

HISTOIRE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE¹

Les infirmières de colonie

De 1921 à nos jours, au moins 576 infirmières ont travaillé en dispensaire dans les territoires progressivement ouverts à la colonisation. Nécessité aidant, elles y ont joué, outre leur rôle de soignante, les rôles de sage-femme, de dentiste, de chirurgienne et de pharmacienne. Ce n'est que tout récemment qu'on a pu évaluer l'ampleur de leur contribution.

Un chapitre méconnu de notre histoire

Faisons un saut à rebrousse-temps. Nous sommes à la fin des années 30, en pleine crise économique. Le gouvernement incite les sans-travail des centres urbains et les agriculteurs qui n'ont plus les moyens de conserver leurs terres à ouvrir de nouveaux territoires à la colonisation. Ils sont nombreux à partir ainsi pour tenter d'échapper à la misère et se refaire une vie en tant que mineurs, travailleurs forestiers ou défricheurs. Pour leur assurer les soins de santé et les services médicaux d'urgence, le gouvernement tente d'abord de recruter des médecins. Mais ils se font tirer l'oreille, rebutés par les conditions d'existence rudimentaires des nouveaux territoires. La plupart de ceux qui tentent l'aventure plient rapidement bagage pour rentrer chez eux.

«Au début, les autorités étaient extrêmement réticentes à recruter des infirmières pour pallier le manque de médecins. Mais elles ont dû s'y résigner», raconte Nicole Rousseau. Déplorant que le travail des infirmières de colonie soit encore «l'un des secrets les mieux gardés de notre histoire», cette chercheuse de l'Université Laval a formé équipe avec deux de ses collègues, Francine Saillant et Johanne Daigle, pour effectuer un véritable travail de détective². Elles n'ont pas encore fini de «faire parler» les documents d'archives, mais le portrait qu'elles ont commencé à tracer est absolument fascinant.

Un kaléidoscope d'expériences et de motivations

Reconstituons d'abord le décor. Quelque part en Gaspésie ou en Abitibi, un train vient d'entrer en gare. C'est la veille de Noël, il fait un froid à pierre fendre. Pour la jeune femme qui vient de descendre, épuisée par l'interminable trajet, le paysage enseveli sous la neige a quelque chose de magique et d'effrayant. Mais elle n'est pas encore au bout du voyage. Un étrange véhicule, sorte de grosse bestiole métallique montée sur skis - un snowmobile - l'attend, moteur tournant au ralenti. L'agent de la colonisation, qui lui sert de chauffeur et de guide pour l'occasion, lui brosse en cours de route le portrait de ce territoire en plein développement et des gens qui l'habitent. L'étrange équipage s'enfonce de plus en plus dans la forêt à mesure que les milles défilent. Enfin, une maison en bois toute neuve apparaît au sortir d'un virage : le dispensaire ! Il sera à la fois son lieu de travail et son chez-soi. Mais l'arrivante n'a guère le temps de s'attendre, ni celui de se familiariser avec son nouvel environnement. Devant la porte piaffe un cheval attelé à un traîneau, son conducteur enveloppé d'une couverture en fourrure. «Garde, il était temps que vous arriviez ! Ma femme est sur le point d'accoucher !» lance l'inconnu. Et c'est comme cela que l'infirmière fraîchement débarquée célèbre son premier Noël en terre de colonisation. Cette histoire, les chercheuses de l'Université Laval l'ont entendue à plusieurs reprises, avec quelques variantes, en questionnant 48 anciennes infirmières de colonie sur leur expérience. «À peine

¹ Site Internet de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Histoire de la profession infirmière*, page consultée en ligne le 7 août 2007. <http://www.oiiq.org/infirmieres/historique/index.asp>.

² Mmes Rousseau et Saillant sont de l'École des sciences infirmières, Mme Daigle du département d'histoire.

étaient-elles arrivées qu'elles se mettaient à la tâche», confirme Nicole Rousseau. «On exigeait d'elles une constante disponibilité, 24 heures sur 24, tous les jours de la semaine.»

Plusieurs parmi ces nouvelles arrivantes ont exercé un métier avant d'opter pour la profession d'infirmière. Elles ont souvent été institutrices ou secrétaires, ont travaillé sur la ferme familiale ou aidé à élever leurs frères et soeurs plus jeunes. En matière de soins de santé, leur expérience se limite généralement à leur cours d'infirmière. On imagine le stress éprouvé lors du premier accouchement ou de la première extraction dentaire... Les chercheuses ont découvert une grande diversité de motivations chez ces exilées volontaires. «Bien que le goût de relever un défi ou celui de rendre service ait toujours été présent, la perspective d'un emploi, même temporaire et assorti de conditions difficiles, avait une forte attraction sur elles, en particulier durant la crise économique. Après la Deuxième Guerre mondiale, par contre, alors qu'il y avait une pénurie d'infirmières, elles ont davantage été attirées par le désir d'exercer leur profession de façon autonome.»

Des femmes polyvalentes

La construction du dispensaire n'étant pas toujours terminée à leur arrivée, les infirmières sont temporairement hébergées dans une famille de colon, chez l'institutrice ou au presbytère. Mais dispensaire ou pas, elles doivent répondre à la demande. Et quelle demande ! «Elles jouaient simultanément les rôles d'infirmière, de sage-femme, de médecin, de dentiste et de pharmacienne», rappelle Mme Rousseau. «Une partie de leur travail consistait à prodiguer les soins infirmiers proprement dits, tels que la prévention des infections ou le suivi pré et postnatal. D'autres actes relevaient davantage de la médecine : l'établissement d'un diagnostic, la prescription ou l'administration de produits pharmaceutiques, les petites chirurgies et les extractions dentaires, par exemple. »

Les documents d'archives donnent un aperçu de la quantité de travail accompli par ces professionnelles de la santé et de sa diversité. À titre d'exemple, durant la seule année 1944, les 90 infirmières de colonie³ alors en poste donnent quelque 134 662 consultations, dont 8 224 consultations prénatales au bureau et 4 655 à domicile, et elles rendent 5 222 visites post-natales. Elles font 14 780 petites chirurgies (ex. premiers soins à un bûcheron écrasé par un arbre ou dont la main a été entaillée par une hache), extraient 11 761 dents⁴, assistent des femmes dans 377 avortements⁵ et 2 722 accouchements. En matière d'hygiène du nourrisson et du jeune enfant, elles examinent 11 694 enfants de moins de 2 ans et 8 673 jeunes d'âge préscolaire⁶ et elles recommandent 8 520 régimes. Elles déclarent 968 cas de maladies contagieuses à l'unité sanitaire, retirent de l'école 600 enfants contagieux et réalisent 114 enquêtes épidémiologiques. Enfin, les infirmières parcourent en voiture, pour visiter leur clientèle, plus de 402 000 kilomètres sur de mauvaises routes et dans toutes sortes de conditions climatiques.

