

UNIVERSITÉ D'OTTAWA
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (M.A.)
SOUS LA DIRECTION DU
DR MARIE-CLAUDE THIFAUT

PAR

EVY A. NAZON

LE CONCEPT DE LA QUALITÉ DE VIE :
REPRÉSENTATION DANS LES REVUES INFIRMIÈRES
FRANCOPHONES DU QUÉBEC

16 AOÛT 2011

Résumé

Ce mémoire porte sur l'évolution des conditions de travail des infirmières selon le concept de la qualité de vie. Sur un intervalle d'un demi-siècle, nous avons étudié le discours des élites infirmières à travers deux revues professionnelles francophones, *La Garde-Malade Canadienne-Française* de 1928 à 1938 et *L'infirmière du Québec* de 1993 à 2003. À partir des articles et rubriques publiés, le discours des élites témoigne du peu d'importance qu'elles accordent à la qualité de vie des infirmières tout en montrant leur volonté de faire valoir les acquis de la profession notamment la reconnaissance professionnelle des infirmières. Par ailleurs, la récurrence de certains thèmes de publication, l'absence d'articles sur la qualité de vie et la persistance de l'image vocationnelle de l'infirmière indique une lenteur dans l'évolution des mentalités quant à la perception sociale des femmes au tournant du XXI^e siècle.

Table des matières

<i>Résumé</i>	ii
<i>Table des matières</i>	iii
<i>Remerciements</i>	v
<i>Introduction générale</i>	1
<i>Chapitre I</i>	7
<i>Problématique et recension des écrits</i>	7
Introduction	8
1.1 Problématique.....	9
1.1.1 L’effectif infirmier.....	9
1.1.2 La prestation des soins.....	10
1.2 Recension des écrits	14
1.2.1 Perspective actuelle des soins infirmiers	16
1.2.2 Qualité de vie et conditions de travail des infirmières : une perspective historique	21
1.2.3 Vers une interprétation féministe	26
Conclusion.....	28
<i>Chapitre II</i>	30
<i>Cadre conceptuel et méthodologie</i>	30
Introduction	31
2.1 Cadre conceptuel	32
2.2 L’histoire pour mieux comprendre la profession infirmière.....	38
2.3 Sources	40
2.4 Méthodologie.....	43
<i>Chapitre III</i>	47
<i>La Garde-Malade Canadienne-Française (1928-1938)</i>	47
Introduction	48
3.1 La revue francophone des gardes-malades laïques.....	49
3.2 Contexte socioculturel du Canada-français au début du XXe siècle.....	52
3.3 Le discours des élites de la profession infirmière.....	58

3.4	L'ambivalence du discours : stratégies ou incohérence	61
3.5	Le Rapport Weir et les conditions essentielles à la formation.....	65
	Conclusion.....	71
	<i>Chapitre IV</i>	73
	<i>L'infirmière du Québec (1993-2003)</i>	73
	Introduction	74
4.1	La revue officielle de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec	75
4.2	Contexte social du Québec à la fin du XXe siècle	78
4.3	Une vision scientifique des soins infirmiers.....	85
4.4	Conditions de travail et qualité de vie : quelle perspective?	91
	Conclusion.....	95
	<i>Chapitre V</i>	97
	<i>La profession infirmière d'hier à aujourd'hui</i>	97
	Introduction	98
5.1	Formation et professionnalisation dans les revues	99
5.2	Les conditions de travail.....	102
5.3	La vocation	104
5.4	Le genre et la profession infirmière.....	110
5.5	La qualité de vie des infirmières dans la GMCF et l'IQ : une utopie?.....	112
	Conclusion.....	120
	<i>Conclusion générale</i>	122
	<i>Références</i>	127

Remerciements

Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire de maîtrise. Mes remerciements vont tout d'abord à ma directrice de mémoire, Madame Marie-Claude Thifault, qui a conservé une confiance inébranlable dans l'aboutissement de ce projet. Je veux la remercier pour la direction et l'encadrement, mais surtout pour les mots d'encouragement et le soutien qu'elle m'a témoigné tout au long de la rédaction de projet. Sa patience, sa rigueur et ses conseils judicieux m'ont permis de mener à terme ce mémoire.

Je suis également reconnaissante envers les professeures Denyse Pharand et Jocelyne Tourigny qui furent les premières à me guider sur les chemins encore nébuleux de la recherche. Un merci spécial à Myriam Veilleux, une collègue à la maîtrise, pour son soutien moral et son appui tout au long de mes années d'études à la maîtrise.

Enfin, un merci particulier à ma famille et mes amis. Sans votre amour et votre soutien, la réalisation de ce projet n'aurait pas été possible.

Introduction générale

À la fin du XXe siècle, la profession infirmière emprunte résolument la voie du professionnalisme avec l'adoption de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* en 1973 (Lalancette, 1993, p.98). En fait, parmi les professions exercées par des femmes, être infirmière est probablement celle qui est la plus connue. Les infirmières assument la responsabilité des soins donnés à la population. Elles traitent des problèmes de santé de plus en plus complexes et doivent faire appel à des connaissances aussi multiples que spécialisées.

Leur importance est également illustrée non seulement par leur nombre dans le système de santé, mais par le large éventail d'activités qu'elles accomplissent : la promotion, le maintien et la restauration de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que la réadaptation (Goulet, 1993, p.1). Néanmoins, depuis les bouleversements dus en grande partie aux restructurations budgétaires du système de santé, dans les années 1990, être infirmière est, au quotidien, un travail pénible. Les conditions de travail difficiles (horaires de travail, pénurie, charge de travail etc.) qui en découlent entraînent des impacts négatifs sur la qualité de vie des infirmières.

Toutefois, de telles conditions de travail ne sont pas nouvelles. En effet, bien avant les années 1990, dans un contexte social marqué par l'omniprésence de l'Église

catholique et la préséance de l'homme sur la femme, les infirmières «ces fées, parmi les femmes» (Rumily, 1931, p.523) n'avaient d'autres choix que de se consacrer à leur travail. Or, si dans les années 1930, le soin des malades était considéré comme une vocation, il en est tout autrement à la fin des années 1990. L'évolution professionnelle, la formation universitaire et la recherche promettaient, à l'arrivée du nouveau millénaire, plus d'autonomie aux infirmières dans le champ de la santé et par le fait même une meilleure qualité de vie.

La présente étude s'intéresse à la qualité de vie des infirmières compte tenu de la similitude entre les conditions de travail des infirmières du début du XXe siècle et de la fin des années 1990. Ce concept qui intègre l'état physique et psychologique de la personne est apparu dans les années 1960. Il permet d'évaluer les facteurs subjectifs, objectifs et interactionnels de la satisfaction et du bien-être des individus (Schalock, 1993, p.137). Dans la foulée des recherches sur la qualité de vie, ce retour s'explique difficilement vu la désuétude de la notion de vocation, l'accentuation du professionnalisme des infirmières et, le rôle prépondérant des femmes dans la société contemporaine.

Ainsi, à la fin du XXe siècle, alors que plusieurs professions utilisent la qualité de vie comme indicateur de bien-être de leurs membres, qu'en est-il de la qualité de vie des infirmières? Quelle place occupe la qualité de vie dans le système de santé? Car,

bien que majoritaire au sein de la profession depuis les années 1920, il est possible d'affirmer que les infirmières ont eu – et ont encore – du mal à s'imposer dans le milieu sanitaire. Par exemple, elles ont autant de difficulté à se faire reconnaître comme des professionnelles à la fin des années 1990 qu'au début du XXe siècle et travaillent dans des conditions semblables à celles des années 1930. Quels sont alors les liens existants entre leur statut de femmes et les conditions de travail? L'identité sociale de genre détermine-t-elle la qualité de vie des infirmières? Ces questionnements sont ceux qui sous-tendent la présente recherche. En somme, nous cherchons à cerner, pour l'essentiel, l'impact de la qualité de vie sur la profession infirmière majoritairement composée de femmes.

En effet, nous pensons que le fait que la profession infirmière soit majoritairement composée de femmes nuit à son évolution. Bien entendu, d'autres facteurs tels que le contexte social, la culture, la religion exercent une emprise sur son développement. Mais, cette analyse découle du fait que le statut des femmes soit encore, à la fin du XXe siècle, différent de celui des hommes (Lamoureux, 2007, p.4). Cette étude vise aussi à confirmer que l'idée de vocation, très prisée dans la profession infirmière au début du XXe siècle, a influencé et influence encore la perception sociale des infirmières. Enfin, la présente recherche suppose que la qualité de vie des infirmières de chevet n'est pas une priorité pour les élites infirmières qui accordent beaucoup plus d'importance aux infirmières universitaires. Au-delà donc de l'appartenance de ces

femmes à ce corps de métier, nous chercherons à cerner le discours des élites de la profession.

Ainsi, ce mémoire compte présenter la problématique et les concepts centraux à cette étude au chapitre un. Le concept de la qualité de vie fait l'objet d'une définition détaillée. Et, comme ce concept sera analysé sous l'angle des conditions de travail, un survol de ce thème est également proposé au regard des recherches d'historiens et de chercheurs du domaine infirmier. Par la suite, le chapitre deux explique la méthodologie de recherche et le cadre conceptuel. L'analyse critique du discours du contenu écrit est le cadre de référence utilisé pour cette étude qui se penche sur le discours des élites infirmières du début et de la fin du XXe siècle. Cette approche historique vise une meilleure compréhension des transformations de la profession au cours des années. Puis, afin d'expliquer la complexité du discours des élites infirmières, notre analyse s'appuie, dans les chapitres trois et quatre, sur leurs prises de position dans deux revues professionnelles francophones *La Garde-Malade Canadienne-Française* et *L'infirmière du Québec*. L'objectif est de rendre compte des messages véhiculés par les élites et ainsi comprendre les aspirations de la profession. Enfin, dans le chapitre cinq, nous analysons le discours de l'élite infirmière sur un intervalle d'un demi-siècle, afin de mieux saisir les valeurs professionnelles, le développement de la profession et la place de la qualité de vie dans les revues infirmières.

Notre analyse, basée sur des revues infirmières, se veut une contribution originale permettant de tracer l'évolution des conditions de travail des infirmières à un moment où la qualité de vie se pose comme un sujet d'actualité et un facteur incontournable pour répondre au défi que représente le recrutement des infirmières, en particulier, dans les soins en milieux hospitaliers.

Chapitre I

Problématique et recension des écrits

*Nurses are vital, we do have a special job,
but what if we looked after ourselves
the way we care for patients and
became advocates for our own rights?
I suspect if we did this our own quality of life
would greatly improve.*
Patricia Baycroft
(Australian Nursing Journal, 2002, p.3)

Introduction

Dans les écrits sur la qualité de vie, nous retrouvons souvent des références à la qualité des soins et la sécurité des patients. Les chercheurs et les cliniciens s'y sont attardés surtout après les restructurations du système de santé au Canada dans les années 1990. Ces bouleversements ont conduit à des fusions et des fermetures d'établissements de santé et à une diminution du personnel. Tout en étant conscients de l'excellence des soins qui doivent être prodigués aux patients et de l'importance d'un environnement de travail optimum, nous pensons qu'il est primordial de se pencher sur la situation des infirmières proprement dite, en d'autres mots, sur leur qualité de vie. Ce chapitre présente d'abord les problèmes auxquels fait face le personnel infirmier suite aux restructurations du système de santé, puis se termine par le concept de la qualité de vie tel que recueilli dans les écrits.

1.1 Problématique

1.1.1 L'effectif infirmier

Les infirmières représentent les professionnelles de la santé les plus nombreuses dans les institutions de santé au Canada. Dès les débuts du XXe siècle, leur nombre connaît une progression importante. De 463 en 1911, elles sont passées à 3142 en 1921 et à 7224 en 1951 (Cohen, 2000, p.11). En 2008, l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) fait part d'une augmentation du nombre d'infirmières de 8,3% au Canada et estime à 279 399 infirmières règlementées travaillant en soins infirmiers (ICIS, 2010, p.10). Les données de l'Enquête *nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier* de 2005 révèlent que la majorité des infirmières (60%) travaillent en milieu hospitalier et le reste d'entre elles œuvre en milieu communautaire, dans les établissements de soins de longue durée et d'enseignement, dans les associations, les agences privées et au gouvernement. Ces professionnelles de la santé représentent 2% de l'ensemble de la main d'œuvre canadienne et forment 4% des femmes actives au Canada (Shields et Wilkins, 2005, p.2).

Au Québec, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) fait part d'un scénario similaire. Depuis 2003, le nombre des membres de l'OIIQ est en progression constante. L'effectif infirmier a connu une augmentation de 0,7% faisant passer le nombre d'infirmière à 71 371 en 2009-2010 (OIIQ, 2010, p.1). Toutefois, bien que

l'effectif du personnel infirmier s'accroisse, la pénurie sévit encore dans les milieux de soins. En effet, depuis les années 1999, l'OIIQ déplore les difficultés du système de santé à attirer et à retenir les nouvelles infirmières. Plusieurs quittent la profession en début d'emploi ou peu de temps après (Desrosiers, 1999, p.4).

Parallèlement à ce phénomène, le départ à la retraite des infirmières «baby-boomers» représente un défi de taille avec lequel les responsables doivent composer. Les données récentes de l'OIIQ sur l'effectif infirmier indiquent que près de 15 000 infirmières sont maintenant âgées de 55 ans ou plus, âge auquel les départs à la retraite débutent. Le nombre d'infirmières du réseau public ayant atteint l'âge minimum de la retraite est passé de 4 100 en 2001 à 10 300 en 2010, soit une augmentation de 150 % en moins de dix ans (OIIQ, 2010, p.1).

1.1.2 La prestation des soins

Le personnel infirmier représente un important segment du système de santé non seulement en raison de leur nombre mais aussi de leur rôle dans la prestation des soins de santé. L'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) souligne que l'instabilité des effectifs infirmiers durant les 15 dernières années a contribué à diminuer la disponibilité des infirmières :

[L]a pénurie d'infirmières, les méthodes de dotation inappropriées, les effectifs insuffisants et la sous-qualification dans les services de soins de santé posent

une menace importante à la sécurité des patients [...]. Les charges de travail sont parfois tellement lourdes que les infirmières sont incapables d'établir des relations thérapeutiques, d'effectuer les évaluations détaillées qui s'imposent et de chercher à obtenir l'expertise dont elles ont besoin d'autres infirmières ou d'autres professionnels. Ces charges de travail empêchent aussi les infirmières chevronnées d'être disponibles pour guider leurs collègues qui ont moins d'expérience. La précarisation de l'emploi des effectifs infirmiers au cours des 15 dernières années, au profit de la réduction des coûts, a aussi contribué à réduire la disponibilité d'infirmières capables d'encadrer des collègues et, en même temps, a réduit la continuité des soins, ce qui constitue en soi une menace pour la sécurité des patients (AIIC, 2009, p.1)

La dégradation de la qualité des soins est une conséquence directe des conditions de travail dans les milieux de soins, ajoutent les chercheuses de l'*University of Technology* de Sydney, Duffield, Garder et Catling-Paull (2008). Étant occupées par d'autres tâches qui ne relèvent pas nécessairement de leurs fonctions, les infirmières passent moins de temps dans les soins directs et au chevet du patient (p.3271). Par ailleurs, les chercheurs Dallaire, O'Neil, Lessard et Normand (2003), notent que les restructurations dans le domaine de la santé au Canada dans les années 1990, les compressions budgétaires et la réduction des effectifs infirmiers qui ont suivi, font en sorte que l'on compte moins d'infirmières sur les unités appelées à fournir des soins à une population présentant des pathologies plus complexes (p.321).

En effet, comme l'explique, l'économiste Monique Kerleau, qui s'intéresse aux politiques publiques de santé en France, la restructuration est un «processus de changement qui affecte la configuration organisationnelle d'un secteur d'activité, c'est-à-dire le nombre et la taille des unités productives, leur distribution dans l'espace de production et la nature de leurs relations structurelles». Ce processus, indique-t-elle, se

déroule pour une durée déterminée, mais selon une chronologie et des modalités variables entre les différents pays (Kerleau, 2001, p.59). Ainsi, voulant diminuer les coûts sans cesse croissants dans leur système de santé, plusieurs pays ont opté à la fin du XXe siècle, pour de telles modifications.

Aux États-Unis, Aiken, Clarke et Sloane (2000) considèrent que les restructurations du système de santé visent non pas à tenter de résoudre les problèmes infirmiers, mais bien plus à diminuer les coûts et augmenter la productivité dans les milieux de soins (p.458). De leur côté, Duffield, Kearin, Johnston et Leonard(2007), sont parvenus à la même conclusion à la suite des restructurations dans les hôpitaux australiens. Ils notent que les organisations se penchent sur l'efficacité, mais très peu sur la qualité des soins des patients et la qualité de vie au travail des infirmières (p.43).

Au Canada, Cummings et Estabrooks (2003) de l'*University of Alberta*, présentent dans une méta-analyse, les principaux effets de la réorganisation des hôpitaux. Cette technique d'analyse qui consiste à combiner plusieurs études (Loiselle & Profetto-McGrath, 2003, p.150) a permis aux auteurs de créer un ensemble de données qui montrent les effets des multiples changements survenus dans les milieux de soins. Elles mentionnent notamment l'augmentation des problèmes de santé physiques et mentaux des infirmières, l'accroissement du taux de roulement infirmier, la diminution de la satisfaction au travail des infirmières et l'incapacité de ces dernières à fournir des

soins de qualité aux patients compte tenu de l'alourdissement de la charge de travail (Cummings et Estabrooks, 2003, p.39).

De leur côté, Lavoie-Tremblay, Viens et Leclerc (2007), professeures en sciences infirmières rattachées à l'Université de Laval de Québec, remarquent que la réorganisation du système de santé au Québec, tout comme dans le reste du Canada, vise une meilleure efficacité du système de santé mais aussi une adaptation aux besoins changeants de la population. Les institutions veulent une utilisation optimale des ressources dans le but de diminuer les coûts tout en fournissant des soins globaux. Toutefois, observent Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs (2007), les bouleversements produits dans les modes de pratique et dans l'environnement de travail entraînent des effets négatifs sur le bien-être et la qualité de vie au travail du personnel infirmier. Les infirmières font face à des conditions de travail difficiles. Plusieurs d'entre elles rapportent de l'épuisement et de la détresse psychologique (p.35).

Cette situation incite les infirmières plus âgées à abandonner la profession tout en décourageant la relève à se lancer dans le métier. Les auteures Greenslade et Paddock de Santé Canada rapportent des données recueillies par la Fédération Canadienne des Syndicats d'Infirmières et d'Infirmiers (FCSII). Elles indiquent que les infirmières qualifient leur milieu de travail de stressant (86%), mal doté (86%), mal financé (88%), d'oppressant (85%) et lourd (91%). Les restrictions budgétaires, les conditions de

travail, la pénurie sont quelques facteurs qui contribuent à dégrader la qualité de vie au travail de ces professionnelles de la santé (Greenslade et Paddock, 2007, p.13).

La pénurie qui sévit dans les milieux de soins est une source de préoccupation constante dans le système de santé. Ces données mettent en évidence l'importance d'identifier certains facteurs en cause, dont les bouleversements du système de santé, les difficultés à retenir du personnel infirmier et la retraite des «baby-boomers». En conséquence, les infirmières sont exposées à des conditions de travail qui ont certainement des impacts sur leur qualité de vie.

1.2 Recension des écrits

Le concept de qualité de vie est apparu dans la littérature en 1972, suite à la conférence d'Arden House aux États-Unis (Davis, Cherns et al, 1975). Selon Raymond Tempier, professeur de psychiatrie à l'Université McGill et Brent Mc Grath, titulaire d'une maîtrise en psychiatrie, la notion de qualité de vie remonte aux années 1930, et a été surtout développée dans les années 1960, période de croissance économique (Tempier et Mc Grath, 2002, p.1). Depuis lors, nombreux sont les chercheurs à avoir tenté de définir ce concept. Pour Calman, de l'Université de Glasgow, la qualité de vie est un concept très difficile à définir en raison notamment de son caractère subjectif. Il stipule:

The quality of life can only be described and measured in individual terms, and depends on present lifestyle, past experience, hopes for the future, dreams and ambitions. Quality of life must include all areas of life and experience and take into account the impact of illness and treatment.[...]. Quality of life can only be described by the individual, and must take into account many aspects of life (Calman, 1984, p.124).

Calman introduit dans sa définition les notions de maladie et de traitement qui renvoient à un état de santé qui ne correspond pas à ce que nous recherchons. Nous avons donc sélectionné la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle stipule :

La qualité de vie est la perception individuelle de sa position dans la vie dans le contexte de sa culture et de son système de valeur en relation avec ses objectifs, ses attentes et ses standards. Le concept intègre de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses relations avec les événements de son environnement (WHOQOL Group, 1996, p.354).

En sciences infirmières, nous n'avons pas trouvé de définition de la qualité de vie des infirmières. Par contre, les chercheuses canadiennes O'Brien-Pallas, Baumann & Villeneuve (2001) offrent une définition de la qualité de vie au travail des infirmières. C'est «la capacité de répondre aux besoins et objectifs des infirmières et leur donner la possibilité d'aider les patients à atteindre les leurs, tout en respectant la structure des coûts et la qualité des soins» (cité dans Blythe, Baumann, O'Brian-Pallas et Butt, 2007, p.22).

En considérant l'absence d'une définition sur la qualité de vie des infirmières proprement dite, nous allons tenir compte de celle de l'OMS pour cette étude. Elle offre l'avantage de considérer l'individu comme un tout. La qualité de vie se révèle comme une notion qui tient compte autant de la vie personnelle que de la vie au travail. Elle fait référence à la satisfaction des besoins physiques aussi bien que psychologiques.

1.2.1 Perspective actuelle des soins infirmiers

Les recherches sur le concept de la qualité de vie se sont accrues depuis les restructurations du système de santé canadien dans les années 1990. Les mesures prises pour remédier aux retombées de ces changements ont suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs. Les analyses résultant de ces recherches identifient la pénurie et les conditions de travail comme étant les principales causes de la mauvaise qualité de vie au travail des infirmières en milieu hospitalier.

Pour Basu et Gupta (2007), deux chercheurs de Santé Canada, la pénurie est le résultat d'un déséquilibre entre l'offre et la demande. La demande est calculée selon la prévalence des maladies, les technologies disponibles et les attentes du public. Quant à l'offre, elle est déterminée par le nombre d'infirmières disponibles et actives et la quantité de temps pendant lequel elles travaillent (p.21). En outre, dans l'étude américaine de Kimball et O'Neal (2002), la pénurie s'explique non seulement par le

principe d'offre et de demande mais aussi par une mauvaise dotation du personnel infirmier. Les auteurs soutiennent que la pénurie actuelle diffère quantitativement et qualitativement des autres baisses d'effectifs infirmiers dans le passé (p.24).

De plus, une étude de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) portant sur les services infirmiers résume les causes de la pénurie actuelle d'infirmières. Elle recense spécialement le besoin croissant d'infirmières en raison du vieillissement des populations, la demande plus accrue de services infirmiers chez les consommateurs et les perceptions négatives des conditions de travail des infirmières qui rendent la profession moins attrayante. Ensuite, le choix de carrière plus vaste et la diminution des effectifs infirmiers puisque de moins en moins de jeunes embrassent la profession sont d'autres causes invoquées par l'OCDE pour expliquer la rareté des infirmières (Simoens, Villeneuve et Hurst, 2005, p.21).

En fait, la difficulté à attirer et à retenir des candidates dans la profession, affirment Dallaire et ses collaborateurs (2003), peut se traduire également par une pénurie de la main-d'œuvre infirmière (p.316). Mythe ou réalité, les prévisions de l'AIIC évaluent la pénurie d'infirmières autorisées au Canada à près de 60 000 équivalents temps plein en 2022 (AIIC, 2009, p.2), alors qu'au Québec, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) prévoit une pénurie de 23 000 infirmières pour la même année (MSSS, 2007, cité OIIQ, 2007, p.6).

En outre, d'autres recherches identifient les conditions de travail comme des facteurs pouvant affecter les niveaux d'emploi et la qualité de vie dans le secteur infirmier. Ces recherches ont examiné la charge de travail et les horaires de travail comme composantes des conditions de travail difficiles. Dallaire et ses collaborateurs (2003) se sont intéressés à la charge de travail. L'analyse proposée par ces auteurs se traduit par une relation infirmière-patient inversement proportionnelle. Ils soutiennent que la diminution de ressources infirmières s'accompagne d'un plus grand nombre de patients présentant des pathologies plus complexes (p.320).

Les auteures Greenslade et Paddock abondent dans le même sens. Elles soulignent que la stagnation ou la diminution du ratio infirmière-patient, depuis les années 1990, contribuent à alourdir la charge de travail des infirmières. Une situation, ajoutent-elles, qui accroît la pénurie d'infirmières sur les unités de soins (Greenslade et Paddock, 2007, p.13). En plus, dans le rapport *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes* publié par Santé Canada (2002), les chercheurs identifient les fonctions ou les tâches non-infirmières et l'exécution de plus d'une tâche à la fois comme d'autres aspects qui contribuent à l'alourdissement de la charge de travail des infirmières. Or, ces mêmes auteurs affirment que cela aggrave, non seulement la pénurie, mais diminue l'estime de soi et la satisfaction personnelle des infirmières (p.14).

