

Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service civique

Yolande Cohen et Michèle Gélinas*

Le rôle de la profession infirmière dans le développement de l'hygiène publique au Québec est décrit et analysé dans cet article. Considérant les stratégies de groupe comme essentielles dans la définition du métier, les auteures s'attachent à en décrire le processus. Prenant à témoin deux groupes, les Sœurs de l'Espérance et les infirmières du Service de santé de la ville de Montréal, elles étudient un des rares modèles de métier féminin qui se laïcise très tôt au Québec et scrutent la dynamique interne de la professionnalisation de ce secteur de la santé.

This article describes and analyzes the role of the nursing profession in the development of public health care in Quebec. Its authors attempt to describe the process involved in group strategies, which they consider vital to a definition of the nursing profession. Using two groups as examples (the Sœurs de l'Espérance and the nurses of the Montreal Health Department), they examine one of the few models of a female-dominated profession which reverted to the lay sector very early in Quebec, and delve into the internal process which transformed this area of the health care field into an established profession.

L'hygiène publique comme champ de recherche a éveillé la curiosité et suscité l'intérêt des chercheurs œuvrant en histoire de la médecine à cause de son caractère particulier, novateur et pionnier (Farley, Keating et Keel, 1987). L'hygiène publique, qui se situe en marge de la médecine curative traditionnelle, apparaît comme un remède aux maux de la société : panser les plaies dues aux inégalités sociales. Elle offre un idéal de rédemption et constitue en même temps une activité préventive qui se déploie largement en dehors des institutions de santé (Pierre-Deschênes, 1981). Dès le début du siècle, l'hygiène publique se taille une place de choix dans l'éventail des ressources sociales dont l'État veut se doter pour lutter contre la mortalité infantile, encore trop élevée, ou pour faire face aux problèmes liés à la rapide urbanisation du Québec. Très vite, pour des raisons que Keel, Desrosiers et

* Yolande Cohen est professeure au Département d'histoire de l'Université du Québec à Montréal. Michèle Gélinas y est assistante de recherche.

Ce texte présente les résultats partiels des recherches de Yolande Cohen sur les métiers féminins. Ce projet bénéficie d'une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Les auteures tiennent à remercier Marcel Fournier et Othmar Keel pour leurs commentaires pertinents, les évaluateurs anonymes d'*Histoire sociale* — *Social History* ainsi que le rédacteur de la revue, Jean-Pierre Gagnon.

Gaumer (1987) attribuent à la volonté d'intervention du gouvernement du Québec, l'hygiène publique fait l'objet d'un enseignement et d'une formation dispensés aux Universités McGill (1920) et de Montréal (1925). Les médecins et les infirmières hygiénistes deviennent ainsi des spécialistes.

Le rôle des infirmières dans la propagation des méthodes et de la morale hygiénistes est assez peu documenté. L'équipe de Keel, Desrosiers et Gaumer, qui consacre plutôt ses travaux à l'analyse des politiques institutionnelles de santé publique qu'à celle des différents intervenants de ce secteur, mentionne l'importance des infirmières, mais ne présente pas une étude circonstanciée du groupe. Nous avons décidé de combler cette lacune par notre enquête, mais nous avons voulu aussi répondre à une autre interrogation, relative celle-là aux hypothèses que nous avons formulées ailleurs sur les métiers féminins (Cohen, 1988; Cohen, Dagenais 1987). Nous considérons que la part des stratégies de groupe est essentielle dans l'évolution du métier et des savoirs qui y sont liés, et donc dans la définition de ce qu'il advient pratiquement de ce secteur de la santé. En plus, nous voyons dans la profession d'hygiéniste un des rares modèles de métier féminin qui se laïcise très tôt au Québec et qui permet une mobilité professionnelle rapide, bien que limitée à un très petit nombre de femmes. Voilà les paramètres de cette enquête.

L'analyse des résultats permettra peut-être de jeter un peu de lumière sur des questions importantes pour l'histoire de la médecine : les infirmières font-elles bloc avec les médecins pour développer l'hygiénisme, et pour quelles raisons ? Pourquoi adoptent-elles l'idéologie professionnelle de ces derniers plutôt que celle charitable et chrétienne qui prévaut alors dans le nursing ? Comment s'effectue la rupture entre infirmières et médecins, et pourquoi aussi tôt dans le siècle ? La carrière des premières est-elle basée sur l'assistance aux populations plutôt que sur les soins ?

Nous ne prétendons pas aborder toutes ces questions ici, mais notre étude des infirmières hygiénistes de la ville de Montréal, des origines au début des années quarante, permettra au moins d'analyser la dynamique interne de la professionnalisation de ce secteur de la santé publique. En outre, elle fournira des matériaux intéressants pour aborder une autre question controversée en histoire des femmes et en particulier dans l'histoire du nursing : le sens que les hygiénistes donnent à la professionnalisation de leur métier. Considérée par B. Melosh (1982) comme l'ouverture nécessaire du marché du travail aux femmes, la professionnalisation des infirmières a par ailleurs conduit S. Reverby (1987) à souligner l'ambivalence d'une telle stratégie en ce qui concerne leur émancipation. Nous chercherons en particulier à vérifier si la question du rôle déterminant joué par des dames de la bourgeoisie dans l'orientation de l'hygiène publique aux États-Unis à la même époque se pose de la même façon au Québec.

I — Le retrait de l'Église de la santé publique à Montréal

Lorsque le Bureau de santé de la ville de Montréal est officiellement créé en 1870, il y a déjà plusieurs années que le débat sur la santé publique fait rage (Farley, Keel et Limoges, 1982; Tétreault, 1977-A). Il oppose les médecins aux hygiénistes, les associations charitables aux pouvoirs médicaux professionnels. Au sein du corps médical montréalais et de celui du Service d'hygiène de la ville, les tensions sont grandes concernant les moyens à prendre pour combattre les épidémies qui déciment la population, surtout les enfants. On opte autant pour des mesures de salubrité publique mises en œuvre par des inspecteurs de la ville (inspection sanitaire de la plomberie et des égoûts, des bains publics et de l'alimentation) que pour la prévention des maladies contagieuses et de leur dépistage par des médecins et des infirmières spécialisées. C'est même pour accueillir les enfants et les malades victimes « du typhus, de la picotte, de la scarlatine, de la rougeole et de la diphtérie » (Lamothe, 1903) que l'on veut construire un nouvel hôpital civique, projet à l'étude depuis 1870 (Farley, Keel et Limoges, 1982). Cette volonté de se doter d'une institution autonome, civique de surcroît, heurte de front l'hégémonie des autorités religieuses dans le champ de la santé.

La séparation du corps et de l'âme opérée par une telle institution, qui n'aurait cure de la confession de ses patients, apparaît tout à fait déplacée à l'archevêque de Montréal, M^{gr} Bruchési. Mais il s'oppose aussi au projet pour d'autres raisons. Il veut maintenir, en effet, un partage « clair et harmonieux des services de santé entre protestants et catholiques¹. » Après avoir reproché aux autorités de la ville d'avoir oublié de penser « aux soins spirituels des pauvres malades pour éviter de toucher à la question religieuse », il rappelle que Montréal se compose « de deux sociétés distinctes, la catholique et la non catholique. Bien qu'elles vivent ensemble dans une harmonie parfaite, elles ont cependant chacune leurs croyances et leurs principes et, relativement à ces croyances, il n'y a pas de réconciliation possible. » En justifiant de cette façon l'existence des institutions de santé à Montréal, il en arrive naturellement à la conclusion de la nécessité d'un hôpital non pas « neutre », car il ne serait pas viable, mais catholique. On en confierait la gestion aux Sœurs Grises qui consentiraient à fournir « 50 000 \$ pour la construction d'un hôpital catholique, moyennant un octroi annuel raisonnable de la ville. » De leur côté, les directeurs de l'Hôpital général et de l'Hôpital royal Victoria ayant fait une offre semblable, « le problème devrait être facilement résolu. » La ville de Montréal, de fait, après maintes délibérations avec la Commission d'hygiène, refuse d'autoriser le projet de construction d'un hôpital et opte plutôt pour un service d'hygiène que fournirait la ville en dehors et à côté des institutions existantes. Il est très significatif que M^{gr} Bruchési tienne à ne laisser aucune place à une institution qui serait « neutre ». Il presse ici l'importance pour l'Église catholique qu'il représente — « c'est la cause du peuple catholique

1. AAM (Archives de l'archevêché de Montréal), Lettre de M^{gr} Bruchési au maire et aux échevins, 6 mars 1901.

que je défends » — de ne pas rester à l'écart d'une entreprise de santé publique qui se développe sur des bases plus sociales (sociologiques dira Tétreault, 1977-B) que religieuses et qui ébranle le monopole confessionnel sur les institutions de santé.

A) Les Sœurs de l'Espérance : des religieuses en service privé

Peu enclin à se laisser dépasser par les événements, M^{fr} Bruchési n'abandonnera pas le terrain du service à domicile aux malades sans livrer combat. N'ayant pas réussi à faire des Sœurs Grises les gestionnaires de l'Hôpital civique, conscient d'avoir perdu du terrain dans le domaine de l'hygiène publique, M^{fr} Bruchési imagine alors de faire appel aux Sœurs de l'Espérance pour assurer une présence catholique dans le Service des visites à domicile. Il s'agit pour lui de trouver une communauté spécialisée dans ce type de service afin qu'il puisse l'imposer sans peine dans un milieu déjà très compétitif.

Jusqu'à présent, nos hôpitaux n'ont pas pu former de gardes-malades catholiques diplômées. Les protestants ont, au contraire, des gardes-malades très habiles et nos premières familles ont recours à elles bien souvent. Vous comprenez, ma Révérende Mère, les inconvénients d'un pareil état de chose dans une ville catholique comme la nôtre. Des religieuses gardes-malades me paraissent donc nécessaires².

Après quelques mois de négociation entre les religieuses de Bordeaux et M^{fr} Bruchési concernant les conditions matérielles d'établissement de la Communauté à Montréal, huit Sœurs de l'Espérance s'embarquent au Havre, le 16 septembre 1901, à destination de Montréal. Un an plus tard, huit compagnes viennent les rejoindre. En 1904, la Congrégation obtient son incorporation civile de la Législature québécoise³.