Forcées de jouer les femmes-orchestre, elles se débrouillent souvent avec les moyens du bord. Certaines, avant de partir en colonie, demandent à un médecin de leur donner une brève formation les préparant à faire une anesthésie, à extraire une dent ou à effectuer une chirurgie mineure. Toutefois, aucune n'est vraiment préparée à affronter une aussi grande

³ Il s'agit d'une moyenne

⁴ Cela sans compter les patients que la garde-malade réfère au dentiste lorsque celui-ci se trouve à une distance raisonnable ou encore lorsque l'un d'eux se permet une tournée en province tout en prenant ses vacances, peut-on lire dans une lettre que le directeur du Service médical aux colons écrit au ministre de la Santé et du Bien-être, le 17 décembre 1945.

⁵ Il s'agit ici de fausses couches et non d'interruptions volontaires de grossesse.

⁶ Même source que dans la note précédente.

diversité de situations. Leur travail, note Nicole Rousseau, exige du sang-froid, un excellent jugement clinique, de la dextérité ainsi qu'une bonne dose de créativité.

Il leur arrive, à l'occasion, de s'inspirer des pratiques populaires de soins lorsque le médicament approprié n'est pas disponible ou ne produit pas l'effet recherché : infusion de graines de citrouille pour traiter un cas d'anurie, application de divers corps gras pour soigner des brûlures, etc. Parmi les anecdotes recueillies par les chercheuses de l'Université Laval, relevons celle d'une infirmière en poste dans un dispensaire du Bas-Saint-Laurent au début des années 1950. Elle est parvenue à tirer d'affaire un enfant tombé dans de l'eau de lessive bouillante en le plongeant pendant 24 heures dans une cuve remplie d'huile d'olive et en appliquant par la suite des pansements de cette huile.

Un poste provisoire...

On leur a dit : «Vous savez, il s'agit d'un poste provisoire.» Puis les années ont passé. Le provisoire s'est mué en permanence... Les archives (malheureusement incomplètes) et les entrevues révèlent qu'au moins dix-sept infirmières ont travaillé en dispensaire de 15 à 19 ans, que trente-cinq y ont passé de 20 à 26 ans et que dix ont consacré entre 26 et 30 ans à la population des colonies. Enfin, seize de ces professionnelles ont littéralement pris racine dans leur nouveau coin de pays, y passant plus de 30 années de leur vie.

Les conditions de vie

Le dispensaire type devait être conforme aux normes édictées par le Service médical aux colons. Cette maison en bois ressemblait comme une soeur jumelle à celle récemment restaurée et transformée en site historique à La Corne, en Abitibi. Elle comprenait une salle de consultation, une cuisine, un salon et un boudoir au rez-de-chaussée, trois chambres et une salle de bain à l'étage. Avant l'électrification des campagnes, on s'éclaire à la lampe et plusieurs infirmières pratiquent accouchements et chirurgies à la lueur d'un fanal. Un poêle à bois assure le chauffage du dispensaire. «Lorsque l'infirmière devait s'absenter plusieurs heures pour répondre à l'appel d'un malade, le poêle avait le temps de s'éteindre. En plein mois de janvier, elle rentrait dans une maison glaciale», relate Nicole Rousseau. Cet inconvénient, assorti d'un besoin de compagnie, incite plusieurs infirmières à engager une personne remplissant les rôles de compagne, de domestique et parfois de responsable de l'accueil et de la prise de rendez-vous.

Avant l'installation des réseaux d'aqueduc, on tire l'eau du puits, les doigts gourds de froid en hiver. Dans certaines colonies, le dispensaire n'est même pas pourvu de cette commodité. L'infirmière doit alors commander (à ses frais) des bidons d'eau et faire un usage judicieux de chaque goutte du précieux liquide jusqu'à la prochaine livraison.

Les infirmières consacrent leurs rares temps libres à la lecture - journaux, livres, magazines et publications médicales - ou s'engagent à fond dans les activités de la communauté. Elles font partie du Cercle des fermières, animent une chorale, touchent l'orgue à la messe du dimanche ou s'intéressent à l'administration de la Caisse populaire locale. Si vous les imaginez tremblantes de peur en entendant frapper à leur porte en pleine nuit, c'est que vous les connaissez mal ! Elles se sentent rarement menacées et la plupart s'endorment en laissant la porte déverrouillée. L'affection et le respect que la population de la colonie leur témoigne tracent autour de leur dispensaire une sorte de rempart invisible. En dépit des conditions de vie difficiles, les anciennes des colonies évoquent avec émotion et nostalgie les années passées en dispensaire. «Toutes nous ont confié qu'elles referaient volontiers l'expérience», soulignent les chercheuses de Laval.