En sus des éléments déjà mentionnés, d'autres chercheurs se penchent sur les horaires de travail comme composantes des conditions de travail difficiles. Se concentrant particulièrement sur les heures supplémentaires, l'étude menée par Brideau, Lebouthilier et Holmes (2005) dénonce le recours régulier aux heures supplémentaires pour pallier au manque de personnel. En se pliant aux exigences des institutions hospitalières, les infirmières se voient contraintes de travailler dans un système qui contribue à la détérioration de leur qualité de vie au travail (p.5). Par ailleurs, dans une recherche menée sur la perception des infirmières au sujet des temps supplémentaires obligatoires, Bougie et Cara (2008), respectivement conseillère en soins infirmiers au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et professeure à l'Université de Montréal, identifient l'imprévisibilité des heures supplémentaires comme cause du déséquilibre entre les sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale (p.35).

De leur côté, Greenslade et Paddock (2007), examinent les heures supplémentaires comme un facteur qui forcent les infirmières à consacrer moins de temps à la famille et aux activités récréatives et sociales (p.16). Quant à Keller (2009), de la *University of South Florida*, elle parle des heures supplémentaires, mais ajoute les périodes de travail plus longues (horaire de plus de huit heures) et les horaires variables (nuit, jour, soir) pour montrer les conséquences négatives sur la santé et le bien-être des professionnels de la santé, l'augmentation de la fatigue et la diminution de leur productivité (p.498).

En marge de ces analyses, certaines recherches, soulignent Lavoie-Tremblay et Viens (2007), révèlent que les problèmes reliés au travail des infirmières et à leur milieu de travail peuvent avoir un effet sur leur santé psychologique et physique (p.48). Tout d'abord, l'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier* démontre que près de 9% des infirmières canadiennes déclarent avoir souffert de dépression ou de détresse psychologique alors que la proportion ayant fait état d'une santé mentale passable ou mauvaise se chiffre à environ 20% (Shields et Wilkins, 2005, p.62).

De même, dans une étude menée aux États-Unis, Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et Siber (2002) trouvent un niveau d'épuisement professionnel élevé chez les infirmières américaines travaillant en milieu hospitalier. Selon Aiken et ses collègues, les deux facteurs contributifs sont le ratio infirmière-patient élevé et l'insatisfaction des infirmières par rapport à leur milieu de travail (p.1990). Pour Laschinger, Wong & Greco (2006) de la *University of Western Ontario*, la tendance à la dépression et à l'épuisement professionnel est plus marquée chez les infirmières qui ne reçoivent pas de soutien de leur supérieur immédiat ou de leurs collègues de travail. (p.360).

D'autre part, l'étude de O'Brien-Pallas, Shamian, Thomson, Alksnis, Koehoorn, Kerr et Bruce (2004), montre que non seulement la dotation inadéquate du personnel infirmier et le manque de soutien organisationnel poussent les infirmières à l'épuisement professionnel, mais sont aussi la cause de blessures, de maladies et d'absentéisme du

personnel infirmier (p.355). Plusieurs études sont parvenues à la même conclusion et mentionnent principalement les blessures musculo-squelettiques (Greenslade et Paddock, 2007, p.15), les maux de dos et la douleur chronique (Shields et Wilkins, 2005, p.57) comme principales atteintes à la santé physique des infirmières. Cependant, ces conditions de travail ne semblent pas être nouvelles pour ces professionnelles. À l'instar de ces recherches, des historiens ont aussi entrepris des études sur les conditions de travail des infirmières dans les milieux de soins au début du XXe siècle.

1.2.2 Qualité de vie et conditions de travail des infirmières : une perspective historique

Du point de vue historique, aucune recherche n'a été entreprise sur la qualité de vie des infirmières parce que le concept n'existait pas. Toutefois, plusieurs auteurs mentionnent les conditions de travail des infirmières laïques diplômées et des étudiantes qui travaillaient en milieu hospitalier au début du XXe siècle (McPherson, 2003; Wishart, 2004). Les principaux thèmes abordés par les chercheurs sont la pénurie, les horaires de travail et la charge de travail.

Dans *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, l'historienne Yolande Cohen, présente une analyse en profondeur des hôpitaux anglo-protestants et franco-catholiques. Elle aborde les horaires de travail des étudiantes infirmières. Qu'il s'agisse de la *Montreal General Hospital*, du *Sherbrooke Hospital* ou

de *l'Hôpital Notre-Dame*, les horaires de travail sont approximativement les mêmes dans les années 1920. Les infirmières travaillent par rotation de jour ou de nuit. Les horaires s'étendent sur une période de 12 heures avec une heure ou deux de repos par jour et une demi-journée de congé par semaine dépendamment de l'établissement (Cohen, 2000, p.74).

De façon similaire, l'historien André Petitat (1989) mentionne les longues heures de travail des infirmières en formation. L'historien parle d'«heures coupées» et de «temps morcelé» des soignantes à l'hôpital. Les infirmières travaillaient huit heures dans une journée, mais les huit heures étaient réparties sur douze heures (p.176). Plus récemment, la spécialiste de l'histoire du nursing canadien, Sharon Richardson, en fait également mention. Bien que dans les années 1940, souligne l'auteure, ces horaires aient été changés pour des «quarts fractionnés de huit heures au lieu d'un quart continu de huit heures de service», ceci empêchait quand même les infirmières «de s'adonner aux mêmes activités sociales et récréatives que les autres femmes actives célibataires de même statut» (Richardson, 2005, p.214).

Par ailleurs, Richardson (2005) souligne la quantité appréciable de tâches accomplies par les étudiantes et les infirmières au début du XXe siècle. Des tâches non liées aux soins comme nettoyer le mobilier et les éviers, plier le linge, fabriquer les pansements, laver et tester les gants de caoutchouc constituaient des obligations auxquelles étaient astreintes toutes les aspirantes à la profession. Une situation que

Richardson (2005) attribue au fait que les conseils d'administration de l'époque refusaient d'embaucher du personnel en nombre suffisant. Les hôpitaux étant majoritairement privés, l'inévitable hausse des charges salariales qu'occasionnerait l'embauche d'infirmières diplômées expliquerait cet état de fait (p.214).

À ce sujet, l'historienne américaine, Susan Reverby présente une analyse très élaborée dans son livre *Order to care : The dilemma of American nursing, 1850-1945*. Pour cette auteure, la formation des étudiantes est une forme déguisée d'un système d'exploitation mis en place par les administrations hospitalières pour se trouver du personnel formé et à bon marché. Elle compare les étudiantes à des machines ou à des domestiques appelées à suivre des cours, étudier et exécuter pendant dix heures ou plus des tâches comme récurer des planchers, nettoyer des chambres ou laver la literie (Reverby, 1987, p.61).

Kathryn McPherson, professeure d'histoire à la *York University*, tout en reconnaissant les lourdes tâches des étudiantes appelées à travailler pendant de longues périodes, ajoute une autre dimension dans son analyse. McPherson rejette le caractère purement exploiteur du système d'apprentissage. Elle indique que les étudiantes se plient aux contraintes imposées par les institutions hospitalières parce qu'elles veulent s'assurer à la fin de leurs études, l'autonomie et l'indépendance financière que leur procure le travail d'infirmière (McPherson, 2003, p.41).

Il faut aussi noter, souligne Daigle (1991), que les écoles d'hôpitaux congréganistes du début du XXe siècle s'inscrivent à la jonction «des espaces-temps de formation, de travail et de vie pour les étudiantes infirmières» qui reproduit le milieu de vie des religieuses (p.67). En effet, mentionne l'auteure, la vocation est le discours qui prime et représente le principal critère pour toutes celles, religieuses et laïques, appelées à prendre soin de l'âme et du corps des patients (Daigle, 1991, p.73). D'ailleurs, Cohen (2000, p.284) reconnaît que dans les années 1920, le métier d'infirmière «dur et exigeant» n'est pas considéré comme un travail, mais comme une vocation. Elle note aussi que la question des conditions de travail n'a émergé dans les mentalités que dans les années 1930, tant la mystique du travail féminin apostolique et bénévole est restée profondément ancrée dans les mentalités (p.285).

En outre, dans son article sur les apprenties dans une école d'infirmières en Ontario au début du siècle passé, James Wishart prend plutôt en considération les standards et la routine de travail imposés aux étudiantes. Il les compare aux méthodes tayloristes (Wishart, 2004, p.332). Le taylorisme ou l'organisation scientifique du travail (*scientific management*) dont parle Wishart est en fait une méthode de travail mise au point par Frédéric W. Taylor. Instaurée dans le milieu industriel à la fin du XIXe siècle, cette méthode consiste en une organisation rationnelle du travail divisée en tâches élémentaires et répétitives. L'objectif du taylorisme est d'obtenir la meilleure productivité des travailleurs (Di Ruzza, 2000, p.100).

Dans cette optique, Wishart est soutenu par McPherson. Cette dernière reconnaît aussi l'influence du taylorisme dans les soins infirmiers au début du XXe siècle :

The influence of scientific management on nursing procedures in the inter-war decades is clearly evident. Each feature of nursing practice was subdivided into its component steps, and students were drilled in the precise execution of each step. Conceptual authority over how a particular procedure should be executed remained in the hands of doctors, administrators, and educators, while nursing students and staff remained responsible for executing the prescribed tasks according to the standard curriculum (McPherson, 2003, p.88).

Dans la même veine, l'américaine, Karen Wolf, stipule que la culture organisationnelle des hôpitaux de la première moitié du XXe siècle, fortement basée sur le genre et la hiérarchie, représente un terrain fertile pour l'application de cette méthode de gestion industrielle. En effet, maintient l'auteur, le taylorisme s'est très vite répandu dans les milieux hospitaliers grâce aux administrateurs d'hôpitaux recherchant la productivité chez les étudiantes infirmières (Wolf, 2006, p.309).

D'un autre côté, quelques historiens évoquent la pénurie des infirmières dans les milieux hospitaliers. Cette pénurie ne résulte pas d'un principe d'offre et de demande, tel que décrit par certains auteurs contemporains mais, d'un nombre insuffisant de religieuses et progressivement d'élèves infirmières pour assumer l'ensemble des tâches dans les salles (Cohen, 2000, p.38). À l'aube XXe siècle, il devient urgent d'augmenter le nombre de soignantes. Il s'agit avant tout de venir en aide aux religieuses et de

seconder les médecins (Daigle, 1991, p.74). Ces motifs ont poussé les religieuses des écoles d'infirmières à modifier leur tradition séculaire d'unique pourvoyeur de soins et à ouvrir leurs portes aux laïques en tant qu'étudiantes dans un premier temps et comme infirmière diplômée par la suite.

Toutes ces contraintes, indique Richardson (2005), ont poussé les infirmières à se doter de diverses modes de représentations (syndicats, associations). D'où leur lutte pour la reconnaissance professionnelle qui aboutit en 1947 à l'adoption de la Loi d'enregistrement leur accordant le statut professionnel, et par la suite, au début des années 1960, à la syndicalisation afin de faire front commun pour apporter les correctifs visant l'amélioration des conditions de travail (p.216). Toutefois, parallèlement à l'analyse organisationnelle de la profession infirmière, plusieurs auteurs offrent une interprétation féministe de la situation des infirmières.

1.2.3 Vers une interprétation féministe

Plusieurs historiennes ont eu recours à une approche féministe dans leurs recherches sur la profession infirmière (Cohen, 2000; McPherson, 2003; Dallaire et al, 2003; Daigle, 1991). Cette profession, souligne Daigle (1991), composée jusqu'en 1960 uniquement de femmes et encore exercée majoritairement par des femmes explique l'utilisation de cette perspective théorique (p.67). Cohen (2000), n'hésite pas à utiliser le

terme de «ghetto d'emploi féminin» pour identifier ce métier fortement identifié au genre féminin (p.9). De plus, en s'articulant autour des valeurs traditionnelles, culturelles associées à la féminité, les soins infirmiers au début du XXe siècle représentent le symbole de l'identité féminine pour les autorités médicales et religieuses (Daigle, 1991, p.72).

Dans cette perspective, McPherson (2003) reconnaît la relation de contrôle que les médecins exercent sur les infirmières et les étudiantes au début du XXe siècle. D'après cette auteure, cette relation hiérarchique et inégale est basée sur le modèle familial. Les infirmières assument le rôle d'épouse pour les médecins et de mère aimante pour le patient, alors que les élèves infirmières remplissent le rôle de filles ou de sœurs auprès des médecins et de domestiques pour l'administration de l'hôpital (p.15). En plus, les chercheuses Mansell et Dodd (2005) soulignent la subordination des femmes dans la société patriarcale au début du XXe siècle. Ce modèle exploite la prétendue capacité de compassion des femmes en leur déléguant les activités soignantes et en subordonnant l'infirmière à l'autorité médicale (p.198).

Pour sa part, Daigle (1991) précise que les écoles d'infirmières, animées par l'idéologie victorienne, inculquent aux étudiantes dès leur formation, la soumission aux autorités médicales et ecclésiastiques. En effet, ce principe d'idéal de la mère totalement soumise à son mari et à ses enfants a profondément marqué le début des soins infirmiers

contemporains au cours de la deuxième moitié du XIXe siècle (p.68). En outre, Dallaire et ses collègues (2003) soutiennent que les relations des infirmières à la médecine, à l'administration des institutions du système de santé ou encore à la société prennent davantage de sens si on les replace dans le contexte social plus vaste des rapports hommes-femmes dans la société (p.331).

L'analyse selon la perspective féministe permet de s'interroger sur une autre facette de la profession infirmière. En considérant cette piste, il est possible de déterminer certains facteurs qui facilitent ou qui font obstacle à la profession afin de mieux cibler les interventions qui amélioreraient la qualité de vie des infirmières.

Conclusion

L'analyse de la qualité de vie des infirmières est complexe, car elle dépend de plusieurs facteurs. Les conditions de travail et la pénurie dans les milieux de soins ont été identifiées comme les principaux facteurs de la dégradation de la qualité de vie des professionnelles de la santé. Dans une profession où l'effectif infirmier est fortement féminisé et aussi exposé à des horaires atypiques, le temps à consacrer à la famille, aux activités sociales et récréatives devient limité d'une part, face aux contraintes liées aux activités professionnelles et, d'autre part par les responsabilités familiales. Aussi, la similitude entre les conditions de travail des infirmières et étudiantes du début du XXe

siècle et celles que connaissent les infirmières d'aujourd'hui nous amène à un paradoxe. D'abord, on revient avec des conditions de travail qui étaient décriées par les infirmières au début du XXe siècle alors que la notion de vocation n'est plus de mise. Ensuite, des changements sociaux ont bouleversé le rôle traditionnel des femmes entraînant une redéfinition de la place de la femme et de l'infirmière dans la société. Pourquoi donc ce retour en arrière? Il s'agira dans les sections à venir de mieux de comprendre les motifs qui incitent ce retour.

Chapitre II

Cadre conceptuel et méthodologie

Introduction

Selon la professeure émérite de l'Université de Montréal, Marie-Fabienne Fortin, les méthodes de recherche sont les techniques employées par des chercheurs en vue de recueillir et analyser l'information pertinente dans le but de répondre aux questions de recherche. Deux paradigmes exercent une influence sur les méthodes de recherche. La recherche quantitative liée à la tradition positiviste qui voit la réalité comme statique et unique et la recherche qualitative associée au naturalisme selon lequel la réalité est multiple et la connaissance relative ou contextuelle (Fortin, 2006, p.21). La présente étude s'inscrit dans un paradigme qualitatif et adopte la recherche historique, qui d'après les auteures Loiselle et Profetto-McGrath, (2007) est «l'inventaire systématique et l'évaluation critique des faits liés à des événements appartenant au passé. [...] qui peuvent éclairer les pratiques ou les comportements actuels» (p.222). Dans ce chapitre, nous abordons le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie de recherche. Nous présentons ensuite, les sources utilisées et le corpus qu'elles constituent. Enfin le chapitre met en relief le choix de l'histoire dans cette étude.

2.1 Cadre conceptuel

Notre étude s'appuie sur l'analyse du discours, une approche multidisciplinaire qualitative qui étudie, selon la psychologue Marie Crowe, le contexte et le contenu du discours oral et écrit (Crowe, 2005, p.56). Précisons que dans notre étude, seul le contexte écrit est à l'étude. L'analyse du discours prend naissance dans les années 1960-1970 et s'inscrit dans plusieurs paradigmes, dont la perspective foucauldienne, althusérienne, derridienne etc. (Maingueneau, 1992, p.118). L'approche que nous privilégions est celle de la *Critical Discourse Analysis* (abrégé en CDA). Né à la fin des années 1980 de la convergence des travaux de plusieurs chercheurs, l'objet de la CDA est défini comme :

«[L] 'usage du langage, oral ou écrit, dans la société, et comme une forme de pratique sociale [...]. Le discours [...] est «socialement constitutif», mais également socialement constitué, c'est-à-dire que le discours constitue des pratiques sociales et des situations tout autant qu'il est constitué par elles. En ce sens, il participe à la fois au maintien du *statu quo* dans la société tout autant qu'il contribue à la transformer (Petitclerc, 2009, para.4)

La CDA, rajoute Adèle Petitclerc (2009), implique une vision de l'analyse du discours comme outil d'émancipation de l'idéologie dominante. De son côté, l'auteure Carmen Caldas-Coulthard souligne que « [l'] analyse critique de discours déconstruit les textes en les plaçant dans les contextes sociaux et en essayant d'expliquer les forces sociales derrière le discours» (Caldas-Coulthard, 1997, cité dans Petitclerc, 2009,

para.5). Le discours exerce donc une influence majeure sur les individus et contribue à tisser des relations, la plupart du temps de pouvoir, entre les différents groupes sociaux.

La CDA utilise trois étapes. La première étape de cette démarche est l'approche centrée sur un problème social. Cette opération permet de constituer un corpus préalable à l'analyse critique du discours. La seconde étape est la recherche interdisciplinaire qui offre la possibilité d'une analyse plus complète du problème social et non simplement discursif. Et, le troisième point consiste en un travail de terrain relevant soit de l'ethnographie qui est une recherche où l'accent est mis sur la culture soit sur la sociolinguistique qui s'intéresse aux variations sociales du langage, pour cerner les subtilités du phénomène (Petitclerc, 2009, para.6).

Dans notre étude, le problème social identifié est la qualité de vie des infirmières. En conséquence, nous avons dégagé des pistes d'analyses qui tiennent compte du contexte socioculturel et de la situation des femmes. De plus, il est évident que les discours des élites infirmières et des infirmières de chevet sont fondamentalement opposés et ne partageant que de rares points communs. Nous avons donc axé notre analyse sur les variations socioculturelles, les aspirations de deux groupes et la façon dont ils se positionnent dans les revues et les médias afin de dégager l'histoire sociale des infirmières.

De plus, nous avons décidé d'utiliser une perspective féministe afin d'explorer la situation des infirmières dans les milieux de soins. Cette approche fournie à notre avis, un éclairage à la fois réaliste et approprié compte tenu du nombre élevé de femmes dans la profession infirmière. Nous adoptons la perspective des féministes de la troisième vague, car les inquiétudes actuelles des infirmières s'apparentent aux préoccupations de la plupart des femmes de la troisième vague féministe.

Dans le cadre du mouvement féministe, il existe une variété d'approches. Au début du XXe siècle, certains mouvements, stipule l'historienne et féministe Micheline Dumont, s'intéressent à l'oppression et la discrimination féminine au sein des sociétés, alors que d'autres accentuent leurs revendications sur les droits de la femme (Dumont, 2008, p.20). Vers les années 1970, «le féminisme se diversifie et s'approfondit» (Dumont, 2008 p.154). Plusieurs courants voient le jour comme le féminisme égalitaire, radical, lesbien, maternel, marxiste, le postféminisme, etc. (Provost, 2006, p.29).

Au tournant des années 1980, nous dit la professeure en études féministes Maria Nengeh Mensah, le mouvement féminisme est identifié à une suite de trois vagues (première, deuxième et troisième) reconnues comme les étapes d'une action collective et de luttes des femmes (Nengeh Mensah, 2005, p.11). Amorcée au XIXe siècle, la première vague revendique le droit de vote des femmes, l'égalité entre hommes et femmes et la reconnaissance des femmes comme citoyennes. Cette première vague se

poursuit jusqu'à la deuxième moitié du XXe siècle. Ensuite, la deuxième vague est cette étape de l'histoire du féminisme des années 1960-1970, marquée par des revendications sur les relations sociales et les situations d'oppression particulières aux femmes et les institutions qui les maintiennent comme le mariage, la maternité, la famille et l'hétérosexualité (Nengeh Mensah, 2005, p.15).

Dans les années 1980, souligne l'auteure Denisa Oprea (2008), le féminisme entre dans une nouvelle étape. Sous l'influence des théories comme le postmodernisme, se profile la troisième vague, marquée par la reconsidération des positions antérieures. Cette troisième vague décriée par plusieurs auteurs suscite des opinions contradictoires. Tantôt elle est représentée comme un prolongement de la deuxième vague, tantôt comme une rupture qui met au centre de ces préoccupations, des domaines d'intérêt divers comme l'accès des femmes à l'éducation, la discrimination salariale, l'augmentation du chômage (p.5) et surtout affirme Nengeh Mensah (2005) une tendance des jeunes femmes contemporaines à prendre le contrepied de la deuxième vague et à ne pas s'identifier en tant que féministes (p.15).

La présente recherche ne vise pas la domination masculine ou l'oppression que subissent les femmes, mais incite la réflexion sur la troisième vague féministe. En effet, comme le souligne Oprea (2008), l'indépendance des femmes qui était célébrée au début des années 1980 se transforme en solitude. La réussite dans la carrière se réalise aux

dépens de la maternité voire du bien-être des enfants, et l'égalité au travail obligent les femmes à des efforts qui les transforment en des victimes de prédilection des échecs professionnels (p.8). Ce qui était considéré comme un progrès devient maintenant un fardeau pour les femmes qui ne tardèrent pas à réaliser que :

«Derrière l'idéologie égalitariste et l'image du pouvoir au féminin, des injustices flagrantes perdurent. Dans l'espace public, elles continuent à être absentes des positions de décisions et de pouvoir [...]. Dans l'espace privé, elles doivent composer avec la double journée de travail, tout en essayant de répondre aux exigences liées aux rôles de la mère et de l'épouse» (Oprea, 2008, p.9).

Dans la même veine, l'activiste féministe et auteure canadienne Judy Rebick souligne que les «jeunes féministes», pour reprendre le terme utilisé par Maria Nengeh Mensah, réclament le droit à une nouvelle définition de leur rôle social. Ces dernières à l'image des féministes de la troisième vague, réclament d'une part, une vie personnelle tout en continuant à travailler et, d'autre part, un partage équitable des tâches domestiques avec leurs conjoints. Le mouvement féministe doit, aussi faire cause commune avec les hommes, poursuit Rebick. Comme les femmes, ces derniers ne veulent pas d'une société où tout le monde travaille des heures de plus en plus longues «pour nourrir la machine capitaliste», aux dépens de leur santé, de leur famille et de leur vie personnelle : «Une semaine de 80 heures, ce n'est pas ce pour quoi nous nous sommes battues» affirme-t-elle (Rebick, 2005, cité par Ogar, 2004, p.1).

De plus, l'auteure française, Élisabeth Badinter, remarque l'apparition au tournant du XXI^e siècle d'une succession de discours féministes opposés qui peut être source de confusion. D'un côté, le féminisme de la parité implore les femmes de garder leur féminité et de se souvenir qu'avant tout elles sont mères, et le féminisme égalitaire leur rappelle qu'en dépit d'une meilleure formation que les hommes, l'infériorité de salaires et la double journée de travail sont leur lot. L'auteur parle de *fausse route* sinon de régression du mouvement féministe. (Badinter, 2003, p.201).

C'est dans ce contexte que nous proposons d'analyser la situation des infirmières. Il n'est pas vain de s'interroger sur une telle problématique, car par delà la profession infirmière, il faut voir l'infirmière, mais surtout la femme. Et comme le soulignent les historiennes Thifautlt et Toman (2011), «le métier d'infirmière longtemps pratiqué uniquement par des femmes ne peut être dissocié de l'histoire des femmes» (p.9). Nous voulons mettre en lumière les préoccupations actuelles des infirmières qui ressemblent à celles des femmes de la troisième vague féministe. En effet, suite aux revendications des femmes de la première et de la deuxième vague, les femmes de la troisième vague se retrouvent avec les obligations liées à leur domaine de travail, mais aussi avec les obligations domestiques. Une situation que vivent les infirmières et qui a des impacts sur leur qualité de vie.

2.2 L’histoire pour mieux comprendre la profession infirmière

L’analyse sur la qualité de vie des infirmières aurait pu se limiter à une étude actuelle du discours des élites de la profession infirmière. Mais, afin de bien comprendre toute la portée de la question, une analyse historique de la situation de ces femmes nous semble également opportune. L’histoire est, en effet, un excellent moyen pour saisir les transformations de la profession infirmière au cours des années et comprendre, comme le souligne l’historien, Davison Graeme, de l’Université de Melbourne «*how things have come to be the way that they are*» (Graeme, 2000, cité par Grehan, 2010, p.14).

