

Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XXe siècle

Johanne Daigle

Volume 4, numéro 1, 1991

Femmes, savoir, santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/057630ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/057630ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (imprimé)

1705-9240 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Daigle, J. (1991). Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XXe siècle. *Recherches féministes*, 4(1), 67-86.
<https://doi.org/10.7202/057630ar>

Résumé de l'article

Cet article porte sur le système d'apprentissage infirmier au sein des écoles d'hôpitaux. En retraçant le cheminement historique emprunté par plusieurs générations d'étudiantes, il s'agit d'étudier comment s'élabore la culture soignante des infirmières au XXe siècle. Construite à l'intérieur d'un système de rapports inégalitaires dans lequel l'accès au savoir se conjugue à l'éthique féminine du service bénévole, celle-ci s'articule autour de l'identification des femmes au rôle soignant. Comment devient-on infirmière? L'évolution de la formation professionnelle, de 1901 à 1970, à l'intérieur d'une institution témoin - l'école Jeanne-Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal - nous sert ici d'exemple pour illustrer notre propos.

Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XX^e siècle¹

Johanne Daigle

*On ne naît pas infirmière,
on le devient après un
entraînement sérieux.*

Soeur Allard 1931: s.p.

La profession d'infirmière, longtemps considérée comme un symbole du travail des femmes, est l'une de celles qui ont été le plus étudiées². Pourtant, on connaît encore mal les fondements culturels à la base de l'émergence et du développement d'une profession exclusivement réservée aux femmes jusqu'à la fin des années 1960 au Québec³. Comment cette culture féminine se construit-elle, comment se reproduit-elle à travers le temps et l'espace et quels sont les facteurs qui accélèrent sa transformation sinon sa disparition⁴ ?

En examinant l'évolution d'une profession encore exercée majoritairement par des femmes, notre étude vise à offrir une meilleure compréhension du rôle des femmes dans le champ de la santé. Avec l'envahissement de la technologie, la perspective humaniste des soins, associée aux compétences traditionnelles des femmes, apparaît de plus en plus menacée. Dans le contexte actuel de «déprofessionnalisation» du travail infirmier, la complexité de l'expérience historique peut offrir un éclairage privilégié des développements en cours. En effectuant un retour aux sources, cet article propose une étude de la culture soignante des infirmières à travers le système qui la produit. L'approche féministe utilisée dans cette optique se fonde sur une vision de l'intérieur de la profession, délaissant ainsi le champ mieux connu des luttes politiques, éducatives et professionnelles qui marquent le développement de cette profession.

La culture soignante des infirmières au XX^e siècle est, en effet, étroitement associée aux conditions de sa production. Les écoles d'hôpitaux ont constitué, à cet égard, la principale, sinon l'unique voie d'entrée dans la profession pour plusieurs générations de femmes, au Québec comme ailleurs. Ces écoles, où l'on apprend à devenir infirmière, offrent alors aux candidates à la profession des conditions qui n'ont pas d'équivalent dans le système scolaire. Dans ces écoles, la formation professionnelle, caractérisée par la rencontre des espaces-temps de formation, de travail et de vie personnelle, fait partie d'un système d'apprentissage infirmier mis en place au sein des institutions hospitalières. Celles-ci – dont la finalité première est le soin des malades – représentent, en quelque sorte, une structure de transition entre le travail gratuit des femmes et leur condition de travailleuses professionnelles dans le champ de la santé.

Cette structure de transition, passage emprunté pratiquement par toutes les candidates à la profession pendant les trois années de formation en milieu institutionnel, est propice à l'acquisition de «façons de dire, façons de faire»⁵ propres aux infirmières. Plus

encore, nous postulons que ce système d'apprentissage représente la base constitutive d'une véritable «culture du travail infirmier», le mot culture étant entendu à la fois dans le sens d'un ensemble de connaissances et d'un ensemble d'activités soumises à des normes spécifiques et à des modèles de comportements propres à un groupe⁶. Définie dans cette double optique, la culture soignante des infirmières se compose, comme nous le verrons plus loin, de valeurs, de savoirs et de pratiques constitués à l'usage des femmes.

Comme toutes les écoles d'hôpitaux reprennent la même structure de base qui constitue un modèle unique, nous avons reconstitué l'évolution de la formation professionnelle des infirmières à l'intérieur d'une institution témoin (Daigle 1990). L'école Jeanne Mance, une école congréganiste, catholique et francophone, sise au cœur de Montréal de 1901 à 1970, offrait cette possibilité de cerner plus finement la composition évolutive des valeurs, savoirs et pratiques transmis dans ce cadre. La longévité de cette école témoigne également de la tradition d'hospitalisation des Religieuses hospitalières de Saint-Joseph à l'Hôtel-Dieu, un hôpital étroitement associé à l'évolution scientifique et médicale.

Cet article vise à reconstituer les principaux aspects de la formation professionnelle de manière à cerner les dimensions caractéristiques de la culture soignante des infirmières au XX^e siècle. Après avoir situé l'évolution des écoles d'hôpitaux dans le contexte du développement sociosanitaire en Occident, nous examinerons le modèle d'apprentissage propre à ces écoles. Cette démarche nous permettra d'analyser la formation pratique transmise, dans ce cadre, par l'école Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal, en faisant ressortir, pour les principales phases du développement de cette institution témoin, les grandes composantes de la culture soignante des infirmières.

Des écoles greffées au développement des hôpitaux

C'est dans le contexte social de la deuxième moitié du XIX^e siècle, marquée notamment par la prégnance de l'idéologie victorienne, l'évolution scientifique et médicale et l'expansion industrielle et urbaine, qu'il faut situer l'émergence des écoles d'infirmières. Florence Nightingale en est l'instigatrice. Animée par l'idéal féminin prôné dans le cadre de l'idéologie victorienne à l'égard des femmes des classes moyennes – idéal de la mère entièrement soumise à son mari et dévouée à ses enfants (Smith-Rosenberg 1985) – Nightingale se croit investie d'une mission sanitaire et défend l'idée selon laquelle les femmes peuvent exercer, au profit des malades, l'autorité et la compétence que leur confèrent leurs responsabilités au sein de la sphère domestique (Poovey 1988). Dans cette dernière, il est entendu cependant que les femmes occupent une position non seulement complémentaire, mais aussi subordonnée à celle des hommes. Il en sera de même des «nouvelles» infirmières à l'endroit des médecins dans les hôpitaux.

La nouveauté introduite par Nightingale consiste à assurer aux infirmières un enseignement plus formel par la transmission des nouvelles connaissances sur l'environnement hospitalier, l'hygiène, l'alimentation et le traitement des malades. Sa théorie est simple et se révèle efficace : l'assainissement de l'air et l'application stricte de règles de propreté constituent les conditions essentielles pour assurer aux malades la possibilité d'une guérison (Rosenberg 1979). Pour démontrer la pertinence d'une action

engagée des femmes laïques dans les hôpitaux, les infirmières doivent ainsi remplir deux conditions : témoigner d'un caractère moral irréprochable, gage de leur fiabilité aux yeux des médecins, et développer une expertise des soins par le biais d'une formation rigoureuse, gage de leur compétence auprès des malades.