Le déclin des dispensaires

Avec l'amélioration des conditions de vie, l'arrivée de l'électricité et celle du téléphone, les médecins se font progressivement plus nombreux. Les nouveaux venus entrent en concurrence directe avec les infirmières déjà établies et la rivalité est d'autant plus vive que celles-ci demandent des honoraires généralement moins élevés. «Il serait faux de prétendre que les infirmières ont été brutalement et immédiatement écartées», témoigne Nicole Rousseau. «Dans la plupart des cas, les relations entre les infirmières et les médecins ont été bonnes. Cependant, l'arrivée des médecins a signifié une transformation progressive des tâches jusque-là accomplies par les infirmières, qui perdirent beaucoup au change, notamment sur le plan de l'autonomie professionnelle.» Le virage majeur, relate-t-elle, correspond à l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation, l'accouchement à l'hôpital devenant alors obligatoire. «Les infirmières connaissaient bien les femmes des colonies, elles les avaient aidées à mettre plusieurs enfants au monde. Et voici qu'on leur demandait de dire à ces femmes : Désolée, je ne suis plus autorisée à faire d'accouchement.» Cette transition est péniblement vécue, tant par les infirmières que par leurs clientes. Celles-ci utilisent toutes sortes de ruses pour continuer d'accoucher à domicile, attendant par exemple à la toute dernière minute, après la rupture des eaux, pour appeler l'infirmière. Constatant que la femme n'a plus le temps de se rendre à l'hôpital le plus proche, l'infirmière n'a guère le choix. Elle pratique l'accouchement, consciente qu'en cas de complication, elle peut s'attirer la vindicte des médecins du coin, voire des poursuites en règle.

Bien payées ?

En 1947, une infirmière de colonie recevait un salaire annuel net moyen de 1 158,56 \$. Un revenu insuffisant, de l'aveu du directeur du Service médical aux colons, le Dr Émile Martel, si l'on considère que l'infirmière devait payer elle-même le chauffage de son dispensaire, acheter les médicaments (qu'elle revendait à ses clients), se procurer un véhicule, verser le salaire et payer l'entretien d'une domestique. En comparaison, les infirmières de la Croix-Rouge gagnaient alors 1 320 \$ en tant que généralistes et 1 800 \$ en tant que spécialistes en hygiène publique. De plus, tous les frais (nourriture, chauffage et entretien du dispensaire, salaire de la domestique) étaient payés par l'organisme, qui offrait également deux mois de vacances comprenant un stage d'un mois dans un hôpital.

Durant les années 1960, une tentative du gouvernement du Québec pour fermer les dispensaires suscite un important mouvement de protestation. Submergé de pétitions de citoyens outrés, le gouvernement bat en retraite. «Les infirmières exigeaient des honoraires moins élevés que les médecins, mais cela n'explique qu'en partie cette vague de sympathie. Les gens des colonies tenaient leurs infirmières en haute estime», rappelle Mme Rousseau. Mais la levée de boucliers ne fait que retarder l'échéance. Après avoir connu leur âge d'or au temps de la colonisation, les dispensaires amorcent un rapide déclin avec la réforme Castonguay-Nepveu. Les infirmières restées en poste après l'avènement de l'assurance-maladie voient se rétrécir leur champ d'exercice, tandis que d'autres reçoivent leur congé presque sans préavis. «Elles n'ont guère eu le temps de se préparer à ce changement de vie. Certaines parmi celles ayant travaillé plusieurs années en dispensaire ont eu du mal à s'adapter à une pratique plus traditionnelle, avec une marge de manœuvre et d'autonomie plus restreinte. La transition a été vécue comme un choc», évoquent les chercheuses. Aurait-on pu faire un meilleur usage du savoir accumulé par les infirmières des colonies? Nicole Rousseau en est persuadée. «Nous n'avons pas fini d'évaluer l'importance de leur contribution, mais il semble acquis que le travail de ces femmes représentait un excellent rapport qualité/prix. On pourrait éventuellement s'en inspirer pour offrir à la population un service mieux adapté, à un prix plus raisonnable.»

Les saisons de Mathilde Beaumier

Pour visiter leur clientèle, les infirmières des colonies empruntaient les tout-terrains du début des années 1940. Mathilde Beaumier, infirmière au Témiscamingue, voyageait en canot sur le lac Bruyère entre deux villages.

Les dispensaires d'aujourd'hui

Il ne reste plus, aujourd'hui, qu'une poignée de dispensaires sur la Côte-Nord, aux Îles-de-la-Madeleine et en Abitibi pour servir les localités éloignées. Les infirmières qui y travaillent doivent concilier des activités d'enseignement et de prévention, de consultation clinique et de soutien aux personnes éprouvant des problèmes de santé, en plus de donner des soins d'urgence. Cela exige un éventail étendu de connaissances et d'habilités.

À l'instar de leurs prédécesseuses du temps des colonies, ces professionnelles de la santé jouent un rôle de personne-ressource dans la communauté. Un défi qu'elles relèvent au quotidien avec compétence et maturité. Le Dispensaire de la Garde à la Corne est ouvert au public depuis le 24 juin 1997.

Les communautés religieuses hospitalières

Les communautés religieuses hospitalières occupent une place à part dans l'histoire des soins de santé au Québec. Depuis l'arrivée des premières d'entre elles - des Augustines venues fonder l'Hôtel-Dieu de Québec en 1639 - jusqu'à l'adoption de lois consacrant la primauté de l'État dans le champ de la santé, au début des années 1960, elles y ont bâti un vaste réseau d'hôpitaux et formé des générations d'infirmières.

Jusqu'aux années 1960, les communautés religieuses sont omniprésentes dans les services de santé du Québec. En 1853, on compte environ 150 religieuses chargées des soins aux malades ; en 1969, elles sont plus de 5000. Au tournant des années 1960, les communautés possèdent 105 hôpitaux, totalisant près de 60 % des 60 000 lits de la province.

Une tradition de dévouement

Les premières communautés religieuses hospitalières débarquent en Nouvelle-France trente ans après à peine après la fondation de la colonie. Par la suite, elles font beaucoup plus qu'affirmer leur présence dans le champ de la santé et des soins aux plus démunis de la société : elles portent littéralement cette responsabilité à bout de bras durant trois siècles. Leur rayonnement s'étend davantage à compter du siècle dernier. Dans son histoire de l'évolution de la profession d'infirmière⁷, André Petitat qualifie même cette vigoureuse expansion de « floraison congréganiste ». En l'espace d'un demi-siècle, de 1850 à 1900, l'effectif des communautés religieuses décuple, suivant ainsi la tendance observée dans les autres pays catholiques en voie d'industrialisation. Poursuivant sur cette lancée, les religieuses⁸ demeurent la figure dominante des services de santé jusqu'à la Révolution tranquille.