En fait, en optant pour une approche historique, nous voulons comprendre les bases qui ont édifié la profession et les valeurs qui l’ont constitué. Car selon l’historien français, Jean-Clément Martin :

L’histoire sert à suivre les options prises selon chaque époque et chaque société, retraçant les généalogies dans lesquelles nous sommes inscrits, ou que nous revendiquons. [...], l’histoire sert à éclairer les rapports jamais définitifs entre les héritages, les cicatrices, les traces sur lesquelles nos vies se déterminent. Elle révèle les interactions qui nous ont constitués au fil du temps, permet de saisir comment nos choix se sont bâtis au fur et à mesure des événements (Martin, 2010, p.42).

Aussi, l’histoire permet de poser un regard plus lucide sur les événements et pousse à identifier les erreurs du passé et à adopter de nouvelles pistes de solutions.

Comme le dit si bien le spécialiste français du Moyen Âge, Jacques Le Goff :

«L’histoire n’est pas un roman [...] l’histoire n’est pas faite pour compenser les déceptions que l’on peut vivre en se retournant vers les

splendeurs et la force du passé, mais l'histoire doit être un tremplin. L'histoire doit apporter non seulement un certain nombre de connaissances, mais aussi une façon d'interroger le passé [...] et de redresser ce qui ne va pas actuellement afin d'aider (sic) l'avenir à être meilleur (Le Goff, 2010, p.123).

En sciences infirmières, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2007) voit dans l'histoire des soins infirmiers une importante source d'information pour la génération présente. Dans son énoncé de position sur *La valeur de l'histoire des soins infirmiers aujourd'hui*, elle stipule qu'il est crucial de comprendre l'histoire des soins infirmiers pour faire progresser la profession et participer à la réforme des soins de santé d'aujourd'hui. L'AIIIC croit aussi que l'histoire peut aider à renforcer l'identité professionnelle des infirmières :

La compréhension de l'histoire infirmière et de la pratique des soins infirmiers contribue à l'acquisition d'une identité professionnelle chez les infirmières. La connaissance d'événements et de gens du passé qui ont façonné les soins infirmiers pourrait encourager une compréhension de soi au sein de la profession, une cohérence collective et une certaine fierté (AIIIC, 2007, p.2)

Ainsi, l'analyse historique permet de comprendre non seulement l'évolution de la profession, mais aussi les contextes socioculturels, économiques et politiques qui ont façonné la discipline. Dans la situation de pénurie et de solutions prises à la va-vite pour la résoudre à la fin du XXe siècle, nous croyons qu'il est plus pertinent que jamais de porter un regard historique sur les raisons qui ont expliqué le rejet de ces mêmes décisions dans les années 1930.

2.3 Sources

Les principales sources utilisées pour cette étude sont les revues *La Garde-Malade Canadienne-Française* de 1928 à 1938, et *L'infirmière du Québec* de 1993 à 2003, deux journaux infirmiers francophones, ainsi que *Le Journal* une publication officielle de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. À ces documents s'ajoutent certains articles traitant des infirmières tirés des journaux à grand tirage *Le Soleil*, *Le Journal de Montréal*, *Le Devoir* et *La Presse*.

La Garde-Malade Canadienne-Française (GMCF) est une revue infirmière publiée par les gardes-malades laïques francophones du Québec de 1928 à 1956. Notre analyse couvre précisément la première décennie de la parution de la GMCF soit de 1928 à 1938. C'est en effet en 1928 qu'elle voit le jour suite à la dissolution de la première revue infirmière francophone *La Veilleuse*. Sous la direction de deux sœurs Grises, Sœur Duckett et Sœur Fafard, *La Veilleuse* dont le premier numéro est lancé en 1924, voulait maintenir une conception chrétienne des soins infirmiers en accord avec les progrès et les techniques de la science (Cohen, 2000, p.165). Toutefois, les problèmes liés à la professionnalisation, au rôle des infirmières et à leur formation entraînent rapidement le déclin de *La Veilleuse* en 1927.

Contrairement à *La Veilleuse*, la GMCF se veut plus axée sur le développement de la profession. La conception apostolique des soins n'est pas totalement délaissée,

mais coexiste avec un modèle laïque et nationaliste (Cohen & Vaillancourt, 1997, p.541). Ainsi, tout en conservant de bons rapports avec les autorités religieuses et médicales, l'élite infirmière se fraye un chemin pour s'imposer en tant que professionnelle et développer graduellement l'autonomie de la profession.

Aussi, nous avons largement utilisé la revue *L'infirmière du Québec* (IQ). Publiée par l'OIIQ de 1993 à 2003, elle fait suite à *Nursing Québec* diffusée de 1980 à septembre 1993. L'IQ vise à contribuer à l'évolution de la profession infirmière et veut se pencher sur les besoins sans cesse croissants de la population en matière de santé. Elle offre à ses lecteurs des dossiers consacrés à des questions cliniques, des articles sur la recherche en sciences infirmières, des informations sur les plus récentes innovations en soins infirmiers et des profils professionnels d'infirmières qui se sont démarquées dans leur domaine de spécialisation (Chabot, 1993, p.6).

Ces deux décennies ont été choisies parce qu'elles coïncident à des époques de bouleversements économiques. La crise économique de 1929 et les compressions budgétaires dans les années 1990 ont durement frappé les infirmières au début et à la fin du XXe siècle et ont entraîné des conditions de travail très difficiles. En plus, les deux revues favorisent une publication majoritairement francophone tout en étant les organes officiels des infirmières de la province de Québec.

Le Journal, publication officielle de l'OIIQ, a également suscité notre intérêt. Il fournit les tendances récentes de l'OIIQ. Dans cette petite brochure de douze pages, distribuée cinq fois l'an, se retrouvent les éditoriaux de la présidente de l'OIIQ depuis l'année 2008, les prises de position publiques, les activités légales et les actualités les plus récentes de l'OIIQ y sont également traitées (OIIQ, 2011).

Des articles relatifs au domaine de la santé et particulièrement sur les infirmières ont été répertoriés au cours des années 2009 et 2010 dans différents quotidiens à grand tirage pour étayer notre étude. Tout d'abord, le journal *Le Soleil*, fondé en 1896 par Wilfrid Laurier et Honoré Mercier, offre une publication variée comprenant les arts, l'économie, les sports et les actualités. Dans cette dernière rubrique se retrouvent les articles traitants des infirmières. Distribué dans les régions de Québec, Montréal, Ottawa et en Floride, ce quotidien rejoint un vaste lectorat (Lemieux, 1997, p.25). De même, *Le Devoir*, quotidien fondé par Henri Bourassa en 1910 a été également consulté pour les besoins de cette étude. À forte connotation catholique à sa création, *Le Devoir* est désormais reconnu pour son indépendance éditoriale et son contenu d'opinion et se targue d'être lu à travers toutes les régions de Québec, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario (Paré, 2003).

Quant au quotidien *La Presse*, ces entrefilets sur les infirmières ont également été utilisés pour cette recherche. Ce journal politique francophone fondé à Montréal en 1884

délaissera en 1889 le côté politique pour se tourner vers l'information. Il propose un contenu riche et diversifié de l'actualité au Canada et d'ailleurs et offre la présentation d'une série de dossiers traitant de grands sujets dans tous les secteurs d'activités, dont le domaine de la santé (La Presse, 2009). Quelques articles ont aussi été tirés d'un des plus récents quotidiens francophones du Québec, *Le Journal de Montréal*. Créé en 1964 par Pierre Péladeau, ce journal traite surtout de l'actualité provinciale et locale, des évènements sportifs, artistiques et judiciaires. Distribué à Montréal, Québec et Floride, *Le Journal de Montréal* est le quotidien québécois au plus fort tirage (Le Journal de Montréal, n.d.).

Dans tous ces journaux d'actualités, les opinions des infirmières sont relatées et analysées par des journalistes spécialisées dans le domaine de la santé. Ainsi, ces quotidiens offrent aux infirmières de chevet au Québec une tribune pour faire connaître au public leurs positions et leur vécu dans les milieux de soins.

2.4 Méthodologie

Pour ce qui est de la méthodologie, notre corpus est composé principalement des articles des onze volumes de la GMCF de 1928 à 1938 et des onze volumes de l'IQ de 1993 à 2003. La méthode de collecte des données que nous utilisons est à la fois simple et complexe. Comme le souligne Jacques Kayser, journaliste et écrivain français, «il n'y

a pas de système miracle qui puisse être indifféremment appliqué dans tous les cas. Chaque type d'étude exige l'établissement d'une classification particulière dont les différents éléments doivent être adaptés au sujet traité» (Kayser, 1963, p.131).

Nous avons donc commencé par élaborer un système de mots-clés ayant un lien avec les conditions de travail et la qualité de vie. Des mots-clés tels horaires de travail (atypiques, douze heures, huit heures, entrecoupées), pénurie, charge de travail, temps supplémentaires se sont donc retrouvés au cœur de notre recherche. Par la suite, les articles ont été lus, brièvement si le sujet ne correspondait pas à notre problématique et, de façon rigoureuse si les mots-clés préalablement définis étaient identifiés.

Des fiches de lecture ont ainsi été créées à l'aide du logiciel *FileMaker Pro Advanced* et tous les articles ont été identifiés par non seulement des mots-clés, mais aussi le titre, le volume, l'année de parution, le nom de l'auteur et quelques phrases qui résument le contenu de l'article. Ces détails ont permis un accès facile à l'information quand vient le temps d'analyser et d'interpréter les données. Ce dépouillement exhaustif des articles et rubriques a permis d'avoir suffisamment de données pour effectuer une analyse du discours sur la position de l'élite infirmière à propos de notre problématique à savoir la qualité de vie des infirmières.

Nous nous sommes inspirée des conditions de travail des infirmières pour étayer notre analyse sur la qualité de vie. Le concept des conditions de travail ayant d'abord été identifié par les gardes-malades dans les associations d'infirmières et la revue La GMCF dans les années 1930, puis repris à la fin du XXe siècle par la présidente de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec pour désigner les exigences faites aux infirmières dans les milieux hospitaliers. Elles représentent l'ensemble des contraintes notamment la charge de travail, la pénurie, l'environnement de travail, les temps supplémentaires ayant une influence néfaste sur la qualité de vie des infirmières. Nous faisons donc appel à ce concept qui prévaut au début et à la fin du XXe siècle pour notre analyse de la qualité de vie des infirmières dans les revues infirmières.

Notre intérêt pour la qualité de vie s'explique dans un premier temps parce que c'est un concept d'actualité, mais surtout, parce qu'il représente, d'après Schalock un indicateur important pour l'évaluation des facteurs subjectifs, objectifs et interactionnels de la satisfaction et du bien-être des individus (Schalock, 1993, p.137). Or, sous fond de crise économique dans les années 1930 et de compressions budgétaires dans les années 1990, il est impératif d'analyser ces deux époques afin de comprendre le sort réservé aux infirmières dans les milieux de soins et quelles sont leurs réactions.

Les textes du corpus portant sur les infirmières de chevet dans la GMCF et l'IQ nous sont vite apparus comme étant marqués par une certaine indifférence de la part des élites sur la qualité de vie des infirmières. En conséquence, nous nous sommes référée

aux journaux à grand tirage pour offrir une analyse plus en profondeur de la situation des infirmières dans les milieux hospitaliers. Dans *Le Soleil*, *Le Journal de Montréal*, *La Presse* et *Le Devoir*, nous avons sélectionné les articles publiés en 2009 et 2010. Les sites Internet de ces périodiques ont été consultés, le champ «infirmières» choisi, ce qui nous a permis de faire l'inventaire des articles se rapportant aux infirmières.

Les articles retenus sont essentiellement des textes d'informations ou d'opinions se rapportant à la qualité de vie des infirmières et leurs conditions de travail dans les milieux hospitaliers. Ils sont rédigés par des journalistes, des infirmières, ou encore par des figures importantes du domaine de la santé. Ainsi, notre analyse porte principalement sur la GMCF et l'IQ. La consultation des quotidiens à grand tirage s'ajoute à cette étude dans l'élaboration d'une meilleure compréhension de l'évolution du concept de la qualité de vie et de sa mesure aujourd'hui, en 2010.

Chapitre III

La Garde-Malade Canadienne-Française (1928-1938)

Jamais, dit-on, nous avons le droit de nous arrêter,
dans la marche du progrès, mais si toujours il faut tendre
à mieux et à mieux encore, il est permis toutefois
de regarder en arrière et de voir ce qui a été accompli.

C'est parfois ainsi que l'on peut puiser
de nouvelles forces pour les tâches futures.

Charlotte Tassé

(La Garde-Malade Canadienne-Française, 1930, p.173)

Introduction

Au tournant du XIXe siècle, époque où peu de femmes exercent un métier, être garde-malade au Canada français, province de Québec ainsi nommée de 1840 à 1960 (Thériault, 2008, p.254), représente un idéal à atteindre (Cohen, 2000, p.9). Composée majoritairement, dans les premiers temps, de religieuses qui y voient un prolongement de leur sacerdoce, la profession infirmière est graduellement dominée par les laïques (Petitat, 1989 p.53). Ces dernières, loin de partager la vision apostolique et chrétienne prônée par le clergé, les communautés religieuses et pendant un certain temps les médecins, envisagent une redéfinition de la conception des soins (Cohen, 2000, p.171). Voulant se mettre au diapason avec leurs consœurs anglaises, les élites franco-catholiques de la profession infirmière au Québec vont favoriser un discours sur la formation, la professionnalisation, les innovations technologiques et scientifiques (Cohen & Vaillancourt, 1997, p.553). Ces questions apparaissent comme des enjeux

déterminants à la création de la revue *La Garde-Malade Canadienne-Française (GMCF)* en 1928. Ce chapitre présente, dans un premier temps, la revue *La Garde-Malade Canadienne-Française*, ses buts et son cadre organisationnel. Par la suite, un bref survol du contexte socioculturel du Canada-Français au début du XXe siècle sera fourni afin de comprendre l'influence des différents acteurs et leur importance sur la vision des soins infirmiers. Enfin, le discours des élites de la profession infirmière dans les années 1930 sera analysé ce qui permettra de faire ressortir, d'une part, les messages prédominants et, d'autre part, les exigences de pratique adressées aux gardes-malades laïques.

3.1 La revue francophone des gardes-malades laïques

Le titre *La Garde-Malade Canadienne-Française* choisi pour la nouvelle revue reflète, selon Léo Parizeau, médecin et radiologiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal, la vision et l'angle sous lequel la profession et les gardes-malades doivent être perçus. Tout d'abord, l'expression «canadienne-française» est retenue parce que la revue est destinée aux francophones. Ensuite, le vocable «garde-malade» est préféré à celui d'infirmière, car une garde sous-entend une femme dont la profession est de garder, veiller, protéger, aider et secourir les malades n'importe où, alors qu'une infirmière désigne une personne qui soigne dans un hôpital ou une infirmerie (Parizeau, 1928, p.7).

La GMCF est placée sous les hauts patronages des Monseigneur Gauthier et Piette respectivement chancelier et recteur de l'Université de Montréal, et du Dr Louis

de L.-Harwood, doyen de la faculté de médecine. Le comité exécutif de la nouvelle revue est composé majoritairement d'infirmières laïques dont la directrice Charlotte Tassé est une garde-malade enregistrée et la surintendante laïque de l'école d'infirmières du Sanatorium Albert Prévost. Les autres membres du comité sont Édith-B. Hurley, professeure à l'École d'hygiène appliquée, Marie Pelletier, infirmière hygiéniste et Rachel Tassé, garde-malade enregistrée. Le docteur Emmanuel-Persillier Benoît est nommé rédacteur en chef et, les religieuses acceptent de siéger au conseil général d'administration, parce que selon elles, les fonctions de direction ne conviennent pas à leur statut (Tassé, 1928, p.29)

La Garde-Malade Canadienne-Française présente une publication mensuelle disponible entre le 25 et le 30 de chaque mois. Les articles publiés se regroupent sous plusieurs bannières : notes historiques, anecdotes, actualités, rubriques d'intérêt professionnel et médical, biographies et renseignements divers (Tassé, 1928, p.5). Généralement de cinq pages et moins, les articles sont rédigés par des auteurs locaux et étrangers particulièrement des médecins, des religieuses, des prêtres et des gardes-malades diplômées.

Les différentes rubriques de la revue ont déjà fait l'objet d'analyses de plusieurs historiens (Petitat, 1989; Daigle, 1991; Cohen & Vaillancourt, 1997; Cohen, 2000). Cependant, si ces auteurs ont choisi l'angle de la professionnalisation, de la formation et de la syndicalisation des infirmières pour orienter leurs recherches, ce mémoire veut se

pencher sur la qualité de vie des gardes-malades. Tel qu'indiqué dans le chapitre deux, le concept de la qualité de vie sera analysé sous l'angle des conditions de travail étant donné que ce thème est commun aux infirmières du début et de la fin du XXe siècle.

La GMCF ne publie pas d'éditorial. Certaines chroniques sont signées par la rédaction et, ce ne sont guère des prises de position, mais des informations sur la tenue d'une assemblée ou d'un congrès. La directrice de la revue, Charlotte Tassé intervient aussi quelquefois soit pour défendre les intérêts des infirmières canadiennes-françaises quant à la montée des anglophones, soit pour prodiguer des conseils aux gardes-malades par rapport à l'uniforme (Tassé, 1928, p.101), la confidentialité (Tassé, 1938, p.99) ou pour donner ses impressions sur un congrès (Tassé, 1938, p.387).

Notre analyse couvre la décennie de 1928 à 1938, une période charnière pour la profession infirmière, car elle retrace les premiers balbutiements de ce journal. Cette décennie montre les difficultés que connaissent les infirmières avec le taux de chômage grandissant suite à la crise économique de 1929 et leur engagement dans le processus de professionnalisation. Par conséquent, ces dix années permettent d'interroger le discours priorisé par les élites, les modulations de leurs messages, et l'espace réservé au travail et aux conditions qui en découlent alors que la profession tente de se redéfinir.

La présence majoritaire des infirmières laïques dans le comité éditorial va-t-elle faire une différence? Il semble que non ou tout du moins pas dans les premières années.

Bien que la directrice spécifie que ce journal s'adresse à toutes les gardes-malades francophones du Canada et des États-Unis et le décrit à la page frontispice comme une revue entièrement consacrée à la profession de garde-malade, aux hôpitaux, aux services de santé et d'hygiène publiques, il sera très difficile aux infirmières d'imposer leur vision de la profession. En effet, les médecins et les membres du clergé vont profiter de leur position et de leur rôle dans la revue pour guider les premiers pas de cette jeune profession. Une autorité allant de soi qui reflète les valeurs sociales du Canada-Français au début du XXe siècle.

3.2 Contexte socioculturel du Canada-français au début du XXe siècle

La société canadienne-française des premières décennies du XXe siècle est marquée par des valeurs traditionnelles bien établies. La doctrine et l'emprise de l'Église catholique prévalent dans tous les aspects de la vie culturelle, politique, familiale et dans les réseaux d'éducation et de santé, particulièrement, le domaine des soins infirmiers (Cohen, 2000, p.23). La forte présence des ordres religieux catholiques dans la profession infirmière s'explique par le fait que les religieuses étaient les directrices de la majorité des écoles d'infirmières au Québec (Cohen, 2000, p.25). Les membres du clergé ont aussi pris une part active, premièrement, dans la formation morale et spirituelle des étudiantes infirmières (Thifault, 2010, p.103) et, deuxièmement dans les colonnes de la revue la GMCF. Leurs attentes vis-à-vis des étudiantes et infirmières diplômées sont énoncées clairement dès le premier numéro de la GMCF : «c'est une

religieuse sans voile, une épouse sans liens et sans droit, une mère sans nom [...]. Son œuvre est la réplique – une sorte de tiers-ordre sans agrégation officielle – de l'œuvre admirable de nos sœurs de charité» (Lalande, 1928, p.3).

Au début du XXe siècle, le monopole de l'Église catholique sur l'instruction n'incluait pas uniquement les infirmières mais englobait l'éducation des filles en général. Une instruction de niveau primaire, souligne l'historienne Catherine Charron, basée surtout sur les valeurs morales et domestiques qui ne prépare aucunement la femme à occuper une place active dans la société, mais tend à la confiner au foyer (Charron, 2010, p.11). Cette situation réservée uniquement aux femmes sera dénoncée par les associations féministes. Sous la bannière de la Fédération Nationale Saint-Jean-Baptiste (FNSJB) fondée en 1907, les revendications du mouvement féministe prendront la forme d'une véritable lutte indiquent Charron (2010, p.9), le droit à l'éducation et à l'instruction étant la base et la plus ancienne des revendications des féministes au Québec dans la majorité des pays occidentaux (Dumont et Toupin, 2003, p.60).

L'unité familiale est également au cœur des préoccupations dans une société où le système patriarcal est la norme. Au sein de la famille, les rôles sont bien définis. L'homme est vu comme le chef de la famille doté des responsabilités maritale et paternelle et, la femme comme un être inférieur et faible, subordonnée au mari et ayant le même statut légal que les mineurs et les fous (Dumont, 2008, p.15). Considérée comme la reine du foyer, la femme avait pour principales fonctions la reproduction et la

maternité et se définissait par son rôle d'épouse et de mère au service de son mari et de ses enfants (Dumont, 2008, p.15). En fait, le statut d'infériorité des femmes est soutenu par les institutions religieuses, les instances juridiques et politiques qui mettent tout en œuvre pour limiter ses droits politiques et civils (Linteau, Durocher et Robert, 1989, p.245). À cet effet, les féministes vont réclamer une refonte du Code civil pour dénoncer la subordination des femmes et leur infériorité juridique. Leurs revendications visent à donner plus d'autonomie aux femmes dans la société (Dumont et Toupin, 2003, p.28).

Cette vision de soumission, souligne l'infirmière et éthicienne canadienne, Danielle Blondeau, a longtemps imprégné les professions majoritairement féminines au Canada-français, et particulièrement la profession infirmière. L'auteure mentionne qu'au stade de la vocation, le rôle de l'infirmière se confondait étrangement avec le rôle de la femme. En effet, l'infirmière est associée au rôle de la mère, de l'auxiliaire et de domestique et le lien de subordination asservit l'infirmière non pas au père et au mari mais aux autorités médicale et ecclésiastique (Blondeau, 2002, p.65).

Au tournant du XXe siècle, nous apprennent les historiennes Lavigne et Stoddart (1983), bien que l'Église catholique et certaines instances gouvernementales y voient une menace pour la famille, certaines femmes se retrouvent sur le marché du travail. Leur choix de carrière étant limité, plusieurs femmes travaillent dans des secteurs comme les manufactures et les services et, une minorité d'entre elles, environ 10% sont enseignantes et infirmières. L'insertion des femmes sur le marché du travail, signalent

les auteures, représente un problème social et moral et de nombreuses alternatives seront envisagées pour le contrôler, l'enrayer et l'interdire (p.107).

Le nombre de femmes sur le marché de l'emploi est en constante progression, et ce, en dépit des injonctions de l'Église, de la crise économique de 1929 et de l'obligation d'abandonner leur travail après le mariage. Ce dernier point est sans équivoque pour les infirmières. Dans les lignes mêmes de la GMCF, l'infirmière en service social, Mlle M. Daman, condamne ouvertement le travail de la femme mariée à l'extérieur du foyer jugeant les conséquences néfastes pour la femme, la famille et la société tout entière. Le seul remède efficace, déclare-t-elle, est «l'interdiction du travail de la femme mariée et mère de famille» (Damman, 1937, p.230). Pourtant, les femmes mariées qui représentent 1,8% des travailleuses au Québec en 1921 sont près de 3,3% en 1931 (Dumont, Jean et Lavigne, 1990, p.209).

Le droit au travail fait aussi partie de la liste des revendications des associations féministes. De leur point de vue, les femmes célibataires autant que les femmes mariées doivent avoir accès au milieu du travail. Bien que conscientes des difficultés que peuvent représenter l'assignation des femmes au marché du travail et dans les sphères domestiques, Charron (2010) souligne qu'«elles [les féministes] véhiculent sans ambiguïté une image positive de la travailleuse : professionnelle, ouvrière ou employée qui réussit à concilier son emploi et son rôle domestique» (p.10).

Cependant, bien que la présence de jeunes filles dans les hôpitaux au début du XXe siècle transgresse l'interdit du travail féminin, les liens étroits entre la profession infirmière et les communautés religieuses ne permettent nullement de parler d'évolution. En effet, si certains métiers exercés par les femmes au Canada-français (secrétaires, ouvrières) ont suscité des controverses, être infirmière a toujours été vu comme une activité valorisante (Daigle, 1983). Considéré comme une fonction féminine honorable et surtout respectueuse de l'autorité médicale et religieuse, le travail de l'infirmière laïque est avant tout une vocation et non un métier (p.115). D'ailleurs, poursuit l'auteure, «l'historiographie traditionnelle a perpétué ce mythe de femme modèle» et les rôles de femme et d'infirmière ont été institutionnalisés jusqu'à se confondre complètement (p.117).

