's University) *Harmful Language: A Historical Analysis of the Rhetoric of Harm Reduction in Vancouver.*

Cosimo Calabrò* (McGill University) "Can you make a Coffin?": Dead Apprentices and the Ambivalent Measure of Medical Testimonies at the Old Bailey Courthouse in 18th century London.

Elizabeth Koester* (University of Toronto) *Private Detectives, Back Massages and Electric Knobs: Law and the "Practice of Medicine" in Early Twentieth Century Ontario.*

SESSION 11 **Pratiques inusitées / Unfamiliar practices (Local: FSS 1030)**

PRÉSIDENT/CHAIR : Peter L. Twohig (Saint Mary's University)

Erna Kurbegovic* (University of Calgary) *War against Disease": Serbia's Struggle with Typhus, 1914-1915.*

Sandra Menenteau (Université de Poitiers) *Le « produit des recherches d'un homme sage et sensible ».Principes et réceptions de la « manière de procéder à l'ouverture des cadavres » de François Chaussier (France, XIX^e siècle).*

Jennifer L. Bazar (University of Toronto) and **Brianne M. Collins*** (University of Calgary) *Chemical Insights: Exploring Canada's "Other" LSD Programs.*

10 :30-10 :45 **CAFÉ / COFFEE**

**10 :45-12 :00 CONFÉRENCE PATERSON / PATERSON LECTURE
(Local: FSS 1007)**

NATALIE ZEMON DAVIS (University of Toronto) *Physicians, Healers, and their Remedies in Colonial Suriname*

**12 :00-13 :00 DÎNER RENCONTRE DE L'ACHN (Ouvert à tous)
CAHN LUNCH MEETING (All welcome) (Local: FSS
1006)**

13 :00-15 :30 SÉANCES SIMULTANÉES /CONCURRENT SESSIONS

**SESSION 12 Éducation et médecine / Education and Medicine (Local:
FSS 1006)**

PRÉSIDENTE/CHAIR : Aline Charles (Université Laval)

Séverine Parayre (Institut Catholique de Paris, France) *Des idées médicales qui changent le rôle de l'enseignant (XIXe siècle France)*

Lucia Martinez-Moctezuma (Université autonome de l'État de Morelos, Mexique) *Médecins et professeurs : des idées qui se partagent à l'école mexicaine de la fin du XIXe siècle.*

Claudia Ximena Herrera Beltran (Université nationale de pédagogie, Colombie) *Maladie et école : questions de médecine scolaire.*

Eduardo Galak (UNLP, Argentine) *Éducation des corps, santé publique et politiques hygiéniques Discours sur l'éducation physique et l'eugénisme (Argentine et Brésil, 1920-1940).*

Kylie Valentino* and **Eileen O'Connor** (University of Ottawa) *Educating the Public on Health Risks and Swimming Pools: Towards a History of Residential Pool Bylaw Legislation in Ottawa during the 20th Century.*

**SESSION 13 La déhospitalisation psychiatrique au XXe siècle /
Psychiatric dehospitalization in the 20th century (Local: FSS 1007)**

PRÉSIDENTE/CHAIR : Marie LeBel (Université de Hearst)

Benoît Majerus (Université du Luxembourg) *Sortir de l'asile, sortir de la psychiatrie ?*

Hervé Guillemain (Université du Maine) *Les limites de la « désinstitutionnalisation » française.*

Emmanuel Delille (Centre Marc Bloch, Berlin) *Réformes ou modernisation ? La santé mentale en Eure-et-Loir (1947-1970).*

Alexandre Klein (Université d'Ottawa) *Charles A. Roberts (1918-1996), acteur oublié de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec.*

Maria Neagu (Université d'Ottawa) *Représentations médiatiques francophones de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Canada (1960-2010.)*

15 :30-15 :45 **CAFÉ / COFFEE**

15 :45-17 :15 **SÉANCES SIMULTANÉES / CONCURRENT SESSIONS**

SESSION 14 **Enseigner l'histoire de la médecine avec une collection muséale / Teaching the History of Medicine with Museum Collection (Local: FSS 1006)**

PRÉSIDENTE/CHAIR : Alessandra Iozzo-Duval (University of Ottawa)

Emily Gann (Canada Science and Technology Museums Corporation) *Collecting and Interpreting the Material Culture of Disease.*

Delia Gavrus (University of Winnipeg) *Using Material Culture and Museum Collections to Teach the History of Medicine and Science.*

Lori Jones* (University of Ottawa) *Encountering the Medical Past: Bringing the History of Medicine to Life with Objects.*

SESSION 15 **Chirurgie reconstructive / Reconstructive surgery (Local: FSS 1007)**

PRÉSIDENT/CHAIR : James Moran (University of Prince Edward Island)

Michelle Filice* (Wilfrid Laurier University) *"Rebuilding Faces, Rebuilding Lives: Advancements in Plastic Surgery and Veteran Care after the First World War, 1918-1938."*

Yannick Le Hénaff (Université de Rouen Laboratoire DYSOLA) *La chirurgie esthétique en procès : entre intérêt thérapeutique et mobilisation professionnelle dans l'entre-deux-guerres en France*

Jonathan Reinartz (University of Birmingham) *'From isolation to integration: the treatment of burns patients in Britain, c.1845-1950'*

SESSION 16 **Nursing international / International nursing (Local: FSS 1030)**

PRÉSIDENTE/CHAIR : Susan Lamb (McGill University)

Peter Twohig (Saint Mary's University) *"The most suitable worker": The renegotiation of nursing practice in Ontario, 1945-1970.*

Maha Dhaoui* (École supérieure des sciences et techniques de la santé de Sousse) *Dans le monde de l'espace francophone : la profession infirmière en Tunisie.*

Carol Helmstadter (University of Toronto) *Nicholai Ivanovitch Pirogov: Director of Nursing.*

17 :30-18 :30	FRAISES ET CHAMPAGNE / STRAWBERRY AND CHAMPAGNE
	LANCEMENT DE LIVRES / BOOK LAUNCH (Local: FSS 1007)

19 :00 SOUPER DE LA SOCIÉTÉ AU SIDEDOOR / SOCIETY DINNER AT SIDEDOOR
SIDEDOOR, CUISINE CONTEMPORAINE & BAR, 18B RUE YORK, MARCHÉ BY

JOUR 3/DAY 3
LUNDI 1er JUIN / MONDAY JUNE 1st

8:45-9:00 CAFÉ / COFFEE

9:00-10:30 SÉANCES SIMULTANÉES / CONCURRENT SESSIONS

SESSION 17 Après l'asile / After the asylum (Local: FSS 1006)

PRÉSIDENTE/CHAIR : Erika Dyck (University of Saskatchewan)

Chris Dooley (University of Winnipeg) *After the Asylum: Making a Useful Public History.*

Diane Purvey (Polytechnic University) *History in Practice: Crafting Community-Informed Mental Health Curriculum.*

Megan Davis (York University) *The Past is a Democracy: Process in the After the Asylum Project.*

SESSION 18 La médecine et la protection de l'enfance / Medicine and child protection (Local: FSS 1007)

PRÉSIDENTE/CHAIR : Mélanie Morin-Pelletier (Musée canadien de la guerre)

Janice Harvey (Dawson College) *"But families have no specialized workers!" : Institutional care versus foster care in child protection, nineteenth and early twentieth century Montreal.*

Judith Young (Independent scholar) *Infant Deaths in Nineteenth-Century Canada ; the Fate of "illegitimates".*

François Fenchel (Université Laval) *Du rat « schizophrène » à l'enfant hostile : le développement de la rispéridone et son application au traitement de l'agression juvénile.*

10 :30-10 :45 CAFÉ / COFFEE

**10 :45 – 12 :00 DISCOURS DU PRÉSIDENT ET PRIX SEGALL
PRESIDENT'S ADDRESS AND SEGALL PRIZE (Local:
FSS 1007)**

**13 :00 – 16 :00 ACHN: Séance de planification du comité exécutif / CAHN
Executive Planning Session (Local: FSS 11003)**

This planning session will focus on future directions for CAHN/ACHN and include a facilitated discussion of the strategic direction of the association.

Light refreshments will be provided.



Congrès annuel 2015 Annual Conference

SCHM/CSHM – ACHN/CAHN

RÉSUMÉS - ABSTRACTS



Enena-Bianca Barbir* (Queen's University) *Harmful Language: A Historical Analysis of the Rhetoric of Harm Reduction in Vancouver.*

The history of the harm reduction approach to addiction in Vancouver— starting with the establishment of the first legally unsanctioned, community needle exchange program in 1988—is the story of an idea that gained tremendous support at the grassroots level and, consequently, acquired political relevance at the federal level. However, the progress of harm reduction programming in Vancouver is only a faint echo of that seen in other cities; cities which share a similar history of publicly prominent, widespread substance abuse and addiction such as Zurich, Amsterdam and Frankfurt. I argue that the discrepancy in program development can be better understood by charting the evolution of harm reduction in Vancouver.

Several Canadians have taken the lead in studying the history of addictions (Carstairs 2006; Fischer 2000; Malleck 1997, 1999; Martel 2003; Small 2007)—they have exposed the political, moral, and social dimensions of Canada's response to drug users. Moreover, Vancouver's own history of harm reduction implementation is chronicled by Larry Campbell, Neil Boyd and Lori Culbert. However, much remains to be uncovered by analyzing the rhetoric with which the changing concept of harm reduction has been documented in popular media over the last 40 years – in policy reports, newspaper articles, books documenting different aspects of its evolution, and program websites. I suggest that the rhetorical tools used in the public debates around the merits of harm reduction offer pragmatic insight into why delays exist on the program development front. By teasing out the values at stake in the debate, and mapping their transformation since the 1980's, the impedance of progress in Vancouver can be better understood. The question of framing naturally follows --how do opposing factions frame the harm reduction debate: as a moral issue, a public health issue, a medical issue, or in other terms? By charting the discursive and rhetorical features of the evolution and implementation of harm reduction in Vancouver, the paper attempts to compose a multivariate history which can be placed in a global context and, thus, contribute to an understanding of the pragmatic differences that exist between programming in European cities and Vancouver.

Une analyse historique de la rhétorique de l'approche de réduction des méfaits à Vancouver

Au Canada, les services de réduction des méfaits liés aux dépendances — liées à la consommation de drogues illicites – ont pris naissance à Vancouver, en 1988, avec l'instauration d'un programme d'échange de seringues et d'aiguilles sans approbation juridique. Cette initiative a été complétée grâce à un grand soutien communautaire, ce qui a mené à une approbation du gouvernement fédérale. Néanmoins, le développement d'autres programmes semblables n'a pas progressé dans la communauté à la même vitesse que ceux des autres villes européennes, comme Zurich, Amsterdam et Francfort qui faisaient face à des problèmes d'une ampleur comparable à

ceux connus à Vancouver. Je maintiens qu'on peut comprendre cette disparité en traçant l'évolution de la réduction des méfaits à Vancouver.

Plusieurs historiens canadiens ont décrit l'histoire de la toxicomanie au Canada (Carstairs 2006; Fischer 2000; Malleck 1997, 1999; Martel 2003; Small 2007). Leurs études illustrent les dimensions politique, morale et sociale de la réponse canadienne aux consommateurs de drogues. De plus, Larry Campbell, Neil Boyd et Lori Culbert ont décrit une chronologie des services pour la réduction des méfaits à Vancouver. Je souhaite contribuer à la littérature actuelle en ajoutant une analyse rhétorique qui tracera l'évolution de l'usage de la «réduction des méfaits» par les médias de masse et la culture populaire au cours des 40 dernières années – en analysant des articles de journaux, des rapports gouvernementaux, des livres et des sites électroniques dédiés aux services pour la réduction des méfaits. Cette analyse révèle la question centrale à savoir sous quels angles se déroulent le débat entourant la réduction des méfaits: problèmes de moralité, santé publique, médical, ou autres?

Les mécanismes rhétoriques engagés par les débats publics offrent un aperçu pragmatique des raisons responsables pour la progression lente de l'implémentation des services de la réduction des méfaits. Les caractéristiques discursives et rhétoriques de l'évolution de la réduction des méfaits à Vancouver deviennent une étude historique multivariée, qui trouve sa place dans un contexte global. Par conséquent, les différences qui existent entre les programmes en Europe et à Vancouver seront mises en évidence.

Jennifer L. Bazar (University of Toronto) and **Brianne M. Collins*** (University of Calgary)
Chemical Insights: Exploring Canada's "Other" LSD Programs.

Canadian psychiatry is well known for its mid-twentieth century trials with d-lysergic acid diethylamide (LSD). The names of Humphry Osmond and Abram Hoffer of the Saskatchewan Mental Hospital in Weyburn, SK and Ewen Cameron of the Allan Memorial Institute in Montreal, QC have become ubiquitous with the drug. Yet, Canadian psychiatry's curiosity with the potential uses for LSD was not limited to these two locations; instead, the drug was integrated into several other institutions and used on an outpatient basis across the country. This paper explores two such treatment programs: one in Calgary, AB and the other in Penetanguishine, ON. While both programs used LSD in conjunction with other mind-altering psychogenic drugs like scopolamine, mescaline, psilocybin, and sodium amytal, the two programs focused on treating different kinds of patients. The LSD clinic in Calgary, run by a single psychiatrist with connections to Saskatchewan, offered primarily outpatient treatment services to alcoholics and those suffering from an array of mental ailments. However, Ontario's forensic inpatient program at the Oak Ridge division of the Mental Health Centre Penetanguishene used LSD and similar drugs as part of a therapeutic community that was introduced on one of its wards between 1965 and 1977. In both cases, treatment using LSD and other hallucinogenic cocktails led to colourful, fantastical, and, oftentimes, frightening "trips" intended to facilitate enhanced communication, self-acceptance, and richer personal insights. Together, these two case studies are used to illustrate the wider scope of Canadian psychiatric experimentation with LSD, and other psychedelic agents, while contrasting the initiatives in Calgary and Penetanguishine with the better-known programs in Weyburn and Montreal. As this paper shows, the medical use of psychedelic drugs was far from isolated to rural Saskatchewan and urban Montreal; instead, physicians from an array of provinces used these controversial

drugs during an era of somatically-oriented treatment modalities that captivated Western psychiatry.

La perspicacité chimique : Les « autres » programmes de LSD au Canada

La psychiatrie canadienne est bien connue pour ses essais au milieu du vingtième siècle avec le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD). Les noms de Humphry Osmond et Abram Hoffer de l'Hôpital psychiatrique de la Saskatchewan à Weyburn (SK) et Ewen Cameron de l'Institut Allan Memorial à Montréal (QC) sont associés aux travaux sur le LSD. Néanmoins, la curiosité de la psychiatrie canadienne avec le potentiel du LSD ne se limite pas à ces deux endroits, puisque le médicament a été intégré dans plusieurs autres institutions et utilisé en clinique externe dans tout le pays. Cette communication s'intéresse aux programmes mis en place à Calgary en Alberta et à Penetanguishene en Ontario. Bien que les deux programmes aient utilisé le LSD en conjonction avec d'autres psychotropes hallucinogènes comme la scopolamine, la mescaline, la psilocybine et l'amobarbital, ils étaient orientés sur le traitement de différents patients. La clinique de LSD à Calgary, dirigé par un seul psychiatre avec des connexions à la Saskatchewan, a offert principalement des services de traitement en consultation à l'externe aux alcooliques et à ceux qui souffrent de plusieurs maladies mentales. Cependant, le programme médicolégal de l'Ontario de la division Oak Ridge du Centre de santé mentale de Penetanguishene a utilisé le LSD et des drogues similaires dans le cadre d'une communauté thérapeutique entre 1965 et 1977. Dans les deux cas, les traitements avec le LSD et les autres substances hallucinogènes ont mené à des expériences colorés, fantastiques et souvent effrayantes – même si l'intention était de faciliter la communication et l'acceptation de soi. Ces deux programmes sont étudiés pour illustrer l'étendu de l'expérimentation psychiatrique canadienne sur le LSD et les autres agents psychédéliques tout en témoignant des initiatives menées à Calgary et à Penetanguishene.

Luciana Brito* (University of Brasilia) *Long-term incarceration in Brazilian forensic hospitals: Files on an abandoned man.*

There are 23 forensic hospitals and 3 psychiatric wards in Brazil. The first one was opened in 1921. Almost 4,000 people with mental disorders live in these institutions according to the national census conducted in 2011. In Brazil a strong political criticism movement, known as Psychiatric Reform, changed the mental health care practices in the 1990s. Nevertheless, forensic hospitals have resisted alternative models of mental illness care, and in the 2000s the number of institutions increased. The current model dates from the late nineteen century – hybrid institutions, subordinated to criminal police governance, but administrated under the guise of biomedical knowledge.

In one of these forensic hospitals lives Sir P. In 2013 his identity was revealed in a Brazilian newspaper. He was described as a senile man and the oldest Brazilian prisoner. P. is unique in the Brazilian context, and because of this I choose not change his name. P. is not only the main character of my research, he is the oldest surviving man in the criminal-psychiatric regime in Brazil: he has been confined for 46 years. According to the police report, Juvenal was trying to hit his brother in the head with a *houe*. Subsequently, P. received a diagnosis of schizophrenia. In criminal terms, he is an offender who did not receive a criminal sentence, but compulsory psychiatric treatment. His criminal case was suspended to await the termination of the treatment relating to his sanity. The treatment was never completed, so in 1989 the statute of

limitations on the crime has expired. Nevertheless, P remains in a forensic hospital. He has nowhere to go.

I met P. when I visited Brazilian forensic hospitals. In each hospital I am given access to the dossiers of the long-term incarcerated patients. The dossiers contain institutional communications between the forensic hospital, the court, and police station, and also contain parts of criminal case files, such as police investigations, sentences, and expert reports. Dossier is a registration of an itinerary that marks a transition from crime to hospitalization in a psychiatric unit. I analyze the discourse of knowledge and power in the dossier that moves biopolitics *dispositifs* for P's surveillance and incarceration. This is an archival analysis. An archive is also understood as a system of historical conditions that allow certain statements. A Foucaultian perspective composes my theoretical framework.

L'incarcération de longue durée dans les asiles criminels brésiliens: le dossier d'un homme abandonné

Au Brésil, il existe 26 asiles criminels et près de 4000 personnes souffrant de troubles mentaux vivent dans ces institutions. Dans les années 1990, un fort mouvement de critique politique, connu sous le nom de réforme psychiatrique, a changé les pratiques de soins de santé mentale au Brésil. Néanmoins, les asiles criminels ont résisté à des modèles alternatifs de soins des maladies mentales et, dans les années 2000, le nombre de ces établissements a augmenté. Le modèle actuel existe depuis la fin du XIX^e siècle – ce sont des institutions hybrides, subordonnées à la gouvernance des organes de sécurité publique, mais administrées sous le couvert de connaissances biomédicales.

Dans un de ces asiles criminels vit depuis 46 ans Sir P. Il est le plus vieux survivant du régime criminel-psychiatrique du Brésil. Selon le rapport de la police, P. a frappé son frère à la tête avec un sarcloir. Par la suite, P. a reçu un diagnostic de schizophrénie. En termes criminels, il est un délinquant qui n'a pas reçu une condamnation pénale, mais un traitement psychiatrique obligatoire. Son affaire criminelle a été suspendue en attendant l'arrêt du traitement relatif à sa santé mentale. Le traitement n'a jamais été achevé, donc en 1989 le délai de prescription sur son crime a expiré. Néanmoins, P reste dans un asile criminel. Il n'a nulle part où aller.

Dans chaque asile criminel, j'ai eu accès aux dossiers des patients incarcérés sur une longue durée. Les dossiers contiennent les communications institutionnelles entre l'asile criminel, le tribunal et la station de police. Ils contiennent également des parties de dossiers criminels, comme les enquêtes policières, des copies de jugements et des rapports d'experts. Le dossier informe sur l'itinéraire qui marque une transition entre la criminalisation et l'hospitalisation dans une unité psychiatrique. Mon étude sur ces dossiers, selon une perspective foucauldienne, porte sur les discours de savoir et de pouvoir qui déplacent les dispositifs biopolitiques pour la surveillance et l'incarcération.

Cosimo Calabrò* (McGill University) *“Can you make a Coffin?”: Dead Apprentices and the Ambivalent Measure of Medical Testimonies at the Old Bailey Courthouse in 18th century London.*

This paper examines the role played by medical testimonies during criminal trials dealing with defendants indicted on charges of murdering their apprentices. I will analyze three cases dated 1733, 1745 and 1784, resulting in three different verdicts: manslaughter, guilty and not guilty, respectively. The comparison of these cases raises several fundamental questions relating

to the notion of medical evidence, its usage, and the value of medical testimonies in the context of cultural and legal practices regulating relations between masters and apprentices. I will emphasize how the adjudications of the degrees of guilt or innocence of the masters indicted were the result of a complex convergence of strata of evidence and testimonies in which medical narratives were often used in order to discern issues of health and illness in addition to the specific acts of violence or neglect the victims would have been subject to. It is exactly in this binomial relationship occurring between the apprentices' lived experience and their corpses and the masters' actions and social networks that medical and surgical narratives find their more visible, and ambivalent, presence. Ultimately, this paper tackles two main questions: first, to what extent did medical testimonies contribute to the adjudication of a guilty verdict? second: what was the precise role of autoptic evidence in the context of the overall judicial witnessing procedure?

Analyses of the trials involving masters and apprentices also aim to expand on the foundational research provided by Thomas Rogers Forbes (*Surgeons at the Bailey* ,1985), adding to it other research on comparative evidence not yet fully explored by current academic scholarship on legal medicine in the early modern period.

“Can you make a Coffin?”: Dead Apprentices and the Ambivalent Measure of Medical Testimonies at the Old Bailey Courthouse in 18th century London.

Cette présentation se penche sur le rôle qu'ont joué les témoignages de nature médicale dans le cadre de procès criminels au cours desquels les défendeurs étaient accusés d'avoir tué leurs apprentis. Nous analyserons trois cas précis datant de 1733, 1745 et 1784 et pour lesquels des verdicts différents ont été prononcés, soit respectivement, homicide involontaire, coupable et non coupable. La comparaison des trois procès soulève des questions fondamentales en matière de preuves médicales, leur usage et la valeur attribuée aux témoignages médicaux dans un contexte où les pratiques culturelles et légales régissaient les relations entre maîtres et apprentis. Nous nous concentrerons sur la façon dont les déclarations de culpabilité ou d'innocence des accusés résultaient de convergences complexes entre diverses sources d'informations et des témoignages. Ces derniers étaient souvent constitués d'exposés de faits médicaux préférés pour mieux distinguer les problèmes de santé ou les maladies, en plus de la négligence ou des actes de violence, dont auraient pu souffrir les victimes. Ce type de témoignage médical ou chirurgical devenait alors plus visible, mais également plus ambigu pour décrire la relation bipartite entre, d'une part, l'expérience vécue par les apprentis et leur corps et, d'autre part, les actions de leur maître et son réseau social. Somme toute, il est question ici de voir, d'abord, jusqu'à quel point les témoignages médicaux ont contribué à rendre un verdict de culpabilité? Puis, quel rôle précis les preuves matérielles ont-elles joué dans l'ensemble de la procédure judiciaire par rapport à celui des témoignages?

L'analyse de ces procès vise également à étoffer les recherches fondamentales effectuées par Thomas Rogers Forbes dans son ouvrage *Surgeons at the Bailey* (1985). Nous espérons ainsi ajouter d'autres éléments de recherche comparatifs, ces derniers n'ayant pas fait l'objet d'études approfondies dans le domaine de la médecine légale au début de l'époque moderne.

Claire Cheetham (Birkbeck University of London) *In Search of Married Love. The Influence of Marie Stopes on British Society and the Establishment.*

The purpose of this study was to investigate the impact and range of influence which Marie Stopes and her publications had on both the general public and the British establishment; especially in relation to the medical profession and the clergy.

Such a study was important in terms of determining whether her influence has been sufficiently recognised by historians and whether important aspects of her work may have been undervalued, such as 'sexual consent' and her theory of 'female periodicity of desire'.

The research adopted for this study was to examine the relevant historiography and to analyse primary source material such as original documents from the archived correspondence which Stopes received from the public, the medical profession and the clergy, as well as the completed questionnaires Stopes sent out to these professions. In addition, primary source material was taken from a selection of her books themselves, material from the *Lancet*, the *British Medical Journal* and the Lambeth Conference Archives, together with material from the British Society for the Study of Sex Psychology, the Stopes versus Sutherland trial transcripts, and a selection of contemporary feminist literature.

The conclusions show that Stopes's work had a major influence on British sociological attitudes. In addition, her confrontation with the British establishment assisted in changes of policy and practice within British medical practice, religious doctrine and marital law.

In Search of Married Love. The Influence of Marie Stopes on British Society and the Establishment.

Le but de cette étude est d'évaluer l'impact et l'influence que Marie Stopes et ses publications ont eus sur la société et les institutions britanniques, particulièrement, sur la profession médicale et le clergé. Cette étude est fondamentale pour déterminer si l'influence de Marie Stopes a été reconnue à juste titre par les historiens et s'il est possible que des aspects essentiels de ses travaux, tels que le 'consentement sexuel' et sa théorie sur 'la périodicité du désir féminin', aient pu être sous-estimés.

L'approche adoptée dans cette recherche fut d'examiner l'historiographie pertinente et d'analyser l'information de sources primaires provenant de documents archivistiques originaux. Ceux-ci incluent des correspondances entre Stopes et des représentants du public, de la profession médicale et du clergé, auxquelles s'ajoutent des questionnaires envoyés par Stopes et remplis par les membres de différentes professions. De plus, nous avons consulté des documents tirés de ses livres et ses publications dans le "*Lancet*", le "*British Medical Journal*" et le "*Lambeth Conference Archives*", et d'autres provenant du "*British Society for the Study of Sex Psychology*", de transcriptions du procès Stopes –v- Sutherland, et d'une sélection d'articles de littérature contemporaine féministe.

