

# De la nutrition des pauvres malades : L'histoire du *Montreal Diet Dispensary* de 1910 à 1940

YOLANDE COHEN\*

*Pour les réformateurs du mouvement de santé publique à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'éducation des populations, surtout pauvres et immigrantes, à de saines habitudes de vie, à mieux se nourrir, se vêtir et se loger, devait contribuer à transformer ces terres de colonisation en un pays prospère, avec une population plus nombreuse et mieux intégrée dans une nouvelle identité nationale canadienne. À Montréal, le Montreal Diet Dispensary (MDD) fondé par de nombreuses femmes anglo-protestantes bénévoles dans la perspective d'aider les personnes pauvres malades, se révèle être un véritable laboratoire d'action et d'intervention sociales, animées par un idéal maternaliste. On y voit concrètement comment s'élaborent les trois étapes de cette action qui conduisent ces femmes d'abord à mettre en place des structures charitables où les pauvres malades seront identifiés et regroupés, puis diagnostiqués par de nouvelles professionnelles (travailleuses sociales, diététiciennes et infirmières) et enfin responsabilisés comme individus ayant la charge de leur santé par la promotion de l'hygiène publique.*

\* Yolande Cohen est professeure au Département d'histoire de l'Université du Québec à Montréal. Cet article présente les résultats du projet de recherche qu'elle a dirigé sur « Les femmes et la démocratie au Canada : le rôle des associations bénévoles de femmes de 1900 à 1950 », et pour lequel Esther Lamontagne a été engagée comme assistante de recherche. Je tiens ici à la remercier tout particulièrement pour le travail considérable qu'elle a apporté à la recherche et à la rédaction de cet article. Ce projet de recherche a bénéficié d'une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et du Conseil canadien de la philanthropie. Nous remercions Marie-Paule Duquette, directrice du *Montreal Diet Dispensary*, de nous avoir permis de consulter les archives, ainsi que les évaluateurs anonymes qui ont contribué par leurs recommandations à améliorer ce texte. L'animosité de l'un d'entre eux suggère un certain nombre de remarques. S'il y avait sans doute lieu d'apporter de nombreuses corrections au texte, j'ai retrouvé dans cette évaluation un ton et une perspective qui m'ont rappelée cette (ancienne) animosité à l'égard d'un travail qui ne se situe pas dans la stricte orthodoxie féministe dominante au Québec et qui consiste à éliminer (et à ne pas citer, donc à ignorer) ce qui ne fait pas consensus dans les études sur le genre. À cet égard, grâce au système d'évaluation par les pairs et à la direction de la revue, cet article a pu être publié. Je déplore toutefois le fait que cette situation peu professionnelle persiste dans une communauté de chercheurs, fort restreinte comme celle des historiennes féministes au Québec, où le débat est souvent remplacé par l'excommunication quand on ne partage pas le point de vue féministe majoritaire du moment. Il est temps, me semble-t-il, de passer à autre chose et de prendre véritablement en compte les différentes visions féministes de l'histoire, même pour le Québec.

*L'étude du MDD nous permet de montrer le rôle déterminant de ces femmes tour à tour philanthropes, bénévoles, professionnelles et bénéficiaires de ces services dans la structuration de ce champ d'action, d'intervention et de services, que l'on nomme aujourd'hui économie sociale mixte et qui a été un levier puissant pour susciter l'intervention de l'État et des pouvoirs publics dans ce domaine.*

*For reformers involved in the public health movement at the end of the nineteenth century, education of the public, particularly the poor and immigrant populations, in day-to-day cleanliness and better nutrition, clothing, and housing would contribute to transforming the country from colony to prosperous nation, with a larger population better integrated into a new Canadian national identity. In Montreal, the Montreal Diet Dispensary, founded by a number of anglo-protestant women volunteers in the interest of helping those who were ill and living in poverty, became a practical laboratory for social action and intervention, inspired by a maternalist ideal. This effort developed in three stages, as the women put in place charitable structures through which those who were ill and in poverty were to be identified and selected, then diagnosed by new female professionals (social workers, dieticians, and nurses), and finally made responsible as individuals in charge of their own health through the promotion of public health. A study of the MDD reveals the definitive role of these women — philanthropists, volunteers, professionals, and those who received services — in constructing a field of activity, intervention, and service that today would be considered a mixed social economy and that was a powerful lever in evoking state and public intervention in this field.*

L'IDÉE D'AGIR sur la santé des populations est un des ressorts fondamentaux des mouvements de réforme sociale qui marque depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle l'action de ces derniers en vue de réaliser ce qui deviendra une des utopies fondatrices de la nation canadienne, une nation en santé. Pour ces réformateurs, l'éducation des populations, surtout pauvres et immigrantes, à de saines habitudes de vie, à mieux se nourrir, se vêtir et se loger, devait contribuer à transformer ces terres de colonisation en un pays prospère, avec une population plus nombreuse et mieux intégrée dans une nouvelle identité nationale canadienne. Ce message hygiéniste est un des premiers à se retrouver dans des politiques (souvent municipales) de santé publique au Canada, le Québec apparaissant comme un précurseur dans ce domaine<sup>1</sup>. Les campagnes que l'on appelait alors

1 C'est la thèse très stimulante élaborée par François Guérard, « L'hygiène publique au Québec de 1887 à 1939 : centralisation, normalisation et médicalisation », *Recherches sociographiques*, vol. 37, n° 2, mai-août 1996. Voir aussi un article déjà ancien que nous avons consacré à cette question, Yolande Cohen et Michèle Gélinas, « Les infirmières hygiénistes de la ville de Montréal : du service privé au service clinique », *Histoire sociale/Social History*, vol. 22, n° 44, novembre 1989, ainsi que Dennis Goulet, « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la Province de Québec et la structuration d'un système de santé publique, 1886–1926 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 49, n° 4, printemps 1996. Voir aussi les travaux de

hygiénistes avant qu'elles ne deviennent des campagnes de prévention visaient à réformer un ensemble de comportements. Ciblant des pathologies particulières, ces nouveaux experts qui accompagnent désormais les réformateurs identifient tout à la fois les risques, les types de maladies ainsi que les populations les plus susceptibles de les contracter. Ce sont des hygiénistes, médecins et autres experts qui interviennent dans les grandes épidémies comme la tuberculose, qui stigmatisent également des comportements sociaux comme dans les campagnes antialcooliques<sup>2</sup>.

Relevant de la santé publique, et des administrations qui se sont constituées dans le processus, ces campagnes interpellent un grand nombre d'acteurs qui se mobilisent pour transformer des comportements identifiés comme antisociaux et responsabiliser les individus à leurs devoirs. De ces campagnes émerge une sorte de consensus autour de l'intervention moderne en santé publique, à savoir que les individus sont responsables de leur état de santé. La maladie des pauvres devient une stigmatisation supplémentaire qu'il s'agit de détecter et de guérir : la nutrition fait ainsi partie d'une panoplie d'instruments visant à réformer ces populations.

Principales animatrices de ces associations philanthropiques, de nombreuses femmes anglo-protestantes bénévoles, inspirées par le message

---

Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Othmar Keel, qui ont consacré plusieurs études à cette question, dont « Contributions de l'École d'hygiène de l'Université de Montréal à un enseignement francophone d'hygiène publique, 1946–1970 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 47, n° 3, hiver 1994.

2 Ann Perry distingue trois grands types d'intervention sociale au sein du mouvement de réforme sociale anglo-protestant de Montréal au tournant du XX<sup>e</sup> siècle. Pour le mouvement évangéliste, la pauvreté signale l'abdication de l'homme à répondre à son rôle de *breadwinner*; sa conversion et sa réintégration dans le réseau idéalisé de la domesticité victorienne peuvent le sortir d'une circonstance économique difficile (*Old Brewery Mission*). Pour le mouvement de réforme morale (*Social Gospel*) la pauvreté est moins une faillite individuelle qu'une conséquence du système capitaliste, il s'agit alors de réformer les garçons et les hommes comme groupe pour réduire la pauvreté, en favorisant leur participation à des activités religieuses formelles et à des actions plus globales (comme au sein du *Young Men's Christian Association*). Enfin pour les tenants de la charité organisée, inspirés par des réformateurs britanniques, la pauvreté doit être éradiquée par le biais de méthodes scientifiques d'enquêtes et les secours attribués en fonction de l'établissement de liens entre l'individu et la communauté organique. La création du *Montreal Council of Women*, de la *Montreal Charity Organisation Society* (MCOS, 1900) et du *Montreal Council of Social Agencies* (1919) répondent à cet objectif. Les églises protestantes, comme le MCOS, perçoivent ainsi la pauvreté comme un phénomène masculin. Toutefois, avec la Première Guerre mondiale et la création du Fonds patriotique canadien, une transformation apparaît. La pauvreté acquiert un visage féminin : la maladie morale des femmes « faciles ». Ann Perry, *Manliness, Goodness, and God: Poverty, Gender and Social Reform in English-speaking Montreal, 1890s–1930s*, mémoire de maîtrise, Queen's University, 1999; Janice Harvey, « Le leadership féminin dans les associations privées de charité protestantes », dans *Actes du Colloque les Bâtitseuses de la Cité*, sous la direction d'Evelyn Tardy, Francine Descarries, Lorraine Archambault, Lyne Kurtzman et Lucie Piché, Montréal, Les cahiers de l'ACFAS, 1992, p. 65–78.

évangéliste, se donnent pour objectif de réaliser un certain nombre de réformes<sup>3</sup>. Elles fondent le *Montreal Diet Dispensary* (MDD) dans la perspective d'aider les personnes pauvres malades. Désireuses d'inverser le rapport des patients à leur santé, les réformatrices engagées dans le MDD considèrent ces derniers comme des acteurs centraux de leur bien-être, car correctement éduqués, ils pourraient éviter de contracter certains maux. Ainsi, ce sont des bénévoles, des assistantes sociales (avant les sociologues) et des infirmières du MDD qui se chargeront de déterminer les critères de bien-être et de santé publique.

À ce titre, le *Montreal Diet Dispensary* se révèle être un véritable laboratoire d'action et d'intervention sociales, animées par un idéal maternaliste<sup>4</sup>. On y voit concrètement comment s'élaborent les trois étapes de cette action qui conduisent ces femmes d'abord à mettre

3 Voir en particulier les travaux de Nancy Christie, *Engendering the State: Family, Work, and Welfare in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2000; Sharon Anne Cook, *Through Sunshine and Shadow: The Woman's Christian Temperance Union, Evangelicalism, and Reform in Ontario, 1874–1930*, Montreal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1995; Mariana Valverde, *The Age of Light, Soap and Water: Moral Reform in English Canada, 1885–1925*, Toronto, McClelland & Stewart, 1991.