Des conditions d'admissibilité à la pratique au chevet du patient tout est mis en place afin que les infirmières soient soumises aux autorités religieuses et médicales. Selon Thifault (2010), à l'image de l'école d'infirmières de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, toutes les écoles de gardes-malades sélectionnaient uniquement de jeunes filles triées sur le volet qui répondaient à des critères spécifiques : être âgées de 18 à 35 ans, posséder une bonne instruction, avoir un certificat de moralité et de santé, un langage soigné et un comportement digne, ne pas avoir d'infirmités et montrer une dentition saine (p.103). L'aspirante devait aussi être soumise, charitable, compatissante, dévouée et effacée puisque c'est par le don de soi qu'elle se met au service du prochain et au service de Dieu (Blondeau, 2002, p.64).

D'ailleurs, rares sont les articles de la GMCF, au début du XXe siècle, qui font référence au mouvement féministe pourtant en plein essor, selon Dumont et Toupin (2003). Les articles qui s'y réfèrent le font en terme peu élogieux et les chroniques qui abordent le sujet nous renvoient à la vision subordonnée de la femme et ses «rêves» d'épouse et de mère (p.27). À la collation des diplômes de l'Hôpital Sainte-Justine, le docteur Bourgoïn déclare, aux futures gardes-malades : «Quand, par attrait naturel ou par nécessité, la jeune fille s'engage dans cette voie [garde-malade], nous ne pouvons que la féliciter hautement, sachant qu'elle pratique alors le meilleur féminisme...» (Bourgoïn, 1930, p.374). La rubrique l' «Éducation féminine » publiée à partir de 1936, révèle clairement que pour les responsables de la GMCF, le rôle des femmes se résume à la vie familiale à laquelle celles-ci doivent se consacrer.

Le mouvement féministe aurait pu avoir un certain succès auprès des infirmières. En effet, comparées aux autres femmes, les infirmières bénéficient d'une situation enviable tant par l'opportunité de travailler à l'extérieur que par la formation qu'elles reçoivent. Cependant, assujetties aux mêmes règles régissant la société canadienne-française du début du XXe siècle, et à une formation infirmière prônant la moralité et l'obéissance, les infirmières étaient soumises à des contraintes identiques. En fait, leur accès au monde du travail basé sur des règles strictement religieuses et morales semble tantôt avoir banni tout esprit de velléité tantôt suscité des sentiments de révolte. Une ambiguïté retrouvée également dans le discours des élites de la profession.

3.3 Le discours des élites de la profession infirmière

Selon Yolande Cohen, l'élite des infirmières au Québec, au début du XXe siècle, est composée des membres de communautés religieuses franco-catholiques et anglo-protestants laïques (Cohen, 2000, p.267). Cependant, en raison de leur absence dans la GMCF, l'influence des anglo-protestants n'est pas prise en compte dans cette étude. Ces dernières disposent de leur revue de langue anglaise, *The Canadian Nurse*, où elles diffusent leurs messages. Bien que cette revue soit traduite en français quelques années plus tard, la GMCF reste le principal vecteur de l'idéologie prônée par les infirmières canadiennes-françaises.

En tenant compte de la définition du terme élite donné dans le Petit Larousse : «Petit groupe considéré comme ce qu'il y a de meilleur, de plus distingué» (Larousse, 2006), l'élite infirmière proposée par Yolande Cohen nous semble restreinte. Par conséquent, il serait pertinent d'y ajouter les médecins. Étant les signataires de près de 40% à 50% des articles dans les cinq premières années du journal, et le corps professoral imminent et majoritaire dans les écoles d'infirmières, et ce, jusqu'au début des années 1970 (Dallaire, 2008, p.393), il est indéniable que les médecins ont produit une influence déterminante sur le devenir de la profession. Leur pouvoir de décision sur les gardes-malades, leur participation à la création de l'image de l'infirmière docile sous les ordres de leur expertise scientifique leur procure sans conteste une place privilégiée dans la profession infirmière.

De plus, nous pensons que les gardes-malades titulaires de postes clés au sein de l'Association des Gardes-Malades Enregistrées de la Province de Québec (AGMEPQ) ou dans la revue la GMCF peuvent être incluses dans ce groupe d'élites. Bien que leur apport dans les premières années de la revue se limite à des récits de voyage, des anecdotes de pratique en service privé (Besner, 1932, p.117) et quelques rares articles sur l'hygiène sociale (Sénécal, 1928, p.50), elles ne tardèrent pas à se rendre plus visibles. Leur entrée progressive au cours de l'année 1936 engendre un discours infirmier plus scientifique. Les articles publiés de 1936 à 1938 se réfèrent majoritairement à l'hygiène sociale, mais quelques-uns traitent du rôle des infirmières dans les différents milieux de pratique. En outre, la présence majoritaire de ces gardes-malades au sein du comité exécutif de la revue les place en position de force pour changer, subtilement ou non, les orientations de la revue et de la profession.

Il est difficile d'expliquer l'inertie qui caractérise les gardes-malades dans les premières années de parution de la revue. Toutefois, les élites infirmières n'ont de cesse de solliciter une participation plus active des gardes-malades. La responsable du registre de Ville-Marie, Annonciade Martineau, les exhorte à soutenir les efforts de la direction de la GMCF : «Prenons conscience de nos responsabilités, travaillons à faire augmenter le tirage et surtout collaborons davantage par nos écrits», et peut-être qu'à son 25^e anniversaire, souligne-t-elle, «la revue, suivant la loi de la nature, sera rédigée et dirigée par les gardes-malades» (Martineau, 1937, p.19). De son côté, Charlotte Tassé rappelle que la revue est une œuvre de collaboration qui ouvre ses colonnes à toutes

celles qui veulent apporter une participation utile. Elle demande de faire fi de l'individualisme latin et ajoute : «Secouons, de grâce, notre indifférence et mettons au service de notre cause ce vibrant enthousiasme qui renverse tous les obstacles» (Tassé, 1938, p.10).

Ce discours semble avoir produit quelques effets auprès des infirmières, puisqu'en 1938, les articles publiés sont majoritairement signés par ces dernières. Toutefois, outre l'importance quantitative des articles infirmiers, il convient de signaler que les sujets traités sont très différents de ceux abordés par les médecins. Si les articles des médecins s'intéressent au côté curatif des soins à donner aux patients, les infirmières traitent particulièrement d'hygiène, de prévention et de leur rôle au sein de la population. Un écart important qui démontre clairement la différence entre les deux disciplines.

La participation des infirmières nous incite aussi à réfléchir sur la nouvelle orientation que la revue semble vouloir prendre. Alors que dans les débuts de la revue, la présence des médecins et des ordres religieux semblait être appréciée et même souhaitée, elle paraît maintenant indésirable. «Qui connaît mieux les intérêts de la profession, que nous les intéressées» demande Annonciade Martineau (1937). Quel est le motif d'un tel changement de cap? (p.19) Les élites infirmières se sont-elles rendu compte que les autorités médicale et cléricale constituent un frein à leurs aspirations? Beaucoup d'infirmières canadiennes-françaises sont conscientes de leur faible marge de manœuvre

face aux religieuses et aux médecins. Cependant, les articles des infirmières américaines et canadiennes-anglaises qui prônent la nécessité pour les infirmières de prendre en charge les destinées de la profession semblent les influencer et les poussent à se diriger tant bien que mal vers une certaine autonomie.

3.4 L’ambivalence du discours : stratégies ou incohérence

Les principaux thèmes abordés dans la GMCF sont consacrés à la formation, la professionnalisation, les valeurs spirituelles et morales de vocation, de charité, de dévouement, d’abnégation que doit posséder toute étudiante et infirmière diplômée au cours de leur formation et de leur profession. Toutefois, même si ces thèmes se chevauchent et parfois s’entremêlent, une attention spéciale sera portée à certains d’entre eux pour marquer la contradiction entre les objectifs de la revue et la réalité décrite à travers ses lignes. Cette illustration se fera à partir des notions de vocation, de formation avec en toile de fond le concept de la professionnalisation.

La vocation occupe une grande place dans les lignes de la GMCF à l’image de la forte présence des communautés religieuses de l’époque. Cette notion est intimement associée la pratique des soins infirmiers. «Parmi les vocations qui conviennent le mieux à la femme je n’hésite pas à nommer celle de garde-malade», soutient le père Thomas

Lamarche (1931, p.458). L'abbé Hamelin dans son allocution aux gardes-malades diplômées de l'Hôpital St-Joseph des Trois-Rivières stipule :

Si la carrière de garde-malade ne peut être considérée comme une vocation au sens théologique du mot, c'est-à-dire comme un appel de Dieu, à un état de vie chrétienne, on la regarde comme une vocation naturelle étant donné le don et l'attrait qu'elle suppose (Hamelin, 1930, p.247).

De telles prises de position vont à l'encontre des idées de professionnalisation réclamées par les gardes-malades laïques. Cependant, la contradiction règne au sein même de la revue. La secrétaire-trésorière de la revue, Suzette Panet-Raymond, écrit :

Elle [la garde-malade] est l'auxiliaire indispensable du médecin [...] consciente de son rôle, convaincue que la profession de garde-malade est une vocation et non un métier, elle se donnera à son malade et fera l'impossible pour bien s'acquitter de sa tâche et seconder le médecin de façon à guérir son patient dans le plus court délai possible (Panet-Raymond, 1930, p.199).

Une telle ambivalence du discours laisse planer un doute quant au but poursuivi par la GMCF.

Outre la vocation, les gardes-malades doivent avoir toute une panoplie d'aptitudes et de qualités pour réussir dans la profession. Des qualités morales et religieuses qui vont de soi pour toutes gardes-malades catholiques. Pour Monseigneur Camille Roy, une garde-malade doit surtout développer une grande et chrétienne charité qui suppose des vertus comme le renoncement à soi-même, la pitié, la patience, la discrétion et la tendresse (Roy, 1933, p.394). Le docteur Edgard Langlois du Sanatorium

Prévost rajoute que ces vertus «un peu austères» doivent s'agrémenter d'un sourire franc, d'une bonne humeur naturelle et d'une gaieté sobre (Langlois, 1928, p.13).

Ces aptitudes fortement associées aux qualités féminines sont identifiées comme telles par le docteur Robert Rumilly :

Mais que la maladie nous rende tout dolents, que la douleur tenaille notre chair [...] nous voilà redevenus de petits enfants, avides d'être bercés, bordés, dorlotés. Et qui peut remplir cet office, je vous prie, sinon des femmes, et ces fées parmi les femmes, les infirmières? (Rumilly, 1931, p.523).

Cette vision largement véhiculée par les auteurs des articles de la revue va totalement à l'encontre de l'image professionnelle que les élites infirmières laïques veulent imposer. Les médecins et les membres du clergé se liguent afin de s'assurer des aides charitables. Les infirmières laïques doivent se tenir aux aguets si elles veulent vraiment imposer une vision professionnelle de la garde-malade et prendre des distances avec le rôle vocationnel.

La formation scientifique de la garde-malade est le leitmotiv de la directrice de la revue. Charlotte Tassé voit, dans ce journal, l'occasion d'élever le niveau de la profession. Elle le présente comme «un lien intellectuel et moral, un organe scientifique et professionnel, un moyen d'action, une occasion d'union et de progrès» (Tassé, 1928, p.5). Les médecins se disent aussi en faveur de la formation des gardes-malades. Le

docteur Lefebvre de l'Hôpital Saint-Charles de Saint-Hyacinthe soutient que la garde-malade doit être une femme de science, prête à tout mettre en œuvre afin de posséder la science professionnelle, c'est-à-dire, les connaissances théoriques et pratiques qui se rapportent à la médecine dans le but de soigner et de guérir (Lefebvre, 1928, p.25).

Dans le même ordre d'idées, Arthur Lessard, surintendant à l'Hôpital Notre-Dame, précise que la formation scientifique donnée à l'hôpital fournit aux étudiantes toutes les connaissances scientifiques devant leur permettre de devenir des professionnelles et des collaboratrices précieuses pour les médecins (Lessard, 1928, p.26). En somme, des assistantes bien formées, mais qui reconnaissent l'autorité des médecins et surtout qui leur obéissent.

Les sœurs Madeleine et Allard veulent aussi une «formation scientifique pour l'élite féminine». Elles soutiennent que les qualités de l'esprit et du cœur ne sont nullement incompatibles avec la science pour être une bonne collaboratrice du médecin (Sœur Madeleine, 1933, p.134; Sœur Allard, 1934, p.9). L'intervention du Révérend Père Garesche précisant qu'il est encore plus important d'assurer aux infirmières une sérieuse formation religieuse ajoute une connotation plus religieuse à la question de formation. Il soutient : «comme les valeurs spirituelles ont le pas sur les valeurs matérielles, ainsi l'instruction religieuse de l'infirmière a une importance plus grande encore que sa formation professionnelle» (Garesche, 1937, p.547).

Ces quelques éléments permettent de constater que la formation scientifique que préconise la directrice de la GMCF, ne rejoint pas les visées des différents acteurs. Si Charlotte Tassé voit dans la formation scientifique un meilleur moyen pour les infirmières d'être reconnues comme des professionnelles, les médecins et les religieuses ne sont pas du même avis. Selon les médecins, la formation scientifique de la garde-malade vise à leur assurer une collaboratrice de premier choix. Une opinion que partage les membres du clergé et les religieuses, car la combinaison formation scientifique et spirituelle des garde-malades leur procure une main-d'œuvre qualifiée, subordonnée et obéissante. Une des retombées de cette volonté d'améliorer la formation des gardes-malades est l'enquête du nursing conduit par le docteur Weir et commandée par l'Association des Infirmières Canadiennes et l'Association Médicale Canadienne.

3.5 Le Rapport Weir et les conditions essentielles à la formation

En 1929, l'Association des Infirmières Canadiennes, préoccupée par le manque de développement scientifique et professionnel des infirmières, forme avec l'Association Médicale Canadienne une commission dans le but d'étudier les problèmes qui concernent la profession infirmière. Reconnaisant la nécessité d'une enquête approfondie sur la formation et les services d'infirmières, la commission charge le docteur Georges Weir, chef du service d'éducation à l'Université de la Colombie-Britannique, de mener une enquête à travers le Canada. Le rapport de cette enquête intitulé *Survey of Nursing Education in Canada*, généralement reconnu sous le nom de Rapport Weir, est publié en 1932 et traite des questions économiques, sociologiques et

pédagogiques des étudiantes et du personnel infirmier dans les hôpitaux (Sœur Allard, 1934, p.12).

Les résultats de l'enquête sont à l'origine d'importantes réformes tant pour le choix des élèves que pour l'enseignement et le curriculum de cours dans les écoles de gardes-malades (Sœur Allard, 1934, p.13). Une formation théorique et pratique à la hauteur de ce que veut Charlotte Tassé, et qui doit conduire à la professionnalisation des infirmières. D'ailleurs, elle met tout en œuvre pour rendre la divulgation des résultats de l'enquête accessibles pour les francophones. Des articles et rapports expliquant le but et les résultats de l'enquête sont publiés dans GMCF et un résumé du rapport en français est proposé afin de le rendre accessible aux francophones. Toutefois, au-delà de la formation des étudiantes, les recommandations de cette étude ont une portée plus large et, incite indirectement l'apparition d'un discours sur les conditions de travail des étudiantes et des infirmières diplômées. C'est dans l'environnement hospitalier que les conditions de travail prennent toute leur importance et se traduisent en un nouveau mode d'organisation et de pratique des soins qui se perpétue jusqu'à la fin du XXe siècle.

Le concept des conditions de travail qui permet de juger de la qualité de vie, pierre angulaire de ce travail, représente donc une idéologie des exigences professionnelles des infirmières. Les conséquences des conditions de travail sur la vie des infirmières au cours des décennies 1928-1938 et 1993-2003 permettront de suivre le

parcours de ce concept dans la profession. Dans les lignes qui suivent, nous chercherons à comprendre l'impact des conditions de travail sur les étudiantes et infirmières diplômées, comment les communautés religieuses s'y sont adaptées et de quelle façon la revue la GMCF aborde les conditions de travail à travers ses colonnes.

Les conditions de travail des étudiantes et des gardes-malades diplômées travaillant dans les hôpitaux font l'objet d'une vingtaine d'articles, chroniques et rapports dans la GMCF de 1928 à 1938. Le premier article publié en 1930 est écrit par la directrice de l'Association des gardes-malades américaines, Janet Geister, sur les conditions de travail des infirmières en service privé (Geister, 1930, p.343). D'autres rapports font état des conditions de travail dans certains pays d'Europe comme la Belgique, la Finlande, etc. Au Canada, la publication du Rapport Weir en 1932 (Upton, 1932, p.200) ouvre la voie aux conditions de travail dans toutes les provinces canadiennes.

Dans la GMCF, les conditions de travail incluent surtout les horaires de travail, la charge de travail, le chômage et les salaires. Quelques articles abordent la pénurie et les conditions de vie des infirmières. La figure 1 illustre l'apparition de ces thèmes dans la revue. La crise économique de 1929 conjuguée à un faible taux d'embauche dans les hôpitaux fait grossir les rangs des gardes-malades sans emploi. Sœur Augustine de la section française d'éducation de l'AGMEPQ, dans son rapport pour l'année 1931,

souligne l'intérêt de l'association face au chômage des gardes-malades diplômées (Sœur Augustine, 1932, p.98). Cela résulte, souligne le directeur de service de santé à Montréal, docteur Boucher, d'une part de l'incapacité des patients à défrayer les coûts pour les services d'une infirmière et, d'autre part, du manque de travail en milieu hospitalier pour les gardes-malades diplômées (Boucher, 1934, p.77).

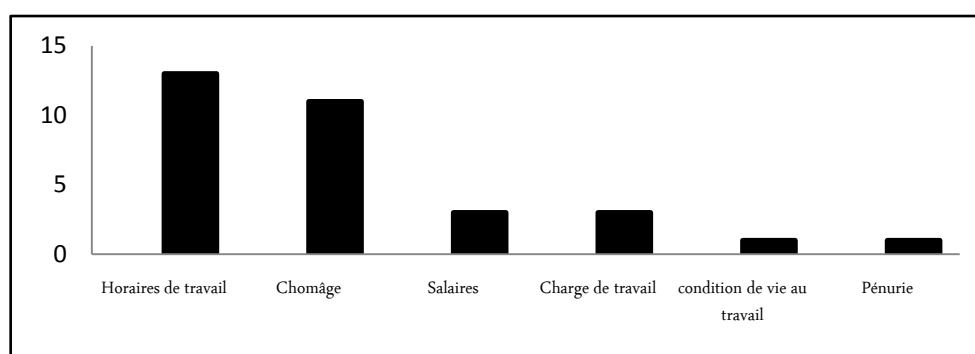


Figure 1. Thèmes relatifs aux conditions de travail des infirmières dans la GMCF.

De son côté, Adelaïde Nutting, professeure au Teacher's College de New-York, s'intéressant à l'évolution de la profession infirmière, dénonce le manque de formation des étudiantes. Un lien étroit existe entre les écoles d'infirmières et les hôpitaux aux États-Unis où l'étudiante est considérée comme une source de profit. Ce «plan rationnel d'enseignement» contribue à restreindre le temps de formation mais aussi à augmenter la charge de travail des étudiantes. Il faut prendre les mesures appropriées explique Nutting, «pour empêcher que les écoles d'infirmières ne tombent sous la sujétion complète des hôpitaux comme c'est actuellement le cas; pour empêcher qu'elles ne continuent à être les écoles vassales qu'elles sont aujourd'hui presque universellement» (Nutting, 1931, p.77). Dans la même veine, la directrice des gardes-malades de l'Hôpital

Général de Toronto, Jean Gunn, associe les lacunes de la formation des étudiantes à leur surcroît de travail. Elle stipule : «C'est très souvent en raison des conditions faites aux étudiantes dans les hôpitaux qu'un programme éducationnel bien élaboré reste lettre morte.» (Gunn, 1938, p. 445).

La question des salaires en milieu hospitalier n'a pas été un sujet d'actualité durant la décennie étudiée. Les étudiantes gardes-malades, recevant gratuitement leur formation en contrepartie du travail qu'elles fournissaient dans les salles d'hôpitaux, n'étaient pas rémunérées (Cohen, 2000, p.124). Mabel Holt, présidente de l'AGMEPQ, indique que les réclamations salariales concernaient surtout les infirmières en service privé (Holt, 1930, p.146). Néanmoins, quelques années plus tard, des salaires seront versés aux gardes-malades diplômées travaillant dans les hôpitaux, mais ces dernières verront leurs émoluments diminués en 1933 dans le but d'assurer un emploi à un plus grand nombre d'infirmières diplômées (Holt, 1933, p.108).

Si les salaires ont été peu abordés en raison de la gratuité des services des étudiantes, les heures de travail et de congé étant intimement associées à la formation, ont suscité l'intérêt de plus d'un. Jean Gunn met l'accent sur cette caractéristique qui contribue à limiter la pratique des étudiantes et des infirmières diplômées. Elle souligne :

Les étudiantes doivent travailler trop longtemps au chevet des malades : c'est à peine si elles peuvent se rendre au cours et elles n'ont pas de loisirs pour l'étude. Celles qui sont en service durant la nuit doivent en

plus assister aux cours du jour; très souvent, elles ont des semaines de 72 heures (Gunn, 1938, p.445).

Non seulement les horaires de travail des étudiantes et infirmières diplômées sont longs, mais elles n'ont droit qu'à peu de temps de repos. J. Church du Canada anglais stipule que dans les hôpitaux appliquant des journées de travail de douze heures, les infirmières bénéficient de deux heures de congé par jour et quatre à cinq heures les jours fériés et les dimanches (Church, 1938, p.60). De plus, dans la rubrique des *Actualités*, Lucienne Leblanc, une étudiante, précise que les élèves ont droit à une quinzaine de jours ou trois semaines de vacances selon le degré d'avancement de leurs études pendant l'été (Leblanc, 1930, p.319) et ont le choix entre quarante-huit heures de congé à Noël, au jour de l'an ou pour la fête des Rois (Leblanc, 1930, p.43). D'où les résolutions prises par les associations et les écoles d'infirmières en vue d'améliorer les conditions de vie et de travail des étudiantes et des infirmières diplômées.

À ce sujet, plusieurs mesures ont été prises. La responsable de la section française d'éducation de l'AGMEPQ, Sœur Valérie de la Sagesse (1937), fait part des salles d'amusements, de repos et des bibliothèques scientifiques mises à la disposition des étudiantes dans plusieurs écoles (1937, p.126). Margaret Moag de l'AGMEPQ souligne l'emploi des gardes-malades diplômées dans les hôpitaux en vue de réduire le chômage (Moag, 1938, p.174). De son côté, Charlotte Tassé mentionne l'adoption de la journée de travail de huit heures dans les hôpitaux, principale résolution lors du congrès biennal de l'AIC tenu à Halifax en 1938 (Tassé, 1938, p.391), dans le but avoué dit

Church (1938) d'améliorer la santé et le rendement des infirmières (p.60). En effet, en se basant sur les résultats du Rapport Weir, Church signale que :

L'obtention d'heures de travail plus courtes est indispensable à l'accomplissement intégral du programme d'études de l'école et, représente en même temps un facteur important en vue de la meilleure santé de l'infirmière. La fatigue et les soucis inutiles sont autant d'éléments prédisposant à la maladie et s'opposant à un travail efficace, tant théorique que pratique (Church, 1938, p.62).

Ainsi, l'amélioration des conditions de travail des étudiantes et des infirmières diplômées représente une étape cruciale vers une formation plus scientifique et laisse entrevoir le chemin vers la professionnalisation.

Conclusion

Explorer *La Garde-Malade Canadienne-Française* pendant la décennie 1928-1938 permet d'avoir une représentation des problèmes auxquels font face les infirmières. Consciemment, les premiers jalons de la professionnalisation et des meilleures conditions de travail sont posés. En cela, la publication du Rapport Weir en 1932, a non seulement facilité le processus de transformation du métier d'infirmière en profession, mais a contribué à améliorer les conditions de travail des infirmières. Certains groupes tels les infirmières anglo-protestantes, en raison de leur plus grande libéralité confessionnelle, n'ont pas eu peur de s'affirmer en faveur de tels changements. En effet, elles ont tout de suite réclamé l'indépendance de la formation des gardes-malades et l'amélioration de leurs conditions de travail. Par contre, les religieuses catholiques,

investies de leur mission apostolique, ont eu plus de difficultés à faire connaître leurs opinions sur les transformations suggérées. Le bref survol de la GMCF a permis de constater que les conditions de travail et la qualité de vie ne sont pas une priorité pour l'élite infirmière canadiennes-française dans les années 1930. Le contexte socioculturel dans lequel évoluent les gardes-malades pourrait expliquer cet état des choses. Toutefois, avec la montée en popularité de la qualité de vie à la fin du XXe siècle, il serait intéressant d'évaluer la position des élites infirmières par rapport à ce concept. À cet égard, l'analyse de la revue infirmière francophone, *L'infirmière du Québec*, publiée 65 ans après le lancement de la GMCF, dans un contexte social très différent de celui de la GMCF permettra de saisir les orientations et les aspirations de l'élite infirmière francophone au Québec.

