

# 4

## Résumé

Cet article présente une analyse détaillée de la professionnalisation du nursing au Québec (Canada). L'emphase porte sur deux variables principales qui permet de mieux comprendre les aspects genrés de la profession et sa féminisation persistante. Le cas québécois, présenté dans le cadre de cet article, et étudié dans son contexte canadien, permet d'identifier plusieurs éléments qui ont conduit à faire du care le fondement du nursing. L'auteure retient deux facteurs principaux, qui se trouvent à l'intersection de rapports de classe, de genre et d'ethnicité dès les débuts de la réforme du nursing : le rôle précurseur des réformatrices et les origines confessionnelles du nursing. La combinaison de ces facteurs explique la persistance d'une ségrégation sexuelle aussi exceptionnelle dans le monde du travail.

**Mots clés** care, féminisme, genre, nursing, Québec, XX<sup>e</sup> siècle

## *Du nursing au care : le genre d'une profession*

**YOLANDE COHEN**

### Introduction

La tension persistante entre féminismes/ maternalistes et féminismes/ égalitaires a conduit à de nombreux débats, où ces dichotomies, bien souvent paralysantes, ont grevé durablement les capacités d'agir des femmes. Une des solutions entrevues depuis le début du siècle par les féministes égalitaires, a été de proposer la mixité, dans les métiers pour faire sauter le verrou des professions fermées aux femmes et réservées aux hommes par la tradition, le patriarcat. Toutefois, si les femmes sont entrées en nombre dans les professions dites masculines (médecine, pharmacie, droit, etc.), il n'en va pas de même pour les professions dites

féminines. Ainsi dans le domaine des sciences infirmières, la relation étroite qui existe entre le genre (féminin) et la vocation d'infirmière comme on l'appelait alors, a longtemps été revendiquée comme étant au fondement de la profession. Il a fallu attendre les grandes réformes du nursing à la fin des années 1940 pour que les porte paroles de la profession proclament haut et fort leur volonté d'en faire une profession mixte, ouverte aux hommes. Mais, il est plus facile de l'annoncer que de réaliser un tel programme; la composition actuelle (à 80% féminine) de la profession infirmière témoigne de la difficulté de cette transformation, et suscite encore de nombreuses interrogations sur ce qui maintient ce cloisonnement professionnel, avec tous les problèmes que cela implique : questions de champ de pratique propre, de statut, de salaire, de reconnaissance, etc.

Or le nursing n'est pas la seule profession qui soit confrontée à ce type de problème. La majorité des fonctions/professions qui relèvent du care, du soin aux autres, du souci des autres, de la relation d'aide, s'inscrivent dans des constructions

sociales fortement genrées qui renforcent les différences sexuelles (du féminin et du masculin), plutôt qu'elles ne les dépassent. J'aimerais ici revenir sur les éléments qui ont conduit à faire du care la clé de voute d'une vision de l'intervention sociale, où le rôle des organisations caritatives de femmes a été déterminant, et proposer quelques pistes de réflexion à partir du cas du nursing.

Le cas québécois, que j'ai particulièrement étudié dans son contexte canadien, permet d'identifier plusieurs éléments qui ont conduit à faire du care le fondement du nursing. Je retiendrais deux facteurs principaux, qui se trouvent à l'intersection de rapports de classe, de genre et d'ethnicité dès les débuts de la réforme du nursing: le rôle précurseur des réformatrices et les origines confessionnelles du nursing. La combinaison de ces facteurs me semble expliquer la persistance d'une ségrégation sexuelle aussi exceptionnelle dans le monde du travail.

### **Le nursing : une vocation pour les femmes**

C'est au sein du large mouvement philanthropique anglo-protestant actif dans la plupart des provinces canadiennes que les principes fondateurs du nursing sont élaborés au Québec par une petite cohorte de femmes. Militantes de la première heure de ce mouvement, les pionnières du nursing ont recours à une rhétorique commune pour établir le care comme base d'une nouvelle profession. Elles parviennent rapidement à imposer un double concept au nursing : découlant de la charité judéo-chrétienne, le care relèverait de qualités attribuées en propre aux femmes seulement, mais ne peut être pratiqué qu'à la suite d'une éducation formelle, acquise dans des écoles appropriées et sanctionnée par des diplômes. Ce discours sera nuancé selon les régions par des associations aux convictions ethniques et religieuses différentes : quelques infirmières franco-catholiques au sein du Canada français (pas seulement au Québec) et une majorité de femmes anglo-protestantes au Canada anglais (y compris au Québec). L'influence de la réforme du nursing britannique marque les étapes préliminaires d'organisation et l'adoption de nouveaux critères d'enseignements du nursing dans tout le Canada. La plupart des surintendantes et infirmières chefs recrutées par les premiers grands hôpitaux canadiens ont été formées dans les toutes nouvelles écoles de nursing en Grande Bretagne (St-Thomas) ou aux États-Unis (au Bellevue Hospital de New-York par exemple).[1] Les hôpitaux canadiens anglais sont alors très intéressés à engager leurs diplômées, ce qu'ils font dès les années 1900 comme on le constate en Ontario et au Québec. Miss Machin, qui vient du St-Thomas en Angleterre (1875) est

