

L'Assistance maternelle de Montréal (1912-1961). Un exemple de marginalisation des bénévoles dans le domaine des soins aux accouchées (*)

DENYSE BAILLARGEON (**)

SOMMAIRE

1.—Pour Dieu seul vers le pauvre. 2.—La montée des experts. 3.—La fin d'une époque. Conclusion.

RÉSUMÉ

Cet article analyse l'itinéraire de l'Assistance maternelle de Montréal, une organisation catholique fondée en 1912 par des bourgeoises montréalaises dans le but de fournir des secours matériels et des soins médicaux gratuits aux femmes pauvres de cette ville. Il veut montrer que si l'interventionnisme plutôt timide de l'État québécois lui a permis de poursuivre ses activités durant près de 50 ans, la montée des «experts», tant dans le domaine de la santé —un phénomène auquel elle a largement contribué—, que de la philanthropie, a fait en sorte que les bénévoles de l'Assistance maternelle ont peu à peu été marginalisées au sein même de l'œuvre qu'elles avaient créée.

BIBLID [0211-9536(1999) 19; 379-400]

Fecha de aceptación: 30 de noviembre de 1998

(*) Cette recherche a bénéficié d'une subvention de l'Institut Hannah d'histoire de la médecine. Mes remerciements à mes deux assistantes de recherche, Karine Hébert et Suzanne Commend qui se sont avérées deux collaboratrices des plus efficaces.

(**) Professeure agrégée. Département d'histoire, Université de Montréal. C.P. 6128 Succ. Centre-ville. Montréal, Québec. Canada. H3C 3J7. E-mail: baillard@hst.umontreal.ca

L'Assistance maternelle de Montréal (AM) a été créée en 1912 par un petit groupe de femmes catholiques, à l'initiative de Caroline Leclerc-Hamilton, dans le but de fournir une aide matérielle et des soins médicaux gratuits aux femmes enceintes pauvres de la ville (1). Ces réformatrices voulaient ainsi contribuer à la lutte contre la mortalité infantile, qui atteignait des sommets chez les Canadiens français (2), et atténuer les désordres sociaux et moraux engendrés par l'industrialisation et l'urbanisation. Inspirée par un idéal de charité chrétienne, leur action s'appuyait sur la certitude que les compétences féminines, acquises dans la sphère domestique, les appelaient à se préoccuper de ce genre de problèmes et sur la conviction que leur intervention auprès des mères serait facilitée par la complicité qui unissait toutes les femmes au delà de leurs différences de classes: «Les femmes sont toutes un peu sœurs devant un berceau, déclarait Caroline Hamilton peu après la fondation de l'AM. Toute idée de caste disparaît alors, il n'existe plus que la mère» (3).

Le recours à ce genre d'arguments représentait au début du siècle une des formes les plus courantes de légitimation de l'action sociale féminine à l'échelle de l'Occident et on ne s'étonnera guère de voir que le discours maternaliste a aussi servi de caution aux fondatrices de l'AM. Les nombreux travaux qui se sont intéressés aux liens entre l'action bénévole des femmes dans le domaine de la protection des mères et des enfants et l'émergence de l'État providence soulignent, en effet, que les groupes réformistes féminins ont le plus souvent fait valoir la capacité «naturelle» des femmes à materner pour justifier leurs incursions hors du foyer, réclamer des droits sociaux et politiques ou, comme ce fut le cas pour l'AM, élargir le champ de leurs activités philanthropiques pour y inclure des domaines comme la santé publique. La diversité des

(1) Archives de l'Assistance maternelle (AAM), *Historique*, document ronéotypé, s.l., 1937, p. 1. Pour une biographie de Caroline Leclerc-Hamilton, voir ROCHELEAU-ROULEAU, Corinne. *Une vie rayonnante*, Montréal, École sociale populaire, 1948.

(2) Le taux de mortalité infantile se situait à 224 pour mille naissances parmi les Franco-catholiques de Montréal vers 1910, contre 207 pour mille chez les catholiques d'autres origines, 163 pour mille chez les Anglo-protestants et 94 pour mille parmi la population juive [*Rapport sur l'état sanitaire de la cité de Montréal, (REACM)*, 1912, p. 58].

(3) AAM, Procès-verbaux (PV), Livre I, 1915.

initiatives et des revendications maternalistes, de même que le degré fort variable de leur influence sociale et politique, montrent cependant que leurs discours et leurs actions ont été façonnés par le jeu complexe des rapports de pouvoir opérant dans leur société respective (4).

Au Québec, le maternalisme a pris forme dans un contexte où l'Église catholique contrôlait la plupart des institutions d'assistance et de santé et où elle dominait largement le paysage idéologique. L'Église justifiait sa suprématie en invoquant son rôle de gardienne de la nation canadienne-française, menacée par ses voisins anglo-protestants, un argument auquel souscrivaient la plupart des nationalistes. Dans leur esprit, l'État était appelé à jouer un rôle supplétif, en aidant au financement des activités de l'Église par exemple, alors que les femmes laïques devaient, le plus possible, se contenter de supporter les initiatives des communautés religieuses féminines qui œuvraient dans son giron (5). Pour les clercs et les nationalistes, la vocation des femmes laïques tenait toute entière dans la reproduction «de la race», une fonction dont le féminisme cherchait à les détourner, et qu'ils ont d'ailleurs combattu avec la dernière énergie (6).

-
- (4) Voir KOVEN, Seth; MICHEL, Sonya (eds.). *Mothers of a New World. Maternalist Politics and the Origins of Welfare States*, New York and London, Routledge, 1993; BOCK, Gisela; THANE, Pat (eds.). *Maternity and Gender Policies. Women and the Rise of the European Welfare States 1880s-1950s*, London and New York, Routledge, 1994.
- (5) Au XIXe siècle et même au début du XXe siècle, les autorités ecclésiastiques sont intervenues à plusieurs reprises auprès de veuves et de célibataires qui avaient initié différentes œuvres sociales pour qu'elles fondent des communautés religieuses. Entre 1837 et 1914, il s'est fondé une cinquantaine de communautés religieuses de femmes au Québec, si bien qu'en 1921, 9,1% des femmes célibataires âgées de plus de 20 ans étaient religieuses, un record en Occident (DANYLEWYCZ, Marta. *Profession: religieuse. Un choix pour les Québécoises 1840-1920*, Montréal, Boréal, 1985 et PELLETIER-BAILLARGEON, Hélène. *Marie Gérin-Lajoie. De mère en fille — la cause des femmes*, Montréal, Boréal, 1986).
- (6) Sur les rapports entre l'Église et l'État et leurs incidences sur le développement des politiques sociales au Québec, voir MARSHALL, Dominique. Nationalisme et politiques sociales au Québec depuis 1867: un siècle de rendez-vous manqué entre l'État, l'Église et les familles. *British Journal of Canadian Studies*, 1994, 9 (2), 301-347 et BAILLARGEON, Denyse. Les politiques familiales au Québec. Une perspective historique. *Lien Social et Politiques (RIAC)*, 1996, 36, 21-32. Sur l'opposition

