

*DES DAMES
BÉNÉVOLES AUX
INFIRMIÈRES-VISITEUSES
DANS LA LUTTE CONTRE
LA TUBERCULOSE
(CANTON DE VAUD,
DÉBUT DU XX^e SIÈCLE)*

Geneviève HELLER

Geneviève HELLER
*Institut romand
d'histoire de la médecine
Lausanne*

Les infirmières-visiteuses de la première moitié du XX^e siècle sont les héritières des gardes malades visitantes, laïques ou religieuses, qui assuraient depuis longtemps les soins à domicile, l'hôpital ou l'infirmierie n'accueillant pas tous les malades. Mais l'on peut se demander si elles n'inaugurent pas aussi un nouveau modèle de personnel soignant féminin. La nouveauté paraît être de trois ordres : l'importance accordée à la prévention plutôt qu'aux soins, l'appartenance à un programme de santé publique, la complémentarité du médical et du social. Ces

1 - HELLER (Geneviève), « *Propre en ordre* », *habitation et vie domestique 1850-1930 : l'exemple vaudois*, Lausanne, éditions d'En bas, 1979 et « *Tiens-toi droit !* » ; *l'enfant à l'école primaire au XIX^e siècle : espace, morale, santé ; l'exemple vaudois*, Lausanne, éditions d'En bas, 1988.

2 - HELLER (Geneviève), *Charlotte Olivier. La lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud*, Lausanne, éditions d'en bas, 1992.

3 - OLIVIER (Eugène), *Médecine et santé dans le Pays de Vaud au XVIII^e siècle, 1675-1798*, Lausanne, La Concorde, 1939, 2 vol., rééd. dans la collection de la Bibliothèque historique vaudoise, 1962 et *Médecine et santé dans le Pays de Vaud, des origines à la fin du XVII^e siècle*, Lausanne, Bibliothèque historique vaudoise, 1962, 2 vol.

4 - Cabinet des manuscrits de la Bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne-Dorigny, Fonds Olivier, IS 1905, dossiers 188 à 217, plus particulièrement 207 et 210.

aspects-là ne sont pas totalement absents des soins à domicile des siècles précédents, mais ils sont devenus prioritaires. Au début du XX^e siècle, des infirmières-visiteuses que l'on appelle aussi infirmières de santé publique sont engagées dans divers secteurs (assurances, écoles, services municipaux d'hygiène, etc.). Dans le domaine spécifique de la lutte contre la tuberculose, on peut observer la constitution d'un personnel *ad hoc*, formé et salarié, héritier d'une double filiation : celle des gardes-malades visitantes et celle des dames bénévoles, c'est-à-dire non professionnelles et non salariées, rattachées généralement à des associations féminines.

Il convient de présenter brièvement le choix du sujet, de situer le contexte géographique et enfin d'évoquer quelques caractéristiques de la tuberculose qui expliquent le développement d'une profession particulière.

En explorant les domaines de l'habitation et de l'école¹, on rencontre de manière omniprésente, au début du XX^e siècle, le thème de la lutte contre la tuberculose qui apparaît comme un moteur de réforme dans le domaine de l'hygiène. D'autre part, dans le vaste champ d'une histoire collective et anonyme, le rôle de certains individus se révèle lui aussi un élément moteur que j'avais négligé jusqu'alors. C'est ainsi que s'est dessiné l'objet de cette recherche², à savoir l'étude d'un personnage influent dans la lutte contre la tuberculose ; l'occasion s'en présentait grâce à un fonds d'archives de la doctoresse Charlotte Olivier, l'une des figures principales de la campagne antituberculeuse en Suisse romande : c'est elle qui a mobilisé des femmes bénévoles, qui a œuvré pour introduire les infirmières-visiteuses dans le canton de Vaud depuis 1920 environ et qui, pendant presque vingt ans, a été considérée comme la

mère spirituelle des infirmières-visiteuses vaudoises. Charlotte Olivier est née à Saint-Pétersbourg, dans un milieu médical évangélique appartenant au Réveil protestant et très préoccupé par les questions sociales. Elle a fait ses études de médecine à Lausanne où elle a épousé Eugène Olivier, médecin, lui-même tuberculeux, et qui sera dès 1913 le secrétaire général de la Ligue vaudoise contre la tuberculose, théoricien dans le canton de Vaud de la campagne antituberculeuse, et plus tard historien de la médecine vaudoise³. Il faut souligner le fait que c'est grâce aux archives de Charlotte Olivier, réunies par Eugène Olivier, que des traces sont conservées de toutes ces femmes qui seraient peut-être restées dans l'oubli. Ces traces sont bien sûr partielles : conférences et documents relatifs à l'Union des femmes, à la création de postes d'infirmières-visiteuses et concernant la formation de celles-ci, correspondance privée avec les infirmières-visiteuses et messages collectifs de Nouvel-An⁴. Elles ne disent rien par exemple de l'origine sociale des infirmières-visiteuses et seuls quelques rapports annuels, rédigés par elles, ont été conservés.