En s'inspirant du modèle de formation par apprentissage éprouvé au sein des ordres religieux de soignantes⁷, Nightingale retient, pour son école d'infirmières, les principes suivants : 1) le nursing est un art pour lequel les femmes doivent être spécialement formées; 2) l'organisation du service des malades s'inscrit dans le cadre d'une hiérarchie féminine; 3) l'hôpital, comme lieu de formation et de service des infirmières, offre la résidence pour parfaire l'éducation morale des femmes. L'école, conçue dans cette optique, doit dispenser une meilleure formation aux infirmières et permettre à l'hôpital, auquel elle est affiliée, une organisation plus rationnelle des soins assurés par la participation des étudiantes au service des malades. Dans ce cadre, l'école et l'hôpital, administrés de manière indépendante, poursuivent l'objectif d'une plus grande efficacité (Reverby 1988).

À une époque où les hôpitaux des grandes villes industrielles de l'Angleterre offrent le spectacle de gigantesques mouiroirs où prolifèrent infections, épidémies et déchéance des corps dans la souffrance non soulagée (Abel-Smith 1964), la nécessité d'une réforme des soins infirmiers permettra à Nightingale et à ses disciples d'atteindre un rayonnement à l'échelle internationale. L'amélioration du rendement des infirmières formées dans les hôpitaux se conjugue à d'autres forces qui favoriseront « *the invention of the modern hospital* » (Vogel 1979). L'industrialisation donne une impulsion plus grande aux développements technologiques et scientifiques, et l'application de meilleurs standards d'hygiène et d'une nouvelle discipline hospitalière rendent possible le développement médical⁸. Les chances d'y recouvrer la santé amènent de nouveaux patients à l'hôpital. D'institutions en marge de la société, les hôpitaux sont appelés à devenir des institutions sociales centrales. La réforme des soins infirmiers tisse la toile de fond sur laquelle s'appuie cette édification (Abel-Smith 1964).

Dès 1862, les infirmières formées au *St. Thomas' Hospital* de Londres – école souche –, vont à Liverpool, Manchester, Edimbourg, Dublin, pour y fonder d'autres écoles. Des hôpitaux et des médecins les appellent ensuite à Sydney, Montréal, Bombay, Berlin, Stockholm, Copenhague et dans les grandes villes américaines: New York, Boston, Baltimore, Chicago, Philadelphie (Rivière 1903). Comme les fonds manquent pour ouvrir ces écoles, on sacrifiera l'autonomie au profit de l'efficacité. La valeur économique de ces écoles pour les hôpitaux sera à la source d'une progression géométrique fulgurante. Aux États-Unis, la croissance du réseau est tout simplement prodigieuse : alors que la première école est instaurée en 1873, on en compte 15 dès 1880, 35 en 1890, 432 en 1900, 1 129 en 1910 et 2 155 en 1928 (Melosh 1982 : 45). Au Canada, le mouvement des écoles suit, à une échelle réduite, sensiblement la même progression: alors que la première école est fondée en 1874, on en compte 65 à travers le pays en 1901 et 218 en 1930 (Mussallem 1966 : 16).

L'expansion des écoles, liée au développement des hôpitaux, s'effectue en conjonction avec la croissance urbaine. Au Québec, le réseau des écoles anglophones se construit entre 1886 et 1900 alors que six des sept écoles qui subsisteront par la suite ont déjà pignon sur rue. Le réseau des écoles francophones ne démarre véritablement qu'au

tournant du siècle. D'abord développé dans les grands hôpitaux de Montréal et de Québec, le mouvement gagne ensuite la plaine de Montréal et les grands centres régionaux du Québec, suivant en cela les principaux axes du développement industriel et urbain : Joliette, Valleyfield, Saint-Hyacinthe, Saint-Jean, Buckingham, Rimouski, Rivière-du-Loup, Noranda (Linteau, Durocher et Robert 1979 : 416-417). En 1928, 32 des écoles du réseau qui en comptera une quarantaine sont déjà créées (AGMEPQ 1945 : 57-59; Desjardins *et al.* 1970 : 111-113).

La crise économique des années 1930 met un terme à ce développement incontrôlé, alors que le chômage frappe durement dans les rangs des infirmières. L'imposition de normes plus uniformes et plus sévères permettra même, tant aux États-Unis qu'au Canada, de diminuer le nombre d'écoles. Au Québec, on enregistre toutefois un dernier soubresaut entre 1942 et 1946 avec la création des dernières écoles en Beauce, à Alma, à Gaspé. Mais malgré l'étendue géographique du réseau, près de la moitié des écoles (47 %) se concentrent à Montréal et à Québec⁹. Les années 1940 et 1950 constituent une période de consolidation du réseau des écoles. À la faveur de la Deuxième Guerre mondiale, les associations d'infirmières obtiennent, dans la plupart des pays occidentaux, des lois qui leur permettent d'exercer un plus grand contrôle sur la formation dispensée dans le cadre des hôpitaux¹⁰.

La popularité que s'est acquise la profession coïncide alors avec une demande croissante d'infirmières. Au Québec, le nombre d'infirmières formées dans les écoles passe de 4 167 en 1941, à 39 252 en 1971, soit une hausse de 942 % en l'espace de 30 ans (Dumont 1981 : 14). L'évolution technologique et scientifique de la médecine – avec l'apparition des antibiotiques et le développement des champs de spécialisation – et la multiplication des plans publics et privés d'assurance-santé – qui favorisent une plus grande utilisation des hôpitaux – exercent une pression à la hausse tant sur le nombre des étudiantes que sur l'étendue de leur formation et des services qu'on attend d'elles. Le système des écoles d'hôpitaux perdure encore au-delà des années 1960, bien que plusieurs rapports d'enquêtes nationales et internationales aient conclu qu'il ne convenait plus vraiment ni aux exigences des soins ni à celles de la formation (Weir 1932; Mussallem 1966). Seule une volonté politique de financer les coûts de la formation des infirmières permettra d'y mettre un terme¹¹.

La «culture du travail infirmier»

Notre cadre d'analyse postule de fait que la formation professionnelle des infirmières fait partie d'un système d'apprentissage mis en place pour répondre aux visées institutionnelles. Celles-ci concernent, suivant l'ordre hiérarchique établi, les soins aux malades d'abord et la formation des infirmières ensuite. Tribut, en quelque sorte, payé à la science, l'accès au savoir se conjugue donc à l'éthique féminine du service.

Un apprentissage qui fait appel au bénévolat

L'absence de financement public place les écoles sous la dépendance des hôpitaux qui les abritent. Cette tutelle les oblige à rencontrer les exigences quotidiennes du soin des malades pour pouvoir dispenser la formation des infirmières. Toutes les écoles, grandes ou petites, qu'elles soient dirigées par des religieuses ou des laïques, des francophones ou des anglophones, reprennent le même système de base. Ce système, comme l'explique A. Nutting, «fait des écoles d'infirmières un département des hôpitaux, chargé de toutes les activités comprises dans les services d'infirmières» (1931 : 76). Dans ces conditions, ce sont les étudiantes que l'on engage à payer de leurs services les coûts de leur formation et de leur entretien. Les candidates à la profession qui contractent un engagement envers leur institution d'attache troquent, dans une certaine mesure, l'acquisition du savoir, contre sa mise en pratique bénévole.

Cet arrangement est ainsi convenu par la signature d'un contrat d'une durée de trois ans, au terme duquel les étudiantes qui ont rempli les conditions prescrites obtiennent un diplôme d'infirmière. Toute infraction en ce qui a trait au service, à l'enseignement et aux règlements de séjour stipulés dans le contrat signé, est passible d'un renvoi sans condition en tout temps. Cette situation favorise l'exploitation économique des étudiantes en même temps qu'elle leur impose une discipline de vie rigoureuse.