La fondation de l'AM survenait donc dans une société profondément patriarcale et conservatrice qui laissait fort peu de place aux revendications et aux initiatives féminines et à l'intervention de l'État. Si ces femmes ont pu mettre en place des structures indépendantes du pouvoir clérical et y exercer un leadership que l'Église ne songea pas à contester, c'est qu'elles étaient elles-mêmes d'ardentes catholiques et qu'elles se donnaient précisément pour mission de combattre un fléau qui menaçait la vitalité des francophones, sans réclamer de nouveaux droits sociaux ou politiques pour les femmes. Oeuvre sociale, patriotique et religieuse, comme elle se qualifiait elle-même, l'AM était animée par un esprit de charité plutôt que de justice, ce qui allait lui assurer le soutien des autorités ecclésiastiques et de l'élite politique masculine.

Entreprises sur des bases plutôt modestes, les activités de l'AM allaient prendre un essor considérable au cours des deux décennies suivantes, pour ensuite décliner après la Deuxième guerre, avant de disparaître à l'aube des années 1960, au moment où l'État québécois décidait d'assumer davantage de responsabilités dans le domaine de la santé. Comme il est souvent arrivé aux groupes maternalistes, l'AM a dû céder la place devant le développement des structures étatiques, même si au Québec, ce phénomène est intervenu assez tardivement comparé à bien des pays occidentaux. Cette longévité, qui doit beaucoup à la dynamique des rapports Église/État, cache cependant le fait que son fonctionnement interne a subi de profondes modifications au cours des années. D'une œuvre entièrement dirigée par des femmes, l'AM était devenue, à la veille de sa disparition, une organisation où les médecins, et accessoirement les infirmières, détenaient un pouvoir considérable. Le présent article s'intéresse à ce processus de marginalisation des bénévoles qui témoigne de la montée des «experts», tant dans le domaine de la santé —un phénomène auquel elle a largement contribué— que de la philanthropie.

des clercs et des nationalistes au féminisme, voir MANN TROFIMENKOFF, Susan. Henri Bourassa et la question des femmes. In: Marie Lavigne; Yolande Pinard (dir.), *Les femmes dans la société québécoise*, Montréal, Boréal Express, 1977, pp. 109-125.

1. *POUR DIEU SEUL VERS LE PAUVRE* (7)

Selon un historique officiel rédigé en 1937, l'AM se proposait de: «soigner et secourir la mère pauvre avant, au moment et après la naissance de son enfant, faire mieux comprendre la noble tâche de la mère de famille et l'héroïsme qui en est souvent synonyme, consoler cette mère, la soutenir, l'encourager, et par là, protéger l'existence de son foyer, comme la vie de l'enfant à naître» (8). Pour les fondatrices de l'AM, il ne suffisait donc pas de sauver la vie des bébés: il fallait aussi lutter contre la désorganisation des familles ouvrières et l'incompréhension des femmes face aux exigences de la maternité, les convaincre de «la grandeur de (leur) sublime mission» et leur inculquer «l'amour du foyer» en faisant leur éducation tant en matière d'hygiène que des soins du ménage (9). Mieux instruites de leurs devoirs, mieux armées pour y faire face, les femmes deviendraient alors aptes à préserver la vie de leurs enfants, à se sortir de leur pauvreté et à maintenir l'intégrité de leur famille: «s'il est bon de secourir la misère, affirmait une représentante de l'Assistance maternelle en 1927, combien préférable est-il de la prévenir, ou de l'atténuer en mettant aux mains de la mère, de qui souvent dépend le bien-être de la famille, les armes nécessaires pour combattre les ennemis du bonheur familial» (10).

Cette régénération de la famille ouvrière, tant au plan physique que moral, appelait à une collaboration entre des praticiens, qui seraient payés pour exercer leur métier au profit des bénéficiaires de l'œuvre (11),

(7) Il s'agit de la devise de l'AM.

(8) ROCHELEAU-ROULEAU, note 1, p. 6.

(9) BRODEUR, Mme J.-A.-A. L'Assistance maternelle. *La Bonne Parole (BP)*, 1927, 15 (9), p. 8.

(10) BRODEUR, note 9, p. 9.

(11) Rappelons qu'au Canada, les médecins ont livré une bataille farouche aux sages-femmes au cours du XIXe siècle, les accusant d'être à l'origine de la mortalité maternelle et infantile. Constitués en corporation professionnelle dès 1847, ils ont obtenu, au terme de longues batailles juridiques et politiques, le pouvoir de définir les conditions d'exercice des autres praticiens de la santé: dans le cas des sages-femmes, le corps médical a fait en sorte d'imposer des conditions de formation telles qu'elles ont conduit à la disparition du métier dès 1891 (LAFORCE, Hélène. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Québec, IQRC, collection

et des femmes dont les qualités spirituelles et l'expertise domestique seraient mises bénévolement à contribution pour réformer les habitudes des mères pauvres et leur prêcher les vertus chrétiennes propres à les soutenir dans l'adversité. C'est donc dans un esprit de complémentarité qui respectait la frontière «genrée» des compétences que les fondatrices envisageaient cette coopération: que des femmes assument aussi les pleins pouvoirs de direction ne leur paraissait pas incongru, une organisation philanthropique dédiée aux mères relevant de la sphère d'autorité féminine.

Au moment de la fondation, les dirigeantes mirent sur pied un premier comité de bénévoles, appelé par la suite le comité central, et encouragèrent la création de comités paroissiaux dont le nombre s'accrût rapidement, passant de 8 en 1914 à 21 en 1921 puis à 38 en 1936 (12). Les membres de ces comités paroissiaux, exclusivement féminins, provenaient de l'élite de la paroisse ou de sa classe moyenne. Mariées et mères au foyer, ces femmes avaient parfois une longue expérience du bénévolat: plusieurs d'entre elles avaient sans doute tissé des liens en oeuvrant dans d'autres organisations charitables. Elles devaient prendre en charge les mères qui leur étaient référées par des groupes philanthropiques ou encore par l'Assistance municipale, tandis que le comité central assurait la direction générale et s'occupait des femmes originaires de paroisses où il n'existait aucun comité local, en plus de fournir certains services médicaux spécialisés à l'ensemble des bénéficiaires.