Le thème des infirmières-visiteuses dans la lutte contre la tuberculose est donc abordé ici dans le contexte local du canton de Vaud en Suisse romande et particulièrement à Lausanne. La population, environ 300.000 habitants au début du siècle, est en majorité protestante, contrairement au canton du Valais, son voisin direct. Le système du fédéralisme suisse accorde une grande autonomie aux cantons (à l'exception de certains domaines – douane, postes, armée, etc.) ; les cantons ne sont contrôlés et ne bénéficient de subventions que s'il y a des lois fédérales qui l'imposent. Ainsi, grossièrement dit, chaque canton a sa propre logique, avec cependant des

points de comparaison privilégiés que sont les cantons voisins ou des cantons analogues (par exemple de même confession, urbains ou campagnards, pauvres ou riches, progressistes ou traditionalistes, etc.). D'autre part, les associations, les ligues, ou des organismes non gouvernementaux établissent des liens entre les cantons.

Ainsi, dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, les solutions sont diverses, et l'impact de la Commission centrale suisse de la lutte contre la tuberculose fondée en 1902⁵ (soit trois ans après la première conférence internationale de la tuberculose tenue à Berlin) est très variable. Les expériences pionnières menées dans un autre canton ou dans un autre pays servent de stimulant. Ce n'est qu'en 1928 qu'est adoptée une loi fédérale imposant en principe la déclaration des cas de tuberculose et la désinfection des locaux, et accordant des subventions aux institutions s'occupant des tuberculeux (une loi analogue avait été adoptée en Angleterre en 1912 et en France en 1913).

La tuberculose est une maladie contagieuse, attestée par la découverte du bacille par Robert Koch en 1882 ; c'est une maladie de très longue durée, ce qui n'a pas permis d'adopter des prescriptions efficaces de quarantaine ; on peut être infecté avant de développer la maladie, ce qui perturbe le repérage de la contagion ; enfin, il n'y a pas, au début du XX^e siècle, de traitement médical efficace, sinon des cures hygiéniques en sanatorium et des interventions chirurgicales, avec la menace des rechutes et d'une chronicité de la maladie. Ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale que l'on a pu maîtriser médicalement la maladie grâce aux antibiotiques. C'est dire l'impuissance partielle des médecins face à cette maladie. Il faut ajouter que la population la plus touchée est la

population des jeunes adultes, c'est-à-dire ceux qui représentent à la fois la principale force de travail et qui doivent assurer la procréation ou qui ont déjà charge de famille. La tuberculose n'épargne aucun milieu social, mais elle est plus répandue dans les milieux défavorisés. Si cette maladie est déjà en régression depuis le début du XX^e siècle, c'est pourtant à ce moment-là qu'elle inquiète le plus et qu'elle prend figure de maladie sociale, car les statistiques deviennent plus éloquentes et l'on comprend de mieux en mieux, avec effroi, les circonstances complexes qui favorisent son développement : pauvreté, promiscuité, travail insalubre, mauvaise alimentation, conditions de vie déplorables, autant de facteurs qui épuisent les résistances de l'organisme ; pauvreté qui empêche aussi l'individu de se reposer, de consulter un médecin, de se soigner. Bref, c'est cela qui fait que la tuberculose dépasse de beaucoup le champ médical. Le médecin et la garde-malade traditionnelle, c'est-à-dire celle qui donne des soins, ne suffisent pas à la tâche.

LES DAMES BÉNÉVOLES

C'est face à cette situation complexe que des mesures particulières ont été imaginées de place en place. Il s'agit d'abord les circonstances concrètes qui, dans le canton de Vaud, ont amené à faire appel à des dames bénévoles qui ont été, dix à vingt ans plus tard, remplacées par des infirmières-visiteuses.