Chapitre IV

L'infirmière du Québec (1993-2003)

*Il ne s'agit pas de suivre une voie déjà tracée,
mais d'améliorer nos conditions d'existence,
et de travail selon les besoins actuels.*

Effie Taylor

(La Garde-Malade Canadienne-Française, 1938, p.391)

Introduction

En près d'un siècle, la profession infirmière a connu des changements notables. La professionnalisation qui était le leitmotiv des pionnières est finalement devenue, dans les années 1970, une réalité, laissant dans l'ombre les notions de charité, de dévouement et de vocation (Cohen, 2000, p.252). À la fin du XXe siècle, poursuivant des objectifs de divulgation des idéaux de la profession, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec publie en 1993, une nouvelle revue infirmière à prédominance francophone, *L'infirmière du Québec*(IQ). Soutenue par une élite infirmière répondant aux nouveaux critères de modernité des soins et plus précisément des sciences infirmières, *L'infirmière du Québec* veut mettre l'accent sur l'actualité infirmière tant professionnelle que scientifique (Chabot, 1993, p.6). Dans ce chapitre, notre objectif est de comprendre le discours de cette nouvelle élite infirmière sur la profession infirmière à la fin du XXe siècle. Dans cette optique, nous allons présenter cette nouvelle revue en retraçant le contexte socioculturel dans lequel elle s'inscrit. Cela permettra d'illustrer comment certains facteurs comme les mouvements sociaux et féministes contribuent à remodeler,

mais aussi à marquer l'image de la profession infirmière. Par la suite, nous porterons une attention spéciale sur le discours des élites infirmières quant aux conditions de travail, basée cette fois, sur une nouvelle perspective, celle de la qualité de vie des infirmières.

4.1 La revue officielle de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec

L'infirmière du Québec présente à ses lecteurs une publication bimensuelle. À travers ses lignes, les objectifs de l'équipe éditoriale sont clairs. Elle veut tout mettre en œuvre afin de promouvoir la formation, la recherche et les réalisations des gardes-malades devenues des infirmières. Cette équipe, constituée de la présidente de l'OIIQ, Gyslaine Desrosiers, infirmière bachelière détenant une maîtrise en administration, comprend aussi la directrice générale et secrétaire de l'OIIQ, Thérèse Guimond; la rédactrice en chef, Guylaine Chabot et les comités de lecture et de production composés de collaborateurs réguliers d'infirmières et de journalistes. Ainsi, l'IQ inclut toute une gamme d'infirmières et de spécialistes de l'édition qui travaillent à la diffusion de l'actualité infirmière.

Au début de chaque numéro de l'IQ, l'éditorial de Gyslaine Desrosiers donne le ton. Les questions d'actualités infirmières tant nationales qu'internationales y sont débattues. Les articles et reportages proposés couvrent une panoplie de sujets allant de la périnatalité aux soins gériatriques. D'autres rubriques telles que *Babillard*, *En vrac*,

Courrier, Erratum fournissent des nouvelles brèves et complètent les messages transmis par la revue.

Le nouveau titre de la revue est «annonciateur de multiples propos relatifs aux sciences infirmières et à la pratique des soins infirmiers» souligne, Guylaine Chabot, rédactrice en chef (Chabot, 1993, p.6). Néanmoins, il révèle en même temps une vision plus francophone de la profession. En effet, dans la publication antérieure de l'OIIQ, *Nursing Québec*, l'éditorial et plusieurs articles et annonces étaient rédigés dans les deux langues officielles. Or, l'IQ se distingue en proposant une publication avantageusement francophone, exception faite de l'éditorial rédigé en anglais et en français.

Bien que cette volte-face ne soit pas expliquée dans les colonnes de l'IQ, elle révèle une tendance à assurer la primauté aux infirmières majoritairement francophones dans la province de Québec. Ainsi, en adoptant le français comme langue officielle dans sa publication, l'OIIQ semble assurer son soutien à la classe politique québécoise qui lutte depuis les années 1980 à faire respecter la Charte de la langue française couramment appelée la Loi 101 (Hudon, 2011). L'OIIQ a donc décidé de marcher sur la trace des pionnières à savoir fournir une publication francophone par et pour les infirmières francophones du Québec.

L'insistance sur l'infirmière francophone amène aussi une autre constatation. Le nouveau magazine entend s'adresser à tous les membres de l'OIIQ et à toutes les personnes intéressées à la profession infirmière. Pourtant, le nouveau nom laisse dans l'ombre les hommes, les infirmiers, qui sont reconnus dans la profession depuis 1963 (Cohen, 2000, p.246). D'ailleurs, une infirmière dans la rubrique *Courrier* rend bien l'opinion de quelques-uns sur le choix de ce titre : «I disagree with *L'infirmière du Québec* as a title since we now have many men in nursing. The name seems gender based» (Orr, 1993, p. 6). Volontairement ou pas, le titre souligne la présence majoritaire des femmes au sein de la profession et pour une dizaine d'années, les hommes devront s'en contenter.

L'IQ n'a pas encore fait l'objet de recherches ou plus particulièrement, nous n'avons trouvé aucun ouvrage analysant la contribution de cette revue à la profession infirmière. L'analyse de l'IQ s'étend sur les dix années de sa publication soit de 1993 à 2003. Ces années sélectionnées représentent une décennie idéale pour évaluer d'une part, la situation de la profession infirmière avant et pendant les restructurations et, d'autre part, les impacts de ces bouleversements non seulement sur la profession, mais sur les infirmières en tant que femmes. De plus, l'introduction du nouveau titre francophone confère à l'IQ un intérêt évident puisqu'elle revient sur une notion chère aux infirmières de la GMCF.

Enfin, au-delà du fait que l'IQ représente la revue officielle des infirmières, nous cherchons à cerner dans ce mémoire, l'importance que cette revue attribue à la qualité de vie des infirmières à la fin du XXe siècle qui représente la période de sa publication. Précisons encore une fois que la qualité de vie, telle que mentionnée au chapitre deux, sera abordée sous l'angle des conditions de travail qui représentent un thème commun aux infirmières des années 1930 et 1990. Notre analyse se veut donc une contribution originale à la place qu'occupe la qualité de vie des infirmières dans les revues qui leur sont destinées. L'approche envisagée désire suivre la tendance de l'actualité infirmière et l'inscrire dans le nouveau contexte socioculturel de la fin du XXe siècle.

4.2 Contexte social du Québec à la fin du XXe siècle

La société québécoise de la fin du XXe siècle est marquée par des changements importants. Ces bouleversements, soulignent Christine Corbeil et Francine Descarries, respectivement professeure à l'école de travail social et sociologue à l'Université du Québec à Montréal, s'inscrivent dans la foulée des processus de laïcisation, de sécularisation, d'étatisation et de modernisation qui marquent profondément l'évolution globale de la société québécoise suite à la Révolution tranquille survenue dans les années 1960-1970 (Corbeil et Descarries, 2003, p.17).

Au cours de ces années, soutient l'historien Jacques Lacoursière, l'Église perd son autorité morale et politique dans la majorité des secteurs de la vie sociale et se cantonne dans le culte et la pastorale. «Sur le plan religieux, la fréquentation des églises

diminue de façon notable. [...]. Des centaines de religieux et religieuses quittent leurs communautés. Les paroisses perdent l'influence et la présence qu'elles avaient» (Lacoursière, 2005, p.134). Ainsi, l'État soutenu par la croissance économique et la montée d'un mouvement sociopolitique se détache de l'Église et se charge de libéraliser les lois et actualiser les institutions (Corbeil et Descarries, 2003, p.17).

Parmi ces lois se retrouve le Code civil du Québec. La révision de ce code dans les années 1960 a modifié les droits de la femme mariée. Le modèle conjugal dominant du mari-pourvoyeur et de l'épouse ménagère et la notion de «puissance paternelle» qui prévalait au début du XXe siècle deviennent légalement surannés, l'égalité des hommes et des femmes étant désormais reconnue : «Les épouses sont dorénavant égales à leur mari dans la famille. Elles peuvent désormais signer des contrats, choisir leur domicile conjugal, exercer une profession différente de leur mari (!), être exécutrices testamentaires, curatrices, tutrices» (Dumont, 2008, p.107). À la notion d'égalité, la féministe Diane Lamoureux apporte un bémol, car, affirme-t-elle, même si l'égalité fait consensus au Québec, elle est loin d'être atteinte (Lamoureux, 2007, p.4).

Suite à ces changements, les normes et les valeurs familiales sont aussi remises en question. La refonte du droit de la famille, en 1977, en remplaçant la notion d'autorité paternelle par l'autorité parentale ouvre la voie à une nouvelle dynamique familiale caractérisée par la «pluralité des modèles de conjugalité, de parentalité et de filiation» (Corbeil et Descarries, 2003, p.17). Parmi les modifications apportées dans la structure

familiale traditionnelle, la monoparentalité est considérée comme l'une des plus importantes. Selon le Ministère de la Famille et des Aînés (MFA), en 2006, les familles monoparentales représentent 27,8% des familles québécoises (MFA, 2011, p.125), proportions qui étaient de 17,6% en 1981 (Corbeil et Descarries, 2003, p.17).

Après l'Église, le droit des femmes, la question de la confessionnalité de l'éducation est dans la mire des autorités gouvernementales. L'instauration d'un système public d'enseignement, la gratuité scolaire, la mixité et la multiplication des programmes collégiaux et universitaires assurent à tous (garçons et filles) le droit à l'éducation. La formation plus poussée des femmes a comme corollaire, une présence accrue des travailleuses, tout d'abord, dans des professions traditionnellement féminines telles infirmières, institutrices, mais aussi dans des secteurs autrefois réservés aux hommes comme la fonction publique. Cette augmentation se manifeste évidemment chez les femmes célibataires, et bien que dans une proportion moindre, chez les femmes mariées et les mères de jeunes enfants (Dickinson et Young, 2008, p.366).

Dans la foulée de ces transformations, les femmes québécoises vivent elles aussi «leur» révolution tranquille nous dit Dumont. Sous la bannière de leur nouvelle association créée en 1966, La Fédération des Femmes du Québec (FFQ), les féministes interviennent tantôt de façon subtile, tantôt publiquement et ouvrent la voie à des domaines jusque-là interdits aux femmes. «On retrouve les femmes dans toutes les associations politiques, culturelles, sociales qui apparaissent à ce moment-là» (Dumont,

2008, p.103). De plus, la révolution dans l'éducation au Québec encourage les filles à poursuivre leurs études : «des milliers de jeunes femmes ont envahi les polyvalentes, les cégeps et les universités; la gratuité scolaire jusqu'à la fin du collégial, le régime de prêts et bourses leur en ont ouvert les portes» (Dumont, 2008, p.116).

Les soins infirmiers ont su, également, profiter des courants progressistes qui stimulent les autres disciplines. Des changements se produisent au niveau de la formation des infirmières, explique Olive Goulet, professeure agrégée à l'Université Laval. L'enseignement ne se fait plus dans les hôpitaux, mais devient en 1967, le programme de techniques infirmières dispensées dans les collèges d'enseignement général et professionnel (les cégeps). Puis, au tournant des années 1970, la profession bénéficie de la création des programmes de deuxième et troisième cycles et leur fréquentation sans cesse croissante par des infirmières intéressées à poursuivre des études supérieures témoigne de leur popularité auprès de ces dernières (Goulet, 1993, p.193).

La doctrine sociale chrétienne et la religion sont ainsi évacuées du nouveau programme de formation infirmière ce qui contribue, selon Cohen (2000), à renforcer la professionnalisation des infirmières (p.282). Libérées du carcan confessionnel, les infirmières se consacrent donc à asseoir leur autonomie, leur professionnalisation et leur expertise auprès du public. Une tâche qui semble difficile à réaliser puisque malgré la reconnaissance légale de la profession avec la *Loi sur les infirmières et infirmiers* en

1973, les infirmières, au tournant du XXI^e siècle, militent encore pour leur reconnaissance professionnelle.

D'ailleurs, les réformes économiques dans le système de santé dans les années 1990 ont beaucoup contribué à affaiblir l'image de la profession. L'analyse de Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois, respectivement syndicaliste et professeur agrégé en sciences infirmières à l'Université de Montréal, souligne les causes des restructurations budgétaires des années 1990. Ils mentionnent la croissance des demandes de services et des dépenses de santé, l'état critique des finances publiques et l'amorce d'une transition démographique et technologique qui occasionnent des déficits récurrents dans les établissements de santé (Dussault et Dubois, 2003, p.235).

Les mesures prises pour réduire les coûts liés à la santé et aux services sociaux n'ont pas nécessairement tenu compte, ajoutent Dussault et Dubois, de la dimension «ressources humaines». En effet, la réduction des effectifs sanitaires par le contingentement des programmes de formation en santé et le programme de départs volontaires à la retraite a diminué les coûts, mais a également ouvert la porte à de nouvelles difficultés pour les professionnels de la santé (Dussault et Dubois, 2003, p.235).

Dans le domaine infirmier, ces mesures se traduisent par le départ de plus de 4200 infirmières et une réduction de la main-d'œuvre en provenance des écoles de

formation (Dussault et Dubois, 2003, p.239). Ces facteurs conjugués aux conditions imposées au personnel infirmier tels l'instabilité des équipes, la précarisation de l'emploi, le temps supplémentaire, l'alourdissement de la clientèle hospitalisée et la surcharge de travail ont contribué à créer une situation de risque élevé pour la santé physique, la qualité de vie et l'incapacité à répondre à certaines obligations familiales des infirmières (Dussault et Dubois, 2003, p.247). Une situation qui provoque une pénurie importante et qui contribue à accentuer encore plus les conditions de travail difficiles sur les unités de soins.

En effet, soumises à des conditions de travail épouvantables, les infirmières de chevet sont un des groupes à réaliser pleinement l'impact sur leur qualité de vie, des améliorations du sort collectif des femmes en termes de pénétration du marché du travail. Utilisant l'espace que leur fournissent les journaux à grand tirage, leurs opinions fusent de toute part. Plusieurs déplorent la charge de travail de plus en plus lourde, les heures supplémentaires exigées à outrance, les problèmes de recrutement et de rétention et l'impossibilité de prendre des vacances estivales. À la fin des années 1990, ces manchettes défrayent les chroniques et mènent au déclenchement de la grève illégale des infirmières en 1999 (Le Devoir, 1999).

Quelque dix ans après cette grève, plusieurs des revendications font encore la une des journaux à grand tirage. L'infirmière clinicienne, Ginette Bédard, du Centre de Santé et des Services Sociaux du Cœur-de-l'île, fait état de la morosité générale qui règne dans

les milieux de soins. Elle présente les infirmières comme des esclaves brimées autant par le gouvernement que par l'administration hospitalière :

«Nous sommes collectivement épuisées du travail lourd et obligatoire, des heures supplémentaires. Nous sommes de plus en plus hérissées du mépris fondamental exprimé par le gouvernement et nos gestionnaires à notre égard, envers nos familles et la population que nous servons. Nous sommes les otages d'un esclavage moderne!» (Bédard, 2010, p.1).

Dans une lettre publiée dans *Le Devoir*, les infirmiers Patrick Martin et Phi Phuong Pham, décrivent les difficultés auxquelles sont confrontées les infirmières travaillant en milieu hospitalier :

Même si nous nous retrouvons, ma copine et moi-même, très souvent frustrés par la façon dont nous sommes traités au Québec en tant qu'infirmier et infirmière, il est à noter que notre situation n'est aucunement comparable à celle d'autres couples ayant des enfants ou à celle d'infirmières monoparentales qui sont soumises aux mêmes conditions insoutenables. [...]. Nous désirons donc rappeler à monsieur Charest et à monsieur Bolduc que les conditions dans lesquelles évoluent les infirmières sont intimement liées à la qualité des soins et qu'il est plus que temps qu'ils réalisent les conséquences de leur immobilisme sur la santé des infirmières, mais aussi sur celle de la population québécoise (Martin et Pham, 2010).

Néanmoins, les prises de position répétées des infirmières ne visent plus uniquement les conditions de travail. Bien entendu, leurs revendications sont marquées par cette nécessité mais l'enjeu va plus loin. Désormais, elles veulent une qualité de vie. La journaliste Valérie Gaudreau, soutient qu'avant même de postuler pour un emploi, les jeunes infirmières choisissent leur milieu de travail en tenant compte de tout ce qui peut contribuer à améliorer leur qualité de vie : «En priorité, Patricia cherche un

environnement de travail agréable, Kim évoque le contact avec le patient et Jessy cherche le «*challenge*». Mais toutes ont un désir commun : la meilleure qualité de vie possible» (Gaudreau, 2010, p.1).

Prises dans l'étai de la double journée de travail qui incombe à la majorité des femmes au Québec, les infirmières de chevet réalisent qu'elles doivent aller au-delà des conditions de travail en exigeant une meilleure qualité de vie. Dans les lignes qui suivent, l'analyse du discours des élites infirmières dans les pages de *L'infirmière du Québec* permettra de discerner les préoccupations concernant leurs conditions de travail et leur qualité de vie des infirmières.

4.3 Une vision scientifique des soins infirmiers

L'infirmière du Québec représente pour l'élite infirmière un moyen de diffusion pour faire connaître aux infirmières les recherches, les publications, les réalisations des infirmières. En parcourant les pages de la revue entre 1993 et 2003, les messages prioritaires des articles et chroniques s'articulent autour des grands enjeux de la profession et les points sur lesquels l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec veut mettre l'accent. En effet, la formation universitaire, la recherche et les accomplissements des infirmières sont traités soit spécifiquement ou bien sporadiquement et, quelques fois même, des pages entières leur sont consacrées.

Durant la décennie consultée, le thème de la formation est omniprésent dans le discours de la revue. Le programme collégial mis en place dans les années 1960 ne correspond plus aux visées de l'OIIQ qui réclame, dans les années 1980, la formation universitaire pour l'admission à l'exercice infirmier en l'an 2000. La formation continue, la spécialisation dans certains domaines spécifiques, de même que les études supérieures pour l'obtention de la maîtrise et du doctorat en sciences infirmières sont aussi fortement encouragées. Les annonces et publicités foisonnent dans la revue afin de garder les infirmières à jour dans leurs connaissances et dans leur pratique.

Toutefois, il convient de signaler que les réclamations pour la formation universitaire des infirmières remontent au début du XXe siècle. Et, un siècle plus tard, les revendications restent les mêmes. Conscient que le niveau collégial exigé au Québec est moindre par rapport au critère minimal de baccalauréat pour la pratique dans les autres provinces canadiennes, l'OIIQ va plus loin que de simples éditoriaux publiés dans l'IQ. Gyslaine Desrosiers fait mention de mémoires, d'enquêtes sur la formation infirmière dont les conclusions sont envoyées aux différentes instances concernées (Desrosiers, 1998, p.4). En réalité, l'OIIQ a peu de contrôle sur la formation des étudiantes qui dépend du Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport du Québec. À l'aube du XXIe siècle, il apparaît donc que la formation universitaire des infirmières reste encore un sujet crucial.

Dans la foulée de la valorisation de la profession, les accomplissements des infirmières pour l'OIIQ sont avant tout synonymes de professionnalisation et de reconnaissance professionnelle. Le prix Florence, instauré en 2003, tend à rendre hommage à des infirmières ayant marqué la profession par leurs actions qui peuvent servir de modèles à toutes les infirmières selon huit catégories prédéterminées par l'OIIQ dont le leadership, l'engagement communautaire, l'excellence des soins, le rayonnement international, la relève, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la recherche en sciences infirmières (Fiore, 2003, p.25).

De même, l'insigne du mérite, la plus haute distinction de l'OIIQ créée en 1973, et décernée annuellement à une ou plusieurs infirmières du Québec, veut souligner leur contribution remarquable aux soins et aux services de santé ainsi qu'au développement de la profession infirmière (Fiore, 2003, p.8). Aussi, le concours Innovation Clinique-3M lancé en 1995 vise à mettre en valeur «la participation clinique des infirmières de toutes les régions du Québec. Ces dernières sont invitées à faire connaître tout projet innovateur décrivant une pratique nouvelle et prometteuse ayant des retombées cliniques tangibles sur les patients et leur famille» (OIIQ, 2011). Ces initiatives ont le double avantage de souligner l'implication des infirmières et leur réalisation tout en améliorant la qualité des soins :

L'innovation est l'essence même d'une profession dynamique, c'est-à-dire, une profession capable de s'adapter aux besoins de la société et d'évoluer en fonction d'eux. Pour nous infirmières, le défi est double. Nous devons d'abord continuer à faire évoluer notre discipline selon des résultats de recherches cliniques. Ensuite, nous devons promouvoir des innovations qui

mettent en relief de nouvelles façons d'organiser et de coordonner les soins et qui permettent de faire reconnaître la contribution des infirmières au système de santé (Desrosiers, 1994, p.4).

D'aucuns pourraient se demander pourquoi ce vif intérêt à faire connaître les accomplissements des infirmières. Est-ce un moyen de convaincre les autres professionnels du potentiel et du savoir des infirmières? Tout porte à le croire. En effet, les discours répétés sur la reconnaissance professionnelle prouvent que la profession a du mal à imposer le savoir-faire des infirmières aux autres disciplines de la santé.

Un autre thème auquel l'IQ accorde, une grande importance, est le domaine la recherche infirmière. Loïselle et Profetto-McGrath (2003) nous apprennent que la recherche infirmière vise essentiellement à répondre à des questions ou à résoudre des problèmes (p.21). En effet, la revue publie régulièrement des recherches effectuées par des infirmières et cela dans tous les champs d'exercice qu'il s'agisse de la gériatrie, la pédiatrie, la santé des femmes, la santé mentale, etc. Cette approche scientifique que l'OIIQ tente d'imposer aux infirmières se veut une tendance internationale reconnue également dans d'autres disciplines.

Francine Ducharme, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, précise que la recherche en sciences infirmières, est la voie privilégiée du développement du savoir infirmier (Ducharme, 2001, p.23). Dans le même esprit, Gyslaine Desrosiers la décrit comme essentielle à la survie de la

discipline infirmière: «c'est ce qui lui permet d'être autoportante et d'effectuer des remises en question de portée clinique. Bref, de contribuer à la science médicale et plus particulièrement à tout ce qui relève de la surveillance, de l'évaluation clinique, de l'accompagnement et de certains aspects relationnels» (Ouharzoune et Warnet, 2009, p.). La recherche est, en fait, un moyen de rehausser l'image de la profession et de la présenter sous un aspect plus scientifique.

Cependant, les visées au premier abord intellectuelles ne tardent pas à prendre une tournure plus pratique. La nécessité de développer une nouvelle vision de la recherche qui reconnaît le potentiel d'amener des changements dans la pratique quotidienne des soins est désormais considérée. Ainsi, l'analyse du discours sur la recherche infirmière permet, d'une part, de dégager un idéal de formation et de pratique que l'OIIQ espère voir se concrétiser à l'avenir. Et, d'autre part de reconnaître la place prépondérante que les infirmières y occupent. En effet, nous avons pu constater que la majorité des articles de recherche publiés dans l'IQ sont l'œuvre d'infirmières. Ces dernières détiennent soit une maîtrise, un doctorat ou sont des candidats à de tels diplômes. Des infirmières détenant un baccalauréat en sciences infirmières publient également des articles, mais elles sont peu nombreuses.

Cette mise en perspective permet d'entrevoir la différence entre les signataires d'articles du début et la fin du XXe siècle. Ayant éliminé de leur rang les ordres religieux et les médecins, les infirmières ont obtenu ce que les pionnières de la

profession ont toujours souhaité, un contrôle exclusif de la profession infirmière qui se reflète dans leur revue professionnelle. À notre avis, il serait logique de penser que ces infirmières chercheuses et professeuses représentent la nouvelle élite de la profession infirmière. Une nouvelle élite qui se caractérise toujours par une majorité féminine, mais ancrée dans un contexte socioculturel très différent des pionnières du début du XXe siècle.

Parler des élites de la profession nous amène également à nous questionner sur la place réservée aux infirmières de chevet dans les colonnes de l'IQ. Les interventions de ces dernières se retrouvent dans les rubriques *en bref, courrier* où elles donnent leurs opinions sur les articles publiés. Elles se disent isolées, écartées d'une élite qui fait la promotion de la formation supérieure alors qu'elles sont soumises, surtout depuis les réformes du système de santé dans les années 1990, à des conditions de travail qui menacent leur santé autant physique que psychologique et minent tout espoir de qualité de vie dans leur milieu de pratique. «L'ordre est si loin de nos problèmes, nous ne ressentons pas son soutien ni sa compréhension» déclare l'infirmière de chevet, Jeanne Marcheterre, dans la rubrique *Courrier* (Marcheterre, 1998, p.). Une indifférence ressentie par une lectrice et qui en fin de compte n'est pas seulement une impression, mais se traduit visiblement par le peu d'intérêt que l'IQ manifeste aux infirmières de chevet dans les lignes de la revue

4.4 Conditions de travail et qualité de vie : quelle perspective?

C'est au cours de l'année 1999, suite à la réorganisation des milieux hospitaliers que le discours sur les conditions de travail difficiles des infirmières apparaît dans *L'infirmière du Québec*. Dans un premier temps, les intervenants semblent voir les conditions de travail difficiles comme une conséquence directe de la réforme des soins de santé. Gyslaine Desrosiers, dans ses éditoriaux, expose bien l'opinion de l'OIIQ sur la question en tenant responsable le gouvernement péquiste de Lucien Bouchard des conditions de travail déplorables des infirmières : «Les erreurs de planification du gouvernement et l'irresponsabilité d'avoir conclu avec les centrales syndicales des ententes ayant conduit à des mises à la retraite massive en 97 ont laissé la profession exsangue» (Desrosiers, 2000, p.8).