Dès qu'une patiente leur était référée, les bénévoles, ou «dames visiteuses», se rendaient à son domicile afin «de se rendre compte du degré de pauvreté du lieu et de son atmosphère hygiénique et morale» (13).

Edmond-De-Nevers no 4, 1985). C'est pourquoi, même si l'AM était une oeuvre exclusivement féminine, elle ne comptait aucune sage-femme et devait faire appel à des médecins pour offrir des services médicaux à ses protégées. Ajoutons que le corps médical était presque exclusivement masculin: les femmes n'auront le droit de pratiquer la médecine au Québec que durant les années 1920, bien peu d'entre elles s'y risquant avant les années 1960.

(12) AMM, Rapports annuels (intégrés aux PV), 1914, 1921 et 1936.

(13) L'Assistance maternelle. *BP*, 1922, 10 (5), p. 4. La description des responsabilités des bénévoles est tirée de divers articles publiés dans cette revue et des procès-verbaux de l'AM. Voir également MARTINEAU, Yvonne. *L'Assistance maternelle de Montréal*, Thèse M.A. (École de Service social), Université de Montréal, 1948.

Cette première visite devait servir à s'assurer que la famille se trouvait bel et bien dans l'indigence, mais sauf lorsqu'il s'agissait de «filles-mères» ou de concubines, il était rare que toute aide leur soit refusée (14). L'exclusion des mères non mariées était justifiée par le fait qu'il existait un hôpital tenu par les Sœurs de la Miséricorde où elles pouvaient se faire soigner et accoucher, mais cette politique reflète tout autant, sinon d'avantage, la conception que ces bienfaitrices se faisaient de la maternité: pour être respectable et digne de leur sollicitude, celle-ci devait se concrétiser dans le cadre des liens sacrés du mariage. Il ne pouvait être question d'encourager les naissances illégitimes en apportant de l'aide à celles qui avaient transgressé les normes sexuelles édictées par l'Église (15).

Si la mère était légitimement mariée et pauvre, les bénévoles lui fournissaient une layette pour le bébé, de la literie, pour qu'elle accouche dans des draps convenables, et certains articles de lingerie féminine, confectionnés par les membres des cercles de couture. Par l'entremise de la Société Saint-Vincent-de-Paul, elles lui procuraient également des provisions, en particulier du lait pour toute la durée de la grossesse et de l'allaitement, du combustible et parfois des meubles. Il arrivait aussi

-
- (14) Certains extraits des PV laissent entrevoir que les dames du Conseil utilisaient des critères assez larges pour définir la pauvreté. Ainsi, en 1932, on peut lire: «Mme Montpetit rappelle qu'il faut quand même apporter des secours aux familles malgré l'apparence de bien-être de certaines d'entre elles. Ces cas n'abusent pas de la générosité de l'Oeuvre et n'acceptent rien dès qu'ils ont de quoi se nourrir et subvenir à leurs besoins essentiels» (AAM, PV, Livre VI, mai 1932). Le Conseil des œuvres de Montréal, mandaté pour faire rapport sur les activités de l'AM dans les années 1950, affirmait pour sa part que l'organisme avait rarement refusé son aide [Archives de Centraide, boîte 067 (Évaluation des organismes, Études des œuvres subventionnées par la FOCCF, 1955-57), Conseil des Oeuvres, *Évolution de l'Assistance maternelle de Montréal (1912-1955)*, mars 1956].
- (15) En fait, les fondatrices de l'AM jugeaient qu'il était inconcevable que les femmes mariées ne bénéficient d'aucune aide au moment d'une grossesse, alors que les «filles-mères» disposaient de services tel que l'hôpital de la Miséricorde: «Il existait des œuvres pour venir en aide aux naissances honteuses, pour élever les enfants du hasard, (...). Il n'y avait pas d'œuvres pour porter à la mère pauvre, en son foyer désolé, un peu de cette consolation qu'elle appelle, un peu de cette aide qu'elle mérite» (CLAUDE, Louis. L'œuvre de l'Assistance maternelle. *La Revue Moderne*, mai 1924, p. 8).

qu'elles trouvent un logement plus décent pour la famille, du travail à un mari en chômage, qu'elles habillent un enfant plus âgé pour sa première communion ou lui obtiennent des soins médicaux gratuits. Au cours des visites qu'elles effectuaient à leurs protégées, elles devaient également s'employer à gagner leur confiance afin de leur inculquer des notions d'hygiène, de cuisine et de couture, leur enseigner les vertus de l'économie et leur rappeler leurs devoirs religieux (16). Durant les jours suivant l'accouchement, elles prenaient soin de la mère et du bébé et, si nécessaire, elles préparaient les repas et effectuaient d'autres tâches ménagères.

Les secours matériels fournis, de même que les services rendus, couvraient donc un très large éventail, les bénévoles cumulant les rôles de bienfaitrice, d'infirmière, de travailleuse sociale, de conseillère spirituelle, de consolatrice, d'éducatrice et d'aide domestique. Sans doute, pour recevoir cette aide, les mères indigentes devaient faire la preuve de leur pauvreté, accepter la présence des dames patronnesses jusque dans leur chambre à coucher et subir leurs admonestations. Il reste que l'action des bénévoles englobait toutes les dimensions de la grossesse et qu'elles tentaient de s'attaquer à l'ensemble des problèmes vécus par la famille. Ajoutons que les dames visiteuses devaient souvent se rendre à l'évidence que l'extrême pauvreté dans laquelle vivaient leurs protégées était attribuable à l'alcoolisme ou à l'abandon du mari, leurs visées réformatrices devant alors céder le pas face à l'urgence de procurer des secours (17).

L'aide apportée par les bénévoles n'aurait cependant pas été complète sans l'intervention du médecin. Les dirigeantes de l'œuvre considéraient en effet que l'accouchement par un professionnel représentait la meilleure garantie de survie pour la mère et le nouveau-né. En l'absence de sage-femme, beaucoup de femmes trop pauvres pour se payer les services d'un médecin accouchaient avec l'aide de voisines ou de parentes, parfois assez expertes, mais qui n'avaient aucune formation. Cette situation était dénoncée par les praticiens qui y voyaient une cause importante de la mortalité infantile et maternelle, un argument que l'AM a d'autant

(16) *BP*, 1922, 10 (5), pp. 4-5.

(17) *BP*, 1922, 10 (5), p. 5 ; L'Assistance maternelle. *La Presse*, 21 avril 1917; AAM, PV, Livre IV, 1930.

plus facilement repris à son compte que ses dirigeantes provenaient de la même classe sociale et étaient en contact fréquent avec des médecins par l'entremise de leurs relations sociales. Dès sa fondation, elle a donc jugé qu'il était indispensable que ses protégées aient recours aux services d'un des accoucheurs qui lui étaient affiliés et dont elle défrayait les honoraires.