4 Le concept de maternalisme est au centre d'un large débat qui oppose les féministes entre elles. La plupart des historiennes qui ont étudié les revendications de la première vague du mouvement des femmes de la fin du XIX<sup>e</sup> et début du XX<sup>e</sup> siècle dans une perspective féministe ont réservé ce qualificatif aux revendications suffragistes. Pour le Québec, voir Pinard, Lavigne et Stoddart, 1977; Lévesque, 1989; Katrine Hébert, « Une organisation maternaliste au Québec. La Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste et la bataille pour le droit de vote des femmes », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 52, n<sup>o</sup> 3, hiver 1999; Denyse Baillargeon, « Maternalisme et État-Providence : le cas du Québec », *Sextant*, vol. 30, 2003. D'autres historiennes ont montré que c'est au nom de qualités féminines construites comme le maternage, le dévouement, le *caring*, que la plupart des grandes associations de femmes ont justifié leurs revendications. C'est ainsi que Karen Offen (2000), Seth Koven et Sonya Michel (*Mothers of a New World: Maternalist Politics and the Origins of the Welfare State*, New-York, Routledge, 1993) et Lynn Y. Weinter (1985) qualifient de maternalistes les revendications féministes des mouvements de femmes en faveur de la tempérance, des pensions aux mères ou de l'hygiénisme durant le premier XX<sup>e</sup> siècle. Dans cette interprétation, le maternalisme suggère que les langages de la domesticité et de la famille sont utilisées par les femmes comme stratégies pour se définir un rôle propre et déployer leur action dans la sphère publique. Établi sur le rôle maternel des femmes au sein de leur famille et auprès de leurs enfants, ce rôle revendiqué et assumé par la plupart des associations de femmes leur permet de sortir de la sphère privée de la famille pour faire reconnaître leurs demandes de réforme par les partis et hommes politiques. Nous avons dans d'autres textes montré par exemple comment les Cercles de fermières (Cohen, 1991) ou les associations professionnelles d'infirmières (Yolande Cohen, *Profession : infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2000) avaient pratiqué ce que nous avons appelé un féminisme social ou maternaliste et c'est ce que nous entendons approfondir dans ce texte. Le maternalisme d'État est la structuration par l'État de politiques dérivées des qualités dites féminines et touchant aux rôles traditionnels des mères et à leur rôle d'éducatrices. Le maternalisme se distingue radicalement du familialisme, du natalisme et de ce qu'on appelle plus généralement la question sociale. Yolande Cohen, « Genre, religion et politique dans les années 1930 : les pensions aux mères », *Revue canadienne de politique sociale*, 2006, p. 87–112.

en place des structures charitables où les pauvres malades seront identifiés et regroupés (à Montréal avec le *Montreal Charity Organization Society* de 1900 à 1919, au sein du *Canadian Patriotic Fund* de 1914 à 1918, et au *Montreal Council for Social Agencies* à partir de 1919), puis diagnostiqués (victimes du mal social) par de nouvelles professionnelles (le travail social devient une discipline à part entière à l'université McGill en 1923 avec la création de la *McGill School of Social Work*) et enfin responsabilisés comme individus ayant la charge de leur santé par la promotion de l'hygiène publique. L'étude du MDD nous permettra de montrer le rôle déterminant de ces femmes, tour à tour philanthropes, bénévoles, professionnelles et bénéficiaires de ces services dans la structuration de ce champ d'action, d'intervention et de services, que l'on nomme aujourd'hui économie sociale mixte et qui a été un levier puissant pour susciter l'intervention de l'État et des pouvoirs publics dans ce domaine.

On peut voir en filigrane dans ce texte le rôle fondamental des associations bénévoles de femmes laïques dans l'organisation initiale des services socio-sanitaires et l'influence du discours maternaliste qu'elles ont élaboré dans la structuration de ce champ; la professionnalisation de ces services au début du XX<sup>e</sup> siècle, à mesure que les infirmières, les diététistes et les assistantes sociales écartent graduellement les bénévoles ou s'y substituent; l'intervention graduelle des instances étatiques dans ce domaine, et le pouvoir accru des médecins dans ce nouveau champ d'intervention à la jonction du *cure* et du *care*<sup>5</sup>.

### **Une histoire genrée : un débat historiographique**

Le rôle des associations charitables ou bénévoles dans le déploiement des politiques publiques a connu des succès divers. Exclues des premières études d'histoire de la santé publique, ces associations refont surface dans l'historiographie, canadienne essentiellement, comme éléments moteurs des premières politiques sociales et alimentent un débat

5 J'ai dans cet article proposé de distinguer différentes périodes et modalités conceptuelles pour caractériser les revendications sociales des associations philanthropiques féminines au Québec : une première phase maternaliste (avant les années 1920) ouvrant sur une seconde phase de maternalisme d'État (dans les années 1930), et qui se termine par un familialisme d'État dans les années 1940, précurseur de l'État-providence (Cohen, « Genre, religion et politique »). Voir aussi l'ouvrage classique sur le maternalisme avec le recueil de textes rassemblés par Koven et Michel, *Mothers of a New World*; Hébert, « Une organisation maternaliste au Québec ». Pour une autre interprétation, voir Baillargeon, « Maternalisme et État-Providence ». Pour la France, voir Anne Cova, *Au service de l'Église, de la patrie et de la famille. Femmes catholiques et maternité sous la III<sup>e</sup> République*, Paris, L'Harmattan, 2000; Bruno Dumons, *Un siècle de vie associative : quelles opportunités pour les femmes?*, Paris, L'Harmattan, 2001; Magali Della Sudda, « Discours conservateurs, pratiques novatrices », dans « Enquêtes de genre », *Sociétés et représentations*, sous la direction de Lucie Bargel, Magali Della Sudda et Frédérique Matonti, octobre 2007, p. 17.

important sur le genre des États-providence<sup>6</sup>, essentiellement autour de la question des pensions aux mères. Depuis les années 1980, la contribution de l'analyse féministe à l'étude de l'État-providence a permis une compréhension plus poussée du rapport des femmes à la politique<sup>7</sup> et aux services sociaux au Canada. Elle a permis de considérer l'apport des groupes de femmes dans l'implantation de programmes sociaux, centraux à l'avènement et à l'essor de l'appareil de l'État-providence canadien.

Plusieurs courants d'interprétations se distinguent pour qualifier les relations entre l'État-providence et le genre : l'interprétation féministe égalitaire soutient que l'État-providence a reproduit les inégalités de genre, soit la transition d'un patriarcat privé à un patriarcat public à travers les mécanismes de division sexuelle du travail surtout, par le système du revenu familial et par le mariage traditionnel (qui implique une division sexuelle du travail)<sup>8</sup>; l'interprétation féministe d'inspiration socialiste soutient que l'État-providence a renforcé les inégalités sociales, qui incluent les inégalités de genre, à travers la pauvreté croissante des mères célibataires<sup>9</sup>; l'État-providence recouvre un ensemble de relations sociales complexes qui doivent être comprises dans le contexte sociopolitique et culturel<sup>10</sup>. L'incorporation du genre dans les mécanismes et les politiques de l'État-providence reflète des intérêts de classe et d'ethnie<sup>11</sup>, et des intérêts nationaux de nature morale ou religieuse et de nature économique<sup>12</sup>. Cette intégration du genre dans les contextes historiques de la formulation des premières politiques sociales permet de cerner le paradoxe de la relation des femmes à l'État. Elle permet de comprendre l'existence d'une relation permettant l'autonomie des femmes comme initiatrices des programmes d'aide (politique), comme employées de l'État (expertise professionnelle issue du *care*) et comme bénéficiaires de ses services (économique), en même temps qu'une autre, renvoyant à une subordination politique et économique compte tenu de l'étroitesse ou de l'absence des droits des femmes à l'assistance sociale au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

6 James Struthers, *The Limits of Affluence: Welfare in Ontario, 1920–1970*, Toronto, University of Toronto Press, 1994; Dominique Marshall, *Aux origines sociales de l'État-providence : familles québécoises, obligation scolaire et allocations familiales, 1940–1955*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998.

7 Linda Kealey et Joan Sangster, *Beyond the Vote: Canadian Women and Politics*, Toronto, University of Toronto Press, 1989.

8 Veronica Strong-Boag, « “Wages for Housework”: Mothers' Allowances and the Beginnings of Social Security in Canada », *Journal of Canadian Studies*, vol. 14, n° 1, 1979, p. 24–34.

9 Jane Ursel, *Lives, Public Policy, 100 Years of State Intervention in the Family*, Toronto, Women's Press, 1992.

10 Margaret Jane Hillyard Little, *“No Car, No Radio, No Liquor Permit.” The Moral Regulation of Single Mothers in Ontario, 1920–1997*, Toronto, Oxford University Press, 1998; Christie, *Engendering the State*.

11 Little, *“No Car, No Radio, No Liquor Permit.”*

12 Christie, *Engendering the State*.

Au Québec l'historiographie des services sociaux et des institutions qui en sont issues est riche, distinguant les femmes des hommes, les jeunes des vieux, les catholiques des protestants. Même si elle est bien souvent segmentée et limitée à des histoires ponctuelles comme l'histoire de certaines associations d'hommes liées aux églises<sup>13</sup>, l'étude des associations bénévoles apparaît toutefois accessoire à côté des grands mouvements initiateurs des politiques sociales<sup>14</sup> ou terreaux des nouvelles élites politiques<sup>15</sup>. C'est leur institutionnalisation qui a surtout retenu l'attention à partir de 1940<sup>16</sup>. L'histoire des associations de femmes bénévoles au Québec au XX<sup>e</sup> siècle est relativement bien documentée pour ce qui concerne certaines associations de femmes montréalaises<sup>17</sup> et leurs rapports à l'État<sup>18</sup>. Les travaux autour de l'équipe rassemblée par Jean-Marie Fecteau démontrent bien le partage de l'espace social entre l'Église et l'État, et la mixité de l'économie sociale<sup>19</sup>. Ainsi les premières lois de sécurité sociale (*Loi sur l'assistance publique* au Québec en 1921 ou la création du système fédéral des pensions de vieillesse en 1927, ou encore l'adoption du *Relief Act* [secours directs aux chômeurs] en 1930) sont

- 13 Lucia Ferretti, *Entre voisins. La société paroissiale en milieu urbain, Saint-Pierre-Apôtre de Montréal, 1848–1955*, Montréal, Boréal, 1992; Louis Rousseau, *Le bas clergé catholique au dix-neuvième siècle. Approche comparative d'une population pastorale en voie de changement*, Québec, Cahiers de recherche en science de la religion, vol. 12, 1995.
- 14 Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec 1940–1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988; Serge Mongeau, *Évolution de l'assistance au Québec*, Montréal, Éditions du jour, 1967.
- 15 Karine Hébert, « Entre l'avenir et le présent. La jeunesse universitaire montréalaise, 1890–1960 », thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 2002.
- 16 *The Benevolent State: The Growth of Welfare in Canada*, sous la direction d'Allan Moscovitch et Jim Albert, Toronto, Garamond Press, 1987; Dennis Guest, *Histoire de la sécurité sociale au Canada*, Montréal, Boréal, 1993.
- 17 Janice Harvey, « Le leadership féminin dans les associations privées de charité protestantes », dans *Actes du Colloque des Bâtisseuses de la Cité*, sous la direction de Tardy et al., p. 65–78; Maryse Darsigny, « Du comité provincial du suffrage féminin à la ligue des droits de la femme (1922–1940) : le second souffle du mouvement féministe au Québec de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle », mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1994.
- 18 Nicole Laurin, Danielle Juteau et Lorraine Duchesne, *À la recherche d'un monde oublié. Les communautés religieuses de femmes au Québec de 1900 à 1970*, Montréal, Le Jour Éditeur, 1991; *Les couventines : l'éducation des filles au Québec dans les congrégations religieuses enseignantes, 1840–1960*, sous la direction de Micheline Dumont et Nadia Fahmy-Eid, Montréal, Boréal, 1986; Chantal Maillé, « Looking for New Opportunities in Politics: Women's Organizations and the Political Parties in Canada and Sweden », dans *Women's Organizing and Public Policy in Canada and Sweden*, sous la direction de L. Briskin et M. Eliasson, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 1999, p. 184–209.
- 19 Wendy Mitchinson, « Early Women's Organizations and Social Reform: Prelude to the Welfare State », dans *The Benevolent State*, sous la direction de Moscovitch et Albert, p. 77–92; R. L. Schnell, « A Children's Bureau for Canada: The Origins of the Canadian Council on Child Welfare, 1913–1921 », dans *The Benevolent State*, sous la direction de Moscovitch et Albert, p. 95–110; Theda Skocpol et Fiorina Morris, *Civic Engagement in American Democracy*, Washington (DC), Brookings Institution Press et Russell Sage Foundation, 1999; Ursel, *Lives, Public Policy*; Naomi Black, *Social Feminism*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 1989.

envisagées du point de vue institutionnel et structurel. Ces travaux réalisés sous l'angle du contrôle social des populations pauvres et de la régulation morale et politique qui en découle tendent toutefois à gommer la contribution des associations charitables dans cette structuration et à sous-estimer l'originalité du modèle ainsi mis en place. Même si plusieurs des travaux de cette équipe accordent une place aux femmes comme bénéficiaires des services et des institutions charitables mises en place par l'Église et puis par l'État, ils n'abordent pas véritablement dans sa globalité la question du genre des politiques sociales<sup>20</sup>.

