
Consigner la naissance : une mémoire en évolution. Les registres de l'Hôtel- Dieu de Montmagny, 1951-1991

Hélène Mercier, étudiante à la maîtrise
*Programme d'archivistique, Département d'histoire
Université Laval*

Les historiens utilisent les documents de première main à des fins d'élaboration de preuve ou de démonstration, après les avoir soumis à une rigoureuse critique de fiabilité. Plus rarement ils s'interrogent sur le mode de constitution même des archives consultées. Les modalités et les opérations de consignation de mémoire varient cependant beaucoup dans le temps et elles peuvent ainsi révéler des dynamismes sociaux et culturels.

Les archives des centres hospitaliers représentent à plusieurs points de vue une source d'information fiable à laquelle les chercheurs vont puiser pour étudier l'évolution d'un traitement, établir le portrait d'un groupe d'usagers, effectuer des recherches sur une pathologie, produire des statistiques ou trouver des liens entre divers facteurs médicosociaux. Alors qu'en 1950 la fiabilité des informations reposait principalement sur la détermination du personnel hospitalier à s'astreindre à une consignation rigoureuse de certaines données jugées essentielles, aujourd'hui toute la pratique archivistique est régie par des lois, des règlements et des normes qui

conduisent à une certaine uniformisation du contenu des registres et des dossiers médicaux.

Avant 1951, la pratique de la médecine sur la Côte-du-Sud (comtés de Bellechasse et de Montmagny) se faisait uniquement en cabinet privé ou à domicile, les cas les plus graves étant envoyés aux hôpitaux de Québec ou, plus tard, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, un établissement situé à plus de 50 kilomètres de Montmagny. Les médecins de l'époque ouvraient des dossiers au nom de leurs patients, mais ils les détruisaient après un certain temps. Pour une grossesse, le dossier était jeté après l'accouchement. Cette pratique nous ramène à une médecine de cas par cas, où l'individu a toute sa place et où le médecin fait le plus souvent figure de « bon docteur » dévoué à ses patients. Encore aujourd'hui, les dossiers ouverts dans les cliniques médicales et les bureaux privés des médecins sont détruits, la majorité des documents consignés étant des copies provenant des divers établissements de santé et des notes de suivi médical.

La fondation de l'Hôtel-Dieu de Montmagny le 1^{er} mai 1951 a profondément modifié la pratique médicale dans cette région et le portrait sociosanitaire du milieu. Le nombre de médecins a augmenté considérablement, une école d'infirmières a été créée, la région se trouve mieux desservie, les malades peuvent être hospitalisés, opérés et traités sur place. Dès l'ouverture, les religieuses de la Providence ont développé un système d'archives médicales. En 1953, le rapport annuel de l'établissement mentionne que plus de 3 800 heures ont été attribuées à ce service. Deux ans plus tard, les archives sont accréditées, c'est-à-dire que le service respecte les normes canadiennes. Un dossier est ouvert au nom de chaque patient hospitalisé et certains registres, tels les registres de la salle d'opération, des admissions, du service d'obstétrique, de la pouponnière, etc., sont tenus. Ces documents représentent les premières consignations systématiques d'ordre médical connues sur la Côte-du-Sud. La constitution de ces séries documentaires se trouve directement reliée à la mission de l'établissement et les transformations qu'elles ont subies dans leur présentation physique et leur contenu reflètent les changements survenus dans les pratiques médico-hospitalières professionnelles, dans l'organisation sociopolitique du

système de santé et en regard du cadre législatif et du système social sur une période de 40 ans. Elles composent donc un élément non négligeable de la mémoire collective régionale.

Des changements progressifs traduisent à maints égards l'évolution du contexte social, législatif, politique et professionnel du milieu. Nous avons concentré notre recherche sur le thème des naissances en raison de la tenue continue des registres de la pouponnière depuis l'ouverture de l'hôpital, de la facilité d'isoler et de cerner les éléments d'analyse, du nombre restreint d'informations médicales complexes consignées par rapport à des dossiers chirurgicaux, par exemple, ainsi que de l'importance quantitative et qualitative des éléments traduisant l'évolution sociale d'un milieu rural québécois sur une période de 40 ans.