En 1906, sous la double impulsion de la Commission centrale suisse de la lutte contre la tuberculose et du Congrès international, tenu à Paris en 1905, sont fondés le dispensaire antituberculeux de Lausanne au sein du dispensaire central⁶ et la Ligue vaudoise contre la tuberculo-

5 - Celle-ci deviendra en 1919 l'Association suisse contre la tuberculose dont le siège est à Berne.

6 - Celui de Genève est fondé la même année.

7 - En 1896 se tient à Genève, en marge de l'Exposition nationale, un congrès suisse sur les intérêts féminins réunissant les diverses sociétés féminines de Suisse. Voir à ce sujet l'article de PAVILLON (Monique) et VALLOTTON (François), « Des femmes dans l'espace public helvétique 1870-1914 », *Lieux de femmes dans l'espace public 1800-1930*, Lausanne, Université de Lausanne, 1992, coll. Histoire et société contemporaine, tome 13.

8 - *Union des femmes, premier rapport 1896-1903*, Lausanne, Bridel, 1903, p. 8. Les archives de l'Union des femmes sont actuellement conservées à la Maison de la femme, 6, avenue de l'Églantine, Lausanne.

9 - « La lutte contre la tuberculose », compte rendu de la réunion mensuelle de février 1907, *Bulletin féminin*, organe des Unions des femmes de Suisse romande, mars 1907, p. 19.

se. Le dispensaire antituberculeux de Lausanne est confié, en 1911, à Charlotte Olivier. En 1912, lors de l'assemblée générale de la Ligue vaudoise contre la tuberculose, son président, un éminent médecin, directeur de l'hôpital cantonal et spécialiste de chirurgie thoracique, annonce avec dépit aux huit personnes présentes, parmi lesquelles Charlotte Olivier, que « le Vaudois ne veut pas qu'on lui parle de tuberculose ». Cette phrase sera souvent rappelée par la suite. Et Charlotte Olivier, responsable depuis une année du dispensaire antituberculeux et témoin de la situation dramatique des malades, pauvres pour la plupart, ne peut accepter cette apathie des habitants du canton. Ils ne veulent pas qu'on leur parle de tuberculose – elle en parlera, et d'autres avec elle. L'information est l'un des axes prioritaires de la lutte, l'autre, qui lui est lié, étant la solidarité. Il faut trouver des volontaires pour susciter de nouveaux membres à la Ligue restée en léthargie, pour faire des collectes, pour secourir les familles tuberculeuses, pour encourager la prévention. Charlotte Olivier adresse alors un appel à l'Union des femmes pour qu'elle se mobilise et donne l'impulsion nécessaire. On n'abordera pas la question du recrutement pour la Ligue vaudoise contre la tuberculose qui passe de 120 membres à 9.000 en trois ans, ni des collectes pour financer des œuvres particulières (cure d'air ou préventorium). Il sera seulement ici question du rôle des femmes auprès des familles.

Pourquoi Charlotte Olivier s'est-elle adressée à l'Union des femmes, l'une des nombreuses associations féminines créées à la fin du XIX^e siècle⁷ ? L'objectif principal de cette association est d'établir un lien entre les femmes et entre des groupes de femmes pour s'instruire et par là-même mieux se protéger et s'engager. « L'Union des femmes aspire à

être pour ses membres un moyen d'éducation sociale. [...] Il faut que les femmes s'instruisent, qu'elles étudient [les] questions d'intérêt général⁸ ». Outre les services qu'elle va apporter (un lieu d'accueil accessible à n'importe quelle femme, une consultation juridique, un bureau d'offres et de demandes d'emploi, des cours de langues), l'Union des femmes est un lieu de débats et de conférences dans divers domaines sociaux aboutissant souvent à des actions concrètes. La lutte contre la tuberculose avait déjà été un cheval de bataille en 1907 grâce à deux femmes aussi membres fondateurs de la Ligue vaudoise contre la tuberculose et qui avaient tenté une première fois de provoquer un mouvement de solidarité. Une association de femmes dans le canton de Berne était alors donnée en exemple à Lausanne par son dynamisme.

« Visites, achats, confection, cela ne rentre-t-il pas dans le domaine où la femme se sent le plus chez elle, celui de cette activité domestique qui n'a pour ainsi dire pas de bornes ? [...] On ne saurait trop insister sur l'importance des visites à domicile, faites par des femmes douées de bon sens, de discernement et d'esprit d'observation. Les diaconesses et les garde-malades attirées sembleraient sans doute toutes désignées pour cette activité spéciale, mais jamais elles ne seront assez nombreuses pour rendre inutile le concours des bonnes volontés privées. Plus on atteindra de malades, plus grande devra être l'armée des bien portantes qui se feront les aides des docteurs et des dispensaires⁹ ».