Les Sœurs de l'Espérance peuvent désormais exercer leurs talents qui sont tout de suite fort appréciés de la clientèle canadienne-française aisée, tout autant que des pauvres à qui elles dispensent gratuitement des soins (Tableau 1). Dûment formées au noviciat professionnel de Bordeaux, elles peuvent « lutter » avantageusement contre la concurrence des « nurses » canadiennes-anglaises et faire valoir leurs compétences auprès des médecins qui veulent maintenir des standards professionnels, même pour les gardes privées⁴. Mais les Sœurs ne possèdent pas l'hôpital pouvant assurer la

2. AAM, Lettre de M^{fr} Bruchési à la Révérende Mère des Sœurs de l'Espérance, 9 février 1901.

3. AAM, Correspondance entre E. Cionnet, directrice, et la Révérende Mère des Sœurs de l'Espérance et M^{fr} Bruchési, 13 mars 1901 au 18 avril 1904; ASE (Archives des Sœurs de l'Espérance), *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles de 1901 à 1911*; Pétition adressée à l'honorable Conseil législatif de Québec siégeant en parlement, 1904; S.A., *Premier demi-siècle de l'Espérance au Canada*, Maison de la rue Sherbrooke, Montréal, 1901-1951, 4 p.

4. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles, 1901-1911*; Lettre annuelle du 31 décembre 1910.

À ces difficultés s'ajoute le problème de trouver des patients qui occuperaient toutes les Sœurs, surtout les nouvelles, à plein temps. Elles doivent déroger à leurs règlements pour se gagner une clientèle. C'est ainsi qu'elles acceptent désormais de se rendre au chevet des jeunes mères et de leurs bébés — « gardes inconnues en France, étant contraires à nos usages », précise la supérieure de Montréal, en 1904¹¹ —, et d'effectuer des travaux considérés comme du ressort des domestiques, en France à tout le moins¹². Mais elles mettent fin à ce régime assez vite tout de même¹³. D'autres petites vexations continuent de les mettre mal à l'aise, cependant. Ainsi, on demande aux supérieures de dispenser en alternance une sœur de la messe, afin de rester au chevet des malades gravement atteints. « Le sacrifice, précise-t-on, préviendrait beaucoup de plaintes de la part des familles et même des médecins¹⁴. »

Comme elles reçoivent leurs ordres tant de leurs supérieures françaises que de l'évêque de Montréal¹⁵, ces religieuses ont peu de latitude pour développer leur ministère. Surtout dévouées aux maladies contagieuses, plus particulièrement à la fièvre typhoïde, elles dispensent des soins aux familles aisées, tout en réaffirmant constamment leur attachement à l'œuvre des pauvres¹⁶.

11. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles, 1901-1911*; Lettre de mars 1904.

12. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles, 1901-1911*; Lettre de mars 1904; Lettre annuelle du 7 janvier 1909; Lettre annuelle du 31 décembre 1910.

13. « Si au début de la fondation, en vue de s'assurer de bonnes gardes, on a cru devoir faire certaines concessions regrettables, entre autres, celles d'accepter les dames auprès desquelles les Sœurs remplissent le ministère des œuvres de maternité, nous avons pu nous rendre compte que les raisons qui, dans une certaine mesure pouvaient provisoirement motiver cette dérogation à nos Saintes Règles, n'existaient plus aujourd'hui [...] le moment est venu d'appliquer au Canada comme en Europe, la Règle qui, de tous les temps, n'a toléré ces sortes de gardes que dans des limites fort restreintes et à des conditions qui n'ont pas été suffisamment respectées en Amérique. » ASE, *Maison de Montréal, visites de 1^{er} ordre, 1908-1954*; Visite de Mère Marie-Emmanuelle Girard, assistante générale, et de Mère Agnès de Jésus Dupuy, assistante à la direction de la branche, juin 1908.

14. ASE, *P.V. des Conseils, 13 mai 1904; 19 octobre 1922*; Conseil du 17 octobre 1909.

15. M^{gr} Bruchési suit de près la marche de l'œuvre et il se préoccupe même de la façon de soigner : en 1905, il met les Sœurs de l'Espérance en garde contre l'emploi des médicaments à base d'alcool dont l'efficacité est contestée par les docteurs les plus compétents. ASE, *Journal du couvent de Montréal, 1903-1916*, décembre 1905.

16. Sans en faire une œuvre systématique, les Sœurs dispensent tout de même, à l'occasion, des soins aux « familles pauvres » et aux « indigents » « en les visitant et en pansant leurs plaies. » Pour ces malades, la Communauté fait des concessions concernant les honoraires de ses soignantes. Mais lorsqu'on leur offre une œuvre conciliant l'aide aux pauvres et une rémunération raisonnable, les religieuses n'hésitent pas longtemps avant d'accepter. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles, 1901-1911*; Lettres annuelles du 31 décembre 1909 et du 31 décembre 1910. Lettres de 1902 et de mars 1904; Lettres annuelles du 15 janvier 1905 et du 30 décembre 1907.

B) *Des religieuses au service de La Métropolitaine*

Devant les difficultés que suscite leur intervention, M^{gr} Bruchési recommande que les Sœurs de l'Espérance œuvrent auprès d'une compagnie d'assurances. Cette solution apparaît intéressante pour tout le monde¹⁷. Elle coïncide avec leur volonté de prodiguer des soins et, en même temps, d'éviter les heurts. Trois religieuses sont affectées à la compagnie La Métropolitaine en 1910 et bientôt, trois autres diplômées sont demandées en renfort à la mère-patrie¹⁸. Au cours des treize années pendant lesquelles les deux parties sont liées, onze religieuses, aux plus forts moments, seront assignées à ce ministère, huit à Montréal et trois à Québec¹⁹. Les Sœurs prodiguent une grande variété de soins : elles font des « injections hypodermiques contre la tuberculose [...], elles font des pansements de toutes sortes, massages, frictions, bains, toilettes, hygiène²⁰. » De plus, « chaque Sœur a de quinze à dix-huit nouveau-nés à baigner, à habiller et doit donner des soins aux mamans... Tous les jours²¹ ! » Sans compter les nuits à « soulager soit une mère de famille, soit pour faire reposer un pauvre ouvrier qui ayant à travailler toute la journée aurait dû passer la nuit auprès de sa femme et de son enfant en danger²². »

Le travail ne manque donc pas. En 1910, par exemple, les six religieuses affectées à La Métropolitaine visitent et soignent 1 901 malades, passent cinquante nuits en leur compagnie, posent 55 402 actes médicaux de toutes sortes et font 13 855 injections hypodermiques contre la tuberculose²³. Elles doivent en plus parcourir de grandes distances pour prodiguer leurs soins. À

17. Proposées par « des médecins » pour accomplir ce travail parce qu'elles sont « les seules à Montréal pour remplir ce ministère avec dévouement, intelligence et consciencieusement, et devant entrer dans les intentions des médecins », les Sœurs bénéficient aussi de l'appui de M^{gr} Bruchési qui vante leur « capacité professionnelle » à la compagnie d'assurances La Métropolitaine. Le ministère débute le 14 janvier 1910. ASE, *Journal de la Maison de Montréal, 1903-1916*, 1^{er} janvier 1906; *Visites de 1^{er} ordre de 1908 à 1954*; Visite de Mère Marie-Emmanuelle Girard, assistante générale, du 25 février au 30 juillet 1913; *Procès-verbaux des Conseils du 13 mai 1904 au 19 octobre 1911*, 5 janvier 1910.

18. « Les propriétaires de La Métropolitaine comptent sur l'arrivée d'au moins trois Sœurs diplômées. » ASE, *Procès-verbaux des Conseils du 13 mai 1904 au 19 octobre 1911*, Conseil du 5 janvier 1910.

19. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles de 1901-1910*; *Journal de la Maison de Montréal de 1903 à 1916*; *Procès-verbaux des Conseils du 13 mai 1904 au 19 octobre 1911*; *Visites de 1^{er} ordre de 1908 à 1954*; *Visites de 2^e ordre de 1919 à 1956*.

20. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles, 1901-1911*; Lettre annuelle du 31 décembre 1910.

21. ASE, S.A., *Premier demi-siècle de l'Espérance au Canada*, Maison de la rue Sherbrooke, 1901-1951.

22. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles, 1901-1911*; Lettre annuelle du 31 décembre 1910.

23. *Ibid.*

Québec, les trois religieuses doivent se déplacer jusqu'à Lévis. À Montréal, l'étendue de la ville occasionne des fatigues supplémentaires aux Sœurs²⁴.

Les Sœurs de l'Espérance constatent rapidement, cependant, qu'en se mettant au service d'une compagnie d'assurances, elles ont perdu au profit, entre autres, de la sécurité financière, une part de l'autonomie dont elles jouissaient quand elles soignaient les malades à domicile²⁵. Tout d'abord, « au lieu d'organiser les visites à son gré, la religieuse subit le contrôle d'agents qui quotidiennement envoient les noms des malades à visiter et s'assurent que les soins ont été donnés²⁶. » De plus, La Métropolitaine impose aux religieuses un certain contrôle administratif que ces dernières trouvent lourd : « Il y a tant de détails à mentionner, de si minutieux rapports à faire, que de trop fréquents changements de personnel provoqueraient des erreurs très préjudiciables au bon fonctionnement de ce rouage si compliqué²⁷. »

La collaboration entre les Sœurs et les médecins de La Métropolitaine cause aussi quelques soucis à la Communauté. Bien que la plupart d'entre eux sont satisfaits de leur travail, « quelques-uns cependant nous sont opposés », rapportent les religieuses en 1910²⁸. Avec les années, les relations ne s'améliorent pas. En 1916, le *Journal* de la Communauté constate que « cinq ou six médecins se montrent ombrageux et craignent le contrôle des Sœurs, et non sans raison. Les familles se montrent de plus en plus reconnaissantes...²⁹. »

Face à cet état de choses, en 1915, « les Conseillères de la Communauté décident qu'il vaut mieux abandonner que de mettre les Sœurs tout à fait hors de service³⁰. » Il faut dire qu'avant de prendre cette décision, on a tenté d'augmenter le personnel assigné à La Métropolitaine. Mais les candidates idéales ne foisonnent pas, « santé et aptitudes sont indispensables³¹. »

24. ASE, *Visites de 1^{er} ordre de 1908 à 1954*; Visite de Mère Marie-Emmanuelle Girard, assistante générale, du 11 juin au 17 juillet 1913; *Journal de la Maison de Montréal de 1903 à 1916*, 1915.