En 1914, l'AM inaugura un dispensaire où les femmes de toutes les paroisses pouvaient bénéficier de consultations médicales gratuites et y recevoir des médicaments (18). Fonctionnant sous l'égide du comité central, ce dispensaire avait été mis sur pied dans le but de prodiguer des soins aux mères dont la santé était épuisée par de multiples grossesses (19), mais à partir des années 1920, il fit aussi office de clinique prénatale (20). Vers 1922, l'AM a également aménagé un petit hôpital d'une dizaine de lits à même ses locaux pour accueillir les veuves et les femmes abandonnées de leur mari et pour y traiter les cas graves requérant des soins qui ne pouvaient être dispensés à domicile (21). Divers problèmes d'ordre administratif et financier ont conduit à la fermeture de cette maternité en 1931 et par la suite, les dirigeantes se sont contentées de signer des ententes avec différents hôpitaux de la ville afin d'y hospitaliser les parturientes qui ne pouvaient accoucher chez elles (22). L'hospitalisation des accouchantes était toutefois considérée comme une mesure d'exception et jusqu'au début des années 1960, l'AM a continué de favoriser la pratique de l'accouchement à domicile, sous la supervision d'un praticien. Cette question fut d'ailleurs au centre des débats qui devaient conduire à sa disparition: nous aurons l'occasion d'y revenir.

Embauchés pour faire les accouchements et donner les consultations au dispensaire, les médecins qui acceptaient de travailler pour l'AM à cette époque ne détenaient aucun pouvoir formel au sein de l'œuvre,

(18) AAM, PV, Livre I, 1914.

(19) *BP*, 1915, 3 (10), p. 4.

(20) LÉPINE, Alice. Les activités de l'Assistance maternelle. *La Garde-malade Canadienne-française*, 1941, 13 (7), p. 303.

(21) MARTINEAU, note 13, p. 23-24.

(22) MARTINEAU, note 13, p. 23-24 et AAM, PV, Livre V, avril 1931.

car ils ne siégeaient pas sur le Conseil d'administration et ne pouvaient prendre aucune part aux décisions. Il est probable que les dirigeantes les aient consultés à l'occasion, mais dans l'ensemble, elles estimaient que tout en fournissant des services essentiels, les responsabilités des médecins devaient se limiter au strict domaine de leurs compétences professionnelles. En fait, elles avaient nettement le sentiment que les médecins étaient au service de «leur» œuvre et qu'ils devaient donc se plier à leurs directives. C'est ainsi qu'elles se sont opposées à ce qu'ils traitent des femmes atteintes de syphilis dans les locaux du dispensaire, en raison de «l'exiguïté du lieu et de l'absence de conditions hygiéniques pour faire sans danger de semblables traitements» (23). À plusieurs reprises, elles ont aussi enjoint les médecins de limiter le nombre des médicaments distribués et de se contenter de prescrire ceux que l'œuvre avait en sa possession (24). Se comportant comme de véritables employeuses, elles décidaient de leurs honoraires, tout en leur interdisant formellement d'exiger des sommes supplémentaires de leurs protégées (25). En outre, elles leur rappelaient constamment d'arriver à l'heure les jours de consultations, de se rendre rapidement auprès des femmes afin de ne pas arriver après la naissance de l'enfant et d'effectuer les trois visites postnatales «prescrites par le Conseil» (26). Les multiples rappels à l'ordre montrent que les médecins ne se pliaient pas facilement à toutes ces directives, mais le ton des procès-verbaux laisse voir que les dirigeantes ne doutaient pas de leurs prérogatives (27). Pour mieux surveiller leur travail, elles demandèrent même aux bénévoles qui visitaient

(23) AAM, PV, Livre I, 1922.

(24) Voir par exemple, AAM, PV, Livre III, février 1928, et Livre IV, juin 1930.

(25) Les Dames du conseil se sont plaintes à plusieurs reprises des comptes trop élevés des médecins avant de se décider à leur imposer des honoraires fixes. Voir par exemple, AMM, PV, Livre I, mars et octobre 1923; juin 1924; Livre II, novembre et décembre 1924; janvier 1925. C'est à ce moment qu'une première grille d'honoraires fut établie. Au sujet de l'interdiction faite aux médecins de demander de l'argent aux patientes, voir, entre autres, AAM, PV, Livre II, novembre 1924 et Livre III, février 1928.

(26) AAM, PV, Livre III, février 1928.

(27) Ainsi, dans le PV de juin 1924 on peut lire: «Le prix des visites des médecins semble trop élevé. Mme Hamilton y verra» (AAM, PV, Livre I, juin 1924).

les femmes après leur accouchement «d'inspecter la qualité des soins donnés» (28).

Jusqu'au début des années 1930, les dirigeantes de l'AM ont donc exercé un pouvoir presque sans partage sur l'organisation, alors que son fonctionnement reposait pour la plus grande part sur le travail de bénévoles munies de leur seul dévouement et de leur propre expérience de mère pour tout diplôme. À cette époque, l'AM n'avait que très peu d'infirmières diplômées à son emploi. La première fut embauchée en 1923, à la demande du directeur du Conseil supérieur d'hygiène de la province qui en faisait une condition pour lui octroyer des subventions (29). En 1927, l'œuvre comptait cinq «gardes-malades», mais deux seulement détenaient un diplôme reconnu (30). Celles-ci effectuaient les visites à domicile auprès des mères qui nécessitaient des traitements particuliers, mais dans l'ensemble, c'était encore les bénévoles qui étaient chargées d'en prendre soin avant et après leur accouchement. Vers 1931, l'AM embaucha également des «aides-maternelles», mais ces jeunes filles, dotées d'une formation de puéricultrice assez limitée, ne détenaient pas un diplôme sanctionné par une association professionnelle et elles travaillaient uniquement au dispensaire (31).

Curieusement, l'absence ou la rareté des infirmières qualifiées pour assurer le suivi pré et postnatal ne semblait pas gêner les médecins affiliés à l'AM: du moins, les procès-verbaux ne font mention d'aucune plainte de leur part à ce sujet. Contrairement à l'élite des hygiénistes, ces accoucheurs semblaient peu préoccupés par l'éducation des mères et par les qualifications professionnelles de ceux et celles qui la dispensaient; d'ailleurs, comme on l'a vu, plusieurs d'entre eux négligeaient d'effectuer

(28) AAM, PV, Livre V, avril 1931 et Livre VI, avril 1932.