Ce premier appel n'a pas eu l'écho souhaité, c'est celui de Charlotte Olivier qui sera entendu cinq ans plus tard. A nouveau, c'est l'exemple d'un autre canton qui est donné, celui d'Argovie, où l'initiative est partie des femmes de la Société d'utilité publique. « Ne saurons-

nous pas nous occuper d'eux aussi bien que nos Confédérés ?¹⁰ ».

Dans sa conférence à l'Union des femmes, Charlotte Olivier décrit d'abord des situations dramatiques, dangereuses, tirées de sa pratique au dispensaire, comme celle d'un père, souffrant de tuberculose avancée, qui dort dans le même lit que sa femme et leur nouveau-né, tandis que quatre autres enfants dorment dans un autre lit juste à côté. Danger de contagion en famille et au dehors, épuisement, indigence : tout cela déborde largement les compétences du médecin, qui connaît peut-être ces situations, mais ne peut rien.

« Mesdames, devinez-vous maintenant votre champ d'activité, au milieu de ce défilé d'ombres que j'ai fait rapidement passer devant vos yeux ? Avouez le, que peut faire le meilleur médecin, en face de ces conditions anti-hygiéniques révoltantes ? Est-ce lui, peut-être, qui trouvera le lit nécessaire, l'argent pour une chambre plus ensoleillée, pour un appartement plus sec ? Qui fera faire les nettoyages et les lessives ? Trouvera-t-il le temps, lui, l'homme occupé, pour faire comprendre aux parents tuberculeux leurs devoirs vis-à-vis des enfants ? Est-ce lui qui protégera les enfants délicats et les sortira de leur milieu ? Qui trouvera pour les demi-malades un travail approprié et non dangereux pour la communauté ? Non, Mesdames, tout cela est de votre domaine. [...] A qui s'adresser pour ce travail, sinon à vous ? N'est-ce pas à la femme en bonne santé, cultivée, sans profession assujettissante, disposant de quelques heures de liberté, ou à sa fille adulte, à se soumettre à cette besogne ? Les hommes sont trop occupés pour la faire. [...] Je ne désire ni votre pitié ni votre charité, mais la compréhension d'un devoir social qui attend votre secours immédiat et personnel, et

vos ferme résolution de l'entreprendre¹¹ ».

Des membres de l'Union des femmes et d'autres femmes dans la foulée, membres de la Ligue vaudoise contre la tuberculose en particulier, vont apporter leur concours. Elles suivent des conférences, lisent des articles ou des brochures sur la lutte contre la tuberculose ou des questions d'hygiène. C'est là leur formation spécifique. Elles prêtent main forte aux familles du dispensaire antituberculeux ou à des familles dispersées dans le canton et signalées à la Ligue vaudoise contre la tuberculose par des médecins, par le sanatorium populaire (ouvert depuis 1901 à Leysin), ou par une infirmerie. L'Union des femmes tente de tenir un fichier des entrées et des départs du sanatorium populaire. Au dispensaire de Lausanne, Charlotte Olivier, médecin-responsable, est secondée par une autre femme-médecin, bénévole comme elle, qui avait offert sa collaboration à la suite de la conférence de 1912. Il y a aussi deux diaconesses protestantes de Saint-Loup¹², c'est elles que l'on trouvait généralement dans les diverses institutions médicales du canton, moins coûteuses que les infirmières formées à l'école laïque de La Source¹³ ; ces dernières travaillaient davantage dans le privé ou dans des institutions à l'étranger¹⁴. Médecins et diaconesses assurent les consultations et les visites à domicile. Plusieurs dames laïques, justement celles qui ont répondu à l'appel de Charlotte Olivier, apportent une aide bénévole et ponctuelle. Le nombre des consultations augmente. En 1920, le dispensaire engage une infirmière laïque, chargée principalement des visites à domicile ; elle est qualifiée, pour la première fois dans les rapports du dispensaire, d'infirmière-visiteuse. Les sources ne donnent pas d'explication pour ce choix d'une infirmière laïque, plutôt que

10 OLIVIER (Charlotte), « La lutte contre la tuberculose », *Bulletin féminin*, juin 1912, p. 49.

11 *Idem*, p. 51, 52, 54.