Entre savoir et savoir-être

Puisqu'elles s'inscrivent à la jonction des espaces-temps de formation, de travail et de vie pour les étudiantes infirmières, les écoles d'hôpitaux se présentent comme des institutions à caractère total (Goffman 1969). Celles-ci offrent les traits d'une organisation centralisée et d'une structure d'autorité unique dont l'objectif est de satisfaire l'ensemble des besoins humains regroupés sous un même toit. Le programme du cours d'infirmière met ainsi l'accent sur une formation intégrale (savoir, savoir-être, savoir-faire).

La culture soignante des infirmières s'appuie sur un ensemble de valeurs normatives qui, dans le cadre du système d'apprentissage, se fondent sur l'application de règles strictes et l'imposition d'un modèle de comportements attendus des étudiantes. Outre les exigences d'admission relatives à l'âge et à l'instruction préalable, les candidates doivent rencontrer les critères établis d'une bonne «éducation», de manières distinguées, de mœurs irréprochables attestées par un certificat de conduite morale et religieuse exemplaire, et par-dessus tout, d'un parfait état de santé. Une fois admises, les étudiantes sont soumises à des règles explicites qui commandent un certain dénuement dans la tenue : parler à voix basse, marcher sans faire de bruit, porter un costume uniforme, sans parure ni maquillage. Le cadre réglementaire place encore, au-dessus de ces exigences, la pratique des vertus premières que doit posséder une infirmière : propreté et ordre, discrétion et finalement obéissance stricte aux autorités médicales et hospitalières.

La logique interne du système d'apprentissage repose en fait sur sa capacité d'affecter d'un coefficient sexuel cohérent toutes les dimensions qu'il recouvre (formation, travail, vie personnelle). Dans cette perspective, l'identification première des femmes aux soins représente une force majeure de cohésion. Le concept de *caring* (Urgerson 1983)

permet, à notre avis, de rendre compte de la spécificité du travail infirmier. Symbiose, en quelque sorte, de l'implication émotive et de l'expertise technique incluses dans la pratique soignante, l'expérience du *caring* s'articule autour de valeurs culturelles associées à la féminité (dévouement, compassion, patience, discrétion...). Plus encore, le *caring* représenterait le véritable symbole de l'identité féminine, l'expression simultanée de l'expérience et de la conscience des femmes (Graham 1983). La profession d'infirmière se serait d'ailleurs méritée ses lettres de noblesse par l'identification des femmes au rôle soignant (Vicinus 1985 : 88).

Dans le cadre des structures établies, la formation des infirmières relève de la dynamique de l'apprentissage des soins dans les départements hospitaliers. Le rythme de la vie des étudiantes, aussi bien que la fréquence et le contenu de l'enseignement dispensé par les praticiens et praticiennes du milieu institutionnel (médecins, infirmières, diététistes), sont tributaires d'une institution à caractère charitable dont la vocation essentielle consiste à répondre aux besoins toujours pressants des malades.

Entre savoir et savoir-faire

La culture soignante se compose ainsi de pratiques mais également de savoirs. L'identité construite entre le sexe et le savoir, que l'on peut croire rattachée au processus même du développement scientifique (Fox-Keller 1985), rend compte de la façon dont le savoir, lorsqu'il est adressé aux infirmières, se transforme en savoir utilisable dans le travail. Avec l'évolution du savoir formel, la formation professionnelle se réalise par l'ajout, dans l'apprentissage des aspects techniques et des aspects symboliques rattachés à l'«art du métier», d'une somme de plus en plus importante de connaissances scientifiques en soins infirmiers mais surtout en médecine. Les infirmières accèdent à ces nouvelles connaissances dans des conditions et selon des proportions dictées par les médecins. Elles seront donc initiées à la science médicale dans la mesure de ce qui est jugé nécessaire pour appliquer certains traitements médicaux de routine. À la hiérarchie ainsi édifée sur la base des savoirs, se superpose une autre hiérarchie, construite celle-là sur la base du sexe.

Mais malgré la rigidité du système d'apprentissage infirmier, l'articulation des valeurs, des savoirs et des pratiques transmis dans ce cadre n'est pas statique. À la faveur des changements qui jalonnent l'évolution du milieu institutionnel et, plus globalement, de la société québécoise, les tensions se multiplient entre les espaces-temps de formation, de travail et de vie. Ces transformations liées surtout à l'emprise du laïcisme, de la science et de la technologie, modifient la composition des savoirs et des soins infirmiers qui y sont dispensés. Ces changements iront même jusqu'à modifier la vision humaniste des soins. Si bien que le système d'apprentissage infirmier se trouvera finalement menacé sur tous les fronts.

Cette problématique générale nous permet d'énoncer l'hypothèse suivante : en vertu du système d'apprentissage, la «culture du travail infirmier» va perdurer, malgré les développements technologiques et scientifiques majeurs du milieu hospitalier, mais tout en accentuant les contradictions entre les valeurs humanistes traditionnelles et les valeurs «tayloristes» de l'organisation du travail liées à la technologie. Cette évolution modifiera sensiblement cependant les méthodes soignantes, voire même la conception de la

convalescence. Cette hypothèse sera vérifiée en abordant l'évolution des apprentissages infirmiers à l'école Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Cette étude se fonde sur le dépouillement de sources variées¹² provenant principalement des archives de la Congrégation des religieuses propriétaires de l'école et de l'hôpital concernés. À ces sources s'ajoutent quelques témoignages oraux d'anciennes étudiantes et directrices de l'école, afin de discerner, au travers des contraintes structurelles, les intentions des responsables de cette formation professionnelle.

Trois périodes marquent l'évolution de la culture soignante transmise au sein de cette institution : les années 1901 à 1945, 1946 à 1956 et 1957 à 1970. La première période se caractérise par la prédominance de la tradition soignante inaugurée par les religieuses; la deuxième coïncide avec le développement technologique et scientifique survenu dans le domaine médical de l'après-guerre; enfin, la troisième phase correspond à des réajustements substantiels dans l'organisation des soins et de la pratique soignante.

«Acquérir la vocation» : 1901-1945

À l'aube du XX^e siècle, les Religieuses hospitalières de Saint-Joseph qui opèrent l'Hôtel-Dieu de Montréal depuis l'époque de la Nouvelle-France, ont conservé presque intacte l'organisation soignante traditionnelle. En vertu de leurs constitutions¹³, elles s'engagent à soigner ceux qu'elles appellent «nos seigneurs les malades» dans un esprit de charité chrétienne et de dévouement maternel. Elles doivent leur assurer tous les soins qui guérissent, soulagent ou réconfortent le corps, tout en apportant une considération particulière aux soins de l'âme. Pour cette raison, les prières et les exercices religieux font intrinsèquement partie du rituel soignant. Des tableaux de saintes et de saints – selon que la salle soit réservée à des malades de sexe féminin ou masculin –, sont suspendus aux murs des salles de 44 lits chacune, alors que brûlent des encens et que trônent des fleurs sous les fenêtres, dans le but avoué de réjouir les malades.