Wendy Churchill (University of New Brunswick) *The assessment and management of risk in British medicine, circa 1700-1820*

Although historians of early modern medicine have considered the various types of dangers that existed for patients (e.g. pain, bodily harm, and/or death resulting from medical treatments or procedures) and practitioners (e.g. threats to professional reputations and livelihoods posed by accusation or censure), relatively little attention has been assigned to how the language of risk was conceptualized and articulated by medical practitioners. Through an investigation of medical correspondence, casebooks, reports, and treatises, this paper examines the ways in which the assessment and management of risk shaped protocols and practices within British medicine during the eighteenth and early nineteenth centuries.

Physician Thomas Dancer (c. 1750–1811) claimed that the high morbidity and mortality amongst the troops whom he had accompanied during the failed military expedition against Fort San Juan, Nicaragua in 1780 had meant that in order to show equal humanity toward a large number of patients the care of individual patients had to be sacrificed to some degree. Although Dancer's published remarks would have been aimed at minimizing suspicions about his moral and professional conduct during the expedition, the underlying sentiment of balancing "the welfare of a population against the health of the individual patient" was frequently echoed within military and civilian medicine throughout this period. This should not, however, be interpreted as evidence that individual patients were categorically viewed as either dispensable or undeserving. Indeed, there appears to have been moral and professional constraints on the extent to which the individual could be placed at risk for the benefit of the group: practitioners often avoided or terminated medical treatments, trials, or institutional punishments that threatened to deteriorate the health or endanger the life of the patient. After all, the underlying obligations of a professional medical practitioner were to alleviate discomfort and to improve – or, at least, maintain – health. Although in many instances the decision to protect the individual patient would have been guided by the desire to avoid blame and/or to safeguard the larger population (e.g. regiment, hospital, community), contemporary discourses of sympathy, humanity, and rights also would have influenced how medical practitioners assessed and managed risk.

L'évaluation et la gestion du risque en médecine britannique, circa 1700-1820

Bien que les historiens aient étudié les divers types de dangers qui menaçaient les patients et les médecins au début de la médecine moderne, relativement peu d'importance a été accordée aux stratégies utilisées pour conceptualiser et articuler un langage du risque. Dans cette communication, nous examinons une variété de documents associées à la pratique médicale – correspondance, dossiers, rapports, traités – du 18^{ème} siècle et du début du 19^{ème} siècle, afin de déterminer comment l'évaluation et la gestion du risque ont façonné les protocoles et les pratiques propres à la médecine britannique de cette période.

En 1781, le docteur Thomas Dancer déclarait que les taux élevés de morbidité et de mortalité parmi les troupes qu'il avait accompagnées lors de l'expédition ratée contre le Fort San Juan, au Nicaragua, avaient nécessité de diminuer la qualité des soins accordés individuellement aux patients, afin de faire preuve « d'une humanité égale envers tous ». Bien que ces commentaires, publiés par Dancer, avaient probablement pour but de minimiser les critiques relatives à sa conduite et à son éthique professionnelle durant cette expédition, la tension sous-jacente quant à l'équilibre entre le bien-être de la population et celui de l'individu était un thème récurrent dans la pratique médicale militaire et civile de cette période.

Toutefois, il ne faudrait pas interpréter ce fait comme une indication que les patients en tant qu'individus étaient vus comme « jetables » ou peu méritants. De fait, il existait des restrictions morales et professionnelles quant au niveau de risque qui pouvait être imposé à l'individu au profit du groupe. Par exemple, les médecins évitaient ou interrompaient les traitements médicaux, les tests ou les punitions institutionnelles si ces procédures pouvaient entraîner une détérioration de la santé d'un patient ou mettre sa vie en danger. Après tout, le devoir premier d'un professionnel de la santé était de soulager la souffrance et d'améliorer – ou du moins de maintenir – la santé de l'individu. Dans beaucoup de cas, la décision de protéger un patient était motivée par le désir d'éviter les réprimandes professionnelles et/ou de protéger la collectivité. De plus, les discours de l'époque relatifs à la sympathie, à l'humanité et aux droits, influençaient probablement aussi la manière dont les médecins évaluaient et géraient le risque.

Mary Bernadette Connell* (University of Ottawa) *An Inequity of Violence in the Fever Unit: The Ontario Hospital Toronto 1940 – 1951.*

In 1941 a fever therapy unit dedicated to the treatment of neurosyphilis patients was opened at the Ontario Hospital, Toronto. As with previous forms of fever therapy, it was believed that raising the body temperature of afflicted patients would kill the syphilis bacterium. Artificial fever was induced by placing patients in fever cabinets for 8 hours per treatment with a standard course of treatment totalling 50 hours. This form of fever therapy was fundamentally brutal, with many patients suffering life-threatening consequences such as cardiogenic shock.

Nursing documentation from the unit reveals differing levels of brutality based on the patient's profile. An in-depth examination of the patient records of a feminized, gay male, spanning twenty years, shows an extreme level of violence and cruelty not seen in other patient records. As the fever unit was run exclusively by nurses with no direct oversight from a psychiatrist, the decision to treat some patients more violently than others was made by nurses themselves.

Une Inégalité de Violence dans l'Unité de Fièvre: L'Hôpital de l'Ontario, Toronto - 1940-1951

En 1941, un service de thérapie fiévreuse pour le traitement des patients souffrant de neurosyphilis a été inauguré à l'Hôpital de l'Ontario à Toronto. Comme avec les formes antérieures de thérapie fiévreuse, on croyait qu'élever la température corporelle des malades tuerait la bactérie syphilitique.

Une fièvre artificielle est provoquée en plaçant les malades dans des armoires de fièvre pour une durée de huit heures chaque traitement. Le standard était une série de traitements totalisant cinquante heures. Cette forme de traitement était fondamentalement brutale. Beaucoup de patients souffraient de conséquences sérieuses, tel le choc cardiogénique.

La documentation des soins infirmiers du service révèle des niveaux de brutalité différents selon le profil du patient. L'étude du dossier d'un homme efféminé et gai, sur une période de 20 ans, montre un niveau de violence et de cruauté inexistant dans d'autres dossiers de patients. Comme ce service de fièvre était géré exclusivement par des infirmiers sans la surveillance directe d'un psychiatre, la décision de traiter certains patients plus violemment que d'autres a été faite par les infirmiers eux-mêmes.

Megan Davis (York University) *The Past is a Democracy: Process in the After the Asylum Project.*

This presentation will consider the work of the research team for the After the Asylum project – a seven-year CIHR-funded exploration of the complex and often troubling history of psychiatric deinstitutionalization in late twentieth-century Canada. The project began in 2007 with a standard research plan and an interdisciplinary team of fourteen academic historians, sociologists, geographers and community psychologists, but evolved to include a rich array of community partners. It concluded in November 2014 with a national conference in Vancouver, BC, and a projected launch of thirteen After the Asylum exhibits on the History of Madness website in early 2015.

My proposed presentation will explain how gathering this history and bringing it to the public

eye has been a transformative process for both academic and community participants. Working closely with community groups and individuals with personal histories of mental health diagnoses and difficulties, the After the Asylum project has questioned the notion of authoritative knowledge and the role of the “research subject,” building democracy and openness into the research process, and creating new models of how we can do work on the borderlines of justice studies and health history.

Le passé est une démocratie : Le processus dans le projet Après l’asile (Megan Davis)

Cette présentation s’intéressera au travail de l’équipe de recherche pour le projet Après l’asile (un voyage dans l’Histoire complexe et souvent troublante de la désinstitutionalisation psychiatrique dans le Canada du vingtième siècle, subventionné pendant sept ans par les IRSC). Le projet a commencé en 2007 avec un plan de recherche standard et une équipe universitaire pluridisciplinaire de quatorze historiens, sociologues, géographes, et psychologues, mais qui s’est transformé pour y inclure un grand nombre de partenaires issus de la communauté. Le projet pris fin en novembre 2014 avec la conférence à Vancouver, en Colombie-Britannique, et avec l’annonce d’une série de treize expositions Après l’asile sur le site internet Histoire de la psychiatrie qui débutera en 2015.

Ma présentation expliquera comment la collecte de données historiques et sa transmission au public ont constitué un processus de transformation aussi bien pour les acteurs universitaires que communautaires. En travaillant étroitement avec des groupes issus de la communauté et des individus qui ont été diagnostiqués comme malades mentaux, le projet Après l’asile interroge la notion d’autorité scientifique et le rôle des « sujets de recherches ». Ainsi, il apporte de la démocratie et de l’ouverture dans le processus de recherche et propose de nouveaux modèles permettant de savoir comment nous pouvons travailler aux frontières d’études de la justice et l’histoire de la santé.

Alex Deighton* (University of Saskatchewan) *Experiencing the Weyburn Mental Hospital in the 1920s: Patient Realities, Public Perceptions.*

The Weyburn Mental Hospital was celebrated at its opening in 1921 as “one of the finest institutional buildings on the continent.” In the public imagination, the hospital was a curative institution where the government would spare no expense in an effort to restore the majority of the patients to their homes. The patients were said to benefit from light recreation in the sun and the most modern methods of treatment administered by qualified medical men. An investigation into the early years of the hospital reveals that it failed to live up to these optimistic expectations. Patients were sent to the hospital for a variety of reasons, but many were not expected to be released. Every aspect of hospital administration put the needs of the public and the government before those of the patients. The hospital was designed to appeal to the public, staffed according to political patronage, and run in a way that prioritized economic efficiency and public image over patient care. Those who were admitted to the hospital had a variety of experiences there; some which were better than others, but none of which came close to resembling the optimistic view of the hospital held by the public.

Despite the cruel realities of hospital life, the idealized conception of the hospital that was present at its opening was sustained throughout the 1920s. This paper/presentation contrasts patient realities with public perceptions and explores the relationship between the hospital and the surrounding community in an effort to explain how the idealized conception of the hospital

was maintained. It will be argued that points of interaction between the hospital and the community served to reinforce this idealized conception. The practice of touring the hospital, for example, took place while most of the patients were outside working and allowed visitors to admire the architecture and the beautiful hospital grounds while ignoring the patients. Far from bringing the gap between the patients and the community, practices such as hospital tourism allowed the public to celebrate the hospital as a monument while the patients remained on the margins of society.

L'expérience de l'Hôpital psychiatrique de Weyburn dans les années 1920 : Les réalités des patients et les perceptions du public

A son ouverture en 1921, on affirmait triomphalement que l'Hôpital psychiatrique de Weyburn était « l'un des meilleurs bâtiments institutionnels sur le continent. » Dans l'imaginaire du public, l'hôpital était une institution curative dans laquelle le gouvernement ferait tout pour permettre à la plupart des patients de rentrer chez eux. Une enquête sur les premières années de l'hôpital révèle que la réalité était en décalage avec ces attentes optimistes. On envoyait les patients à l'hôpital pour tout un tas de raisons, mais on ne s'attendait pas à ce que certains en ressortent. Chaque aspect de l'administration de l'hôpital était la conséquence des attentes du public et du gouvernement, plutôt que de celles des patients. L'hôpital fut construit pour plaire au public ; la gestion du personnel se faisait dans une logique de favoritisme politique ; et l'administration privilégiait l'efficacité économique et la communication au détriment des soins des patients. Ceux qui entrèrent à l'hôpital eurent toutes sortes d'expériences (certaines meilleures que d'autres), mais aucune ne s'approchait un tant soit peu de la vision optimiste de l'hôpital que se faisait le public.

En dépit des réalités cruelles de la vie à l'hôpital, cette conception idéalisée de l'hôpital qui était présente à son ouverture perdura jusque dans les années 1920. Cette présentation montre le contraste entre les réalités des patients et les perceptions du public ; étudie la relation entre l'hôpital et la communauté immédiate ; et vise à expliquer comment cette conception idéalisée de l'hôpital fut entretenue. J'affirme que les points d'interaction entre l'hôpital et la communauté ont servi à renforcer cette conception idéalisée. Par exemple, le tourisme hospitalier se faisait quand la plupart des patients travaillaient dehors et permettait aux visiteurs d'admirer l'architecture et le magnifique site hospitalier, tout en faisant abstraction des patients. Plutôt que d'établir un lien entre les patients et la communauté, les pratiques comme le tourisme hospitalier permettaient au public de célébrer l'hôpital comme monument, pendant que les patients souffraient.

Emmanuel Delille (Centre Marc Bloch, Berlin) *Réformes ou modernisation ? La santé mentale en Eure-et-Loir (1947-1970).*

En prenant comme lieu d'observation le Centre Hospitalier de Bonneval, en Eure-et-Loir, je propose de revisiter la chronologie du processus de réforme de la psychiatrie publique connu en France sous le nom de « sectorisation », en adaptant la chronologie aux politiques réellement appliquées dans ce département encore très rural après-guerre. Deux dates importantes sont alors à prendre en compte : 1947, création du Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de Bonneval, en lieu et place du service des femmes dirigé par Henri Ey (1900-1977) ; 1970, mise en œuvre de la sectorisation dans l'ensemble du département d'Eure-et-Loir, à nouveau sous la direction d'Henri Ey. Si, au lendemain de la Libération, ce dernier a participé au Manifeste en 24

points rédigé au terme des Journées Psychiatriques Nationales (mars 1945) et au Livre Blanc de la Psychiatrie Française (1965-1968), les documents d'archives (plan manuscrit, cartes, négociations, écrits de patients, etc.) indiquent plutôt que l'élan rénovateur s'est traduit localement par une « modernisation du vieil asile » et non pas par une sortie de l'hôpital psychiatrique. En somme, je propose de mettre en discussion l'interprétation d'un plan de sectorisation et les travaux de rénovation réellement effectués à Bonneval, pendant cette période bien connue des « Trente Glorieuses ».

Réformes ou modernisation ? La santé mentale en Eure-et-Loir (1947-1970).

The Bonneval psychiatric hospital (Eure-et-Loir, France) is an ideal institution through which to study the process of reform in French public psychiatry in the second part of the 20th century. My presentation aims to revisit the chronology of this process, known in France as “sectorisation”. Bonneval is a good example of this process and is located in a very rural district, far away from big cities like Paris. Two key dates in the process were: 1947, which marked the inauguration in Bonneval of a Treatment and Social Re-adaptation Center (“Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale”, CTRS). This replaced the former women’s section of the asylum, and was under the direction of the psychiatrist Henri Ey (1900-1977); and 1970, when sectorisation was introduced throughout the whole Eure-et-Loir district, again under Henri Ey’s direction. Even though he contributed to the 24-point reform manifesto published at the end of the first National Psychiatric Journeys (“Journées Psychiatriques Nationales”, March 1945) after the Liberation of France, and to the “White Book” of French Psychiatry (*Livre Blanc de la Psychiatrie Française*, 1965-1968), collections and archives (manuscripts, maps, negotiations, patients’ writings, etc.) show that the reform movement in Bonneval resulted in a local modernisation of the old asylum rather than its closure. These materials form the basis for my examination of Henri Ey’s sectorisation plan and of the results of the reform at Bonneval hospital during the post-war period.

Maha Dhaoui* (École supérieure des sciences et techniques de la santé de Sousse) *Dans le monde de l'espace francophone : la profession infirmière en Tunisie.*

Ce n'est qu'en 2012, lors de l'assemblée générale du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) qu'est lancé un appel formel aux gouvernements des pays de la francophonie pour qu'un engagement soit pris pour faire reconnaître la licence en sciences infirmières au niveau universitaire. Le SIDIIEF invite alors l'organisation internationale de la francophonie (OIF) à soutenir prioritairement les pays d'Afrique par des mécanismes de coopération institutionnelle, nationale, intra et inter régionale visant à mettre en place une formation universitaire en sciences infirmières. Jusque-là, en Afrique francophone, la formation infirmière manque de structures professionnelles d'organisation et de contrôle de la pratique au sein de la majorité de ses régions. Cette absence de structures professionnelles est surtout liée à une insuffisance de la formation universitaire des infirmiers et des infirmières qui n'arrivent pas à assurer le rôle que requiert la qualité des prestations nursing. Cette situation rappelle pourtant celle évoquée dans les pages de la revue *La garde-malade canadienne-française* dans les années 1920, alors que la formation universitaire est déjà un sujet de débat.

Depuis l'indépendance, la Tunisie a su poser des jalons judicieux pour ancrer la société dans le monde moderne. C'est à partir de l'exemple de la formation infirmière en Tunisie, dont le régime des études dans les écoles professionnelles de la santé a été établi en 1991, que cette

communication entend explorer les changements tout au long du développement de la profession infirmière en Tunisie. Cela en évaluant la mise en place de la réforme d'enseignement supérieur (système Licence-Master-Doctorat) introduite pendant l'année universitaire 2006-2007.

The nursing profession: in the French-speaking world and in Tunisia

Higher education in Tunisia has developed considerably since 1956, the year the country obtained its independence. The first large-scale reforms which took place in 1956 and in 1989 helped bring Tunisian higher education to political attention with the objective to align it (License-Master-Doctorate) with international standards.

It was not until 2012 that the general assembly du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) issued a formal appeal to the governments of French-speaking countries to establish a firm commitment to a university system that insists on the Bachelor's Degree in nursing as entry to the nursing profession, and as a priority, to invite the International Organization of the Francophonie (OIF) to support African countries, by mechanisms of institutional, national, intra and inter regional cooperation, to set up university education in nursing. Until that point, nursing education in French-speaking Africa lacked professional structures of organization and control of practice in the majority of its regions. This lack of professional structures was mainly related to an insufficient university education of nurses who were not able to ensure the quality of their services. This same situation was discussed in the journal "*La garde malade canadienne française*" in the 1920s, where university education was already being debated.

This presentation will use the example of nursing training in Tunisia, which was established in 1991, to explore and interrogate the changes during the course of the development of the nursing profession in setting up the new reform of higher education (License-Master-Doctorate system) for the academic year 2006-2007.

Chris Dooley (University of Winnipeg) *After the Asylum: Making a Useful Public History.*

Psychiatric deinstitutionalization in Canada has its roots in the 1950s, when provincial psychiatric services, incapacitated by relentless growth in in-patient populations, began to look to ways to depopulate the old line mental hospitals in favour of community-based living and caregiving arrangements. By the 1960s heavy investment in health infrastructure after the Second World War, the development of chemo-therapies to abate the major symptoms of the predominant categories of mental illness, the emergence of a modern welfare state, pressure to privatize mental health services, and a growing critique of institutional mental health practices all set the stage for the widespread realization of the long anticipated "end of the asylum."

Deinstitutionalization, however, does not simply describe a set of clinical and institutional practices. Rather, it ought to be understood as a set of social and a political processes inextricably bound-up with debates about the shape of the welfare state, the balance of public and private in health services, the social dimensions of mental illness, and the reasonable limits to personal freedom. Deinstitutionalization reshaped therapeutic and professional contours of care, transformed Canadian communities, and spawned new networks among people with lived experience of mental diversity. Continuity of care has been replaced by a patchwork system of treatment by private practice physicians and local mental health teams, back-stopped by crisis intervention in general hospital psychiatric wards. Social isolation, a deeply stigmatized identity, exclusion from the work force, persistent poverty, and even homelessness often frame the lived

experience of former patients.

This presentation considers the politics of After the Asylum project in light of the political economy of deinstitutionalization. By weaving together the testimonies and insights of mental health service users, practitioners, and policy-makers with the work of academic historians and sociologists, After the Asylum historicises the continuing marginalisation of and denial of genuine self-determination to those who have been institutionalized. And, honouring the commitment to shared authority, it seeks to create a public history of psychiatric deinstitutionalization that has scholarly integrity, but that is also resonant, accessible, and useful to those who contributed to it.

Après l'asile : Produire une Histoire publique utile

La désinstitutionnalisation psychiatrique au Canada trouve ses racines dans les années 1950, lorsque les services psychiatriques provinciaux se trouvaient handicapés par le nombre toujours grandissant de patients internés et se mirent à chercher des moyens pour réduire sa population, favoriser la vie en communauté et la mise en place de soins. Dans les années 1960, d'importants investissements dans les infrastructures médicales après la Seconde Guerre mondiale, le développement de thérapies chimiques pour apaiser les symptômes majeurs des catégories prédominantes de maladie mentale, ainsi qu'une critique grandissante des pratiques de soins psychiatriques en hôpital, constituaient un contexte favorable pour enfin se consacrer à « la fin de l'asile » à grande échelle.

Pourtant, la désinstitutionnalisation ne se résume pas à une série de pratiques cliniques et institutionnelles. Au contraire, il convient mieux de la penser comme une série de procédés sociopolitiques étroitement liés aux débats concernant la forme de l'Etat providence, l'équilibre entre services de soins publics et privés, la dimension sociale de la maladie mentale et les limites raisonnables de la liberté personnelle. La désinstitutionnalisation a refaçonné les contours thérapeutiques et professionnels des soins, transformé les communautés canadiennes et donné naissance à de nouveaux réseaux de personnes ayant fait l'expérience de la diversité psychiatrique. La continuité des soins a été remplacée par un système de traitement en mosaïque par les praticiens privés et les équipes psychiatriques locales, soutenue par l'intervention de crise dans les services psychiatriques en hôpitaux généralistes. L'isolation sociale, une identité profondément stigmatisée, l'exclusion du monde du travail, la pauvreté constante et même la clochardisation constituent le cadre de l'expérience vécue des anciens patients.

Cette présentation s'intéresse à la politique du projet Après l'asile à la lumière de l'économie politique de la désinstitutionnalisation. En rassemblant les témoignages et réflexions des patients, praticiens et législateurs en service psychiatrique avec le travail d'historiens et de sociologues universitaires, Après l'asile historicise les marginalisations et les refus continus de véritable autodétermination pour ceux qui ont été institutionnalisés. Pour satisfaire la promesse d'autorité partagée, elle cherche à créer une Histoire publique de désinstitutionnalisation psychiatrique dotée d'intégrité scientifique, mais qui soit aussi résonante, accessible et utile à ceux qui y ont contribués.

Jacalyn Duffin (Queen's University) *The Canadian Medical Expedition to Easter Island (METEI)*

In 1964 an international team of scientists, led by McGill gastroenterologist Stanley Skoryna, convinced Prime Minister Lester Pearson to donate a navy vessel to a plan to document the biosphere of Easter Island, the world's most remote community. The project emerged in a

climate of international cooperation around biological science. It was predicated on the imminent prospect of an airport to link this sheltered island with humans, animals, plants, and microbes everywhere else. The scientists would characterize all the island's life forms in terms of genus and species, but also in terms of genetics, physiology, metabolism, and immunology. It would be complete only if repeated decades later--an exercise that never took place.

Only navy historian James Boutillier has previously examined this adventure. With special focus on the *medical* aspects of the work, this paper relies on publications and papers of the physicians, scientists, ship's captain, and first-person memoirs held in the National Archives, the archives of University of British Columbia and McGill.

The team journeyed from Halifax via Panama, transporting scientific apparatus and supplies, including portable buildings, to create a laboratory compound. Over three months, they documented the size, lung capacity, blood groups, and immune status of the approximately 1000 human inhabitants. They also tried to characterize all the plants, animals, and microbes. Inevitably, they were captivated by the romance of the island's mysterious past--the riveting *moai* statues and the still-unexplained disappearance of its dense forest--that had been popularized by the famous Kon Tiki expedition of Norwegian Thor Heyerdahl in 1947. Aware that their own presence might transmit infection, they volunteered medical services as needed. The team returned to Canada in February 1965 to analyze the mountains of data, leaving behind the buildings to serve as a health clinic.

Skoryna boasted 100 percent success, but his opinion was quietly contested: interpersonal relationships were strained, resultant publications few, and, because of several surprise findings, impact was limited. Furthermore, in the light of postmodern sensitivities, the project conveys uncomfortable racist overtones. Nevertheless two unexpected and previously unrecognized benefits, concerning polio and cancer chemotherapy, continue to exert influence even now.

Le voyage médical du Canada du METEI

En 1964, une équipe scientifique, menée par Stanley Skoryna de McGill, a convaincu le Premier ministre Lester Pearson d'utiliser un vaisseau de la marine canadienne pour son projet sur la "biosphère" de Ile de Pâques. Né dans un climat de coopération internationale en ce qui concerne les sciences biologiques, ce projet était motivé par la possibilité d'un aéroport qui lierait cette île isolée du monde entier. Les scientifiques chercheraient à identifier tous les êtres vivants selon la classification des espèces et les paramètres tant physiologiques que métaboliques et immunologiques. L'étude ne serait terminée qu'un demi-siècle plus tard lorsqu'elle aurait été répétée — ce qui n'a jamais été réalisé.

Seul l'historien de la marine James Boutillier a publié sur cette aventure. Afin d'élucider les aspects médicaux du projet, cette communication s'appuie sur les publications et les archives des médecins, biologistes, et le capitaine du navire, trouvées aux Archives Nationales et celles de l'University of British Columbia et de McGill.

L'équipe a voyagé d'Halifax via Panama, transportant toutes les choses nécessaires, y compris les bâtiments pour créer les résidences et un laboratoire. Pendant trois mois, ils étudiaient le poids, la capacité pulmonaire, les groupes sanguins, l'immunologie, et d'autres paramètres des mille habitants. Ils cherchaient aussi à documenter toutes les plantes, les animaux, et les microbes. Les voyageurs étaient captivés par la romance de l'Ile: ses statues inoubliables, le mystère de sa forêt disparue – déjà connue depuis l'expédition Kon Tiki de Thor Heyerdahl de Norvège en 1947. Conscient que leur propre présence risquait de transmettre des maladies, les canadiens donnaient des soins médicaux aux habitants. L'équipe est revenue au Canada en

février 1965 pour analyser une montagne de données, laissant leurs bâtiments comme une clinique de santé.

Skoryna était fier de sa mission qu'il jugeait un succès à 100 %. Cependant, son avis n'était pas partagé par les autres: des relations interpersonnelles furent difficiles, les publications sur les résultats de cette étude furent trop rares, et en raison de plusieurs événements inattendus, l'impact du projet fut limité et certains propos jugés ethnocentriques voire racistes. Néanmoins, deux bénéfices importants toujours utiles aujourd'hui concernant la poliomyélite et la chimiothérapie découlent de cette expédition sur l'île de Pâques.