12 - Institution fondée dans le canton de Vaud en 1842 par le pasteur Louis Germond qui prit part au mouvement du Réveil. L'institution de Saint-Loup est inspirée de la première institution de diaconesses protestantes créée en 1836 par Théodore Fliedner à Kaiserswerth près de Dusseldorf. Une maison-sœur a été fondée à Paris en 1841. VINCENT (Jules), *Aux écoutes de la souffrance. Histoire de l'Institution des diaconesses de Saint-Loup, 1842-1942*, Lausanne, La Concorde, 1942.

13 - École normale de garde-malades, première école laïque de soins infirmiers de Suisse, créée en 1859 à Lausanne par Valérie de Gasparin en opposition à l'œuvre de Saint-Loup. *La Source 1859-1959*, Lausanne, La Concorde, 1959 ; JAUQUET (Élisabeth), « École normale de gardes-malades indépendantes à Lausanne : naissance de l'infirmière moderne ? »,

Equinoxe, Genève, automne 1992, n° 8, p. 61-75 ;
 FRANCILLON (Denise), « L'œuvre sociale : la réalisation d'un idéal. De la charité pratique à la profession d'infirmière », FRANCILLON (Denise), (sous la dir. de), *Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire*, Le Mont-sur-Lausanne, éditions Ouverture, et Lausanne, École La Source, 1994, p. 100-136.

14 - Notamment à Bordeaux. DIEBOLT (Évelyne), *La maison de santé protestante de Bordeaux (1863-1934)*, Toulouse, éditions Érès, 1990, coll. ETHISS, p. 41 sq.

15 - OLIVIER (Eugène), *Ligue vaudoise contre la tuberculose, Rapport annuel, 1922*, p. 15.

16 - OLIVIER (Charlotte), « Le médecin et l'infirmière-visiteuse dans la lutte contre la tuberculose », *Contre la tuberculose, Annexe du Bulletin hebdomadaire démographique et sanitaire suisse*, Berne, 1921, n° 12, tiré à part, p. 4 (Conférence donnée à l'Assemblée générale de l'Association suisse contre la tuberculose).

d'une diaconesse, on peut supposer un certain nombre de facteurs. La diaconesse reste « propriété » de l'institution de Saint-Loup, tandis qu'une infirmière laïque est plus autonome et peut par conséquent s'engager plus librement ; il n'est pas certain que la lutte contre la tuberculose était prioritaire pour Saint-Loup qui plaçait plus volontiers ses précieuses diaconesses dans des infirmeries ou des institutions ; plusieurs étaient engagées comme directrices des maisons de retraite qui commençaient à se développer. D'autre part, le recrutement des diaconesses ne suffisait peut-être plus pour répondre à la demande. Enfin, on peut se demander si, comme il fallait donner une formation spécifique aux infirmières-visiteuses, Saint-Loup aurait peut-être refusé de payer. Cependant, il ne semble pas qu'il y ait de rupture, plutôt une cohabitation entre laïques et diaconesses. Et il faut mentionner que dans plusieurs localités où se trouvait une diaconesse qui fonctionnait comme sœur visitante, celle-ci a été amenée à collaborer avec la Ligue vaudoise contre la tuberculose.

LES INFIRMIÈRES-VISITEUSES

Le changement observé au dispensaire ne concerne pas seulement le passage du confessionnel au laïc, entre les traditionnelles diaconesses et les nouvelles infirmières-visiteuses. Il concerne aussi, au même moment, le passage entre travail bénévole et professionnel ; les dames des associations qui continuent d'œuvrer de place en place dans le canton, et au sein même du dispensaire, vont être peu à peu remplacées par des infirmières-visiteuses.

L'expérience apprend aux responsables de la lutte contre la tuberculose que les dames bénévoles ne peuvent

assumer de façon assez régulière et cohérente, malgré leur bonne volonté et leur concertation, le suivi des familles. Il faudrait accompagner les familles de manière plus rigoureuse et sur une longue durée, ce que l'on ne peut exiger des bénévoles donnant le surplus de leur existence. Et même si certaines donnent davantage, c'est la formation qui leur manque, la lutte contre la tuberculose devant être plus structurée.

« Nous arrivons trop tard sur le champ de bataille, nous le quittons trop tôt. De la sorte, avant notre intervention, des infections en grand nombre ont déjà eu lieu autour des tuberculeux ; et après notre intervention, ceux qui avaient été infectés et que nous négligeons, préparant dans l'ombre l'éclosion d'une nouvelle tuberculose¹⁵ ».