Toujours à la tâche

Elles ne se contentent pas de construire un impressionnant réseau d'hôpitaux - plus d'une centaine au Québec et des dizaines d'autres dans l'Ouest canadien, aux États-Unis et ailleurs dans le monde -, elles y font tout, ou presque. On trouve des religieuses au chevet

⁷ André Petitat. *Les infirmières, de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 1989.

⁸ Quelques communautés d'hommes se sont consacrées au soin des malades, mais la plupart des communautés hospitalières étaient des communautés de femmes.

des malades, à la pharmacie (les soeurs pharmaciennes préparent une grande partie des médicaments), à l'accueil, à la cuisine, à la buanderie. Soeur Béatrice Hébert, une Hospitalière de Saint-Joseph entrée en religion en 1921, un an après la fondation de l'AGMEPQ⁹, raconte avec verve, en émaillant ses propos d'anecdotes, une existence consacrée aux soins infirmiers dans un hôpital administré par des religieuses : «Mes aînées m'édifiaient de plus en plus. Je les voyais non seulement soigner les malades avec dévouement et sollicitude, mais encore se livrer à toutes sortes de travaux susceptibles d'accroître leur bien-être. Ainsi les ai-je vues rembourrer les matelas plus ou moins affaissés par l'usage, couper et coudre les vêtements de nuit destinés aux malades¹⁰». La journée d'une Hospitalière commençait alors à 5 heures pour ne se terminer qu'à 21 heures. Trois de ces seize heures étaient consacrées à la prière, de neuf à dix aux soins des malades ou «aux occupations fixées par l'obédience reçue». Et ce, sept jours sur sept, toute l'année durant. Jusqu'en 1947, relate soeur Hébert, les Hospitalières ne prendront jamais de vacances. Elles n'en ont tout simplement pas le temps!

En effet, toutes les communautés de religieuses hospitalières sont alors confrontées au même constat : elles ne suffisent plus à la tâche. L'hôpital tend de plus en plus à devenir la cheville ouvrière du système de santé et le mouvement va s'accélérer après la Seconde Guerre mondiale. D'abord destinées à la formation des religieuses, les écoles d'infirmières des hôpitaux vont recevoir des laïques à compter de 1899. L'Hôpital Notre-Dame amorce le mouvement, suivi de l'Hôtel-Dieu de Montréal en 1901, de l'hôpital Sainte-Justine et de l'Hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières en 1907, ainsi que de l'Hôpital de la Miséricorde en 1908. À la naissance de l'AGMEPQ, une douzaine d'écoles dirigées par des religieuses admettent des laïques. Les premières diplômées laïques travaillent surtout en service privé. Elles prennent ensuite progressivement la relève des religieuses infirmières dans les centres hospitaliers, où elles finiront par occuper la majorité des postes de soignantes, probablement autour de 1930 selon André Petitat. Les communautés conservent toutefois les postes stratégiques, tels que la gestion de l'hôpital, l'enseignement ou la direction des soins infirmiers, pendant encore trois décennies.

Prodiges de leur savoir

Ces bâtisseuses de la première heure sont aussi des éducatrices prodiges de leur savoir. Jusqu'à ce que les cégeps se voient confier la formation des infirmières, en 1967, les religieuses hospitalières accueillent sous leur toit, forment et supervisent les aspirantes au titre d'infirmière. N'entre pas qui veut dans ces écoles. Les responsables de l'admission sélectionnent les candidates selon des critères bien précis, dont la scolarité, l'état de santé et l'excellence de la réputation. Après avoir réussi cette première étape, les personnes retenues doivent encore franchir celle de «probaniste», ainsi que l'on appelle les débutantes dont on évalue, durant une période de trois mois, les aptitudes à poursuivre des études et à exercer la profession.

Si elles réussissent avec succès ce test crucial, elles sont ensuite autorisées à porter le voile d'infirmière et à arborer l'insigne des étudiantes de première année. «Loin de faire miroiter la profession aux yeux des élèves, il fallait, au contraire, leur en montrer les exigences afin que

⁹ L'Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec, qui deviendra successivement l'Association des infirmières de la Province de Québec (AIPQ, 1946), l'Association des infirmières et des infirmiers de la province de Québec (AIIPQ, 1969) et, finalement, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 1974).

¹⁰ Soeur Béatrice Hébert, Avant que ma lampe ne s'éteigne, avril 1991. Soeur Hébert a occupé les postes d'infirmière, de directrice de l'école des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de responsable du Département de physiothérapie et de responsable du bureau des admissions. Elle a pris sa retraite en 1974, à l'âge de 74 ans.

seules celles qui avaient la vocation demeurent dans les rangs. L'évolution est aussi rapide dans le milieu hospitalier que dans la société ; on les préparait à l'idée que l'obtention d'un diplôme n'assurait pas le succès d'une carrière. C'est tout au long de leur vie professionnelle qu'elles devaient continuer leur formation», commente soeur Hébert dans son autobiographie.

Les religieuses ne se contentent pas de préconiser l'excellence de la formation et l'importance du perfectionnement, elles prêchent par l'exemple. Plusieurs d'entre elles, encouragées par leurs supérieures, obtiennent des diplômes universitaires. Soeur Jeanne-Mance (Marie-Anne Bertrand) est la première religieuse canadienne à obtenir une maîtrise et l'International fellow du Collège des administrateurs de Philadelphie.

En 1934, ce sont des religieuses, les Soeurs Grises de Montréal, qui fondent la première école de langue française offrant une formation universitaire en sciences infirmières, l'Institut Marguerite-d'Youville (IMY), affilié à l'Université de Montréal. Elles y donnent un enseignement de haut niveau¹¹ dont la compétence et la qualité des diplômées témoignent avec éloquence. Les émules de mère Allaire, de soeur Fafard et de soeur Duckett - la fondatrice et les organisatrices des premiers cours de l'école - propagent la réputation d'excellence de l'IMY partout dans le monde, occupant des postes clés dans les établissements de santé et d'enseignement, ainsi que dans les grands organismes nationaux et internationaux, par exemple l'Organisation mondiale de la santé, voués au mieux-être des populations.

En 1955, des 238 diplômées de l'Institut Marguerite-d'Youville, première école supérieure francophone en sciences infirmières au monde, fondée par les Soeurs Grises de Montréal, 70% occupent des postes de cadres (hospitalières, directrices d'école et des soins infirmiers) et 15% sont enseignantes.