Les registres de la pouponnière de l'Hôtel-Dieu de Montmagny existent depuis l'ouverture du centre hospitalier. Ils rassemblent un nombre limité de données sur chaque naissance et peu de renseignements sur les pratiques médicohospitalières comme sur les soins accordés à la mère et à l'enfant avant, pendant et après l'accouchement. Nous avons procédé à un échantillonnage succinct de dossiers médicaux reliés à une naissance pour les années de recensement 1951, 1961, 1971, 1981 et 1991. En raison des contraintes imposées par la *Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels* et après avoir constaté l'uniformité des informations contenues dans les dossiers pour une même année, nous avons restreint notre analyse à l'étude des données fournies dans un seul dossier de naissance pour chaque mois de septembre de ces mêmes années. Le recours aux témoignages a constitué un complément essentiel dans l'esquisse du portrait médicosocial des naissances en milieu hospitalier et a apporté une meilleure compréhension de la terminologie utilisée dans les registres et les dossiers. La comparaison de manuels de cours de sciences infirmières et d'archives médicales depuis 1950 a enfin permis d'évaluer l'effet de la normalisation sur les pratiques professionnelles et sur la consignation de la mémoire de la naissance.

CONSTITUTION DES REGISTRES

Dans les centres hospitaliers régionaux, tels l'Hôtel-Dieu de Montmagny, le département d'obstétrique et la pouponnière ont toujours représenté une part importante des activités et des services hospitaliers offerts. Aussi, dès 1951, un registre de la pouponnière, dénommé aussi registre des naissances, est créé. Le document fait la recension des naissances et fournit des informations succinctes sur le nouveau-né. Quant au dossier du nouveau-né, à l'origine il est inexistant, les informations sur l'enfant étant consignées dans le dossier de la mère. Ce n'est qu'en 1959 que l'on attribuera une identité propre au bébé et qu'il y aura ouverture de dossier à son nom. Pour les années 1951-1958, il faut donc se référer au dossier de la mère pour obtenir des informations détaillées sur les naissances.

Les deux séries documentaires sont complémentaires et leurs finalités divergentes. Le dossier de la mère, remplacé plus tard par celui du nouveau-né, constitue un document officiel complet qui possède à la fois une valeur de preuve reconnue par les tribunaux, presque tous les rapports sont signés ; une valeur de témoignage, car nous y trouvons le compte rendu officiel du séjour hospitalier, des actes médicaux, des interventions et des soins accordés ; et, enfin, une valeur informative, puisqu'il représente le meilleur instrument de référence et de recherche sur les pratiques administratives, archivistiques et professionnelles.

L'intérêt du registre des naissances tient à la description globale qu'il dresse d'une activité hospitalière et au portrait schématique qu'il trace des naissances survenues à l'Hôtel-Dieu. Sa consultation, d'une part, permet d'établir des constats et de procéder à des études statistiques, d'autre part, il suggère au chercheur des pistes intéressantes, car il décrit indirectement les préoccupations administratives, professionnelles et sociales du milieu.

LA PÉRIODE 1951-1955

Le registre des naissances

Le premier registre est un simple calepin portant l'identification de la Dominion Table Oilcloth Company d'un format de 7 pouces (17,5 cm) de large sur 5 pouces (12,5 cm) de hauteur. Nous pouvons y voir un exemple du souci d'économie des religieuses et de leur sens de la récupération. Les 1 610 inscriptions faites à la main et à l'encre couvrent la période 1951-1955. Les enregistrements suivent l'ordre séquentiel de la naissance et comprennent le nom de famille du bébé, le sexe, le prénom du père, le nom de la mère à la naissance et la date. La fonction première du registre est la recension pure et simple des naissances survenues dans l'établissement et il est loisible d'affirmer qu'il a été créé pour répondre à un besoin de mémoire historique et fonctionnelle. Le registre permet de dresser quelques statistiques relatives au nombre des naissances et au sexe des nouveaux-nés. Le nom de la mère est le seul élément utilisable pour la recherche d'informations médicohospitalières, car il constitue la référence au dossier dans lequel sont compilées les informations sur l'accouchement et sur le bébé.

Le dossier de la mère

En 1951, toutes les informations relatives à une naissance sont consignées dans le dossier de la mère. Un inventaire du contenu montre que l'accent est mis sur les interventions reliées à l'accouchement : consentement à l'opération, état de santé de la mère, examens obstétricaux et de laboratoire, progression du travail, déroulement de l'accouchement, délivrance du placenta, ordonnances médicales. Nous savons peu de choses du nouveau-né : le sexe, le poids à la naissance et quelques informations sur son alimentation, son sommeil et sa condition physique. L'hospitalisation durait entre cinq jours et neuf jours et, en quittant l'hôpital, la mère signait un formulaire attestant que l'enfant lui était remis « en bon état ».

L'analyse sommaire du contenu du dossier de la mère nous amène à penser que, dès l'ouverture du centre hospitalier, la

philosophie prônée s'orientait vers une médicalisation des soins reliés à une naissance et que la préoccupation du milieu pour le produit de cette naissance, soit le bébé, était somme toute secondaire.