Ces exigences extrêmes propres à la lutte contre la tuberculose se trouvent rejoindre d'autres exigences dans le domaine médico-social. Une profession nouvelle a commencé à se dessiner dès le début du siècle, aux États-Unis d'abord, puis dans les pays scandinaves, en France aussi au sein des dispensaires antituberculeux eux-mêmes (notamment celui de Calmette à Lille) ou sous l'impulsion de la Croix-Rouge américaine pendant la Première Guerre mondiale. Cette profession est nommée tantôt infirmière en hygiène sociale, infirmière de santé publique, « garde-santé » (par analogie avec garde-malade), ou plus simplement infirmière visiteuse. Charlotte Olivier mentionne, dans un article de 1921 encourageant les médecins à accepter les infirmières-visiteuses¹⁶, l'exemple pionnier du Département de santé publique de la ville de New York qui a engagé dès 1902 des infirmières pour inspecter à leur domicile les élèves manquant l'école pour cause de santé. Des sociétés d'assurances ou des mutualités ont aussi chargé des infirmières de visi-

ter régulièrement leurs assurés, de faire de la prévention, de leur recommander d'appeler le médecin en cas de besoin, de leur enseigner l'hygiène et, principalement, de surveiller la santé des enfants, comme cela a commencé aussi à se faire dans les écoles à la même époque.

La formation des infirmières-visiteuses s'organise (en France le décret du 27 juin 1922 prévoit un diplôme d'infirmière-visiteuse)¹⁷. La Ligue des sociétés de la Croix-Rouge, dont le siège est à Genève, publie en 1920 un projet relatif à une école centrale d'infirmières de santé publique, destinée à former des infirmières-visiteuses à domicile, des infirmières spécialisées pour la sauvegarde des nourrissons (travaillant dans ce que l'on appelle alors les « Gouttes de lait »), des infirmières scolaires, des infirmières des usines, des infirmières antituberculeuses, des infirmières d'hygiène sociale (s'occupant des convalescents et des chroniques). Les premiers cours correspondant à ce projet international semblent avoir été donnés au *King's College for Women* à l'université de Londres à des femmes déjà formées comme infirmières, provenant des divers pays membres de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge et renvoyées dans leur pays après une année de cours pour organiser à leur tour des services publics d'infirmières-visiteuses¹⁸.

Ce modèle est révélateur d'un objectif commun qui se dessine dans les pays industrialisés, mais le plus souvent c'est localement que la formation est organisée selon les besoins et les moyens d'une région, souvent de manière plus rudimentaire. Dans le canton de Vaud une formation de quelques conférences est donnée, depuis 1922, à des infirmières, et depuis 1929, un cours de deux mois (tandis que six mois sont requis à Lyon par exemple vers 1920) est donné alternativement, une année sur

deux, à l'école de gardes-malades de la Source à Lausanne et à l'école d'études sociales de Genève (école fondée en 1918). Le cours comprend 130 heures de théorie et des visites d'œuvres sociales et d'installations hygiéniques ; les sujets étudiés, outre ceux relatifs à la tuberculose, portent sur diverses questions de prévention sociale et de santé publique, voire d'administration (institutions, législation, assurances, etc.). L'infirmière-visiteuse devient une professionnelle de l'enquête et de l'assistance, elle est la cheville ouvrière de tout un réseau d'œuvres et d'institutions qui ont affaire aux tuberculeux et à leur famille et qui se mettent en place durant l'entre-deux-guerres (sanatoria, préventoria, colonies de vacances, cures d'air, etc.).

Les infirmières-visiteuses sont mises en place par la Ligue vaudoise contre la tuberculose dans les différents districts qui les acceptent ; il y en a 26 en 1927 et 42 en 1931 peu après la loi fédérale. La distribution des subventions fédérales exige un fichier centralisé par chaque ligue cantonale contre la tuberculose, fichier apparaissant comme un instrument primordial de la prévention : le tuberculeux n'a plus seulement un dossier médical, mais une fiche sociale comprenant le réseau des personnes de son entourage, les remarques sur ses conditions de vie et les démarches entreprises.