25. ASE, *Journal de la Maison de Montréal de 1903 à 1916*, 1916.

26. ASE, *Visites de 1^{er} ordre de 1908 à 1954*; Visite de Mère Marie-Emmanuelle Girard, assistante générale, du 25 février au 30 juillet 1930.

27. ASE, *Procès-verbaux des Conseils du 13 mai 1904 au 19 octobre 1911*, Conseil du 19 mai 1910.

28. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles, 1901-1911*; Lettre annuelle du 31 décembre 1910.

29. ASE, *Journal du couvent de Montréal, 1903-1916*, 1915.

30. ASE, *Journal du couvent de Montréal, 1903-1916*, 1916.

31. ASE, *Procès-verbaux des Conseils du 13 mai 1904 au 19 octobre 1911*; Conseil du 28 septembre 1910.

Les directeurs new-yorkais de la compagnie refusent d'abord la démission des Sœurs et ces dernières peuvent imposer leurs conditions : elles ne travailleront plus que dans un quartier très pauvre et elles obtiennent une augmentation de leurs honoraires³². Mais la rupture est imminente; elle vient du siège social de la compagnie à New York qui veut désormais confier le travail aux infirmières laïques³³. La Métropolitaine devient l'employeur principal des infirmières hygiénistes alors que le Service d'hygiène de la ville se développe.

Quant aux Sœurs, elles se replient vers le service auprès des plus démunis et espèrent mettre sur pied une véritable œuvre de malades pauvres, comme il en existe en France³⁴. L'œuvre sera abandonnée en 1953, principalement à cause du faible recrutement de la Communauté au Québec.

Le problème au centre des préoccupations de la petite communauté montréalaise vient de la vocation même des Sœurs de l'Espérance; la garde à domicile n'attire guère les jeunes filles intéressées à la vie religieuse³⁵. Malgré l'appui circonstancié de M^{fr} Bruchési, le clergé canadien-français est très réticent à l'égard de la vocation des Sœurs de l'Espérance. Les religieuses

32. ASE, *Journal du couvent de Montréal, 1903-1916*, 1915.

33. « Nos Sœurs qui se dévouent à La Métropolitaine [...] ont dû abandonner cette œuvre depuis le 1^{er} mars 1923, les directeurs voulant la confier aux nurses. Elles ont été peinées [...], mais leurs regrets ont été atténués par la multiplicité des cas de maternité qui auraient sous peu rendu leur ministère impossible. » ASE, *Maison de Montréal, visites de 2^e ordre*, 1919 à 1956; Visite de la directrice de la branche à la Maison de Montréal, du 11 au 23 juillet 1928.

34. ASE, *Maison de Montréal, visites de 2^e ordre de 1919 à 1956*; Visite de la directrice de la branche à la Maison de Montréal, du 11 au 23 juillet 1928. Au bout de quelque temps, la Communauté abandonne cette œuvre pour la reprendre en 1937. Puis on concentre l'œuvre à une paroisse spécifique : Saint-Pierre-Apôtre. De plus, la Communauté ouvre, au début des années quarante, une sorte de dispensaire où « une Sœur est chargée de faire des piqûres et de donner des traitements à quelques personnes du quartier [...] Les soins sont gratuits ou payants. » Les frais ainsi encourus sont assumés par les revenus d'un leg fait à la Communauté. En 1953, le service aux pauvres de la paroisse Saint-Pierre-Apôtre est abandonné. ASE, *Maison de Montréal, visites de 1^{er} ordre de 1908 à 1954*; Visite faite au nom de la supérieure générale par Mère Jeanne de Sales Dejean, conseillère générale à la Communauté de Montréal, du 2 au 11 juillet 1935; Visite faite au nom de la supérieure générale par Mère Claire de Jésus Julien, déléguée à la Communauté de Montréal, du 18 mai au 15 juin 1945; *Maison de Montréal, visites de 2^e ordre de 1919 à 1956*; Visite de la directrice de la branche à la Communauté de Montréal, du 19 au 28 juin 1948; Visite de la directrice de la branche, du 17 au 27 juin 1950.

35. « Le but de notre ministère, comme gardes-malades à domicile étant chose nouvelle pour le pays, n'est pas encore bien compris par les Canadiens qui n'allient guère les obligations de la vie religieuse avec ces rapports extérieurs et incessants dans le monde. Il s'ensuit donc que [...] on ne se sent nullement porté à incliner de notre côté les vocations qui abondent dans les congrégations où, tout en se livrant à des œuvres nombreuses et diverses, les religieuses vivent habituellement à l'intérieur de la Communauté. » ASE, *Maison de Montréal, visites de 1^{er} ordre de 1908 à 1954*; Visite de Mère Marie-Emmanuelle Girard, assistante générale, et de Mère Agnès de Jésus Dupuy, assistante à la direction de la branche, juin 1908.

parlent de leurs « préjugés » à l'égard du « ministère extérieur³⁶ » et de leurs « opinions trop communes encore [...] que ce ministère est incompatible avec la vraie vie religieuse³⁷. » Pour les jeunes filles, « ce ministère [...] tout extérieur les effraie³⁸ » et « le public n'aperçoit dans le ministère de la garde-malade religieuse à domicile que le côté laborieux pour la nature et périlleux pour la vertu³⁹. »

L'itinéraire de ces missionnaires dont l'œuvre a périclité au Québec est clairement illustré par la vie de Sœur Marthe.

C) *Sœur Marthe (1872-1955)*

Sœur Marthe débarque à Montréal le 14 mars 1910. Assignée par ses supérieures de la maison-mère de Bordeaux à l'œuvre de La Métropolitaine, elle n'en est pas à son premier défi. Née à Dublin, en Irlande, elle débute sa vie religieuse à Bordeaux où elle accomplit son noviciat. Puis elle est affectée à une œuvre pour enfants pauvres et malades dans la petite ville de Felton, près de Londres. Elle y travaille huit ans avant de partir pour Montréal⁴⁰. Elle avait choisi lors de son entrée chez les Sœurs de l'Espérance une vie de « soignante » itinérante, mais elle n'avait sûrement pas songé à l'Amérique.

Sitôt installée dans la métropole, Sœur Marthe entreprend une nouvelle étape de sa vie religieuse. Levée tôt le matin, elle quitte le couvent à huit heures après avoir assisté à la messe. Elle fait ensuite au moins une vingtaine de visites à domicile où elle prodigue conseils et soins (piqûres, pansements, ventouses, toilettes⁴¹). Rentrée au couvent chaque soir à vingt heures, elle récite, en communauté, une prière pour ses compagnes qui font du service privé de nuit⁴². Très vite, elle apprend à faire preuve « d'abnégation vis-à-vis des médecins qu'elle doit éviter de froisser en ayant de l'initiative et de l'expérience. » Elle doit « paraître les consulter et leur demander des conseils », rapportent ses supérieures montréalaises aux autorités bordelaises⁴³.

36. ASE, *Visites de 1^{er} ordre de 1908 à 1954*; Visite de Mère Marie-Emmanuelle Girard, du 25 février au 30 juillet 1913.

37. *Ibid.*

38. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles de 1901 à 1911*; Lettre annuelle du 31 décembre 1910.

39. ASE, *Visites de 2^e ordre*; Visite de Mère Félicie Gasnier, directrice de la branche, du 1^{er} mai au 23 août 1919.

40. Née le 12 juin 1872, d'un père policier, Sœur Marthe est un personnage fictif, créé à partir des informations recueillies dans les archives des Sœurs de l'Espérance à Montréal; la majorité des archives de cette congrégation sont déposées à Rome.

41. ASE, *Premier demi-siècle de l'Espérance au Canada*, Maison de la rue Sherbrooke, 1901-1951.

42. AAM, Blanche Gagnon, *Les amis du Cœur de Jésus*, S.E., Québec, 3 mai 1915.

43. ASE, *Copies de lettres importantes et de lettres annuelles, 1901-1911*; Lettre annuelle de décembre 1910.

Lorsqu'en 1915, la Congrégation modifie son entente avec La Métropolitaine, Sœur Marthe est l'une des deux religieuses qui demeure au service des assurés. La tâche est lourde et sa vie d'infirmière-visiteuse n'est entrecoupée que de deux brefs congés hebdomadaires : lors des exercices spirituels du dimanche et de sa confession hebdomadaire⁴⁴.

En 1923, le contrat entre la compagnie et la Communauté est rompu. Sœur Marthe ne peut faire de l'hygiène publique comme en font maintenant les infirmières laïques du Service de santé de Montréal, puisque la constitution de sa Communauté lui défend de s'occuper des cas pré- et post-partum. De plus, les règlements sont stricts : elle ne doit jamais mentionner son lieu de naissance ni son véritable nom; elle ne choisit jamais son assignation; elle doit prendre ses repas seule, en silence⁴⁵. Ces précautions visent à faire naître le respect du malade à l'égard de la sœur soignante en empêchant la familiarité de s'établir entre l'un et l'autre. Mais elles ne suffisent pas à rassurer Sœur Marthe. Celle-ci a peu de contrôle sur son travail et se trouve au service d'une compagnie qui ne conçoit guère son rôle comme celle d'une missionnaire. Elle se sent donc dépaysée. Le caractère trop profane d'un travail à domicile souvent assimilé aux tâches domestiques n'est pas compensé par l'aspect éducatif et rédempteur de la tâche.

Avec l'aide de ses supérieures, elle décide de s'orienter vers la mise sur pied d'une œuvre auprès des malades pauvres. Peu à peu, son ministère prend forme : en plus des soins qu'elle prodigue, elle distribue vêtements, vivres et médicaments⁴⁶. Puis ses supérieures l'assignent à l'Hôpital de Ville-Saint-Laurent, mais Sœur Marthe a « beaucoup de difficulté à se faire au soin des malades à l'étage clinique⁴⁷. » Elle retourne donc à son œuvre auprès des pauvres jusqu'à ce que l'âge l'oblige à la retraite⁴⁸, en 1953.