engagée par le Montreal General hospital (MGH) pour y fonder une école d'infirmières et diriger et gérer l'hôpital. Dénonçant les conditions déplorables de travail, elle est rapidement remplacée par une diplômée de Boston et puis par la célèbre Norah Livingstone, diplômée du New York Hospital Training School for Nurses. À Toronto, c'est une diplômée de Bellevue, Jean I. Gunn qui obtient l'ouverture de l'enseignement supérieur en nursing, réalisée par une graduée du King's college à Toronto, Kathleen Russel. Ethel Jones, qui entreprend sa formation au Winnipeg General Hospital et obtient son diplôme du Teachers College, (Columbia University) à New York, sera engagée pour établir l'école de nursing à l'université de Colombie Britannique. Flora Madeline Shaw, qui étudie d'abord au MGH, et obtient son diplôme du Teachers College, est recrutée par l'université McGill.[2,3] Cette petite cohorte d'infirmières graduées deviendra rapidement l'élite du nursing canadien anglais. Partie prenante du mouvement réformateur, ces graduées reprennent à leur compte certains préceptes bien compris de Florence Nightingale pour développer la profession : une formation appropriée aux femmes d'une certaine moralité, qui ont la vocation du soin aux autres, et qui veulent acquérir les savoirs techniques et scientifiques pour devenir des infirmières professionnelles. Elles s'approprient également la fameuse formule de Nightingale, « si toutes les infirmières sont des femmes, toutes les femmes ne peuvent pas devenir des infirmières » (« if every nurse is a woman, not all women could become nurses »), qui légitime la création de ces écoles d'infirmières à travers le Canada. Ce mouvement célébré par de nombreuses historiennes comme le moment marquant de la réforme du nursing et de sa modernisation traduit en fait la tentative d'imposer le modèle (canadien) anglais et plus précisément anglo-protestant à travers tout le Canada. Un des effets de la réforme est précisément d'étendre ce modèle (anglo-protestant) à l'ensemble des provinces grâce à des principes jugés essentiels et véhiculés par les mêmes associations qui les ont élaborés.

Outre les nombreuses écoles qui voient le jour dans les grands hôpitaux du Canada durant cette période d'essor d'une idéologie dite progressiste du nursing, des critères d'uniformisation de la pratique infirmière sont élaborés, et l'enregistrement du titre consacre la reconnaissance légale de la nouvelle profession. Au Canada, comme aux États-Unis et en Grande-Bretagne, des femmes de la bourgeoisie, des médecins éclairés, actifs dans les mouvements hygiénistes en particulier, ainsi que d'autres professionnels, soucieux d'insuffler des changements se rassemblent pour réformer en profondeur le monde de la santé (administrateurs d'hôpitaux,

hommes d'affaires, avocats, etc.). Animés d'une commune détermination scientiste, établie sur la foi dans le progrès de la science, ils réclament l'avènement d'une science du soin, laïque et d'une organisation hospitalière établie sur des critères professionnels. À leurs yeux, le soin devait s'émanciper de ses origines charitables, pour devenir une profession, séculière, détachée de son rapport confessionnel. Pour ces réformateurs protestants surtout (et quelques catholiques), imbus des bienfaits de la laïcité, l'orientation professionnelle vise essentiellement à conférer un statut et un salaire à ces femmes, qui faisaient ce travail bénévolement ou payées de façon aléatoire ainsi qu'une possibilité de carrière à certaines femmes dévouées et qui voudraient s'instruire.

Les nombreuses femmes impliquées dans ce mouvement de réforme, y voient l'opportunité d'ouvrir des carrières féminines dans le secteur de la santé, qui découleraient "naturellement" des qualités féminines de soin, et qui leur permettraient d'avoir un travail rémunéré, sans transgresser les assignations sociales à des rôles sexués. Elles considèrent également le nursing comme une profession, qui aurait des rapports complémentaires avec celle des médecins : les savoirs infirmiers seraient des savoirs-propres et conçus de façon autonome tandis que les pratiques infirmières dépendraient du diagnostic médical. Ces savoirs féminins deviennent la base des enseignements infirmiers dans les écoles de nursing. L'image des rôles féminins complémentaires à ceux des hommes, propre à la rhétorique victorienne correspond également à cette fonction; dans ce contexte leur perception de la complémentarité n'implique pas leur subordination, mais la séparation des rôles entre médecins et infirmières, sur les conceptions alors répandues de la séparation des rôles sexués.