Des figures de proue

Toutes les communautés religieuses hospitalières peuvent se targuer d'avoir produit leur contingent de leaders et de visionnaires. Ces femmes remarquables ont largement contribué à la reconnaissance, à l'avancement et à l'organisation de la profession d'infirmière. Dès les débuts de l'Ordre, relate Robert Germain dans son livre « Le mouvement infirmier au Québec », certaines communautés y délèguent leurs membres les plus éminents. Elles y siègent à des comités aux côtés de leurs collègues laïques, collaborent à l'élaboration de programmes d'études et à la rédaction de mémoires et représentent les membres lors de prestigieux rassemblements (ex. les congrès du Conseil international des infirmières). À défaut de pouvoir les nommer toutes, rappelons quelques-unes de ces figures de proue :

- la première présidente de langue française de l'Ordre (1947-1950) est une religieuse des Filles de la Sagesse, soeur **Valérie de la Sagesse** (Élisa Sauvé), qui a également dirigé l'école des infirmières de l'Hôpital Sainte-Justine. Une autre religieuse, soeur **Mance Décary**, de la communauté des Soeurs Grises de Montréal, occupe le poste de présidente de l'Ordre en 1962 et 1963. Cette ancienne directrice de l'école des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame devient supérieure provinciale de sa communauté en 1965 ;
- **Mère Élodie Mailloux**, une Soeur Grise de Montréal, fonde la première école d'infirmières de langue française au Québec, celle de l'Hôpital Notre-Dame (1898), avant d'accéder au poste de supérieure de cet hôpital, puis à celui d'assistante générale de sa communauté (1902-1907). Elle joue un rôle de premier plan dans

¹¹Rappelons que l'Université McGill a été la première à offrir une formation universitaire en sciences infirmières (1921) au Québec.

l'organisation de l'AGMEPQ, participant ensuite aux travaux du comité de régie et à ceux du comité consultatif ;

- **Soeur Augustine** (Clémence Amélie Filteau), de la communauté des Soeurs de la Providence, fonde l'école des infirmières de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu (1912), participe à la création de l'école de technologie médicale (intégrée par la suite à l'Université de Montréal) et est co-convocatrice du comité de l'éducation de l'AGMEPQ de 1927 à 1932. Elle y joue un rôle majeur, selon Frances Upton, secrétaire-registraire de l'Association à cette époque : «Elle a largement contribué aux réformes qui s'imposaient et aux progrès qui ont amené l'établissement des normes sur lesquelles repose l'enseignement dans nos écoles de langue française¹²»;
- **Soeur Allard**, Hospitalière de Saint-Joseph, est la première infirmière canadienne de langue française à recevoir la médaille Agnes Snively. En plus d'avoir occupé plusieurs postes de responsabilité au sein de sa communauté, dont celui de directrice de l'école des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, elle siège au comité de régie de l'AGMEPQ de 1922 à 1928. À la suite de l'enquête Weir sur la situation des infirmières au Canada, elle participe également au comité du curriculum de l'Association des infirmières canadiennes où elle travaille à la préparation d'un programme d'études. Auteure du manuel « Principes élémentaires concernant le soin des malades » (1931), elle reçoit plusieurs distinctions soulignant sa contribution à l'avancement de la profession d'infirmière, dont un doctorat honoris causa de l'Université de Montréal (1938) et une médaille décernée par le gouvernement français ;
- **Mère Virginie Allaire**, première religieuse canadienne à qui l'Association américaine des administrateurs d'hôpitaux décerne son Fellow honoraire. Cette Soeur Grise d'origine franco-américaine a fortement marqué la profession d'infirmière, se faisant la propagandiste d'une formation supérieure de haut calibre. En 1928, choisie par l'Université de Montréal pour faire un voyage d'étude sur l'organisation des soins infirmiers en Europe, elle parcourt plusieurs pays et en ramène des idées qui alimenteront le projet de création d'une école supérieure destinée aux infirmières de langue française. De la longue liste de ses réalisations, c'est justement la fondation de l'Institut Marguerite-d'Youville qu'on retient au premier chef. Plusieurs marques de reconnaissance soulignent son apport exceptionnel, dont un doctorat honorifique de l'Université de Montréal, la médaille Agnes Snively de l'Association des infirmières canadiennes et l'Ordre du Canada.

Mentionnons encore ces autres éducatrices, entre autres, soeur Duckett (Albertine Pépin) et soeur Fafard (Mathilda Toupin), instigatrices des premiers cours supérieurs pour les infirmières de langue française. Seule membre francophone du comité chargé de la préparation du premier programme d'étude approuvé par l'AGMEPQ, soeur Fafard occupe également les fonctions de vice-présidente de l'Association. Ou encore soeur Denise Lefebvre, dont les connaissances et l'expérience en matière de pédagogie ont bien servi divers comités de l'Ordre durant des années. Sans compter toutes ces organisatrices et animatrices hors pair, parmi lesquelles soeur Sainte-Florida, de la communauté des Soeurs de la Charité de Québec, qui assure durant des années la permanence de l'Association des gardes-malades catholiques licenciées (AGMCL)¹³, avec le concours de soeur Sainte-Berthe.

¹²Ce témoignage est tiré du livre d'Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eileen C. Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec*, publié par l'Ordre en 1970.

¹³Créée en 1928, cette association deviendra, en 1961, la première organisation syndicale québécoise d'infirmières : le Syndicat professionnel des infirmières catholiques (SPIC).

L'autre révolution

La *Révolution tranquille* donne le signal d'un changement de cap pour les communautés religieuses hospitalières. Se conformant à l'une des recommandations du rapport Parent - à laquelle l'Ordre a donné son aval -, le ministère de l'Éducation confie aux cégeps la responsabilité de former les étudiantes et les étudiants en sciences infirmières. C'est la fin des écoles d'infirmières traditionnelles. Parallèlement, le gouvernement québécois accentue sa présence dans le réseau de la santé et des services sociaux. Avec la Loi de l'assurance-hospitalisation (1961), qui fait de l'État le bailleur de fonds presque unique des hôpitaux, la Loi des hôpitaux (1962) et la Loi de l'assurance-maladie (créant, en 1970, le système actuel), il met la touche finale au mouvement de laïcisation des hôpitaux enclenché quatre décennies plus tôt avec l'adoption de la Loi de l'assistance publique (1921)¹⁴. C'est donc également la fin des hôpitaux dirigés par des religieuses. Pour nombre d'entre elles, la transition est ardue, voire déchirante. Elles font le point, redéfinissent leurs priorités d'action, se concentrent sur leurs autres oeuvres et en créent de nouvelles.