Ce sont principalement des analystes canadiennes<sup>21</sup>, influencées par les travaux d'Américaines et d'Européennes sur la pensée et l'état maternalistes, qui ont mis en lumière le rôle des femmes dans l'instauration de programmes d'assistance à travers les activités des associations féminines de charité. Considéré comme politique, le rôle de ces associations leur permet de montrer d'autres pratiques et conceptions de la notion de citoyenneté à un moment où les femmes n'ont qu'une expérience limitée de l'exercice du droit de vote. Ces groupes de femmes acquièrent ainsi une certaine autonomie et une autorité publique comme initiatrices de programmes d'assistance pour améliorer le bien-être des mères de familles et de leurs enfants, par la mise en place d'un projet local d'aide et par la création d'alliances nationales et internationales avec des femmes de mêmes intérêts pour la réforme sociale. Certes, les inégalités de genre sont présentes et se reproduisent. Empreinte de critères normatifs, l'oppression des femmes est située principalement dans un rapport de classe et d'ethnie<sup>22</sup>. Pour Margaret Little, cette relation de pouvoir inégale

20 Jean-Marie Fecteau, « La construction d'un espace social : les rapports de l'Église et de l'État et la question de l'assistance publique au Québec dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle », dans *L'histoire de la culture et de l'imprimé. Hommages à Claude Galarneau*, sous la direction d'Yvan Lamonde et Gilles Gallichan, Québec, Presses de l'Université Laval, 1996, p. 61–90. Voir aussi Sylvie Ménard, *Des enfants sous surveillance. La rééducation des jeunes délinquants au Québec, 1840–1950*, Montréal, VLB éditeur, 2003; Véronique Stimelle, « La gestion de la déviance des filles à Montréal au XIX<sup>e</sup> siècle. Les institutions du Bon-Pasteur d'Angers (1869–1912) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, n<sup>o</sup> 5, 2003.

21 Renée B. Dandurand, J. Jenson et A. Junter, « Présentation. Les politiques publiques ont-elles en genre? », *Lien social et politiques*, n<sup>o</sup> 7, 2002; voir aussi Jane Lewis, « Gender and the Development of Welfare Regimes », *Journal of European Social Policy*, vol. 2, n<sup>o</sup> 3, 1992.

22 Little, « *No Car, No Radio, No Liquor Permit.* » Pour Little, les femmes bourgeoises, protestantes et euro-canadiennes (qui constituent les membres actifs des associations charitables féminines) se sont négocié une nouvelle place dans l'espace public (« poverty experts », statut issu de leur travail de charité sur le terrain et de leur projet pilote d'allocations), en luttant avec succès pour la mise en place des allocations aux mères célibataires. En utilisant des dispositions de genre et de famille, oppressives pour la plupart d'entre elles, elles font alors valoir leurs avantages particuliers de classe et de race. À travers leur articulation de l'idéologie du maternalisme, elles ont acquis un nouveau pouvoir économique et politique, tout en se distinguant des populations qu'elles veulent aider. Inquiètes de maintenir leur statut (menacé par l'arrivée rapide d'autres groupes ethniques), elles épousent l'idéologie du maternalisme qui reflète leurs privilèges de classe et de race, et doivent accepter simultanément leur subordination de genre (p. xiii).



s'établit principalement par la régulation morale, tandis que pour Christie, elle permet d'expliquer le paradoxe central de l'établissement de l'État au Canada, soit son développement comme un processus non linéaire, de l'individualisme au collectivisme, à travers le renforcement de la famille<sup>23</sup>. Quelle que soit leur origine de classe, leurs besoins économiques et leur peur de l'instabilité familiale représentent des motivations puissantes de l'appui de ces femmes au modèle de famille proposé par les réformateurs (celui du *Breadwinner*, ou de Monsieur Gagne-Pain).

Cet État-providence fortement généré, précédé par ce que nous avons appelé un maternalisme d'État, qui intervient sous la pression d'associations philanthropiques de femmes (souvent marquées par leurs origines ethno-confessionnelles) dans des domaines qui lui étaient auparavant étrangers, fournit le cadre conceptuel de l'étude que nous présentons. Nous voulons vérifier si, dans le cas particulier des services de nutrition, l'action du MDD conduit des experts et des instances gouvernementales à adopter la vision qu'il déploie et les solutions qu'il préconise au problème de la malnutrition des populations démunies et malades. S'il est présomptueux de croire qu'il pourrait y parvenir tout seul, ce que l'on cherche à comprendre par cette étude, c'est ce que le MDD révèle de la capacité de tels regroupements à mobiliser des ressources et en quoi il se constitue comme un véritable laboratoire social où les questions de nutrition sont débattues publiquement par tout un ensemble d'acteurs, majoritairement des femmes. Car en fait, et c'est en cela que cette étude se distingue de celles de Denyse Baillargeon par exemple<sup>24</sup>, l'accent est mis non pas sur

23 Christie, *Engendering the State*, p. 311.

24 Denyse Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 2004. L'étude de Baillargeon englobe tous les aspects de la médicalisation de la maternité et de ses rapports complexes avec la fécondité sous l'angle d'une analyse méticuleuse des discours médicaux à l'endroit des femmes durant la quasi-totalité du XX<sup>e</sup> siècle. Attentive à la réaction des mères (51 entrevues d'histoire orale) et de certaines associations de femmes et catégories d'infirmières (gouttes de lait en particulier) à ces discours, elle trace un portrait détaillé du processus qui a conduit toutes ces femmes à intérioriser la vision patriarcale véhiculée par ces discours sur la maternité et à revendiquer elles-mêmes de participer à sa médicalisation : « Si ces débats et les services auxquels ils ont donné naissance reposaient sur une conception nationaliste, religieuse et essentiellement patriarcale de la place et du rôle des femmes dans la société, il reste que les femmes elles-mêmes ont contribué, par leurs demandes et leurs réponses, à cette médicalisation » (p. 293). À l'appui de cette vision féministe assez classique, Baillargeon suggère que ce n'est qu'avec le féminisme des années 1970 que les femmes prennent davantage conscience de ces rapports de domination et qu'elles pourront s'en libérer... Pourtant, de nombreux indices existent pour montrer que les femmes transforment le projet initial des médecins, et pas à leur désavantage. Car que les médecins cherchent par tous les moyens à contrôler le secteur de la maternité et de la reproduction, comme de nombreux autres, Freidson l'a bien montré, et Baillargeon le confirme; mais ont-ils véritablement réalisé leur projet? C'est une autre question qui reste à démontrer en s'appuyant sur d'autres sources. Je n'ai pas vu dans les sources que j'ai dépouillées que les médecins aient été particulièrement intéressés par la multiplication des professions féminines dans ce secteur, et j'ai même démontré que les

les discours de contrôle des médecins ou sur ceux de certaines associations philanthropiques féminines qui leur font écho, mais sur la capacité de ces associations de transférer au niveau de l'action publique et ensuite politique des prérogatives dites féminines (politiques sociales autour du *care*), tout en les professionnalisant. Le maternalisme d'État qui en découle est le contraire d'un essentialisme puisque les catégories de genre sur lesquelles il s'appuie sont transformées au sein de politiques sociales qui permettent aux femmes de sortir des rôles qui leur sont traditionnellement assignés : ce sont des femmes bénévoles qui deviennent rapidement des expertes, et des professionnelles de la santé ou même des mères à qui ce discours d'autonomisation (relative) s'adresse. On peut toujours argumenter que le maternalisme d'État reproduit la domination masculine tout de même, avec des femmes désormais à son service (comme professionnelles ou bénéficiaires de ses services), mais ce serait un anachronisme majeur que d'inférer sur les années 1930 des considérations qui ne prennent pas en compte l'immense marché de l'emploi qui s'est ainsi ouvert aux femmes. En outre, cette expérience au MDD est sans doute particulière et spécifique à la période de l'entre-deux guerres, avant que l'État-providence ne soit mis en place dans l'ensemble du Canada. C'est le moment où se déploie cette dynamique tout à fait particulière entre des groupes de femmes et un État fédéral encore très peu interventionniste, et un État provincial québécois qui a déjà une expérience tout à fait innovante dans le vaste champ de la santé publique<sup>25</sup>.

Cette perspective particulière (peut-être unique?) dans le domaine de la santé publique permet de voir comment se construit un consensus autour de l'identification d'un problème social, la malnutrition de certains secteurs de la population, de l'action de quelques acteurs qui se sont engagés et des champs d'expertise mobilisés pour en faire une des premières politiques concertée de santé publique nutritionnelle. L'histoire du MDD permet d'en suivre le cheminement et d'avancer l'hypothèse qu'une poignée de femmes réformatrices, de l'élite anglo-protestante montréalaise, a pu initier le débat sur la nutrition des pauvres et mener à bien

---

infirmières avaient réussi à transformer une vocation bénévole et charitable en service professionnel rémunéré (Cohen, *Profession : infirmière*). Baillargeon élude souvent la question ou considère le rôle des associations et des professionnelles de la santé (hormis les médecins, le plus souvent des femmes) comme faisant partie du processus général de domination masculine, que renforcerait donc l'emprise patriarcale sur toutes les femmes (ou qu'elles en auraient intériorisé les principaux paramètres, version contrôle social de la domination). Malgré quelques références étrangères aux théories maternalistes, qui visent précisément à montrer tout l'aspect émancipateur de tels regroupements pour les femmes durant cette période, elle n'intègre pas les travaux québécois qui en sont proches et préfère donc ignorer ce qui pourrait nuancer davantage son point de vue, qui à cet égard reste partiel et partial.

25 François Guérard, « L'histoire de la santé au Québec : filiations et spécificités », *Bulletin canadien d'histoire de médecine*, vol. 17, n° 1/2, 2000.

un processus d'aide et de prévention, en amont du système de santé et parallèlement aux services de santé publique. Animées d'une idéologie évangéliste, ces militantes du mouvement hygiéniste s'autoproclament médiatrices d'un savoir nouveau sur la nutrition des populations<sup>26</sup>, qui sera rapidement repris et relayé par des professionnelles de la santé. On veillera à comprendre si le MDD est le terreau dans lequel naît une nouvelle profession féminine de nutritionniste<sup>27</sup>, comme ce fut le rôle déjà bien identifié des associations bénévoles dans l'émergence d'autres professions féminines du XX<sup>e</sup> siècle (par exemple, infirmières<sup>28</sup> et travailleuses sociales<sup>29</sup>).

### **À l'origine du MDD, l'œuvre charitable d'associations de femmes anglo-protestantes (1879–1918)**

De 1879 à la Première Guerre mondiale, le MDD s'inscrit dans le réseau de réforme sociale et d'action concertée des élites envers les pauvres des milieux urbains pour vaincre la maladie et la pauvreté. Créé par des bénévoles de la *Young Women's Christian Association* (YWCA) et de l'*American Presbyterian Church* en 1879, le *Diet Dispensary* offre de l'aide alimentaire aux pauvres et malades, car elles considèrent que la mauvaise qualité de l'alimentation est une cause importante des « maladies de la misère<sup>30</sup> ». Un groupe de dames bénévoles, Emily DeWitt au premier plan, à titre de responsable du comité de visite des hôpitaux du YWCA, constate que la maladie d'un pourvoyeur, conjuguée à la pauvreté, affecte de façon importante les conditions de vie des familles. Les six dames bénévoles engagées dans le projet<sup>31</sup> conviennent d'ouvrir un

26 On parle ici de savoirs appliqués, et non du « nouveau savoir de la nutrition », dérivé des expériences scientifiques en laboratoires, soit l'importance des vitamines dans la vie humaine et dans la protection contre certaines maladies. Voir Michael Ackerman, « Interpreting the “Newer Knowledge of Nutrition”: Science, Interests, and Values in the Making of Dietary Advice in the United States, 1915–1965 », thèse de doctorat, University of Virginia, 2005; Rima Apple, *Vitamina: Vitamins in American Culture*, New Brunswick (NJ), Rutgers University Press, 1996.