Cette question de la complémentarité-subordination des rôles a longtemps été débattue par les féministes. Des différences de classe existent entre les pionnières du mouvement philanthropique et hygiéniste, souvent des grandes dames de la bourgeoisie éclairée, et les pauvres recrues qui se trouvent contraintes d'adopter le langage moralisateur et féminin de leurs bienfaitrices.[4-6] Ces femmes de la bourgeoisie, blanches et protestantes (Wasp) sont ainsi sévèrement critiquées par les féministes pour avoir établi le nursing sur le modèle de la profession médicale. Ce serait la faute originelle du nursing puisqu'elles n'ont pas réussi à lui conférer l'autonomie (professionnelle) ni l'expertise (académique) de cette profession.[7-9]

Cette critique doit pourtant être nuancée, car cette évaluation ne tient pas compte du rôle du care, que ces femmes ont rajouté comme un ingrédient essentiel dans la réforme des

soins. Le processus de reconnaissance sociale du care, comme élément distinctif de la pratique et de l'enseignement du nursing, va ouvrir une brèche immense dans le système de santé et plus largement dans le monde du travail pour les travailleuses sociales, les hygiénistes, etc.

Mais pour que cette reconnaissance du care soit véritablement prise en compte comme pouvant légitimer une profession, il a fallu débarrasser le care de ses vestiges religieux. Ainsi, à l'examen du cas québécois, le contexte confessionnel dans lequel ces rapports de genre s'exercent, montre combien la morale religieuse, particulière à chaque groupe confessionnel, imprègne le care.

Comment a-t-on remplacé l'idéologie charitable par des rhétoriques professionnelles? Quels rôles les mouvements réformateurs anglo-protestants ont-ils eu face à la toute puissance du modèle pluri-séculaire de soins établi au Canada français? S'agit-il d'une bataille entre deux modèles de nursing? Dans ce débat, qui se mène aussi bien sur le terrain de la rhétorique que de la pratique, seul le modèle qui donnera l'apparence d'avoir véritablement réussi à débarrasser le care de ses ancrages religieux, pourra l'emporter.

L'analyse de la rhétorique des associations professionnelles d'infirmières que nous avons menée pour le Québec au XX<sup>e</sup> siècle montre en effet que la plupart se débarrassent des vestiges confessionnels des premières associations philanthropiques pour donner une dimension neutre et laïque au nursing réformé.[10] On verra que si en théorie ce projet se veut inclusif, en pratique il vise à neutraliser le pouvoir des associations et congrégations catholiques (et juives dans une moindre mesure), toutes puissantes dans le système de santé du Canada français (ignorant l'effort fourni par ces congrégations pour intégrer en leur sein l'aspect professionnel). En d'autres termes, ces associations professionnelles dites neutres imposent aux groupes confessionnels du Québec les modalités d'application de la réforme anglo-protestante du nursing au Canada. C'est pourquoi il importe que l'on s'arrête sur le processus qui a conduit à la laïcisation du nursing.

### **Aspects confessionnels du care et difficile laïcisation du nursing au Québec**

La laïcisation du nursing, souvent considérée comme inéluctable, ou comme étant le fruit de la poussée scientifique, est présentée par nombre d'historiennes, comme la pierre angulaire de sa modernisation. Ainsi la réforme se présente dès le départ comme confessionnellement neutre. L'historiographie, essentiellement anglophone du nursing,

reprend cette hypothèse de départ des réformateurs, et propose une interprétation de la réforme du début du siècle comme le moment où le nursing rompt avec ses origines confessionnelles pour devenir une profession laïque et séculière. Par un curieux effet de rhétorique, sont considérés comme non confessionnels les discours qui se présentent comme tels. Pourtant en pratique, la laïcité suppose que soient abolies les barrières confessionnelles longtemps étanches entre les différentes communautés. Or, il faut savoir que la laïcité proclamée des réformateurs anglo-protestants était non seulement une version édulcorée du social gospel,[11] idéologie anglo-protestante militante, mais aussi une arme de guerre contre le modèle franco-catholique de soins (à qui l'on enviait sa structure institutionnelle et sa toute puissance). En faisant comme si cette laïcité signifiait l'abolition de références religieuses dans la réforme du nursing, l'histoire du nursing fait l'économie d'une discussion essentielle sur le rôle du protestantisme en tant que facteur déterminant dans la réforme du nursing au début du siècle et dans la conception du care qu'il va promouvoir.

Il s'agit donc ici de prendre en compte le facteur religieux, comme élément central de l'analyse. Plus encore, le facteur confessionnel nous apparaît essentiel pour comprendre la définition même du soin (care). En omettant ce facteur, on considère la victoire du modèle anglo-protestant de réforme comme un processus naturel de modernisation du nursing au Canada. Car en assimilant laïcité à modernité, le modèle anglo-protestant s'est en fait approprié l'idée de progrès, reléguant ainsi toutes les autres pratiques de soins à des formes traditionnelles et même rétrogrades. En effaçant son lien avec la religion, il souligne celui des autres (en particulier pour les catholiques). C'est pourquoi, il me semble indispensable de rétablir les influences réciproques des groupes confessionnels dans la structuration du champ sanitaire tant au Québec qu'au Canada où les congrégations d'hospitalières catholiques et protestantes sont omni-présentes. Comment ces deux modèles qui se sont développés séparément (chacun dans sa communauté) se sont-ils réformés ? Le développement de la science est-il à l'origine de ces changements ? Le processus par lequel s'effectue la domination du modèle anglo-protestant de soins, très peu formalisé puisque essentiellement établi sur les charités privées, sur les institutions catholiques de santé multi-séculaires est intéressant à analyser.