Les communautés religieuses jouent aujourd'hui un rôle fort apprécié dans les réseaux québécois, canadien et internationaux de soutien et d'entraide. Elles viennent en aide aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux sidéens, aux familles démunies, aux femmes et aux enfants victimes de violence, aux malades mentaux, aux handicapés visuels, aux personnes aux prises avec un problème d'alcool et de toxicomanie. Dans le contexte économique actuel, qui s'accompagne d'un désengagement progressif de l'État, faut-il préciser qu'elles en ont plein les bras ! «Autrefois, quand une religieuse fêtait son jubilé d'or, cela signifiait qu'elle consacrerait le reste de sa vie à la prière. Mais nous ne pouvons plus nous le permettre, les besoins sont trop criants et nous sommes trop peu nombreuses», constate soeur Gilberte Villeneuve, coordonnatrice des services d'accueil chez les Soeurs de la Providence. «Plus question de retraite. Nos soeurs âgées continuent de travailler. Chez nous, des religieuses de 90 ans font des visites à domicile chez des personnes âgées et des personnes seules ! »

Encore aujourd'hui, les communautés religieuses continuent de servir. À leur manière, discrète et efficace.

«Nous avons fait notre part. Nous avons soigné les gens dans un esprit d'universalité, sans égard à la race, à la langue ou à la religion, sans nous demander si nos patients souffraient d'une maladie catholique. Nous avons fait oeuvre pionnière, contribué à l'expansion et à l'amélioration des soins. Puis nous avons vécu notre traversée du désert. Il nous a fallu changer, nous adapter. Et ce n'est pas fini. À mesure que nous nous rapprocherons de l'an 2000, bien d'autres choses vont encore changer. Mais c'est justement cela, vivre : accepter le changement et être toujours là où l'on a besoin de nous. (extrait d'une conversation avec Soeur Marie Bonin)

Cette Soeur Grise de Montréal a dirigé des écoles d'infirmières et des programmes à l'Institut Marguerite-d'Youville et à l'Université de Montréal et elle a occupé, entre autres, le poste de supérieure provinciale dans l'Ouest canadien. Elle s'est préparée à devenir agente de pastorale en poursuivant des études en théologie et en pastorale clinique.

¹⁴Cette loi répartit les frais d'hospitalisation des indigents entre l'institution de charité, le gouvernement et les municipalités.

Les infirmières en santé communautaire

Depuis les tout débuts de la profession, les infirmières ont assuré une présence active et indispensable en santé communautaire au Québec. Dans les unités sanitaires, les CLSC, les régies régionales de la santé et des services sociaux, les écoles, les organisations communautaires, elles ont contribué, par la qualité de leurs soins et celle de leur travail d'éducation, à améliorer l'état de santé de la population.

À l'avant-garde de la prévention

À la fin du 19e siècle, alors que les antibiotiques sont encore à découvrir, le taux de mortalité infantile au Québec est l'un des plus élevés d'Occident : tuberculose, typhoïde, dysenterie, rougeole, méningite prélèvent, année après année, d'énormes contingents de victimes. Beaucoup de femmes meurent en couches. Les ravages de la maladie sont certes plus importants dans les quartiers ouvriers, mais personne ne peut se prétendre à l'abri. On s'en aperçoit vers la fin de la Première Guerre mondiale alors que l'épidémie de grippe « espagnole » tue 30 000 personnes dans l'ensemble du Canada. À Montréal, Grand-Mère, Sherbrooke et Québec, elle en frappe des milliers. Rapidement, les institutions d'assistance - qui relèvent des municipalités et disposent de faibles ressources -, ne suffisent plus à la tâche. Et comme un malheur n'arrive jamais seul, un autre fléau s'abat dans la foulée de la Grande guerre : les maladies vénériennes.

Il faut réagir. On s'attaque d'abord à la mortalité infantile. Peu à peu, des activités de prévention périnatale s'organisent au sein d'organismes bénévoles. On a recours à des infirmières, suivant en cela l'exemple des sociétés d'assurance qui embauchent déjà des infirmières visiteuses pour les familles de leurs assurés. Ces compagnies ont vite compris, bien avant l'État, qu'il est rentable de faire de la prévention, de l'éducation même. « À cette époque, les femmes accouchaient à la maison et notre rôle était aussi bien éducatif que curatif », se souvient Eugénie Dion, dont la carrière d'infirmière a commencé en 1924 pour le compte de la Métropolitaine. « Nous faisons du service privé, des visites à domicile dans les familles des malades ou des femmes enceintes ou nouvellement accouchées. »

Fondatrice, en 1954, de la Société des infirmières visiteuses de Trois-Rivières, Mme Dion a aujourd'hui 92 ans et se dit fière du travail accompli : « C'était une bonne approche. Visiter un patient à domicile permet de voir dans quelles conditions il vit, de faire de l'éducation à la santé. On me demandait d'ailleurs plein de conseils, pour les enfants, le mari, tout le monde. »

Les unités sanitaires et l'éducation à la santé

Au début des années 20, à l'époque où naît l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec¹⁵, les concepts d'éducation et de prévention commencent à faire leur chemin.

En 1922, le gouvernement québécois crée un Service provincial d'hygiène qui lancera la première campagne contre la tuberculose et les maladies infantiles, puis, en 1926, les premières unités sanitaires. C'est le véritable début de la médecine préventive au Québec. Les unités sanitaires pratiquent une médecine axée sur la prévention primaire, une formule originale et qui donne des résultats concrets. On crée des cliniques néonatales et un service

¹⁵L'Ordre a officiellement pris son nom actuel en 1974. Il a d'abord porté le nom d'Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec, puis ceux d'Association des infirmières de la Province de Québec (1946) et d'Association des infirmières et des infirmiers de la province de Québec (1969).

de visites à domicile, faites par des infirmières qui en profitent pour mener des enquêtes épidémiologiques.