Michelle Filice* (Wilfrid Laurier University) *“Rebuilding Faces, Rebuilding Lives: Advancements in Plastic Surgery and Veteran Care after the First World War, 1918-1938.”*

The Great War (1914-1918) was the most destructive conflict of its time, killing thousands and leaving many soldiers severely and permanently disfigured. Upon returning home after the war, many veterans with facial disfigurements had great difficulty going back to work. Some even struggled to socialize with friends and family, especially in public, due to self-consciousness. Most facial disfigurements were difficult to conceal. Some men returned with missing jaws, eyes and ears, as well as sunken faces due to collapsed bones.

London-based otolaryngologist, Dr. Harold Gilles, helped to re-construct soldiers' faces, and would later become known as the father of plastic surgery. His team of nurses and specialists revolutionized the profession. As a military officer during the war, Gilles witnessed the devastating effects of the war on men's faces. After conducting research and consulting with colleagues, Gilles experimented with new surgical techniques that he believed would ameliorate facial injuries. Previously, doctors and artists would fashion masks that veterans could wear to hide disfigurements. Gilles understood that these masks were ineffective, as they still brought unwanted attention to a patient's face. Gilles' innovation in plastic surgery after the war is a “capital idea” that benefited generations of soldiers and doctors alike.

My paper will focus on the interwar period (1918-1938), and on the advancements in plastic surgery that Dr. Gilles and his team spearheaded during that time. I argue that his innovations in plastic surgery were invaluable to veterans' faces, as well as to their self-worth. Severe facial disfigurements prevented men from going out in public and returning to “normal” after the war. For some, their disfigurements were emasculating and caused mental anguish and crippling embarrassment. With his work, Gilles helped to transform the field of plastic surgery from a niche sector to one that produced great medical advancements after the war. Using images and interviews from some of Dr. Gilles' patients, as well as his co-workers, I will show how these advancements in medical science helped disfigured First World War veterans regain a sense of pride.

“Refaire des Visages, Refaire des Vies: Développements dans la chirurgie esthétique et le soin des anciens combattants après la Première Guerre mondiale, 1918-1938.”

La Grande Guerre (1914-1918) a été le conflit le plus dévastateur de son époque, tuant des milliers de soldats et laissant d'innombrables autres avec des blessures graves et des défigurations permanentes. De retour au pays, les anciens combattants avec un visage défiguré – sans mâchoires, sans yeux ou sans oreilles – ont fait face à de nombreuses difficultés lorsqu'ils ont essayé de s'intégrer une vie active. Quelques-uns ont même eu du mal à maintenir des

relations sociales avec leurs amis et leur famille, en particulier, à cause d'un important manque de confiance en eux.

Le Dr Harold Gilles, un oto-rhino-laryngologiste basé à Londres, a contribué à reconstruire les visages des soldats. Son équipe d'infirmières et de spécialistes ont révolutionné la chirurgie esthétique et le Dr Gilles sera reconnu plus tard comme le père de la discipline. Lui-même un officier pendant la guerre, Dr Gilles a vu les effets dévastateurs de la guerre sur les visages des hommes. Après avoir mené des recherches et suivant plusieurs discussions avec ces collègues, Dr Gilles a expérimenté de nouvelles techniques chirurgicales qui pourraient améliorer l'état des visages défigurés. Avant ces innovations, les médecins travaillaient avec des artistes pour créer des masques que les anciens combattants portaient tous les jours pour cacher leurs cicatrices et autres défigurations. Dr Gilles a reconnu que ces masques n'étaient pas très efficaces, puisqu'ils attiraient quand même l'attention.

Cette communication sur la période de l'entre-deux-guerres (1918-1938) s'intéresse aux progrès dans le domaine de la chirurgie esthétique menés par le Dr Gilles et son équipe médicale. Je propose que ses avancées médicales au niveau de la chirurgie esthétique ont été bénéfiques tant en ce qui concerne l'apparence physique des vétérans qu'en ce qui a trait à leur estime de soi. Des défigurations sévères avaient empêché des hommes de sortir en public, de socialiser, et de reprendre une vie soi-disant « normale » après la guerre. Pour quelques-uns, ces défigurements causaient de l'humiliation, de l'angoisse et une gêne chronique. Les efforts du Dr Gilles ont contribué à rendre la chirurgie esthétique, peu-étudié jusque-là, un domaine qui a vu de nombreux développements médicaux importants après la fin de la guerre. En employant des images et des entrevues avec des patients et des collègues du Dr. Gilles, je démontrerai comment ces progrès de la chirurgie ont permis aux anciens combattants de la Première Guerre mondiale de retrouver leur dignité et leur fierté.

François Fenchel (Université Laval) *Du rat « schizophrène » à l'enfant hostile : le développement de la rispéridone et son application au traitement de l'agression juvénile.*

La rispéridone est un neuroleptique atypique couramment associé dans la recherche et la clinique au traitement de l'agressivité chez les patients, en particulier les enfants. À première vue, pareil emploi « hors indication » (*off-label*) d'un médicament principalement destiné au traitement de la schizophrénie peut surprendre, mais l'histoire du développement de la rispéridone suggère que son potentiel d'action est ancré, depuis son origine, dans le traitement d'une symptomatologie qu'on ne saurait réduire à celle des troubles psychotiques. En plaçant l'agitation au sein du « spectre d'activité neuroleptique » développé comme modèle expérimental de troubles psychotiques chez les animaux, les manifestations de l'agressivité sont devenues une dimension essentielle de l'application pratique de ce psychotrope chez les humains. Au fil des années et des études, l'effet « spécifique » de la rispéridone sur l'agressivité, couplé à l'absence « virtuelle » d'effets secondaires, a été le vecteur principal de l'usage de ce médicament chez les enfants. Au-delà de cas cliniques anecdotiques, mais prometteurs, un nombre croissant d'essais cliniques menés dans les années 1990 et 2000 ont continuellement étendu l'application de la rispéridone auprès de clientèles juvéniles présentant des comportements agressifs, ouvrant ainsi la porte à un emploi fondé sur la réduction de l'agression comme symptôme générique de plusieurs troubles de comportements. À travers une reconstruction des étapes marquantes de la recherche au cours des quarante dernières années, la présentation abordera la question de l'intentionnalité et des

enjeux commerciaux de cette démarche, et ce qu'elle révèle de l'évolution de la logique de traitement des comportements violents chez les jeunes.

From the “schizophrenic rat” to the hostile child: the development of risperidone and its use in the treatment of youth aggression

Risperidone, an atypical antipsychotic, is frequently associated with the treatment of youth aggressive behavior in both research and clinical practice. The development history of the medication shows that from the very first trials, its effects covered a variety of symptoms not exclusive to schizophrenia. Through the inclusion of agitation in the “Neuroleptic activity spectra”, an experimental model of psychotic symptomatology, aggression became a prime area for the practical application of risperidone. Its “specific” action on aggression, combined with a professed absence of detrimental secondary effects, was the principal reason for its use with children. Beside anecdotic case studies, open and double-blind trials continuously extended the range of application of risperidone amongst children with developmental disorders characterized by aggressive behavior, thus allowing for off-label uses of the drug based on the reductive perception of aggression as a generic symptom. Drawing on an analysis of key studies published over four decades, this presentation will address the intention and commercial incentives behind this process, and what it reveals of changes in the logic of treatment of juvenile aggression.

Thomas Foth and Cheryl S. McWatters (University of Ottawa) *Constructing Patient Identity: The Technology of the Medical Record in Making the Psychiatric Hospital in Canada Calculable*

In this paper, we will highlight how medical and nursing knowledge along with knowledge from accounting merged not only to scientifically manage the psychiatric hospital but also to govern the population at large. This kind of hybridised knowledge emerged out of the perceived necessity that in order to prevent the occurrence of psychiatric illnesses and to manage them effectively, two things were necessary: (1) to obtain reliable data about the distribution of mental illnesses in the population; and (2) to systematically implement accounting in psychiatry to increase the efficacy of asylums.

To be able to achieve reliable data in these two disparate and yet closely related areas – psychiatry after all became a decisive political *dispositif* in the management of deviant parts of a population – statistics, demography, and accounting became important political technologies. Furthermore, the successful management of an asylum and of its patient population also meant the achievement, more or less, of a balanced budget. The medical interest in normalisation and standardisation met the interest in accounting to develop calculable spaces. These interests, in turn, met the governmental interest in gaining increased (statistical) knowledge about the health (i.e., mental health) condition of the population. Accounting enabled, on the one hand, to create the hospital as a calculable “physical” space and, on the other hand, to create the population as a kind of “theoretical space” because this technology enabled the relation of different statistical variables in order to make a population “calculable.”

The crucial instrument to connect the macro level of the population and the micro level of the everyday interactions in the asylum, in order to create these calculable spaces, was the medical record and the documentation collected in the record – it was the mediating instrument. Since the beginning of the twentieth century, documentation and medical records became increasingly standardised, leading to what could be called the calculable patient. Notes and all kind of

documentation had to be collected in such a way that they complied with pre-defined statistical categories and could be used for statistical surveys (i.e., census data). Using case examples from the fever ward of the Toronto Hospital, we will demonstrate how the calculable patient and his or her identity emerged in the record.

Construction de l'identité du patient: La technologie du dossier médical rendant l'hôpital psychiatrique au Canada calculable

Dans cette présentation, nous mettrons en évidence la façon dont les savoirs médicaux et infirmiers ont été fusionnés aux savoirs comptables de façon à gérer scientifiquement l'hôpital psychiatrique, mais aussi à gouverner la population en général. Ces savoirs hybrides ont vu le jour face à la nécessité de prévenir l'apparition de maladies psychiatriques et de les gérer efficacement. Par conséquent, deux choses ont été nécessaires : (1) l'obtention de données fiables sur la répartition des maladies mentales dans la population ; et (2) l'application systématique de la comptabilité en psychiatrie pour augmenter l'efficacité des asiles.

Pour être en mesure d'obtenir des données fiables dans ces deux domaines disparates et pourtant tout aussi étroitement liés – après tout, la psychiatrie est devenue un *dispositif* politique décisif dans la gestion des sections déviantes d'une population – les statistiques, la démographie et la comptabilité sont devenues d'importantes technologies politiques. En outre, la bonne gestion d'un asile et de sa population de patients allait de pair avec la réalisation d'un budget plus ou moins équilibré. L'intérêt médical vis-à-vis la normalisation et la standardisation s'est aligné aux intérêts comptables créant ainsi des espaces calculables.

L'instrument crucial qui a permis de lier le niveau macro de la population et le niveau micro des interactions quotidiennes à l'asile a été le dossier médical et la documentation recueillie dans celui-ci – il s'agit d'outils de médiation. Depuis le début du XX^e siècle, la documentation et les dossiers médicaux sont devenus de plus en plus standardisés, facilitant l'apparition de ce qu'on pourrait appeler le patient calculable. En effet, des notes et d'autres documents devaient être recueillis de manière à se conformer aux catégories statistiques prédéfinies. Ces documents pouvaient ainsi être utilisés pour les enquêtes statistiques (données de recensement). En utilisant des exemples de cas du service de la thérapie de fièvre de l'Hôpital de Toronto, nous démontrons comment le patient calculable et son identité apparaissent dans le dossier.

Eduardo Galak (UNLP, Argentine) *Éducation des corps, santé publique et politiques hygiéniques Discours sur l'éducation physique et l'eugénisme (Argentine et Brésil, 1920-1940).*

L'influence des discours eugéniques est évidente dans le domaine de l'éducation des corps argentins et brésiliens. Notamment dans les années 1920-1940, on se pose la question de comment éduquer le corps, mais surtout pourquoi et à quoi faire : historiquement conçu comme secondaire ou complémentaire, le corps sera l'axe de politiques et le but principal de l'intervention à l'école. Entre 1920-1940, les discours sur l'éducation du corps seront l'objet de transmission dans différents sens, comme un recours pour massifier et populariser des pratiques et discours sur la salubrité et le patriotisme, comme résultat des politiques gouvernementales de « chauvinisme ».

Quelques discours exposent la rhétorique qui justifie des campagnes de salubrité publique, qui incorporent l'Éducation physique comme véhicule de transmission des habitudes d'hygiène et de santé, en déplaçant l'axe du collective à l'individuel, du public au privé, des mouvements typiquement modernes. Ainsi, éduquer les corps ne signifie pas seulement fortifier des muscles – c'est à dire, *façons de faire* – mais aussi transmettre des conduites, des habitudes morales,

d'hygiène ou de caractères dits scientifiques-*façons d'être*, l'association avec les discours eugéniques.

D'autres discours sur l'autoritarisme, c'est-à-dire, l'intervention sur les corps justifient un sens dans le camps de la culture physique: faire de l'exercice physique en bénéfice individuel comme progrès collective. Ce qui doit être expliqué dans le contexte de la *República Velha* de l'*Estado Novo* à Brasil et la *Década infame* en Argentina. C'est à partir de cette structure que pourra se comprendre le lien établi entre l'éducation des corps et les discours eugéniques: les deux rhétoriques qui justifient l'éducation des corps, pour la santé et le collective habiliteront que l'Education Physique poursuit l'amélioration de la race.

Corporal education, public health and hygiene policies: discourses on Physical Education and eugenics (Argentina and Brazil, 1920-1940)

The influence of eugenic discourses in the field of corporal education is indisputable, particularly in the period between the 1920s and 1940s, which was labeled by a series of reconfigurations about not only *how* to educate bodies, but also primarily *why* and for *what*. Historically treated as secondary, from the second quarter of the twentieth century the body was the target of explicit policy intervention, thanks to the schooling process. Discourses on education of bodies between 1920 and 1940 were transmitted in different directions, and were primarily intended as resources for increasing and popularizing practices and discourses on health and patriotism, mostly the result of government policies that had chauvinistic overtones.

Educating bodies meant not only strengthening muscles – that is to say, ways of doing things – but it also meant transmitting habits of morality and hygiene – ways of being – that formed the association with eugenics discourses. In years where in Argentina and Brazil authoritarian forms of government re-emerge, interventions on bodies were justified in the field of physical culture: physical exercise benefitted the individual as much as collective progress did. This maxim must be understood in the context of the *Velha República* to the *Estado Novo* in Brazil and the start of the *Década infame* in Argentina, which records the speeches of pro-totalitarian governments promulgating conservative chauvinistic and patriotic rhetoric. Here we find the link between corporal education and eugenic discourse: the rhetoric in each justifying the education of bodies for health and for collective progress empowering the idea that physical education would improve the race.

Emily Gann (Canada Science and Technology Museums Corporation) *Collecting and Interpreting the Material Culture of Disease.*

This paper examines (i) the Canada Science and Technology Museum's collecting strategy as it pertains to medical- and science-related objects and (ii) the ways in which museum collections and material culture can be used to teach the history of medicine and science. The Museum has a well established history of collecting and interpreting the material culture of science and technology and of making this collection available and accessible to its public(s). Increasingly, this public comprises not just regular visitors to the museum building, but also students and teachers of science and medicine. Indeed, working with teachers and students enables curatorial staff to engage with the museum collections in new ways. For this presentation, I use several pieces of the Museum's medical collection as case studies in artifact-based research, or "reading" artifacts. Conference attendees are given the opportunity to directly engage with these pieces and to learn how to critically examine and understand medical objects. In order to assist in this

learning process, I guide attendees through different artifact-centered interpretation approaches for each piece and encourage audience feedback and discussion. This presentation also discusses the Museum's Collection Development Strategy (CDS) and how this policy informs curatorial decision-making. I briefly assess the Museum's "Patient Care and Aids for the Disabled Collection" (the collection that Lori Jones's seminar used) in order to draw out examples of how and what the Museum collects, and the strengths and weaknesses of the CDS. To conclude, and as an introduction to both Ms. Jones's and Dr. Gavrus's presentations, I speak to the ways in which the Museum makes its collection assessable, both in person and online, for those engaged in studying or researching the history of science and medicine.

Collecting and Interpreting the Material Culture of Disease.

Cette présentation examinera (i) la stratégie de gestion des collections du Musée des sciences et de la technologie du Canada, en particulier, les artefacts de la collection médicale et (ii) les façons dont les collections des musées et la culture matérielle peuvent être utilisés pour enseigner l'histoire de la médecine et de la science. Le Musée a une histoire bien établie de collecte et d'interprétation de la culture matérielle scientifique et il rend ses collections accessibles à ses divers publics. De plus en plus, ce public est constitué non seulement de visiteurs réguliers du musée, mais aussi d'étudiants et d'enseignants en histoire de la science et de la médecine. En effet, ce travail auprès des enseignants et de leurs étudiants permet aux conservateurs et conservatrices d'interagir avec ces collections d'une manière inédite, en plus de donner à celles-ci une vie nouvelle. Pour cette présentation, j'utiliserai plusieurs objets de la collection médicale du musée afin d'offrir quelques exemples des utilisations potentielles des objets historiques pour la recherche. Les participants à la conférence auront l'occasion d'interagir directement avec ces artefacts et d'apprendre à les analyser de façon critique. Afin d'améliorer le processus d'apprentissage, je guiderai les participants à travers différentes approches d'interprétation centrée sur ces artefacts et je dirigerai la discussion. Cette présentation abordera également la Stratégie de développement de la collection (SDC) et la façon dont cette politique guide les décisions des conservateurs. J'évaluerai brièvement la collection "Soins aux patients et aide aux handicapés" (il s'agit de la collection utilisée par Lori Jones lors d'une visite organisée dans le cadre de son séminaire universitaire) afin de démontrer comment et quels genres d'objets sont amassés par le Musée. Je m'attarderai également aux forces et aux faiblesses des CDS. Pour conclure, et en guise d'introduction aux présentations de Mme Jones et du Dr Gavrus, je parlerai de la manière dont le musée rend sa collection accessible, sur place et en ligne, à ceux qui étudient ou effectuent des recherches historiques en lien avec les sciences et la médecine.

Delia Gavrus (University of Winnipeg) *Using Material Culture and Museum Collections to Teach the History of Medicine and Science.*

Museum collections and material culture have much to offer to those who teach the history of medicine and science. This presentation, which is part of the panel "*Seeing Disease and Disability through Objects*": *Teaching the History of Medicine with Museum Collections*, offers three personal perspectives on this issue: demonstrating and engaging with objects on-site in museums; engaging with museum collections in real-time over an internet connection; and using replicas of medical and scientific objects in the classroom. Drawing upon my own teaching experience, as well as on feedback from my students and museum staff, I recount the ways in which I have used the collections of the Manitoba Museum in Winnipeg and of the Canada

Science and Technology Museum to teach the history of medicine and history of science. For example, I explore the experience of organizing a trip to the Manitoba Museum's Planetarium for a demonstration that took a historical approach to astronomy. The students greatly enjoyed the demonstration and found that the sensory experience of being under a simulated night sky clarified many of their questions. This experience encouraged me to consider using the museum's collections for my history of medicine classes as well, and also led to the idea of engaging in a long-distance experiment. One of the members of this panel (Emily Gann) and I conducted a virtual meeting over the internet to introduce the students in my History of the Mind and Brain Sciences seminar to instruments that are held in the collections of the Science and Technology Museum. Finally, this presentation discusses the role that replicas of historical medical artefacts (e.g. plague mask, phrenology head) can play in the classroom. These experiences demonstrate that material culture greatly enhances both the understanding and the engagement of undergraduate students with the history of medicine and science.

Using Material Culture and Museum Collections to Teach the History of Medicine and Science.

Les collections muséales et la culture matérielle ont beaucoup à apporter à l'enseignement de l'histoire de la médecine et de la science. Cette présentation, qui fait partie de la table ronde "*Seeing Disease and Disability through Objects*": *Teaching the History of Medicine with Museum Collections*, offre trois points de vue personnels sur cette question: l'utilisation d'objets provenant de musées; l'interaction avec les collections des musées en temps réel via Internet; et une mise en contact avec des répliques d'objets médicaux et scientifiques dans la salle de classe. À partir de mon expérience en enseignement, ainsi que les commentaires de mes étudiants et du personnel des musées, je raconte la façon dont j'ai utilisé les collections du Musée du Manitoba à Winnipeg et du Musée des Sciences et de la Technologie du Canada pour enseigner l'histoire de la médecine et l'histoire de la science. Par exemple, j'aborde nos expériences au Planétarium du Musée du Manitoba où nous avons appris grâce à une approche historique de l'astronomie. Les élèves ont beaucoup apprécié la démonstration, parce que l'expérience de se trouver sous une simulation de ciel étoilé a permis de répondre à plusieurs de leurs questions. Cette expérience m'a encouragé à envisager l'utilisation des collections du musée pour mes cours d'histoire de la médecine et a amené l'idée de tenter une expérience à distance. J'ai pu, avec l'aide d'Emily Gann et grâce à Internet, mettre mes étudiants en contact avec des instruments scientifiques qui sont conservés dans les collections du Musée des Sciences et de la Technologie. Enfin, cette présentation examine le rôle que les répliques d'objets historiques médicaux (par exemple les masques des médecins lors des vagues de peste et le crâne phrénologique) peuvent jouer dans la salle de classe. Ces expériences démontrent que la culture matérielle améliore la compréhension et augmente l'intérêt des étudiants à l'égard de l'histoire de la médecine et de la science.

Nancy Gonzalez-Sanchez* (École des Hautes Études en Sciences Sociales) *Circulation d'idées et débats sur le choléra et la fièvre jaune tenus au sein de la Sociedad de Medicina Montevideana et de l'Asociación Médica Bonaerense: leurs conséquences sur la prise en charge des malades en temps d'épidémie (1852-1874).*

Composé dans une grande majorité par des médecins étrangers, le corps médical du Rio de la Plata a sans cesse été traversé par des querelles multiples parmi ses adhérents. Mêlant intérêts personnels et conflits d'ordre scientifique, elles ont, à plusieurs reprises, eu des conséquences dommageables pour la population civile. Ceci fut le cas particulièrement lorsque des épidémies de fièvre jaune et de choléra ont fait leur apparition sur le territoire. Inconnues des médecins

nationaux jusqu'en 1857, ces maladies exotiques, dont par ailleurs l'étiologie et la thérapeutique sont restées longtemps méconnues, ont déclenché de forts débats au sein des sociétés savantes auxquelles appartenaient la plupart des médecins de Buenos Aires et Montevideo. Les diverses théories, opposant contagionistes et non-contagionistes, ainsi que les divers moyens thérapeutiques pour contrecarrer la maladie et stopper son développement ont longtemps été discutés sans que toutefois le corps médical ait pu établir un consensus permettant le bon déroulement des actions de prise en charge des malades.

La communication portera sur les querelles qui ont eu lieu au sein des deux sociétés savantes et celles dont leurs publications font écho. Elle s'appuiera sur le dépouillement des *Anales de la Sociedad de Medicina Montevideana* et de la *Revista Médico Quirúrgica*, et se penchera surtout sur l'impact que cette opposition d'idées autour de ces maladies a engendré, aussi bien sur la population civile que sur l'institution médicale elle-même. Effectivement, du fait de la perpétuelle mésentente entre médecins, la population civile s'est vue, à multiples reprises, privée de soins ou proposée une prise en charge inadaptée, voire dangereuse. Les débats ont ébranlé le corps médical, ce qui a eu pour conséquence notable de faciliter l'emprise des imposteurs sur la population et l'installation d'un marché de soins parallèle destiné à suppléer aux défaillances de l'institution médicale.

Hervé Guillemain (Université du Maine) *Les limites de la « désinstitutionnalisation » française.*

Peut-on parler de désinstitutionnalisation pour l'histoire de la psychiatrie française de la fin du XXe siècle. Il est évident que la situation n'est pas comparable à celle d'autres pays européens (Grande Bretagne ou Italie par exemple). L'hôpital reste encore aujourd'hui au cœur du système de soin de la maladie mentale. Cependant comme ailleurs en occident une déshospitalisation partielle a été menée dont l'histoire est peu connue. Je propose de parler de cette histoire à partir de deux points d'observation. Le premier ce sont les statistiques nationales qui permettent parfois de comprendre les transferts de patients vers de nouvelles structures et le développement de nouveaux secteurs d'assistance. Le second c'est une institution psychiatrique – l'hôpital du Mans – dont l'histoire et les archives évoquent précisément les limites de cette évolution vers la déshospitalisation. Cette étude (1960-1990) mettra en discussion le rôle des conditions financières imposées aux hôpitaux psychiatriques autant que celui plus connu de l'idéologie du soin rassemblée sous le terme de « secteur ».

The limitations of French deinstitutionalization.

Can we use the term "deinstitutionalization" for the history of French psychiatry at the end of the twentieth century? It is impossible to compare French history with Italian or British history for example. In France, the hospital still remains the center of the psychiatric system. However as elsewhere in the West, patients were discharged from psychiatric hospitals and their history is not well known. I propose to talk about this period from two perspectives. First, national statistics allow an understanding of patient transfers towards new structures and the development of new fields of assistance. The second is the French psychiatric institution – le Mans hospital (opened in 1834), where its history and hospital archives clearly point to the limits of this evolution toward deinstitutionalization. This study (1960-1990) will discuss especially the role

of financial conditions imposed on psychiatric hospitals and the role of French ideology named “politique de secteur”.