* * *

Ainsi se termine l'aventure de ces religieuses françaises qu'on a fait venir à Montréal pour prendre en charge les soins à domicile; elles y réussissent tant qu'elles en prennent le contrôle. Par contre, dès que leur travail prend la forme d'un service à domicile commandé et contrôlé par La Métropolitaine, il change de nature et devient une tâche relevant plus de la prévention et de l'hygiène que du soin global du corps et de l'esprit. C'est cette spécialisation de technicienne que les Sœurs hésitent à adopter. Car si les

44. AAM, Gagnon, *Les amis du Cœurs...*

45. *Ibid.*

46. ASE, *Visites de 1^{er} ordre 1919-1956*; Visite de la directrice de la branche à la Maison de Montréal, du 11 au 23 juillet 1928.

47. ASE, *Visites de 1^{er} ordre 1908-1954*; Visite faite au nom de la supérieure générale par Mère Claire de Jésus Julien, déléguée à la Communauté de Montréal, du 18 mai au 15 juin 1945 (pour l'année 1937).

48. ASE, *Visites de 2^e ordre*; Visite de la sous-directrice de la branche, du 20 au 28 mars 1955.

fonctions sont rigoureusement semblables, les intentions et les modes d'intervention diffèrent. Quand leur Congrégation dispense de l'aide aux pauvres, les Sœurs ne craignent guère pour leur vertu, car elles ont la légitimité et l'autorité que leur confère leur ministère pour effectuer les tâches inhérentes. Quand elles sont assignées à visiter un malade en échange d'honoraires et pour le compte d'une compagnie tracassière, elles se sentent soumises à un contrôle étranger et redeviennent de simples femmes que nulle autorité spirituelle ou religieuse ne peut protéger. Elles sont déçues, car elles ont le sentiment d'être là pour exécuter un travail plutôt que d'accomplir une mission. L'hygiène publique a transformé leur mission religieuse en action sociale ou civique, ce que les sœurs, en fait, parviennent difficilement à accepter.

Le compromis imaginé par M^{gr} Bruchési pour éviter de faire des religieuses de simples exécutantes au service de La Métropolitaine n'a pas donné les résultats escomptés. Finalement, les Sœurs de l'Espérance trouveront un refuge temporaire⁴⁹ dans un petit hôpital, à Ville-Saint-Laurent, tandis que les infirmières hygiénistes laïques auront désormais le champ libre pour suivre une vocation qui va se transformer progressivement en profession, et même en une spécialité fort prisée du nursing.

Ainsi, donc, pour des raisons de conjoncture mais aussi de stratégie, le champ de l'intervention en hygiène privée et publique devient libre. L'accès n'y est pas réglementé par l'Église, bien que l'idéologie missionnaire y subsiste. Le métier d'infirmière hygiéniste prend alors son essor.

II — Hygiéniste à la ville : une mission comme profession

L'infirmière hygiéniste a conscience de jouer un rôle particulier dans un mouvement national vers un mieux-être collectif. « Nous ne sommes qu'au début d'un mouvement dont les résultats s'annoncent très grands. Travailler à avancer leur réalisation complète, c'est vouloir parfaire notre race, point de vue national qui ne peut nous laisser indifférentes », constate Jeanne Filion. La mission est celle de l'amélioration de la race canadienne-française et le défi doit être relevé par les experts que sont les hygiénistes. Jeanne Filion n'oublie pas qu'elles sont aussi catholiques : « Pour qui possède l'esprit chrétien, c'est pratiquer la charité, point de vue surnaturel bien fait pour susciter de nombreux dévouements⁵⁰. » Ainsi se présente la vocation de l'hygiéniste : catholique, elle ne renie certes pas sa foi, mais en plus, elle est dévouée à une

49. C'est à Ville-Saint-Laurent que les Sœurs, ayant ouvert un petit noviciat de la Communauté, s'occupaient aussi d'un dispensaire depuis 1912. Lorsque, faute de recrues, la Congrégation décide de déménager son noviciat à Québec, en 1919, la population s'indigne; qui dorénavant s'occupera des malades et des indigents de la localité? Le Conseil de ville s'en mêle et propose finalement aux Sœurs de l'Espérance un petit hôpital aménagé aux frais de la ville et dirigé par elles : Lise Labbé, *Angle Principale et Saint-Mathieu*, Histoire du Centre hospitalier de Saint-Laurent, S.E., 1987, 112 p.

50. *La garde-malade canadienne-française*, mars 1930, pp. 129-130.

cause humanitaire et nationale qui nécessite son expertise, celle d'une formation « médico-sociale », et justifie sa professionnalisation. Telle se présente l'infirmière qui postule un emploi au Service d'hygiène de la ville.

A) *Une organisation hiérarchique des services*

Sensible au remarquable travail d'éducatrices que les infirmières font en service privé, le chef du département du Service de santé de la ville de Montréal veut s'allier les meilleures d'entre elles⁵¹. À la demande des médecins, deux infirmières sont engagées par le Département des maladies contagieuses, en 1908. Elles « visitent les demeures des parents pour s'assurer que les enfants sont traités; elles font elles-mêmes les pansements et voient si les ordres des médecins sont exécutés⁵². »

C'est surtout dans les domaines de la prévention des maladies infantiles et de l'éducation des mères qu'elles marqueront leur passage. Bien que célibataires, elles se considèrent particulièrement aptes à développer cet aspect de leur métier parce que, comme femmes, elles se sentent proches de leurs patientes et plus capables de les comprendre, donc de les aider⁵³. C'est dans les Gouttes de lait et au Département de l'hygiène de l'enfance, nouvellement créé (1918), que le contingent d'infirmières double en deux ans (il passe de dix-huit en 1918 à quarante-quatre en 1920).

La présence continue qu'elles assurent auprès des patients leur confère une grande autonomie tandis que le peu de médecins hygiénistes présents pour les contrôler leur permet d'accroître leurs responsabilités sur le terrain⁵⁴. Malgré tout, elles se considèrent comme les indispensables alliées des médecins et c'est en étroite collaboration avec eux que les tâches sont réparties. La division des rôles est donc assumée de part et d'autre et renforcée

51. AVM, *Rapport annuel du Service de santé de 1910*, p. 42.

52. AVM, *Rapport annuel du Service de santé de 1911*, p. 59.

53. L'hygiène publique s'impose plus facilement dans la population lorsqu'elle est l'attribut de femmes, comme le démontre bien une expérience vécue en France au début du siècle. Yvonne Knibielher (1984) raconte qu'un médecin, le D^r Calmette, crée en 1901 le premier dispensaire antituberculeux en sol français. Il recrute des moniteurs d'hygiène masculins d'origine ouvrière pour servir d'intermédiaires entre les foyers et le corps médical. Mais il doit rapidement se rendre à l'évidence : c'est un échec. Ces visites d'hommes effarouchent les femmes et inquiètent les maris.

54. Dans son historique de la division du Service d'hygiène de la ville, le directeur, A.D. Groulx, rappelle combien les médecins étaient peu nombreux par rapport aux infirmières : il en dénombre 18 (dont 5 à temps partiel) pour 36 visiteuses (soit 1 pour 3 300 élèves) et 17 médecins inspecteurs pour 52 infirmières (dont 4 surveillantes, en 1928), *La garde-malade canadienne-française*, janvier 1951.

par la mise sur pied d'une organisation de services infirmiers parallèle à celle des médecins. Sous la direction d'une infirmière en chef nommée par ces derniers mais approuvée par le corps des infirmières, les effectifs croissent rapidement⁵⁵ et l'organisation du travail se calque sur le modèle hiérarchique du corps médical⁵⁶. Autonomie et efficacité sont désormais les articles du credo de ce qui est devenu le corps professionnel des infirmières hygiénistes de la ville. Avec cette restructuration due tant à leur nombre qu'à la volonté des infirmières de maintenir à tout prix le contrôle sur leur profession, leurs fonctions vont forcément évoluer et se diversifier. Leur implication dans le secteur de l'inspection des écoles fait d'elles « de véritables agents de liaison » entre la population et les institutions sanitaires. On ne se contente plus de faire une description exhaustive de leurs tâches⁵⁷, mais on met désormais l'accent sur leurs responsabilités dans l'éducation des malades et la prévention des maladies. Leur rôle, essentiel dans le dépistage des maladies, est amplement reconnu et valorisé :

Agents de liaison entre le médecin-inspecteur, le personnel enseignant et les familles, la surveillance qu'elles exercent sur les écoliers leur permet de dépister un grand nombre de maladies contagieuses et de tenir éloignés de l'école les enfants qui pourraient être une source de contagion⁵⁸.

Grâce à cette collaboration bien comprise entre les médecins et les infirmières, mais aussi à la suite des effets remarquables obtenus par la prévention, l'hygiénisme occupe dans les années quarante une position respectable dans le champ de la santé. L'effectif des infirmières ne cesse de croître, bien que les engagements se fassent par vagues plutôt que de façon continue. Quatre adjointes à l'infirmière en chef dirigent alors sept chefs de groupe qui, à leur tour, encadrent une centaine de jeunes recrues et

55. Considérant qu'une chef pour 34 infirmières était largement insuffisant, l'organisation passe, en 1928, à une infirmière en chef dirigeant 4 surveillantes (ou chefs de groupe) qui ont sous leur autorité 56 visiteuses des écoles. AVM, *Rapport annuel du Service de santé de 1924 et de 1928*; Lettre du D^r S. Boucher, directeur du Service de santé à Jules Crépeau, directeur des Services, 2 mars 1928.

56. Ce phénomène prend peu de temps à se mettre en place. Par exemple, la création du poste de médecin-réviseur en 1919 est suivi de peu par l'intégration dans les tâches de l'infirmière en chef de la révision des méthodes de travail. AVM, *Rapports annuels du Service de santé de 1920 et 1924*, pp. 43 et 63.

57. Par exemple, on définit ainsi leur rôle à la Division de l'hygiène de l'enfance en 1922 : « Elles s'occupent d'abord des cas suspects, font les pansements pour les maladies légères de la peau et du cuir chevelu, et les traitements d'urgence pour les blessures, s'assurent que les cas de maladies contagieuses ne sont pas revenus à l'école sans que les formalités requises aient été remplies, font la classification des fiches et préparent le travail pour la prochaine visite du médecin [...] ». AVM, *Rapport annuel du Service de santé de 1922*.