(29) AAM, PV, Livre I, décembre 1922. Selon Alice Lépine, la première infirmière hygiéniste fut embauchée en 1927 (Voir LÉPINE, note 21, p. 304); dans le PV d'octobre 1923, on peut cependant lire «une garde-malade diplômée est engagée au salaire de \$35.00 (par mois selon toute vraisemblance), logée, mais non nourrie (Garde Lagüe)».

(30) Dans le PV de février 1927, on retrouve le détail des tâches des cinq «gardes-malades» rattachées au dispensaire, d'où on peut déduire que deux seulement étaient de véritables infirmières (AAM, PV, Livre III, février 1927).

(31) AAM, PV, Livre VI, décembre 1931.

les trois visites postnatales recommandées. Dans un contexte où la pauvreté empêchait bien des familles d'avoir recours à leurs services, ces médecins semblaient surtout intéressés par les revenus que l'AM pouvait leur procurer et c'est sur ce point qu'ils sont le plus souvent entrés en conflit avec les dirigeantes (32).

À la fin des années 1920, l'AM était devenue une des organisations philanthropiques les plus actives de la ville. Au cours de cette décennie, elle avait secouru entre 500 et 1000 mères par année (33), ce qui en faisait également un des rouages essentiels de ses services socio-sanitaires. L'importance qu'elle avait acquise lui avait permis d'obtenir des subventions assez considérables des autorités municipales et surtout provinciales dont elle tirait les deux tiers de son budget, le reste lui venant de dons de charité (34). Cette dépendance financière envers les pouvoirs publics l'avait forcée à embaucher du personnel infirmier plus qualifié et elle avait dû modifier certaines de ses pratiques — production de rapports plus détaillés et création d'un Comité adviseur, composé de «Messieurs» qui n'a d'ailleurs jamais existé que sur papier—, mais ces changements, qui témoignent d'une volonté de l'État d'exercer un certain contrôle en retour des sommes versées, n'avaient pas remis en cause leur autorité.

2. LA MONTÉE DES EXPERTS

La répartition des rôles et du pouvoir entre les dirigeantes, les bénévoles et les professionnels devait changer considérablement à partir des années 1930, sous l'effet combiné de deux phénomènes:

-
- (32) Au sujet de l'opposition des médecins généralistes face à la médecine préventive et de leurs réticences à adopter les nouvelles méthodes préconisées par les médecins hygiénistes voir DESROSIERS, Georges *et al.* *Histoire de la santé publique au Québec*, Montréal, PUM, 1998 et BAILLARGEON, Denyse. Les rapports médecins-infirmières et l'implication de la Métropolitaine dans la lutte contre la mortalité infantile, 1909-1953. *Canadian Historical Review*, 1996, 77 (1), pp. 53 et ss.
- (33) Alors qu'il naissait annuellement environ 15,000 enfants d'origine canadienne-française et 2000 chez les Anglo-protestants, les Anglo-catholiques et les Juifs durant la même décennie (Montréal, REACM, 1920-1929).
- (34) Ainsi, en 1929, sur un budget de plus de 22,000\$, 14, 800\$ provenaient de subsides (AAM, Rapport annuel, 1929).

l'augmentation phénoménale de la pauvreté et la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement, dont l'AM faisait elle-même la promotion. La grave crise économique qui a sévi durant toute la décennie a effectivement entraîné une hausse considérable de la clientèle de l'AM qui dépassait maintenant les 4000 mères par année (35). Les subventions municipales et provinciales demeurant stables, l'AM décidait, pour répondre à cette demande, d'adhérer à une fédération d'œuvres philanthropiques, la Fédération des œuvres de charité canadiennes-françaises (FOCCF), fondée à la fin de 1932. Ce nouvel organisme, né de la crise et des besoins accrus qu'elle engendrait, avait pour mandat d'organiser une levée de fonds annuelle au nom de toutes les organisations adhérentes, pour ensuite répartir les dons recueillis en fonction de l'ampleur de leurs activités: de la sorte, on espérait éviter la multiplication des campagnes de charité et de rationaliser le domaine de l'assistance en fournissant de meilleurs services à ceux qui en avaient le plus besoin. Parce qu'elle contrôlait les cordons de la bourse, la FOCCF détenait cependant des pouvoirs assez considérables sur ses membres affiliés, y compris celui de leur imposer des normes de fonctionnement en accord avec l'approche «scientifique» de la charité qu'elle incarnait.

Dans le cas de l'AM, la FOCCF est rapidement arrivée à la conclusion qu'il fallait y accroître l'influence des médecins. Depuis une vingtaine d'années qu'il alimentait les débats publics, le mouvement en faveur de la sauvegarde de l'enfance n'avait cessé de dénoncer les connaissances et l'expertise féminines dans le domaine de la grossesse et des soins aux nouveau-nés et les bénévoles de l'AM, autant les dirigeantes que celles qui travaillaient sur le terrain, étaient maintenant pointées du doigt. En s'associant des médecins, l'AM avait d'ailleurs accrédité ce discours et contribué à élever les praticiens au rang d'experts même si, par ailleurs, la direction de l'œuvre avait toujours considéré que la maternité comportait des dimensions sociales et morales relevant des aptitudes féminines, ce qui justifiait que l'AM soit dirigée uniquement par des femmes. Le

(35) Ce qui correspond au tiers environ des naissances survenues sur le territoire de la ville: au quart si on ne considère que les enfants nés dans des familles canadiennes-françaises (AM, Jubilé d'argent, brochure, s.l., s.d., p. 9). Mentionnons qu'à l'hiver 1932-33, plus du tiers des chefs de ménage montréalais étaient sans emploi.

conseil d'administration de la FOCCF —composé d'hommes d'affaires, d'avocats, de médecins et de représentants du clergé— n'était pas d'accord: il considérait qu'une œuvre à vocation médicale devait faire une place aux membres de la profession, des dames, aussi bien intentionnées soient-elles, ne possédant pas toutes les compétences requises pour assumer seules les pleins pouvoirs.