L'organisation des soins est planifiée suivant une division du travail entre les fonctions rattachées au «*cure*» et au «*care*» et les fonctions domestiques. La partie dite scientifique des soins – la préparation et l'administration des médicaments et les traitements comme tels (pansements, cataplasmes, vésicatoires, fomentation, application de sangsues, frictions...) – revient à la pharmacienne. Celle-ci fait figure de sœur savante, chargée de remplir les prescriptions des médecins en préparant les cachets, sirops, onguents, pommades, mixtures digestives et expectorantes, etc. C'est elle qui formera les sœurs destinées à devenir hospitalières. Pour les fonctions se rattachant au «*care*», les religieuses de chœur¹⁴ mêlent leurs efforts pour dispenser les soins et le réconfort que l'on juge nécessaire aux malades.

À l'heure des repas, toutes les religieuses se répartissent dans les salles des malades suivant un rituel solennel. Elles entrent deux par deux, la supérieure en tête qui agit un goupillon et asperge ainsi les lieux d'eau bénite. Elle commence à réciter la prière d'usage. Puis l'hospitalière responsable de la salle et son assistante préparent les plateaux que d'autres sœurs distribuent aux malades. L'une s'avance en offrant linge et bassin aux malades pour se laver les mains. D'autres font les lits, se mettant deux à deux, une de

chaque côté. Les soeurs converses s'occupent alors de tâches considérées comme les plus «grosses peines» : vider les crachoirs et les bassins, changer les malades qui en ont besoin, etc. Toute cette opération se déroule pratiquement en silence. Ne sont admises que quelques paroles d'encouragement prononcées à voix basse. À la fin, les religieuses se retirent dans le même ordre, deux par deux. Seules demeurent dans la salle l'hospitalière responsable et une soeur converse pour répondre aux besoins des malades.

La pratique des soins s'acquiert ainsi par une expérience réalisée d'abord au chevet des malades, ensuite à la pharmacie qui fait office d'école avant la lettre. Jusqu'au XX^e siècle, toutes les religieuses de chœur suivent cette filière dans l'apprentissage du métier. La maîtrise des techniques de soins, la connaissance des procédés de fabrication et d'administration des médicaments et l'acquisition des méthodes de traitements se communiquent essentiellement par l'observation. Mais l'aube du XX^e siècle apporte des changements qui obligent les religieuses à sabrer dans cette tradition séculaire. Des impératifs de deux ordres se conjuguent pour forcer les religieuses à revoir leur système de formation : il devient urgent, dans le même temps, d'augmenter le nombre de soignantes et de hausser le niveau de la formation requise¹⁵.

Des motifs semblables président à la fondation de plusieurs autres écoles d'infirmières au Québec. Il s'agissait avant tout de venir en aide aux religieuses et de seconder les médecins¹⁶. En ouvrant leurs portes aux laïques, les religieuses de l'Hôtel-Dieu, qui se consacrent aux soins des malades par vocation depuis des temps ancestraux, tenteront de préserver l'esprit qui les anime en s'efforçant d'initier les laïques «[...] par l'exemple et la bonté, au sens chrétien, à la charité vraie, qui leur feront remplir utilement au milieu du monde, leur mission, et les guideront dans ce genre de vocation si intéressante et si utile au bien de l'humanité souffrante»¹⁷. Cet esprit se concrétise dans l'intérêt et l'attention portés aux malades. «C'était de s'intéresser au malade comme si c'était notre enfant. [...] Il fallait lui donner tout ce qu'on pouvait souhaiter; ne pas négliger les petits soins, sa collation, sa toilette...», dira une religieuse¹⁸.

Avec l'ouverture d'une école en 1901, la tradition éducative et soignante des religieuses est donc confrontée à l'évolution rapide de l'ensemble du champ de la santé. L'évolution scientifique en soins infirmiers et en médecine et la ramification des domaines de l'hygiène publique accroissent les exigences de formation des infirmières. À l'apprentissage par l'observation dans les différents départements hospitaliers, se sont ajoutés des cours formels en anatomie, physiologie, hygiène, diététique, pharmacologie, médecine, chirurgie, obstétrique et pédiatrie. Mais la formalisation de cet enseignement se bute à l'exigence, qui incombe aux étudiantes, de dispenser les soins requis par le service des malades. Aussi, les cours seront-ils donnés en dehors des heures de service et en sus de ces heures. L'enseignement infirmier se réalise dans le maintien de la tradition soignante des religieuses qui déterminent le rythme et la portée des réformes en fonction d'une conception du soin des malades qui allie la charité à la science.

En vertu des règlements de l'école, la direction présume que : «Les religieuses ainsi que les médecins de l'institution, par des cours théoriques et des cours pratiques, initient les élèves à tout ce qu'elles doivent savoir pour remplir consciencieusement leur devoir de garde-malade»¹⁹. Des années 1901 à 1945, les structures progressivement mises en place confèrent à l'école hospitalière la forme qu'elle conservera pendant la majeure partie de son

existence : direction centralisée de la formation et du soin des malades, réglementation stricte du cadre de vie des étudiantes, programme ordonnant cours et stages de travail répartis sur trois ans. Dans le contexte où l'école est appelée à devenir la plaque tournante de l'organisation des soins, la formation pratique reste cependant au centre de la formation dispensée.

Cette formation reprend le principe établi par les religieuses d'une formation graduée. Les étudiantes sont d'abord initiées aux soins de base (l'hygiène, la façon de faire les lits, l'observation des signes et des symptômes que présentent les malades, leur toilette, les enveloppements chauds et froids, la température, le pouls...), ceci à raison de quelques heures quotidiennes de pratique surveillée auprès des malades. En poursuivant comme objectifs : « L'habile maniement du malade avec le moins de malaise possible; l'habile maniement des objets stérilisés sans danger de les contaminer; l'exclusion des mouvements inutiles de manière à assurer le maximum de vitesse compatible avec la plus grande habileté »²⁰, cet enseignement vise à préparer les étudiantes, au jour le jour, aux problèmes rencontrés dans un hôpital. Il est, par ailleurs, reconnu que « [...] c'est par un contact direct avec les malades que seront le plus facilement développées les intuitions, la dextérité et les qualités virtuelles d'une bonne infirmière »²¹.

Après les trois premiers mois du cours, considérés comme une période de probation, les étudiantes, reconnues aptes à assurer un service régulier dans un département de l'hôpital, sous la supervision des hospitalières, entreprennent alors les différents stages. Ces étudiantes, à qui l'on confie alors le soin de quatre, cinq ou six malades, selon leur état, dispensent pratiquement tous les soins requis. Pour les traitements jugés plus complexes, les hospitalières doivent accompagner les étudiantes en les surveillant, ou encore s'en charger elles-mêmes à titre de démonstration. Il semble qu'avec l'évolution de la médecine au cours des années 1930 et 1940, ces traitements aient augmenté. Une ancienne directrice soutient que c'est à ce moment que les infirmières ont commencé à prendre la pression artérielle et à faire les prises de sang, tâches jusque-là réservées aux médecins.