58. AVM, *Rapport annuel du Service de santé de 1927*, p. 78.

d'auxiliaires⁵⁹. L'arrivée de ces dernières décharge considérablement les infirmières des tâches les plus ingrates, leur permettant dès lors de se consacrer pleinement à leur « tâche d'éducation et à dispenser des conseils aux mères⁶⁰. »

On voit bien en fait comment s'est structuré le Service d'hygiène de la ville. De concert avec les médecins, les infirmières ont créé un groupe d'intervention sanitaire et sociale autant que médicale, souple, adaptée aux besoins de la population et aux progrès de la science. Elles ont su trouver un type de fonctionnement qui leur garantissait une grande autonomie dans l'exercice de leurs fonctions, tandis que leur mode d'organisation hiérarchique rassurait sur leur professionnalisme. Reste à savoir pourquoi elles ont calqué à ce point leur mode de fonctionnement sur celui des médecins. Pourquoi n'ont-elles pas utilisé cette marge d'autonomie, que ne possédaient pas leurs consœurs infirmières limitées par les règlements draconiens des hôpitaux, pour se doter de structures de fonctionnement plus souples ?

Les réponses, jamais simples, résident à la fois dans la définition de leurs objectifs et dans leur réalisation en milieu de travail. Car même si la ville n'est pas l'hôpital, il y est également plus simple d'adopter les règles hiérarchiques qui y prévalent que de les combattre. Mais nous croyons que ce sont leurs ambitions professionnelles qui leur dictent ce comportement. L'analyse des profils des hygiénistes à l'emploi de la ville atteste d'un taux élevé de scolarisation propre à des carrières professionnelles.

B) Profils

Qui sont donc les infirmières hygiénistes ? Quelles catégories de femmes s'engagent à mettre en péril « leur vertu » pour dispenser des soins aux malades ou faire de la prévention auprès de la population ? Les gardes en service privé forment le contingent initial des postulantes à la formation d'infirmières qui deviendront plus tard des hygiénistes; car dès l'origine, le Service de santé de la ville embauche exclusivement les détentrices du diplôme d'infirmière.

59. En 1945, au moins un des postes d'assistantes de l'infirmière en chef a été créé spécialement pour reconnaître les qualifications récemment acquises de la chef de groupe de la section Hygiène mentale à l'Hygiène de l'enfance. Brigitte Laliberté, diplômée de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et parfaite bilingue, vient en effet d'obtenir un baccalauréat en nursing de l'Université Columbia de New York. Première à obtenir un tel diplôme au Service de santé, cette infirmière de trente-neuf ans marquera le Service; elle obtient quelques années plus tard, une maîtrise de Columbia. Rétribuée par son employeur pendant ses années d'études, elle reçoit aussi des bourses de la ville et de la Fondation Rockefeller. Au cours de sa carrière, elle participe à de nombreux congrès, publie des articles et devient, en 1949, vice-présidente de l'AIPQ. Elle décède à quarante-neuf ans ayant atteint le sommet de la hiérarchie infirmière du Service de santé : infirmière en chef. AVM, Dossier de retraite de Brigitte Laliberté; *La garde-malade canadienne-française*, octobre 1941, juillet 1945, juin 1949, février 1950, septembre 1956.

60. AVM, *Rapport annuel du Service de santé de 1922*, pp. 39, 72-73.

Une formation spécialisée

Cette sélection rigoureuse permet d'établir les critères d'accès aux services d'hygiène et ainsi de les distinguer des simples visites à domicile de gardes privées. C'est l'application de ce critère professionnel discriminant qui justifiera, entre autres, le rejet des religieuses. À partir de 1920, on impose en plus aux postulantes un examen d'entrée qui sanctionne leur compétence et leur capacité de parler français et anglais. Ces exigences, démesurées par rapport aux standards requis des autres diplômées⁶¹, visent à donner un statut particulier aux hygiénistes.

Les quelques infirmières sous la houlette de la directrice anglophone, Annie Montgomery, désirent développer une spécialité qui ne soit soumise à aucune tutelle. Elles travaillent de concert avec certains médecins qui commencent, eux aussi, à mettre de l'avant l'hygiène publique comme spécialité médicale. Avec le D^r J.A. Beaudoin, pionnier de l'hygiénisme au Québec, ces infirmières réussiront à faire œuvre originale en forçant les gouvernements à mettre sur pied des programmes de formation dans les deux grandes universités montréalaises de sorte que, dès le début des années vingt, il devient possible de se spécialiser en hygiène publique. À compter de 1934, il faudra détenir un diplôme pour obtenir un poste d'infirmière hygiéniste à la ville de Montréal⁶². Dès lors, et surtout à partir des années quarante, le contingent des infirmières sera essentiellement composé de diplômées spécialisées en hygiène publique (40 p. 100 d'entre elles⁶³).

Un célibat de rigueur

À part ce critère de sélection fondé sur une formation spécialisée qui ne fait que s'accroître avec le temps, il en existe d'autres plus subtiles et détectables seulement par l'analyse des dossiers d'infirmières⁶⁴. Tout d'abord, l'état civil : les infirmières hygiénistes sont célibataires, neuf fois sur dix⁶⁵.

61. En 1928, il y a 2 042 infirmières membres de l'AGMEPQ. *La garde-malade canadienne-française; Rapport annuel de 1928*.

62. AVM, *Extrait du procès-verbal de la séance de la Commission d'hygiène de la cité de Montréal* du 18 janvier 1934.

63. Vingt-six infirmières sur les 71 embauchées entre 1940 et 1950 et dont les dossiers de retraite ont été disponibles aux Archives de la ville de Montréal.

64. Nous ne parlons ici que des 181 dossiers de retraite d'infirmières qui ont été engagées par la ville avant 1950 et qui ont été dépouillés. Il faut distinguer les 3 cohortes qui correspondent à 3 périodes d'embauches : hormis la surintendante engagée en 1901, suivie d'une infirmière visiteuse à domicile en 1910, 35 le sont en 1928-1929, 49 entre 1940 et 1943; une moyenne annuelle de 3 à 4 infirmières entrent au Service le reste du temps (Tableau 2).

65. Cent soixante-deux infirmières, soit 89,5 p. 100 de notre contingent, demeurent célibataires tout au long de leur carrière à la ville, en plus des 2 veuves (1,1 p. 100) et des 8 qui se sont mariées (4,4 p. 100), 9 d'entre elles n'ayant pas mentionné leur état.

Plus encore que les autres infirmières, célibataires dans une moindre proportion (deux fois sur dix⁶⁶), elles fondent leur vie sur leur métier et y consacrent toute leur énergie et tout leur temps. Ainsi, par leur travail où les techniques de soin sont rarement utilisées de même que par le don d'elles-mêmes, les infirmières hygiénistes se distinguent nettement de la plupart de leurs consœurs. L'hygiénisme représente pour elles une véritable carrière. En témoigne le fait que les deux tiers d'entre elles demeureront au service de la ville durant toute leur vie active⁶⁷. Engagées à 95 p. 100 comme infirmières hygiénistes, elles occupent le plus souvent la même fonction tout au long de leur carrière, bien qu'une certaine mobilité latérale mais aussi verticale soit possible, mais pas toujours réalisable⁶⁸. De fait, la pression est forte sur celles qui désirent de l'avancement pour qu'elles complètent leur formation en cours de carrière⁶⁹, et les plus jeunes recrues, celles nées après 1908, n'auront pratiquement pas le choix de faire autrement⁷⁰.

Ainsi donc, le professionnalisme marque-t-il la carrière de l'infirmière hygiéniste. Certes, on pourrait dire, à la suite de Reverby (1987), que cette éthique professionnelle empruntée au corps médical par une petite élite de femmes aisées rêvant d'une carrière honorable pour elles et pour leurs filles (ou leur classe) fut imposée au reste des diplômées qui voulaient avant tout avoir un emploi dûment rémunéré et correspondant quelque peu à leurs ambitions. Cette éthique, établie sur la conversion d'un devoir moral des femmes à la tendresse et à l'affection (love and care) en un savoir particulier sanctionné par une formation professionnelle, ne fera pas long feu. Seule la première cohorte (celles nées avant 1908, soit 65 p. 100 des infirmières) y

66. Cette proportion est calculée à partir des résultats d'une enquête menée par le groupe de recherche sur les métiers féminins dirigée par Y. Cohen auprès des infirmières québécoises diplômées avant 1945 et membres actives de l'OIIQ à l'hiver 1988 (celles dont l'Ordre possède l'adresse de correspondance même si elles ne pratiquent plus). Des questionnaires portant sur leurs origines socio-économiques, leur formation, leur carrière et leur participation à la vie associative des infirmières ont été expédiés à 693 infirmières. Compte tenu des mauvaises adresses (52) et des refus de répondre (21), le taux de réponse a été de 44,5 p. 100. Donc, sur les 276 répondantes, 142 se sont mariées (51,4 p. 100); 84 sont entrées en religion (30,4 p. 100); et 50 sont demeurées célibataires (18,2 p. 100).

67. Seulement 52 d'entre elles quittent le service avant 1950; les autres (120) le faisaient pour des mises à la retraite ou pour des raisons de maladie ou de décès (9 n'ayant pas encore quitté la fonction publique municipale au moment de l'enquête en 1987).

68. Chez les infirmières, 27,6 p. 100 (50) conservent le même emploi jusqu'à leur départ; 37,6 p. 100 (69) ont une réaffectation, 12,7 p. 100 (23) deux, 13,3 p. 100 (24) trois, 5,5 p. 100 (10) quatre, 2,2 p. 100 (4) cinq, et 0,6 p. 100 (1) sept et neuf réaffectations (tableau 8); 58,6 p. 100 (106) n'auront aucune promotion et seulement 9,5 p. 100 (17) en auront plus qu'une.

69. Près du tiers entrent au Service d'hygiène ou encore acquièrent en cours de carrière une formation supplémentaire (30,9 p. 100 — 56). Pour la très grande majorité d'entre elles (52), ce sera en nursing clinique, plus particulièrement en hygiène publique. Quarante-six décrocheront un certificat universitaire, 2 un baccalauréat, et 1, une maîtrise.