27 *Femmes, santé et profession*, sous la direction de Nadia Fahmy-Eid, Montréal, Boréal, 1996.

28 Cohen, *Profession : infirmière*; Yolande Cohen avec Jacinthe Pépin, Esther Lamontagne et André Duquette, *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2002.

29 L. Groulx et C. Poirier, « Les pionnières en service social, un nouveau métier dans le champ de la philanthropie », dans *Les femmes et la culture*, Ottawa, Institut canadien pour l'avancement des femmes, 1982; Diane Montour-Perras, « La charité professionnelle : l'émergence de la carrière de travailleuse sociale à McGill (1913–1948) », mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2002.

30 Martin Tétrault, « Les maladies de la misère : aspects de la santé publique à Montréal, 1880–1914 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 36, n° 4, mars 1983.

31 Mesdemoiselles DeWitt, Bigelow, Greenshields et Rea ainsi que Mesdames J. A. Pillow et A. N. Nelson. Archives du Montreal Diet Dispensary [AMDD], *A Short History of the Diet Dispensary*, p. 5. Nous n'avons pas pu retrouver de traces biographiques de ces femmes, dans les dictionnaires biographiques disponibles au Canada.

local pour y préparer de la nourriture (bouillon et gelée de viande, gelée au vin, pouding au lait), des œufs et des fruits, par exemple, qu'elles distribueraient sur place, ou qu'elles iraient porter au domicile des personnes pauvres et malades recommandées par un médecin, un prêtre, ou « other authorized person known to the Committee<sup>32</sup> ». Ce genre d'institution se distingue des soupes populaires ou des dons de nourriture par le fait qu'elle exige une preuve de maladie et de l'insuffisance des ressources pour y faire face.

Au nom du YWCA, Emily DeWitt s'adresse aux médecins de la ville pour leur soumettre leur projet et la mission de sauvegarde de la famille qui le sous-tend : « this charity is one which cannot fail to prove a blessing and comfort to many poor and suffering families<sup>33</sup> ». La mission de soins et de soutien aux familles consiste dans ce cas-ci à fournir des services d'alimentation sur la base des enseignements de l'économie domestique des écoles ménagères qui ont été fondées aux États-Unis comme au Québec<sup>34</sup>.

Sont embauchées une aide-cuisinière à temps partiel en 1880, une cuisinière en chef à temps plein en 1883 et une infirmière en 1885<sup>35</sup>. En 1890, le dispensaire devient une entité autonome et prend le nom de *Montreal Diet Dispensary*<sup>36</sup>. Un conseil d'administration, exclusivement féminin, gère dorénavant les ressources financières, essentiellement des dons privés, et se dote comme la plupart des œuvres de charité féminines d'un comité-conseil masculin (de quatre à six membres)<sup>37</sup>.

Entre les infirmières qui soignent les malades à domicile, assistent les enfants d'une mère souffrante et distribuent les aliments aux malades incapables de se déplacer<sup>38</sup> et les cuisinières qui préparent les repas, les bénévoles, toujours plus nombreuses au fil des ans<sup>39</sup>, interviennent à

32 Young Women's Christian Association [YWCA], *Diet Dispensary, Fifth Annual Report*, 1884, p. 1.

33 AMDD, lettre de Emily DeWitt aux médecins de la Ville de Montréal, 10 juin 1879, reproduite dans Renée Rowan, *Un phare dans la cité. Le dispensaire diététique de Montréal*, Montréal, Ordine, 2000, p. 12.

34 AMDD, *20th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1899.

35 AMDD, *A Short History of the Diet Dispensary; 6th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1885.

36 AMDD, *11th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1890, p. 2.

37 AMDD, *30th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1909, p. 7. Pour une discussion sur le fonctionnement de l'administration des charités, voir Janice Harvey, « The Protestant Orphan Asylum, the Montreal Ladies' Benevolent Society: A Case Study in Protestant Private Child Charity, 1822–1900 », thèse de doctorat, McGill University, 2001. Sur la question des logiques capitalistes spécifiquement féminines et religieuses, voir Lucetta Scaraffia, « Fondatrici e imprenditrici » [Fondatrice et entrepreneure], dans *Santi, culti, simboli (1815–1915)*, sous la direction d'Emma Fattorini, Torino, Rosenberg et Selliers, 1997, p. 479–491. (Je remercie Magali Della Sudda d'avoir porté cet article à mon attention.)

38 Elles peuvent également accompagner des malades à l'hôpital, certifier leur état de santé et même les veiller de nuit dans certains cas d'invalidité (AMDD, *7th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1886, p. 2).

39 Elles passent de 9 en 1885 au nombre record de 37 en 1908.

toutes les étapes du processus de soins. Elles s'occupent de la distribution des aliments, de la visite des malades, et de faire des rapports d'observation, dans le cadre de fonctions qui ne sont pas formellement définies<sup>40</sup>.

Près de 300 personnes bénéficient de l'aide des bénévoles du dispensaire la première année, en 1879<sup>41</sup>, et l'on recense 2 864 demandes d'aide en 1885, avec plus de la moitié des services, distribués gratuitement (1 713)<sup>42</sup>. De 1884 à 1914, les demandes suivent une courbe croissante : on passe rapidement la barre des 10 000 demandes de repas dans les années 1900, et des 20 000 dans les années 1910. Le nombre de visites à domicile se multiplie aussi : de 392 visites en 1886, on en dénombre 8 499 en 1902. Précurseur, l'État provincial crée une infrastructure publique pour les activités d'hygiène, le Service provincial d'hygiène en 1922, et la même année, adopte la loi de l'assistance publique<sup>43</sup>. Cette loi a pour but d'accroître les services offerts aux démunis en matière d'hébergement et de soins, et de favoriser le développement d'infrastructures. En fait, la plupart des services sociaux offerts alors sont le fait d'organisations caritatives, qu'il s'agit de subventionner et d'organiser sous la houlette de l'État. Mais ces dernières, en particulier les organisations franco-catholiques, propriétaires pour la plupart de leurs hôpitaux et institutions de santé, ne sont pas prêtes à se délester de leurs prérogatives pour devenir des agences de l'État. D'autres, moins puissantes, comprennent l'intérêt de se concerter pour pouvoir bénéficier de nouveaux subsides et se moderniser<sup>44</sup>. Ainsi, les agences de service social vont-elles se regrouper progressivement en fédérations sur des bases confessionnelles afin d'assurer aux pauvres des services efficaces et coordonnés. Les œuvres protestantes réunies au sein de la *Montreal Charity Organization Society* (MCOS) depuis 1900 envisagent de s'affilier au *Social Service Council of Canada* (SSCC) tandis que les œuvres juives se fédèrent en 1917<sup>45</sup>. Pour s'assurer de la coopération des autres églises et fédérations de charité catholiques et juives, les membres de la MCOS choisissent en 1919 de créer un organisme autonome, le *Montreal Council of Social Agencies*

40 Il se désaffilie du YWCA pour pouvoir recevoir des dons de façon indépendante et adopte une charte (AMDD, *20th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1899, p. 3).

41 AMDD, *A Short History of the Montreal Diet Dispensary*.

42 La cuisinière et les neuf bénévoles ont préparé 2 822 pintes de denrées alimentaires (1 771 pintes de bouillon de bœuf, 747 pintes de gelées de viandes, 304 pintes de bouillon de poulet) (AMDD, *5th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1884). Selon un historique du dispensaire publié en 1906, au nombre des gens aidés durant ces premières années, on trouve un père, une mère ou un ou une adolescent(e) dont la maladie l'empêche de travailler et de faire vivre sa famille; un enfant ou une femme d'une famille dont le pourvoyeur ne gagne pas suffisamment d'argent, souvent des familles immigrantes, irlandaises en particulier.

43 Guérard, « L'histoire de la santé au Québec », p. 45, 53.

44 *Ibid.*, p. 56.

45 Anne MacLennan, *Red Feather in Montreal: A History*, Montréal, Red Feather Foundation, 1996, p. 15.

(MCSA)<sup>46</sup>. Les agences sociales montréalaises craignent que l'association au SSCC, dominé par les églises méthodiste et presbytérienne, n'aliène les agences catholiques et juives et ne rende impossible une collaboration future avec ces dernières. Quant à la coordination financière des agences protestantes, elle est officialisée en 1922 avec la création de la *Financial Federation* (FF) en 1922<sup>47</sup>. Efficacité et coordination des services aux pauvres, mais aussi professionnalisation des métiers essentiellement féminins de ce secteur, tels sont les changements réalisés durant les années 1920<sup>48</sup>.

### Les enjeux professionnels au MDD

Le MDD, devant faire face à une hausse constante des demandes d'aide à domicile, modifie ses modalités d'intervention en adoptant ce qui deviendra l'alpha et l'oméga de l'assistance sociale, le suivi de cas et l'éducation. Ces démarches, recommandées par les agences de service social lors des expositions de la Ligue anti-tuberculeuse en 1909 et du bien-être des enfants en 1913<sup>49</sup>, visent à éduquer les enfants de façon prioritaire, et à répondre aux seuls « cas avancés » de maladie et à en faire le suivi. Les dames et les travailleuses sociales du dispensaire, de la MCOS, du *Royal Edward Institute* et du *Montreal General Hospital* doivent coordonner

46 L'ancienne MCOS devient dans cette foulée la *Family Welfare Association of Montreal* (MacLennan, *Red Feather in Montreal*, p. 4).

47 Selon MacLennan, la *Montreal Charity Organization Society* est née d'un idéal d'efficacité et d'organisation des groupes de charité, entretenu notamment par les membres de la branche montréalaise du *National Council of Women of Canada*. Selon elles, cette organisation permettrait de pallier la confusion du réseau de secours charitable. À son origine, la MCOS veut coordonner et amener les œuvres de charité à viser l'amélioration de la vie des pauvres, moralement et intellectuellement. Ces objectifs sont très difficiles à atteindre pour l'organisation montréalaise, contrairement à plusieurs autres grandes villes américaines, britanniques et canadiennes, en raison de l'absence d'un système de secours publics. Les ressources privées ont donc été portées sur l'aide routinière de derniers recours, au lieu d'être consacrées à un travail de compensation. Sans contrôle sur les finances des groupes caritatifs membres, la MCOS a vu son pouvoir de coordination limité, voire nul. Il faudra attendre quelques années avant de voir apparaître des fédérations catholiques : 1929 pour les œuvres de charité anglo-catholiques et 1933 pour les franco-catholiques (MacLennan, *Red Feather in Montreal*, p. 3–5, 15).

48 Regroupées en association provinciale, les infirmières (1920) et les diététistes (1924) se dotent de mécanismes de surveillance de la formation et de la pratique. Leur formation, désormais offerte dans les universités montréalaises plutôt que dans les hôpitaux, leur confère des diplômes universitaires menant à des fonctions d'administratrice, d'éducatrice et d'hygiéniste. Les premières infirmières en hygiène publique diplômées sont engagées aussi bien par les municipalités, dans les écoles que dans les colonies et font souvent office de seules professionnelles de la santé dans ces régions éloignées. C'est une spécialité fort valorisée dans le secteur du travail féminin salarié. Voir Cohen, *Profession : infirmière*; Fahmy-Eid, *Femmes, santé et professions*. Pour la formation supérieure en soins infirmiers, voir Cohen *et al.*, *Les sciences infirmières*.

49 AMDD, *30th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1909, p. 7; *34th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1913, p. 8.

leurs efforts, faire des échanges de connaissances et de services, réaliser le suivi des cas – bref, réviser leur pratique :

Another side of the work which we would like to emphasize is the following up of cases. Even social service workers must realize that sickness is only one aspect of the cases. It has been our aim beyond the mere giving of nourishment to get back to the root of the trouble, which may be due to bad housing, bad feeding, bad employment conditions or several other bad conditions. To give, for instance, a quart of milk a day to a tuberculosis patient living under conditions where he cannot obtain fresh air or freedom from worry is almost entirely useless. It is the work of the Diet Dispensary to give milk in such a case; it is the work of the Royal Edward Institute to secure the best possible conditions which can be obtained for such a patient, and the co-operation of the two societies will procure much better results than if each is working in the dark<sup>50</sup>.