Les infirmières-visiteuses vont ainsi cumuler les tâches de prévention, d'éducation populaire, d'aide à domicile, d'enquête. Charlotte Olivier explique ce rôle : « Éloigner si possible le malade contagieux ; l'isoler au milieu des siens si l'hospitalisation ne peut être obtenue, attaquer les causes secondaires qui entretiennent la tuberculose : la saleté, le manque d'air, le logis insalubre ; faire procéder au déménagement dans un logis plus sain ; trouver, dans ce but, les moyens financiers nécessaires ; s'occu-

17 - DESSERTINE (Dominique), FAURE (Olivier), *Combattre la tuberculose*, Lyon, PUL, 1988, p. 150.

18 - Deux prospectus conservés dans le Fonds Olivier [IS 1905/207].

19 - OLIVIER (Charlotte), « Le médecin... », *op. cit.*, p. 3.

20 - JACCARD (Pierre), « Le recrutement des infirmières-visiteuses », *La Source*, septembre 1952, p. 188. Le salaire mensuel moyen d'une infirmière-visiteuse est en 1952 de 400 francs suisses, tandis que celui d'une infirmière hospitalière varie entre 450 et 530.

21 - DROUX (Joëlle), *L'École valaisanne d'infirmières de Sion (1944-1994)*, Sion, École valaisanne d'infirmières, 1994.

per de la famille pendant que père ou mère sont hospitalisés ; trouver un travail adéquat à ceux qui rentrent des sanatoria incomplètement guéris. Surtout, et c'est là le nœud de la question, le couronnement de tout ce travail : elle doit dépister les nouveaux cas de tuberculose ; faire examiner tous les membres de la famille avant qu'ils soient vraiment malades, surveiller les enfants, enseigner l'hygiène, donner des conseils, encourager, se faire aimer et ne plus lâcher cette famille jusqu'à ce que tout danger soit écarté. Il faut avoir assisté à cette tâche ou y avoir mis la main soi-même pour savoir combien elle est lourde, combien souvent elle échoue, mais combien aussi elle seule signifie lutte contre la tuberculose, maladie familiale, maladie sociale¹⁹ ».

Quelques rapports annuels rédigés par des infirmières-visiteuses, envoyés à Charlotte Olivier, médecin-conseil de la Ligue vaudoise contre la tuberculose chargée de superviser leur travail, ont été conservés pour l'année 1934, les autres ayant été détruits. On y trouve mention du nombre de visites effectuées dans l'année, des démarches pour hospitalisation ou placements divers, des désinfections, vaccinations, examens médicaux demandés, des visites de classes, des contacts avec les médecins de la région. Il faut relever que les infirmières-visiteuses sont, dans l'organisation observée ici, sous l'autorité du comité régional de la Ligue vaudoise contre la tuberculose et, à l'échelle cantonale, du médecin-conseil et de l'infirmière visiteuse cantonale ; elles ont donc une grande autonomie par rapport aux médecins.

Les nouvelles compétences de l'infirmière-visiteuse sont distinctes de celles de la garde-malade. Elle a la même formation de base, puisqu'il faut être infirmière pour s'inscrire aux cours

d'infirmière-visiteuse, mais elle ne s'occupe pas à proprement parler de la maladie du tuberculeux, sauf si celui-ci reste à son domicile et s'il est indigent et non suivi par un médecin ; dans tous les autres cas, elle oriente le malade vers ceux qui peuvent le soigner (atténuant ainsi les réticences des médecins à leur égard) et se soucie surtout de sa famille et des conditions sociales et matérielles du milieu.

L'infirmière-visiteuse, plus qu'une dame bénévole et qu'une garde-malade, assume plusieurs rôles : elle devient agent de santé et assistante sociale jusqu'à ce que cette dernière profession se développe de manière autonome. A la veille de la Deuxième Guerre mondiale l'assistante sociale entre en rivalité avec la profession, sous-payée et dévaluée, d'infirmière-visiteuse. Dévaluée, au moment où la profession d'infirmière d'hôpital, de mieux en mieux formée pour les soins, de moins en moins sollicitée pour les tâches domestiques, est plus recherchée. « Les meilleures jeunes infirmières sont aujourd'hui dans les hôpitaux. Que faire pour ramener ces dernières dans le travail social ? », se demande le directeur de l'école de gardes-malades de La Source en 1952²⁰. La situation peu favorable de la profession d'infirmière-visiteuse présentée ici en regard de l'infirmière hospitalière, comparaison qui demanderait d'ailleurs à être mieux étayée, concerne avant tout le canton de Vaud. En effet, c'est une tout autre image qui ressort de l'étude de Joëlle Droux sur l'École valaisanne d'infirmières ouverte à Sion en 1944²¹. La lutte contre la tuberculose en Valais a fortement contribué à valoriser la profession d'infirmière jusqu'alors confinée dans les hôpitaux locaux. Elle a stimulé un recrutement inédit, jusqu'alors principalement religieux, la lutte contre la tuberculose a encouragé la formation des

infirmières sur place, conduisant à la création de l'École valaisanne d'infirmières.