Les historiennes du nursing s'entendent pour attribuer au développement scientifique et médical l'origine de la réforme des soins infirmiers au tournant du siècle dernier. Dans ce contexte, le rôle pionnier et exemplaire de Florence

Nightingale est essentiel puisqu'elle aurait permis au nursing de sortir des pratiques charitables et douteuses dans lequel il baignait, pour amorcer le tournant médical et plus tard professionnel. Toutefois son influence sur le nursing canadien me semble avoir été largement exagéré. S'il est indéniable que la figure légendaire de Florence Nightingale a marqué la réforme du nursing au Canada anglais, l'application de ses principes d'éducation vise à surmonter l'énorme disparité qui existe entre les pratiques traditionnelles du care, et celles en vigueur dans l'ensemble du Canada français. Entre les mains des congrégations catholiques d'hospitalières, le système d'apprentissage et de pratique du nursing en faisait un des modèles enviés par tous ses contemporains. Les congrégations catholiques de soignantes éduquées et dévouées avaient mis en place un système très efficace de soins infirmiers au sein des premiers hôpitaux fondés au Canada français.[12] Il suffit de voir le rôle des ordres religieux dans la construction des grands hôpitaux comme les Hôtels-Dieu de Montréal et de Québec,[13] et l'apport de leur expertise dans le traitement des patients et de l'assistance aux pauvres. Très vite leur expertise en tant que fondatrices, propriétaires ou gestionnaires d'institutions de santé (hôpitaux, dispensaires ou autres) est reconnue et appréciée.[14] Le modèle hiérarchique, calqué sur celui des communautés religieuses catholiques, y est dominant, de même que l'idéologie de la charité chrétienne aux plus démunis et de la rédemption par les soins. Au contraire des sociétés protestantes qui laissaient cette activité de soins aux organisations philanthropiques et à la bonne volonté des élites, le caractère systématique de l'organisation des soins dans le milieu catholique est frappant.[15] D'ailleurs, certains observateurs contemporains ne s'y trompent pas et considèrent le système de santé mis en place par les congrégations féminines catholiques comme largement supérieur à celui des anglo-protestants, et pas seulement au Québec mais en Alberta aussi.[16] L'étendue du réseau mis en place, le pouvoir que les hospitalières y détiennent et la qualité de la formation qui y est dispensée leur confère une réputation enviée à travers le Canada jusqu'aux tous débuts du XX<sup>e</sup> siècle.

Aussi les histoires de gardes-malades ignorantes, ivrognes et peu qualifiées qui alimentent et légitiment la réforme préconisée par Nightingale et ses émules canadiennes sont des histoires qui reflètent plutôt la réalité des soins dans les communautés anglo-protestantes. Cette réforme se donne d'ailleurs pour objectif de mettre fin à ces pratiques douteuses du nursing en recommandant un modèle assez proche de celui, pratiqué par les congrégations franco-catholiques, où

l'éducation formelle au sein même de l'hôpital mènerait à une forme plus élevée de reconnaissance professionnelle.

- *La professionnalisation à deux vitesses du nursing au Québec et les résistances au care*

Si les deux modèles partagent la même vision du nursing inspirée de la charité chrétienne et du dévouement féminin, les processus qui mènent à la reconnaissance des soins infirmiers comme profession, diffèrent radicalement. Pour les anglo-protestants, l'alliance contractée avec les élites médicales garantit en quelque sorte l'adoption du modèle professionnel par l'ensemble du mouvement philanthropique. Au contraire, ce modèle est rejeté et redouté par les élites franco-catholiques. Soucieuses de maintenir leur autonomie à l'égard des médecins en particulier, mais néanmoins enfermées dans un carcan hiérarchique et autoritaire, ces congrégations adoptent le modèle holiste où elles peuvent contrôler l'accès à la profession en se dotant d'organismes internes de représentation (syndicats et associations professionnelles sous leur contrôle direct et en conflit constant entre eux). Le manque de cohésion de ce modèle (plus ou moins laïcisé selon que l'on se trouve à Montréal ou à Québec, et selon les congrégations) et l'appui de certaines élites éclairées à la réforme (accusées par le clergé d'être vendues aux anglo-protestants) fera vaciller le modèle franco-catholique qui succombera sous les coups de boutoir de l'universalité de la réforme inspirée par Nightingale-Fenwick et véhiculée par les sociétés anglo-protestantes.[3,17] La volonté d'établir une éducation formelle dans des institutions séparées des associations charitables, la mise en place d'associations professionnelles autonomes (avec leurs revues et comités de déontologie indépendants) et la légalisation de la profession par l'enregistrement constituent les trois étapes majeures de cette professionnalisation des soins infirmiers. À Montréal même, les pionnières obtiennent l'appui des médecins et des grands hôpitaux anglo-protestants. Face à elles, les institutions hospitalières catholiques apparaissent crispées sur leurs privilèges, fermées aux laïques et hostiles aux pouvoirs concurrents (des médecins, des administrations publiques, des associations, etc.). Ainsi, contrairement à ce qu'on en a dit, ce n'est pas par opposition à la science ou à la médecine, qui ont toute latitude pour se développer dans les Hotel-Dieu par exemple, que le modèle franco-catholique perd du terrain, mais dans son opposition initiale à la déconfessionnalisation du care et donc à sa professionnalisation. Même à l'hôpital Notre-Dame, où les Sœurs Grises tentent d'accompagner le processus de professionnalisation et d'en tirer profit (en devenant elles-mêmes des infirmières graduées des grandes écoles de