Sandra Harrisson* (Université d’Ottawa) *Processus de «déhospitalisation» : Itinéraire hors des murs du Département de psychiatrie de l’Hôpital Montfort, 1976-2006*

L’implantation des réseaux de santé de la région d’Ottawa, le développement des disciplines psychiatriques et psychologiques dans l’après-guerre et la découverte des neuroleptiques au début des années 1950 participent à la mise en place de nouvelles alternatives dans l’art de la prise en charge des malades mentaux. Le fort courant antipsychiatrique qui en découle favorise la communautarisation comme alternative au modèle asilaire. Depuis les quarante dernières années, plusieurs réformes et politiques en Ontario ont tenté de transférer les soins psychiatriques hors des murs institutionnels. L’objectif de ce processus vise la réinsertion sociale des personnes atteintes de troubles psychiques dans la collectivité. Malgré tous les efforts mis en place, l’hôpital général demeure la porte d’entrée principale aux services en santé mentale. En effet, la fréquence des revisites sur les départements de psychiatrie de courte durée et les hospitalisations prolongées font toujours obstruction à la réussite d’un programme de santé mentale adéquat. La problématique de la «déhospitalisation» des patients psychiatisés dans la communauté revêt toujours une importance significative. Notre enquête basée sur les dossiers médicaux des patients psychiatisés et les registres d’admissions du département de psychiatrie de l’Hôpital Montfort entre 1976 et 2006 propose une nouvelle analyse de la situation en utilisant une perspective socio-historique pour dresser le parcours transinstitutionnel des patients atteints de troubles psychiques chroniques dans un contexte minoritaire francophone. Les histoires de cas, retrouvées dans les dossiers médicaux contenant plus de dix admissions sur une période de trente ans, permettent de mieux comprendre le processus de «déhospitalisation» et le parcours de ces individus hors des murs hospitaliers. Ces dossiers témoignent des difficultés et des barrières que rencontrent ces personnes dites «vulnérables» lors de leur expérience dans la collectivité et témoignent de l’évolution des services communautaires offerts à cette population.

«Dehospitalization» process: Itinerary outside the walls of the Psychiatric Department at the Montfort Hospital, 1976-2006

The implementation of health networks in Ottawa, the development of psychiatric and psychological fields in the post-war period and the discovery of neuroleptics in the early 1950s resulted in the establishment of new alternatives in the management of the mentally ill. The resulting strong antipsychiatric movement promoted communautarisation as an alternative to the asylum model. For the past forty years, several reforms and policies in Ontario have attempted to transfer psychiatric care to outside of institutional walls. The purpose of this process is the social reintegration of people with mental disorders into the community. Despite all the efforts put in place, the General Hospital remains the front line support for mental health services in the area. Indeed, the frequency of return visits to acute psychiatric departments and prolonged hospitalizations continue to obstruct the success of adequate mental health programs. As such, the issue of «dehospitalization» of mentally ill patients in the community remains of significant importance. Our study, based on the medical records of psychiatric patients and admission records of the Psychiatric Department at the Montfort Hospital between 1976 and 2006, offers a new analysis of the situation using a socio-historical perspective to understand the transinstitutional path of patients with chronic mental disorders in a French language minority

context. The case studies, selected from medical records identifying more than ten admissions over thirty years, provide insight into the «dehospitalization» process and the journey of these individuals outside the hospital walls. These records reflect the difficulties and barriers faced by these «vulnerable» people during their experience in the community and show the evolution of community services for this population.

Janice Harvey (Dawson College) *“But families have no specialized workers!” : Institutional care versus foster care in child protection, nineteenth and early twentieth century Montreal.*

The placement of dependent children in families rather than institutions grew in popularity over the nineteenth century with the acceptance of the discourse on the importance of the family to child nurture. Ironically, philanthropists argued that children must be separated from their own “questionable” parents in the process. By the twentieth century, foster care placement had been adopted as official White House policy in the United States and as the normal practice of the Children’s Aid Societies in English Canada.

With its institutional model, French Quebec stood apart from this trend. Catholic children were placed in child institutions managed by religious orders mandated with their religious and moral training as well as their protection. Protestant philanthropists in Montreal were caught between these two ideas—influenced by American and Canadian models but living in a French Catholic city. Interestingly, they chose the French model. Over the nineteenth century the two main Protestant child charities resolutely maintained an institutional model, even phasing out adoption and apprenticeship believing both exposed children to potential dangers. By the 1920s, though, they were confronted with new developments in the city’s charity network including the creation of the Montreal Council of Social Agencies and the Children’s Bureau. Run by social workers and businessmen, these bodies were drawn to what they considered the more modern, scientific approach to charity, the ideas it drew on, and the models it proposed—in this case, foster care rather than institutions. The charities resisted vociferously, presenting institutions, with their specialized staff, as being in a better position to protect and train children. Underpinning this was the argument that the needs of children, as future citizens, should take precedence over any debate on the “modernization” of methods.

This presentation looks at this debate over child protection models and the ideas and arguments behind it as it played itself out in Protestant Montreal.

“But families have no specialized workers!” : Institutional care versus foster care in child protection, nineteenth and early twentieth century

Le placement d’enfants en famille d’accueil plutôt que dans des institutions a connu un réel essor au cours du dix-neuvième siècle avec l’acceptation du discours sur l’importance du milieu familial pour le développement de l’enfant, si bien que la pratique est devenue la norme dans plusieurs États américains ainsi que dans les Sociétés d’aide à l’enfance au Canada anglais.

Le Québec n’a pas suivi cette tendance. Les enfants catholiques étaient placés dans des institutions gérées par des ordres religieux responsables de leur formation religieuse et morale. Les philanthropes protestantes de Montréal étaient prises entre ces deux idées et influencées par les deux. Fait intéressant, ils ont choisi le modèle francophone. Tout au long du dix-neuvième siècle, les deux principales œuvres de charité pour enfants protestantes ont résolument défendu le modèle institutionnel, au point de décourager le recours à l’adoption et l’envoi des enfants comme apprenti dans les familles en croyant que les deux exposaient les enfants à d’éventuels

dangers. Toutefois, au cours des années 1920, elles ont été confrontées à une évolution au sein du réseau des œuvres de charité de la ville, pilotée par des travailleurs sociaux et des hommes d'affaires. Les membres d'organismes comme le Montreal Council of Social Agencies étaient séduits par l'approche scientifique de la bienfaisance et par les modèles qu'elle proposait, en l'occurrence, les familles d'accueil. Les œuvres de charité ont opposé une résistance véhémente à ces changements affirmant que les institutions, avec leur personnel spécialisé, étaient mieux placées pour protéger et éduquer les enfants. Cette position s'appuyait sur l'argument voulant que les besoins des enfants, en tant que futurs citoyens, fussent plus importants que le maintien d'un débat sur la « modernisation » des méthodes de prise en charge.

Jenna Healey* (Yale University) *How Late is Too Late?: Negotiating The Age Limit for Pregnancy in 20th Century America*

“Am I too old to have babies?” In the late 1970s, gynecologists became inundated with patients obsessed with this question. Widely accessible contraception, the women’s movement, and a stagnant economy all contributed to the trend of delayed pregnancy among white, middleclass “career women.” Contemporary medical and lay experts advised against childbirth after 35, arguing that it was dangerous or difficult for a woman to conceive after this point. But this new generation of empowered patients demanded a more nuanced answer, not just a one-size-fits all recommendation that ignored the realities of women’s lives. Why 35? To some physicians, an upper age limit of 35 was not just a suggestion but an unimpeachable scientific fact. What their certainty obscured, however, was that the upper age limit for pregnancy had been constantly in flux throughout the 20th century. When the connection between Down Syndrome and maternal age was first established in 1929, physicians took little notice, as they were far more concerned with the dangers of early motherhood. It wasn’t until the postwar era, with its cultural shift towards early childbearing, that physicians became fixated on the “elderly primigravida” (a first-time mother in her 30s). The elderly primigravida became the obstetrician’s “most dreaded” patient, and popular medical guides urged women to start their families before “high noon for procreation” had passed. Using archival documents as well as medical and popular literature, this paper will explore the politics of negotiating the upper age limit for pregnancy. I will focus in on the 1970s, as both patients and physicians grappled with the question: how late is too late to have a baby? Patients demanded better research on the risks of delaying childbirth, while physicians focused on medical technologies with the potential to mitigate these risks. Even as the rule of 35 came under scrutiny, little consensus emerged about what advice should be given to women worried about reproductive aging. This paper will suggest how age interacted with race and class to fundamentally shape women’s experiences of reproductive medicine at the end of the 20th century.

La négociation de la limite d'âge pour la grossesse dans le 20e siècle aux États-Unis

« Suis-je trop vieux pour avoir des bébés? » Dans les années 1970, les gynécologues sont débordés par les patientes obsédées par cette question. La contraception largement accessible, le mouvement de libération des femmes et une économie stagnante contribuèrent à l'essor d'une nouvelle tendance observée chez les femmes de carrière, blanche et de la classe moyenne, soit de retarder une première grossesse. Les experts médicaux et laïcs de l'époque déconseillèrent les grossesses après l'âge de 35 ans, faisant valoir que c'était dangereux ou difficile pour une femme de concevoir dans la trentaine avancée. Mais cette nouvelle génération de patientes bien

informées exigea une réponse plus nuancée au lieu d'une recommandation universelle ignorant les réalités de la vie des femmes.

Pourquoi 35 ans? Pour certains médecins, cette limite n'était pas juste une suggestion, mais un fait scientifique inattaquable. Cependant, leur certitude sur la limite d'âge supérieure pour la grossesse ne tient pas compte du fait qu'elle avait été constamment en mouvement tout au long du 20e siècle. Lorsque la connexion entre le syndrome de Down et l'âge de la mère a été établi en 1929, les médecins attribuèrent peu d'attention à cette découverte, car ils étaient beaucoup plus préoccupés par les dangers de la maternité précoce. Ce n'est qu'à l'époque d'après-guerre, avec son changement culturel vers la maternité précoce, que les médecins s'intéressèrent aux « primipares âgées » (première grossesse dans la trentaine). Les primipares âgées devinrent « les plus redoutés » des patientes de l'obstétricien, et des guides médicaux populaires exhortèrent les femmes de démarrer leurs familles avant qu'il ne soit trop tard.

Basé sur l'utilisation de documents d'archives ainsi que la documentation médicale et populaire, cet exposé examinera la politique de la négociation de la limite d'âge supérieure pour la grossesse. Je me concentrerai sur les années 1970, alors que les patientes et les fournisseurs de soins de santé luttèrent avec la question: quand est-il trop tard pour avoir un bébé? Même si la règle de 35 ans a été réexaminée, aucun consensus semble exister sur les conseils à donner aux femmes qui sont inquiètes de donner la vie à un âge avancé.

Carol Helmstadter (University of Toronto) *Nicholai Ivanovitch Pirogov: Director of Nursing.*

The purpose of this paper is to describe Russian military nursing in the Crimean War. It is somewhat anachronistic to use the term feminist before the end of the nineteenth century but Nikolai Pirogov, the great nineteenth century Russian surgeon, could certainly be described as such. Pirogov had worked in the Russian army with distinction during the campaigns in the Caucasus in the 1840s but when he volunteered during the Crimean War the army did not commission him because he had been outspoken about the horrible corruption and graft in the army and the Russian High Command considered him a troublemaker. However, he made contact with the Grand Duchess Helena Pavlovna, who convinced her brother-in-law, the Czar, to send Pirogov to the Crimea as the director of a new nursing sisterhood which she had founded, the Sisters of the Elevation of the Cross. Pirogov organized and trained these women to become highly effective nurses in field and base hospitals and also on the parapets of Sevastopol. He put Sisters in charge of triaging the wounded, the pharmacies and kitchens, and used some in the operating rooms to ligate arteries after amputations. Pirogov's acceptance of the capabilities of women enabled him to develop a highly professional and efficient nursing service with a scope of practice beyond that of modern nurse practitioners. I explore his nursing work in the context of pre-industrial, autocratic Russia and Crimean War medical practice.

The primary and secondary sources for Crimean War medical and nursing practice are rich. Primary sources are found in Pirogov's own writings, those of Christian Hübner, another professor of surgery who worked closely with Pirogov during the war, and the writings of French and English doctors who visited Russian military hospitals. John Shepherd, Winfried Baumgart and Orlando Figes are my principal secondary sources.

NICHOLAI IVANOVITCH PIROGOV, Directeur des soins infirmiers

Cette communication vise à décrire les soins infirmiers militaires russes pendant la guerre de Crimée. Il est plutôt anachronique d'utiliser le terme féministe avant la fin du XIX^e siècle,

mais Nikolai Pirogov, le grand chirurgien russe du XIX^e siècle, pouvait assurément être qualifié de féministe. Il avait travaillé au sein de l'armée russe et s'y était distingué durant les campagnes des années 1840 dans le Caucase, mais lorsqu'il a offert ses services pendant la guerre de Crimée, l'armée ne les a pas retenus. Il avait en effet dénoncé l'horrible corruption qui sévissait dans l'armée et le haut commandement de l'armée russe et celle-ci le considérait comme un agitateur. Il a toutefois communiqué avec la Grande Duchesse Helena Pavlovna qui a convaincu son beau-frère, le tsar, d'envoyer Pirogov en Crimée comme directeur d'une nouvelle communauté religieuse d'infirmières qu'elle avait fondée, les Sœurs de l'élévation de la Croix. Pirogov a organisé et formé ces femmes pour qu'elles deviennent des infirmières très efficaces dans les hôpitaux de campagne et sur la base militaire, ainsi que sur les parapets de Sébastopol. Il les a mises en charge du triage des blessés, des pharmacies et des cuisines, et en a affecté certaines aux salles d'opération pour la ligature des artères après les amputations. En reconnaissant les capacités des femmes, Pirogov a pu mettre sur pied un service de soins infirmiers très professionnel et très efficace ayant un cadre de pratique dépassant celui du personnel infirmier des temps modernes. J'examine son travail en soins infirmiers dans le contexte de la pratique médicale sous le régime autocratique russe de l'ère préindustrielle et pendant la guerre de Crimée.

Les sources primaires et secondaires pour la pratique de la médecine et des soins infirmiers pendant la guerre de Crimée sont riches. On trouve les sources primaires dans les écrits de Pirogov, ceux de Christian Hübbenet, un autre professeur de chirurgie qui a collaboré étroitement avec Pirogov pendant la guerre, et les écrits de médecins français et anglais qui ont visité les hôpitaux militaires russes. John Shepherd, Winfried Baumgart et Orlando Figes sont mes principales sources secondaires.

Casey Hurrell* (Queen's University) *"The translation of our ethic into practice": The Prevention of War as Primary Care, 1951-1982*

In January 1951, a group of distinguished British physicians published a letter-manifesto in *The Lancet*, under the title "The Prospect of War." Referencing the ongoing nuclear arms race, and defeatist attitudes about the inevitability and intractability of conflict between peoples, they implored their colleagues in Britain and elsewhere to oppose the efforts of their governments at waging war rather than promoting peace. If physicians were truly dedicated to the prevention of suffering, and to the maintenance of health across political and national boundaries, they could not stand idly by as violence continued to threaten humanity. The letter was met with a flurry of commentary and criticism. Later letters called for a forum to discuss the issues, and to address the core idea that physicians had an ethical and professional responsibility to oppose war because it was a symptom of collective psychological ill health, resulting in wounds and disease. By March, the forum was organized, and its result was the establishment of an organization of physicians dedicated to pacifism in the service of health.

This paper explores the humanitarian activism, efforts and discourse of the Medical Association for the Prevention of War (MAPW) over its lifespan. From the outset, MAPW articulated the prevention of war as the most important part of preventive medicine. The research is based on an analysis of the heretofore untapped archives of the organization, along with a survey of the publications of its membership. The paper is thematically linked to contemporary trends in health advocacy, the ascendancy of Alma Ata, and the emergence primary care as a centrepiece of the global health agenda. In a historical period characterized by violent skirmishes worldwide,

MAPW advocated for the diminution of various forms of violence as a means of improving health outcomes. The responsibility for these efforts was placed squarely on the shoulders of physicians embedded in local communities. In so doing, MAPW identified primary care as an important part of its organizational platform before it was a buzzword in global health circles, and as an integral part of attempts to provide a higher quality of care.

“The translation of our ethic into practice”: *The Prevention of War as Primary Care, 1951-1982*

En Janvier 1951, un groupe d'éminents médecins britanniques a publié une lettre dans *The Lancet*, titré « The Prospect of War » en faisant référence à l'armement nucléaire et à l'attitude défaitiste sur un conflit inévitable entre peuples. Ils invitèrent leurs collègues de Grande-Bretagne et d'ailleurs à s'opposer aux efforts de leurs gouvernements à encourager la guerre plutôt que de promouvoir la paix. Si les médecins se dédient à la prévention de la souffrance et à l'entretien de la santé et cela au-delà des frontières politiques et nationales, ils ne pouvaient pas rester les bras croisés vis-à-vis la violence qui menaçait l'humanité. La lettre reçut de nombreux commentaires et un forum de discussions fut créé pour débattre sur l'idée que les médecins avaient une responsabilité éthique et professionnelle et devaient s'opposer à la guerre car il s'agissait d'un symptôme de la mauvaise santé psychologique de la collectivité. En Mars, un groupe de médecins dédiés au pacifisme dans le service de la santé fût mis sur pied.

Cette présentation examine l'activisme humanitaire, les efforts et le discours du « Medical Association for the Prevention of War (MAPW) durant son existence. Dès le début, MAPW considère la prévention de la guerre comme centrale à la médecine préventive. La recherche est basée sur l'analyse des archives inexploitées de l'organisation, incluant une enquête sur les publications des membres. Thématiquement, ce papier est lié aux tendances contemporaines en promotion de la santé, l'importance de l'Alma Ata, et l'émergence des soins primaires comme centraux dans l'agenda mondial de la santé. Dans une période historique caractérisée par des escarmouches violentes dans le monde entier, MAPW plaide pour la diminution de la violence comme un moyen d'améliorer la santé. Le MAPW place les soins primaires au centre de sa plate-forme organisationnelle avec l'ambition de fournir une meilleure qualité de soins.

Alessandra Iozzo-Duval* (University of Ottawa) *Nursing the ‘Silent Children’: Nursing, Health and (dis)ability at the Ontario Institution for the Education of the Deaf, 1870-1914.*

When the Ontario School for the Education of the Deaf (OIED) opened its doors in the autumn of 1870, the mandate was to provide an academic and trades education for the d/Deaf children of the province of Ontario. As a residential institution which strictly limited the children from returning home, outside of the summer months, the OIED also became the pupils' homes. Imbued with ideas around scientific childrearing and working under a “best interests policy” the OIED sought, in multiple ways, to uphold a scientific approach to citizenship education and approaches to d/Deafness and (dis)ability. Nurses, and ideas around what constituted “good” health, played a significant role in “educating” d/Deaf students at the OIED during this period. Although little academic study has focussed on the OIED, what does exist examines the educational aspect of the institution. The role nurses performed in maintaining student health and inculcating ideas around “good” health, has been virtually ignored in research focussed on the OIED. In a historical period where sickness and death were significant parts of childhood and ideas around health and the body were intricately tied to notions of “good” citizenship, I argue that nurses played a pivotal role that has been largely ignored by the existing

secondary literature. This paper seeks to contribute to the literature by identifying and situating the role of nurses at the OIED from 1870-1914 to demonstrate the unique role that nurses played in institutions outside of hospitals and asylums. This paper will also consider the way in which nurses and ideas around nursing contributed the overall disability and citizenship discourse that permeated the hidden curriculum of the OIED. Finally, I will examine the role that 'home nursing' played in the trades curriculum offer to senior girls of the institution.

Soigner les "enfants silencieux": nursing, santé et {invalidité} à l'Ontario Institution for the Education of the Deaf, 1870-1914

Lorsque la première école pour enfants sourds-muets (Ontario Institution for the Education of the Deaf, OIED) ouvrit ses portes à l'automne 1870, cette institution avait pour mandat de fournir aux jeunes enfants sourds une formation académique et technique adéquate. À titre d'école résidentielle, qui empêchait strictement le contact avec la famille à l'exception des mois d'été, elle constituait un véritable domicile pour ses élèves. L'OIED motivé par une certaine conception scientifique de l'éducation et une conception de ce que représente le bien public, a voulu implanter une vision scientifique de l'éducation citoyenne et de l'intervention face à la surdité. Le corps infirmier, avec des idées bien arr et es sur ce qui constitue la « bonne santé », a eu un rôle important à jouer dans l'éducation des jeunes enfants sourds de l'OIED. Les quelques recherches consacrées à cette  cole se sont surtout intéressées au curriculum scolaire plutôt qu'au rôle des infirmières et les soins prodigués aux enfants.   une époque où la maladie et la mort avaient une place importante dans l'expérience et l'imaginaire de l'enfance, et que l'idéologie entourant le corps et la santé s'amalgame à la conceptualisation de la « bonne citoyenneté », j'argumenterai que les infirmières ont joué un rôle central qui a peu été mis en valeur par l'historiographie jusqu'à présent. En identifiant et situant le rôle des infirmières à l'OIED de 1870 à 1914, cette présentation voudra améliorer nos connaissances sur le rôle institutionnel que les infirmières étaient appelées à jouer à cette époque dans des milieux autres que dans les hôpitaux ou les asiles. Cette présentation apportera également une réflexion sur le rôle des interventions nursing et sur la constitution des discours portant sur le handicap et la citoyenneté, essentiel à la mission et à l'agenda caché de l'OIED. Finalement, j'examinerai les soins nursing comme opportunit  et formation professionnelle des jeunes filles au sein de cette institution.

Lori Jones* (University of Ottawa) *Encountering the Medical Past: Bringing the History of Medicine to Life with Objects.*

A 19th century homeopathic travel case, an apothecary's mortar and pestle, illustrated patent medicine advertisements, and coloured "poison" bottles. These are just a few of the portable artefacts that can be easily employed as teaching tools in an undergraduate history of medicine course. Using objects as a learning device to bring medical history "to life" for students who had had little to no previous experience with the subject was one of the key objectives of my *Cultural History of Disease* seminar at the University of Ottawa.

As a complement to primary (textual) source analysis, using objects as a learning tool helped the students to broaden their understanding of, and ability to conceptualize, the past. Just as they did with textual sources, the students learned to place medical history objects in their proper context, to be aware of the diverse and varied medical experiences of people living in different eras, and to appreciate the cultural and social aspects of disease. However, seeing, touching, hearing, and smelling the objects – a multi-sensory experience that is typically lacking with textual study –

helped to give the students a more direct encounter with the past than they could have achieved by simply reading about such objects (or seeing images of them online).

With the aid of the artefacts noted above, and as part of the panel “*Seeing Disease and Disability through Objects*”: *Teaching the History of Medicine with Museum Collections*, this presentation explores the planning and implementation of an object-based teaching experience in the history of medicine. It highlights the students’ reactions to this form of learning and their engagement with the objects; in particular, it addresses the type of questions the students asked about the artefacts and the nature of their interactions with those objects. The presentation also addresses more broadly the benefit of working closely with curatorial experts to broaden our ideas of what teaching the history of medicine can be about.

L’histoire de la médecine racontée à travers ses objets

Une trousse de voyage du XIX^e siècle destinée aux remèdes homéopathiques, un pilier et un mortier ayant appartenu à un apothicaire, des brevets médicaux illustrés et des bouteilles colorées renfermant des « poisons » sont quelques-uns des artefacts pouvant être utilisés comme outils d’enseignement dans un cours universitaire de premier cycle portant sur l’histoire de la médecine. La manipulation de ce type d’objets, au cœur de la démarche pédagogique de mon séminaire « Cultural History of Disease » offert à l’Université d’Ottawa, amena des étudiants novices en la matière, non seulement à développer des connaissances à propos de l’histoire de la médecine, mais également à lui redonner « vie ». Ces manipulations, absentes d’études limitées à l’analyse de sources primaires manuscrites, aidèrent les étudiants à accroître leurs habiletés à conceptualiser le passé et à mieux le comprendre. Elles poussèrent également les étudiants à développer leur capacité à replacer un objet dans son contexte. Amalgamées, la conceptualisation et la contextualisation contribuèrent à mettre en relief la diversité des expériences médicales propres à chaque époque, et subséquemment, à mieux comprendre les affiliations sociales et culturelles de diverses maladies à travers l’histoire. Cette expérience multi-sensorielle (voir, toucher, sentir, entendre) permit ainsi aux étudiants de « toucher » au passé de façon plus directe que ne le permet la consultation de livres ou d’images traitant de ce type d’objets. Cette présentation, appuyée par les artefacts, explore la planification et la mise en application d’un enseignement de l’histoire médicale basée sur l’utilisation d’objets du passé. Cette présentation met en lumière les différentes réactions des étudiants face à la manipulation d’artefacts. Plus précisément, elle insiste sur les questions formulées par les étudiants, et la nature de leurs interactions avec les dits objets. Aussi, la présentation explique comment une collaboration avec des conservateurs experts permet de prendre conscience des multiples avenues possibles dans l’enseignement de l’histoire de la médecine.

Susanne Klausen (Carleton University) and **Christine Chisolm*** (Carleton University) *The Impact of the Thalidomide Tragedy on Abortion Legislation and Drug Regulation in the British Empire in the 1970s and 1980s*

The drug thalidomide, marketed worldwide as “completely safe” in the late 1950s and early 1960s, led to severe birth deformities (*phocomelia*) in thousands of children whose mothers ingested it during pregnancy. The legacy of this transnational tragedy has been profound, both for individuals and families affected, and in terms of the development of stricter drug regulatory

frameworks. Thalidomide also heightened women's awareness of the possibility that they may be pregnant with an "abnormal" foetus and fostered public support for access to medical abortion in order to terminate such foetuses. This paper considers and compares the impact of the thalidomide scandal on the development of abortion legislation and drug regulation in Britain and the Dominions during the 1960s and 1970s.

The Impact of the Thalidomide Tragedy on Abortion Legislation and Drug Regulation in the British Empire in the 1970s and 1980s

Le médicament connu sous le nom de thalidomide, qui fut vendu comme étant sans risque de par le monde dans les années 1950-1960, fut à l'origine de plusieurs malformations congénitales sévères (la phocomélie) chez des milliers d'enfants dont les mères en avaient consommé durant leur grossesse. Les conséquences de cette tragédie mondiale furent profondes auprès des individus et des familles concernés et en termes de mise en œuvre de politiques de réglementation plus strictes en matière de fabrication de médicaments. Les débats autour de la thalidomide ont aussi permis aux femmes enceintes de prendre conscience de la possibilité que leurs grossesses aboutissent à la naissance d'enfants « anormaux », contribuant du même coup à mobiliser l'opinion publique en faveur d'un accès plus élargi à l'avortement médical afin d'interrompre ce type de grossesse. Cette communication analyse et compare l'impact du scandale autour de la thalidomide sur l'élaboration des lois sur l'avortement et sur la réglementation de la fabrication des médicaments en Grande Bretagne et dans les dominions durant les années 1960 et 1970.