C'est ainsi qu'à la suite de son affiliation à la FOCCF, l'AM a dû mettre en place un Bureau médical, composé de trois éminents praticiens, afin «d'organiser la sélection et le travail des médecins» qu'elle employait (36). Ce nouveau comité devait demeurer sous le contrôle des dames du Conseil mais sa création annonçait des changements majeurs dans tous les domaines touchant à la distribution des soins. Ainsi, lors de sa première réunion, le Bureau recommanda l'adoption d'un système de fiches médicales plus élaborées et demanda l'aménagement d'une deuxième salle d'examen au dispensaire afin que deux médecins, plutôt qu'un seul, soient présents les jours de consultations (37). En accord avec les règles déjà en vigueur à l'AM, il convint d'exiger trois visites postnatales de la part des accoucheurs, tout en adoptant une nouvelle grille d'honoraires beaucoup plus détaillée (38). Au cours des mois qui suivirent, il décida que les aides-maternelles déjà en poste ne pourraient conserver leur emploi qu'après une évaluation de leurs compétences et statua qu'à l'avenir, l'œuvre n'emploierait plus que des infirmières diplômées, celles-ci devant se charger des visites pré et postnatales (39). Puis, en 1934, le directeur du Bureau médical exigea que la direction du dispensaire soit confiée à une infirmière, «une dame zélatrice ne pouvant donner suffisamment de temps pour diriger ce service», tandis qu'il devenait responsable, avec le Conseil, de l'engagement et du renvoi des médecins (40). Un an plus tard, toujours suivant les directives du Bureau médical, les dirigeantes prièrent les bénévoles d'inciter toutes les mères, et non plus seulement celles qui présentaient des problèmes de santé, à venir s'enregistrer au dispensaire

(36) AAM, PV, Livre VII, avril 1933.

(37) AAM, note 36.

(38) AAM, PV, Livre VII, juin 1933.

(39) AAM, PV, Livre VII, octobre 1933.

(40) AAM, PV, Livre VIII, mars 1934 et Livre IX, décembre 1934.

dès les premiers mois de leur grossesse afin qu'elles «bénéficient d'une consultation médicale périodique» (41). L'examen général et gynécologique des patientes fut alors complété par des prélèvements de sang et d'urine et l'AM dut se doter d'un laboratoire médical pour en faire l'analyse. Finalement, en 1937, un programme complet de visites pré et postnatales, dispensées par des infirmières, était mis sur pied (42).

Les interventions du Bureau médical ont donc nettement eu pour effet d'accroître le pouvoir décisionnel des médecins et, en conséquence, de professionnaliser les soins dispensés par l'AM et de renforcer l'encadrement médical des patientes. Dans l'ensemble, les dirigeantes n'ont opposé aucune résistance à ces nouvelles orientations. Leurs préoccupations à l'égard du bien-être physique des mères et de la survie des nouveau-nés les incitaient sans doute à endosser toute mesure qui promettait d'améliorer leur condition de santé; de toute manière, compte tenu des nouvelles règles du jeu imposées par la FOCCF, elles n'avaient guère le choix (43). Il est cependant évident que les dames du Conseil entretenaient une certaine méfiance à l'endroit de ces experts, car elles craignaient de voir leur ascendant s'étendre à la direction générale de l'œuvre. Tout en respectant leur avis quand ils se prononçaient sur des questions médicales, elles ont toujours réaffirmé leurs prérogatives dans les autres domaines. Ainsi, lorsque, dans les années 1950, ils réclamèrent le renvoi d'une employée malade, elles acceptèrent finalement de se rendre à leur décision, mais non sans leur rappeler qu'en dehors de considérations médicales, il ne pouvait être question de les consulter pour décider du congédiement d'une salariée (44).

Si les dirigeantes ont pu préserver une partie de leurs pouvoirs en dépit de la création du Bureau médical, il en alla tout autrement pour l'ensemble des bénévoles. La décision des médecins de confier le soin

(41) AAM, PV, Livre IX, février 1935

(42) Voir AAM, PV, Livre VIII, octobre 1936 et Livre X, novembre 1937. À noter également qu'à partir de 1940, une infirmière de l'AM assistait le médecin lors de l'accouchement (AAM, PV, Livre XI, octobre 1940).

(43) Notons que grâce à son affiliation à la FOCCF, le budget de l'AM est passé de 30,000\$ à 60,000\$ entre 1932 et 1933 (Archives de Centraide, boîte 074, Comité des budgets).

(44) AAM, PV, Livre XV, janvier 1958.

des mères à des infirmières diplômées devait en effet restreindre considérablement leur champ d'action. Pendant les années 1930, elles continuèrent de faire des visites à domicile pour enquêter sur les conditions de pauvreté des familles et s'assurer que les bénéficiaires recevaient de bons soins (45), mais au début des années 1940, leur intervention fut radicalement limitée par une nouvelle directive stipulant que leurs visites devaient être faites uniquement «en vue du relèvement moral [des mères], par des conseils de charité chrétienne» (46). Désormais, les enquêtes d'éligibilité relevaient des infirmières qui devaient aussi se charger de référer les familles à d'autres agences sociales quand elles avaient besoin d'une aide spécialisée. Les bénéficiaires recevaient toujours des secours matériels, mais leur distribution se fit de plus en plus à partir du dispensaire, plutôt que par l'entremise des comités locaux, car l'AM devait fournir un rapport détaillé de ses dépenses à la FOCCF, ce qui l'obligeait à tenir un compte très serré de tous les dons qu'elle faisait. Il va sans dire qu'il n'était plus question que les bénévoles surveillent le travail des spécialistes. Les qualifications des infirmières représentaient maintenant une garantie de leur compétence à prendre en charge toutes les responsabilités liées aux aspects médicaux et sociaux de l'intervention auprès des mères: au contraire, l'absence de formation chez les bénévoles les condamnaient à ne plus agir qu'à titre de guide moral. Vers la fin des années 1940, il fut question de leur faire donner des cours de service social, signe que l'AM était consciente que l'esprit de charité et les compétences informelles, acquises dans la sphère privée, étaient devenues insuffisantes pour s'activer dans un domaine envahi par les professionnels. Rien n'indique toutefois que ce projet fut mis à exécution (47).

Les procès-verbaux de l'œuvre ne contiennent aucune trace d'opposition de la part des bénévoles face à ce transfert massif de leurs responsabilités vers les infirmières. Les rapports annuels montrent toutefois que le pourcentage des visites qu'elles effectuaient comparativement

(45) AAM, PV, Livre VII, juin 1933. On précisait alors que «les soins médicaux dev[ai]ent être assurés par les médecins et les gardes».

(46) AAM, PV, Livre XI, février 1942.

(47) AAM, PV, Livre XII, octobre 1948.

aux infirmières est passé de 13% à 2% entre 1936 et 1950 (48), signe indiscutable que le processus de professionnalisation des soins a eu pour corollaire un désengagement marqué des bénévoles. Faut-il y voir une forme de protestation? En principe, malgré la présence des infirmières, elles auraient dû continuer à visiter régulièrement les patientes pour leur apporter réconfort et soutien moral: en pratique, on le voit, leur implication est devenue insignifiante. Le travail des infirmières portait sans doute ombrage à celui des bénévoles qui se sont senties de moins en moins utiles. Ces chiffres montrent aussi que les mères étaient maintenant presque uniquement en contact avec des spécialistes qui considéraient leurs interventions dans une optique plus médicale que moralisatrice. Le relâchement du côté de la surveillance des mœurs des bénéficiaires s'est cependant accompagné d'une approche plus éclatée de leurs problèmes, comme en témoigne la multiplication du nombre des «cas» dirigés vers d'autres agences sociales (49).