70. D'entre elles, 58,5 p. 100 (38/65) obtiennent une formation supplémentaire, tandis que chez les plus âgées, seulement 15,5 p. 100 (18/116) le font, même s'il faut tenir compte du fait que les cours de perfectionnement sont plus nombreux à leur époque.

souscrira plus ou moins entièrement, tandis que déjà, la seconde (celles nées après 1908, soit 35,9 p. 100) considère la carrière comme faisant partie d'un tout à côté du mariage, de la famille et des enfants. Avec cette deuxième cohorte, on assiste à une diversification des postes et des emplois occupés, diversification rendue possible tant par la spécialisation accrue des fonctions que par l'interchangeabilité qu'une spécialisation plus formelle octroie aux diplômées. En d'autres termes, plus la fonction se professionnalise, plus celle qui l'occupe devient interchangeable et moins l'éthique qui sous-tend la performance est accolée à une personne ou à une femme en particulier.

Tableau 2 Nombre d'infirmières employées au Service de santé de la ville de Montréal, 1901-1950*

1901 : 1	1911 : 4	1921 : 44	1931 : 114	1941 : 137
1902 : 1	1912 : 5	1922 : 43	1932 : 119	1942 : 141
1903 : 1	1913 : 5	1923 : 44	1933 : 119	1943 : 146
1904 : 1	1914 : 9	1924 : 44	1934 : 117	1944 : 140
1905 : 1	1915 : —	1925 : 46	1935 : 124	1945 : 147
1906 : 1	1916 : 8	1926 : 39	1936 : 123	1946 : 157
1907 : 1	1917 : 9	1927 : 43	1937 : 123	1947 : 177
1908 : 3	1918 : 27	1928 : 61	1938 : 132	1948 : 193
1909 : 3	1919 : 27	1929 : 78	1939 : 132	1949 : 193
1910 : 4	1920 : 44	1930 : 99	1940 : 132	1950 : 193

* Archives de la ville de Montréal, *Rapports annuels du Service de santé*.

La professionnalisation du nursing apparaît bien ici comme le fruit d'une conquête, obtenue par une première cohorte d'hygiénistes décidées à s'affirmer dans la santé publique. En même temps que ces dernières imposaient un style et un fonctionnement particuliers aux médecins et aux fonctionnaires de la ville dans le but de se garder une grande marge d'autonomie, elles établissaient pour les nouvelles arrivées des critères élevés d'accès à la profession et une stricte ordonnance des tâches qu'elles devaient superviser. Avec un décalage de quelques décennies par rapport aux états de la Nouvelle-Angleterre, cette cohorte de femmes célibataires fortement urbanisée apparaît comme une élite qui aurait imposé aux filles rurales, moins éduquées et à la recherche d'un métier rémunéré mais honorable, une structure hiérarchique qui subordonne ces dernières à leur emprise. Ni bourgeoise ni charitable comme aux États-Unis, cette élite d'hygiénistes a dû par contre établir son enclave en dehors de l'hégémonie de l'Église, en développant un laïcat catholique professionnel. L'hygiénisme se devait donc d'être à la mesure des réformes morales qu'il préconisait : l'idéologie professionnelle permettait de faire contrepoids à la charité chrétienne, ce que le D^r J.A. Beaudoin utilisera abondamment.

Avec la forte autonomie qui caractérise ce métier, c'est une véritable carrière féminine qui attire les premières recrues. Dans le cas de la ville, les origines socio-professionnelles des infirmières illustrent bien cette réalité.

Trajectoires

En engageant une *Lady Superintendent* qu'il fait venir du Toronto Isolation Hospital où elle occupait les mêmes fonctions, le Bureau de santé de la ville affirme clairement sa volonté d'établir un standard élevé de niveau nord-américain. Infirmière diplômée, Annie Montgomery est d'origine modeste. Boursière, elle effectue une brillante carrière dans le système d'enseignement public, puis complète sa formation grâce à des subventions, pendant qu'elle est en poste. Spécialisée dans les maladies contagieuses, surtout la variole, elle se taille une place de choix à Montréal en écrivant aussi des articles, dont un, remarqué, dans *Le Journal de Françoise*, et en prodiguant son attention, tant en français qu'en anglais, aux malades de l'Hôpital civique⁷¹. Redevable de sa propre position à sa compétence, elle est une fervente militante du professionnalisme. En même temps, l'aspect moral des soins et le dévouement aux malades restent très présents dans sa conception du métier.

De leur côté, les médecins du secteur des maladies contagieuses et de celui des Gouttes de lait travaillent à l'engagement d'infirmières visiteuses diplômées pour les seconder dans la tâche toujours plus lourde de l'inspection des écoles et de l'éducation des mères. Les D^s J.-E. Laberge, Louis Laberge et Severin Lachapelle apprécient grandement l'œuvre des visiteuses, à qui les patients se confient plus aisément, et encouragent leur embauche en plus grand nombre. C'est au Service de l'hygiène de l'enfance que le plus gros contingent d'infirmières se retrouve.

Si aux débuts le recrutement est aléatoire, car numériquement peu important, ce n'est plus le cas dans les années trente. Une expérience dans le nursing ou même dans d'autres emplois de services⁷² est la règle pour toutes celles dont nous avons reconstitué les itinéraires (N=26). Ainsi, que ce soit par leur formation en nursing ou par leur expérience professionnelle antérieure, les infirmières embauchées possèdent de solides qualités. Plusieurs d'entre elles sont nées dans la région de Montréal (40 p. 100) ou dans les villes avoisinantes, contrairement à la majorité des jeunes filles qui viennent au nursing à la même époque et qui, elles, proviennent d'un village ou d'un rang (Tableau 3). Quant à la profession des pères, il est difficile d'être concluant à partir des données que nous avons. Si neuf des hygiénistes ont des pères cultivateurs et viennent du monde rural, les autres se divisent plus ou moins également entre des pères professionnels (trois médecins et un notaire), des petits commerçants (trois marchands, un boucher et un entrepreneur), des ouvriers (deux machinistes, un carrossier et un journalier) et un employé (un

71. AVM, *Prévisions budgétaires pour l'administration de la cité de Montréal, année 1901*; Dossier d'Anny Montgomery; A. Montgomery, « Causerie médicale », *Le Journal de Françoise*, 1^{re} année, n° 1, 29 mars 1902.

72. Concernant les expériences de travail antérieures, 6 infirmières sur les 26 dont les dossiers en faisaient mention avaient occupé des postes de direction tels que directrice des infirmières et assistante-infirmière en chef.

commis). On ne peut faire de comparaisons avec la population active à partir de si petits nombres. Cet échantillon permet toutefois de noter que les classes moyennes où l'entreprise individuelle est valorisée dominant. De là à dire que l'hygiène publique attire l'élite des femmes, il n'y a qu'un pas qu'on ne franchira pas sur la base de données aussi partielles. Au Québec, ce n'est pas tant les origines socio-professionnelles qui confèrent à l'hygiénisme son statut, que la forte proportion d'infirmières possédant une éducation formelle poussée, acquise en milieu urbain (25 p. 100 d'entre elles détiennent un certificat universitaire à l'embauche et 28 p. 100 ont fait leur cours à Montréal).

Tableau 3 Lieux de naissance

Régions	nombre d'infirmières	%	Régions	nombre d'infirmières	%
Comté de Chambly	11	6,1	Châteauguay	3	1,7
Deux-Montagnes/Vaudreuil	2	1,1	Joliette	5	2,8
Extérieur du Québec	9	5,0	Estrie	6	3,3
Saguenay/Lac-Saint-Jean	3	1,7	Beauce	1	0,6
Extérieur du Canada	4	2,2	St-Hyacinthe	3	1,7
Île de Montréal	29	16,0	Drummondville	6	3,3
Laurentides	1	0,6	Trois-Rivières	6	3,3
Bas-du-Flleuve	7	3,9	Inconnue	85	47,0

Cette demande de formation supérieure, certes limitée à une élite de pionnières d'abord, ne semble donc pas non plus être imposée par des critères de classe mais plutôt par une volonté de mobilité sociale. Les hygiénistes se servent de la stratégie professionnelle pour ouvrir une carrière, dûment rémunérée et reconnue d'utilité publique (Tableau 4). Elles bénéficient d'une situation privilégiée où les obstacles sont relativement faciles à surmonter. À l'inverse des États-Unis où les « public health nurses » seront surtout sous le contrôle d'associations charitables puissantes et féminines, au Québec, les hygiénistes n'auront pas à affronter des communautés religieuses, peu désireuses de s'y impliquer. Dès lors, elles n'auront plus qu'à se joindre à la campagne orchestrée par les médecins et les services de La Métropolitaine sur les bienfaits de la bonne santé⁷³. La stratégie professionnelle apparaît donc au moment où il devient nécessaire de négocier les différentes attributions avec l'État et les municipalités.

À l'inverse des organisations charitables qui sont de véritables intervenants dans le milieu et qui ont donc leur propre logique à défendre, l'État et les municipalités répondront plutôt à la demande du milieu et des professionnels pour combler les besoins, du moins aux débuts. Ils n'hésiteront pas à s'appuyer sur les infirmières pour développer un secteur qui leur est encore peu familier.

73. En 1891, 839 municipalités ont leur bureau d'hygiène; 10 districts sanitaires sont créés en 1910, et les unités sanitaires essaient la province dès 1926 (Petitat, 1989, p. 56).

Tableau 4

Étude comparative des salaires payés aux infirmières travaillant en hygiène publique au Canada en 1942*

	Infirmières visiteuses			Chefs de groupes	Directrices	vacances
	traitement initial	augmentation	maximum			
Organisations officielles :						
Ministère des Pensions et de la Santé nationale	1 380/an	60 au mérite	560/an	2 000/an	—	18 jours ouvrables
Ministère de la Santé et du Bien-être social	2 premiers mois : 50	après 3 ans	90/mois	—	—	3 semaines
USA Dept. of Health	120/125/mois	au mérite	170-179/mois	170-179/mois	250-274/mois	1 mois
Ville de Toronto	595 mois	au mérite	1 915/an	—	—	?
Organisations privées :						
Société de la Croix-Rouge	125/mois + entretien	—	—	135/mois + entretien	—	2 mois : 1 à l'été, 1 à l'hiver
Metropolitan Life Insurance Co.	110/mois	au mérite	135/mois	2 000-3 000/an	2 500-3 500/an	2 à 4 semaines
Royal Edward Institute	115/mois	—	—	—	—	1 mois

* Réalisée par l'Association des gardes-malades enregistrées du Canada.