Alexandre Klein (Université d'Ottawa) *Charles A. Roberts (1918-1996), acteur oublié de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec.*

Connu pour avoir été l'unique membre anglophone de la commission Bédard, qui engagea officiellement en 1962 la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec, le psychiatre terre-neuvien Charles Augustus Roberts (1918-1996) fut également un acteur central de la réforme de la psychiatrie canadienne contemporaine. Médecin et surintendant de divers hôpitaux à travers le pays, mais aussi responsable de la Division de la santé mentale du ministère fédéral de la santé ou encore membre actif de l'Association des psychiatres canadiens, Roberts participa directement à la transformation de la prise en charge en santé mentale qui eut lieu au Canada au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, ainsi qu'à l'institutionnalisation de la psychiatrie canadienne qui l'accompagna. À l'aune de son parcours singulier, mais malheureusement oublié, l'histoire de la psychiatrie québécoise acquiert une tout autre dimension. La déhospitisation psychiatrique, qui fut longtemps pensée comme le fruit de l'engagement de quelques psychiatres francophones modernistes, se révèle, par l'entremise de la figure de Roberts, inscrite dans un processus historique et sociologique bien plus vaste de réformes du système de santé canadien. C'est à cette relecture de l'histoire de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec à l'aune de son contexte linguistique et sociohistorique que nous consacrerons notre communication qui détaillera l'œuvre de Charles A. Roberts, notamment lors de son séjour québécois comme surintendant du Verdun Protestant Hospital de Montréal, afin d'en préciser les apports historiographiques.

Charles A. Roberts (1918-1996), a forgotten stakeholder of psychiatric deinstitutionalization in Quebec

Known as the only English-speaking member of the Bédard commission, which officially started psychiatric deinstitutionalization in Quebec in 1962, Newfoundlander psychiatrist Charles Augusts Roberts (1918-1996) was also a prominent stakeholder in Canadian contemporary psychiatry reform. Physician and superintendent in several hospitals across the country, but also head of the Mental Health Division of the federal Ministry of Health and active member of the Canadian Psychiatric Association, Roberts played an important part in the mental health care transformation which took place during the second half of the 20th century, as well as in the ensuing institutionalization of Canadian psychiatry. In light of his singular, yet unfortunately unknown path, the history of Quebec psychiatry takes on a new dimension. Through Roberts, psychiatric dehospitalization, which was for a long time thought to be a result of the commitment of a few “modernist” French-speaking psychiatrists, proves to be aligned with the larger historical and sociological process of Canadian health system reforms. Our presentation will be devoted to this re-reading of the history of psychiatric deinstitutionalization in Quebec in view of its linguistic and socio-historical context. It will focus on Charles A. Roberts’ work as superintendent of the Montreal Verdun Protestant Hospital in order to pinpoint and emphasize its historiographic contributions.

Elizabeth Koester* (University of Toronto) *Private Detectives, Back Massages and Electric Knobs: Law and the “Practice of Medicine” in Early Twentieth Century Ontario.*

In the early years of the twentieth century, the medical marketplace in Ontario was vibrant; healthcare was provided, in the words of Premier James Whitney, by all sorts of “‘pathies’ and faiths.” Yet a hundred years later, we find medical care rests almost exclusively in the hands of physicians. The analysis of how this came about demonstrates that this result was far from inevitable, and that physicians fought hard to achieve their position. My presentation examines one aspect of this struggle in Ontario: the role played by the law in the evolution of the meaning of the phrase, the “practice of medicine.” First, I consider the *Ontario Medical Act* which was passed in Upper Canada in 1795 and examine the restrictions it imposed. Second, I discuss court decisions adjudicating the meaning of that phrase. Reflecting a view of medicine which was no longer fully endorsed by physicians themselves, these cases generally turned on whether or not the practitioner had prescribed or administered drugs. I raise two in particular: the first (referenced in the title, above) involved treatments such as back massages with electric knobs provided to private detectives hired by the College of Physicians and Surgeons whose clandestine visits to an osteopath resulted in his conviction (later successfully appealed) on charges of practicing medicine without a license; the second was a formal request by the government to the Ontario Court of Appeal asking it to rule on the meaning of the “practice of medicine,” which saw the court effectively wash its hands of the matter and toss it back to legislature. Third, I examine certain aspects of the work of the 1917 Royal Commission into Medical Education in Ontario, which considered this phrase and how the legislation in which it was contained might be amended. Finally, I conclude that “the law” was not a single blunt instrument used successfully in the service of the medical profession, itself a multi-faceted group, and while the law certainly influenced the development of the concept of the “practice of medicine,” it did so in a variety of ways, independent of the views the medical profession had of itself in this period.

Détectives privés, massages du dos et boutons électriques : La loi et l'« exercice de la médecine » au début du vingtième siècle en Ontario

Au début du vingtième siècle, le marché de la médecine en Ontario était dynamique; les soins de santé étaient assurés, selon le premier ministre James Whitney, par diverses « pratiques et croyances ». Cependant, un siècle plus tard, nous constatons que les soins médicaux sont prodigués presque exclusivement par des médecins. L'analyse de cette transformation montre que ce résultat était loin d'être inévitable, et que les médecins se sont vraiment battus pour en arriver là. Mon exposé examine un des aspects de ce combat en Ontario, soit le rôle que la loi a joué dans l'évolution de l'expression « exercice de la médecine ». J'examine tout d'abord l'*Ontario Medical Act* qui a été adopté dans le Haut-Canada en 1795, de même que les restrictions que cette loi imposait. Je discute en second lieu des décisions des tribunaux sur le sens de cette expression. Ces causes qui reflétaient un point de vue sur la médecine qui n'était plus entièrement accepté par les médecins eux-mêmes, étaient en général centrées sur la prescription ou l'administration ou non de médicaments par le médecin. J'examine en troisième lieu certaines facettes des travaux de la *Royal Commission into Medical Education in Ontario* de 1917, qui ont examiné cette expression et comment modifier la législation visée. J'en arrive à la conclusion que « la loi » ne représentait pas un seul instrument rudimentaire utilisé avec succès au service de la profession médicale, elle-même un groupe à plusieurs facettes. Par ailleurs, bien que la loi ait certainement influé sur le développement du concept d'« exercice de la médecine », cette influence s'est exercée de nombreuses façons, indépendamment de l'opinion que la profession médicale avait d'elle-même à cette époque.

Erna Kurbegovic* (University of Calgary) *War against Disease": Serbia's Struggle with Typhus, 1914-1915.*

Despite the fact that the First World War began with hostilities between Austria-Hungary and Serbia, the latter has received remarkably little attention in English language literature. The strain the war put on the exhausted and impoverished Serbian state made it extremely vulnerable to the spread of diseases. In the winter of 1914, a Serbian counterattack pushed Austro-Hungarian forces out of Valjevo. Amongst the captured Austrian prisoners there was an outbreak of an unfamiliar disease: Typhus. The disease quickly spread to the Serbian army, and eventually to the civilian population. The epidemic raged from December 1914 until late spring 1915, causing high mortality numbers due to inadequate sanitary conditions, overcrowding, poor medical facilities, and insufficient medical staff. The severity of the outbreak brought international attention and led to aid in the form of medical personnel, monetary assistance, and medical equipment from various countries.

From the medical perspective, the Serbian situation in 1914-15 led to the development of an international medical agenda, and showed the close relationship between medicine and military strategy in combating typhus. Using Serbo-Croatian and English language primary sources, this paper will analyze the impact of the typhus epidemic on the Serbian war effort, it will highlight some of the measures employed by the Serbian state to combat typhus, and it will contribute to a discussion of public health during wartime.

“La guerre contre la maladie” : Le combat contre le Typhus en Serbie 1914-1915

Bien que la Première Guerre mondiale fût le résultat d'hostilités entre l'Autriche-Hongrie et la Serbie, cette dernière reçut remarquablement peu d'attention dans la littérature de langue

anglaise. La guerre infligea lourdement l'État exténué et appauvri de la Serbie et la rendit vulnérable à la propagation des maladies. Pendant l'hiver de 1914, une contre-attaque expulsa les forces Hongroises de Valjevo. Parmi les prisonniers autrichiens capturés se déclara une épidémie d'une maladie méconnue : le typhus. La maladie se propagea rapidement parmi l'armée serbe pour ensuite s'étendre à la population civile. L'épidémie rage de décembre 1914 jusqu'à la fin du printemps de 1915 et dû au surpeuplement, au manque de personnel médical, aux conditions sanitaires malsaines et aux installations médicales inadéquates, le taux de mortalité fut très élevé. La gravité de l'épidémie attira l'attention internationale et plusieurs pays offrirent leur soutien sous la forme de personnel médical, d'aide financière et d'équipement médical.

Du point de vue médical, la situation serbe de 1914-15 a mené au développement d'un programme international de la santé et démontre clairement la relation étroite entre les stratégies médicales et militaires pour combattre le typhus. En utilisant des sources primaires de langue anglaise et serbo-croate, cette communication analysera l'impact de l'épidémie de typhus sur l'effort de guerre serbe, soulignera certaines des mesures employées par l'État serbe pour combattre le typhus et proposera une discussion sur la santé publique en temps de guerre.

Pauline Launay* (Université de Caen Basse-Normandie) *La médecine palliative ou de la nouvelle prise en charge de l'incurable et du mourant : Vers une recomposition du savoir et des pratiques médicales ?*

Au milieu du XX^{ème} siècle, le mouvement de la médecine palliative a pris corps avec le sentiment d'un nécessaire renouvellement de la prise en charge des incurables vis-à-vis de celle pratiquée dans les hôpitaux jusqu'alors. En se définissant comme un ensemble de soins actifs délivrés dans une approche globale à une personne se trouvant en phase avancée ou terminale d'une maladie grave, évolutive et incurable, cette spécialité médicale vient interroger le sens et les enjeux du soin, de la guérison et de la mort au sein du champ médical contemporain.

Le processus complexe de médicalisation de la mort est ancien : c'est au cours de la Renaissance, par l'étude du cadavre support d'un nouveau savoir, que la médecine moderne intègre épistémologiquement la mort à son art. Mais paradoxalement, la plus grande maîtrise de la notion de mort confronte dans le même temps la médecine curative à sa propre impuissance à guérir et à maîtriser la mort comme événement. Devant ces limites du champ médical moderne, la médecine palliative propose de repenser la notion de soin, de guérison, de mort, de maladie et de corps au sein du corpus médical et par-là réorganise en profondeur non seulement les connaissances de la médecine, mais les conditions de possibilité même d'un discours sur la maladie et la mort.

Il ne s'agit pas d'une simple fluctuation à la marge, comme pourrait le laisser penser le petit nombre de patients pris en charge dans les institutions palliatives et leur occultation au sein du champ médical contemporain. En effet, plusieurs indices nous poussent à considérer la médecine palliative – avec d'autres spécialités comme la gérontologie (Eynard et Salon, 2006), l'anesthésie-réanimation (Mino, 2012), la cancérologie (Ménoret, 2007) – comme porteuse de pratiques, de représentations et d'éthique médicales nouvelles.

Dans cette communication, nous proposons de développer dans une perspective socio-anthropologique en quoi la médecine palliative – plus que d'être une nouvelle spécialité dans le champ médical – renouvelle l'épistémè médicale et comment par de nouvelles représentations et conceptualisation du corps la pratique médicale se trouve bouleversée. Nous nous appuyons sur un travail de terrain de type ethnographique mené dans des institutions palliatives.

Caring for incurable and dying patients by palliative medicine: towards a restructuration of medical knowledge and practices?

In the middle of the twentieth century, the feeling it was necessary to provide a new type of care to patients suffering from incurable diseases, distinct from the care given until then in hospitals, resulted in the emergence of palliative medicine. Palliative care is defined as a set of active care services provided with a holistic approach to a person in an advanced or terminal phase of a serious, progressive and incurable illness. Thus, palliative medicine allows us to question the meaning of care issues within the contemporary medical field.

Medicalization of death – a complex process – dates back many centuries. During the Renaissance, the study of corpses – providing a new type of knowledge – leads the epistemological integration of death into the art of modern medicine. Gradually, a more effective control of the *concept of death* confronts curative medicine on its own impotence to cure and control death as an *event*. By acknowledging these limits met by medicine, palliative medicine allows us to redefine the notions of care, healing, death, disease and the body within the medical corpus, reorganizing – in depth – not only medical knowledge, but also medical epistemological conditions themselves.

Despite the small number of palliative care services and their lack of visibility inside the medical field, several indicators make palliative medicine a specialty offering unprecedented practices, representations and medical ethics. We intend to show, in a socio-anthropological perspective, how palliative medicine renews medical episteme and changes medical practices. To do so, we will use ethnographic fieldwork conducted in French palliative care services.

Marie LeBel (Université de Hearst) *Mise en place des services et soins en santé mentale dans les communautés francophones du nord-est ontarien depuis l'après-guerre : déminage et défrichage.*

Subventionné par les IRSC, le projet dans lequel s'inscrivent nos travaux vise le développement des connaissances sur la désinstitutionnalisation en santé mentale et sur la réintégration des psychiatisés au sein de la société canadienne.

Le volet particulier couvert par l'équipe du nord-est ontarien se penche sur les soins et services psychologiques ou psychiatriques mis en place depuis l'immédiat après-guerre. Il s'agit de voir si la donnée linguistique, primordiale pour une part importante de la population de cette région, a été prise en compte dans l'élaboration des stratégies de réponse à la déhospitalisation. La problématique sollicite les perspectives entremêlées des patients, ex-patients, intervenants, corps médical et décideurs et sur les itinéraires et trajectoires suivis dans un contexte transinstitutionnel mouvant et en situation linguistique minoritaire.

Pour cette proposition de communication, nous avons puisé à des entretiens menés depuis près de trois ans auprès d'intervenants, médecins, infirmières et gestionnaires qui oeuvrent ou ont œuvré dans la région pour la mise en place des services en santé mentale hors les institutions psychiatriques. Les résultats que nous présenterons comportent aussi des renseignements tirés de sources judiciaires qui ont agi comme substituts aux archives médicales, toujours difficilement accessibles. L'intérêt de la présentation repose tant sur le caractère inédit des trouvailles faites pour cette grande zone de la francophonie canadienne que sur l'originalité des moyens de cueillette des données : entretiens semi-dirigés, sommaires d'admission, dossiers, décisions de

cours, sites web, biographies, historiques d'associations, etc. Le portrait qui se dégage montre les avancées et les reculs des services disponibles pour la clientèle francophone au fil de près de trois générations.

Mise en place des services et soins en santé mentale dans les communautés francophones du nord-est ontarien depuis l'après-guerre : déminage et défrichage.

Northeastern Ontario is a « de-centered » sector of the province extending along a 600-km road corridor, which holds a significant portion of French speaking people. If it's true that in the 1950s and 1960s, psychiatric patients – both anglophone and francophone – were referred to North Bay Psychiatric Hospital, then deinstitutionalization has since brought about here, as in other places, a decentralization and a communitisation of services.

Based on interviews done with caregivers, doctors, nurses and specialists who worked in this geographic region between 1950 and 2010, we have come up with (or have developed) a sociohistorical profile of mental health care and services offered to Francophones during this period. We will highlight therapeutic itineraries followed by the patients within the boundaries of available services to see if the linguistic factor in the context of the area has been taken into account. Our paper will present a global view of results as well as some cases of patients trajectories.

Caroline Lieffers* (Yale University) *The Moral Right: Health Professionalism, Ethics, and Intellectual Property in Nineteenth-Century America*

“The legal right is, of course, not disputed; the moral right is by no means clear.” So wrote Robert Arthur, a professor at the Philadelphia College of Dental Surgery, in 1853. Arthur was referring to patents, which—along with other forms of intellectual property—were drawn into the centre of contentious nineteenth-century debates to define ethics and etiquette in the American health professions.

My presentation explores these debates, focusing on both the ethical and practical aspects of patenting surgical instruments. I begin by tracing a history of the American Medical Association's policies toward patents. The organization's 1847 Code of Ethics, for example, explicitly forbade the patenting of surgical instruments. This injunction, however, found challengers in many local medical associations and journals. In 1881, *Scientific American* even lampooned the AMA for its apparent failure to understand the basic facts and operation of patent rights. Many physicians, for their part, continued to patent surgical instruments, without apparent consequence to their professional standing. Ebenezer Raynale, for example, helped found Michigan's first medical society, then filed a patent for a fracture apparatus.

Health practitioners at the fringes of medical authority, including dentists and artificial limb manufacturers, similarly patented inventions, although not without controversy. Some dentists, including Arthur, opposed patents in order to secure respect for their profession, while William Morton's patent for ether ignited furious arguments over medicine's dedication to the public good. Artificial limb manufacturers, by contrast, were rarely criticized for their decisions to patent, and in at least one case a manufacturer manipulated the principles of patent legislation to mirror the AMA's own ethics. Patents, I conclude, were a flexible tool for medical practitioners of all stripes, allowing them to move—though not always effortlessly—between the competing and complementary demands of profit and professionalism.

Le droit moral: la conscience professionnelle, l'éthique, et la propriété intellectuelle aux États-Unis au XIXe siècle

«Le droit légal, bien sûr, n'est pas contesté; le droit moral n'est en aucun cas clair» écrivait Robert Arthur, un professeur au Collège dentaire de Philadelphie en 1853. Arthur faisait référence au brevetage d'instruments chirurgicaux qui était au centre des débats contemporains visant à définir l'éthique et l'étiquette pour les professions de santé aux États-Unis.

Ma communication analyse ces débats. Je commence en traçant l'histoire de la position de l'Association médicale américaine (AMA). Son code de déontologie de 1847, par exemple, interdisait le brevetage d'instruments chirurgicaux. Cependant, plusieurs associations professionnelles régionales et de nombreux périodiques médicaux s'opposaient à cette injonction. En 1881, *Scientific American* se moqua de l'AMA, suggérant qu'elle ne comprenait pas les principes fondamentaux des droits de brevetage. Toutefois, plusieurs médecins continuaient de faire breveter des instruments chirurgicaux sans conséquences néfastes.

Les praticiens de la santé en marge de l'autorité médicale, y compris les dentistes et les fabricants de prothèses orthopédiques, faisaient breveter aussi leurs inventions, mais pas sans susciter la controverse. Certains dentistes considéraient que le brevetage pourrait diminuer le respect de leur profession, tandis que le brevet de William Morton pour l'éther fit provoquer un débat passionné sur l'engagement des praticiens sur le bien public. Les fabricants de prothèses orthopédiques, par contre, étaient rarement critiqués pour leur brevetage. J'en conclus que les brevets étaient un outil flexible pour tous praticiens de la santé, les permettant de sauter (pourtant avec effort) entre les exigences du bénéfice et de la bienveillance.

Coline Loison* (Université du Maine) *Les Centres de Lutte Contre le Cancer en France : du projet à la réalisation, débat autour d'une idée et ses interprétations.*

En 1920 le directeur de l'Institut Pasteur, Claudius Régaud, se prononce pour la création de « centres de recherche et d'enseignement ayant comme objet principal le cancer ». Deux ans plus tard il est décidé de la fondation de Centres de Lutte Contre le Cancer dans des villes possédant une Faculté ou une École de médecine.

Cette communication a pour but d'analyser la portée de la circulaire instituant les Centres de Lutte Contre le Cancer en France au début des années 1920, en interrogeant les répercussions cette décision, en étudiant les débats qu'elle engendra et en saisissant les variations de sa mise en pratique.

Il s'agit de rendre compte de la complexité de l'histoire politique et institutionnelle de la lutte contre le cancer en France. Aussi il sera question d'étudier d'une part les archives administratives des centres du Maine-et-Loire, de la Loire-Atlantique et de l'Ille-et-Vilaine et d'autre part les échanges entre ces centres, les préfets et le ministre de la santé. La particularité de la région ouest permet en effet de mettre en perspective les conséquences du débat sur la mise en place des Centres de Lutte Contre le Cancer.

French anti-cancer centers: from the project to its realisation, debates around an idea and its interpretations.

The decision to organize the French system for the fight against cancer was taken in the beginning of the 1920s. The idea was to create cancer specialized centers in the cities that had a medical school or university. This talk aims at analysing the different debates about the establishment of the new law and the outcomes of the creation of the anti-cancer centers. There was a debate about the distribution of the anti-cancer centers on the French territory. Some believed that it was

important to multiply the centers to be closer to the population in order to cure more people. On the other hand some warned that the high cost of the cures would force some centers to lower the quality of their care. As the cities had to decide on the creation of the anti-cancer centers the distribution of these centers was, consequently, random. The study of three centers in the West of France (Nantes, Rennes, Angers) enables us to understand this complex political and institutional history of the fight against cancer in France. The building of three centers in a small area highlights the peculiar organization of the French fight against cancer.

Yannick Le Hénaff (Université de Rouen Laboratoire DYSOLA) *La chirurgie esthétique en procès : entre intérêt thérapeutique et mobilisation professionnelle dans l'entre-deux-guerres en France*

La lourde condamnation du chirurgien Dujarier en 1929 en France, suite à une opération cosmétique malheureuse, et l'importante mobilisation qu'elle suscite, offrent à l'historien un matériau riche pour questionner la mise en place et en scène d'une pratique, la chirurgie esthétique, faiblement légitimée au sein du monde médical. Dans cette communication, basée sur l'analyse de 14 revues médicales, de thèses de médecine et d'ouvrages grand public, nous mettons en évidence les dispositifs langagiers, et donc les "idées", sollicitées pour favoriser un engagement massif dans cette cause. Pour cela, nous prenons appui à la fois sur les travaux d'histoire des sciences s'intéressant aux processus de légitimation des nouvelles connaissances (Oudshoorn, 1993; Gross, Blundo, 2005; Porter, Daston, Dear, 1992, etc.) et à l'histoire et la sociologie pragmatique (Cerrutti, 2008).

Ces mobilisations sont appréhendées sous deux angles : comme des révélateurs d'une manière de cadrer la chirurgie esthétique, mais également comme une possibilité d'identifier ce qui fait sens au sein de l'arène médicale de l'époque. Et cela, tout en tenant compte des ressources relationnelles et des jeux d'acteurs qui constituent un maillage social participant des capacités mobilisatrices. Deux catégories de médecins se distinguent. Les premiers, ne pratiquant pas la chirurgie esthétique considèrent Dujarier comme le symbole d'une médecine en péril, frappée par la machinerie judiciaire. La place croissante prise par les problématiques médico-légales et la syndicalisation exponentielle des médecins français constituent le terreau de ces engagements critiques. Ils militent pour une gouvernance professionnelle écartant les prérogatives du droit et toute régulation extérieure, associées à une approche bureaucratique. Les seconds, à l'activité esthétique établie, s'attachent à démontrer l'intérêt thérapeutique de leur pratique par le biais de trois registres : le *désempêchement* du corps, la prévention de la santé mentale et l'amélioration du système physiologique.

La chirurgie esthétique en procès : entre intérêt thérapeutique et mobilisation professionnelle dans l'entre-deux-guerres en France

The heavy sentences in the trial of the surgeon Dujarier in 1929 in France led to an important mobilization among physicians. The surgeon was condemned because of an improper cosmetic operation, which led to the amputation of the leg of a young woman. This trial offers the historian a wide range of material to query the establishment and the staging of cosmetic surgery, a practice which was barely legitimate within the medical world.

This presentation is based on the analysis of 14 medical reviews, medical theses and on popular books. We will highlight the linguistic devices, and hence ideas, that surgeons and physicians used to mobilize in the Dujarier cause, building on research in the history of science concerned

with the process of legitimizing new knowledge (Oudshoorn, 1993; Gross, Blundo, 2005; Porter, Daston, Dear, 1992, etc.) and both pragmatic history and sociology (Cerrutti, 2008)

This mobilization is regarded in two ways : first, it reveals a way of framing cosmetic surgery, but it is also an opportunity to identify what makes sense in the medical arena at the time. We also take into account the relational resources and the interactions among actors because they are involved in mobilizing capacities. We distinguish two categories of physicians: those in the first do not practice cosmetic surgery and they consider Dujarier a symbol of medicine in danger, related to the legal machinery. The increasing role of forensic issues and the exponential unionization of French physicians are the breeding ground of their mobilization. They advocate for a professional governance without external regulation, especially regulation by the law, but also without any bureaucratic approach. Those in the second category, who practice cosmetic surgery, intend to demonstrate the therapeutic value of their practice through three areas: standardization of the body, prevention in mental health and improvement of the physiological system.

Benoît Majerus (Université du Luxembourg) *Sortir de l'asile, sortir de la psychiatrie ?*

Comme dans les autres pays européens, la Belgique connaît à partir des années 1960 un mouvement social qui plaide en faveur d'une réforme des soins psychiatriques. Et comme dans les autres pays européens, un projet – celui de *L'Équipe* à Bruxelles – va servir de focale pour défenseurs et critiques d'une prise en charge extra-hospitalière. À partir d'entretiens et de dossiers de patients, il s'agit de revenir sur la pratique de *L'Équipe* dans ses années fondatrices aussi bien en s'intéressant à la question de l'espace, des équipes multidisciplinaires ou des (nouvelles?) populations qui y sont prises en charge.

Out of the asylum, out of psychiatry?

As in other European countries, Belgium had from 1960 on several social movements calling for a reform of psychiatric care. And as in other European countries, a project - that of *L'Équipe* in Brussels - served as a focal point for supporters and critics of extra-hospital care. Based on interviews and patient records, the paper focus on the practices of *L'Équipe* in its founding years, both by addressing the issue of space, multidisciplinary teams, and (new?) populations that are hosted.

Lucia Martinez-Moctezuma (Université autonome de l'État de Morelos, Mexique) *Médecins et professeurs : des idées qui se partagent à l'école mexicaine de la fin du XIXe siècle.*

Un intérêt développé pour connaître et mettre en œuvre la méthode objective et le processus intuitive à l'école primaire va favoriser et révéler la participation des médecins, des professeurs et des pédagogues autour des Congrès Hygiénique et Pédagogique au Mexique (1882 et 1889-1890).