Ces unités sanitaires sont implantées en région, justement là où il existe peu ou pas de services municipaux de soins ou d'assistance. Là encore, les infirmières sont en première ligne, se distinguant déjà quelque peu de leurs consœurs du milieu hospitalier. C'est que leur autonomie professionnelle est davantage sollicitée et que les liens étroits qu'elles développent avec les familles leur donnent un portrait moins parcellaire, plus global, du véritable état de santé de la population.

L'épidémie de typhoïde qui éclate à Montréal en 1927 donne une impulsion soudaine aux unités sanitaires. Des dizaines de milliers de personnes - souvent des enfants - sont atteintes et il devient vite évident que les bureaux de santé municipaux sont incapables de faire respecter les règlements d'hygiène. Quand survient la Grande Crise économique, à la fin des années folles, les municipalités, à court de ressources, abandonnent progressivement leurs responsabilités en matière d'hygiène. Les unités sanitaires provinciales prennent cependant la relève, gagnant rapidement en importance : de seulement trois en 1926, elles passent à 23 en 1930. Le nombre de visites à domicile par des infirmières croît alors dans la même proportion : 12 429 en 1929, 82 304 en 1931 !

Des infirmières hygiénistes commencent aussi à se rendre dans les écoles. Relevant soit des services de santé municipaux, soit des unités sanitaires, leur objectif est d'abord de circonscrire la propagation des maladies infectieuses. Donnant aux jeunes des notions élémentaires d'hygiène, elles assument une tâche toute nouvelle dans les écoles du Québec, celle d'éducatrice à la santé. «C'est à cette époque qu'on prend vraiment conscience que la mortalité infantile est liée aux conditions de vie des gens, se souvient Gertrude Jacobs, ex-présidente et ex-archiviste de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec¹⁶. Des programmes comme l'Assistance maternelle et la Goutte de lait sont mis en place afin d'aider les femmes enceintes et les enfants.»

Mais au milieu des années 30, alors que des problèmes économiques étranglent le pays, la santé publique présente, elle aussi, des signes d'essoufflement. Les conditions de vie - et, partant, de santé - se dégradent. En 1936, dans la ville de Québec, où il n'existe pas encore de système de collecte des ordures ménagères et où la qualité de l'eau est douteuse, le taux de mortalité infantile bat tous les records canadiens.

Les infirmières de l'Ordre de Victoria

«Elles étaient vraiment des pionnières», affirme Lynn Manuel, directrice montréalaise des Infirmières de l'Ordre de Victoria, en parlant de ses prédécesseures.

Au Québec, l'Ordre de Victoria a été l'un des premiers avec, bien sûr, les communautés religieuses hospitalières, dont certaines visitaient les malades à domicile, à s'engager dans le domaine de la santé communautaire.

Dès 1897, ses infirmières, arborant fièrement leur uniforme bleu distinctif, portant leur sempiternel petit sac de cuir noir bourré de matériel, quittaient chaque matin leur quartier général du centre-ville de Montréal pour visiter une jeune accouchée, un vieillard en perte d'autonomie, un accidenté du travail, un ouvrier tuberculeux. Elles suivaient la consigne

¹⁶Mme Jacobs a été présidente de l'OIIQ de 1965 à 1967. Entre 1968 et 1983, elle a occupé successivement les postes de registraire adjointe temporaire, de registraire adjointe et de registraire. En 1983, elle devenait responsable du Service des archives. Elle a pris sa retraite en 1992.

donnée par leur fondatrice, Lady Aberdeen, une émule de Florence Nightingale : «Elles iront chez ceux qui n'ont pas les moyens de payer des infirmières dûment formées et qui meurent souvent par manque de soins.»

«Nous sommes là pour rester», affirme aujourd'hui Lynn Manuel. «Et nous continuerons de développer des programmes innovateurs en matière de prévention, d'éducation et de soins à domicile, au bénéfice de la population que nous servons.»

La promotion de la santé en région

La Deuxième Guerre mondiale vient changer tout cela. Les unités sanitaires, dans lesquelles travaillent de plus en plus d'infirmières, prennent au cours des années 40 et 50 une importance considérable : 49 unités sanitaires régionales en 1941, 67 en 1953. L'objectif de servir l'ensemble des populations rurales et semi-urbaines est presque atteint. Actives essentiellement dans le domaine de l'éducation en hygiène publique, du contrôle des maladies infectieuses et de la salubrité, les unités sanitaires jouent un rôle capital, notamment en matière d'éducation sanitaire auprès des futures mères. Ainsi, dans toutes les régions, des infirmières font la promotion de l'hygiène maternelle, de l'hygiène de la première enfance et de l'hygiène scolaire. Le développement des unités sanitaires favorise aussi la diffusion des programmes de vaccination dans les écoles. À la fin des années 50, le Québec compte 73 unités sanitaires, servant 79 comtés.

Dans les milieux dévalorisés, les conditions de vie demeurent cependant difficiles. «Il n'y avait pas beaucoup de centenaires dans ce temps-là !», raconte Simone Asselin, qui fut longtemps infirmière visiteuse dans les quartiers ouvriers de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine. «Les conditions étaient bien différentes de celles d'aujourd'hui. Nous stérilisions nous-mêmes le matériel à pansements. Des services tel que l'inhalothérapie à domicile étaient impensables à l'époque.»

Une étape cruciale

Les années 60 constituent une étape cruciale en matière de la santé. Pour la première fois de son histoire, le Québec de la Révolution tranquille se donne des outils pour intervenir sur le plan économique et social. Avec pour résultat que les Québécois jouissent bientôt non seulement de l'accessibilité gratuite et universelle aux hôpitaux, mais aussi à l'ensemble des services donnés dans des cliniques privées, sans parler d'un régime de retraite et d'un système d'aide sociale administré par l'État. Dans le sillage de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay-Nepveu), le concept de santé globale comprenant des notions d'hygiène, d'alimentation, d'habitudes de vie, de santé physique et mentale prend enfin corps. On vise à corriger la dominance de la médecine curative par la mise sur pied d'activités de prévention et de réadaptation et par la création d'équipes multidisciplinaires dans lesquelles les infirmières jouent un rôle majeur. On crée successivement le ministère des Affaires sociales, les départements de santé communautaire (DSC), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Sans parler de tout un réseau d'institutions pour les personnes en difficulté ou ayant besoin de protection : centres de services sociaux, centres d'accueil qui remplissent des fonctions d'hébergement ou de réadaptation, etc.