Dans le même ordre d'idées, Magali Dubé, infirmière et présidente du syndicat du Centre Local de Services Communautaires (CLSC) de Saint-Pamphile, s'est penchée sur les raisons du mal-être dans les milieux cliniques. La syndicaliste parle d'une profession infirmière en crise depuis les compressions budgétaires et le virage ambulatoire. Elle souligne les conditions de travail auxquelles sont soumises les infirmières dans les milieux de soins dont les équipes réduites au minimum, le personnel démotivé et souffrant de détresse psychologique, les heures supplémentaires, les conditions de travail dangereuses et, finalement, elle assimile le milieu hospitalier à une chaîne de production (Stanton, 2000, p.48).

Par contre, selon un point de vue féministe, les conditions de travail seraient dues à une discrimination sexuelle vis-à-vis de cette profession composée d'une majorité de femmes. À en croire Gyslaine Desrosiers qui s'exprime dans un de ses éditoriaux, la déprimante réalité des conditions de travail des infirmières n'aurait pas beaucoup changé depuis le début du XXe siècle. Elle remarque que :

«[L]a profession doit encore lutter pour améliorer ses conditions de travail et contrer une discrimination non avouée basée sur des préjugés et des stéréotypes, associés à une profession de «femmes» qui ne seraient ni plus ni moins des substituts maternels ou des anges de charités, donc qu'on a pas à payer» (Desrosiers, 2000, p.8).

Se pourrait-il que l'image de l'infirmière du début du XXe siècle soit encore présente dans l'imaginaire populaire? Le fait que la profession infirmière soit majoritairement composée de femmes, a-t-il une influence sur les décisions prises dans les différents paliers gouvernementaux? Le discours de Gyslaine Desrosiers semble l'affirmer, et nous pouvons ajouter que les attentes des institutions de santé et des instances gouvernementales font tout pour le confirmer. En effet, la majorité féminine qui compose le corps infirmier, et les stéréotypes qui sont généralement rattachés aux femmes et plus particulièrement aux infirmières, font en sorte que le public peut avoir de la difficulté à voir les infirmières telles qu'elles sont c'est-à-dire des professionnelles de la santé.

De plus, cette prise de position féministe de la part de la présidente de l'ordre a de quoi surprendre. D'ailleurs, un fossé semble séparer les infirmières des féministes. En effet, nulle part dans l'IQ, il n'est question d'une quelconque vision féministe de la profession. Pourtant, les deux groupes auraient des raisons de joindre leurs forces puisqu'ils travaillent promouvoir les droits des femmes et à les faire respecter afin qu'elles puissent s'épanouir dans leur milieu de travail.

Après avoir mentionné les causes des mauvaises conditions de travail, nous allons maintenant porter un regard sur son importance dans l'IQ. Le thème récurrent des mauvaises conditions de travail dans l'IQ est la pénurie d'infirmières de chevet en milieu hospitalier. La figure 2 illustre cet état de fait. À différentes occasions, Desrosiers se prononce sur les causes de cette pénurie qui résultent «de la fragmentation des postes, de la concentration des vacances d'été sur une courte période, de l'organisation des horaires de travail, des mécanismes très lourds d'affichage de poste et des pauvres conditions de rémunération» (Desrosiers, 2000, p.14). Un nouvel élément, les vacances d'été, vient s'ajouter à la liste déjà longue des causes de la pénurie. Bien qu'épisodique, cette réalité représente un aspect du problème à considérer puisqu'ils créent une réduction encore plus accrue du nombre d'infirmières dans les milieux de soins.

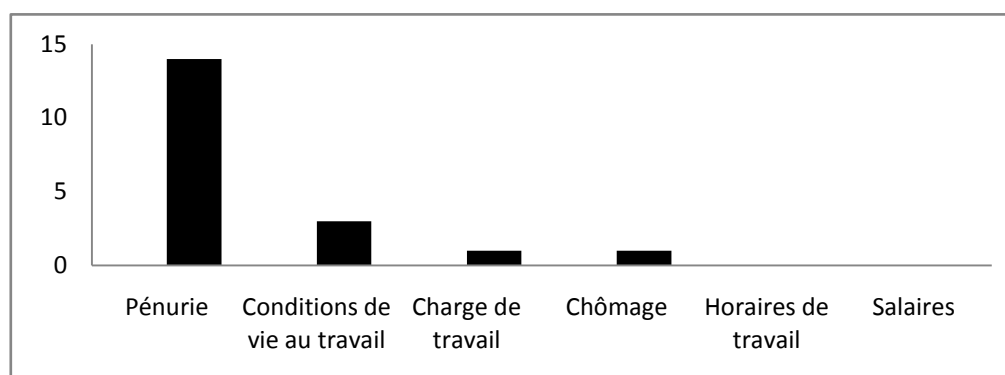


Figure 2. Thèmes relatifs aux conditions de travail des infirmières dans l'IQ.

La fermeture des lits et parfois même de certaines unités dans les hôpitaux est le corollaire du manque de personnel infirmier dans plusieurs régions du Québec. La présidente de l'OIIQ et d'autres infirmières, signataires d'articles dans la revue, demandent aux instances concernées d'apporter une attention spéciale au manque de personnel puisque la conséquence directe de cette pénurie est une baisse de la qualité des soins au patient et des risques de préjudices pour ces derniers (Fiore, 2003, p.23).

En fait, les conditions de travail dans le système de santé vont bien au-delà de la pénurie. Les infirmières se retrouvent dans une spirale où toutes les composantes sont inter-reliées et s'influencent. Le roulement des infirmières, les temps supplémentaires, l'augmentation de la charge de travail, les irrégularités des heures de travail sont autant de thèmes qui ne sont pas abordés dans la revue durant la décennie consultée, et qui contribuent à aggraver la qualité de vie des infirmières. De toute évidence, les conditions de travail en milieux hospitaliers ont suscité un certain intérêt auprès l'OIIQ. Pourtant, le

discours prôné dans l'IQ vise simplement à les dénoncer. Le volet de l'amélioration des conditions de travail, soutient la présidente de l'ordre, fait partie du mandat des associations syndicales infirmières (Desrosiers, 2000, p.4). La prise de position de l'OIIQ répond en fait à sa mission : «d'assurer la protection du public en contrôlant l'exercice de la profession infirmière par ses membres» (OIIQ, 2011).

Si l'OIIQ accorde aussi peu d'importance à la question de la qualité de vie des infirmières, c'est qu'en réalité la priorité est donnée au patient et à ses soins. Or, sans vouloir minimiser l'importance de la qualité des soins que les infirmières doivent fournir aux patients, nous pensons qu'il est aussi primordial d'accorder une attention spéciale à la santé et à la qualité de vie des infirmières de chevet alors qu'elles subissent directement les contrecoups des conditions de travail difficiles. Bien qu'absent des lignes de l'IQ, il n'en demeure pas moins que la qualité de vie est le sujet de recherche dans plusieurs milieux. C'est en effet un concept d'actualité depuis les années 1970 qui permet d'évaluer le bien-être physique et psychologique des individus (Schalock, 1993, p.137).

Conclusion

Au cours de la décennie 1993-2003, les infirmières du Québec ont incontestablement pris en charge les rênes de la profession. En effet, à travers *L'infirmière du Québec* publiée par l'OIIQ, leur présence est prépondérante. Le discours

dans cette revue se concentre sur les réalisations de l'élite infirmière et les enjeux de la profession. Toutefois, ces notions n'arrivent pas à rejoindre les infirmières de chevet, dignes représentantes des acquis du mouvement féministe des années 1960. En effet, devant composer avec le travail en milieu hospitalier et la vie de famille, les infirmières réclament des conditions de travail favorables à leur épanouissement professionnel et surtout une meilleure qualité de vie. Ainsi, plus d'un demi-siècle après le lancement de la GMCF, les revendications des infirmières ont peu changées. Les élites s'enlisent dans les mêmes thématiques de publication. Et, malgré la reconnaissance légale de la profession, les infirmières doivent encore justifier leur position dans le domaine de la santé. S'épargnant une réflexion approfondie sur l'embourbement de la profession, les élites préfèrent miser sur la valorisation d'un groupe d'infirmières universitaires en ignorant les infirmières de chevet. Aussi, comme Denise Lalancette, il nous reste à souhaiter que la corporation professionnelle infirmière puisse rétablir l'esprit de corps parmi ses membres et que chaque infirmière sente que sa contribution aux soins de santé est importante et valorisée par les porte-paroles de la profession (Lalancette, 1993, p.109).

Chapitre V

La profession infirmière d'hier à aujourd'hui

*N'abandonnez jamais, n'acceptez jamais de laisser
la profession se replier sur elle-même,
se limiter à la relation individuelle avec le patient.
Interrogez-vous sans relâche sur le rôle que vous avez à jouer.
Nous avons progressé, mais ce n'est rien en comparaison
de ce qui reste à faire pour prendre la place qui nous revient.*
Olive Goulet.
(L'infirmière du Québec, 2000, p.46).

Introduction

Danielle Blondeau, éthicienne canadienne, stipule que l'évolution de la profession infirmière s'est accomplie selon un processus de transformations tributaires du contexte social et culturel des dernières décennies (Blondeau, 2002, p.63). De prime abord, il serait juste d'appuyer une telle assertion. Cependant, si elle se révèle fondée dans certaines orientations prises par des organismes comme l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec ou les institutions de santé que ce soit du point de vue technologique ou professionnel, il s'avère difficile de l'affirmer lorsqu'il s'agit de la qualité de vie des infirmières. Nous ne tentons pas ici de faire une liste exhaustive de tous les domaines où les sciences infirmières ont évolué. Le but est plutôt de faire le point sur les changements survenus suite à certains contextes sociaux afin de démontrer que les conditions de travail et la qualité de vie des infirmières n'ont pas suivi une courbe ascendante. Ainsi, après la présentation de *La Garde-Malade Canadienne-Française* et *L'infirmière du Québec* dans les chapitres précédents, nous allons

maintenant poursuivre notre réflexion sur les thèmes en lien avec la qualité de vie dans les revues et l'importance que les élites infirmières leur accordent.

5.1 Formation et professionnalisation dans les revues

De façon générale, malgré le demi-siècle qui sépare la publication de la GMCF et de l'IQ, les thèmes de formation et de professionnalisation occupent une part importante dans le contenu des deux revues. Dans les deux cas, il est possible de parler d'objectifs communs pour valoriser la profession. Bien que de générations différentes, Charlotte Tassé et Gyslaine Desrosiers, insistent sur la formation universitaire des étudiantes infirmières afin de faire valoir les connaissances infirmières et établir une ligne de démarcation nette avec la profession médicale. Une formation universitaire de base qui encore aujourd'hui tarde à devenir une réalité au Québec.

Pareillement, les deux revues diffusent des messages récurrents. La vision professionnelle de l'infirmière est au premier plan. Dans le cas de la GMCF, le professionnalisme est calqué sur les valeurs féminines du début du XXe siècle. Le discours des infirmières est prudent et conservateur, car les femmes doivent répondre aux normes patriarcales régissant la société du début du XXe siècle. En effet, Charlotte Tassé tout en souhaitant que la collaboration des gardes-malades ajoute un peu plus d'autorité, d'influence et de considération à leur corps professionnel, réclame le

concours de tous, c'est-à-dire spécifie-t-elle, «toutes les gardes-malades [et] tous les médecins praticiens»(Tassé, 1928, p.5).

Le professionnalisme est aussi présent dans l'IQ. En dépit du fait que la profession infirmière ait été reconnue légalement en 1974 par la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (Lalancette, 1993, p.98), la présidente de l'OIIQ insiste comme l'ont fait les pionnières, sur la reconnaissance professionnelle des infirmières. Or, si la société du début du XXe siècle était patricienne et accordait peu de droits aux femmes, ce contexte, comme nous l'avons mentionné, a changé depuis la Révolution tranquille. Pourquoi donc les infirmières des années 1990 n'arrivent-elles pas à être reconnues en tant que professionnelles? N'est-ce pas là le signe d'une profession qui a de la difficulté à s'imposer dans ces propres rangs?

Margot Phaneuf, professeure en sciences infirmières, offre une excellente approche de ce qu'est une professionnelle :

Une professionnelle appartient à un Ordre établi et possède une formation particulière d'un niveau assez élevé, de même qu'un champ d'exercice reconnu. Les professionnels d'un domaine particulier forment aussi un groupe bien identifié. Ils sont indépendants des autres professions dans le sens où ils posent eux-mêmes certains diagnostics dans le domaine qui est de leur ressort et décident des stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre pour le bien des clients. Ils sont responsables et imputables vis-à-vis d'eux et vis-à-vis de la loi (Phaneuf, 2011, p.1).

Tout en reconnaissant que les infirmières répondent à plusieurs critères de cette définition, Phaneuf explique les raisons pour lesquelles il est difficile pour les infirmières d'être considérées comme des professionnelles. Elle identifie notamment la confusion dans la formation à deux niveaux (collégial et universitaire), le champ d'exercice infirmier partagé par plusieurs intervenants, le pouvoir décisionnel des médecins et d'autres professionnels de la santé limitant l'autonomie de l'infirmière comme les facteurs qui entravent l'acceptabilité des infirmières en tant que professionnelle aux yeux du public (Phaneuf, 2011, p.1).

Les raisons invoquées par Phaneuf sont, de toute évidence, irréfutables. Toutefois, la reconnaissance professionnelle ne saurait se limiter uniquement aux notions de formation et de pouvoir décisionnel. La difficulté qu'éprouvent les infirmières à se faire reconnaître en tant que professionnelles réside aussi, à notre avis, dans les fondements mêmes de la profession. À force de s'être fait imposer une formation basée sur les valeurs religieuses, l'esprit de soumission inculqué aux générations précédentes s'est perpétué et il devient désormais difficile pour les infirmières de s'en défaire. L'OIIQ a aussi son rôle à jouer dans la reconnaissance professionnelle de ses membres. Non pas en accentuant sur la formation universitaire et la valorisation professionnelle des élites comme il le fait présentement, mais en offrant une revue représentative de toutes les infirmières, en défendant leurs expertises, leurs droits à de meilleures conditions de travail et leur qualité de vie. La reconnaissance

professionnelle des infirmières reste donc un sujet ouvert et les infirmières doivent tout tenter pour s'imposer en tant que professionnelles de la santé.

5.2 Les conditions de travail

Autre fait intéressant, le problème des conditions de travail est discuté dans la GMCF et l'IQ. La plupart des intervenants insistent sur trois aspects : la pénurie, les horaires de travail et la charge de travail. Toutefois, si dans la GMCF, les articles traitant des conditions de travail sont surtout écrits par les infirmières anglo-protestantes, l'IQ présente ce thème dans les éditoriaux rédigés par Gyslaine Desrosiers. En fait, dans les années 1930, pour les étudiantes et les quelques rares gardes-malades qui travaillent dans les hôpitaux, les conditions de travail ne font pas partie de leurs discours. D'ailleurs, en 1937, alors que la question des conditions de travail commence à soulever des commentaires de la part des religieuses et de l'élite infirmière, les étudiantes n'en font aucune mention. Dans la rubrique *Actualités* où elles écrivent les faits divers survenus dans leur milieu respectif, leurs interventions ressemblent à cet extrait de C. Rioux, étudiante à l'école d'infirmières de l'Hôpital Sainte-Justine :

17 mai : A l'assemblée générale de l'association des anciennes graduées, Monsieur le Docteur Georges Baril, professeur de chimie à l'Université, et chef des laboratoires de l'Hôtel-Dieu et de Sainte-Justine, a bien voulu accepter de nous donner une conférence sur «la chimie alimentaire» [...].

28 mai : «Collation des Grades Universitaires» au théâtre Saint-Denis. Sainte-Justine est représentée par ses trois élèves de «l'École d'Hygiène

Sociale Appliquée» dont Mademoiselle Suzanne Favreau est classée premières avec «Très Grande Distinction». [...].

29 mai : En ces derniers jours de mai un évènement heureux... Madame J. Lavoie (garde A. Forest) donne naissance à une fille [...]. (Rioux, 1937, p.282)

De telles interventions sont publiées à chaque mois dans la GMCF pour chaque école d'infirmières. Quelque soit l'époque de l'année la récurrence des commentaires sur les naissances, mariages, retraites de prières, fêtes patronales sont retrouvées. Les étudiantes sont-elles libres d'aborder les thématiques de leur choix? Peut-être que non, puisque la sélection des étudiantes devant écrire dans la rubrique *Actualités* est du ressort des religieuses directrices des écoles d'infirmières (Sœur Augustine, 1928, p.27).

Curieusement, à la fin des années 1990, dans un contexte social totalement différent, marqué entre autres par le retrait de l'Église de la vie sociale et politique, le nouveau rôle des femmes dans la société et la montée de la génération Y, les mêmes conditions de travail sont dénoncées dans l'IQ. À ce sujet, Gyslaine Desrosiers dit reconnaître que les exigences faites aux infirmières dans les milieux de soins ne tiennent aucun compte de leur expertise et des besoins de la société de la fin du XXe siècle : «Les infirmières semblent représenter davantage un problème budgétaire qu'une ressource rare et spécialisée évoluant dans un milieu hautement compétitif [...]. Les mesures traditionnelles ou dangereuses n'ont plus leurs raisons d'être» (Desrosiers, 1993, p.23).

La présidente de l'OIIQ est bien consciente que des mesures traditionnelles sont utilisées pour tenter de résoudre le problème des conditions de travail. Bien qu'elle n'ait pas pris la peine de les spécifier, nous pensons, en nous basant sur l'analyse de la GMCF et l'IQ, qu'effectivement les innovations dans le domaine des soins infirmiers sont rares. En effet, qu'il s'agisse des institutions de santé, des instances gouvernementales et même de l'OIIQ, les modifications apportées pour résoudre le problème des conditions de travail tels les horaires de 12 heures, les ratios infirmières-patients, la charge de travail, sont pour la plupart des méthodes ayant déjà été expérimentées au début du XXe siècle et qui n'ont pas toujours été couronnées de succès.

5.3 La vocation

La notion de vocation, généralement associée à la pratique infirmière du début du XXe siècle, ne semble pas avoir disparu à l'aube du nouveau millénaire. Revêtant de nouvelles parures, le spectre de la vocation reste attaché à l'image de l'infirmière. Par exemple, certains directeurs des soins dans les hôpitaux exigent des infirmières une disponibilité totale, ne tenant aucun compte de leurs obligations personnelles et familiales. Certains affirment que ce n'est que par la force des circonstances, notamment de la pénurie, qu'ils obligent les infirmières à faire du temps supplémentaire. De son côté, le directeur par intérim du Centre de santé et des services sociaux La-Côte-de-Gaspé, René Lepage, se référant aux lois et au Code de déontologie des infirmières, estime être tout à fait en droit d'obliger les infirmières à rester en poste pour effectuer

des heures supplémentaires, rapporte Lisa-Marie Gervais, journaliste du quotidien *Le Devoir* (Gervais, 2009).

Ces pratiques semblent avoir l'aval tacite des représentants gouvernementaux. Car, bien que le Ministre de la Santé et des Services Sociaux, Yves Bolduc, affirme déplorer le fait que les infirmières travaillent des heures supplémentaires, il dit comprendre les raisons qui incitent les hôpitaux à garder ces dernières sur les unités de soins après leur quart régulier de travail. Il se réfère lui aussi au Code de déontologie des infirmières pour assurer la continuité des services dédiés aux patients :

«Le Code de déontologie veut, dans le domaine de la santé, que le personnel sur place ne puisse quitter s'il n'y a personne pour le remplacer au quart de travail suivant. [...]. On veut en avoir le moins possible de temps supplémentaire. Quand on le fait, c'est parce qu'on est obligé de le faire» (Lévesque, 2010, p.1).

Néanmoins, recourir aux temps supplémentaires n'est pas un cas isolé, mais une pratique devenue courante dans les grands centres hospitaliers universitaires comme dans les hôpitaux de petite envergure. Et les infirmières sont les premières à qui revient l'obligation de prolonger leurs heures de travail. Plus d'un s'attend à ce qu'elles se plient volontairement aux exigences des milieux de soins et soient disponibles comme si elles occupaient encore les résidences infirmières. Pourtant, les infirmières ne restent pas inertes. Elles sont plusieurs à dénoncer ces pratiques non pas dans leur revue professionnelle dont elles se sentent mises à l'écart, mais dans les journaux à grand tirage tels *Le Devoir*, *Le Soleil*, etc.

Aucune mesure administrative concrète de gestion du personnel infirmier n'a été prise par les instances gouvernementales pour améliorer les conditions de travail. Or, des études ont été effectuées pour tenter de trouver des pistes de solutions. L'une des plus en vogue et qui a déjà fait ses preuves, est l'hôpital magnétique ou *Magnet Hospitals*. Apparus au début des années 1980 aux États-Unis, les hôpitaux magnétiques ont été créés dans le but de résoudre le problème de rétention des infirmières en raison de la pénurie de ces dernières aux États-Unis. Ce pays étant confronté également au manque de personnel dans les milieux de soins. Le thème *Magnet Hospitals* désigne le «Golden Standard» des soins infirmiers aux États-Unis. Les hôpitaux détenant un tel standard sont reconnus pour «leur capacité à attirer et à retenir les infirmières tout en offrant un environnement propice à une pratique de soins de qualité» (Leclerc, 2007, p.68).

D'ailleurs, ce système de gestion décentralisée et débureaucratisée fait bien plus qu'améliorer la rétention des infirmières. Tout en proposant un salaire semblable sinon moins élevé que ceux des infirmières œuvrant dans les hôpitaux conventionnels, les *Magnet Hospitals* offrent un ratio infirmières-patients peu élevé dans le but de procurer des soins globaux et sécuritaires aux patients, des horaires de travail flexibles et autogérés qui tiennent compte des besoins individuels des infirmières. Ces hôpitaux arrivent ainsi à attirer plus de personnel infirmier, à diminuer le roulement, à garantir un environnement de travail sain et à assurer la qualité et la continuité des soins aux patients (Leclerc, 2007, p.69).

Dans un éditorial publié dans *Le Journal*, publication officielle de l'OIIQ, Gyslaine Desrosiers voit dans les «fameux hôpitaux magnétiques américains», un des moyens pour rendre les hôpitaux attrayants (Desrosiers, 2008, p.1). Toutefois, dans le réseau de la santé au Québec, même si une étude a été conduite sur les hôpitaux magnétiques pour le compte du Ministère de la Santé et des Services Sociaux en 2008, la journaliste Louise-Maude Rioux Soucy du journal *Le Devoir*, souligne que le réseau de santé québécois n'a pas encore adopté le principe des hôpitaux magnétiques (Soucy, 2010, p.1).

De façon générale, l'initiative qui semble susciter le plus d'engouement dans certains hôpitaux du Québec pour tenter d'améliorer les conditions de travail et assurer une qualité de vie aux infirmières, est l'adoption des horaires de 12 heures (Vallée, 2010; Pelchat, 2010, Lemay, 2010). Présentée comme la solution miracle pour résoudre la question des heures supplémentaires, les horaires de 12 heures font l'objet de diverses réactions dans les milieux de soins. À l'instar de plusieurs infirmières québécoises, Denise Larocque parle d'une stratégie gagnante qui élimine les temps supplémentaires, favorise la conciliation travail et vie personnelle. Ses propos sont cités par le journaliste Éric Lemay du *Journal de Montréal*:

«Ça me plaît beaucoup. L'obligation de devoir prolonger le quart de travail à la dernière minute était en train de me tuer. Aussi, on a maintenant plus de jours de congé. Ça a amené des changements dans ma

vie, mais j'étais prête à faire les ajustements nécessaires. Je me sens en préretraite!» (Lemay, 2010).

Dans le même ordre d'idée, plusieurs infirmières rappellent l'importance de respecter le choix de chacun et, de ne pas chercher à imposer des solutions allant au-delà de leur capacité ou de leur aspiration. La journaliste Chantale Vallée rapporte qu'une telle ouverture semble possible pour Lise Lamontagne, directrice des ressources humaines du CSSS La Pommeraie qui soutient :

Il y a des gens qui se sont aperçus que c'était plus difficile qu'ils ne le croyaient au départ. [...]. Mais ça ne rejoint pas tout le monde. [...], ce n'est pas fait pour tout le monde. La clé, c'est d'offrir une diversité (Vallée, 2010).