Nous retrouvons les problèmes et préoccupations de la seconde moitié du XIXe siècle apparus également dans d'autres pays concernant le mobilier, l'espace, le temps et les méthodes pédagogiques, visant la formation d'un petit citoyen modèle dans une conception *mente y cuerpo sanos*, pour développer leurs facultés physiques, morales et intellectuelles.

Particulièrement dans les deux Congrès d'Instruction Publique (1889-1890) l'uniformité scolaire et les activités physiques seront des sujets importants pour la rédaction des plans et des programmes. Une influence et copie de l'école primaire française s'observe alors.

Mon projet de recherche vise à comprendre de quelle manière le discours médical est reçu, compris et véhiculé par les instituteurs, réunis autour des congrès nationaux. Je m'attacherai particulièrement à la figure du médecin Luis E. Ruiz, ses apports et idées nouvelles depuis l'influence de ses propres voyages en Europe.

Doctors and teachers: ideas shared in the Mexican school of the late nineteenth century

The interest, objective method, and practice of the intuitive process in elementary schools promote and reveal the involvement of doctors, teachers and educators in the context of the Hygienic and Pedagogical Congresses in Mexico (1882 and 1889-1890). Problems such as furniture, space, time and teaching methods, common in other countries, relate to the education of a small model citizen under the conception of a healthy mind in a healthy body, which seeks to develop physical, moral and intellectual faculties. Particularly in the two Congresses of Public Instruction (1889-1890), the school uniform and the practice of physical activities, influenced by the French primary school, were important in the drafting of plans and programs. My proposal seeks to understand how medical discourse was received, understood and conveyed by teachers who participated in national meetings, based on the case of doctor Luis E. Ruiz, whose contributions and ideas come from his travels in Europe.

Sandra Menenteau (Université de Poitiers) *Le « produit des recherches d'un homme sage et sensible ». Principes et réceptions de la « manière de procéder à l'ouverture des cadavres » de François Chaussier (France, XIX^e siècle).*

Professeur d'anatomie à Dijon depuis 1780, François Chaussier est appelé par Antoine Fourcroy en 1794 pour contribuer à la réorganisation de l'enseignement de l'art de guérir que la Convention a supprimé l'année précédente. Parmi les modifications apportées à la formation des praticiens dénommés alors « officiers de santé », Chaussier introduit des leçons de médecine légale. Préoccupé par les questions médico-légales, Chaussier a en effet exprimé, en décembre 1789, devant l'Académie des sciences de Dijon, son souhait qu'un enseignement relatif à la médecine légale soit dispensé à tous les étudiants en médecine afin de les préparer aux éventuelles missions d'expertises que les autorités judiciaires pourraient leur confier.

Artisan et promoteur de cette science en construction au début du XIX^e siècle, François Chaussier y consacre de nombreux travaux et écrits. Il est notamment l'auteur de ce qu'il est permis de considérer comme le premier manuel didactique relatif à l'ouverture judiciaire des cadavres. Ses « Considérations », publiées en 1824 au sein d'un recueil rassemblant plusieurs de ses travaux sur la médecine légale, décrivent les procédés opératoires propres aux examens *post mortem* réalisés sur demande de justice. Chaussier estime que les méthodes usitées par ses confrères médecins et chirurgiens, lors des expertises cadavériques, ne répondent pas aux exigences scientifiques et ne tiennent pas compte des précautions techniques que de tels actes requièrent.

Cette communication ambitionne tout d'abord de présenter le protocole opératoire préconisé par François Chaussier dans le cadre d'une autopsie médico-légale, ainsi que les critiques qu'il formule envers les autres procédés en usage. Il s'agit ensuite d'étudier l'impact de ses recommandations techniques sur la pratique ordinaire des expertises cadavériques : sont-elles

entendues et suivies par les médecins requis par les autorités judiciaires ? Enfin, la dernière question qu'il convient de poser est celle de la filiation : les contemporains et les successeurs de Chaussier, contributeurs à la littérature médico-légale, assimilent-ils et entérinent-ils les règles de l'anatomiste dijonnais ?

"The Product of Research of a Wise and Sensitive Man". Principles and Receptions of François Chaussier's "The Manner of Proceeding to Open Cadavers" in Nineteenth-Century France

In 1794 Antoine Fourcroy called on François Chaussier to reorganize French medical training which the *Convention* abolished the year before. Chaussier was teaching anatomy in Dijon at that time and concerned himself with medico-legal questions. In order to prepare the physicians-to-be for practicing forensic examinations, Chaussier wanted to introduce forensic medical lessons into medical studies.

At the beginning of the 19th century, François Chaussier worked on promoting the new medical science through his numerous writings. In particular he published in 1824 one of the first French didactic handbooks on the methods for the legal examination of dead bodies. Indeed Chaussier strongly criticised the ordinary physicians' techniques for performing forensic autopsies. He reckoned that those processes did not match with the scientific and technical requirements of legal post-mortem examinations.

This paper will first describe Chaussier's operating protocol for medico-legal autopsies and will present the criticism he levelled against the other operating methods. It will then determine whether or not Chaussier's protocol was used by ordinary physicians when they practiced autopsies. Finally it will analyse the potential legacy of Chaussier: were François Chaussier's technical rules assimilated and confirmed by his contemporaries and successors?

Janet Miron (Trent University) *Medicalization, Decriminalization, and the Contested Nature of Suicide in Turn-of-the-Century Ontario.*

In nineteenth-century Ontario, popular attitudes towards suicide underwent a process of medicalization whereby suicide was increasingly rationalized as the result of mental illness. However, by the end of the century and in the early twentieth century, explanations of self-destruction failed to consistently reflect the nascent medical paradigm and, instead, were riddled with contradictory impulses. In spite of an increasing affiliation of self-destruction with mental illness in popular thought and a trend towards the decriminalization of self-destruction, responses to suicide in the late nineteenth and early twentieth centuries remained intertwined with cultural mores that avoided a critique of modernizing society, perpetuated the appearance of social stability, and reinforced racialized assumptions and gender roles. Through a variety of sources ranging from inquest records to articles found in popular, business, legal, and medical journals, this paper explores these issues and highlights the contingencies of responses to suicide. In particular, it documents the contradictory impulse to either condemn self-destruction as a moral crime or to understand it as a sign of pathology. Although the 1892 Criminal Code of Canada removed self-murder as a statutory offence, attempted suicide on the other hand remained a crime that could entail imprisonment, many insurance companies contested the policies of individuals who took their own lives, and both popular and medical literature periodically employed language that condemned suicide as abhorrent. Ultimately, the re-fashioning of suicide as the product of mental pathology or *non compos mentis* did not unilaterally negate the feared

effects of complete decriminalization. Consequently, while a medical interpretation of suicide became increasingly pervasive, it nevertheless continued to co-exist alongside a tendency to see suicide as a crime and result of moral weakness.

Médicalisation, décriminalisation et nature controversée du suicide au tournant du siècle en Ontario.

Medicalization, Decriminalization, and the Contested Nature of Suicide in Turn-of-the-Century Ontario.

Dans l'Ontario du dix-neuvième siècle, le suicide est de plus en plus souvent perçu comme un problème médical et plusieurs avancent l'hypothèse qu'il résulte d'une maladie mentale. Toutefois, dès la fin de ce siècle et au cours des premières années du vingtième, les explications données pour ce geste d'autodestruction ne s'accordent pas toujours avec les principes de la nouvelle hypothèse, laissant plutôt apparaître un enchevêtrement de pulsions contradictoires. En dépit d'une assimilation croissante dans la pensée populaire des idées suicidaires à la maladie mentale et d'une tendance à décriminaliser le suicide, les réactions à ce geste demeurent marquées par une morale qui évite de critiquer la société, perpétue un semblant de stabilité sociale et renforce les idées racistes et sexistes. À partir d'une variété de sources allant de rapports d'enquête à des articles tirés de périodiques populaires, commerciaux, juridiques et médicaux, cette présentation examine ces questions et souligne l'aspect imprévisible des réactions au suicide. Elle documente notamment la contradiction entre le réflexe de condamner l'autodestruction comme crime contre la moralité et celui de l'excuser comme symptôme d'une pathologie. Même si la version de 1892 du Code criminel canadien retire au « meurtre sur soi-même » le statut d'infraction créée par la loi, la tentative de suicide demeure un crime passible d'emprisonnement. De nombreuses sociétés d'assurance continuent d'ailleurs d'invalider la police des suicidés tandis que les journaux, tant populaires que médicaux, qualifient parfois les gestes suicidaires de répugnants. En fin de compte, le repositionnement du suicide comme le résultat « non compos mentis » de la maladie mentale n'a pas unilatéralement annulé les effets redoutés d'une décriminalisation complète. Même si l'interprétation médicale s'impose plus souvent, elle coexiste toujours avec une tendance à considérer le suicide comme un acte criminel et le résultat d'une faiblesse morale.

Silvia Maria Valentina Moya* (Université d'Ottawa) *Le rôle de l'infirmière psychiatrique au sein d'une équipe multidisciplinaire. Cliniques externes de l'Hôpital Montfort, 1976-2006.*

Après la grande dépression, le nombre d'admissions dans les établissements psychiatriques a vu une augmentation significative. Cette augmentation, jumelée à l'arrivée des nouveaux médicaments antipsychotiques, prépare le terrain au mouvement de déhospitalisation psychiatrique en Amérique du Nord. Les services communautaires sont devenus une partie essentielle des soins où le rôle de l'infirmière est devenu crucial dans la prise en charge des patients. En parcourant les archives du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, ce projet vise à évaluer le rôle de l'infirmière au sein d'une équipe multidisciplinaire en pleine période de déhospitalisation psychiatrique. Cette recherche porte sur la deuxième moitié du XX siècle et met l'accent sur les soins de santé primaires. L'étude de cas, utilisée comme approche méthodologique, permet une analyse en profondeur de quelques dossiers de patients ayant un long parcours d'hospitalisation. L'analyse de la section «évaluation psychiatrique» des dossiers médicaux des cliniques externes de l'Hôpital Montfort – où les différents intervenants de

l'équipe multidisciplinaire rédigent leurs notes de façon régulière – permet de mieux comprendre les difficultés du patient, ses problèmes relatifs aux relations familiales et au travail et l'évolution de son estime de soi. Ce projet met en évidence le rôle des infirmières en santé mentale auprès des patients et de leur entourage et du rôle joué par ces dernières au sein d'une équipe multidisciplinaire.

The role of the psychiatric nurse in a multidisciplinary team. Outpatient clinics of the Montfort Hospital, 1976-2006

After the Great Depression, the number of admissions to psychiatric facilities saw a significant increase. This increase, coupled with the arrival of new antipsychotic drugs, prepared the ground for the psychiatric dehospitalisation movement in North America. Community services became an essential part of care and the role of the nurse also became crucial in the management of patients. Using the archives of the Department of Psychiatry at the Montfort Hospital, this project aims to assess the role of the nurse in a multidisciplinary team in a period of psychiatric dehospitalisation. This research focuses on the second half of the twentieth century and focuses on primary health care. The case study, used as a methodological approach, allows in-depth analysis of the journey of a few patients with long hospital courses. The analysis of the document "psychiatric evaluation" in the medical records of outpatients at the Montfort Hospital – where, on a regular basis, different health professionals of the multidisciplinary team wrote their notes – allows us to better understand the difficulties of the patients, their problems, their families and work relationships and the evolution of their self-esteem. This project highlights the role of mental health nurses with patients and their families and the role they played within a multidisciplinary team.

Évy Aude Nazon* (Université d'Ottawa) *La profession infirmière : entre charité et pouvoir.*

L'histoire des infirmières au Québec au tournant du XXe siècle révèle la prédominance des congrégations religieuses catholiques dans les différentes structures de la profession et particulièrement leur rôle essentiel dans la formation des infirmières. En effet, plusieurs communautés religieuses ont dirigé des écoles d'infirmières et contrôlé l'accès à la profession. Les recherches effectuées tendent à souligner l'esprit de charité, de dévouement et d'abnégation qui habitaient les religieuses dans leur prise en charge du nursing et dans la dispensation des soins. Dans cette communication, nous proposons une relecture de la contribution de ces femmes au sein de la profession infirmière. Utilisant la notion de pouvoir pastoral de Michel Foucault, nous voulons montrer que le pouvoir peut prendre différentes formes. En revenant sur les questions de don de soi et de sacrifice, et en dévoilant sous un nouveau jour les intérêts qui étaient en jeu, cette étude permettra de nuancer les analyses qui ont été faites sur l'implication des religieuses dans le nursing.

The nursing profession: between charity and power.

The history of nursing in Quebec at the turn of the twentieth century reveals the predominance of Catholic religious congregations in the different structures of the profession and particularly their essential role in the education of nurses. In fact, many religious communities led schools of nursing and controlled access to the profession. Researchers tend to emphasize the spirit of charity, devotion and self-sacrifice that inhabited the nuns in their treatment of nursing and in health care delivery. In this paper, we propose a new reading of the contribution of these women

in the nursing profession. Using the notion of pastoral power of Michel Foucault, we want to show that power can take different forms. Re-examining the notions of self-giving and sacrifice, and taking into account all the interests at stake, this study will qualify the analyses that have been done on the involvement of religious sisters in nursing.

Maria Neagu (Université d'Ottawa) *Représentations médiatiques francophones de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Canada (1960-2010).*

Cette communication présente les résultats d'une étude exploratoire de la couverture médiatique de trois journaux francophones ontariens – *Le Droit*, *le Voyageur* et *le Nord* – sur le passage de l'enfermement asilaire à la réintégration des ex psychiatisés au sein de la société, à partir de la première vague de désinstitutionnalisation massive qui a marqué les années soixante et soixante-dix, jusqu'aux pratiques alternatives d'aujourd'hui. Ce phénomène de société, commun pour l'ensemble du Canada, est empreint d'une réalité singulière pour les communautés francophones du pays vivant en contexte minoritaire, confrontées à la pénurie des services en français et des ressources satellites francophones. Les difficultés d'accès aux services adaptés et la qualité de ces services, conjuguées à une appréhension généralisée de la maladie mentale, constituent un défi non négligeable pour les familles et la société appelées à participer à la réinsertion sociale des ex-psychiatisés. Si les archives médicales permettent de retracer des fragments des itinéraires de ces sujets toujours vulnérables face à leur maladie (or, bon nombre d'entre eux connaîtront des ré-internements successifs), nous souhaitons nous pencher sur ce rendez-vous d'un succès mitigé entre la société et ses « fous ». À travers la lorgnette de la presse francophone, nous tâcherons d'observer les comportements des uns et des autres dans ce nouveau contexte de ré-appropriation réciproque. À travers quels registres le discours médiatique capte-t-il la présence des ex-psychiatisés au sein de la cité ? Qu'en dit-il sur ce phénomène de société rarement exploré dans l'optique de l'histoire culturelle ? Les résultats préliminaires de cette enquête laissent entrevoir une désinstitutionnalisation à multiples facettes. Tantôt on craint le « fou » coupable d'un acte criminel qui défraie les chroniques des faits divers, tantôt on tente de démystifier la folie en cédant la parole aux spécialistes de la question. Le lecteur francophone sera aussi informé des nouvelles politiques en la matière, mais rarement sera-t-il au fait des défis réels que pose la pénurie des services de réinsertion.

Ontario francophone media on the psychiatric deinstitutionalization in Canada (1960-2010).

This paper presents the results issued from an exploratory study of media coverage of three Ontario French-language newspapers - *Le Droit*, *Le Voyageur* et *Le Nord* - on the transition from the period of asylum confinement to social reintegration of former psychiatric patients. The study explores the period starting in 1960, which corresponds to the first wave of the massive psychiatric deinstitutionalization, to - current alternative practices.

This phenomenon was characterised by some specific difficulties for the Canadian francophone communities confronted by the limited access to French medical services and resources. The lack of appropriate linguistic services, combined with a generalized social understanding of mental illness, became a significant challenge for francophone patients and their families attempting a successful social rehabilitation. Studies based on medical archives trace a part of their itinerary that is punctuated with numerous recurrences of the disease.

Taking into account this reality, it is pertinent to investigate the social acceptance of the “mad

men” through the lens of the Ontario francophone journals. We will examine the discourse in the media in order to observe, on the one hand, the treatment given to the former psychiatric patients and their social trajectories and, on the other hand, how the media represented mental illness and public policies associated with Canadian deinstitutionalisation. Our study is inspired by a cultural history approach and intends to contribute to the understanding of one of the most complex aspects of Canadian modernisation.

The preliminary results suggest a multifaceted deinstitutionalization of former psychiatric patients. Sometimes society seemed to be frightened of the “mad men”, depicted as protagonists of criminal acts; sometimes the press tried to demystify madness by giving a voice to doctors and specialists. The Ontario French readers were also sporadically informed about new policies concerning deinstitutionalisation, but rarely advised about the available services in the social rehabilitation field.

Ornella Nzindukiyimana* (Western University) *Bathing Bodies and Healthy Minds: Examining the Role of Ottawa’s Public Baths in 1924.*

At the turn of the 20th century, the concept of “a healthy mind in a healthy body” was embraced in North America, as notions of hygiene became a concern across all social classes. Particularly, with migrations to cities that took place during the Industrial Revolution, cities were ill equipped to receive migrants, and, especially, hygiene facilities were lacking, prompting municipalities to react. In the now heavily populated urban areas, working classes were at risk of the spread of diseases, and this threatened all classes. Social reformers were also concerned that unclean bodies led to corrupt behaviors. Public baths were, therefore, a solution, and they solved more than one problem. Public baths were initiated to provide a space where lower classes could attend to their hygienic needs. Instigated in 19th century Europe, public baths became common in large cities such as Montreal and Toronto by the end of the century. These early baths’ sole purpose was to allow the public to bathe; they were mostly designed as large basins where multiple people could immerse themselves for a limited amount of time. Ottawa, a relatively small city, did not have its first public baths until 1924. The only two public baths in the city—the Champagne and Plant baths—were located lower class neighborhoods. By this time, bathing facilities were more commonly found in homes. A study of the year in which Ottawa’s baths were inaugurated indicated that they fulfilled the same role one may expect of contemporary community swimming pools. The baths hosted swimming lessons as well as swimming competitions; they also provided water safety education and practice space to local swimming teams. However, cleanliness was still a driving force behind the establishment of the baths: patrons were expected to follow a strict hygienic protocol. This demonstrates that a shift in the role of the public bath was in effect: bodies were expected to benefit from the wholesome exercise of swimming, and bathing was not the priority. Through swimming, instigators of the baths saw an opportunity to help nurture the bodies, and, consequently, the minds of Ottawa’s men, women, and children.

Esprits sains et corps en baignade : Une analyse des bains publics d’Ottawa (1924)

Au tournant du XX^e siècle, le concept de « l’esprit sain dans un corps sain » pris de l’importance en Amérique du Nord alors que tous les niveaux de classes sociales étaient préoccupés par les notions de l’hygiène. Les bains publics, originaires de l’Europe du XIX^e siècle, permettaient aux

citadins, surtout ceux de la classe ouvrière, de subvenir à leurs besoins hygiéniques. Vers la fin du XIXe siècle, les bains publics étaient de mise dans les grandes métropoles telles que Montréal et Toronto. Ces bains étaient des grands bassins dans lesquelles un bon nombre de personnes pouvaient s'immerger pendant une durée limitée. Ottawa, une ville relativement petite, n'a inauguré ses deux seuls et uniques bains publics qu'en 1924, alors que la plupart des citoyens de la ville disposaient déjà d'une salle de bain à domicile. Une analyse des archives indique qu'à leur inauguration les bains publics d'Ottawa (les bains Champagne et Plant), n'étaient pas de simples bassins : ils remplissaient les mêmes rôles que les piscines publiques contemporaines. On y organisait des compétitions de natation et de plongée, les athlètes pouvaient s'y entraîner et l'on offrait des leçons de natation de même que des formations de sauvetage. L'hygiène corporelle est tout de même restée une priorité, car les clients étaient tenus de suivre un strict protocole d'hygiène. À travers les bains d'Ottawa, nous observons la transformation du rôle des bains public. Pour les instigateurs des bains, c'était l'opportunité d'entretenir les corps et les esprits des hommes, des femmes et des enfants d'Ottawa. Après tout, les deux bains furent bâtis dans des quartiers ouvriers : plus qu'une simple baignade, on s'attendait à ce que les nageurs bénéficient pleinement de l'exercice physique que leur offraient la natation.

Steven Palmer (University of Windsor) *Man and His Health: Medicine and Healing at Expo 67*. The 1967 World's Fair, held in Montreal under the banner, "Man and His World", dedicated significant space and resources to a participative consideration of medicine, health care and public health. One pavilion was devoted to these themes. Dubbed "Man and His Health," and designed by architect Arthur Erickson as a twin to his spectacular "Man in the Community" spire, the pavilion combined a futuristic and experimental media presentation of the wonders of "high tech" medicine with questions of international health and challenges facing developing countries. It also explored the role of spirituality and community in keeping societies healthy. The paper revisits Man and His Health, offers a history of its production, situates it in relation to the rest of the Expo 67 site, and compares it to representations of health and medicine at previous world's fairs.

L'Homme et la Santé. Médecine et guérison à l'Expo 67

L'exposition universelle de 1967, tenue à Montréal sous le thème de « Terre des Hommes », a consacré une portion importante de son espace et de ses ressources à la médecine, aux soins de santé et à la santé publique. Un pavillon complet dédié à ces problématiques, appelé « L'Homme et la Santé », conçu par l'architecte Arthur Erickson comme un complément à son spectaculaire « L'Homme et la Cité », combinait une présentation média futuriste et expérimentale des merveilles technologiques de la médecine avec un examen des principales questions de santé mondiale et des défis auxquels faisaient face les pays en voie de développement. Il explorait aussi le rôle que jouent la spiritualité et la communauté dans le maintien des sociétés en santé. Cette communication revient sur l'exposition L'Homme et la Santé, propose une histoire de sa conception et de sa production, tout en la situant dans le contexte plus général de l'Expo 67 et en la comparant aux représentations de la médecine et de la santé faites dans les expositions universelles précédentes.

Séverine Parayre (Institut Catholique de Paris, France) *Des idées médicales qui changent le rôle de l'enseignant (XIXe siècle France)*

A partir de la première grande enquête établie par le ministère de l'Instruction publique en 1860 auprès des instituteurs ruraux, nous proposons une étude plus précise des idées médicales reçues, comprises et véhiculées par ces instituteurs. L'enquête a concerné 5940 enseignants sur l'ensemble du territoire français et nous en avons étudié 2083 (31 départements français), en choisissant des départements caractéristiques de l'avancée et du retard de l'instruction et de la médicalisation en France (de l'Ouest à l'Est, du Nord au Sud). Si la question posée aux instituteurs est générale : « Quels sont les besoins de l'instruction primaire dans une commune rurale, au triple point de vue de l'école, des élèves et du maître ? »¹, nous découvrons qu'ils ont aussi été influencés par la médecine de leur époque et fortement concernés par le manque de médecin et les problématiques de santé des élèves et des populations. Bien que la grande majorité des enseignants ne parle pas de la médecine et ne semble pas inspiré par les nouvelles idées médicales de leur époque, certains se sont davantage exprimés à ce sujet, n'hésitant pas à s'emparer de nouveaux savoirs médicaux désireux de les utiliser pour eux-mêmes et de les transmettre aux populations. Il est intéressant de noter également des variations entre les régions françaises dans l'incorporation d'idées, et dans les influences, le corps enseignant ne formant pas une unité dans ce domaine. Certains enseignants volontaires et indépendants s'approprient des savoirs qu'ils transforment et adaptent aux populations locales, à l'exemple d'un instituteur du Nord Est (Alsace) témoignant guérir de la gale par de simples frictions. D'autres sont très soucieux de suivre les préceptes médicaux à la lettre et désirent une véritable collaboration avec le personnel médical à l'exemple d'un instituteur du Sud-Ouest (Aveyron) revendiquant des visites médicales une fois par mois dans son école, jugeant le médecin plus compétent. Nous présenterons en détail ce que révèle le corpus pour la circulation des idées médicales et leur influence et bouleversement dans le rôle et les activités pédagogiques de l'enseignant.

Medical ideas which change the role of the teacher (19th century France)

From the first great survey established by the ministry of education in 1860 on the rural teachers, we propose a more precise study of the medical ideas received, understood and conveyed by these teachers. The survey concerned 5940 teachers from the whole French territory. We studied 2083 of them (31 French departments), by choosing departments characteristic of the progress and delay of the instruction and medicalization in France (from west to east and north to south). If the question asked to the teachers was wide in topic: "What are the needs for primary education in a rural district, from the triple point of view of the school, pupils and of the Master?"², we discovered that they were concerned with the lack of doctors and with the health problems of the pupils and other populations. Although the majority of the teachers did not talk about medicine and did not seem inspired by the new medical ideas of their time, some were more expressive on this subject, eager to seize new medical knowledge to use it for themselves and to transmit it to others. It is interesting to also note variations among the French regions in the incorporation of ideas and their influences. The teaching staff was not in unison in this field. Some volunteer and independent teachers appropriated knowledge which they transformed and adapted to local populations, as for example a teacher of North East (Alsace) testifying that scabies could be cured simply by friction. Others were very anxious to follow the medical precepts literally and wanted true collaboration with medical staff, as is shown by the the

¹ Arrêté du 12 décembre 1860 ouvrant un concours entre les instituteurs publics sur une question de pédagogie.

² Decree of December 12th, 1860 opening a competition enters the public teachers on a question of pedagogy.

example of a South-west (Aveyron) teacher asserting that once-a-month medical visits in his school, made him judge the doctor more qualified. We will present in detail what this research reveals on the circulation of medical ideas and their influence and upheaval for the role and teaching activities of the teacher.