Dès 1951, le dossier de la mère est considéré comme un document officiel ayant plusieurs valeurs : administrative, légale, testimoniale, de preuve et d'information, d'où une certaine uniformisation dans sa présentation et son contenu. Tous les dossiers de l'époque sont rangés dans des enveloppes préimprimées portant le nom du patient concerné, ce qui démontre une préoccupation pour la conservation et la sauvegarde des informations consignées.

LA PÉRIODE 1956-1958

Le registre change de format. Cette fois les religieuses ont utilisé les formulaires d'inspection des ruchers (*Rapport spécial à utiliser chaque fois qu'on visite un apiculteur dont les statistiques ont déjà été données, au cours de l'été, sur le rapport hebdomadaire*) et se sont contentées de modifier les en-têtes de colonnes. Le format 8,5 pouces (21,3 cm) sur 14 pouces (35 cm) permet l'inscription d'un plus grand nombre d'informations soit : la date de la naissance, le nom de la mère, le numéro de dossier de la mère, le nom du père, le poids en livres et en grammes, la mention d'une naissance à terme et avant-terme, l'indication d'une mort fœtale, d'une naissance prématurée ou d'un décès et le sexe. Les inscriptions sont toutes à la main et à l'encre. Au bas de chaque page du registre, il y a le total du nombre des mort-nés et des décédés.

Des remarques telles que grossesse ectopique ou tubaire, battement cardiaque seulement, curetage, jumeaux et triplets, chirurgie, hospitalisation, autopsie apparaissent occasionnellement dans les colonnes avant-terme, mort fœtale et prématuré. Il est intéressant de noter, sur le plan médical, qu'une partie de ces renseignements se rapporte à la mère (naissance à terme ou avant-terme, type de grossesse, curetage, chirurgie). La première mention d'un avortement remonte à 1956 et celle de la première césarienne, à 1957. En 1957, il y a aussi ajout de la date, de l'heure et du diagnostic du décès.

On y apprend aussi que toutes les mères passaient un test pour dépister la syphilis.

Le registre des années 1956-1958 fournit suffisamment d'informations pour ouvrir la voie à une étude terminologique comparative. La consultation du *Dictionnaire technique des termes de médecine* (Garnier et Delamare, 1958 : 6-7, 126-127, 1002) et du *Medical Record Management* (Haufman, depuis 1941) et leur comparaison avec le *Guide pour l'étude de la mortalité et de la morbidité périnatales* (CPMQ, 1993) démontrent une évolution dans la définition de plusieurs termes. Une des différences tient au fait qu'en 1958 le nombre de jours de gestation est la donnée utilisée pour la définition des termes reliés aux décès, alors qu'en 1993 le poids du produit de conception détermine la démarcation entre les catégories de décès. Par exemple, en 1958, un avortement se produisait lorsqu'il y avait expulsion du fœtus avant le sixième mois de la grossesse (180 jours). En 1993, la Corporation professionnelle des médecins du Québec définit le même terme par l'expulsion ou l'extraction complète d'un produit de conception pesant 499 grammes ou moins indépendamment de la durée de la gestation.

L'évolution terminologique ne s'arrête pas là. De nouveaux termes apparaissent (mortinaissance, décès néonatal, etc.) alors que d'autres ne sont plus utilisés (prématuré est remplacé par poids faible à la naissance, par exemple). L'évolution de la profession médicale, plus spécifiquement de l'obstétrique, traduit un intérêt croissant des corporations professionnelles pour une normalisation qui permet de comparer des éléments décelables et quantifiables.

À partir de 1957, nous trouvons régulièrement dans les remarques les mentions de « ondoyé », « ondoyé sous condition » et « ondoyé et confirmé » en référence à la pratique religieuse catholique. À compter de 1973, cette mention devient une exception et elle disparaît complètement en 1976. Nous pouvons expliquer cela par la baisse de la pratique religieuse et la laïcisation du centre hospitalier.

LA PÉRIODE 1959-1961

Le registre des naissances

En 1959, un formulaire maison est confectionné. La principale modification apportée est l'ajout du nom du bébé et du numéro de dossier, ce qui nous indique que les informations sur le nouveau-né ne sont plus compilées dans le dossier de la mère. La part des soins accordés au nourrisson prend de l'importance, puisque l'on a senti le besoin d'inscrire au registre les noms de l'infirmière responsable du bébé et du médecin traitant.