D'autres administrateurs voient dans les horaires rotatifs et les quarts de travail de 12 heures un des meilleurs moyens de garder les infirmières en poste et d'en recruter de nouvelles. Prises en otage par les temps supplémentaires obligatoires, ces mesures sont jugées incitatives et assurent la qualité de vie des infirmières. Le journaliste Pierre Pelchat du quotidien *Le Soleil* rapporte que :

Une des mesures proposées par la direction du Centre hospitalier universitaire de Québec [...] est d'avoir la possibilité de mettre en place des horaires rotatifs de jour, de soir et de nuit pour les [...] infirmières sans tenir compte de l'ancienneté. [...] Les infirmières plus jeunes pourraient davantage y trouver leur compte. Cela pourrait améliorer leur qualité de vie au lieu d'avoir à toujours travailler de nuit ou de soir pendant plusieurs années comme l'ont fait leurs consœurs plus âgées (Pelchat, 2010).

Néanmoins, en adoptant ces mesures pour garder les infirmières en poste, le but premier est de fournir un service continu aux patients et d'assurer la qualité des soins de ces derniers. Ce souci est partagé autant par les instances gouvernementales que par les infirmières qui exhortent le ministre de la santé à apporter des solutions concrètes afin de fournir des soins adéquats aux patients :

Dans le contexte de la négociation actuelle, nous comptons sur vous [le ministre de la santé] pour apporter des solutions concrètes aux différentes problématiques et défis liés à notre profession et à la qualité des soins que nous prodiguons. La précarité de nos conditions de travail fait pratiquement l'objet d'un consensus dans la société québécoise. Tous les principaux acteurs du réseau public de la santé le reconnaissent et estiment que cette situation compromet sérieusement l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins à la population (Rousseau, Caron-Guay, Bibeau, Lambert et Durocher, 2009, p.1).

Pourtant, les horaires de 12 heures ne sont pas une nouveauté dans le domaine des soins infirmiers. Ces horaires étaient déjà en vigueur au début du XXe siècle et avaient été éliminés dans les années 1940, car ils étaient jugés trop contraignants pour les gardes-malades et mettaient en péril leur santé. Or, les infirmières du début du XXe siècle étaient pour la plupart célibataires, vivaient dans des résidences au sein même de l'hôpital et pratiquaient le métier d'infirmière comme une vocation (Petitat, 1989, p.106). Faisant écho aux féministes de la troisième vague, nous nous demandons, comment les horaires de 12 heures peuvent-ils s'appliquer au tournant du XXIe siècle auprès des femmes, des infirmières qui désormais sont des professionnelles, des mères souvent monoparentales, des épouses devant concilier le travail et la famille? Aussi, au lieu de recourir à des solutions honnies depuis plusieurs décennies, pourquoi n'arrive-t-

on pas à fournir à ces femmes des conditions de travail décentes? Est-ce associé, comme le souligne Gyslaine Desrosiers, à une profession de femmes donc, à une question de genre?

5.4 Le genre et la profession infirmière

La notion de genre a été considérée dans plusieurs études sociologiques, anthropologiques, féministes et infirmières. Selon l'anthropologue Provost, ce terme apparaît historiquement au cours des années 1970 dans le cadre des études féministes. Il représente une lente construction identitaire personnelle et culturelle et désigne le sexe social et non biologique des individus (Provost, 2010, p.27). D'après, la professeure en études de genre de l'Université de Genève, Loréna Parini, «le concept de *genre* est une catégorie d'analyse qui rassemble en un seul mot un ensemble de phénomènes sociaux, historiques, politiques, économiques, psychologiques qui rendent compte des conséquences pour les êtres humains de leur appartenance à l'un ou à l'autre sexe» (Parini, 2010, para.3). En outre, les historiennes, Elliott, Toman et Stuart (2008) soutiennent que les chercheuses commencent à comprendre «*how issues of gender, [...] have served to structure the occupation in ways that include some while excluding many others*» (p.2).

Par ailleurs, les influences «genrées», avancent Tracey et Nicholl (2007), commencent dès le processus de socialisation où traditionnellement femmes et hommes

n'occupent pas les mêmes rôles sociaux (p.677). Les stéréotypes qui en découlent contribuent à façonner l'identité des hommes et des femmes en différents attributs (Provost, 2010, p.36). Cela laisse place, selon Francine Descarries, à deux groupes, d'une part, les hommes forts, intelligents, dominants, énergiques et d'autre part, les femmes faibles, dociles, soumises ayant des qualités féminines innées de douceur, de compassion (Descarries, 2010, p.33). Ces attributs spécifiques des femmes ressemblent aux qualités «naturelles» que devaient avoir les gardes-malades au début du XXe siècle et qui semblent être encore une exigence pour les infirmières des années 1990.

En effet, la profession infirmière, comme nous le rappelle Cohen, s'est construite d'abord et avant tout sur des stéréotypes féminins. Toutefois, note l'auteure, et elle rejoint en ce sens la présidente de l'OIIQ, l'imaginaire populaire ne semble pas encore réalisé que les notions de compassion et de charité ne sied plus à des professionnelles, ou tout au moins, ne constituent plus des critères valables de pratique. À l'instar de Desrosiers, l'historienne note que malgré leurs multiples tentatives, les organisations professionnelles n'ont pas encore réussi à désenclaver le nursing du féminin (Cohen, 2004, p.405). En misant sur ces stéréotypes, les institutions et les instances gouvernementales semblent vouloir s'assurer, non plus d'une main-d'œuvre à bon marché comme le faisait les religieuses, mais d'un corps professionnel complaisant et conciliant.

Jusqu'à présent, nous avons fait ressortir plusieurs éléments d'analyse. Celles-ci ont tenté d'expliquer l'embourbement de la profession infirmière dans une vision féminine des soins qui encourage les instances gouvernementales et les institutions de santé à la considérer en deçà de ses valeurs professionnelles. En plus, les mesures prises et les exigences faites aux infirmières ne visent qu'à assurer la sécurité et les soins de qualité aux patients. Nulle part, il n'est question de la santé des infirmières et encore moins de leur qualité de vie. Il est important de s'attarder sur ce dernier point, car comment fournir des soins de qualité aux patients lorsque les pourvoyeuses de ces soins sont elles-mêmes aux prises avec des conditions de travail qui mettent en péril leur santé? Comme le souligne la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité, «des professionnels en santé qui travaillent dans des milieux sains offrent de meilleurs soins de santé» (CQVT-SSQ, 2011).

5.5 La qualité de vie des infirmières dans la GMCF et l'IQ : une utopie?

Considérant que les conditions de travail sont un sujet à l'ordre du jour depuis le début du XXe siècle, il semble y avoir une certaine indifférence par rapport à la qualité de vie des infirmières. Dans les deux revues, aucun article sur ce thème n'est répertorié. Si cela s'explique pour la GMCF, elle l'est moins pour l'IQ. En effet, dans les années 1930, plusieurs motifs peuvent être pris en considération pour expliquer l'absence de publication sur un tel sujet.

Tout d'abord, «la participation visible» des femmes au travail, c'est-à-dire «une participation non plus dans le cadre d'une économie familiale ou conventuelle, mais dans la production sociale en échange d'un salaire» est mal vue (Lavigne et Stoddart, 1983, p.99). De plus, les barrières légales et religieuses érigées pour limiter les droits des femmes dans la société patriarcale de l'époque ne laissent guère de place aux revendications. En ce qui a trait aux infirmières, le caractère vocationnel, «l'éthique de bénévolat et de sacrifice, qui caractérise le travail des religieuses effectué en marge de la production sociale, fera partie de leurs conditions de travail» (Lavigne et Stoddart, 1983, p.108) et ne saurait faire l'objet de critiques. Enfin, même les syndicats infirmiers maintiennent la primauté du rôle de la mère au foyer (Lavigne et Stoddart, 1983, p.112). Donc, dans un tel contexte, un plaidoyer en vue d'assurer une meilleure qualité de vie aux infirmières est impensable.

Cependant, dans les années 1990, l'élite infirmière de l'IQ dispose de conjonctures propices pour exploiter le concept de la qualité de vie des infirmières. Tout d'abord, la fin du XXe siècle est l'époque où le concept de la qualité de vie fait beaucoup de vagues et ce, dans des domaines comme les sciences sociales, les sciences économiques et la médecine (Proulx, 2008, p.2). Les chercheurs se sont intéressés à ce concept, au tournant du XXIe siècle, parce qu'il permet «d'avoir une vision multidimensionnelle des personnes et d'identifier et planifier leurs besoins» (Proulx, 2008, p.3). De plus, l'aggravation des conditions de travail des infirmières suite aux réformes du système de santé canadien dans les années 1990, aurait dû fournir à l'élite

infirmière de l'IQ une occasion favorable pour sensibiliser les instances gouvernementales sur la qualité de vie des infirmières. Et, la pénible réalité des infirmières d'aujourd'hui liées par leur travail à l'extérieur et au foyer offre l'opportunité aux élites de valoriser la qualité de vie l'infirmière en tant que professionnelle et en tant que femme.

Autant la GMCF a des raisons de ne pas tenir compte de la qualité de vie dans ses colonnes, autant l'IQ a des motifs pour en faire la promotion et la divulgation. Ainsi, notre étude fait ressortir une certaine indifférence de l'OIIQ pour la qualité de vie de ses membres. Cela peut sembler anodin, pourtant, elle n'en constitue pas moins un problème majeur pour la pratique des infirmières dans les milieux cliniques, la qualité des services offerts aux patients, et surtout, leur rétention dans le secteur public des soins de santé.

En effet, depuis les années 1990, les chercheurs Elizur et Shye de l'Université de Tel-Aviv ont montré le lien étroit entre la qualité de vie et la qualité de vie au travail. Ils stipulent:

Noting that people's job attitudes and behaviours in their work are also reflected in their quality of life. [...], employees' views of their lives and futures should be part of any assessment of employee welfare and well-being» (Elizur et Shye, 1990, p.277) et «employees' quality of work performance is affected by their QOL [quality of life] as well as by their QWL [quality of work life]. Thus, activity to improve the QWL or QOL of people may contribute to improved performance (Elizur et Shye, 1990, p.289).

Outre l'importance de la qualité de vie des infirmières dans les milieux de soins, il convient de signaler son importance dans l'attraction et la rétention des infirmières dans le réseau public de santé. Dans son rapport sur l'effectif infirmier publié en 2010, l'OIIQ fait part d'une augmentation croissante des infirmières dans le secteur privé :

Un peu plus de 8 000 infirmières ont leur emploi principal dans le secteur privé. Parmi celles-ci, 2 663 travaillent pour le compte d'une agence de placement ou de soins. Ce nombre a augmenté de 63% depuis 2005-2006. De plus, 1 200 infirmières ont un emploi secondaire par l'intermédiaire d'une agence. Ainsi, au total, 3 863 infirmières ont une relation d'emploi avec une agence de placement, soit 5,8% de l'effectif. Cette proportion était de 4% en 2005-2006 (OIIQ, 2010, p.1).

La présidente de l'OIIQ stipule que les agences privées arrivent à attirer les infirmières grâce à la liberté qu'elles leur offrent de choisir leurs conditions de travail et la possibilité de concilier les projets de vie professionnelle et de vie personnelle (OIIQ, 2008, par.1). Se sentant délaissées par les institutions de santé et les instances gouvernementales, les infirmières sont de plus en plus nombreuses à laisser le réseau public pour se tourner vers les agences privées de placement infirmier qui leur offre une meilleure qualité de vie et des conditions avantageuses de travail.

La qualité de vie n'est donc point une utopie puisque les agences de placement arrivent à offrir aux infirmières une pratique permettant une meilleure qualité de vie. En conséquence, les instances gouvernementales, les institutions de santé et l'OIIQ se doivent de réinventer, de transformer les pratiques plutôt que de recycler des interventions qui ont déjà été utilisées dans les années 1930 et délaissées dans les

décennies qui ont suivi. En effet, plusieurs décisions semblent vouloir mettre au goût du jour des pratiques déjà en vigueur au début du XXe siècle. Les horaires de travail, la charge de travail et les conditions de travail difficiles ont déjà existé, mais ont été écartés en cours de route, car elles étaient trop pénibles pour les infirmières et ne correspondaient plus à leur nouveau style de vie tentant d'harmoniser leur rôle à la fois dans la sphère publique et la sphère privée. Pourquoi alors seraient-ils aujourd'hui plus acceptables ?

En fait, loin d'être admissibles, ces conditions de travail se rattachent au fait que, la profession soit à forte dominance féminine. Elles révèlent une certaine stagnation dans les mentalités quant à la perception des femmes dans la société. D'ailleurs, Dumont (2008) le dit clairement :

Les victoires du féminisme sont fragiles. Les succès scolaires des filles dérangent les autorités. [...]. Les salaires des femmes sont toujours inférieurs à ceux des hommes et on accuse encore les travailleuses de voler les emplois des hommes. Le monde de l'emploi n'est nullement adapté au fait que, désormais, les mères de jeunes enfants sont au travail. Les places en garderies ne sont pas assez nombreuses. Les responsabilités domestiques et familiales demeurent encore essentiellement, en dépit de quelques reportages émus sur les nouveaux papas, la responsabilité des femmes (Dumont, 2008, p.230).

Manifestement, il en est de même du côté des infirmières où la transition à une représentation professionnelle de l'infirmière est difficile. Comme le souligne Lalancette :

L'histoire de ce métier considéré comme une activité bénévole ou «charitable» pendant des siècles et soumise si longtemps à la profession médicale, réservée de surcroît, jusqu'à récemment, aux femmes a une influence majeure sur la place occupée par les infirmières dans notre société. L'organisation bureaucratique, et non pas professionnelle, de leur travail place la très grande majorité d'entre elles à l'échelon inférieur d'une hiérarchie elle-même inféodée à celle de l'ensemble de la distribution des services d'un établissement de santé (Lalancette, 1993, p.106).

L'urgence de progrès dans le domaine de la formation infirmière ne fait pas encore l'unanimité auprès des toutes les instances. Le pouvoir du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport d'offrir une formation initiale en soins infirmiers, qui donne droit à l'exercice professionnel tant au niveau collégial qu'au premier cycle de l'enseignement universitaire serait responsable de certaines difficultés qu'éprouve la profession (Goulet, 2002, p.378). La multiplicité des niveaux de formation initiale se répercute selon cette auteure sur l'image que projette la profession. En effet, malgré l'accent mis sur l'importance de la formation pour être reconnue comme professionnelle dans les revues infirmières, la persistance de l'image vocationnelle demeure et la profession est surtout reconnue comme étant un métier dont l'approche et les exigences sont surtout la polyvalence et le savoir-faire «de base». Or, comme le souligne si bien Goulet (1993), «depuis leur création, les universités sont des lieux de réflexion et d'analyse des différentes disciplines ou champs de pratique, elles ont la responsabilité de faire avancer les connaissances, quelque soit la discipline, et aussi de faire la synthèse du savoir» (p.184).

En ce qui a trait à la formation, les infirmières ont aussi leur part de responsabilité. En effet, dès la parution de la GMCF, les élites ont mis le doigt sur les dimensions fondamentales de la profession et l'IQ a continué sur la même lancée. La formation, le professionnalisme sont les préoccupations des élites depuis plus de cinquante ans. Pourquoi ces thèmes étaient-ils si importants dans les années 1930 et pourquoi le sont-ils encore à la fin du XXe siècle?

En fait, l'insouciance des infirmières pour la formation pourrait expliquer cet acharnement des élites. Si les universités québécoises ont commencé à jouer un rôle dans la formation des infirmières dès les années 1920, plusieurs facteurs ont, cependant, empêché le développement de la formation universitaire. L'un de ces facteurs, rapporte Goulet (1993), est l'antagonisme des infirmières issues d'un système de formation différente (p.199). Et, bien qu'un nombre de plus en plus élevé d'infirmières choisissent la formation initiale de bachelière ou de poursuivre leurs études à l'université après leur formation collégiale, le Québec demeure en 2010, la seule province canadienne où la formation universitaire pour les infirmières ne soit pas obligatoire (OIIQ, 2011).

Ainsi, en accordant peu d'importance à la formation, les infirmières du début du XXe siècle et celles de la fin des années 1990, contribuent indirectement à la déprofessionnalisation du travail infirmier. En effet, comme le souligne Goulet :

La quête de la professionnalisation du travail infirmier s'est amorcée au XIXe siècle, sous l'influence de Florence Nightingale. Alors que les infirmières étaient majoritairement des femmes, on visait à les doter d'une formation structurée pour qu'elles soient en mesure de s'affirmer en tant que femme et de se soustraire à l'emprise de la médecine, en d'autres termes, de se libérer. La professionnalisation devint alors une voie d'émancipation, un objectif à atteindre (Goulet, 2002, p.165).

La professionnalisation rajoute Goulet, est liée en grande partie «au savoir déjà généré, à la consolidation de la formation et dans une certaine mesure, à la perception que les infirmières ont de leur profession» (Goulet, 2002, p.170). Dans cet ordre d'idées, il est possible de tisser certains liens. L'insouciance des lectrices de la GMCF et de l'IQ envers les messages des élites infirmières, dans un premier temps, limite la progression de la formation infirmière. Il en ressort une déprofessionnalisation du travail infirmier. La dévalorisation de l'infirmière qui en découle contribue à leur non-reconnaissance professionnelle et conduit à un manque de considération pour leurs conditions de travail et leur qualité de vie.

Ce chapitre nous a permis de montrer quelques enjeux de la profession infirmière et la responsabilité des différents acteurs impliqués notamment l'indifférence des élites dans les revues, l'insouciance des membres, l'exploitation des infirmières par les institutions et les instances gouvernementales. Et, bien qu'il montre que le discours des élites infirmières reste figé dans le temps en raison surtout de l'apathie des infirmières, il fait également ressortir la nécessité d'innover les pratiques et les décisions afin de

consolider les acquis de la profession et d'assurer à ses membres une meilleure qualité de vie.

Conclusion

Au terme de cette analyse dans *La Garde-Malade Canadienne-Française* de 1928 à 1938 et *L'infirmière du Québec* de 1993 à 2003, destinées aux infirmières de la province de Québec, nous avons soulevé l'absence du concept de la qualité de vie des infirmières dans les articles et rubriques des revues. Et, bien que la notion de vocation soit en apparence tombée en désuétude, il a été possible de l'identifier dans les exigences faites aux infirmières par les institutions de santé. Le genre, soutient la présidente de l'OIIQ, ne serait pas étranger à la pérennité de l'image soumise de l'infirmière. De plus, les élites de l'IQ, abordent les mêmes thèmes de publication que la GMCF dont la formation et la professionnalisation. Ce faisant, elles espèrent probablement effacer l'image de l'infirmière charitable par celle d'une professionnelle aguerrie ou sensibiliser les infirmières réfractaires aux messages leur étant adressés depuis plus de cinquante ans. L'étude de ces deux décennies a permis d'analyser l'évolution de la profession sur plus d'un demi-siècle. Cette approche historique a fait ressortir le fossé existant entre les infirmières et les élites. Nous retrouvons deux discours. L'un publié par les élites dans les revues et l'autre diffusé par les journaux à grand tirage concernant, principalement, les infirmières de chevet. En fait, il ne s'agit pas de renoncer à promouvoir l'élitisme au

sein de la profession, mais au contraire, comme le dit si bien Denise Lalancette, «de reconnaître et d'apprécier ce qu'ont à offrir les personnes qui exercent présentement. [Et], cette reconnaissance se concrétise non seulement par le discours officiel de l'organisation, mais également par le style de gestion des ressources humaines dans les établissements» (Lalancette, 1993, p.109)

Conclusion générale

À l'aube du XXI^e siècle, la qualité de vie représente un concept en évolution qui indique le bien-être des individus. Très prisé dans plusieurs domaines, ce concept a commencé à gagner du terrain en sciences infirmières suite aux restructurations du système de santé dans les années 1990. Ce concept complexe dépend de plusieurs facteurs. La pénurie de personnel infirmier et les conditions de travail dans les milieux de soins sont reconnues comme les principaux facteurs ayant une incidence sur la dégradation de la qualité de vie des infirmières.

Ce mémoire dévoile, sur un intervalle d'un demi-siècle, l'évolution des conditions de travail des infirmières selon le concept de la qualité de vie des infirmières à travers les revues professionnelles francophones. Tout d'abord, *La Garde-Malade Canadienne-Française* publiée par les laïques francophones au début du XX^e siècle et *L'infirmière du Québec*, organe officiel de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec dans les années 1990.

Dans ces revues, la reconnaissance professionnelle des infirmières apparaît comme la préoccupation principale de l'élite. En effet, dans les années 1930, le contexte socioculturel, la dominance d'une société de type patriarcal et l'ascendance de l'Église catholique sur la société et au sein de la profession infirmière ont fait en sorte que les élites ont du mal à imposer leur point de vue. L'analyse de *La Garde-Malade*

Canadienne-Française, révèle que suite au Rapport Weir, des tentatives pour améliorer la formation, et indirectement, les conditions de travail des infirmières sont déployées. Des jalons aussi subtils qu'insidieux sont mis en place et vont aboutir à la reconnaissance officielle de la profession en 1973.

Près d'un demi-siècle plus tard, dans une société québécoise transformée, la lutte est encore à l'ordre du jour. En dépit des multiples victoires du mouvement féministe, de la refonte de certaines lois qui procurent aux femmes plus d'autonomie et de liberté et du cloisonnement de l'Église aux activités pastorales, les infirmières sont malgré tout loin de bénéficier d'une qualité de vie. En effet, le dépouillement de *L'Infirmière du Québec* dévoile une certaine évolution de la profession. Toutefois, certains thèmes de publication tels que la formation universitaire, la professionnalisation, les conditions de travail demeurent et, même s'accroissent.

La récurrence des thèmes de publication étonne et en même temps s'explique. Elle témoigne de la difficulté de la profession à s'imposer dans le domaine de la santé. La reconnaissance professionnelle des infirmières, bien qu'entérinée légalement, est difficile à faire valoir. La formation reste encore un sujet de litige entre l'OIIQ et le gouvernement. Et, l'image de l'infirmière demeure celle d'une sainte laïque exerçant son métier par charité, par dévouement et par vocation.

Nous avons suggéré que la majorité féminine qui compose la profession infirmière représente un frein à son évolution et que l'idée de vocation a influencé et influence encore l'imaginaire populaire quant à la perception des infirmières. Nous avons également avancé que l'indifférence des élites pour la qualité de vie des infirmières témoigne d'un manque d'intérêt pour les infirmières de chevet.

Notre analyse critique du discours dans le cadre de cette étude historique a permis de confirmer nos hypothèses. En effet, l'absence du thème de la qualité de vie des infirmières dans les revues découle de la lenteur dans l'évolution des mentalités. Malgré les changements légaux et certaines modifications apportées à leur statut juridique, les femmes demeurent défavorisées sous plusieurs aspects. L'évolution de la situation des femmes ne s'est fait qu'en apparence nous dit Dumont (2008, p.230) et, de ce fait, il est encore difficile pour les infirmières d'imposer leurs opinions. De plus, l'image traditionnelle de l'infirmière charitable reste une réalité à la fin du XXe siècle. La subordination des infirmières à l'autorité médicale qui imprègne l'imaginaire populaire entache les efforts de la reconnaissance professionnelle des infirmières que l'OIIQ s'évertue à promouvoir. Cela pousse les institutions et les instances gouvernementales à faire fi des revendications infirmières.

Aussi, l'analyse de l'IQ a pu montrer que la qualité de vie des infirmières n'est pas un thème prioritaire pour l'OIIQ, aucun article n'ayant été répertorié sur le sujet. L'OIIQ se concentre surtout sur les activités visant le rayonnement intellectuel des

infirmières et le conservatisme dont il fait preuve à l'égard des conditions de travail des infirmières confirme qu'il s'agit d'une prise de position symbolique. En outre, force a été de constater que les infirmières de chevet contribuent également au peu d'importance accordée à la question de la qualité de vie. En effet, en ignorant les diverses recommandations véhiculées dans les revues, il devient évident pour les élites que le message ne passe pas. Par conséquent, tout doit donc être fait pour sensibiliser le plus grand nombre d'infirmières quitte à marteler le même message sur l'importance de la formation universitaire, sur le professionnalisme et la valorisation de la profession pendant plus d'un demi-siècle.

Malgré cette indifférence, ou à cause d'elle, il devient encore plus évident pour les élites infirmières de promouvoir la qualité de vie des infirmières. En effet, l'évolution des conditions de travail des infirmières à un moment où la qualité de vie se pose comme un sujet d'actualité est un facteur incontournable pour répondre au défi que représente le recrutement des infirmières, particulièrement en milieu hospitalier. L'OIIQ en tant que garante de l'évolution de la profession infirmière devra trouver des façons de susciter l'intérêt des infirmières de chevet et concilier leur travail à celui des infirmières chercheuses afin de générer des connaissances nouvelles, répondre aux impératifs sociétaux et surtout travailler pour le bien-être et la qualité de vie de ses membres. Les raisons sont donc nombreuses pour continuer à s'interroger sur l'importance des revues infirmières pour la profession, et de multiplier nos angles d'analyse afin de comprendre l'utilité de ces publications pour les infirmières québécoises.