Si les bénévoles semblent avoir retraits sans mot dire, l'intégration des infirmières n'a pas été sans susciter de nombreuses tensions avec celles qui les employaient. Les dirigeantes considéraient en effet que les comportements des infirmières n'étaient pas toujours dignes de l'esprit qui devait régner au sein d'une œuvre philanthropique. À plusieurs reprises, elles se sont plaint «de l'attitude peu charitable» de certaines d'entre elles avec les patientes, du fait qu'elles «se peignaient les ongles et les lèvres de rouge», de leurs exigences en ce qui concerne les salaires et les conditions de travail, de leur refus de se plier aux directives, ou même de leur impolitesse à leur égard (50). À au moins deux occasions, des conflits sérieux ont éclaté entre la direction et l'infirmière

(48) AAM, Rapports annuels, 1936-1950. Selon ces rapports, en 1936, les bénévoles avaient effectué 8,773 visites, et les infirmières 57,338; en 1950, les chiffres s'établissaient respectivement à 189 contre 8,000. En 1936, l'œuvre avait aidé 4,294 mères et en 1950, 1,086.

(49) Sur la question de l'impact de la professionnalisation des soins de santé sur les rapports entre bénévoles et infirmières, voir CHARLES, Aline. *Travail d'ombre et de lumière, Le bénévolat féminin à l'hôpital Sainte-Justine 1907-1960*, Québec, IQRC, coll. Edmond-de-Nevers no 9, 1990, pp. 131 et ss.

(50) AAM, PV, Livre VIII, février 1934; décembre 1934; Livre VIII, novembre 1936; Livre XI, décembre 1939; Livre XIII, janvier 1950; Livre XV, janvier 1956.

en chef au sujet de son administration, entraînant chaque fois le congédiement de cette dernière (51). Les procès-verbaux sont avarés de détails au sujet de ces désaccords, mais on peut supposer que les dirigeantes attendaient des infirmières le même dévouement et la même docilité qu'elles avaient toujours obtenu des bénévoles, alors que les infirmières acceptaient difficilement de se faire dicter leur conduite personnelle et professionnelle par des femmes qui ne détenaient aucune qualification formelle pour asseoir leur autorité.

En dépit de leurs appréhensions face au Bureau médical et de leurs insatisfactions face à l'attitude de certaines infirmières, les dirigeantes de l'AM ne pouvaient songer à se dispenser de leurs services car leur présence assurait la crédibilité de l'œuvre auprès de la FOCCF dont elle tirait ses revenus. Du même coup, cependant, les soins aux bénéficiaires ont pris une importance considérable. Certes, les dirigeantes de l'AM désiraient toujours que leurs protégées reçoivent des secours matériels et que les bénévoles leur rappellent leurs devoirs de mère et de chrétienne: au cours des années 1940 et 1950, elles leur ont même fait distribuer des crucifix, des chapelets et des images de la Vierge à l'enfant (52). Mais ces visées réformistes étaient devenues, à toute fin pratique, inapplicables étant donné le peu de contact entre les bénévoles et les patientes. De plus en plus, l'AM se transformait en une œuvre à vocation médicale, alors même que les soins de santé s'institutionnalisèrent. Pour les dirigeantes, il allait devenir extrêmement difficile de justifier l'existence d'une organisation de charité dont une des principales raisons d'être était de dispenser des soins à domicile.

3. LA FIN D'UNE ÉPOQUE

À partir de la Deuxième guerre, les conditions socio-sanitaires qui avaient présidées à la naissance de l'Assistance maternelle ont commencé à subir de profondes mutations. Au recul de la pauvreté —stimulé par le retour de la prospérité économique et par l'adoption des premières politiques sociales universelles canadiennes (assurance-chômage et

(51) AAM, PV, Livre XI, octobre 1939 et Livre XV, février 1961.

(52) AAM, PV, Livre XI, octobre 1940; Livre XII, mars 1946; Livre XV, mars 1953.

allocations familiales notamment)— et à la baisse de la mortalité infantile, venait s'ajouter l'extension du réseau hospitalier, largement financé par l'État fédéral, qui a conduit à l'institutionnalisation croissante des patients et, en particulier, à l'hospitalisation de plus en plus généralisée des accouchantes (53). Dans ce nouveau contexte, non seulement la clientèle de l'AM a-t-elle connu une forte diminution par rapport aux sommets enregistrés pendant la Crise, retombant au niveau des années 1920, mais l'œuvre s'est retrouvée à contre-courant de la tendance générale, car elle continuait de promouvoir la pratique de l'accouchement à domicile.

Son opposition à l'hospitalisation des parturientes avait été articulée dans les années 1930 dans un mémoire présenté devant une commission gouvernementale chargée d'enquêter sur les assurances sociales et n'avait pas changé depuis. L'AM avait alors fait valoir que l'accouchement à domicile, en gardant la femme chez elle, lui permettait de «surveiller sa maison, ses autres enfants et son mari» car, ajoutait-elle, «il en est qui ont besoin de surveillance» (54). En l'absence de sa femme, spécifiait-elle, le mari pouvait, en effet, facilement se laisser entraîner à sortir et à boire, et une fois sous l'influence de l'alcool, à rudoyer les enfants. À ces arguments, qui mettaient en doute la capacité des hommes à se conduire en chef de famille responsable une fois laissés à eux-mêmes, venaient se greffer des raisons qui prenaient davantage en compte le bien-être des femmes. Ainsi, les auteurs du mémoire faisaient remarquer que les femmes pauvres se retrouvaient dans les salles publiques des hôpitaux, un endroit guère propice aux confidences entre époux ou à l'allaitement maternel, et que contrairement aux femmes de milieux plus aisés, elles ne pouvaient choisir le médecin ou l'infirmière qui les

(53) C'est dans les années 1940 que les femmes ont commencé à accoucher majoritairement à l'hôpital, à Montréal tout au moins. Voir LAURENDEAU, Francine. La médicalisation de l'accouchement. In: Francine Saillant; Michel O'Neil (dir.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, Éd. Saint-Martin, 1987, pp. 125-114.

(54) Archives nationales du Québec, Fonds de la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, bobine 6818, cote 06, 17-P 120, *Mémoire de l'Assistance maternelle à la Commission des Assurances sociales*, p. 1.

assisteraient, un privilège qu'elles conservaient à l'AM (55). Tout en reconnaissant que certains cas graves nécessitaient l'hospitalisation des parturientes, le mémoire soulignait enfin que l'accouchement à domicile ne posait en général aucun problème, dans la mesure où les règles élémentaires d'hygiène étaient respectées, comme en témoignait d'ailleurs le faible taux de mortalité maternelle de ses patientes (56).