Alexandre Pelletier-Audet* (Université d'Ottawa) *Quitter sur un nuage : Le suicide par intoxication médicamenteuse au Québec, 1950-1970*

À partir du début des années 1950, le développement de la psychopharmacologie a provoqué un grand élan d'optimisme en psychiatrie clinique. De nouvelles molécules permettaient d'envisager le traitement psychiatrique à l'extérieur de l'asile, au moment même où les effectifs sans cesse grandissants de psychiatres et de médecins généralistes parvenaient à offrir des soins à une clientèle de plus en plus vaste. Or, ces barbituriques et antipsychotiques, prescrits à des gens de tous acabits sociaux pour alléger des troubles psychotiques ou anxieux, étaient laissés entre les mains de ces individus, désormais jugés capables et responsables de leur auto-administration.

Les *Archives du Coroner* offrent un sombre témoignage de cette diffusion des soins psychiatriques communautaires au Québec dans la période qui a immédiatement précédé la désinstitutionnalisation : on y remarque des décès par intoxication volontaire de barbituriques dès le milieu des années 1940, souvent chez des gens n'ayant jamais séjourné en institution psychiatrique. Comme l'a remarqué John Weaver (2014) pour la Nouvelle-Zélande, ce mode de suicide par intoxication médicamenteuse monta en flèche au Québec après la Seconde Guerre Mondiale, remplaçant dans les statistiques les empoisonnements douloureux avec divers produits domestiques. À l'inverse, cette nouvelle pharmacopée promettait une *mort douce*, le sommeil éternel, en plus de la possibilité d'être secouru à temps.

À partir d'une analyse des dossiers des *Archives du Coroner* du district de Montréal, je voudrai rendre compte de la réaction des autorités (judiciaires, médicales et gouvernementales) face à ce phénomène : quelles furent les investigations menées par les policiers ou par le Bureau du Coroner dans de telles enquêtes? Que chercha-t-on à apprendre sur les états d'âme et sur le comportement des suicidés? Voulut-on savoir comment les victimes se procurèrent ces médicaments? Qu'a-t-on relevé à propos du rôle des médecins dans le suivi de ces individus? Est-ce que des mesures ou des stratégies ont été mises en place pour prévenir de telles situations?

Leaving on a cloud: Suicide by barbiturate poisoning in Quebec, 1950-1970

Beginning in the early 1950s, the advent of modern psychopharmacology led to a renewal of optimism within clinical psychiatry. New molecules generated such good results that the treatment of psychotic mental illness became fathomable outside of the asylum structure, whilst the growing cohorts of psychiatrists and general practitioners within the province of Quebec offered out-patient psychiatric health care to ever-increasing segments of the population. However, these barbiturates and antipsychotics, prescribed to people from all social levels in order to alleviate mild to severe anxious or psychotic troubles, were left in the hands of these individuals who were now held to be capable and responsible of self-administration.

The archives of the *Bureau du coroner du Québec* offer a sobering testimony of this dissemination of community psychiatric care in the province, during the period that immediately preceded the institutional breakdown of the asylum: it is possible to find verdicts of suicide by barbiturate intoxication as early as the mid-1940s, often among victims who had never been institutionalized. As was observed recently by John Weaver (2014) in the case of New Zealand,

this mode of suicide quickly rose after World War II, taking over a statistical niche that was previously held by gruesome and painful poisonings with various domestic (mostly cleaning) products. Inversely, it became widely believed that these new sedative drugs promised a *mort douce*, in the allegorical form of eternal sleep, whilst also leaving open the possibility of being rescued in time.

Based on an analysis of coroner case files from the district of Montreal, I will be investigating the reaction of authorities (judicial, medical, and governmental) to this phenomenon: which investigations were carried out by police or by the Coroner's office in such inquiries? What were they trying to understand about the actions or emotions of the victim? Were they trying to resolve how these people acquired this medication? What were they trying to notice regarding the practices or responsibilities of doctors, pharmacists and other medical staff? Finally, were any measures or strategies drawn out or undertaken in order to prevent such occurrences?

Diane Purvey (Polytechnic University) *History in Practice: Crafting Community-Informed Mental Health Curriculum.*

History in Practice: Community-informed Mental Health Curriculum is a set of post-secondary educational materials that harness the lessons of history alongside the power of the internet to create a unique set of classroom materials for programs training people to work in the mental health field. This presentation will provide an overview of the new site, scheduled to go live in early 2015 as part of the History of Madness in Canada website, and explain the process of intensive and ongoing community consultation that was used in creating the History in Practice materials.

Based the premise that education can be a powerful force in changing attitudes and practices, History in Practice offers a set of web-based teaching resources for educators who are in post-secondary programs in nursing, medicine, social work, law, education, community support, and policing. Community experts—people who have received mental health services—shared ideas about better equipping practitioners to improve these services and, consequently, the health and wellbeing of those who receive them. Together, we identified key educational themes and then used our historical data to find engaging intersections between past and present. Integrated into the curricula in a wide array of practice disciplines, these teaching materials will foster an appreciation among students about the history of deinstitutionalization and its legacies. Project community experts have added their reflections through writing, film, art and classroom activities, connecting the past and the present.

L'Histoire en pratique : La réalisation de programmes psychiatriques en accord avec la communauté

L'Histoire en pratique : La réalisation de programmes psychiatriques en accord avec la communauté est une série d'outils pédagogiques destinée à l'enseignement supérieur qui met à profit les leçons tirées de l'Histoire avec les ressources de l'Internet pour créer un ensemble unique d'outils scolaires pour les programmes de formation dans le domaine de la psychiatrie. Cette présentation vise à dévoiler les principales caractéristiques de ce nouveau site, qui doit être lancé en 2015 dans le cadre du site Internet l'Histoire de la folie au Canada et explique le processus de consultation soutenue de la communauté qui est en cours et qui a été utilisé pour créer les ressources de l'Histoire en pratique.

Partant du postulat selon lequel l'éducation peut être une puissante force pour changer les attitudes et les pratiques, l'Histoire en pratique propose un ensemble de ressources pédagogiques en ligne pour les enseignants travaillant dans les programmes d'enseignement supérieur en soins infirmiers, en médecine, en assistance sociale, en droit, en éducation, en criminologie ou au soutien de la communauté. Les experts issus de la communauté (les personnes qui ont reçu des traitements psychiatriques) ont proposé des idées pour mieux préparer les praticiens à améliorer ces services et, en conséquence, la santé et le bien-être des bénéficiaires. Ensemble, nous avons identifié des thèmes pédagogiques clés et ensuite nous avons utilisé nos données historiques pour trouver des intersections stimulantes entre le passé et le présent. Avec ces ressources pédagogiques, intégrées dans un programme et dans un vaste ensemble de disciplines pratiques, les étudiants s'intéresseront d'avantage à l'Histoire de la désinstitutionnalisation et son héritage. Les experts issus de la communauté ont apporté leurs réflexions à travers des écrits, des films, de l'art et des activités en classe, pour faire le lien entre le passé et le présent.

Jonathan Reinarz (University of Birmingham) *'From isolation to integration: the treatment of burns patients in Britain, c.1845-1950'*

The history of hospital care for burns cases can be summed up neatly by the terms 'isolation' and 'integration'. With the establishment of British voluntary hospitals in the eighteenth century, ever greater numbers of domestic accidents and industrial injuries, including burns, were treated in medical institutions. Not all cases, however, were so fortunate. Children, 'women heavy with child', the mentally ill and those with venereal diseases were just some of those who were famously excluded from general hospitals. The high mortality associated with serious burns necessitated treatment in hospitals, however, such cases were deemed as potentially disruptive. As a result, the first separate burns unit was set up in Edinburgh in 1845. Gradually, and reluctantly, other institutions open their doors to these serious, yet also potentially disruptive, cases.

In the 20th century, separate, yet strategically located, burns units became the norm in Europe and North America. It became apparent that burns were more than just injuries to the skin and potentially impacted upon many of the body's systems. In the First World War, burns victims' vulnerability to shock was slowly recognised, and teams of ENT and dental surgeons undertook some pioneering reconstructive surgery in this field. By the 1930s, units gained cardiologists, renal and liver specialists to deal with, for example, the impact of hypermetabolism precipitated by serious burns. In the 1940s and 50s, infection control was prioritised and the case was made for burns victims to remain isolated in separate burns units. With survival rates increasing significantly in the late 1940s, the focus turned to the full psychological recovery of those suffering severe burns, and psychologists joined these uniquely integrated trauma teams. In more recent years, social workers, orthopaedic surgeons and physiotherapists have augmented these teams which assist and reintegrate patients into former communities. This paper will explore the historical development of multi-disciplinary teamwork in British burns units, which remain highly integrated, yet equally isolated within the provisions of institutional medicine.

«De l'isolation à l'intégration: le traitement des grands brûlés en Grande-Bretagne, vers 1845-1950»

L'histoire des soins hospitaliers des grands brûlés peut être résumée clairement par les termes «isolation» et «intégration». Avec la création des hôpitaux de charité britanniques au XVIII^{ème}

siècle, un plus grand nombre de blessures liées aux accidents domestiques ou industriels, y compris des brûlures, furent traités en milieu hospitalier. Cependant, tous n'étaient pas si chanceux. Les enfants, les femmes enceintes, les malades mentaux, et les patients souffrants de maladies vénériennes ne sont que quelques exemples de cas exclus des hôpitaux généraux. Le haut taux de mortalité associé aux brûlures graves nécessitait un traitement en milieu hospitalier, mais ces cas étaient considérés comme potentiellement perturbateurs. Ainsi, la première unité spécifique aux traitements des grands brûlés fut installée à Edinbourg en 1845. Peu à peu, mais à contrecœur, d'autres institutions ouvrirent leurs portes à ces cas graves, mais aussi potentiellement perturbateurs.

Au XXe siècle, des centres séparés pour le traitement des grands brûlés, mais stratégiquement placés, deviennent la norme en Europe et en Amérique du Nord. Il devient apparent que les brûlures sont plus que de simples blessures de la peau et qu'elles peuvent avoir un impact sur plusieurs systèmes du corps humain. Pendant la 1^{ère} Guerre mondiale, on reconnaît lentement la vulnérabilité des victimes de brûlures, et des équipes de chirurgiens dentaires et ORL font un travail de pionnier dans le domaine de la reconstruction faciale. Dans les années 1930, ces centres accueillent désormais des cardiologues et des spécialistes du foie et des reins pour s'occuper, par exemple, de l'impact de l'hypermétabolisme provoqué par des brûlures graves. Dans les années 1940 et 1950, on privilégie le contrôle des infections et l'on préfère que les victimes restent isolées dans des centres spécialisés pour les grands brûlés. Avec un accroissement significatif du taux de survie vers la fin des années 1940, on s'intéresse davantage au rétablissement psychologique complet des victimes de brûlures graves et des psychologues se joignent maintenant à ces équipes de traumatisme intégrées de façon singulière. Plus récemment, des travailleurs sociaux, des chirurgiens orthopédistes, et des kinés intègrent ces équipes qui aident et réintègrent les patients dans leurs communautés. Cet article explore le développement historique du travail d'équipe interdisciplinaire des centres britanniques pour grands brûlés qui restent hautement intégrés, mais également isolés parmi les prestations de la médecine institutionnelle.

Amy Samson* (University of Alberta) *Guidance Clinics and Eugenic Sterilization in Western Canada, 1929-1972.*

Established in 1929 in Alberta and 1932 in British Columbia, guidance clinics were part of an international trend in channeling resources towards preventative measures, indicating a move away from biological reductionist understandings of mental deficiency and towards considerations for environmental factors. The clinics aimed to assist individuals, predominately children, in adjusting to their surroundings and more generally to society, with the intention of preventing serious mental illnesses. In western Canada, where Alberta and British Columbia maintained eugenics programs, they also served to direct children with mental deficiencies towards sexual sterilization. Additionally, guidance clinics provided a variety of professionals, particularly those engaged in child welfare work, with a way to engage with the new sciences of eugenics and mental hygiene outside the formal setting of a psychiatric institution or training school.

Although both provinces implemented a eugenic sterilization policy, Alberta was far more aggressive in its use of the legislation, amending it twice to expand the program's scope and efficiency, including allowing guidance clinics to present individuals for sterilization as outpatients. British Columbia, in comparison, maintained the initial provisions of the Act.

Consequently it remained tied to an institutional context, and did not develop a network of professionals who contributed to the program to the same extent as Alberta. Their different approaches to eugenic sterilization resulted in a disparity in the numbers sterilized by two the provinces. British Columbia, for instance, sterilized no more than a few hundred, whereas Alberta sterilized 2834 individuals. Through an examination of guidance clinics in both provinces, this paper will consider the specific characteristics of the two programs, particularly with respect to the relationships between the psychiatric institutions, Eugenics Boards, and broader community health and educational services.

Cliniques d'orientation et stérilisation eugénique dans l'Ouest canadien, 1929-1972

Créées en 1929 en Alberta et en 1932 en Colombie-Britannique, les cliniques d'orientation s'inscrivirent dans une tendance internationale à canaliser des ressources privilégiant les mesures préventives. Ce mouvement indique l'abandon progressif d'une vision biologique réductionniste de la déficience mentale au profit de la reconnaissance des facteurs environnementaux. Les cliniques eurent pour mission d'aider les individus, majoritairement les enfants, à s'ajuster à leur milieu et, plus généralement, à la société, afin de prévenir les maladies mentales graves. Dans l'Ouest canadien, où l'Alberta et la Colombie-Britannique maintinrent des programmes eugéniques, ces cliniques représentèrent également un moyen de mener les enfants souffrant de déficiences mentales à une stérilisation sexuelle. Par ailleurs, les cliniques d'orientation devinrent pour une variété de professionnels, particulièrement ceux impliqués dans les services d'aide sociale à l'enfance, une manière de se familiariser avec les nouvelles sciences de l'eugénisme et de l'hygiène mentale en dehors du cadre formel que sont les institutions psychiatriques ou les écoles d'apprentissage.

Bien que les deux provinces mirent en place une politique de stérilisation eugénique, l'Alberta s'avéra plus agressive dans son utilisation de la législation, l'amendant par deux fois afin d'étendre le programme, notamment en autorisant les cliniques d'orientation à présenter les individus candidats à la stérilisation comme des patients externes. La Colombie-Britannique, en comparaison, maintint les provisions de l'Acte. A travers un examen des cliniques d'orientation dans les deux provinces, cette présentation se penchera sur les caractéristiques spécifiques des deux programmes, particulièrement en ce qui a trait aux relations entre les institutions psychiatriques, les commissions de l'eugénisme et les services éducatifs et de santé communautaire.

Michel Shamy (University of Ottawa) *Ideas of Disease: The "Acute Stroke" in Historical and Philosophical Context.*

How do doctors make decisions? To a large extent, contemporary physicians' decisions in the management of patients would appear to depend upon how they conceive of diseases and of their treatments. This paper seeks to explore how physicians understand the disease referred to as the "acute stroke" as a first step towards arriving at a conceptualization of decision-making in the matter of acute stroke treatment. Specifically, I analyze the "acute stroke" from historical, epistemic and ontological perspectives. I argue that contemporary physicians understand the "acute stroke" as a stroke (a blockage in blood flow to the brain) treatable through the use of the clot-busting drug tissue plasminogen activator (tPA). Moreover, I propose that this particular conceptualization developed between 1958 and 1995 in reference to a set of historical preconditions, by which I mean interwoven concepts arising within neurological anatomy, physiology and pathology. Building from the work of 20th century philosopher of medicine Ludwik Fleck, I suggest that the contemporary meaning of the acute stroke can be understood

only in relation to its place in the history of these ideas. The “acute stroke” therefore serves as an example of the ways in which historical concepts influence contemporary practice: 21st century concepts are contingent on the interpretation of past ideas, can vary between physicians, and may serve to define the boundaries between communities of medical experts. Acute stroke decision-making, and physician decision-making more broadly, can therefore be understood as a process with historical, epistemic, ethical, social and psychological dimensions.

Médecins, maladies et idées: L’AVC aigu dans son context historique et philosophique

Comment les médecins prennent-ils leurs décisions? Comme point de départ, les décisions des médecins contemporains devraient être reliées de manière importante aux conceptualisations des maladies et des traitements. Cette présentation considère comment les médecins comprennent la maladie appelée “acute stroke” (accident vasculaire cérébral aigu ou AVC aigu) comme première étape dans un processus qui vise à conceptualiser la prise de décision médicale des points de vue historique, épistémique et ontologique. Ma contribution est influencée par les idées de Ludwik Fleck (1896-1961), philosophe et médecin polonais. Je propose que les médecins contemporains comprennent l’AVC aigu comme AVC qui peut être traité par l’utilisation du médicament thrombolytique nommé alteplas. En plus, je propose que cette signification particulière se soit développée entre 1958 et 1995 en référence à une collection de préconditions historiques, notamment des idées provenant de l’anatomie neurologique, la physiologie et la pathologie. Je suggère que la signification de l’AVC aigu dans l’ère contemporaine ne peut être comprise qu’en relation avec sa place dans l’histoire de ces idées. L’AVC aigu sert comme exemple de la manière dont les idées historiques continuent à influencer la pratique médicale contemporaine: nos idées dépendent des antécédents historiques et de leurs interprétations, peuvent varier entre médecins, et définissent les frontières entre les communautés médicales. La prise de décisions médicale dans le traitement des patients avec AVC aigu, comme la prise de décisions médicale plutôt généralement, peut alors être comprise comme processus avec dimensions historique, épistémique, éthique, sociale et psychologique.

Shannon Stettner (York University) *Defining “A full and productive life”: Canadian Public Opinion of Abortion and Disability during the Thalidomide Crisis.*

Thalidomide was approved for distribution in Canada in 1961. Used as a painkiller and tranquilizer, it was discovered to help pregnant women deal with nausea. Although concerns were raised in December 1961 that the drug resulted in congenital malformations, it remained on the market until the spring of 1962. In the summer of that year, Sherri Finkbine, a married mother of four and the host of a popular American children’s television program, made international headlines when she sought to have an abortion following consumption of the drug. After failing to secure an abortion in Arizona, Finkbine obtained a legal abortion in Sweden where it was confirmed that the fetus was “deformed” (Clow, 45-66).

Finkbine’s story, which was covered widely in the Canadian print press, and the Thalidomide Crisis more generally, prompted public discussions of the morality of abortion and offers a good case study for examining public opinion about abortion in the context of anticipated disability. Historian Leslie J. Reagan argues of the American abortion debate that “the uncomfortable truth is that the fear of disabilities opened up the first respectful public conversation about abortion...that listened to women telling why they believed they needed an abortion.” Using letters to the editors of Canadian newspapers and magazines, this paper

explores perceptions of abortion in response to the fear of fetal “abnormalities.” Advocates both for and against the termination of such pregnancies claimed that their position was the moral one, arguing either that babies born of these pregnancies were left to “a lifetime of bitter agony” or that they could expect to live “a full and productive life.” This dialogue reveals ideas guided by religious beliefs as well as perceptions of the responsibility of governments in the cost of caring for Canadians with physical challenges. Letters to the editor also draw on women’s experiences with pregnancy and motherhood as well as peoples’ lived experiences with disability.

Définir « une vie riche et productive » : l'opinion publique canadienne sur l'avortement et l'invalidité durant la crise de la Thalidomide.

La crise de la thalidomide a suscité des discussions publiques sur les questions morales autour de l'avortement. Ce sujet permet d'examiner l'opinion publique à propos de l'avortement dans le contexte d'un handicap anticipé. À propos du débat sur l'avortement aux États-Unis, l'historienne Leslie J. Reagan soutient que « la vérité qui dérange est que la crainte du handicap a ouvert le premier débat public respectueux sur l'avortement [...] qui a écouté les femmes dire pourquoi elles ont cru qu'elles avaient besoin d'un avortement. » Cette communication s'appuie sur des lettres aux éditeurs de journaux et de magazines canadiens, pour explorer les perceptions sur l'avortement dans les cas « d'anomalies » chez le fœtus. Tant les opposants que les défenseurs du droit à mettre fin à ce type de grossesses ont affirmé que leur position était morale, en faisant valoir soit que les bébés nés de ces grossesses étaient voués à « une vie de souffrances amères », ou qu'ils pouvaient s'attendre à vivre « une vie riche et productive ». Ce dialogue révèle des idées guidées par des croyances religieuses ainsi que les perceptions sur la responsabilité des gouvernements face aux coûts des soins pour les Canadiens vivant avec des *défis physiques*. Les lettres exposent également les expériences des femmes avec la grossesse et la maternité, ainsi que les expériences vécues par les personnes handicapées.

Peter Twohig (Saint Mary’s University) *“The most suitable worker” : The renegotiation of nursing practice in Ontario, 1945-1970.*

In the period following the Second World War, hospitals in Ontario grappled with a shortage of nurses that prompted the renegotiation of nursing practice in the province. This paper will examine the introduction of “registered” or “certified” nursing assistants. Specifically, the paper will examine the regulation of this nursing assistants through the creation of approved training programs, the creation of a registry, and through other means. Nursing assistants occupied an important position in the reorganization of nursing labour in these years, intentionally positioned between registered nurses and a pool of other support workers, such as practical nurses and ward aides. Nursing assistant training programs were established throughout Ontario. Some were operated by the Department of Health, while others were located in hospitals. To facilitate access to training, some programs were even created in selected public secondary schools. Through these programs, a credentialed community of practice was rapidly established. From 1946 to 1959, 4840 nursing assistants were registered in Ontario. Between 1960 and 1966, more than 12,000 nursing assistants were registered and in the final three years of the 1960s, 17,723 were registered. This reflected not only changing training opportunities but also the increasing importance of registration for this segment of the nursing labour force. As these data indicate, nursing labour in Ontario was effectively reorganized to meet the changing service needs of hospitals and, importantly, registered nurses effectively managed the critical issue of

encroachment, at least for the time being. The system of registration created in Ontario effectively legitimated the participation of RNs in the regulation of nursing assistants. Registered nurses also participated in important ways in the governance of nursing assistants, in overseeing education programs, and in supervising the clinical work done by nursing assistants. Finally, the shift toward recognizing “registered nursing assistants” acknowledged that nursing labour was undergoing segmentation, with tasks being increasingly divided among different kinds of workers.

“The most suitable worker”: *The renegotiation of nursing practice in Ontario, 1945-1970.*

Durant la période suivant la Seconde Guerre mondiale, les hôpitaux ontariens ont dû faire face à une pénurie d'infirmières, cela conduisant à une redéfinition de la pratique des soins infirmiers. Cette étude s'intéressera à l'introduction des infirmières auxiliaires « autorisées » ou « diplômées ». Elle traitera en particulier de la réglementation encadrant les infirmières auxiliaires au travers notamment la mise en place de programmes de formation agréés et de la création d'un registre. Les infirmières auxiliaires ont joué un rôle important dans la réorganisation de la profession infirmière à cette époque grâce à leur position stratégique entre les infirmières autorisées et un bassin d'autres fonctions de soutien telles que les aides-infirmières. Des programmes de formation à l'intention des infirmières auxiliaires ont été déployés dans l'ensemble de l'Ontario. Certains étaient administrés par le ministère de la Santé, tandis que d'autres prenaient place dans les hôpitaux. Pour faciliter l'accès à cet enseignement, des cours ont même vu le jour dans des écoles secondaires publiques sélectionnées. Dans le cadre de ces programmes, une communauté de professionnels accrédités s'est rapidement développée. De 1946 à 1959, 4 840 infirmières auxiliaires étaient enregistrées en Ontario. De 1960 à 1966, leur nombre dépassa les 12 000 pour atteindre 17 723 de 1967 à 1969. Ces chiffres reflètent non seulement l'évolution des possibilités de formation, mais aussi l'importance croissante des autorisations accordées à cette branche du personnel infirmier. Les données témoignent d'une réorganisation efficace de la profession infirmière en Ontario afin de répondre aux besoins changeants des hôpitaux en services et, surtout, d'une gestion réussie par les infirmières autorisées de la question cruciale de l'empiètement, au moins jusqu'à nos jours. Le système d'autorisation créé en Ontario a légitimé avec succès la participation des infirmières autorisées dans la réglementation de la profession d'infirmière auxiliaire. Les infirmières autorisées ont également largement contribué à la supervision des infirmières auxiliaires, à l'encadrement de leur pratique médicale et à l'orientation des programmes de formation. La reconnaissance progressive des « infirmières auxiliaires autorisées » a finalement été le signe d'une segmentation de la profession, les tâches y étant reliées étant de plus en plus divisées entre différents types de travailleurs.

Kylie Valentino* and **Eileen O'Connor** (University of Ottawa) *Educating the Public on Health Risks and Swimming Pools: Towards a History of Residential Pool Bylaw Legislation in Ottawa during the 20th Century.*

Exploring the development, design and use of swimming pools provides a unique vantage of how values and interest in safety, hygiene, therapeutic and physical activity programming are implicit in water-related policies and provisions. Drowning has long been a leading cause of unintentional death of young children under 5 years old worldwide (World Health Organization, 2008). By the mid 1960s, cities in the United States and Australia legislated self-enclosing gates and locked pool enclosures for backyard pools on private property. The objective of this

presentation is to examine the history of policies and legislation on private pool safety in Ottawa within the context of increased emphasis on the importance of preventative measures such as teaching swimming and water safety around pools. It will examine evolving understandings and knowledge on issues related to barriers against unintended access to pools; increased adult supervision, pool alarms and more inclusive training in water safety and cardiopulmonary resuscitation (CPR).

This study will adopt a mixed methods approach. Quantitative data will be obtained from government records on the introduction of bylaw legislation, number of permits, infractions, drowning rates, and near-drowning rates. We will also conduct a qualitative data analysis of themes that emerge from visual records of public health and safety organizations like the Red Cross and the Royal Lifesaving Society of Canada who developed safety promotional campaigns on drowning prevention. This case study on the history of private pool safety legislation in Ottawa will contribute to the international literature on understanding the development and assessment of most effective private pool safety regulations and strategies for user compliance.