Les diagnostics et les remarques se font de plus en plus nombreux et informent sur les causes de mortalité et de morbidité périnatales, sur les problèmes reliés à l'accouchement, sur les soins d'urgence accordés à la mère et à l'enfant et sur les maladies diagnostiquées dont les maladies et malformations congénitales. De plus, nous sommes mis au fait de certaines pratiques courantes dont la dilatation du prépuce, l'utilisation des forceps, l'ondoiement, l'incubation, la prise de certains tests (jaunisse, glycémie, etc.). L'inscription de la vaccination contre la tuberculose (BCG) en 1959 constitue une référence intéressante sur le plan épidémiologique. Seuls quelques cas de refus sont mentionnés, la pratique étant généralisée. La disparition de cette information en 1977 semble directement reliée à l'abandon de la vaccination systématique des nouveaux-nés à la suite de l'éradication de la maladie infectieuse dans la région.

Le dossier du nouveau-né

La reconnaissance du nouveau-né en tant qu'individu marque un grand pas dans l'histoire du service des archives médicales du centre hospitalier et entraîne des changements majeurs dans les pratiques. Elle traduit des modifications profondes sur le plan des mentalités : il n'y a plus seulement accouchement, mais bien aussi naissance d'un être qui a droit à certains soins et interventions indépendamment de ceux apportés à la mère.

Le dossier est constitué dès le départ dans le respect des normes archivistiques et médicohospitalières et suit le profil des autres dossiers-patients avec fiche d'identification au nom de l'enfant, observations de l'infirmière, examens et rapports médicaux, ordonnances et tests de laboratoire, signes vitaux, soins accordés. Le dossier renferme de plus des informations sur l'histoire obstétrique de la mère et sur l'accouchement. Certains voient dans cette initiative le reflet de l'importance grandissante accordée aux jeunes dans la société. D'autres attribuent ce changement organisationnel au progrès et aux exigences de la science médicale, les gestionnaires affirment que la décision fut prise pour répondre aux préoccupations administratives de l'établissement. La création d'un dossier pour chaque nouveau-né pourrait aussi être redevable à une révision des normes archivistiques médicales canadiennes, faisant suite à la reconnaissance des droits des personnes. Les témoins interrogés n'ont pu justifier leur interprétation et seule une recherche documentaire pourrait nous fournir une réponse valable.

Au dossier du nouveau-né, se rattachent des valeurs mémorielles intégrées. Il devient beaucoup plus facile d'évaluer et de réviser les soins prodigués au bébé, d'accomplir des recherches médicales, de faire la preuve documentaire de l'évolution des maladies et du traitement du nouveau-né, de protéger les intérêts juridiques de l'établissement et des médecins et de produire les rapports administratifs voulus.

L'IMPACT DES CHANGEMENTS SOCIAUX

La réorganisation des services de santé et la normalisation

Les années 1960 sont marquées au Québec par un mouvement de réforme dénommé Révolution tranquille. Le milieu sociosanitaire n'échappe pas à ce mouvement. En 1961, le gouvernement adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* qui assure à tout résident de la province des services hospitaliers offerts gratuitement. La réglementation d'application de la loi définit un nouveau cadre organisationnel et oriente les établissements hospitaliers sur la voie de la

normalisation. La réforme est complétée par l'adoption, en 1970, de la *Loi sur l'assurance-maladie* et, en 1971, de la *Loi sur la santé et les services sociaux*. Enfin, en 1982, la *Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels* définit les règles de la collecte, de la consultation et de la conservation des renseignements nominatifs dans tous les établissements publics.

Les documents officiels des établissements n'échappent pas aux réformes. Ainsi, le dossier du nouveau-né emprunte la voie de la normalisation et traduit les efforts gouvernementaux pour organiser et rationaliser les services de santé et les services sociaux par une réglementation de la pratique professionnelle et par une uniformisation du cadre administratif des établissements de santé. L'utilisation de la carte embossée pour identifier systématiquement l'usager sur tous les documents consignés et l'utilisation de plus en plus courante de formulaires normalisés ministériels sont des manifestations de cette réorganisation.

Le dossier devient complètement aseptisé à la suite de la promulgation de la *Loi sur l'accès* qui rend le dossier médical accessible à la personne concernée et ouvre par le fait même la voie aux poursuites à caractère médical. Les notes, les opinions personnelles et les jugements de valeur ne sont plus consignés au dossier. D'autre part, la loi responsabilise les établissements en regard de la collecte, de la consignation, de la transmission et de la conservation des renseignements personnels. Les formulaires sont révisés pour restreindre la collecte des renseignements nominatifs aux seuls éléments essentiels. Des formulaires de consentement sont créés pour autoriser le centre hospitalier à transmettre aux médias ou aux compagnies d'assurances des informations sur les naissances. Un formulaire de parachèvement du dossier s'ajoute pour permettre aux archives de procéder à une dernière analyse et pour attester que le contenu du dossier est conforme aux normes établies.