Cette formation pratique emprunte cependant la forme d'une pratique de travail effective. Les étudiantes infirmières s'engagent envers l'institution à effectuer douze heures de travail par jour, à raison de six jours et demi par semaine. Elles doivent effectuer, de plus, six mois de travail de nuit réparti sur les trois années du cours. En 1940, elles obtiennent finalement la journée de travail de huit heures, réparties cependant sur une plage horaire de douze heures. Mais le service de nuit de douze heures reste encore le lot des étudiantes. La remise du temps de travail perdu (pour cause de maladie surtout) à la fin du contrat constitue, de plus, une condition préalable à l'obtention du diplôme d'infirmière. Ces conditions prévalent sensiblement dans toutes les écoles d'infirmières au Canada (Weir 1932). Mais entre les années 1901 et 1945, la dynamique des savoirs et des savoir-faire dont le contenu est à la hausse, à l'Hôtel-Dieu comme ailleurs, ne modifie pas, dans le même temps, les conditions du travail exigé des étudiantes; si bien que le programme d'études devient de plus en plus chargé.

À l'instar des religieuses consacrées, par vocation, au service des malades, les laïques sont ainsi amenées à vivre pour les malades, leur sacrifiant pratiquement tout espace de liberté personnelle. Selon une ancienne étudiante de l'Hôtel-Dieu à la fin des années 1930, l'idée selon laquelle « [...] le malade est la raison d'être de l'hôpital, la raison

d'être de notre présence à l'hôpital»²², résume, en substance, la philosophie soignante au cours de cette période. La «culture du travail infirmier», basée alors sur une conception humaniste chrétienne du soin des malades, correspond en fait à l'image de l'infirmière dévouée. Les valeurs culturelles associées à la féminité dans le cadre du maternage (oubli de soi, service à autrui...) viennent sanctionner les exigences particulières à la pratique soignante. Les cérémonies qui jalonnent le cours d'études à chaque étape viennent sanctionner, symboliquement, cette nouvelle identité acquise au jour le jour, alors que les étudiantes deviennent plus compétentes et plus savantes dans le soin des malades.

C'est finalement à la suite d'une formation axée sur la pratique, éclairée par des éléments de connaissances théoriques jugées nécessaires, que l'on devient infirmière au cours de cette période. Mais on entrevoit déjà qu'à l'issue de la Deuxième Guerre mondiale, l'évolution de la médecine hospitalière posera de plus grands défis dans l'organisation de la formation et des soins assurés par l'école.

Intégrer les nouvelles exigences du développement hospitalier : 1946-1956

Au cours de l'après-guerre, l'école d'infirmières de l'Hôtel-Dieu est confrontée à des exigences plus élevées tant sur le plan de l'organisation soignante que sur celui de la formation des infirmières. La profession obtient une reconnaissance juridique qui lui permet de définir les normes de formation et d'accès au métier²³. L'Association des infirmières de la province de Québec (AIPQ), qui entend se tailler une place plus enviable au sein des nombreux développements qui marquent l'évolution du champ sanitaire, met l'accent sur la formation pratique des infirmières. Plus qu'une formation par apprentissage auprès des hospitalières des hôpitaux, celles-ci doivent recevoir, soutiennent les porte-parole de la profession, un véritable enseignement clinique pour parfaire leur formation professionnelle en soins infirmiers²⁴.

D'un autre côté, la croissance d'un hôpital comme l'Hôtel-Dieu, tant par sa capacité d'accueil – qui passe de 387 lits à 520 entre 1942 et 1946 et à 750 en 1952 – que par la spécialisation de ses services de médecine, de chirurgie, de psychiatrie et de laboratoire, entraîne des exigences plus grandes dans l'organisation des soins infirmiers²⁵. Pour répondre à la demande de soins accrue, la direction de l'école d'infirmières, sur qui repose la distribution des soins, doit mousser le recrutement. Le nombre d'étudiantes triple pendant cette période, passant d'une centaine en 1942 à plus de 300 en 1957. Mais alors que l'école ne reçoit aucun financement public pour assumer les coûts de la formation de ses infirmières, il apparaît difficile de rencontrer les nouvelles exigences posées par l'AIPQ. Dans ces conditions, la direction de l'école pare au plus pressé: elle augmente le nombre de cours et de stages de travail dans les champs de spécialisation médicale (diabétologie, hypertension, chirurgie vasculaire et thoracique, neuro-chirurgie, etc.), si bien que le temps alloué pour chacun des cours et des stages devient, dans l'ensemble, de plus en plus morcelé.

Puisque les cours sont donnés, comme par le passé, en sus des heures de service à l'hôpital, la hausse des heures de cours commande une diminution du temps de travail. Face aux besoins pressants, les conditions de travail tardent cependant à changer. La direction de l'école effectue, à ce chapitre, des réajustements lents mais progressifs. Elle réduit la

durée du service de nuit de six mois à quatre mois et demi en 1952 et accorde finalement à ses étudiantes le service de nuit de huit heures à compter de 1957, alors qu'elle inaugure un quart de service de soir. Outre ces réaménagements, la formation pratique se poursuit encore dans la même lignée : les étudiantes sont initiées au travail hospitalier pendant la période de probation et poursuivent ensuite les stages dans les services de l'hôpital, sous la direction des hospitalières des salles. Des institutrices cliniques, chargées d'assurer auprès des étudiantes la liaison entre la théorie enseignée à l'école et la pratique réalisée à l'hôpital, ne feront leur apparition qu'au cours de la période subséquente.

Les malades restent donc le centre d'intérêt des étudiantes qui n'ont guère encore de loisirs en dehors des heures de cours et des heures de service à l'hôpital. L'esprit de leur formation est imprégné d'un contact étroit avec les malades. Une infirmière laïque, étudiante au cours de cette période, explique ainsi la nature de ce contact :

On avait plus de temps à consacrer aux malades. On connaissait leur famille. On s'adaptait à leurs besoins pour tout ce qui était possible. L'un était habitué à se coucher tard, c'est le dernier qu'on allait préparer pour la nuit. On tenait compte de leur façon de vivre, on se souciait de ce qu'ils ressentaient, de ce qu'on pouvait faire pour adoucir leur séjour à l'hôpital²⁶.

Mais avec la croissance de l'hôpital et la plus grande spécialisation des services, le danger de la déshumanisation des soins apparaît déjà comme une menace réelle. Dans le contexte de l'après-guerre, les religieuses de l'institution manifestent une attitude de méfiance devant l'évolution de la science et de la technologie médicales²⁷.

Les années 1946 à 1956 se caractérisent, dans l'ensemble, par la consolidation des acquis, sans que ne soit modifiée substantiellement l'orientation initiale donnée à la formation pratique et ce, malgré les souhaits exprimés par l'AIPQ. L'école se trouve, par ailleurs, placée sur «la corde raide» entre les exigences, de plus en plus difficiles à concilier, des soins aux malades et de la formation des infirmières. Cette évolution conduira les religieuses, en 1957, à scinder l'organisation de ces deux dimensions au sein de l'institution.

Revoir l'organisation des soins et de la formation des infirmières : 1957-1970

L'évolution de la formation professionnelle au sein de l'institution révèle ainsi l'existence de forces conjuguées qui militent en faveur d'un emprunt plus substantiel à la technologie et à la science médicale. Dans le contexte des années 1957 à 1970, marquées par l'évolution fulgurante de la médecine hospitalière, l'implication de l'État dans le financement des services, la laïcisation et la syndicalisation du personnel infirmier, l'institution doit revoir l'organisation et la distribution des soins aux malades.