Loin d'avoir été imposée par une élite bourgeoise, la stratégie professionnelle correspond donc aux attentes de tous les intervenants de ce milieu à ses débuts. En l'adoptant, on peut dire à la suite de Melosh (1982) et de Freidson (1987) que les infirmières ont sacrifié sur l'autel de la carrière les aléas du service privé. Nul doute qu'elles avaient tout à gagner. Ce qu'elles ne réalisèrent pas alors, c'est la portée de leur action : en adoptant telle quelle l'idéologie professionnelle, elles se couperont de l'éthique humanitaire plus globale qui les animait pour devenir de simples intervenantes. Avec les années quarante, cette dissociation de la vocation de la profession sera fatale tant aux hygiénistes qu'au nursing dans son ensemble. Mais n'est-ce pas l'ambiguïté de tout le mouvement professionnaliste ? C'est peut-être ce que l'itinéraire d'une des figures marquantes de l'hygiénisme au Québec dévoile.

C) *Annonciade Martineau (1896-1984)*

Annonciade Martineau subit la perte d'un être cher durant sa jeunesse. Son père décède en effet en pleine force de l'âge et sa fille se découvrira, plus tard, une vocation d'infirmière. Marie-Annonciade Martineau est née à East Angus, en Estrie, le 17 septembre 1896. À cette époque, son père travaille sur la ferme familiale. Après son cours secondaire, elle s'inscrit à l'École des infirmières de l'Hôpital Sainte-Marie, à Sherbrooke. Mais sa mère se remarie et toute la famille déménage à Montréal. Annonciade recommence donc ses études d'infirmière dans la métropole. Diplômée de l'Hôpital Notre-Dame en 1922, elle s'attachera beaucoup à son école et sera très active au sein de l'Amicale des diplômées; elle participe à l'organisation de son fonds de secours et préside l'association pendant deux ans⁷⁴.

Annonciade débute sa carrière en faisant du service privé, mais bien qu'elle trouve agréable ce contact privilégié avec les malades, les conditions de travail sont difficiles. Elle réussit à obtenir un poste d'infirmière visiteuse à la Brown Paper Company de La Tuque, et c'est le coup de foudre ! Elle sait maintenant qu'elle est faite pour un travail d'éducation sanitaire. Elles sont plusieurs infirmières à travailler dans cette petite ville de la Haute-Mauricie; elles forment un groupe de bonnes camarades et Annonciade se lie plus particulièrement avec l'une d'entre elles, une demoiselle Bergeron, fille d'un petit industriel de la localité. Mais lorsque le certificat d'études en hygiène publique est créé à l'Université de Montréal, au milieu des années vingt, Annonciade quitte tout et revient dans la métropole, désireuse qu'elle est de parfaire sa formation. En plus de son diplôme de l'École d'hygiène sociale, elle obtiendra aussi un certificat en sciences sociales. C'est à cette époque

74. Sauf indication contraire, les renseignements proviennent du dossier de retraite de A. Martineau conservé aux Archives de la ville de Montréal, de M. et M^{me} Willy Bergeron et de la brève biographie contenue dans l'étude de Flanagan *et al. Histoire de la profession infirmière au Québec*, 1970.

qu'elle se lie avec Sœur Valérie de la Sagesse qui deviendra une figure importante du nursing québécois⁷⁵.

Forcée de faire du service privé pour gagner sa vie pendant ses études, elle ne s'y plaît guère plus que la première fois et, en 1928, elle recommence à travailler en hygiène publique, cette fois à l'Unité sanitaire de Roberval. Elle n'y demeure que quelques mois et trouve finalement un emploi qui lui convient parfaitement : infirmière visiteuse au Département des maladies contagieuses du Service de santé de la ville de Montréal. Annonciade s'intègre dans une petite équipe, puisque l'effectif de cette section ne dépasse jamais douze infirmières⁷⁶. Mais en embauchant leur première hygiéniste diplômée, les autorités du Service de santé s'attachent en même temps les services d'une femme d'action qui n'est qu'à l'aube de sa carrière (elle n'a que trente-deux ans) et, rapidement, ils lui accordent une promotion, reconnaissant ainsi ses qualifications académiques et son expérience professionnelle.

Une des caractéristiques d'Annonciade est de ne jamais vraiment se détacher d'un milieu qu'elle a fréquenté et de conserver des liens avec les infirmières qu'elle y a connues. Ainsi, elle n'oublie pas les infirmières du service privé et leurs difficiles conditions de travail et, en 1936, elle contribue à mettre sur pied le Registre Ville-Marie dont elle sera la première présidente⁷⁷. Elle ne rompra jamais non plus ses liens avec l'École d'hygiène sociale et lors du dixième anniversaire de sa création, en 1935, elle fait partie des invitées d'honneur. Cette diplômée de la première heure, maintenant spécialisée dans la prévention des maladies contagieuses à la ville de Montréal, est invitée à prononcer une allocution sur la contribution de l'infirmière dans cette lutte. Selon elle, la visiteuse est le « meilleur point de contact » entre les organisations sanitaires, les médecins et la population. Sa contribution spécifique ? « Les soins, la sympathie et l'enseignement⁷⁸. »

À l'aube de la quarantaine, Annonciade Martineau est donc une femme impliquée dans son milieu. En 1938, invitée à s'adresser à la population sur les ondes de CKAC, elle décrit ce que sont les devoirs de l'infirmière : « messagère des préceptes de l'hygiène, rayon de soleil », elle doit « seconder les efforts du médecin » et « prendre une part active dans tous les mouvements

75. Sœur Valérie de la Sagesse, née Élixa Sauvé en 1897, à Lefavre (Ontario), fait partie de la Congrégation des Filles de la Sagesse dont l'œuvre la plus connue est leur participation à l'édification et au fonctionnement de l'Hôpital Sainte-Justine à Montréal. Sœur Valérie obtient son diplôme d'infirmière en 1919, puis travaille à Sainte-Justine. De 1924 à 1956, elle sera la directrice de l'école des infirmières de cette institution, puis provinciale jusqu'à sa retraite en 1964. Elle participe à de nombreux congrès d'infirmières, dont ceux de Knoke-sur-mer (Belgique), en 1933, d'Atlantic City (États-Unis), en 1947, et de Rome (Italie), en 1950. Elle fut présidente de l'AIPQ de 1947 à 1950, AFS (Archives des Filles de la Sagesse), Dossier d'obédiences de Sœur Valérie de la Sagesse.

76. Ce nombre est atteint au cours des années trente, puis diminue. AVM, *Rapports annuels du Service de santé*.

77. *La garde-malade canadienne-française*, septembre 1938.

78. *La garde-malade canadienne-française*, août 1935, pp. 477-480.

qui concernent sa profession. » Quant à ses droits, « l'infirmière a le droit strict de vivre de sa profession », ce qui signifie le droit au travail, à des heures convenables et à un salaire équitable. Elle conclut en expliquant que « l'association est nécessaire pour la défense des droits et la promotion des intérêts communs⁷⁹. »

Annonciade demande et obtient une bourse de la Fondation Rockefeller ainsi qu'un congé payé de son employeur pour aller étudier au prestigieux Teacher's College de l'Université Columbia en Surveillance du nursing en hygiène publique. Son passage à l'Université lui rappelle l'époque de son premier certificat à Montréal et lui fait réaliser que la formation en hygiène publique dispensée dans la métropole a besoin de sérieuses améliorations. De retour à Montréal, elle veut réformer l'enseignement de cette matière. Les autorités de l'École d'hygiène sociale lui proposent d'assumer la direction pendant deux ans et d'appliquer ses réformes. La plus évidente sera le changement de nom et d'affiliation de l'École; elle devient l'École des infirmières hygiénistes, intégrée à la Faculté de médecine plutôt que simplement annexée. Le curriculum est aussi modifié et à partir de 1941, une clientèle régulière de boursières travaillant pour le Service de santé de la ville y fait son apparition (Gaucher, 1979⁸⁰). En effet, au terme du mandat d'Annonciade à l'École, le Service de santé met sur pied un programme de congés rémunérés assortis de bourses annuelles destinées à trois infirmières à son emploi, lesquelles s'engagent en contrepartie à demeurer en poste pendant cinq ans. Annonciade Martineau a fait un apport essentiel à la profession en faisant accepter par ses patrons « l'importance d'une formation solide pour les infirmières, surtout les visiteuses, qui doivent exercer leur initiative »; elle a haussé les standards et maintenu l'autonomie de l'hygiénisme. Cette démarche se comprend mieux lorsqu'elle explique à l'occasion du discours qui clôt son directorat qu'elle a maintenant « compris que la médecine et le nursing sont deux professions connexes mais bien différentes »; l'une et l'autre doivent donc trouver leur finalité⁸¹. Annonciade revient travailler au Service de santé en 1942. Une promotion vient sanctionner ses nouvelles expériences : assistante de l'infirmière en chef. Mais nous sommes en pleine guerre mondiale et cette femme d'action pense être plus utile ailleurs. Elle redemande donc un congé sans solde et assume pendant un an des fonctions à la Croix-Rouge. Mais au même moment, les infirmières de la ville se regroupent et élisent un comité représentatif afin de négocier des améliorations à leurs conditions de travail. Elles n'adhéreront au Syndicat des employés municipaux qu'en 1948. Entre-temps, elles préfèrent utiliser la force que leur procure leur statut de professionnelles, tout comme le font les médecins du Service de santé, et elles se

79. *La garde-malade canadienne-française*, septembre 1938.

80. *La garde-malade canadienne-française*, septembre 1938. AVM, Index de la troisième série 19136-3, dossier sur l'École.

81. *La garde-malade canadienne-française*, septembre 1942, pp. 398-400.

font appuyer par l'Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec (AGMEPQ⁸²).