À partir de 1922, le conseil d'administration du *Montreal Diet Dispensary*, nouvellement présidé par la grande philanthrope Madame T. J. Drummond<sup>51</sup>, fait appel à une travailleuse sociale formée à la diététique, Jean Crawford, pour rendre des services de visite à domicile et d'éducation pour la préparation des régimes et d'aliments à faible coût. Jean Crawford, en poste pendant 18 mois au MDD, encadre l'aide alimentaire et établit un système de suivi de cas professionnel. La distribution alimentaire se réalise désormais dans quatre sites auprès de la population anglo-protestante des quartiers ouvriers : Rosemont, Hochelaga, Verdun et Pointe-St-Charles<sup>52</sup>. Même si des quantités de nourriture (lait, puddings, bouillons de viandes) leur sont distribuées annuellement, les patients font l'objet d'une visite à domicile et doivent se présenter pour continuer l'instruction en consultation. Ces patients, pour la plupart, souffrent de tuberculose ou de malnutrition, dues à une période de pauvreté prolongée<sup>53</sup>.

La professionnalisation de ce service contribue à disqualifier le travail de terrain effectué par les bénévoles. L'avis d'Helen Reid, une actrice de premier plan des services sociaux anglo-protestants montréalais<sup>54</sup>,

50 AMDD, *36th Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1915, p. 5.

51 Elle est accompagnée de Mesdames Walker, White, Allen et Hutchison et de Mesdemoiselles Lightall et Drummond. En plus, 16 femmes constituent le comité bénévole général. MDD, « Annual Report 1922 » dans Montreal Council of Social Directories, *Welfare Work in Montreal 1922*, Montréal, Herald Press Limited, 1922, p. 34.

52 L'église méthodiste (Rosemont), les églises anglicaines St-Mary's (Hochelaga) et St-Clément (Verdun) et l'église congrégationaliste St-Albans (Pointe-St-Charles) logent les activités de distribution (MDD, « Annual Report 1922 », p. 34).

53 AMDD, *41st Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*, 1920, p. 6.

54 Diplômée de l'Université McGill en 1899, elle dirige le service social du VON, les actions de secours du Fonds patriotique canadien et fait partie des membres fondateurs de l'école de service social de l'Université McGill (Morton, « Entente cordial? »).

selon lequel il vaut mieux traiter un plus grand nombre de cas avec moins de visiteuses, qui font bien le travail, « plutôt que de travailler avec des bénévoles plus nombreuses, mais moins fiables<sup>55</sup> », a fait son chemin au MDD. Le nombre de bénévoles effectuant des visites passe d'une trentaine à une vingtaine, les autres dames devant assumer le travail d'administration et de direction du dispensaire. Les distinctions de classes entre bénévoles qui effectuent les visites, celles qui dirigent l'organisme et les femmes qui sont les bénéficiaires de leurs services sont volontairement effacées au sein du MDD par un discours unificateur sur la solidarité des femmes envers les femmes les plus démunies. Cette nouvelle façon de faire consacre l'apparition d'un discours maternaliste véhiculé par le mouvement de réforme, consacrant la nécessité d'une intervention concertée auprès des femmes (plutôt qu'auprès des hommes qui en étaient la principale cible auparavant).

Ces réformatrices ciblent ainsi spécifiquement l'éducation des femmes, mères, épouses et filles à l'alimentation et à la cuisine au meilleur coût possible, comme meilleur moyen d'aider les patients et leurs familles à faire face à la maladie avec la pauvreté. L'introduction de services professionnels marque toutefois la limite de cette solidarité qui se veut active mais désormais distancée : des intermédiaires, spécialement formées au service à domicile auprès de familles défavorisées sont considérées comme les seules aptes à faire ce qui relève d'un travail et d'une profession. L'embauche en 1923, d'une travailleuse sociale, Mademoiselle Gallagher, pour effectuer des visites à domicile vise spécifiquement à éduquer les femmes à l'achat et à la préparation d'aliments nutritifs<sup>56</sup>. Dans le bilan annuel, on désigne pour la première fois, explicitement et officiellement, les femmes comme les bénéficiaires de ce nouveau service.

L'introduction du lait comme aliment destiné aux tuberculeux et aux nouveau-nés signale également l'influence du mouvement hygiéniste et en particulier des médecins auprès des mères. Ce processus a été interprété par Baillargeon comme une médicalisation de la maternité, dépossession des femmes de leur pouvoir sur ce qui relevait du maternage<sup>57</sup>. Membres influents du mouvement hygiéniste, les médecins-hygiénistes cherchent en effet à changer le comportement des mères pour enrayer la mortalité infantile de concert avec ces nouvelles professionnelles de la santé que sont les assistantes sociales, infirmières, diététistes. À ce titre, ils participent aussi à la professionnalisation du maternage (ou travail du *care*) en s'associant aux professions féminines pour promouvoir leur intervention précoce auprès des mères et des familles. L'alliance de ces

55 Morton, « Entente cordiale? », p. 229.

56 MDD, « Annual Report 1924 », dans Montreal Council of Social Directories, *Welfare Work in Montreal 1924*, p. 211.

57 Baillargeon, *Un Québec en mal d'enfants*.



différents professionnels, hommes et femmes, au chevet des mères signale en effet une transformation du regard porté sur le travail de maternage (accouchement et élevage des enfants, par exemple) et témoigne du passage de l'espace privé à l'espace public, comme Baillargeon le souligne très justement.

Le MDD habilitera les autres professionnels de la santé à référer des patients à ses services de diététique<sup>58</sup>. Aux compétences des médecins se sont ajoutées celles des infirmières à partir de 1885, celles des travailleurs sociaux à partir de 1920. À cet égard, le MDD participe activement au processus de valorisation sociale des professions féminines naissantes et ainsi à la constitution d'un champ relativement autonome de santé publique. Grâce à son idéologie pragmatique de réforme, le MDD parvient à combiner sa mission évangélique avec le travail professionnel et bénévole laïc.

Au sein du MDD, la répartition des rôles sexués est relativement claire, puisque les fonctions biomédicales (masculines) sont exercées à l'extérieur du dispensaire (dans les hôpitaux ou dans les universités où sont enseignées les connaissances sur la nutrition, la chimie alimentaire ou l'hygiène), les femmes s'occupant des fonctions sociales et sanitaires ainsi que de la gestion du dispensaire. La professionnalisation de nombre de ces fonctions légitime l'extension du champ de la santé à ce qui relevait jusque-là de la charité privée<sup>59</sup>. On voit ainsi une augmentation sensible de la population secourue par les services du MDD.

L'année de l'embauche de la diététiste Crawford, l'équipe du MDD procure de l'aide à 708 patients, et fait 939 visites et 2 806 entrevues ou consultations. Deux ans plus tard, au terme de son court mandat, l'équipe constituée de 21 bénévoles, de trois infirmières et d'une diététiste effectue 1 518 visites, 4 958 consultations et aide 1 541 patients<sup>60</sup>. Il faut donc engager du personnel qualifié, et combler le poste laissé vacant par Crawford en 1924. Madame Drummond et ses collaboratrices retiennent les services d'une diplômée des sciences domestiques du Collège MacDonald (affilié à l'Université McGill), Nan O. Garvock. Son

58 MDD, « Annual Report 1922 ».

59 On voit un processus similaire aux États-Unis durant la même période. La formation des diététistes initialement confiée aux soins de sections de sciences domestiques comme à l'université Cornell en 1913 vise principalement à former des éducatrices qui ont pour mission d'éduquer les femmes des milieux ruraux à une meilleure alimentation (*Smith-Lever Act* voté en 1914 crée même une instance spécifique *Cooperative Extension Service* pour coordonner ces services). Mais c'est au sein d'une association volontaire, les *Home Economics* que les nutritionnistes, toujours formées à Cornell, prennent l'initiative de faire l'éducation à la nutrition des populations démunies à la suite de la crise des années 1930. Créé en 1934 par le gouvernement fédéral pour les appuyer, le *Temporary Emergency Relief Administration* témoigne de l'ampleur prise par ce mouvement. Voir Kathleen R. Babbitt, « Legitimizing Nutrition Education: The Impact of the Great Depression », dans *Rethinking Home Economics: Women and the History of a Profession*, sous la direction de Sarah Stage et Virginia B. Vincenti, Ithaca (NY) et Londres, Cornell University Press, 1997.

60 MDD, « Annual Report 1922 » et « Annual Report 1924 », p. 210-214.

embauche coïncide avec les premiers pas de la professionnalisation de la diététique au Québec au tournant des années 1920<sup>61</sup>.

Nommée directrice du MDD, Garvock croit fermement à la mission éducative du dispensaire. Sous sa direction, le MDD passe de la division des services auprès des dépendants et des délinquants de la MCSA à celle des services auprès des malades et des handicapés. Garvock précise également la mission du MDD : aide aux malades et promotion sanitaire. Si en 1927 l'objet du travail des intervenantes du dispensaire est de fournir des aliments aux malades, en 1930 il s'agit aussi de promouvoir la santé par des démonstrations et l'instruction individuelle<sup>62</sup>. Elle tente aussi de se délester d'une clientèle en majorité composée de tuberculeux, qui exigent des soins lourds et minent les ressources du dispensaire, au profit de la Ligue anti-tuberculeuse, créée spécialement pour ce type de malades. Garvock critique ouvertement les politiques municipale et provinciale à cet égard : « There is a crying need for more accommodations for free patients and we sincerely hope that both the City of Montreal and the provincial government will do their duty and provide free beds for the less fortunate citizens<sup>63</sup> ». Pour elle, le MDD doit consacrer ses ressources aux cas de malnutrition et à l'éducation<sup>64</sup>.

Considérant que l'éducation lors des visites à domicile a une portée limitée, Garvock implante un service de démonstrations culinaires pour rejoindre un nombre plus important de personnes<sup>65</sup>, en particulier les femmes et les jeunes filles, qui sont les « homemakers » par excellence dans les quartiers pauvres. Les démonstrations sont organisées au dispensaire et dans les points de services associés aux églises protestantes : Hochelaga, Verdun, Pointe-Saint-Charles, Côte-Saint-Paul et Rosemont<sup>66</sup>. Faible au départ, la fréquentation des séances de démonstration prend de l'ampleur avec les années : d'une quinzaine de femmes en 1927, on en dénombre une centaine en 1930.

61 Les diplômées des écoles de sciences domestiques américaines et canadiennes se sont regroupées en association binationale en 1917. Peu de temps après, des associations canadiennes naissent : l'Association de diététique du Québec est créée en 1924 et celle de l'Ontario est fondée en 1927. La création de l'Association canadienne de diététique apparaît plus tard, en 1934. Ces regroupements réunissent au départ des diplômées de la section diététique des sciences domestiques, puis notamment à l'Université de Montréal à partir de 1942, des programmes de nutrition. Voir Fahmy-Eid, *Femmes, santé et profession*, p. 41, 80–100.

62 MDD, « Annual Report 1930 », dans Montreal Council of Social Agencies, *Welfare Work in Montreal, 1927–1930*, p. 222–226.