En 1957, l'Hôtel-Dieu inaugure un Service de *nursing*, responsable de l'organisation des soins, de la qualité et de l'efficacité de leur distribution par le personnel infirmier. L'école pourra désormais affirmer sa mission éducative première, bien que les liens restent étroits avec ce nouveau service puisque les étudiantes, considérées comme faisant partie du personnel soignant, continuent à procurer une partie substantielle des soins aux malades lors des stages de travail à l'hôpital. Mais puisqu'il faut faire face à une augmentation du volume de soins financés désormais par l'État, on adjoint aux étudiantes, un plus grand

nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires diplômées. L'organisation soignante s'en trouve modifiée. La direction des soins infirmiers instaure un nouveau système, le «système d'équipe», en nommant une infirmière diplômée responsable du travail de quelques étudiantes et auxiliaires placées sous sa responsabilité. Il semble que les hospitalières ont désormais trop à faire avec l'administration des départements de malades pour s'occuper de cette tâche.

Bien que la direction place toujours l'organisation des soins dans l'optique du soin global des malades, le système d'équipe en modifie le sens. On parle désormais d'«[...] un groupe de personnes professionnelles et non professionnelles qui travaillent ensemble dans le but d'organiser et de donner un soin intégral à un groupe de malades»²⁸. Dans ce contexte, c'est la conception même des soins qui s'en trouve modifiée. À l'idée de protection du malade, associée au rapport protecteur de la mère à l'égard de l'enfant, se superpose progressivement celle de l'autonomie de la personne malade. La notion de service, utilisée plus volontiers que celle de vocation au cours des années 1960, recouvre en fait une réalité changeante située à la jonction de ces deux courants de pensée. Mais pour la direction du Service de *nursing* à l'Hôtel-Dieu, la notion de service, qui témoigne d'un vocabulaire plus laïque, recouvrira longtemps encore celle de vocation aux soins. En 1959, la direction soutient la conception selon laquelle «Il faut que le malade soit en sécurité et reçoive dans le temps prescrit tous les soins qui lui sont dus»²⁹. La direction insiste en particulier sur les «petits soins» reliés au confort et à la satisfaction des malades (leur offrir une couverture, une tisane, leur frictionner le dos, bien faire leur toilette, garder leur chambre en ordre...). Au milieu des années 1960, elle affirme ainsi que «[...] la qualité des soins est souvent une question de détails humains réalisés ou négligés»³⁰.

Mais les religieuses ont beau insister, elles éprouvent de plus en plus de mal à faire adopter, par les infirmières laïques, un comportement dévoué. Les nombreux traitements à effectuer retiennent davantage leur temps et leur attention. Par ailleurs, les grèves des infirmières de l'institution au cours des années 1960 contribuent à transformer l'image de l'infirmière, définie comme travailleuse, professionnelle et salariée. Derrière l'image de l'infirmière dévouée, c'est le rapport maternel de l'infirmière aux malades qui est remis en cause. «Il faut repenser "le maternalisme de mauvais aloi", qui consiste à traiter le malade comme un enfant et oeuvrer plutôt dans le sens d'un plus grand respect des droits et de la dignité de la personne, en particulier le droit de connaître la vérité sur son état», soutient Claire Dutrisac, lors d'une conférence prononcée devant une assemblée d'infirmières en 1968³¹. Avec le recul des ans, une ancienne étudiante de l'Hôtel-Dieu au cours des années 1960 abonde dans le même sens :

Quand j'étais étudiante, on ne leur rendait pas service aux malades, on ne les amenait pas à être autonomes, on les dorlotait comme ça ne se peut pas. On donnait des bains complets aux opérés des 4-5 jours de temps, on les faisait manger. Et quand ils étaient au lit, les lever, c'était un événement, tandis qu'aujourd'hui, il n'y a pratiquement pas d'opérés qui ne soient passés du lit au fauteuil dans les 24 heures³².

Dans ce contexte, les étudiantes infirmières, pour leur part, affirment publiquement leurs droits d'être reconnues comme étudiantes et revendiquent plus de liberté qu'auparavant. Elles obtiennent de la direction des heures de sortie plus étendues, la

permission de mettre sur pied une association étudiante et des activités parascolaires de toutes sortes. L'institution améliore leurs conditions d'étude en comptabilisant les heures de cours au chapitre des heures de travail, ce qui leur permet de disposer de véritables journées de congé. De plus, la direction embauche un personnel enseignant plus nombreux et crée finalement des postes d'institutrices cliniques et de monitrices pour mieux encadrer le travail des étudiantes à l'hôpital. Cependant, les efforts consentis apparaissent insuffisants pour résoudre tous les nouveaux problèmes posés. En 1968, l'institution se voit finalement couper l'herbe sous le pied. Le ministère de la Santé, qui couvrait depuis 1961 les frais encourus par les services des étudiantes à l'hôpital, décide de ne plus encourir ces frais, alors que le ministère de l'Éducation subventionnera la formation des infirmières en l'intégrant au système collégial d'enseignement qui vient d'être organisé. En 1970, les religieuses sont contraintes de fermer leur école, qui aura été, depuis le début du siècle, l'une des plus grandes et des plus réputées du Québec.

* * * * *

Les conclusions qu'autorisent l'étude d'une institution témoin permettent de mieux cerner l'évolution de la formation professionnelle des infirmières en milieu institutionnel au Québec, en fonction d'un modèle commun à toutes les écoles. Cette formation a poursuivi des objectifs associés à l'éducation des filles en fonction d'une éthique du service bénévole aux malades. Elle a permis, de plus, de répondre à des exigences sociales accrues en matière de qualité des soins dispensés aux malades et d'efficacité de l'aide apportée aux médecins. La culture soignante des infirmières au XX^e siècle, faite de valeurs, de savoirs et de pratiques liés au travail infirmier demeure associée au système d'apprentissage élaboré en milieu institutionnel. Dans ce cadre, l'école de l'Hôtel-Dieu a représenté un lieu d'implication majeur des femmes soignantes.

Cependant, les exigences du développement technologique et scientifique des hôpitaux, ainsi que les nouvelles connaissances requises dans la formation des infirmières, augmentent progressivement les contradictions entre les espaces-temps de formation, de travail et de vie personnelle. Avec la Deuxième Guerre et plus encore avec les années 1960, les limites des réformes introduites dans le cadre du système d'apprentissage apparaissent clairement. L'insuffisance des ressources consenties à la formation des infirmières prête lieu à des réformes improvisées en fonction des besoins du moment. Malgré les efforts consentis par l'institution au chapitre de l'organisation des soins et de la formation des infirmières, l'administration autoritaire et économe des religieuses apparaît d'un autre âge. À l'heure du rapport Parent, celles-ci ne recevront pas, par ailleurs, leur quote-part dans le financement de la formation des infirmières. Dans ce nouveau contexte, le système d'apprentissage ne pourra plus absorber toutes les exigences contradictoires qui lui sont adressées. Les religieuses propriétaires de l'institution réussiront cependant à le conserver intact encore quelques années.

La «culture du travail infirmier», transmise dans le cadre d'un système d'apprentissage spécifique, s'inscrit dans une dynamique évolutive qui mettra à jour une série de contradictions. Celles-ci finiront par remettre en question les fondements mêmes de ce type d'apprentissage. Les tensions, qui se multiplient au fil des ans, témoignent en

outre de l'ambiguïté des rôles dévolus aux infirmières : le soin des malades et l'assistance aux médecins. Le premier rôle correspond à l'image de l'infirmière dévouée, mais active et dynamique, avide de savoir plus et d'être plus compétente pour donner de meilleurs soins aux malades. Le second rôle, amplifié par l'essor de la technologie et de la science médicale, requiert une division du travail plus poussée. Les médecins, qui disposent du pouvoir de réglementer l'ensemble du champ de la santé, ont augmenté leurs exigences de formation et de travail à l'endroit des infirmières.