Le dossier du nouveau-né et, à moindre titre, le registre des naissances constituent un témoignage du développement des technologies médicales et de leur utilisation de plus en plus fréquentes en obstétrique : monitoring, anesthésie, analgésie, rupture provoquée des membranes... Il met aussi en lumière le dévelop-

pement de certaines pratiques médicales. Prenons par exemple le cas des accouchements par césarienne dont la première mention remonte à 1957. Ce type d'accouchement demeure exceptionnel dans les années 1960, mais sa progression est régulière dans les années 1970. Depuis 1979, l'augmentation est fulgurante. Le registre ne précise pas si cette ascension est redevable à un phénomène physiologique ou à la manifestation d'une plus grande prudence des obstétriciens dans leur pratique professionnelle. L'année 1979 marque aussi le début de la pratique de la ligature des trompes après l'accouchement.

Les changements sociaux

Dans les années 1960 et 1970, le milieu social manifeste un profond dynamisme. Les Québécois revendiquent de nouvelles conditions sociales et s'ouvrent aux courants idéologiques mondiaux. Devant les pressions de plus en plus fortes, le milieu médicohospitalier doit réagir en faisant des compromis et en se mettant à l'écoute de la population. Le registre de ces années consigne les premières manifestations d'une réaction à la médicalisation des soins de santé reliés à la naissance, dans le courant idéologique du retour à la nature. Nous découvrons que l'allaitement maternel gagne en popularité et que cette pratique atteint un sommet en 1976. Le registre nous apprend de plus que l'accouchement à domicile connaît aussi une certaine vogue sans toutefois donner une mesure exacte de cette tendance, puisque seuls les cas nécessitant une hospitalisation subséquente ont été recensés.

Les pressions des jeunes mères sont venues à bout de la résistance du milieu hospitalier au changement et elles sont parvenues graduellement à modifier le séjour en établissement. Ainsi, le registre des naissances nous fait part de la première cohabitation mère/enfant en 1977 et du premier accouchement dans une chambre de naissance en 1985. Le conjoint n'est plus considéré comme un indésirable, sa présence lors de l'accouchement s'inscrit dans la normalité. On lui accorde même une présence active. Ainsi, en 1991, on peut lire dans le dossier d'un nouveau-né « Arrivée à

la pouponnière d'un bébé fille dans les bras d'un homme ». Cette remarque aurait été impensable en 1951.

* * *

Les archives médicales d'un centre hospitalier représentent une mémoire organique et consignée à la fois vivante, agissante et dynamique, car elles sont le reflet d'une culture organisationnelle et d'un vécu qui se sont développés dans un environnement social, professionnel et politique complexe et en constante évolution.

Le dossier du nouveau-né et le registre des naissances ont une valeur mémorielle complémentaire, la première série documentaire étant fondée sur l'individu, la seconde sur la collectivité. Les deux séries documentaires se rattachent directement à la mission de l'organisme, soit : offrir des services médicohospitaliers de qualité et adaptés aux besoins du milieu régional et fournir à chaque individu les soins que requiert son état de santé.

Le service des archives médicales s'affiche comme le gardien de cette mémoire. Les normes auxquelles il s'astreint et la procédure qu'il établit témoignent d'une volonté de constituer et de préserver un cadre de référence documentaire signifiant qui ait valeur de preuve, de témoignage et d'information.

Bibliographie

Sources

Hôtel-Dieu de Montmagny (1991), *Service des archives médicales, Statistiques médico-hospitalières pour les 40 années d'activités, Hôtel-Dieu de Montmagny, 1951-1991, Montmagny, n.p.*

Hôtel-Dieu de Montmagny (1951-1991), *Le registre des naissances, Service des archives médicales.*

Hôtel-Dieu de Montmagny (1951-1991), *Les dossiers des usagers, Service des archives médicales.*

Publications

CPMQ (Corporation professionnelle des médecins du Québec) (1993), *Guide pour l'étude de la mortalité et de la morbidité périnatales, 5^e édition, 39 p.*

Garnier-Delamare (1958), *Dictionnaire technique des termes de médecine, 17^e édition, 1^{er} trimestre.*

Huffman, Edna K. (depuis 1941), *Medical Record Management (auparavant Manual for Medical Record Librarians), Berwyn, Illinois, Physicians Record Co.*