63 MDD, « Annual Report 1925 », dans Montreal Council of Social Agencies, *Welfare Work in Montreal 1925*, p. 218.

64 MDD, « Annual Report 1924 », p. 211.

65 *Ibid.*

66 AMDD, *41st Annual Report of the Montreal Diet Dispensary*.

Le réseau des organismes de service social et de santé regroupés au sein du MCSA fournit la majorité des clients du MDD<sup>67</sup>. Cette collaboration entre les différents acteurs du réseau philanthropique est étroite et soutenue. Par exemple, le *Victorian Order of Nurses* comprend très bien la mission du MDD et lui fait des requêtes précises, selon les besoins des communautés desservies, comme le note Garvock dans son rapport annuel de 1936. L'éducation dispensée n'est jamais neutre et l'on voit comment se transmet la mission générale de canadienisation de l'organisme qui recommande l'usage des aliments canadiens et tente de rejoindre la population ethnique italienne : « The VON were very anxious to have the Italian families in the North end of the city learn economical yet nourishing dishes and to be taught to have more of a variety in their meals, also to do less frying, and convince if possible, to use Canadian Cheese<sup>68</sup> ». La présence d'immigrants italiens au sein de sa clientèle témoigne d'une plus grande porosité des frontières interethniques. Il y a tout lieu de croire que dans les quartiers pauvres, on ne distinguait pas entre les catholiques et les protestants qui pouvaient ainsi être admissibles aux programmes du VON et du MDD, contrairement à ce que les statuts de ces organismes affirment<sup>69</sup>.

Avec la professionnalisation accrue des services de soins et l'émergence d'institutions hospitalières spécialisées dans le traitement des maladies, le MDD s'inscrit également dans la tendance générale au déplacement des services à domicile à la clinique. De 1923 à 1930, les visites à domicile déclinent au profit des démonstrations et des consultations au dispensaire. En 1923, 2 806 consultations ont lieu sur place pour 939 visites à domicile. En 1930, le nombre de consultations sur place a atteint 5 183 pour 753 visites à domicile, tandis que le nombre de cas traités a diminué de 708 à 618 pour la même période. En plus de porter secours aux tuberculeux et aux personnes mal nourries avec des régimes alimentaires thérapeutiques (un régime fort en sels minéraux et en fer pour les anémiques

67 Les organismes suivants : le *Victoria Order of Nurses*, la *Child Welfare Association*, le *Maisonneuve Community Centre*, le *Griffintown Club*, le *Rosemont Community Centre*, la *Family Welfare Association*, la *Big Sister Association*, le *Red Cross Group*, les services sociaux des hôpitaux (Montreal General, Royal Victoria et Maternity), le *Montreal Park and Playground*, la *Community Garden League*, les *Wartime Day Nurseries*, le *University Settlement* et la *Soldiers' Wife League*.

68 AMDD, Report of the Dietician in charge of the Montreal Diet Dispensary, 1936, p. 1.

69 Toutefois, cette information n'est évoquée que deux fois dans les rapports annuels : l'une en 1897 qui fait référence à une demande de service de la part de « French Protestants » – d'ailleurs, ce service est offert par le biais du point de service *East End Branch* en 1904 – et l'autre en 1935 lors d'une enquête effectuée par le MCSA et la Financial Federation (FF) sur les agences : « The services of the Dispensary are limited to those of protestant faith » (Montreal Council of Social Agencies/Financial Federation, *Report of the Survey Committee, Section Four: A Report on Health Services*, Montréal, MCSA/FF, 1935, p. 38).

par exemple)<sup>70</sup> et des suivis individuels, le MDD se concentrera durant les vingt années suivantes à l'éducation populaire et à la prévention en alimentation.

Si cette réorientation est en partie le résultat de la pression exercée par les médecins du réseau du MCSA et de la *Financial Federation* (FF), elle doit beaucoup à l'essor des connaissances en nutrition et des pratiques de service social. En 1927, la FF ayant limité les ressources octroyées au MDD, ce dernier mise en effet sur l'éducation : « Owing to the limitation of our funds by Financial Federation it was impossible to expand our work, and this being the case we increased the educational side, deciding that the best method to do so would be to hold Cooking Classes at the various Centres<sup>71</sup> ». Mais cela ne suffira pas à faire diminuer sensiblement l'aide alimentaire directe et la FF intensifie ses pressions sur le MDD pour qu'il centre ses activités sur la prévention et qu'il adopte les prescriptions médicales dans son programme d'éducation. Les membres d'un comité d'étude formé par le MCSA et la FF pour évaluer le travail des agences dans le cadre de la réorganisation des responsabilités de l'État en matière de santé considèrent que certaines agences, dont le MDD, ont délaissé l'éducation sanitaire pour favoriser ce qu'elles considèrent comme des besoins plus urgents. Les membres du comité critiquent le manque de clarté des critères d'admission aux services du MDD et remettent en question la mission sociale du MDD. Cherchant à établir l'autorité médicale sur les diététistes<sup>72</sup>, ils mettent en question leur légitimité professionnelle :

The Dispensary has no medical supervision of its own. In the conference with the Agency, the Committee was informed that, to a great degree, the determination of need is made by the Dietitian in charge. [...] The Committee was

70 Dans un premier rapport annuel signé par la diététiste responsable, Garvock explique les activités de planification et de distribution de ces régimes thérapeutiques. Pour les personnes souffrant d'arthrite, elle formule un régime fort en féculents avec riz, sagou, légumes, lait et œufs. Si les moyens du malade le permettent, elle inclut de la viande et du poisson. Pour les malades souffrant de diabète, elle prépare un régime sans féculent et sucre avec des aliments qui donnent de l'énergie au corps tels le bacon, le beurre, les légumes verts. Garvock donne également des détails sur les régimes distribués aux tuberculeux, aux personnes qui souffrent d'ulcères gastriques et aux personnes sous-alimentées (MDD, « Annual Report 1929 », dans *Welfare Work in Montreal 1929*, p. 227).

71 MDD, « Annual Report 1927 », p. 224.

72 Madame Gordon MacDougall, Monsieur J. E. Macpherson, Monsieur H. P. Thornhill, Monsieur S. Fisher, Madame Andrew Fleming, Monsieur B. B. Stevenson, Madame Q. C. D. Bovey, Monsieur F. J. Campbell, Major P. A. Curry, Monsieur G. S. Currie (président), Dr. Grant Fleming (démission le 20 mars 1935), Dr. Helen Reid. L'organisation, au 4 avril 1934 : Monsieur J. B. Dawson (consultant), Dr. F. O. Stredder, Mademoiselle Esther Beith (de la CWA), Capitaine William Bowie (de la *Parks and Playgrounds Association*), Monsieur G. H. Corbett (de la *Society for the Protection of Women and Children*), Mademoiselle Jane B. Wisdom (du *Women's Directory*) (MCSA/FF, *Report of the Survey Committee*, p. iii).

informed, also, that the length of time for which a special diet is continued is determined by the Dietitian in charge. The Committee believes that this decision should also be made by a medical authority<sup>73</sup>.

Pourtant le MDD ne flanche pas : conscient d'occuper un créneau important dans le secteur de la santé publique, et fort de la relative autonomie qu'ont conquise les diététistes dans leur pratique<sup>74</sup>, le MDD refuse de se soumettre aux médecins et d'adopter l'orientation médicale. Il s'appuie sur l'expertise des diététistes et sur son réseau de professionnelles de la santé pour consolider son action de service social dans le créneau qui est le sien. Le MDD maintient en effet un nombre élevé de visites à domicile et de cas aidés au cours des années 1930 (dans les 700 et 800 par année), et intensifie les séances de suivi alimentaire (dans les 7 000 par année), augmente ses activités d'éducation populaire et coordonne les activités de nutrition au sein de la MCSA<sup>75</sup>. Il y ajoute la planification du budget familial pour assurer une alimentation minimale aux malades, et se joint à la coalition qui recommande le versement d'allocations gouvernementales suffisantes, aux plus démunis d'entre eux. De fait, l'affirmation de leur autonomie face au corps médical va renforcer la conviction des animatrices du MDD de persévérer sur la voie de l'activisme politique pour améliorer les conditions de vie des Canadiens les plus démunis, en particulier en ce qui concerne la nutrition. L'étude de Corless sur l'implantation du programme de nutrition témoigne d'une semblable préoccupation en Nouvelle-Écosse<sup>76</sup>.

73 MCSA/FF, *Report of the Survey Committee*, p. 38–39.

74 Fahmy-Eid, *Femmes, santé et profession*.

75 Il s'agit là d'une recommandation du comité d'étude. MCSA/FF, *Report of the Survey Committee*, p. 39.

76 Tara Diane Corless (« "Lunch boxes on the march": Women, Family-feeding, and the Nova Scotia National Programme, 1935–1959 », mémoire de maîtrise, Dalhousie University, 1998) examine les origines nationales, dans les années 1940, du programme de nutrition de la Nouvelle-Écosse et sa relation avec les groupes locaux de femmes bénévoles dans les villes et villages. Les acteurs principaux sont des femmes, professionnelles, et les mères sont les principales cibles du programme (p. 2). Elle considère le programme de nutrition comme un élément de l'essor du bien-être social au milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Ainsi, l'étude met en lumière les manifestations locales de ces transformations en Nouvelle-Écosse et le rôle des femmes, comme ménagères, bénévoles et professionnelles, dans la réussite des objectifs nationaux du gouvernement en matière de nutrition. L'adoption d'un programme politique de nutrition par le gouvernement a permis d'élargir la citoyenneté pour les femmes durant la guerre et l'après-guerre. En effet, leurs activités d'alimentation sont devenues plus clairement connectées au projet public de construction de la nation et mieux incorporées dans le fonctionnement de l'État-providence, en construction. Toutefois, en utilisant ces ressources institutionnelles pour renforcer la conformité aux nouveaux critères nationaux de nutrition, la campagne gouvernementale de nutrition a exposé les femmes et leurs pratiques alimentaires à une nouvelle forme d'examen et de contrôle social. En ciblant les femmes, comme mères de famille, le programme de nutrition a fourni la caution idéologique pour renforcer la domesticité féminine de l'après-guerre (p. 3). Plutôt adepte de la vision du contrôle social, Corless livre ici une étude importante et une chronologie précise de l'implantation

### **Activisme politique et intervention socio-sanitaire du MDD dans les années 1930 et 1940**

La publication en 1930 du livre de recettes *Economical Cookery Book*, communément appelé *The Blue Cook Book*, apparaît comme une initiative majeure d'éducation populaire lors de la crise économique<sup>77</sup>. La diffusion à grande échelle des notions de préparation alimentaire à faible coût apparaît dans ce contexte comme le meilleur moyen d'atteindre les familles aux revenus les plus faibles. Avec la publication mensuelle d'une liste de prix des aliments disponibles sur le marché montréalais à partir de 1932, le MDD montre un intérêt marqué pour la gestion du budget familial comme outil d'éducation populaire. Également diffusées dans le réseau de la FF, ces modalités d'éducation et de prévention permettent au MDD de faire valoir ses ressources et son expertise.

Le MDD se trouve ainsi au centre de tout un réseau de services sociaux dont il se fait le défenseur et l'intermédiaire patenté, comme Garvock le souligne dans cette allocution parue en 1938 :

The method of instruction in the value of nutritional knowledge by discussion and consultation with other social workers is a particularly sound one. The hospital social workers, nurses, members of the Staff of Family Welfare association, and students of the Montreal School of Social Work (during their field work period), all come into daily contact with individuals and families who are in need of assistance with their dietary and food budgetary [*sic*] problems. The staff of the Family Welfare Association has so felt the need of consultation with Home Economist that your Dietitian was requested to address the full staff on the specific subject of Adequent [*sic*] spending of Minimum amount of money in order to secure maximum nutritional value. [...] As the agencies within Financial Federation are staffed at present, this type of co-operative service is essential to the total community program<sup>78</sup>.

Grâce à ce travail systématique d'évaluation des coûts d'un régime équilibré, le MDD s'engage dans une intense campagne d'information auprès des gouvernements et de la population pour montrer les faiblesses de l'alimentation des populations démunies. Cette campagne se fait sur plusieurs fronts et avec les différentes agences de la FF, elle prend la tournure d'une véritable activité de « lobbying ». Elle conduira Garvock à être élue au Comité exécutif de la branche montréalaise de l'Association canadienne

---

de ce programme après-guerre qui correspond bien à mon interprétation d'un familialisme d'État pour caractériser cette intervention étatique à ce moment-là.

77 Le livre a été préparé par la diététiste du MDD, avec la collaboration des nutritionnistes de la CWA et du VON, et le D<sup>r</sup> Grant Flemming, aviseur en santé de la FF.