Confrontées aux valeurs «tayloristes» de l'organisation du travail liée à la technologie, les valeurs humanistes traditionnelles ne suffiront pas à elles seules à assurer la cohésion du corps infirmier. Dans le contexte plus laïque des années 1960, les étudiantes et les infirmières affirment leur volonté d'être reconnues comme travailleuses professionnelles et salariées. L'éthique féminine du service bénévole éclate. Le système d'apprentissage infirmier ne pourra plus subsister. On peut déjà prévoir l'existence d'une crise de l'identité professionnelle des infirmières au cours des années 1970-1980³³, articulée sur l'existence d'un double système de valeurs de plus en plus difficiles à concilier.

Avec la disparition du système d'apprentissage infirmier, la perspective humaniste des soins est remise en cause et, avec elle, les compétences traditionnelles des femmes. Les cendres de ce système recouvrent, croyons-nous, l'étincelle qui favorisera l'émergence d'un nouvel humanisme soignant.

*Johanne Daigle
Département d'histoire
Université Laval*

Notes

1. Je tiens à remercier mesdames Micheline Beauregard, Nadia Fahmy-Eid et Colette Gendron pour leur lecture minutieuse de cet article. Leurs suggestions et commentaires ont permis d'en améliorer grandement la qualité.
2. L'histoire de la professionnalisation du métier au XX^e siècle a le plus souvent retenu l'attention. Peu d'études ont cependant porté sur le Québec. Les plus intéressantes sont celle de Cohen et Dagenais (1987) et celle de Petit (1989). Pour un bilan historiographique d'ensemble sur l'histoire des infirmières, voir Daigle (1990 : 20-63).
3. La corporation professionnelle des infirmières de la province de Québec, qui détient depuis 1946 le monopole des droits d'exercice du métier, n'autorise l'admission des hommes à l'exercice de cette profession qu'en 1969. Il faut noter cependant qu'à compter du début des années 1960, certaines écoles admettent quelques candidats de sexe masculin dans les rangs des étudiantes infirmières et leur décernent des diplômes. Ces nouveaux diplômés, non licenciés comme l'exige la loi, voient leurs possibilités d'embauche et de promotion limitées sur le marché du travail infirmier.

4. À l'instar d'un groupe d'historiennes françaises, nous croyons qu'il ne s'agit plus seulement de reconstituer des savoirs propres aux femmes, ni même de leur attribuer des pouvoirs spécifiques. «Il faut maintenant comprendre comment une culture féminine se construit à l'intérieur d'un système de rapports inégalitaires, comment elle en masque les failles, réactive les conflits, jalonne temps et espaces, comment enfin elle pense ses particularités et ses rapports avec la société globale» (Dauphin *et al.* 1986 : 278).
5. Nous reprenons ici le titre du livre de Verdier (1979).
6. Selon les acceptions reconnues par le *Dictionnaire du français plus*, Montréal, Centre éducatif et culturel, 1988.
7. Il s'agit des diaconesses allemandes, des ordres anglicans et des congrégations catholiques dont F. Nightingale a pu observer les méthodes de formation lors de voyages dans plusieurs pays européens. Le modèle en usage au sein de ces ordres, conçu selon un mode hiérarchique à travers lequel chacune des soignantes se voit attribuer une place précise dans l'organisation des soins, suppose une discipline rigoureuse, une obéissance stricte à l'autorité et une abnégation personnelle pour le bien-être des malades. Voir à cet égard l'article de Glaser (1966 : 4 à 6).
8. L'évolution de la clinique, à travers la généralisation de la dissection au XIX^e siècle, permet d'accumuler des connaissances consignées par l'essor de l'enseignement médical et les progrès de la chirurgie. L'usage du microscope, du thermomètre et du stéthoscope améliorent les diagnostics posés. La découverte d'anesthésiques offre enfin la possibilité de soulager les malades. Mais c'est plus encore l'application des théories de Pasteur - sur le rôle des micro-organismes dans l'origine des maladies - et de Lister - sur la capacité de l'asepsie de prévenir les infections postopératoires - qui rendra la guérison possible. Cette évolution ne s'inscrit dans les pratiques coutumières qu'au tournant du siècle cependant et l'action hygiéniste fait plus encore pour enrayer la mortalité, en même temps qu'elle assure et consolide l'essor de la profession médicale. Voir à cet égard Bernier (1989). On aura également intérêt à consulter Pierre-Deschênes (1981).
9. Ce pourcentage est le résultat de nos propres calculs.
10. L'Association des infirmières de la province de Québec (AIPQ) se voit accorder, en 1946, la responsabilité exclusive du droit de pratique du métier, ce qui lui permet de faire appliquer des règles uniformes dans le programme de base adopté par toutes les écoles du Québec.
11. Au Canada, la fermeture des écoles d'hôpitaux se réalise, dans les différentes provinces, de 1964 à 1974. Au Québec, le passage de la formation des infirmières des hôpitaux au système général de l'enseignement intervient avec la création des Cégeps en 1967. En 1972, toutes les écoles d'hôpitaux avaient fermé leurs portes.
12. Voir liste des sources en première partie des références.
13. Archives des religieuses hospitalières de Saint-Joseph (ARHSJ), *Coutumiers et constitutions de la Congrégation des religieuses hospitalières de Saint-Joseph*, Éditions de 1866, 1928, 1939 et 1953.
14. Il existe alors deux catégories de religieuses à l'Hôtel-Dieu : les religieuses de chœur et les religieuses converses ou servantes. Les premières sont appelées à devenir infirmières, alors que les secondes doivent effectuer les tâches plus domestiques liées à l'entretien des salles et des malades. Cette distinction sociale sera effacée en 1949.
15. Une religieuse interviewée explique ainsi la situation : «Tout augmentait. On ouvrait des laboratoires et des salles d'opération. Il fallait du monde pour y travailler. Des médecins arrivaient d'Europe et ils voyaient des microbes partout. Il fallait tout stériliser, c'était plus compliqué». *Entrevue avec la directrice de l'école et des soins infirmiers à l'Hôtel-Dieu, de 1933 à 1955*, Montréal, 21 juin 1985.
16. Voir à ce sujet les récits historiques de la fondation des 26 premières écoles francophones au Québec, relatés dans *La GMCF*, entre janvier 1928 et mars 1930.
17. ARHSJ, *Annales*, IV, 1901 : 401.
18. *Deuxième entrevue avec la directrice de l'école et des soins infirmiers à l'Hôtel-Dieu de Montréal, de 1933 à 1955*, Montréal, 26 mars 1987.
19. ARHSJ, *Règlements de l'école des gardes-malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, 1915 :1.