Pour les infirmières, c'est évidemment une période d'expansion. On a besoin de leurs services. Le champ de pratique de l'infirmière en santé communautaire a d'ailleurs tendance à s'élargir constamment : infirmière certes, mais aussi éducatrice, personne-ressource, conseillère.

Aujourd'hui, elles sont plus de 5 000 à travailler en santé communautaire, présentes surtout dans les différents services et programmes offerts par les 161 CLSC et les centres de santé

du Québec. Elles y exercent une activité fort diversifiée, visitant 160 000 patients à domicile chaque année, dont près de 100 000 personnes âgées : soutien à domicile, enfance-famille, jeunesse, services courants de santé, nutrition, santé et sécurité du travail, prévention des maladies infectieuses (ex. programmes d'immunisations), soins aux mourants, sexualité du troisième âge, santé mentale, groupes d'entraide, planification des naissances, cliniques podologiques, préparation à la retraite. La liste est impressionnante. Elles remplissent de plus en plus des rôles de coordination, de programmation et de planification, participent à la définition d'objectifs, au choix de priorités et à l'élaboration de plans d'action, ainsi qu'à la réalisation et à l'évaluation de programmes. Elles y sont bien préparées, plusieurs d'entre elles ayant obtenu un diplôme universitaire en santé communautaire ou dans une discipline connexe.

Certaines ont même fondé de véritables institutions, dont Info-Santé, un service de consultation téléphonique qui reçoit des dizaines de milliers d'appels par mois. «Nous avons été dépassés par le succès populaire à Québec et dans les environs», explique Françoise Roy, membre de l'équipe qui a mis sur pied le projet. «Ce service répondait vraiment à un besoin.» Une autre pionnière, Agathe Côté, a contribué à la fondation de la Maison Marc-Simon de Québec, qui accueille des personnes atteintes du SIDA. «J'y ai été la seule infirmière de 1988 à 1991 et je travaillais en moyenne de 50 à 60 heures par semaine. Mais je ne me plains pas, car j'ai reçu beaucoup plus que j'ai donné», dit Soeur Agathe de sa voix toute douce. Maintenant retraitée, elle peut se targuer d'une carrière bien remplie, notamment en santé communautaire sur la Moyenne et la Basse Côte-Nord.

D'autres font leur travail de promotion de la santé et de consultation en milieu scolaire. «Je vois toutes sortes de cas, aussi variés que le sont les problèmes des jeunes», explique Danielle Bouchard, infirmière du CLSC du Plateau Mont-Royal affectée à l'école secondaire Jeanne-Mance, à Montréal. Cela peut aller d'une adolescente agressée sexuellement, à une autre devenue dépressive et suicidaire après une peine d'amour. Dans ce travail, le lien de confiance est essentiel. Il faut écouter le jeune, comprendre ses appréhensions, trouver des réponses. Il s'agit vraiment d'un travail de prévention et d'éducation!» Les infirmières travaillant en milieu scolaire sont souvent à l'origine de projets originaux. À titre d'exemple, Harmonie, un programme éducatif de gestion du stress destiné aux enfants de 5 à 12 ans, a été implanté dans plusieurs régions.

En quartier défavorisé, les infirmières en santé communautaire interviennent auprès d'une clientèle de marginaux souvent emmurés dans leur détresse et leur solitude, dont les besoins en matière de santé sont criants. Au CLSC Centre-ville à Montréal, notamment, une équipe de professionnels de la santé, parmi lesquels des infirmières, offre aux personnes itinérantes, en partenariat avec des organismes communautaires, un service de clinique de rue.

Il faut aussi souligner l'apport des infirmières qui font un travail d'encadrement et de direction. «Certaines sont directrices générales de CLSC, ou ont des postes cadres dans les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). D'autres travaillent à la Direction de la santé publique ou encore à la Direction de la planification de la santé au ministère de la Santé et des Services sociaux. Leurs décisions ont un impact sur la santé publique et la main-d'oeuvre infirmière en santé communautaire», explique Lucie Bédard. Elle-même est coordonnatrice au bureau de surveillance épidémiologique de la RRSSS Montréal-Centre.

Parfois, les infirmières en santé communautaire sont sous les feux de la rampe, comme tout récemment lorsque plusieurs d'entre elles ont participé à de véritables blitz de prévention (immunisation et information) visant à juguler les risques d'épidémie de méningite dans certaines régions du Québec. Ou encore pendant la «crise du plomb» de Saint-Jean-sur-Richelieu en 1989. Effectuant des centaines de prélèvements sanguins tout en renseignant

des milliers de citoyens terrifiés par la menace d'empoisonnement au plomb, les infirmières du CLSC Vallée-des-forts ont alors joué un rôle prépondérant dans la gestion et la résolution de la situation de crise provoquée par une usine de recyclage des vieilles batteries d'automobiles. «Qui mieux que les infirmières était en mesure de remplir ce rôle?», demande Suzanne Coache, coordonnatrice du module enfance-famille et active en santé communautaire depuis près de 20 ans.

Elle n'est pas la seule à poser la question. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec profite de tous les créneaux disponibles pour la lancer aux décideurs en matière de santé, plaidant en faveur d'une meilleure utilisation de l'expertise et des compétences des infirmières. L'importante restructuration des services de santé en cours, dont on commence tout juste à percevoir l'ampleur, devrait lui donner raison. Avec le virage ambulatoire et l'accent que le gouvernement entend clairement mettre sur la prévention et l'auto-prise en charge de la santé par la population, l'expertise des infirmières en santé communautaire sera de plus en plus sollicitée. Le travail qu'elles ont accompli a déjà fait la preuve, par cent, par mille, qu'elles sont des personnes-ressources compétentes, novatrices et indispensables.