L'éducation du public sur les risques de la piscine: Vers une histoire des règlements sur les piscines résidentielles à Ottawa au cours du 20e siècle

Explorer le développement, la réalisation et l'utilisation des piscines offre une vue unique de la façon dont les valeurs et les intérêts en matière de sécurité, d'hygiène, de thérapeutique et de programmes d'activité physique sont implicites dans les politiques et les dispositions liées à l'eau. La noyade a longtemps été la principale cause de décès non intentionnel des jeunes enfants de moins de 5 ans dans le monde (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Vers le milieu des années 1960, des villes aux États-Unis et en Australie ont légiféré sur des mesures sécuritaires : les portes d'accès verrouillées à fermeture automatique pour les piscines résidentielles sur une propriété privée. L'objectif de cette présentation est d'examiner l'histoire des politiques et de la législation sur la sécurité des piscines privées à Ottawa dans le cadre de l'augmentation des mesures préventives et éducatives incluant les cours de natation et de sécurité aquatique autour des piscines. Nous examinerons l'évolution des compréhensions et des connaissances sur les questions relatives aux obstacles contre l'accès fortuit aux piscines; une surveillance accrue des adultes, alarmes de piscine et de formation plus inclusive dans la sécurité près de l'eau et de réanimation cardio-respiratoire (RCR).

Cette étude adopte une approche des méthodes mixtes. Les données quantitatives seront obtenues à partir des documents gouvernementaux sur l'introduction de la législation de règlement, le nombre de permis, les infractions, les taux de noyade, et les taux de quasi-noyade. Nous allons également procéder à une analyse qualitative des données des thèmes qui se dégagent à partir des dossiers visuels d'organismes de santé et de sécurité publiques, comme la Croix-Rouge et de la Société royale de sauvetage du Canada qui ont développé des campagnes de promotion sur la sécurité prévention de la noyade. Cette étude de cas sur l'histoire de la législation sur la sécurité des piscines privées à Ottawa contribuera à la littérature internationale sur la compréhension du développement et de l'évaluation de la plupart des règles de sécurité de la piscine privée et des stratégies efficaces pour le respect de l'utilisateur.

Katherine A. Walker (University of Windsor) *Curability and Incurability in Early Modern English Medicine.*

Peter Shaw (1694-1763), a physician and medical author who made his career in London, published the intriguingly titled *A Treatise of Incurable Diseases* in 1723. Shaw's work inspires a number of questions: What was the early modern definition of 'cure,' and did it differ from our modern understanding of the term? Did the belief that cures worked through the intervention of nature or divine intervention negate the belief that the exacting efforts of practitioners could work? How did ideas of curability interact with the professional role of the physician and surgeon? What were the boundaries, in the minds of seventeenth and eighteenth century practitioners and patients, of curability and incurability, in terms of conditions and patients' bodies?

While the majority of early modern healthcare was taken up by care rather than cure, historians have not fully investigated the boundaries between early modern definitions and understandings of successful or unsuccessful treatment, of curable or incurable diseases, and of operable or inoperable surgical conditions. Medical and surgical tracts and casebooks published in English between 1620 and 1780 demonstrate that early modern medical professionals retained some sense of optimism that their operations and medicaments could heal, rather than merely palliate. This optimism was limited, however, as practitioners also spoke of 'incurable' and 'inoperable' conditions and patients. The boundaries of curability, however, were described not only in terms of the will of an outside force such as nature or God, but in terms of professional judgements about illnesses and injuries and the practitioner's ability to use proper techniques and medicaments. Medical definitions of curability and incurability, then, were closely bound up in discussions of professionalism long before the advent of modern palliative care.

Curability and Incurability in Early Modern English Medicine.

Peter Shaw (1694-1763), un médecin et auteur d'ouvrages médicaux qui a fait sa carrière à Londres, a publié le fascinant *Traité sur les maladies incurables* en 1723. L'oeuvre de Shaw nous invite à poser un certain nombre de questions: Quelle était la définition moderne antérieure de « guérison » et est-elle différente du sens moderne donné à ce terme? La croyance que les remèdes fonctionnaient grâce à l'intervention naturelle ou divine a-t-elle supprimé la conviction que les efforts exigeants des praticiens pourraient succéder? Comment les idées sur la curabilité interagissaient-elles avec le rôle professionnel du médecin et du chirurgien? Quelles étaient les limites de la curabilité et de l'incurabilité selon les praticiens et les patients des XVIIe et XVIIIe siècles, en fonction des conditions et des corps des patients? Bien que les débuts de la médecine moderne était portée par le soulagement plutôt que la guérison, les historiens n'ont pas profondément étudié les frontières entre les définitions et la compréhension de la réussite et de l'échec du traitement, les maladies curables ou incurables, et les conditions chirurgicales opérables ou inopérables. Les traités et dossiers médicaux et chirurgicaux qui ont été publiés en anglais entre 1620 et 1780 montrent que les premiers professionnels de la santé moderne étaient assez optimistes que les opérations et les médicaments pourraient guérir plutôt que seulement soulager leurs patients. Mais cet optimisme a été limité car les praticiens ont également parlé des conditions des patients « incurables » et « inopérables ». Ils ont décrit les limites de la curabilité pas uniquement en fonction de la volonté d'une force extérieure telle que la nature ou Dieu, mais en fonction de jugements professionnels sur les maladies et les blessures et la compétence du praticien d'utiliser les techniques et les médicaments appropriés. Donc les définitions médicales de la curabilité et de l'incurabilité étaient étroitement liées aux discussions des professionnels bien avant l'avènement des soins palliatifs modernes.

Whitney Wood* (Wilfrid Laurier University) *“Don’t tell them you’re guessing”*: *Learning Obstetrics in Canadian Medical Schools, c. 1890-1920*

After receiving his M.D. from the University of Toronto in 1908, Abraham Isaac Willinsky accepted a position as a locum tenens in Carp, Ontario, a rural community outside of Ottawa. Arriving to take over the practice of Dr. Magee, a graduate of McGill, which consistently rivaled Toronto in terms of Canada’s “best” medical school during this period, Willinsky was quickly asked, “What do you know about babies?” His response – “Well, I can recognize them” – reflected his self-confessed “greenhorn” status when it came to obstetrics, and the senior doctor gave the novice his best advice when it came to obstetric cases: “If you run across something you don’t recognize, never let on. Don’t tell them you’re guessing...”

This paper takes Willinsky’s account, as well as those of other Canadian medical students and new practitioners, as a starting point to examine the state of medical education in obstetrics at Canadian medical schools at the turn of the twentieth century. Though many of the most popular medical textbooks of the period (written by a mix of Canadian, American, and British authors) stressed the need for specialists and general practitioners alike to be proficient in obstetrics, students at a variety of Canadian schools routinely expressed the belief that they were instead expected to “bluff it out” when it came to attending confinements. While medical schools routinely stipulated that students had to attend a set number of deliveries to pass courses in obstetrics, student narratives that suggested “it counted if you got there in time to hear the first cry” call into question how strictly these requirements were enforced. When the Flexner Report (1910) decreed that for several Canadian schools, including the University of Western Ontario, “the very worst showing is in the matter of obstetrics,” professional outcry over the “crisis” in obstetrical training quickly escalated. Although schools were quick to rebut the claims made in the report in public forums including the *Canadian Medical Association Journal*, a host of educational reforms put into place in the post-Flexner era did much to raise the prestige of both obstetrics and physician-attended hospital birth.

“Ne leur dites pas que vous devinez”: *apprentissage obstétrique dans les écoles Canadiennes de médecine c. 1890-1920*

Ayant reçu son diplôme en médecine de l’Université de Toronto en 1908, Abraham Isaac Willinsky accepte un poste de suppléant à Carp (Ontario), une communauté rurale à l’extérieur d’Ottawa. En arrivant pour prendre en charge la pratique du Dr. Magee, diplômé de McGill, qui à cette période rivalisait constamment avec Toronto pour être reconnue comme la “meilleure” école de médecine du Canada, on a rapidement demandé à Willinsky : “Que savez-vous sur les bébés?” Sa réponse: “Eh bien, je peux les reconnaître” – reflète son statut avoué de “novice” en ce qui concernait l’obstétrique. Le médecin senior a alors donné au novice son meilleur conseil en ce qui concerne les cas obstétricaux: “Si vous faites face à du jamais vu, faites mine de rien. Ne leur dites pas que vous devinez.....”

Ce document prend comme point de départ les comptes rendus d’étudiants en médecine canadiens et de nouveaux praticiens, afin d’examiner l’état de la formation médicale en obstétrique offerte dans les facultés de médecine canadiennes au début du XXe siècle. Bien que plusieurs des manuels médicaux populaires de la période (écrit par des auteurs canadiens, américains et britanniques) soulignent la nécessité autant pour les généralistes que pour les spécialistes à être compétents en obstétrique, les étudiants des différentes écoles canadiennes expriment régulièrement la conviction qu’ils devaient plutôt “bluffer” quand il s’agissait d’assister

à des accouchements. Alors que les facultés de médecine stipulaient systématiquement que les étudiants devaient assister à un nombre défini d'accouchements pour obtenir la note de passage pour le cours en obstétrique, les récits d'étudiants révèlent plutôt qu'il suffisait d'arriver à temps pour entendre le premier "cri", met en question comment ces exigences strictes étaient appliquées. Lorsque le rapport Flexner (1910) a décrété que pour plusieurs écoles canadiennes, y compris l'Université de Western Ontario, "la pire performance était liée à l'obstétrique," un tollé professionnel s'est rapidement élevé envers la "crise" en matière de formation en obstétrique. Bien que les écoles ont rapidement réfuté les affirmations du rapport dans des forums publics, y compris le Canadian Medical Association Journal, une série de réformes de l'éducation mise en place dans l'ère post-Flexner a beaucoup contribué à rehausser le prestige de la contribution des obstétriciens et de médecins lors des naissances en milieu hospitalier.

Suzy Wu (Queen's University) and **Yafei Dai*** (Xiangya School of Medicine, Central South University) *From Ensol to the discovery of collagenases.*

Dr Hendry Connell was a pioneer in cancer research. His ideas of using bacteria and bacterial enzymes to treat cancer have challenged traditional microbiology since 1930s. These ideas are still actively explored in cancer research. Yet little work has been done after Dr. Connell's death. The scientific part of the Ensol has not been mentioned, such as how the enzymes were discovered, and who helped to discover the enzymes? This work was to examine the person who helped to discover the enzymes from *Clostridium histolyticum*.

Dr. Hendry Connell (1895-1964) was the first person who utilized *Clostridium histolyticum* and its enzyme products in cancer research and clinical trials. After his using of *Cl. histolyticum* on cataracts, he invented the Ensol, an enzyme solution for cancer. Irénée Du Pont (1876-1963), former president of Dupont, was the first American to introduce Ensol and *Clostridium histolyticum* research into the US. He achieved this through cooperation with Dr. Hendry Connell. He set up the Biochemical Research Foundation of the Franklin Institute which studied extensively on the bacteria, and bacterial enzymes from 1937 to 1938; however, a tetanus contamination halted their research. Another legend in medical history, George Merck (1894-1957), former director of the War Research Service, chairman of the Biological Warfare Committee, contracted *Cl. histolyticum* research to several research institutes and universities, include Walter Reed Army Institute, University of Boston, Columbia University, eventually collagenases were identified, purified and large scale production was made possible, their medical uses were explored as well.

Discovering of collagenases and their medical uses has been a very long journey; it was halted by the contamination, tangled with the secret of American Biological Warfare. Yet with the great insight and relay work of the three great men, Dr. Hendry Connell, Irénée Du Pont, and George Merck, collagenases find their use in medicine. As the American Biological Warfare became a history, and the use of Collagenase is becoming acceptable to different diseases, it is probably the time to give Dr. Hendry Connell a credit for his fundamental role in the discovery of collagenase, and recognize his 30 years of research on it.

De Ensol à la découverte de la collagénase

Ensol (un amalgame des mots «enzyme» et «solution») a été formulée par Hendry Connell, un médecin canadien, il y a environ 80 ans. Il contenait les produits enzymatiques ou de collagénases de *Clostridium histolyticum* et a été utilisé comme traitement du cancer. La

production de masse d'Ensol a été confronté par des graves obstacles qui induisent la recherche optimale d'une culture moyenne et la souche qui n'a pas été résolue par la coopération avec Dupont Co. La recherche a été poursuivie par l'armée américaine avec plusieurs universités et instituts de recherche. Après tout ce temps, certains effets des collagénases, les enzymes d'Ensol de Connell, ont été confirmés. Présentement, plusieurs compagnies fondent des études cliniques au sujet des collagénases. L'immunothérapie (de l'immunologie et de l'immunologie actif passif), seuls ou en association avec une chimiothérapie ou une radiothérapie, dans les cas de cancer a été appliquée avec succès aux patients. En effet, c'est peut-être le temps de réévaluer la nouvelle recherche.

Claudia Ximena Herrera Beltran (Université nationale de pédagogie, Colombie) *Maladie et école : questions de médecine scolaire.*

Après des idées sur la maladie, qui la considèrent comme quelque chose de naturel, social, culturel ou politique, qui atteint le sujet mais en dehors de lui, qui est compris à partir de l'univers magique, religieux ou scientifique, lié au milieu produit dans le corps ou l'esprit des déséquilibres, nous voulons nous approcher de ces conceptions de la maladie en Colombie, et ses relations avec l'école à partir de l'émergence du médecin scolaire à la recherche de la santé comme voie du progrès, mais surtout à travers les développements de l'hygiène, dont le but principal est de régénérer la race colombienne en moyennant l'exercice, la force, et la bonne alimentation des enfants et des jeunes. On visera le discours des médecins et des pédagogues comme Bejarana, Castro, Vernaza, Montoya et Florez, à travers la presse, qui a contribué à l'invention et à la légitimation de la profession du médecin d'école. Un espace privilégié pour éduquer des enfants loin des adultes, surtout pour les pauvres. Nous prenons la première moitié du XXe siècle, où les écoles avaient comme projet principal le contrôle, l'évangélisation et l'enseignement des premières lettres ainsi que l'instruction des métiers qui permettaient de travailler pour une société qui se considérait moderne.

Disease and school: questions about school medicine

Disease has been viewed in various ways - as something considered natural, social, cultural or political, that affects the subject but acts from outside it, that is essentially understood as magical, religious or scientific, that is linked to the environment and in the body or mind imbalances. We intend to approach these conceptions of disease in the first half of the twentieth century in Colombia and to explore their relations with the school from the emergence of the school doctor in the pursuit of health as a way to progress, but mainly achieved through developments in hygiene that had as its central purpose the regeneration of the Colombian race through exercise, invigoration, and good nutrition for children and youth. We will focus on the speeches of doctors and teachers like Bejarano, Castro, Vernaza, Montoya and Flórez, among others, who, through the press contributed to the invention and legitimization of the profession of school doctor.

Judith Young (Independent scholar) *Infant Deaths in Nineteenth-Century Canada ; the Fate of "illegitimates"*.

Using Montreal and Toronto as case studies, this paper investigates the deaths of orphaned and abandoned infants in Canada in the early 1870s. In an era before Children's Aid and child

protection laws, it is well known that the death rate of orphaned, institutionalized infants was high. Pediatrics, as a branch of medicine, and the science of infant feeding were undeveloped and many poor, motherless infants died of “debility” due, no doubt, to inadequate feeding and nurturing. However, the more than 500 infant deaths in a Montreal institution between March 1870 and March 1871 appears particularly high. Why did Montreal have so many abandoned infants and was their chance of survival less than elsewhere? How do Montreal and Toronto, Canada’s largest cities, compare, at this time, in their care of orphaned and abandoned children. I shall also make comparisons with other western countries.

This investigation utilizes the 1871 Canadian census where a list of all deaths occurring the previous year follows each section that accounts for the living. Institutions where the deaths occurred are also identified. There is limited literature detailing the care of abandoned children in this era in Canada, though recent references do address the issue in other western countries.

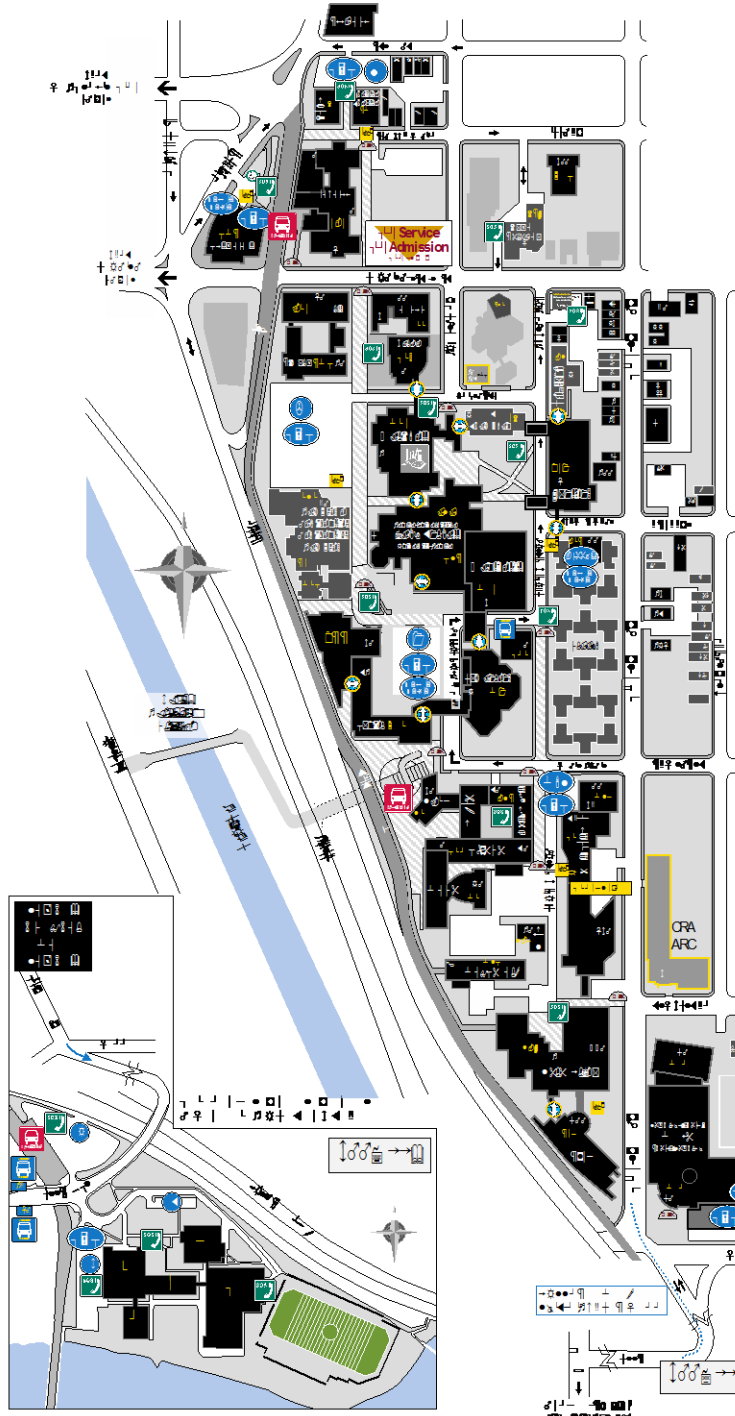
Les morts infantiles au Canada du dix-neuvième siècle: le destin des illégitimes

Utilisant les villes de Montréal et de Toronto pour cette étude de cas, cet article s’intéresse à la mort des orphelins et des enfants abandonnés au Canada au début des années 1870. A cette époque, avant la création des sociétés et des lois pour la protection des enfants, il est reconnu que le taux de mortalité des enfants dans les orphelinats était élevé. La pédiatrie, comme spécialité médicale, et la science de l’alimentation infantile n’étaient pas encore développées. Beaucoup d’enfants pauvres et sans mère mouraient de faiblesse extrême sans doute à cause de leur mauvaise alimentation et l’absence de soins adaptés. Pourtant la mort de plus de 500 enfants dans un institut pour enfants à Montréal entre mars 1870 et mars 1871 représente un taux très élevé. Pourquoi à Montréal se trouvaient autant d’enfants abandonnés et avaient-ils moins de chance de survivre qu’ailleurs? Est-ce que Montréal et Toronto, les plus grandes villes du Canada, sont comparables en matière de soins des orphelins et des enfants abandonnés? Cette étude fera aussi des comparaisons avec d’autres pays occidentaux.

Cette recherche utilise le recensement canadien de 1871 où une liste de tous les décès de l’année précédente suit chaque section qui traite des vivants. L’endroit où l’institution où la mort se passa est aussi identifié. Très peu d’études ont été publiées sur le soin des orphelins et des enfants abandonnés à cette époque-là au Canada. Par contre des études récentes traitent de ce sujet par rapport à d’autres pays occidentaux.



uOttawa



- 1. 1st Floor
- 2. 2nd Floor
- 3. 3rd Floor
- 4. 4th Floor
- 5. 5th Floor
- 6. 6th Floor
- 7. 7th Floor
- 8. 8th Floor
- 9. 9th Floor
- 10. 10th Floor
- 11. 11th Floor
- 12. 12th Floor
- 13. 13th Floor
- 14. 14th Floor
- 15. 15th Floor
- 16. 16th Floor
- 17. 17th Floor
- 18. 18th Floor
- 19. 19th Floor
- 20. 20th Floor
- 21. 21st Floor
- 22. 22nd Floor
- 23. 23rd Floor
- 24. 24th Floor
- 25. 25th Floor
- 26. 26th Floor
- 27. 27th Floor
- 28. 28th Floor
- 29. 29th Floor
- 30. 30th Floor
- 31. 31st Floor
- 32. 32nd Floor
- 33. 33rd Floor
- 34. 34th Floor
- 35. 35th Floor
- 36. 36th Floor
- 37. 37th Floor
- 38. 38th Floor
- 39. 39th Floor
- 40. 40th Floor
- 41. 41st Floor
- 42. 42nd Floor
- 43. 43rd Floor
- 44. 44th Floor
- 45. 45th Floor
- 46. 46th Floor
- 47. 47th Floor
- 48. 48th Floor
- 49. 49th Floor
- 50. 50th Floor
- 51. 51st Floor
- 52. 52nd Floor
- 53. 53rd Floor
- 54. 54th Floor
- 55. 55th Floor
- 56. 56th Floor
- 57. 57th Floor
- 58. 58th Floor
- 59. 59th Floor
- 60. 60th Floor
- 61. 61st Floor
- 62. 62nd Floor
- 63. 63rd Floor
- 64. 64th Floor
- 65. 65th Floor
- 66. 66th Floor
- 67. 67th Floor
- 68. 68th Floor
- 69. 69th Floor
- 70. 70th Floor
- 71. 71st Floor
- 72. 72nd Floor
- 73. 73rd Floor
- 74. 74th Floor
- 75. 75th Floor
- 76. 76th Floor
- 77. 77th Floor
- 78. 78th Floor
- 79. 79th Floor
- 80. 80th Floor
- 81. 81st Floor
- 82. 82nd Floor
- 83. 83rd Floor
- 84. 84th Floor
- 85. 85th Floor
- 86. 86th Floor
- 87. 87th Floor
- 88. 88th Floor
- 89. 89th Floor
- 90. 90th Floor
- 91. 91st Floor
- 92. 92nd Floor
- 93. 93rd Floor
- 94. 94th Floor
- 95. 95th Floor
- 96. 96th Floor
- 97. 97th Floor
- 98. 98th Floor
- 99. 99th Floor
- 100. 100th Floor
- 101. 101st Floor
- 102. 102nd Floor
- 103. 103rd Floor
- 104. 104th Floor
- 105. 105th Floor
- 106. 106th Floor
- 107. 107th Floor
- 108. 108th Floor
- 109. 109th Floor
- 110. 110th Floor
- 111. 111th Floor
- 112. 112th Floor
- 113. 113th Floor
- 114. 114th Floor
- 115. 115th Floor
- 116. 116th Floor
- 117. 117th Floor
- 118. 118th Floor
- 119. 119th Floor
- 120. 120th Floor
- 121. 121st Floor
- 122. 122nd Floor
- 123. 123rd Floor
- 124. 124th Floor
- 125. 125th Floor
- 126. 126th Floor
- 127. 127th Floor
- 128. 128th Floor
- 129. 129th Floor
- 130. 130th Floor
- 131. 131st Floor
- 132. 132nd Floor
- 133. 133rd Floor
- 134. 134th Floor
- 135. 135th Floor
- 136. 136th Floor
- 137. 137th Floor
- 138. 138th Floor
- 139. 139th Floor
- 140. 140th Floor
- 141. 141st Floor
- 142. 142nd Floor
- 143. 143rd Floor
- 144. 144th Floor
- 145. 145th Floor
- 146. 146th Floor
- 147. 147th Floor
- 148. 148th Floor
- 149. 149th Floor
- 150. 150th Floor
- 151. 151st Floor
- 152. 152nd Floor
- 153. 153rd Floor
- 154. 154th Floor
- 155. 155th Floor
- 156. 156th Floor
- 157. 157th Floor
- 158. 158th Floor
- 159. 159th Floor
- 160. 160th Floor
- 161. 161st Floor
- 162. 162nd Floor
- 163. 163rd Floor
- 164. 164th Floor
- 165. 165th Floor
- 166. 166th Floor
- 167. 167th Floor
- 168. 168th Floor
- 169. 169th Floor
- 170. 170th Floor
- 171. 171st Floor
- 172. 172nd Floor
- 173. 173rd Floor
- 174. 174th Floor
- 175. 175th Floor
- 176. 176th Floor
- 177. 177th Floor
- 178. 178th Floor
- 179. 179th Floor
- 180. 180th Floor
- 181. 181st Floor
- 182. 182nd Floor
- 183. 183rd Floor
- 184. 184th Floor
- 185. 185th Floor
- 186. 186th Floor
- 187. 187th Floor
- 188. 188th Floor
- 189. 189th Floor
- 190. 190th Floor
- 191. 191st Floor
- 192. 192nd Floor
- 193. 193rd Floor
- 194. 194th Floor
- 195. 195th Floor
- 196. 196th Floor
- 197. 197th Floor
- 198. 198th Floor
- 199. 199th Floor
- 200. 200th Floor

SIDEDOOR

contemporary kitchen & bar

19h00 / 7 :00 PM : SOUPER DE LA SOCIÉTÉ / SOCIETY DINNER AT SIDEDOOR, 18B RUE YORK, MARCHÉ BY.

Three services menu : \$55,00 (a receipt will be issued, un reçu vous sera émis pour fins de remboursement)