78 AMDD, Report of the Dietician in charge of the Montreal Diet Dispensary, 1938, p. 3.

des travailleurs sociaux. On lui demandera aussi de préparer des données concernant les prix des aliments sur le marché pour la mesure des allocations à fournir aux familles de soldats à partir de 1935. Les diététistes du MDD dénoncent quant à elles le coût élevé des aliments considérés réparateurs, notamment les aliments à forte teneur en vitamine C, comme la cause de bien des cas de malnutrition.

Devant les constats des faibles revenus familiaux, Garvock considère que tous les efforts ne sont pas faits par les gouvernements pour aider ces populations<sup>79</sup> et au nom du MDD se prononce en faveur de l'augmentation du montant de leurs allocations :

An effort was made to try to bring about by means of instruction in better selection of food, an improvement in health in those are repeatedly referred. This educational work is of much value but it is a recognized fact that additional allowance should be made in order that more fruit, fat and protein can be obtained for those who have been on a low income for a period of some years<sup>80</sup>.

Toutes ces activités contribuent à faire du MDD et de ses professionnelles des intervenants importants du système social et sanitaire de Montréal. Proches de certains secteurs de la population pauvre, les bénévoles et professionnelles du MDD continuent d'être d'éloquents portes-paroles de ses besoins et les médiateurs des services à lui fournir.

Nan Garvock possède une solide expérience dans l'élaboration des programmes d'allocations pour les soldats et leurs personnes à charge (pour l'achat de nourriture) et milite activement en faveur d'une alimentation saine ajustée aux moyens économiques des familles. En 1936, Garvock explique longuement et précisément à son conseil d'administration ses constats et réflexions sur l'incidence des problèmes sociaux sur la nutrition. Le mandat du MDD depuis sa création, explique-t-elle, a été de répondre aux besoins alimentaires et nutritionnels des membres de familles pauvres à bas revenu (bas salaires ou allocations sociales), frappées par la maladie. Pour Garvock, l'accroissement des connaissances scientifiques rend désormais nécessaire la distribution de repas adéquats, pour la guérison certes, mais aussi pour la prévention des risques de maladies liées à la malnutrition. Mais ce nouveau type de régime coûte plus cher. Selon Garvock, dans le contexte d'une population nombreuse à faible revenu, on doit porter davantage de considérations pratiques à l'application de ces régimes, en sélectionnant des aliments de faible coût. Le rôle de la diététiste, dans le cas de patients à faible revenu, est de planifier le repas en conjonction avec les besoins nutritionnels de la famille dans

<sup>79</sup> *Ibid.*

<sup>80</sup> MDD, « Annual Report 1935 », dans *Welfare Work in Montreal 1935*, p. 112.

son ensemble. Ce type de planification offre un bénéfice pour le patient, une tâche moindre pour la femme du foyer. Selon elle, l'application du régime « will not be too great a strain on a lean purse when the time comes for the patient to provide for his or her own care<sup>81</sup> ». Cependant, la difficulté de la démarche se trouve dans le contact avec « the attitude of hopelessness that exists of knowing that the income is inadequate<sup>82</sup> ».

### **La nutrition des populations comme objet d'une intervention étatique**

À partir de 1935, un réel dialogue s'établit entre les organisations de service social et les gouvernements afin de prendre en compte les problèmes sociaux aggravés par la crise. Des programmes d'allocations aux plus démunis sont implantés graduellement au cours de la période : pensions de vieillesse en 1927 (le Québec se joint à ce programme en 1936), aide aux chômeurs avec le *Relief Act* en 1930, allocations aux anciens combattants dont la loi est amendée en 1936 et 1938, allocations aux mères nécessiteuses en 1937.

Dans ce contexte économique, les gouvernements commencent à s'intéresser spécifiquement à l'alimentation des populations nationales. Un rapport publié en 1936 par la Société des Nations sur l'importance de l'hygiène et de la médecine préventive dans le secteur de l'alimentation pour la santé des populations contribue à donner un essor décisif à l'avancement des connaissances scientifiques dans le secteur de la nutrition<sup>83</sup>. La création de comités gouvernementaux nationaux voués à l'étude de l'alimentation nationale et des modes de distribution accompagne ce processus. Le Canada crée le Conseil canadien de nutrition en 1938, composé de scientifiques, de médecins, d'économistes et de travailleurs sociaux, provenant des universités, des organismes de santé et de service social, et du gouvernement<sup>84</sup>. Le conseil a le mandat de cerner, étudier et discuter les problèmes de nutrition d'intérêt régional et national, et de recommander des solutions<sup>85</sup>. Une des principales actions de ce conseil fut d'établir les premières « Normes alimentaires pour le Canada » en 1938, l'année même de sa création. Ces normes scientifiques

81 AMDD, Report of the Dietician in charge of the Montreal Diet Dispensary, 1936, p. 2.

82 *Ibid.*, p. 3.

83 Final Report of the Mixed Committee of the League of Nations, 1936; « Nutrition and Public Health », *League of Nations Quarterly Bulletin*, juin 1935, cités par C. A. Morrell, « Looking Back over Twenty-five Years at the Canadian Council on Nutrition », *Canadian Nutrition Notes*, vol. 19, n° 5, mai 1963, p. 50.

84 Notamment Marjorie Bell (Visiting Homemakers), Hiltz (University of Manitoba), McCreday (MacDonald Institute), Frances McNally (Acadia University), O'Neil (Catholic Women's League), Pepper (Department of Agriculture, Alberta), Clarke (Ontario Women's Institute), Rosamond Carter et Stevenson Rogers (Canadian Red Cross). *The Dietetic Profession in Canada*, sous la direction de Margaret Lang et Elizabeth Upton, Toronto, Canadian Dietetic Association, 1973.

85 Morell, « Looking Back Over Twenty-five Years », p. 49–50.



indiquent les quantités d'éléments nutritifs essentiels pour la grande majorité des personnes en santé.

Garvock commente les efforts du nouveau Conseil canadien de nutrition. Elle semble apprécier la démarche d'enquête entreprise sur l'alimentation de la population, dont certains résultats sur la consommation de lait sont diffusés dès 1938. Selon elle, « the Canadian Government has become conscious of the need to examine the food habits of her [sic] people ». Le rapport d'enquête gouvernemental montre que « the amount of milk consumed varies in direct proportion to the income. In other words, where the income is low, the amount of milk the family buys is also low<sup>86</sup> ». Cette situation est déjà bien connue au MDD. Le lait est un aliment qui occupe une place prépondérante dans le budget de distribution des aliments de MDD : jusqu'à 90 p. 100 de la distribution en 1924<sup>87</sup>.

Garvock n'hésite pas non plus à critiquer les efforts gouvernementaux. Si l'enquête sur l'alimentation des Canadiens (dont l'ensemble des résultats est diffusé en 1941) est limitée et peu représentative (menée dans seulement les quatre grandes villes canadiennes Halifax, Québec, Toronto et Edmonton), les résultats lui paraissent alarmants : seulement 40 p. 100 de la population s'alimente adéquatement, et les femmes et les adolescents figurent parmi les moins bien alimentés<sup>88</sup>. Elle conclut au manque de revenus et de connaissances sur la nutrition, ce qui légitime la mission du MDD : aide et suivi alimentaire, planification du budget familial et éducation.

Toutefois, l'intérêt des rapports gouvernementaux pour les diététistes du MDD est de confirmer leur choix, et de défendre leurs décisions auprès du conseil d'administration. D'ailleurs, en 1938 Garvock souligne à nouveau l'importance de secourir les familles à faible revenu, clairement identifiées dans les enquêtes menées par les gouvernements comme les grands laissés pour compte de l'industrialisation. Pour faire face à ces besoins, les menus sont plus coûteux, car ils comprennent des aliments protecteurs forts en teneur vitaminique, comme le lait, les œufs, les fruits et les légumes frais. Tout cela la conduit à justifier l'augmentation des budgets du dispensaire ainsi que les changements à apporter à ses activités, au nom de sa contribution positive à la santé de la population.

Dès l'entrée du Canada dans la guerre, la voix de Garvock, porte-parole des activités du MDD, semble avoir été entendue. En témoigne le succès de son livre de recettes. Entreprise cette fois en concertation avec d'autres agences, la nouvelle édition du *Economical Cookery Book*, publiée en 1941 chez Lippincott et largement diffusée au Canada et aux États-Unis,

86 AMDD, Report of the Dietician, 1938, p. 4.

87 MDD, « Annual Report 1924 », p. 210–214.

88 AMDD, Report of the Dietician, 1941, p. 1.

intitulé *Food and Family Income Low Cost Recipes* se fera sous l'égide du *Nutritional Committee of Health Service of Federated Agencies*. Ce comité, dirigé par Garvock, rassemble un impressionnant aréopage de spécialistes<sup>89</sup>. Sa liste de prix a été l'objet d'une forte demande de la part de divers organismes, notamment du gouvernement, et figure dans une série d'émissions radiodiffusées sur la CBC<sup>90</sup>. Enfin, la campagne de nutrition à l'échelle nationale à laquelle le MDD a participé contribue à la création d'une section destinée à la prévention au sein du *Department of Pensions and National Health*<sup>91</sup>.

### **L'aide aux familles dans les années de guerre**

Mais c'est avec la guerre que les efforts déployés par le MDD et par sa principale porte-parole atteignent une reconnaissance véritablement nationale. Garvock raffine son discours quant à la question des moyens, soulignant l'insuffisance des montants des allocations accordées par le gouvernement, et suggère son intervention plus ciblée dès 1941 :

Some families need financial help in order to provide adequately. The amount needed is not tremendous per head, and the difference it makes can be shown every day in the increase of work accomplished. Some scheme to provide necessary allowance must be adopted for those unable to provide for themselves, such as the food stamp plan so successfully carried on in the United States of America, or free school lunches on a larger scale than provided in Montreal at present. Low priced milk is another means of helping, and there are other possible schemes if we wish to put our minds to thinking of [this]. Gradually, but oh so gradually, the gospel of realization that we cannot live to ourselves alone, is beginning to dawn upon us all<sup>92</sup>.

Se joignant ainsi au concert de protestations des mouvements sociaux face à la pauvreté, particulièrement visible en période de guerre, le MDD a contribué à mettre cette question au programme des gouvernements,

89 Mildred D. Goodeve (nutritionniste pour la *Child Welfare Association*), Marion Harlow (nutritionniste pour le VON), Elsie G. Watt (diététiste au *Children's Memorial Hospital*), Jeannine Champoux (nutritionniste au ministère de la Santé, section Québec), Jean D. Kyle (bachelière en sciences domestiques), J. Wendell MacLeod (médecin), Grant Flemming (médecin) et David L. Thomson (PhD, FRSC).

90 Les autorités à Ottawa ont réclamé le matériel préparé par le MDD, le bureau de l'information publique a également fait requête au MDD pour être inscrit sur sa liste d'envoi, et le *Department of Trade and Commerce* a demandé la liste des prix d'aliments « to aid it in its process of study » (AMDD, Report of the Dietician, 1941, p. 7).

91 AMDD, Report of the Dietetician, 1941, p. 8; Dominion of Canada, Department of Pensions and National Health, *Annual Report*, 1943.

92 AMDD, Report of the Dietician, 1941, p. 2.

ciblant en particulier le gouvernement fédéral. Si la plupart des pays occidentaux se dotent d'États-providence au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement canadien les précède, amende la loi sur les allocations aux dépendants de soldats en 1943 et 1944, adopte la loi sur le logement en 1944 et la loi sur les allocations familiales en 1945<sup>93</sup>. La voix de Garvock et du MDD ont-elles été entendues? Difficile à évaluer exactement, mais on peut souligner qu'en 1943, le *Canadian Welfare Council* a fait appel au MDD pour faire une révision complète de la brochure « Budgetting for the Soldier's Family », en lien avec l'augmentation des allocations aux familles de soldats et à l'augmentation du coût de la vie. Cette brochure est utilisée notamment par la *Family Welfare Association* et d'autres agences à travers le Canada<sup>94</sup>. L'historien Dennis Guest constate également l'importance des études sur la nutrition pour l'adoption des allocations familiales :

[...] ce sont les études, effectuées à la fin des années 1930 et au début des années 1940, sur les revenus et la nutrition qui fournirent l'argument le plus puissant en faveur des allocations familiales. Même pendant la guerre, alors qu'hommes et femmes aptes au travail disposaient tous d'un emploi, seulement 43,7 % des familles de salariés – les agriculteurs exceptés – gagnaient un salaire suffisant pour leur garantir un régime nutritionnel satisfaisant. Le Canada possédait par ailleurs le taux de mortalité infantile le plus élevé de tous les pays de l'Empire britannique. La mortalité infantile étant en étroite relation avec le revenu par personne, on pensait qu'une bonne façon de régler ce problème consisterait à injecter davantage d'argent dans chaque foyer canadien<sup>95</sup>.