nursing nord américaines) le processus de laïcisation et de professionnalisation est lent et douloureux, car pour ces dernières, le care reste relié à la vocation religieuse et féminine.[15,18]

Le mouvement de professionnalisation oppose ainsi des visions différentes du nursing au Canada, du début des années 1920 à la veille de la seconde guerre mondiale. Deux grands types d'organisation du nursing se trouvent en présence. L'un, qualifié de traditionnel et inspiré du modèle franco-catholique est basé sur une vision confessionnelle du care (charité, vocation, service, etc.). Diversifié car il dépend étroitement de chaque congrégation d'hospitalières, ce modèle offre une formation interne aux sœurs hospitalières au sein des hôpitaux de leur congrégation, mais il est entièrement confessionnel et ne permet pas véritablement de carrière aux laïques. Ce sont essentiellement des religieuses, qui pratiquent, enseignent et exigent la vocation, que l'on verra devenir des professionnelles du nursing, avec quelques laïques célibataires dans les années 1920; la proportion laïques-religieuses ne s'inversera qu'après les années 1940. De son côté, le modèle anglo-protestant semble avoir débarrassé le care de toute référence à la religion, et son attrait réside dans son recrutement relativement ouvert à toutes les femmes. Certes, seules les jeunes femmes de haute vertu pourront-elles accéder aux écoles d'hôpitaux, pour y être formées par des matrons ou des infirmières graduées laïques provenant des grands hôpitaux nord-américains et canadiens. Les profils de carrière y sont également plus flexibles, établis sur des critères professionnels, même si les qualités personnelles demeurent largement présentes. En fait jusqu'aux grandes transformations dues à la seconde guerre mondiale, le nursing est l'affaire d'une petite élite de femmes, religieuses et célibataires au Canada français, blanches et éduquées au Canada anglais. Dans les deux modèles, on le voit, les caractéristiques de genre et de religion ont été intégrées au sein même de la fonction de care, dont l'apprentissage est désormais essentiel pour être habilité à donner des soins aux autres. Il nous faut donc davantage élaborer sur la question du care.

### La bataille pour la professionnalisation

Si c'est encore au sein des associations philanthropiques que sont élaborés les fondements du care (comme un système de soins aux autres, établi sur des valeurs de charité chrétienne et de qualités féminines au service des malades), la question qui se pose pour les secondes et troisièmes cohortes d'infirmières, formées en leur sein, est la place que le caring va occuper dans la professionnalisation du nursing.

On tente bien de les énoncer autrement, comme des qualités et compétences qui peuvent être acquises par tous pour exercer la profession d'infirmière, en tâchant de les détacher de la vision charitable (religieuse) et genrée du soin aux autres. Même si le don de soi pour remédier aux maux des autres, le dévouement tout féminin au patient, la rédemption du malade et le salut des âmes, sont remplacés par des compétences similaires (l'attention, la surveillance, l'hygiène, l'organisation du travail, etc.), le care reste très profondément ancré dans cette double identité. Les principales étapes du mouvement de professionnalisation du nursing signalent bien les moments où il est confronté à cette imprégnation de la formation et du recrutement des infirmières par les préceptes religieux, et par l'identité de genre.

Au Québec, la confrontation des deux modèles de care présents au Canada, rend l'histoire de la professionnalisation des infirmières particulièrement significative. La prédominance du modèle anglo-canadien au Canada se heurte de plein fouet aux institutions religieuses franco-catholiques qui ont la haute main sur l'éducation et la santé au Québec. La première bataille a lieu à propos de la loi sur l'enregistrement des infirmières, en 1920 qui sera largement amendée parce qu'elle vise une réorganisation globale du système de santé, qui échapperait ainsi au contrôle des congrégations religieuses. Mais le mouvement en faveur de la professionnalisation des infirmières est également repris par des associations féministes franco-catholiques comme la Fédération Nationale Saint Jean Baptiste (FNSJB), ou celles des infirmières graduées appuyées par des médecins éclairés. En donnant plus de pouvoir aux professionnels, en particulier les médecins, pratiques courantes déjà dans le milieu anglo-protestant au tournant du XX<sup>e</sup> siècle mais inédites et redoutées dans le milieu franco-catholique, les conseils d'administration parviennent à éroder le pouvoir des congrégations religieuses dans leurs hôpitaux, et établissent la suprématie des professionnels laïques, comme dans le nouvel hôpital francophone, l'Hôpital Notre-Dame. Ainsi, les questions complexes de spécialisation des services de soins, entre le care et le cure, entre professionnels de la santé et administrations hospitalières laïques par exemple seront-elles abordées dans un contexte de grande polarisation entre ces deux principaux modèles (celui des anglo-protestants étant repris presque intégralement par les communautés juives, à partir des années 1920).