L'AGMEPQ est donc présente chez les infirmières et certaines se feront un devoir d'y militer activement. Annonciade est l'une d'entre elles et elle y a laissé une marque toute particulière. Là aussi, elle a gravi les échelons un à un : convocatrice du Comité d'hygiène publique, trésorière, vice-présidente, elle est finalement élue à la présidence, de 1950 à 1953. Cette prestigieuse position n'est pas attribuée à la première venue : Annonciade Martineau est maintenant connue à travers le Canada par le biais de ses fonctions au Comité exécutif de l'Association des infirmières catholiques, au Comité d'hygiène publique de l'Association des infirmières du Canada et de la section nursing de la Canadian Public Health Association ainsi que par ses nombreux écrits dans la revue *L'infirmière canadienne*. Et puis, n'a-t-elle pas représenté les infirmières du Québec au Congrès international des infirmières tenu à Stockholm, en Suède, en 1949 ?

Reconnue comme une femme déterminée, Annonciade finit sa carrière par une promotion et un mariage. Propulsée à la tête des infirmières du Service de santé lors du décès de l'infirmière en chef, en 1956, et maintenant âgée de soixante et un ans, elle se marie l'année suivante. Elle épouse, le 16 juillet 1957, Edmond Bergeron, veuf depuis plusieurs années et père de sa camarade de La Tuque à l'époque où elle était infirmière industrielle. Elle prend sa retraite en 1958 et est remplacée au poste d'infirmière en chef par Gertrude D'Allaire, détentrice d'une maîtrise de l'Université Columbia.

Annonciade passera les dix-sept années suivantes dans la résidence des Bergeron, dans le quartier le plus huppé de Shawinigan. Son époux a réussi en affaires; elle-même bénéficie d'une pension de la ville et le couple vit une retraite dorée où Annonciade, lorsqu'elle ne voyage pas ou n'est pas en excursion de pêche, fait du bénévolat à la Croix-Rouge et s'occupe d'un comptoir pour les démunis. Son époux décède en 1972 et Annonciade revient vivre à Montréal lorsque son amie, devenue sa belle-fille et sa voisine, décède à son tour. Elle s'éteint, en 1984, à l'âge de quatre-vingt-neuf ans.

Exemplaire à bien des égards, la carrière d'Annonciade Martineau se caractérise par une ambition forgée plutôt au cours de sa formation d'infirmière que dans sa famille. C'est là qu'elle va tisser des liens qui, tout au long de sa vie, s'avéreront essentiels à son ascension. Liens affectifs mais aussi professionnels qui, en se conjuguant, décuplent leurs effets. Ces différents cercles d'amies se transformeront au fil des ans en de solides réseaux qui sous-tendent l'influence des associations professionnelles. Le secret de la réussite d'Annonciade réside précisément dans cet alliage

82. AVM, *Extrait d'une ordonnance (n° 532) de la Commission municipale de Québec, rendue le 30 décembre 1942; Extrait du procès-verbal de la réunion du comité exécutif de la ville de Montréal du 18 juillet 1944; Correspondance entre Frances Upton, secrétaire-régestre de l'AGMEPQ, le D^r Adélarde Groulx, directeur du Service de santé et M^e Honoré Parent, directeur des Services de la ville de Montréal, de janvier à mai 1944.*

particulier à cette cohorte de femmes pionnières du nursing, d'une morale de vie et d'une éthique professionnelle. En confondant leur vie privée avec leur carrière publique, ces femmes ont effectivement réussi personnellement et collectivement. Reste à savoir si le prix à payer par les autres pour qu'une élite réussisse n'était pas trop élevé ? Dilemme que toutes les professions ont en commun.

III — Conclusion

Cette étude nous permet de clarifier certaines questions liées à la nature de l'hygiénisme au Québec et à son développement.

C'est tout d'abord son caractère laïque qui est frappant. Dès les premiers pourparlers entre la ville et M^{gr} Bruchési, en 1895 et en 1900, une vive opposition éclate à propos de la construction de l'Hôpital civique. L'épisode des Sœurs de l'Espérance ne fait que la raviver, tandis que l'objet du conflit se précise. L'hygiène publique comporte des éléments irréconciliables avec les préceptes d'une vie religieuse. Plus encore, elle déplace les critères de la mission de charité qui ne s'accrochent plus désormais de la sauvegarde spirituelle des âmes, mais qui sont ceux de la maladie et des maux de la société. Martin Tétréault l'avait bien vu, lui qui parlait d'une idéologie rédemptrice qui se superposait à celle des curés pour la remplacer sans l'exclure. C'est dans ce processus de définition d'un « apostolat » séculier qu'un corps d'intervenants a développé l'hygiénisme sur la seule éthique qu'il connaissait : celle du savoir médical professionnalisé pour les médecins et celles de l'empathie féminine et de l'éducation sanitaire ou sociale pour des infirmières spécialisées.

Les différentes agences gouvernementales, municipales ou privées (les assurances de La Métropolitaine surtout) vont alors chercher à unifier ces différents éléments par le truchement de la professionnalisation de l'hygiène publique. En leur emboîtant le pas, les infirmières y voyaient non seulement l'avancement de leur carrière mais aussi la satisfaction des besoins du public. Ainsi rassemblés autour d'une même mission, dépister la maladie et aider les gens à vivre en bonne santé, les hygiénistes ont réussi à se doter de moyens pour y parvenir. Ce faisant, elles participent à la vision réformatrice du XIX^e siècle où progrès signifie bonne vie et bonne santé veut dire meilleure hygiène. Dans ce contexte, on ne se soucie guère de ce que les « dépistages » signifient aussi pour la population : une uniformisation des modes et des habitudes de vie de tous, calquée sur l'idéal des classes moyennes ou bourgeoises. L'hygiène inculque à sa manière l'idéologie du progrès, inséparable désormais du mieux-être et de la santé : son rejet est synonyme d'ignorance. On imagine combien cet effort, qui part certes d'un bon sentiment, peut devenir porteur de contrôle et de ségrégation sociale. Pauvres et malades se retrouvent désormais responsables de leur sort et n'auront d'autre recours pour s'en sortir que de faire appel à la protection de l'État et de ses intervenants. Devant répondre à une demande sociale qu'il a lui-même suscitée, l'État s'appuiera alors sur les

intervenants du milieu pour matérialiser son aide. C'est pourquoi l'hygiène publique préfigure par bien des aspects l'avenir de la médecine au Québec. Établi bien avant elle, ce secteur de la médecine se développe d'abord dans ses marges, ce qui lui confère un statut particulier, peu envié pour les médecins, mais fort prisé par les infirmières. Durant ses débuts, qui ne durent pas vingt ans, un certain équilibre est réalisé grâce à la collaboration de toutes les parties concernées. Avec le début de la Grande Guerre, cet équilibre entre l'État et les corporations professionnelles (médecins et infirmières principalement), mais aussi entre ces derniers et « le public », est définitivement rompu pour faire place à des arrangements conjoncturels où les rapports de force plus classiques (entre syndicats et employeurs, par exemple) l'emportent sur l'idéologie professionnaliste.

Bibliographie

Fonds d'archives

Archives de l'archevêché de Montréal, AAM
Archives de la ville de Montréal, AVM
Archives des Filles de la Sagesse, AFS
Archives des Sœurs de l'Espérance, ASE

Périodiques

La garde-malade canadienne-française
Le Journal de Françoise

Études

- Cohen, Yolande, dir. *Women and Counter Power*, « Le rôle des associations dans la démocratie ». Montréal, Black Rose Books, 1989.
- Cohen, Yolande et Michèle Dagenais. « Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 41, n° 2, automne 1987, pp. 155-177.
- Desrosiers, Georges, Othmar Keel et Benoît Gautier. « Étude de l'évolution des structures et du contenu de l'enseignement de santé publique au Québec et ses déterminants de la fin du XIX^e siècle à 1970 ». Communication présentée au Congrès des sociétés savantes, Hamilton, 7 juin 1987.
- Farley, Michael, Peter Keating et Othmar Keel. « La vaccination à Montréal dans la seconde moitié du 19^e siècle : pratiques, obstacles et résistances »; Fournier, Marcel, Yves Gingras et Othmar Keel. *Sciences et médecine au Québec*. Perspectives sociohistoriques IQRC, 1987, pp. 87-127.

- Farley, Michael, Othmar Keel et Camille Limoges. « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) ». *Revue d'histoire des sciences et des techniques de la médecine au Canada*, n° 20, 1982.
- Flanagan *et al.* *Histoire de la profession infirmière au Québec*, AIPQ, 1970.
- Freidson, Eliott. *The Power of Knowledge*. Wisconsin University Press, 1987.
- Gaucher, Dominique. « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 ». *Recherches sociographiques*, vol. XX, n° 1, janvier-avril 1975.
- Knibielher, Yvonne, dir. *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*. Paris, Hachette, 1984.
- Knibielher, Yvonne. *Nous, les assistantes sociales. Naissance d'une profession. Trente ans de souvenirs d'assistantes sociales françaises (1930-1960)*. Paris, Aubier-Montaigne, 1980.
- Labbé, Lise. *Angle Principale et Saint-Mathieu. Histoire du Centre hospitalier de Saint-Laurent*, S.E., 1987.
- Lamothe, Cléophas. *Histoire de la Corporation de la cité de Montréal*. Montréal, Lavolette et Massé, 1903, 848 p.
- Melosh, Barbara. *The Physician Hand Work. Culture and Conflict in American Nursing*. Temple University Press, Philadelphia, 1982.
- Petitot, André. *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montréal, Boréal, 1989.
- Pierre-Deschênes, Claudine. « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 35, n° 3, décembre 1981, pp. 335-375.
- Reverby, Susan M. *Ordered to Care. The Dilemma of American Nursing 1850-1945*. Cambridge University Press, 1987.
- Tétreault, Martin. « L'inégalité sociale devant la mort et la perception de la santé chez les contemporains à Montréal pendant la seconde moitié du XIX^e siècle, ou le discours sur la santé publique comme discours idéologique ». *Nouvelles recherches québécoises*, vol. 1, n° 2, 1977.
- Tétreault, Martin. « Le discours de la santé publique comme discours idéologique ». *Nouvelles recherches québécoises*, vol. 1, n° 2, 1977.