L'infirmière-visiteuse a donc une double vocation médico-sociale, plus sociale que médicale. Or, dans certaines régions, plus rapidement qu'ailleurs, la tâche d'infirmière-visiteuse antituberculeuse est confiée à des assistantes sociales. C'est le cas à Zürich et, dès 1950 à Genève, où se trouve une école d'études sociales. « Mais je ne crois pas, poursuit dans le même article le directeur de La Source, que ce soit un exemple à imiter : dans la lutte contre la tuberculose, l'infirmière est mieux à sa place ; elle gagne plus facilement la confiance parce qu'elle conserve aux yeux des gens le prestige médical. On lui dit tout, et elle sait s'adapter mieux aux circonstances que l'assistante sociale, laquelle, sauf exception, reste empruntée, ne sachant que poser des questions, remplir des questionnaires, faire des démarches, mais n'étant pas en mesure, à côté de son travail, de faire des traitements, de donner des conseils sur les soins aux malades et aux enfants ».

Quelle ambiguïté dans ce rôle ! Elle ne doit en principe pas soigner mais avoir l'autorité de celle qui sait soigner, en même temps on décèle dans ces propos une méfiance à l'égard d'un métier encore peu connu dont on ne sait s'il peut répondre à l'ampleur de la tâche. Il y a peut-être aussi une réticence à l'égard d'une formation purement intellectuelle qui exclut le rassurant savoir-faire manuel de l'infirmière. Les infirmières-visiteuses occupent la position stratégique, mais combien inconfortable, de relais entre l'État et les familles ou les individus. Tout leur travail est basé sur une fonction ambivalente d'aide et de surveillance qui ne peut fonctionner qu'avec une certaine dose de bienveillance, de sympathie, voire de fami-

liarité et de simplicité. Autant de vertus que l'on pensait pouvoir attendre précisément d'une femme. La réalité allait aussi hélas révéler des natures rigides et autoritaires traumatisant les familles et dont les archives ne parlent pas, mais qui sont parvenues jusqu'à nous dans la mémoire orale.

Le métier d'infirmière-visiteuse apparaît polyvalent, en théorie une sorte d'apothéose de la profession féminine, alors que l'on ira de plus en plus, après la Deuxième Guerre mondiale, dans le sens des métiers spécialisés. Elle est censée tout faire, mais elle ne peut assumer les perfectionnements de ses diverses fonctions : les métiers d'infirmières pour les soins à domicile et d'assistante sociale deviennent des professions à part entière et distinctes l'une de l'autre, tandis que l'infirmière-visiteuse doit assumer simultanément les deux rôles. Notons qu'elle a le mérite d'être la principale interlocutrice des familles et de faire la synthèse des données. La prise en charge deviendra plus morcelée, pour des raisons évidentes de compétences spécifiques, mais sans doute aussi au détriment d'une relation de confiance.

Infirmière visiteuse, un nouveau modèle de personnel soignant ? Personnel peu soignant on l'a vu, mais qui devait en avoir les compétences, orienté vers une approche médico-sociale qui s'est développée plus tard en psychiatrie, dans la lutte contre l'alcoolisme, et plus récemment dans la lutte contre le sida ou la toxicomanie ; personnel soignant orienté d'abord vers la prévention et appartenant à un programme de santé publique. Au moment où le métier d'infirmière-visiteuse antituberculeuse, d'abord menacé par celui de l'assistante sociale, allait disparaître dans les années soixante en même temps que la tuberculose comme maladie sociale, le métier

d'infirmière de santé publique, rassemblant soin et prévention, allait regagner du terrain avec la médicalisation de pointe des hôpitaux. Dans le canton de Vaud c'est en 1967 [loi du 5 décembre 1967], un an après l'adoption du plan hospitalier vaudois, qu'a été créé l'Organisme médico-social vaudois, regroupant les différentes ligues de prévention et destiné à promouvoir l'action des infirmières de santé publique. Après 1980, la récession faisant peser lourdement les charges de la politique hospitalière, c'est une politique massive de maintien à domicile qui a commencé à se mettre en place, s'appuyant largement sur les infirmières chargées des soins à domicile.