En moins de 20 ans, de 1920 à 1940, le système multi-séculaire de santé mis en place par les congrégations franco-catholiques, et dominant au Québec se voit ainsi ébranlé dans ses fondements. Certes, le tournant scientifique pris

par la médecine et la domination rapide de ce secteur ainsi que l'intervention progressive de l'État provincial et dans une certaine mesure fédéral, comme instances de régulation contribuent bien sûr à modifier le système de santé. Ces transformations majeures ont-elles eu raison des modèles désormais jugés trop vétustes de nursing, préconisés par ces congrégations ? L'association de la réforme anglo-protestante du nursing à la modernité, à la science, à la professionnalisation des soins et à la laïcité n'est-elle pas abusive ? L'histoire plus détaillée de la réforme engagée dans le milieu franco-catholique permet d'apporter un éclairage différent sur l'ensemble de ces transformations. Si en effet le monde des hospitalières franco-catholiques est déstabilisé au début du XX<sup>e</sup> siècle, les processus de changement qui le traversent n'en sont pas moins importants. Il est intéressant à cet égard de noter à quel point l'historiographie canadienne sur le nursing a peu pris en compte la complexité du système très élaboré mis en place par les hospitalières catholiques, pourtant fort présentes au Québec, en Alberta et dans d'autres provinces canadiennes. Ainsi, en rendant explicites les composantes protestantes et catholiques dans les différentes conceptions du care, on peut voir que la modernisation du nursing au Québec apparaît davantage comme résultant de la tension entre ces deux modèles, plutôt que comme l'application du modèle anglo-protestant.

On a beaucoup insisté sur la résistance des congrégations catholiques à la « nécessaire modernisation du système de santé », amorcée au début du siècle, comme preuve de leur anachronisme. D'où l'importance de le réformer. Ainsi du côté des réformateurs se trouvent des médecins éclairés, de généreux philanthropes et des pionnières du nursing qui se trouvent en face d'une institutionnalisation très poussée des services de soins occupant tout le terrain dans les grands hôpitaux. Or si l'on étudie de près ce modèle, on voit bien que ce n'est pas tant le fait religieux qui pose problème que l'hégémonie du système mis en place par les franco-catholiques qui entrave le libre exercice des professionnels. Au contraire de ces institutions structurées et pratiquement fermées aux laïques, les hôpitaux anglo-protestants, également imprégnés de ferveur chrétienne, apparaissent plus propices au déploiement de tous ces nouveaux pouvoirs. D'ailleurs, quelques médecins et infirmières catholiques (considérés comme éclairés) n'hésiteront pas à s'associer aux réformateurs pour réclamer une plus grande place dans les conseils d'administration des hôpitaux, le contrôle et la responsabilité thérapeutiques, etc. Pour ces derniers, la modernisation des soins signifiait leur libération des contraintes souvent personnelles ou familiales, à l'égard

des patients et des directions d'hôpitaux.

La professionnalisation des soins effaçait aussi le caractère sacré et intime du rapport au patient ou de la relation d'aide, pour faire place à un rapport plus objectif, quantifiable et marchand. Ainsi l'avènement des services de soins spécialisés est activement soutenu par une croyance absolue dans le bien fondé de la science. La vocation devenant obsolète aux yeux de ces nouveaux professionnels, et ce en dépit des discours des pionnières qui recommandent toujours la dévotion et la vocation comme condition essentielle d'accès à la profession, l'on doit rapidement remplacer le discours religieux par des pratiques de soins professionnelles et scientifiques. C'est ainsi que durant toute la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les congrégations mettront en œuvre une série de réformes du nursing, s'engageant aussi dans l'acquisition d'une formation supérieure, la mise en place d'associations de graduées, de revues professionnelles, etc.