20. Selon le manuel en usage à l'Hôtel-Dieu. ARHSJ, *Principes élémentaires concernant le soin des malades*, «Avant-propos», 1931 : s.p.
21. Association des gardes-malades du Canada, *Programme d'études à l'usage des gardes-malades du Canada*, 1936 : 163.
22. *Entrevue avec une infirmière laïque, étudiante à l'Hôtel-Dieu de Montréal, de 1938 à 1941*, Montréal, 26 avril 1989.
23. Loi concernant l'Association des infirmières de la province de Québec, 10, George VI, 1946, chapitre 88.
24. Cette orientation ressort clairement à la lecture de la revue *La GMCF*, de 1946 à 1956.
25. Sur cette question, voir Daigle (1990), en particulier le chapitre 5 : 271-360.
26. *Entrevue avec une infirmière laïque, étudiante à l'Hôtel-Dieu de Montréal, de 1945 à 1948*, Montréal, 12 avril 1989.
27. «Il faut viser davantage à être des infirmières véritables que des techniciennes, considérant le malade comme un être humain dans son entier et non comme un matériel d'expérience», écrit Soeur Claire Trudel de l'Hôtel-Dieu dans *La GMCF*, XXVIII, 9, septembre 1955 : 15. D'autres religieuses expriment la même méfiance dans les pages de cette revue au cours des années 1950.
28. Archives de l'Hôtel-Dieu de Montréal (AHDM), Dossier : *Travail d'équipe* [vers 1964].
29. AHDM, *Manuel de l'unité Sainte-Famille*, 1959 : s.p.
30. AHDM, *Conférence de la directrice du nursing aux infirmières et aux auxiliaires de l'institution*, 9 et 10 novembre 1965.
31. AHDM, *Conférence de Claire Dutrisac*, Chicoutimi, 13 septembre 1968. Le texte de cette conférence est reproduit dans les archives de la direction du nursing à l'Hôtel-Dieu.
32. *Entrevue avec une infirmière laïque, ancienne étudiante de l'Hôtel-Dieu, de 1961 à 1964*, Montréal, 26 décembre 1985.
33. Cette crise d'identité est reconnue dans toute la production consacrée aux infirmières pendant cette période.

RÉFÉRENCES

1. SOURCES

ALLARD, soeur

1931 *Principes élémentaires concernant le soin des malades*, Montréal, Em. A. Deschamps, v.g., auxiliaire du diocèse, imprimatur, 307 p.

ARCHIVES DES RELIGIEUSES HOSPITALIÈRES DE SAINT-JOSEPH (ARHSJ)

Dossiers divers sur l'école d'infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970.

ARCHIVES DE L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL (AHDM)

Dossiers divers sur le Service du *nursing* à l'Hôtel-Dieu, 1957-1970.

ASSOCIATION DES GARDES-MALADES DU CANADA

1936 *Programme d'étude à l'usage des écoles de gardes-malades du Canada*, 195 p.

ENTREVUES

Entrevues réalisées auprès d'anciennes dirigeantes et étudiantes de l'école d'infirmières de l'Hôtel-Dieu au cours des années 1930-1970.

LA GARDE-MALADE CANADIENNE-FRANCAISE (GMCF)

Revue des infirmières francophones du Québec, 1925-1956.

Loi concernant l'Association des infirmières de la province de Québec, 10, George VI, 1946, chapitre 88.

2. ÉTUDES

ABEL-SMITH, Brian

1964 *The Hospitals, 1800-1948. A Study of Social Administration in England and Wales*. Cambridge, Harvard University Press.

ASSOCIATION DES GARDES-MALADES ENREGISTRÉES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC (AGMEPQ)

1945 *Vingt-cinq années de collaboration, 1920-1945*. Québec.

BERNIER, Jacques

1989 *La médecine au Québec : naissance et évolution d'une profession*. Québec, Presses de l'Université Laval.

COHEN, Yolande et Michèle Dagenais

1987 «Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41,2 : 155-177.

DAIGLE, Johanne

1990 *Devenir infirmière : le système d'apprentissage et la formation professionnelle à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1920 à 1970*. Thèse de doctorat en histoire (sous la direction de Nadia Fahmy-Eid, Paul-André Linteau et Robert Comeau), Université du Québec à Montréal.

DAUPHIN, Cécile, Arlette Farge, Geneviève Fraisse *et al.*

1986 «Culture et pouvoir des femmes : essai d'historiographie», *Annales ESC*, 2 : 271-293.

- DESJARDINS, Édouard, Suzanne Giroux et Eileen C. Flanagan
1970 *Histoire de la profession infirmière au Québec*. Montréal, Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec (AIIPQ).
- DUMONT, Micheline
1981 «Les infirmières : cols roses...?», *Nursing-Québec*, 1,6 : 10-19.
- FOX-KELLER, Evelyn
1985 *Reflexions on Gender and Science*. New Haven, Yale University Press.
- GLASER, William A.
1966 «Nursing Leadership and Policy : Some Cross-National Comparisons», in Fred Davis (dir.), *The Nursing Profession : Five Sociological Essays*. New York, John Wiley & Sons.
- GOFFMAN, Irving
1969 «The Characteristics of Total Organizations», in Amitai Etzioni, *A Sociological Reader in Complex Organizations*. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- GRAHAM, Hilary
1983 «Caring : A Labour of Love», in Janet Finch et Dulcie Groves (dir.), *A Labour of Love. Women, Work and Caring*. London, Routledge & Kegan Paul.
- LINTEAU, Paul-André, René Durocher et Jean-Claude Robert
1979 *Histoire du Québec contemporain. De la Confédération à la crise*. Montréal, Boréal express.
- MELOSH, Barbara
1982 «*The Physician's Hand*» : *Work Culture and Conflict in American Nursing*. Philadelphia, Temple University Press.
- MUSSALLEM, Helen K.
1966 *La formation des infirmières au Canada*. Étude présentée à la Commission royale d'enquête sur la santé et le bien-être social au Canada (Commission Hall), Ottawa.
- NUTTING, Adelaïde
1931 «L'avenir», *La garde-malade canadienne-française*, IV, 2.
- PETITAT, André
1989 *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montréal, Boréal.

PIERRE-DESCHENES, Claudine

- 1981 «Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35,3 : 355-375.

POOVEY, Mary

- 1988 «A Housewifely Woman : The Social Construction of Florence Nightingale», in *Uneven Developments : The Ideological Work of Gender in Mid-Victorian England*. Chicago, The University of Chicago Press : 164-198.

REVERBY, Susan M.

- 1988 *Ordered to Care : The Dilemma of American Nursing, 1850-1945*. Cambridge, Cambridge University Press.

RIVIERE, LOUIS

- 1903 *Écoles d'infirmières et de gardes-malades*. Paris, Librairie Victor Lecoffre.

ROSENBERG, Charles E.

- 1979 «Florence Nightingale on Contagion : The Hospital As Moral Universe», in C.E. Rosenberg (dir.), *Healing and History*. New York, Science History Publications : 116-135.

SMITH-ROSENBERG, Carroll

- 1985 *Disorderly Conduct : Visions of Gender in Victorian America*. New York, Oxford University Press.

URGERSON, Clare

- 1983 «Women and Caring : Skills, Tasks and Taboos», in Eva Gamarnikov, David Morgan, June Purvis et Daphne Taylorson (dir.), *The Public and The Private*. London, Heinemann.

VERDIER, Yvonne

- 1979 *Façons de dire, façons de faire : la laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris, Gallimard.

VOGEL, Morris J.

- 1979 «The Transformation of Modern Hospital, 1850-1920», in Susan Reverby et David Rosner (dir.), *Health Care in America*. Philadelphia, Temple University Press : 105-116.

VICINUS, Martha

- 1985 *Independent Women. Work and Community for Single Women, 1850-1920*. Chicago, The University of Chicago Press.

WEIR, George M.

1932 *Survey of Nursing Education in Canada* . Toronto, University of Toronto Press.