Le soutien inconditionnel de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, dont fait partie Nan Garvock, aux programmes d'allocations familiales<sup>96</sup> signale l'adoption par de larges pans du secteur socio-sanitaire d'une revendication de type « familialiste », confirmant ainsi l'analyse de Nancy Christie. J'y apporterais une nuance importante dans la mesure où elle signale des orientations différentes en termes de genre, en la désignant comme maternaliste, car insistant davantage sur le rôle social des mères, même seules, au sein de la famille. Et bien que Garvock soit impatiente de voir les gouvernements garantir un minimum de revenu aux pauvres (revendication défendue par les groupements

93 Voir Guest, *Histoire de la sécurité sociale au Canada*; Marshall, *Aux origines sociales de l'État-providence*.

94 AMDD, Report of the Dietician, 1943.

95 Guest, *Histoire de la sécurité sociale du Canada*, p. 182. Il cite à cet effet Dorothy Stepler, « Family Allowance for Canada », *Behind the Headlines*, vol. 3, n° 2, mars 1945, p. 2.

96 Guest, *Histoire de la sécurité sociale du Canada*, p. 183.

progressistes), sa position et celle du MDD sur le rôle prépondérant des familles dans l'amélioration de la nutrition et de la santé des populations seront plus facilement adoptés par les gouvernements. En outre, pour ces professionnelles de la diététique, l'éducation à la consommation éclairée constitue une reconnaissance majeure de leur rôle social.

Fortes de ces premiers succès, les dames du MDD persistent dans leur campagne pour l'amélioration des allocations. En 1941, le MCSA s'insurge contre le montant ridiculement bas des allocations qui leur sont versées. À travers une exposition organisée par le MDD, on montre le nombre d'aliments (2,5 carottes, 4 prunes, un peu de beurre, beaucoup de pain, par exemple) que peuvent procurer 13 cents par personne par jour pour une famille moyenne de deux adultes et trois enfants. En contraste sont exposés les aliments nécessaires pour une telle famille, selon les normes alimentaires canadiennes. Le but est de montrer concrètement que les sommes allouées ne permettent pas de répondre aux besoins essentiels et à la santé des populations. Le MDD participe également à une campagne nationale de nutrition parrainée par le *Women's Canadian Club* et le *National Council of Women of Canada*<sup>97</sup>.

L'entrée du Canada dans la Deuxième Guerre mondiale suscite une réorientation des priorités des gouvernements désormais fort conscients d'avoir à intervenir de façon plus systématique et plus universelle dans les modes de gestion des services sanitaires et sociaux. Le MDD qui a joué un rôle d'éveilleur de consciences sur la question de la nutrition des populations défavorisées a-t-il toujours sa place?

À partir de 1941, il est clair que son rôle se rétrécit. La demande générale de repas a baissé, à cause, selon Garvock, de l'amélioration des conditions de travail, de l'enrôlement et des possibilités d'emploi salarié pour les femmes. Une nouvelle catégorie d'hommes dans le besoin fait appel aux services du Dispensaire : ceux qui ne peuvent se qualifier pour un emploi, qui n'ont pas atteint l'âge de la pension de vieillesse, qui ont souffert – « ou vieilli avant le temps » – des difficultés de la Grande Dépression, doivent être secourus. « Les méfaits d'une longue période de chômage ou de support de secours sont évidents pour nous<sup>98</sup> ». Les familles de soldats doivent aussi être secourues : leurs allocations sont souvent insuffisantes, parce que calculées sur la base d'une famille qui comprend seulement une femme et deux enfants, alors que dans les faits, les familles sont plus nombreuses<sup>99</sup>.

97 AMDD, Report of the Dietetician, 1941, p. 8.

98 *Ibid.*, p. 3.

99 *Ibid.*

Le nombre de patients référés au MDD a toutefois nettement diminué, passant de 744 à 253 entre 1939 et 1942; les tuberculeux étant progressivement pris en charge ailleurs (cette clientèle passe du premier rang au deuxième en 1946)<sup>100</sup>. L'amélioration des conditions économiques après la guerre est peut-être, comme le suggère Garvock, à l'origine de ces changements, mais pas seulement. La consolidation du système de santé publique laisse moins de place à ce genre d'institutions. Le Service de santé de la ville de Montréal crée des cours de nutrition en 1942, et la même année, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social crée une division d'hygiène alimentaire<sup>101</sup>.

Le MDD doit changer d'orientation et de direction. Organisme charitable auprès des pauvres malades, le MDD est devenu en quelques années un centre de services nutritionnels, avec des diététistes diplômées et des bénévoles. Durant la période précédente, l'aide aux pauvres malades s'est traduit par une offre concrète de services de santé spécialisés par des bénévoles, qui seront repris progressivement par des professionnelles du service social. Le MDD a résisté à la pression en faveur de la médicalisation de ses services et assure le suivi de ses patients par des professionnelles (diététistes, infirmières et assistantes sociales). Au cœur de l'activité de prévention et de santé publique, le MDD participe ainsi à l'extension du champ du *care*, propre à l'idéologie maternaliste qui l'anime, avec des innovations dans le domaine de l'hygiénisme alimentaire ou de la nutrition communautaire.

### Conclusion

L'organisation du *Montreal Diet Dispensary* par les dames bénévoles se situe à la charnière de plusieurs changements majeurs dans les services sanitaires offerts à Montréal durant la période étudiée. Outre l'éducation des familles et la professionnalisation de ses propres services aux patients, le MDD participe au processus complexe de réforme des services de soins. Les préoccupations des femmes y sont centrales depuis le début : elles sont les bénévoles et les professionnelles qui soulagent la misère des plus démunis, et elles sont aussi celles qui doivent être secourues en priorité. Le MDD véhicule dans le domaine public diverses fonctions occupées par les femmes (essentiellement d'origine européenne).

100 Concernant le renforcement de la lutte anti-tuberculeuse à Montréal pour cette période, voir Gaumer, *Histoire du Service de santé*, p. 169–176.

101 Cette division, qui à sa création devait inspecter les services alimentaires des industries et rédiger des recommandations, est réorganisée en 1944. Elle est désormais chargée de fournir des renseignements sur l'hygiène publique pour la population canadienne. Elle doit également faire un relevé des conditions de santé en matière d'hygiène alimentaire et mesurer le progrès accompli dans l'amélioration des habitudes alimentaires. « Division de l'hygiène alimentaire comme elle a été réorganisée en 1944 », *Notes sur l'hygiène alimentaire au Canada*, vol. 1, n° 1, novembre 1944, p. 2–3.

Le MDD devient rapidement un organisme de lobbying important auprès des gouvernements, en faveur d'une intervention sociale concertée. D'abord sensible aux besoins qui ne sont pas desservis par les services sociaux en place, le MDD déploie son action dans la zone complexe constituée par la maladie et la pauvreté avec des moyens qui relèvent de l'hygiène et de la charité. Il ouvre rapidement un nouveau champ public d'exercice de leurs compétences aux femmes (bénévolat) allant jusqu'au déploiement d'activités professionnelles féminines rémunérées (cuisinières, infirmières-visiteuses, diététistes). En rapport étroit avec le système de santé, avec le soutien des médecins et des travailleurs sociaux, le MDD ne se laisse pas envahir par les logiques médicales ou hospitalières et ce, même s'il a largement recours aux logiques professionnelles de ses membres (qu'il encourage d'ailleurs). Il reste un organisme centré sur des fonctions de service aux plus démunis (et par ce biais de leur moralisation), de formation de ses membres (au service professionnel mais aussi à la citoyenneté) et de lobby auprès des gouvernements (favorisant ainsi l'accès de femmes comme Garvock à des postes de décision dans la fonction publique). À ce titre, le MDD est d'abord et avant tout un organisme charitable laïc et bénévole qui a contribué à séculariser les services de soins à domicile, dans la perspective du mouvement hygiéniste dont il est partie intégrante.

Ces services spécialisés, dispensés par des femmes bénévoles à partir de savoirs dérivés des fonctions féminines traditionnelles et de l'idéologie maternaliste qui les valorise, deviennent rapidement des services professionnels en nursing, service social et diététique intégrés dans le système de santé. De ce fait, le MDD a contribué également au transfert de ces ressources qui, de bénévoles et gratuites, deviennent professionnelles et salariées.

L'intérêt du MDD est qu'il a réussi à mettre sur pied une économie sociale mixte pendant les quelque vingt années de l'entre-deux guerres. Sortant du domaine privé et domestique, ces femmes philanthropes de la bourgeoisie anglo-protestante établissent le lien entre nourriture saine et santé des populations, ce qui leur permet de réclamer une intervention de l'État dans ce nouveau domaine de santé publique. L'intervention ultérieure du gouvernement fédéral dans un champ de compétence relevant traditionnellement de l'Église au Québec projette alors l'action du MDD au-delà de la seule communauté anglo-protestante de Montréal. À ce titre, le rôle du MDD doit être mieux pris en compte dans le développement des services de santé publique à Montréal.

L'appartenance au genre féminin est enfin un aspect essentiel de l'action du MDD : tant dans le diagnostic qui est porté sur le genre des personnes à servir principalement sinon exclusivement (secourir les familles, puis les mères de familles défavorisées, enfin les femmes enceintes défavorisées) que sur le genre des personnes qui dispensent les services et traitements, des femmes, bénévoles et professionnelles. C'est au nom des femmes et de

la vision maternaliste de la morale familiale que le MDD a des chances de se faire entendre par l'État et d'outrepasser les corporatismes nombreux qui balisent déjà le champ de la santé publique. S'agit-il d'un nouveau corporatisme ou d'un soutien supplémentaire au corporatisme médical et patriarcal? Il n'y a pas de doute que le MDD tente de gommer les distinctions de classe majeures, entre les philanthropes qui le dirigent, les professionnelles qui y travaillent et les clients du dispensaire, des pauvres, malades, et souvent des immigrants (d'origine européenne surtout) fraîchement arrivés. Ces caractéristiques de genre et de classe, qui redoublent une appartenance ethno-confessionnelle anglo-protestante plutôt homogène, peuvent apparaître contradictoires par rapport au discours émancipateur des réformatrices et justifier les analyses en termes de reproduction de la domination patriarcale par les femmes elles-mêmes. Si le discours familialiste et moral est fréquent, rappelant des préoccupations de contrôle social de la part des philanthropes, il est également important de constater l'ouverture d'un marché de l'emploi salarié pour nombre d'entre elles dans des secteurs entièrement nouveaux. Il faut également souligner que le dispensaire a ouvert à l'intervention de l'État (fédéral et provincial) un domaine qui était du ressort des charités privées (essentiellement confessionnelles) contribuant ainsi à la sécularisation de la nutrition comme un secteur à part entière des politiques de santé publique. Ce sont ces considérations qu'il faut aussi prendre en compte dans l'analyse du MDD, comme des manifestations de ce que j'ai appelé un maternalisme d'État pour qualifier quelques-unes des politiques sociales adoptées durant les années 1930 au Canada. Quant à la signification à long terme de ces changements, nul ne peut véritablement dire ce qu'ils ont pu représenter pour les femmes de cette période, et encore moins pour nous aujourd'hui, sous peine de faire de sérieux anachronismes.