Le meilleur exemple est celui des Sœurs de la Charité, ou Sœurs Grises. Elles prennent rapidement une position centrale dans le réseau catholique d'éducation supérieure en nursing aux Etats-Unis et au Canada. Leur engouement pour une éducation basée sur des principes de charité et de science a longtemps dominé le milieu de l'enseignement supérieur en nursing. Leur rapide adoption des principes de professionnalisation des soins a également permis de placer une grande partie de leurs membres et de leurs diplômées, souvent laïques, à des postes de pouvoir (principalement comme directrices de soins infirmiers, gestionnaires de grands hôpitaux, à Notre-Dame, par exemple, ou comme enseignantes dans les écoles d'hôpitaux). Ainsi, elles contribuent à la forte mobilité sociale de jeunes filles venant souvent de milieux ruraux défavorisés et qui s'engagent dans des carrières fulgurantes au sein de la communauté d'abord, en dehors par la suite, comme en témoigne la carrière d'une de leurs étudiantes laïques, Alice Girard, première doyenne de la faculté de nursing.[19]

Ici, les distinctions de classes qui jouent de façon importante dans le secteur anglo-protestant du nursing, comme de nombreuses historiennes l'ont montré, opposant l'élite (blanche, bourgeoise et urbaine) du nursing aux infirmières sous-payées et peu qualifiées (rurales et pauvres), ne sont pas du même ordre dans le secteur franco-catholique, du moins avant 1947 et l'apparition des infirmières auxiliaires. C'est pourquoi il est difficile de dire si la professionnalisation du nursing représente l'imposition de la domination des femmes des classes bourgeoises sur les autres femmes, ou si elle a permis à un plus grand nombre d'accéder à une profession : le débat reste ouvert. Mais la question de l'origine de classe

des infirmières me semble devoir être subordonnée aux deux autres variables, religieuses et de genre. En fait, on le voit, les modalités de fusion ou de disparition des origines religieuses du care dans le processus de professionnalisation sont quasiment achevées avant 1950. Ce qui résiste davantage, ce sont les origines genrées du care.

### **Épilogue : l'ambivalence en héritage (1950 à nos jours) ou comment dé-gener le care...**

Ces années de réforme ont légué un autre héritage à la profession infirmière, celui des savoirs féminins. En s'appropriant des savoirs féminins relatifs au care, les pionnières ont réussi à définir un ensemble de compétences exclusives, qui confèrent une légitimité à leur revendication d'autonomie. Cette expertise, adroite combinaison de morale religieuse et de connaissances bio-médicales fut à la base de l'enseignement du nursing pendant toute la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Progressivement la morale sera remplacée par l'enseignement des humanités et sciences sociales, les sciences bio-médicales prenant une place plus grande avec la spécialisation accrue. Mais c'est à partir de 1950, date à laquelle la mixité devient le discours officiel du nursing, que l'on cherche à se débarrasser à tout prix de l'identité féminine du nursing.[20,21] Parallèlement à l'effort déployé en faveur de la laïcisation complète du nursing, les associations d'infirmières ne veulent plus d'une expertise sexuée. Toute une nouvelle rhétorique entoure désormais l'acquisition des valeurs du care, incarnée par plusieurs écoles de pensée, issues surtout de la psychologie et des sciences sociales. Sous l'influence des écoles de pensée scientifiques, les références à la religion et au genre sont effacées des manuels d'enseignement et des nouvelles théories d'enseignement et de recherche en sciences infirmières voient le jour (Hildegard Peplau et Ida Orlando par exemple.[22,23]) Toutefois, il serait intéressant de comprendre pourquoi, quelles que soient ces nouvelles définitions, le caring reste aussi étroitement associé au genre féminin (que ce soit dans les pratiques infirmières, ou dans l'enseignement des sciences infirmières). Nous avons tenté de montrer ce que l'actuelle théorie du care devait aux savoirs féminins dans notre livre sur la discipline à l'université de Montréal.[24]

Dans tous les cas, la volonté de neutraliser les savoirs infirmiers (après les avoir détachés des identités personnelles et religieuses) et d'introduire la mixité dans la profession est présente depuis la fin des années 1950. Pourtant la profession infirmière reste l'une des professions les plus identifiées au genre féminin. Doit-on alors conclure avec Bourdieu que cette forte ségrégation sexuelle de la

profession infirmière est l'effet de la domination masculine ? Le modèle élaboré par Epstein[25] conclut à un processus de ségrégation professionnelle qui se reproduit et se consolide parce qu'établi sur des habitus et des représentations genrées (gender boundaries). Dans ce cas-ci, et notre étude le confirme, la profession s'est construite d'abord et avant tout sur des identités féminines (compassion, caring) et religieuses, au moins jusqu'en 1950. Les tentatives multiples des organisations professionnelles de désenclaver le nursing du féminin n'ont pas transformé radicalement ces données (que ce soit en prônant la reconnaissance de cette contribution féminine, durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, ou en tâchant de la faire reconnaître comme un service neutre). Avec Joan Tronto on pourrait dire que la valorisation sociale du care, comme valeur commune non identifiée à un genre, pourrait peut-être faire sortir le nursing de cette impasse.[26] Nul doute que cette démarche, où la compassion n'est pas seulement une commodité ou un service professionnel mais aussi une valeur partagée et reconnue par l'ensemble de la société, est au cœur du questionnement contemporain sur la division sociale du travail et de l'équité dans les rapports entre les hommes et les femmes. Car le care, comme soin aux autres, est encore massivement dominé par les femmes, que ce soit dans le marché du travail rémunéré ou domestique et gratuit. Et c'est cette aliénation du travail de soin des femmes qui reste problématique. La compassion que Joan Tronto envisage comme une nouvelle morale commune risque bien d'être le prolongement de la charité judéo-chrétienne du début du siècle dernier. Si cette vision d'une morale profane peut apparaître attrayante, l'utopie serait de lui enlever en plus de son caractère sacré, son ancrage dans les identités de genre.