Ce plaidoyer montre que les dirigeantes étaient sensibles aux inconvénients que pouvait présenter l'hôpital pour les femmes démunies, mais il révèle également que leur priorité était de garder la mère dans son foyer afin surtout d'éviter que des problèmes familiaux ne surviennent en son absence. Ce genre de rhétorique, tout à fait dans l'esprit des années 1930, ne trouvait cependant plus guère d'écho dans les années 1950. À cette époque, l'AM bénéficiait toujours de la collaboration de médecins qui acceptaient d'accoucher à domicile, mais ils se faisaient vieillissants et il était difficile de leur trouver une relève. En outre, un nombre sans cesse croissant de ses protégées manifestaient le désir d'accoucher à l'hôpital ou y étaient incitées par leur médecin.

Les bouleversements qui avaient cours dans le domaine de la santé allaient fatalement amener la FOCCF à s'interroger sur la pertinence de subventionner des œuvres qui dispensaient des soins à domicile. En 1955, elle décidait de commanditer une enquête sur les trois organisations qu'elle appuyait et qui offraient ce genre de services. Selon les auteurs du rapport qui s'ensuivit, deux d'entre elles, la Société des infirmières visiteuses (SIV) et les Petites sœurs de l'Assomption, prodiguaient des soins qui complémentaient ceux que les patients recevaient à l'hôpital et devaient donc être encouragées, ce qui n'était pas le cas de l'AM. Après avoir constaté que 95% des accouchements se déroulaient maintenant en milieu hospitalier et que la clientèle faisait appel à l'AM surtout pour recevoir une aide matérielle, les enquêteurs concluaient qu'elle ne répondait plus aux besoins pour lesquels elle avait été fondée (57).

(55) Note 54, p. 5.

(56) Note 54, p. 1. Selon le rapport, l'AM n'aurait eu à déplorer que deux cas de mortalité maternelle depuis 1912.

(57) Archives de Centraide, boîte 067, Étude de cas de l'AM de Montréal, 1er juillet 1954-30 juin 1955, p. 14.

Considérant que l'assistance publique défrayait les coûts d'hospitalisation des démunis et que les femmes pauvres n'avaient aucune raison pécuniaire d'accoucher à la maison, ils recommandaient de fusionner l'AM et la SIV et d'entreprendre une campagne d'éducation afin d'amener toutes les femmes à accoucher à l'hôpital (58).

En réaction à ce rapport, l'AM fit valoir que la pratique des accouchements à domicile était encore une nécessité pour bien des mères pauvres qui ne pouvaient trouver personne pour garder leurs enfants (59). Énumérant la longue liste des services gratuits fournis aux bénéficiaires elle plaida également que: «L'ambiance d'une maison accueillante, exclusivement consacrée à la maternité apporte aux patientes un réconfort qu'elles ne trouvent pas dans un dispensaire d'hôpital» (60). Mais c'était peine perdue. Le projet de fusion avec la SIV n'eut jamais lieu, car l'AM s'y opposa vigoureusement, et durant quelques années encore elle continua d'offrir ses services aux femmes enceintes de Montréal, mais avec des budgets toujours plus restreints. À la fin de l'année 1960, les dirigeantes en arrivèrent à la conclusion que la FOCCF ne leur accordait plus suffisamment d'argent pour poursuivre leurs activités et qu'en conséquence, il valait mieux y mettre fin. L'imminence de l'adoption d'un nouveau programme gouvernemental d'assurance hospitalisation, qui allait couvrir toute la population québécoise et non plus seulement les plus pauvres, avait de toute façon décidé la FOCCF à couper définitivement les vivres à l'AM (61). Sa décision de se saborder elle-même leur épargnait l'odieux d'avoir à le faire et c'est avec soulagement que les administrateurs accueillirent la nouvelle.

(58) En réalité, les enquêteurs proposaient que la SIV absorbe l'AM. Le fait que la SIV avait un conseil d'administration uniquement masculin semble avoir joué beaucoup dans cette décision (Archives de Centraide, boîte 067, AM et SIV, projet de fusion).

(59) PVAM, Livre XV, Assemblée spéciale du Conseil d'administration, février 1957.

(60) PVAM, Livre XV, Assemblée spéciale du Conseil d'administration, février 1957.

(61) Archives de Centraide, Boîte 071, Document FO3 415, PV du Comité exécutif du 1er mars 1961, p. 7.

CONCLUSION

Contrairement à ce qu'il est advenu à plusieurs organismes similaires mis en place par des groupes de femmes au début du siècle, l'AM a été en mesure de maintenir ses activités durant de nombreuses décennies, principalement en raison de l'interventionnisme plutôt timide de l'État québécois. D'autres forces étaient cependant à l'œuvre qui ont fait en sorte que sa direction et son fonctionnement ont peu à peu échappé au contrôle des femmes qui l'avaient créée. En raison de la montée des «experts» dans le domaine de la santé, un phénomène que l'AM a d'ailleurs encouragé, les soins aux accouchées sont en effet devenus un terrain de plus en plus «masculin». Non pas que toutes les femmes en ont été complètement écartées, mais en ce sens que ce sont les médecins, tous des hommes, qui définissaient désormais les règles à suivre et à appliquer et que seules les femmes qui avaient acquis une formation sanctionnée par le corps médical étaient autorisées à prendre soin des mères. L'affiliation de l'AM à la FOCCF, une organisation dirigée elle aussi par des hommes selon de nouveaux critères de gestion qui faisaient appel à des principes de rationalité, a certainement accéléré ce processus de masculinisation, tandis que l'intervention de l'État allait le compléter. À partir du moment où les services de santé étaient fournis par des instances gouvernementales, ils devenaient en effet associés à la composante masculine du bien-être (62), ce qui excluait que des femmes y détiennent des postes de pouvoir (63). De par l'ampleur de ses activités, l'AM a probablement plus fait que les praticiens privés pour sensibiliser les femmes pauvres à l'importance de recourir aux professionnels au moment d'une grossesse, mais du même coup, elle a pavé la voie à sa propre disparition.

(62) GORDON, Linda. Social Assurance and Public Assistance. *American Historical Review*, 1992, 97 (1), 19-53.

(63) C'est ainsi que les religieuses qui administraient la plupart des hôpitaux québécois ont été remplacées par des gestionnaires masculins quand l'État les a pris en charge (LE COLLECTIF CLIO. *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*, Montréal, Le Jour Éditeur, 1992, pp. 601-603).