## Références

- 1.Kerr JR, MacPhail J. Canadian nursing: Issues and perspectives. St-Louis: Mosby, 1996.
- 2.Baly M. The Nightingale nurses: The myth and the reality. In: Maggs C, editor. Nursing history: The state of the art. London: Croom Helm, 1987; 33-59.
- 3.Nelson S. Say little, do much. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2001.
- 4.McPherson K. Bedside matters: The transformation of Canadian nursing, 1900-1990. Toronto: University of Toronto Press, 2003.
- 5.Kinnear M. In subordination: Professional women, 1870-1970. Montreal & Kingston: McGill-Queens University Press, 1995.
- 6.Kirkwood R. Blending vigorous leadership and womanly virtues: Edith Kathleen Russell at the University of Toronto, 1920-52. Bulletin Canadien D'histoire de la Médecine 1994; 11(1):175-206.
- 7.Daigle J, Rousseau N. Le service médical aux colons: gestation et implantation d'un service infirmier au Québec (1932-1943). Revue d'histoire de l'Amérique Française 1998; 52(1):47-72.
- 8.Kinear J. The professionalisation of Canadian nursing,1924-1932: views in the CN and the CMAJ. Bulletin canadien d'histoire de la médecine 1994; 11(1):153-74.
- 9.Stuart M. Shifting professional boundaries: Gender conflict in public health nursing 1920-1925. In: Dodd D, Gorham D, editors. Caring and curing: Historical perspectives on women and health in Canada. Ottawa: University of Ottawa Press, 1994; 49-70.
- 10.Cohen Y. Profession infirmière: Une histoire des soins dans les hopitaux du Quebec. Montreal: Les Presses de l'Universite de Montreal, 2000; 81-102, 163-181, 209-253.
- 11.Cook R. The regenerators: Social criticism in late Victorian English Canada. Toronto: University of Toronto Press, 1985.
- 12.Zemon Davis N. Women on the margins. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
- 13.Rousseau F. La croix et le scalpel: Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec. Vol 2. Québec: Septentrion, 1994.
- 14.Laurin-Frenette N, Lee DJ, Duchesne L. À la recherche d'un monde oublié: Les communautés religieuses de femmes au Québec de 1900 à 1970. Montréal: Le Jour, 1991.
- 15.Cohen Y. Profession infirmière: Une histoire des soins dans les hopitaux du Quebec. Montreal: Les Presses de l'Universite de Montreal, 2000; 19-40, 103-32.
- 16.Paul P. A history of the Edmonton General Hospital, 1895-1970: Be faithful to the duties of your calling [Ph.D. thesis]. Edmonton, AB: University of Alberta; 1994.
- 17.Summers A. Angels and citizens: British women as military nurses, 1854-1914. London: Routledge, 1988.
- 18.Cohen Y. La contribution des Sœurs de la Charité à la modernisation de l'Hôpital Notre-Dame, 1880-1940. The Canadian Historical Review 1996; 77(2):185-220.
- 19.Cohen Y, Pepin J, Lamontagne E, Duquette A. Les sciences infirmières: Genese d'une discipline. Montreal: Les Presses de l'Universite de Montreal, 2002; 131-5.

- 20.Cohen Y. Profession infirmière: Une histoire des soins dans les hopitaux du Quebec. Montreal: Les Presses de l'Universite de Montreal, 2000; 231-53.
- 21.Cohen Y, Pepin J, Lamontagne E, Duquette A. Les sciences infirmières: Genese d'une discipline.Montreal: Les Presses de l'Universite de Montreal, 2002; 123-50.
- 22.Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psycho-dynamic nursing. New York: Putnam, 1952.
- 23.Orlando IJ. The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles. New York: Putnam, 1961.
- 24.Lamontagne E, Cohen Y. Des pratiques hospitalières aux soins infirmiers: Les Sœurs Grises à l'Université de Montréal. Historical Studies in Education/Revue d'histoire de l'éducation 2003; 15(2): 273-97.
- 25.Fuchs Epstein C. Tinkerbells and pinups: The construction and reconstruction of gender boundaries at work. In: Lamont M, Fournier M, editors. Cultivating differences: Symbolic boundaries and the making of inequality. Chicago: University of Chicago Press, 1992; 232-57.
- 26.Tronto JC. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge, 1993.

*Pour contacter l'auteure:*  
*Yolande Cohen, Ph.D.*  
*Membre de la Société Royale du Canada*  
*Professeur titulaire*  
*Université du Québec à Montréal*  
*Département d'histoire*  
*Courriel : [cohen.yolande@uqam.ca](mailto:cohen.yolande@uqam.ca)*