Références

- Aiken, L.H., Clarke, S.P. et Sloane, D.M. (2000). Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes? *The journal of Nursing Administration*, 30(10), 457-465.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, A.J. et Siber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2009). *Énoncé de position : la sécurité des patients*. Récupéré le 10 septembre 2010 sur http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PS102_Patient_Safety_f.pdf
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2009). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières autorisées au Canada*. Récupéré le 10 septembre 2010 sur http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RN_Highlights_f.pdf
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2007). *Énoncé de position : la valeur de l'histoire des soins infirmiers aujourd'hui*. Récupéré le 11 avril 2011 sur http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS93_Nursing_History_f.pdf
- Badinter, E. (2003). *Fausse route* (pp.200-214). Paris : Odile Jacob.
- Basu, K. et Gupta, A. (2007). La pénurie du personnel infirmier : Où et pourquoi? *Bulletin de recherches sur les politiques de santé*, 13, 21-25 Récupéré le 10 avril 2010 sur http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf
- Bédard, G. (2010). *Esclave des temps modernes*. Récupéré le 12 juin 2011 sur <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/288872/esclaves-des-temps-modernes>
- Besner, L. (1932). Loin du médecin. *La Garde-malade Canadienne-française*, 5(3),

p.117-119.

Blondeau, D. (2002). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. Dans O.Goulet et C. Dallaire. *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (p.63-76). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L.L. et Butt, M. (2007). La qualité de vie au travail et la valeur du travail infirmier. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay et M.M. Leclerc. *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp 21-34). Cap-Rouge : Presses Inter Universitaires.

Boucher, S. (1934). L'œuvre de l'infirmière. *La Garde-malade Canadienne-française*, 7(2), p.73-79.

Bougie, M. et Cara, C. (2008). Temps supplémentaire obligatoire : Une première étude phénoménologique sur les perceptions d'infirmières. *Perspective infirmière*, 5(8), 32-40.

Bourgoin, J.C. (1929). Allocution de M. le Dr J.C. Bourgoin à la dernière collation de diplômés aux élèves de l'hôpital Ste-Justine. *La Garde-malade Canadienne-française*, 2(8), p.374-376.

Brideau N, Lebouthillier, A. et Holmes, D. (2005). Pour en finir avec le silence : Réflexion sur les heures supplémentaires obligatoires. *L'infirmière Canadienne*, 6(4), 5-10.

Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients: an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.

Chabot, G. (1993). Nouveau nom, nouveau visage. *L'Infirmière du Québec*, 1(1), 6.

Charron, C. (2010). Les questions domestiques : au cœur du discours et de l'action des premières féministes canadiennes-françaises, 1893-1927. Récupéré le 20 juin 2011 sur http://www.cieq.ca/_documents/CHE_Objets_WEB.pdf

Church, J. (1938). Heures de travail. Proportion des infirmières par rapport au nombre de malades – proportion idéale, moyenne actuelle. Différences existant sous ce rapport dans les différents services. *La Garde-malade Canadienne-française*, 11(1), p.59-64.

- Coalition pour la Qualité de Vie au Travail et des Soins de Santé de Qualité. (2011). *Le pouvoir d'agir : rapport sur les efforts continus de la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité*. Récupéré le 22 juin 2011 sur http://www.qwqhc.ca/documents/CQVT_SSQLe Pouvoir d'agir2011.pdf
- Cohen, Y. (2000). *Profession infirmière : Une histoire des soins dans hôpitaux du Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cohen, Y. et Vaillancourt, E. (1997). L'identité professionnelle des infirmières canadiennes-françaises à travers leurs revues (1924-1956). *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50(4), 537-570.
- Cohen, Y. (2004). Rapports de genre, de classe et d'ethnicité : l'histoire des infirmières au Québec. *Canadian Bulletin of Medical History*, 21(2), 387-409.
- Corbeil, C. et Decarries, F. (2003). La famille : une institution sociale en mouvance. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(1), 16-26.
- Crowe, M. (2005). Discourse analysis : towards an understanding of its place in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 51(1), 55-63
- Cummings, G.G. et Estabrooks, C.A. (2003). The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: a systematic review of impact. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8-9), 8-52.
- Daigle, J. (1991). Devenir infirmière : Les modalités d'expression d'une culture soignante au XXe siècle. *Recherches féministes*, 4(1), 67-86.
- Daigle, J. (1983). L'éveil syndical des «religieuses laïques» : l'émergence et l'évolution de l'Alliance des infirmières de Montréal, 1946-1966. Dans M. Lavigne et Y. Pinard. *Travailleuses et féministes : les femmes dans la société québécoise* (pp.99-113). Montréal : Les Éditions du Boréal Express.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Dallaire, C., O'Neil, M., Lessard, C. et Normand, S. (2003). La profession infirmière au Québec : des défis majeurs qui persistent (pp.297-335). Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin & G. Bélanger. *Le système de santé au Québec : Organisation, acteurs et enjeux*. Québec : Les presses de l'Université Laval.

- Daman, M. (1937). La famille comme base du service social. *La Garde-malade Canadienne-française*, 10(6), p.225-230.
- Davis, L.E. et Cherns, A.B. et Associés. (1975). *The quality of Working life, Volume 1*. NewYork : The Free Press.
- Descarries, F. (2010). *Entre le rose et le bleu : stéréotypes sexuels et construction sociale du féminin et du masculin*. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://www.csf.gouv.qc.ca/modules/fichierspublications/fichier-35-1082.pdf>
- Desrosiers, G. (2008). Table nationale sur la main-d'œuvre en soins infirmiers : la montagne a-t-elle accouché d'une souris? *Le Journal*, 5(5), 1.
- Desrosiers, G. (2008). La pénurie d'infirmières : des choix à faire à toute urgence. *Le Journal*, 5(3), 1.
- Desrosiers, G. (2003). L'accessibilité à une formation de qualité. *L'infirmière du Québec*, 10(5), 6-7.
- Desrosiers, G. (2000). La profession infirmière face au XXIe siècle. *L'infirmière du Québec*, 7(3), 8-14.
- Desrosiers, G. (2000). L'amélioration des conditions d'exercice. *L'infirmière du Québec*, 7(4),4-5.
- Desrosiers, G. (2000). La pénurie d'infirmières : un été infernal. *L'infirmière du Québec*, 8(1), 6-8.
- Desrosiers, G. (1999). Pénurie d'infirmières. Qui soignera les baby-boomers en 2005? *L'infirmière du Québec*, 6(3), 4-5.
- Desrosiers, G. (1998). Les infirmières en état de choc : la formation universitaire menacée. *L'infirmière du Québec*, 5(5), 4-6.
- Desrosiers, G. (1996). Le virage ambulatoire : un risque de banalisation de l'expertise infirmière. *L'infirmière du Québec*, 4(1), 4.
- Desrosiers, G. (1996). L'avenir de la profession : prendre nos responsabilités pour assurer la relève infirmière. *L'infirmière du Québec*, 4(1), 4.
- Desrosiers, G. (1994). L'innovation : un défi pour notre profession. *L'infirmière du Québec*, 1(3), 4.

- Dickinson, J. et Young, B. (2008). *A short history of Québec (fourth edition)*. Montréal: McGill University Press.
- Di Ruzza, R. (2000). Du temps de travail au temps de travail (pp.99-110). Dans T. Grumbach et L. Pina. *35 heures : Négocier les conditions de travail*. Paris : Les Éditions de l'Atelier.
- Ducharme, F. (2001). La recherche : voie privilégiée du développement du savoir infirmier. *L'infirmière du Québec*, 8(4), 23-33.
- Duffield, C., Gardner, G., et Catling-Paull, C. (2008). Nursing work and the use of nursing time. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3269-3274.
- Duffield, C., Kearin, M., Johnston, J. et Leonard, J. (2007). The impact of hospital structure and restructuring on nursing workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 42-46.
- Dumont, M. (2008). *Le féminisme québécois raconté à Camille*. Montréal : Les Éditions du remue-ménage.
- Dumont, M., Jean, M. et Lavigne, M. (1990). *L'histoire des femmes au Québec*. Toronto : Canadian Scholars' Press and Women's Press.
- Dumont, M. et Toupin, L. (2003). *La pensée féministe au Québec : anthologie 1900-1985*. Montréal : Éditions du remue-ménage.
- Dussault, G. et Dubois, C.A. (2003). Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes des changements dans le système des soins (pp.229-259). Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger. *Le système de santé au Québec : Organisation, acteurs et enjeux*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Elizur, D et Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An International Review*, 39(3), 275-291.
- Elliott, J., Stuart, M. et Toman, C. (2008). *Place & practice in canadian nursing history*. Vancouver: the University of British Columbia.
- Fiore, F. (2003). Récipiendaire de l'Insigne du mérite. *L'Infirmière du Québec*, 10(6), 8.
- Fiore, F. (2003). IXe colloque des CII : les infirmières au cœur du changement. *L'infirmière du Québec*, 10(6), 23-25.

- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Gaudreau, V. (2010). Les futures infirmières se payent le luxe de magasiner leur hôpital. Récupéré le 14 mai 2011 sur <http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201003/25/01-4264420-les-futures-infirmieres-se-payent-le-luxe-de-magasiner-leur-hopital.php>
- Garesche, R.P. (1937). La formation religieuse des infirmières. *La Garde-malade Canadienne-française*, 10(12), p.547-554
- Geister, J.M. (1930). La situation de l'infirmière privée au Canada. *La Garde-malade Canadienne-française*, 3(7). 343-352.
- Gervais, L.-M. (2009). Des infirmières contestent le temps supplémentaire obligatoire. Récupéré le 14 mai 2011 sur <http://www.ledevoir.com/societe/sante/250460/des-infirmieres-contestent-le-temps-supplementaire-obligatoire>
- Goulet, O. (2002). Une formation infirmière à renouveler. Dans O. Goulet et C. Dallaire. *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (pp.365-382)s. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Goulet, O. (1993). Les infirmières et la formation universitaire. Dans O. Goulet. *La profession infirmière : valeurs, enjeux, perspectives* (pp.179-208). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Greenslade, V. & Paddock, K. (2007). Les conditions de travail du personnel infirmier : De quoi s'inquiéter. *Bulletin de recherches sur les politiques de santé*, 13, 11-16. Récupéré le 10 avril 2010 sur http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf
- Grehan, M. (2010). «Visioning the future by knowing the past». Dans J. Daly, S. Speedy & D. Jackson. *Contexts of nursing* (pp.15-34). Sydney: Elsevier.
- Gunn, J.I. (1938). L'administration des écoles des gardes-malades. *La Garde-malade Canadienne-française*, 11(9), p.445-447.
- Hamelin, E. (1930). Aux gardes-malades diplômées de l'hôpital Saint-Joseph des Trois-Rivières. *La Garde-malade Canadienne-française*, 3(5), p.247-249.
- Holt, M. (1930). Association des gardes-malades enregistrées : Adresse de la présidente. *La Garde-malade Canadienne-française*, 3(3), p.146.

- Holt, M. (1932). Rapports annuels de l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec : Rapport annuel de la présidente. *La Garde-malade Canadienne-française*, 6(2), p.108-110.
- Hudon, R. (2011). L'encyclopédie canadienne : Loi 101. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=f1ARTf0000744>
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (2010). *Infirmières réglementées : Tendances canadiennes 2004 à 2008 – Mise à jour*. Récupéré le 10 avril 2010 sur http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/regulated_nurses_2004_2008_fr.pdf
- Kayser, J. (1963). *Le quotidien français*. Paris : Librairie Armand Colin.
- Keller, S.M. (2009). Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health. *American Association of Occupational Health Nurses*, 57(12), 497-502.
- Kerleau, M. (2001). Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : Tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec). *Revue des Affaires Sociales*, 2(2), 59-78.
- Kimball B. et O'Neal E. (2002). Health care human crisis: The American nursing shortage. Récupéré le 10 octobre sur <https://folio.iupui.edu/bitstream/handle/10244/471/NursingReport.pdf?sequence=2>
- Lacoursière, J. (2005). Histoire du Québec : des origines à nos jours. Montréal : Nouveau Monde Éditions.
- Lalancette, D. (1993). L'ordre professionnel. Dans O. Goulet. *La profession infirmière : valeurs enjeux, perspectives* (pp.93-112). Boucherville : Gaétan Morin Éditeur.
- Lalande, L. (1928). A Mlle Charlotte Tassé. *La Garde-malade Canadienne-française*, 1(1), p.1-4.
- Lamarche, T. (1931). Signes généraux et particuliers – ce qu'il faut faire en attendant le médecin. 4(9), p.456-458.
- Lamoureux, D. (2007). Les féministes : histoires, acquis et nouveaux défis. *Recherches féministes*, 20(2), 1-5.

- Langlois, E. (1928). Allocution prononcée par M. le docteur Edgar Langlois, lors de la collation des diplômes aux gardes-malades du Sanatorium Prévost à Cartierville (mai 1928). *La Garde-malade Canadienne-française*, 1(1), p.12-14.
- La Presse. (2009). *La presse, 125 ans de nouvelles*. Récupéré le 12 avril 2010 sur <http://publicite.gesca.ca/annoncez-dans-nos-quotidiens/la-presse/200910/20/01-913046-la-presse-125-ans-de-nouvelles.php>
- Lavigne, M. et Stoddart, J. (1983). Ouvrières et travailleuses montréalaises, 1900-1940. Dans M. Lavigne et Y. Pinard. *Travailleuses et féministes : les femmes dans la société québécoise* (pp.99-113). Montréal : Les Éditions du Boréal Express.
- Lavoie-Tremblay et M., Viens, C. (2007). Quand la réorganisation du travail va, tout va! même la santé! Dans C.Viens, M. Lavoie-Tremblay et M.M. Leclerc. *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp 47-64). Cap-Rouge : Presses Inter Universitaires.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C. et Leclerc, M.M. (2007). L'environnement de travail : un élément déterminant du bien-être et de la qualité de vie au travail des infirmières. Dans C.Viens, M. Lavoie-Tremblay & M.M. Leclerc. *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp 35-46). Cap-Rouge : Presses Inter Universitaires.
- Laschinger, H.K., Wong, C.A. et Greco, P. (2006). The impact of staff nurse empowerment on person-job fit and work engagement/burnout. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4),358-367.
- Leblanc, L. (1930). Actualités : Hôpital Notre-Dame, Montréal. *La Garde-Malade Canadienne-Française*, 3(1), 43.
- Leblanc, L. (1930). Actualités : Hôpital Notre-Dame, Montréal. *La Garde-Malade Canadienne-Française*, 3(6), 319.
- Leclerc, M.M. (2007). Les caractéristiques organisationnelles desmagnethospitals : pistes de solutions pour réorganiser le travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay & M.M. Leclerc. *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp.65-88). Cap-Rouge : Presses Inter Universitaires.
- Le Devoir (1999). Des infirmières votent des moyens de pressions. Récupéré le 22 juin 2011 sur

http://www.ledevoir.com/recherche/2/?expression=gr%C3%A8ve+des+infirmi%C3%A8res+en+1999&avance=0&date=depuis_1998&format=tous§ion_id=&collaborateur_nom=&date_debut=&date_fin=&tri=pertinence&expression_base=gr%C3%A8ve+des+infirmi%C3%A8res+en+1999

Lefebvre, A.A. (1928). La garde-malade doit être une femme de science. *La Garde-malade Canadienne-française*, 1(11), 25-26.

Le Goff, J. (2010). «Jacques Le Goff». Dans E. Laurentin. *À quoi sert l'histoire aujourd'hui?*(p.123-125). Paris: Bayard Éditions.

Le Journal de Montréal. (n.d.). *Historique de l'entreprise : l'aventure du Journal de Montréal*. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://portail.journalmtl.com/pagesfr/historique.html>

Lemay, E.Y. (2010). *Révolution à l'urgence*. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://lejournaldemontreal.canoe.ca/actualites/sante/archives/2010/03/20100326-041701.html>

Lemieux, L.G. (1997). *Le roman du soleil : un journal dans son siècle*. Québec : Éditions du Septentrion.

Lessard, A. (1928). La garde-malade et l'hôpital. *La Garde-malade Canadienne-française*, 1(9), p.6-7.

Le Petit Larousse. n.l. (2006). Paris : Larousse.

Levesque, L. (2010). Quarts de 18 heures : le ministre et la FIQ s'affrontent. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201002/24/01-954944-quarts-de-18-heures-le-ministre-et-la-fiq-saffrontent.php>

Linteau, P.A., Durocher, R. & Robert, J.C. (1989). *Histoire du Québec contemporain : de la confédération à la crise (1867-1929)*. Québec : Les Éditions du Boréal.

Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.

Maingueneau, D. (1992). Le tour ethnolinguistique de l'analyse du discours. *Langages*, 26(105), 114-125.

- Mansell, D. et Dodd, D. (2003). Le professionnalisme et le nursing canadien. Dans C. Bates, D.Dodd& N.Rousseau. *Sans frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (pp 197-212). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Marcheterre, J. (1996). Courrier : Pour toutes les grandes infirmières du Québec. *L'infirmière du Québec*, 3(6), 8.
- Martin, J.-C. (2010). «Jean-Clément Martin». Dans E. Laurentin. *À quoi sert l'histoire aujourd'hui?* (p.39-43). Paris: Bayard Éditions.
- Martin, P. et Pham, P.P. (2010). Libre opinion: appel à la solidarité infirmière. Récupéré le 12 avril 2011 sur <http://www.ledevoir.com/societe/sante/293986/libre-opinion-appel-a-la-solidarite-infirmiere>
- Martineau, A. (1937). Dix ans ... Infirmières, réfléchissons! *La Garde-malade Canadienne-française*, 10(1), p.18-19.
- McPherson, K. (2003). *Bedside matters: The transformation of Canadian nursing, 1900-1990*. Toronto: University of Toronto Press.
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2011). Un portrait statistique des familles au Québec. Récupéré le 22 juin 2011 sur http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_Portrait_stat_complet_11.pdf
- Moag, M.L. (1938). Rapports de l'assemblée annuelle de l'association des gardes-malades enregistrée de la Province de Québec : Rapport de la présidente. *La Garde-Malade Canadienne-Française*, 11(3), 174-175.
- Nutting, A. (1931). L'avenir. *La Garde-malade Canadienne-française*, 4(2), p.74-83.
- Nengeh Mensah, M. (2005). *Dialogues sur la troisième vague féministe*. Montréal : Les Éditions du Remue-ménage.
- O'Brien-Pallas, L.L., Shamian, J., Thomson, D., Alksnis, C., Koehoorn, M., Keer, M. et Bruce, S. (2004). Work related disability in canadian nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 352-357.

- O'Brien-Pallas, L.L. et Baumann, A. (1992). Quality of nursing work life issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2), 12-16.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2011). Le Journal : publication officielle de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Récupéré le 05 juillet 2011 sur <http://www.oiiq.org/publications/le-journal>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2011). Prix et distinctions. Récupéré le 12 avril 2011 sur <http://www.oiiq.org/print/lordre/prix-et-distinctions>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2011). Le DEC-BAC favorise la poursuite des études : plus du tiers des diplômées du DEC obtiennent leur baccalauréat. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol03n01/index.html>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2010). Les départs à la retraite : un enjeu majeur pour la planification de la main-d'œuvre infirmière Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n03/index.html>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2010). Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec, 2009-2010. Récupéré le 02 juillet 2011 sur <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/portrait-sommaire-de-l-effectif-infirmier-du-quebec-2009-2010>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2008). *Communiqués : L'OIIQ inquiet de l'exode des infirmières vers les agences privées, rend public un sondage CROP sur la question*. Récupéré le 12 juin 2011 sur <http://www.oiiq.org/salle-de-presse/communiques/l-oiiq-inquiet-de-l-exode-des-infirmieres-vers-les-agences-privées-rend->
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2007). *Mémoire : une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers*. Récupéré le 12 juin 2011 sur <http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/Effectifs.pdf>
- Ogar, C. (2004). *Quand le féminisme change de visage*. Récupéré le 28 octobre sur [http://www.alternatives.ca/fra/journal_](http://www.alternatives.ca/fra/journal_alternatives/publications/archives/2005/volume-11-no-05/article/quand-le-feminisme-change-de?lang=fr)
[alternatives/publications/archives/2005/volume-11-no-05/article/quand-le-feminisme-change-de?lang=fr](http://www.alternatives.ca/fra/journal_alternatives/publications/archives/2005/volume-11-no-05/article/quand-le-feminisme-change-de?lang=fr)

- Oprea, D.-A. (2008). Du féminisme (de la troisième vague) et du postmoderne. *Recherches féministes*, 21(2), 5-28.
- Orr, M.E. (1993). Courrier: L'infirmière du Québec, une promesse d'avenir. *L'infirmière du Québec*, 1(2), p.6.
- Ouharzoune, Y. & Warnet, S. (2009). Entretien avec Gyslaine Desrosiers : Le plan thérapeutique infirmier, lieu d'expression de l'opinion clinique infirmière. *La revue de l'infirmière*, 58(148), 4-6. Doi : REVINF-03-2009-58-148-1293-8505-101019-200900701
- Panet-Raymond, S. (1930). Le service privé et ses honoraires. *La Garde-malade Canadienne-française*, 3(4), p.199-201.
- Paré, G. (2003). Le Devoir : Histoire. Récupéré le 05 juillet 2011 sur <http://www.ledevoir.com/le-devoir/histoire>
- Parini, L. (2010). Le concept de genre : constitution d'un champ d'analyse, controverses épistémologiques, linguistiques et politiques. *Socio-logos : Revue de l'Association française de sociologie*. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://socio-logos.revues.org/2468>
- Parizeau, L. (1928). «Infirmières» ou «Gardes-malades». *La Garde-malade Canadienne-Française*, 1(5), 5-8.
- Petit, A. (1989). «De la religieuse hospitalière à l'infirmière professionnelle». Dans A. Petit. *Les infirmières : de la vocation à la profession* (pp.41-108). Montréal : Les Éditions Boréal.
- Petitclerc, A. (2009). «Introduction aux notions de *contexte* et d'*acteurs sociaux* en *Critical Discourse Analysis* », *Semen*. Récupéré le 12 juillet 2011. URL : <http://semen.revues.org/8540>
- Phaneuf, M. (2011). *Le travail infirmier, métier, profession ou vocation?* Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://www.infiressources.ca/myscriptorweb/scripto.asp?resultat=836815>
- Pelchat, P. (2011). *Les infirmières du CHUQ appréhendent les horaires rotatifs*. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201105/08/01-4397405-les-infirmieres-du-chuq-apprehendent-les-horaires-rotatifs.php>

- Proulx, J. (2008). *Qualité de vie et participation sociale : deux concepts clés dans le domaine de la déficience intellectuelle*. Récupéré le 22 juin 2011 sur <http://www.interteddi.ca/publications/publications-de-nos-partenaires/cahier-du-larepps-08-09>
- Provost, J.-P. (2010). *Identité et genre au Gabon : les femmes de Libreville* (thèse de maîtrise, Université Laval, Canada). Récupéré d'Archimède, l'archive de publications électroniques de l'Université Laval : <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/?wicket:interface=:2:::>
- Reverby, S.O. (1987). *Ordered to care: The dilemma of American nursing, 1850-1945*. New-York: Cambridge University Press.
- Richardson, S. (2005). La syndicalisation du nursing au Canada. Dans C. Bates, D. Dodd et N. Rousseau. *Sans frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (pp 213-224). Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Rioux, C. (1937). Actualités : Hôpital Sainte-Justine. *La Garde-Malade Canadienne-Française*, 10(6), 287.
- Rousseau, J., Caron-Guay, S., Bibeau, C. Lambert, D. et Durocher, C. (2009). Prenez la situation en main, Monsieur Bolduc. Récupéré le 22 juin 2011 sur http://www.cyberpresse.ca/le-soleil/opinions/points-de-vue/201003/19/01-4262300-prenez-la-situation-en-main-monsieur-bolduc.php?utm_categorieinterne=traffidriviers&utm_contenuinterne=cyberpresse_lire_aussi_4262716_article_POS1
- Roy, C. (1933). Le programme de la garde-malade graduée. *La Garde-malade Canadienne-française*, 6(7), p.391-395.
- Rumily, R. (1931). Les gardes-malades. *La Garde-malade Canadienne-française*, 4(10), p.523-524.
- Santé Canada. (2002). *Notre santé, notre avenir: un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. Rapport final du comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Récupéré le 10 avril sur http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-fra.pdf
- Schalock, R. (1993). La qualité de vie : Conceptualisation, mesure et application. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 4(2), 137-151.

- Sénécal, L. (1928). Dispensaire d'obstétrique. *La Garde-malade Canadienne-française*, 1(2), 50-52.
- Simoens, S., Villeneuve, M. et Hurst, J. (2005). *Tackling Nurses Shortages in OECD Countries*.(OECDHealth Working Papers No. 19). Récupéré le 02 juillet 2011 Sur <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5lgsjhvj747g.pdf?expires=1310483652&id=id&accname=guest&checksum=294463676A69B8ED545A8CCA38870AAC>
- Shields, M. & Wilkins, K. (2005). *Enquête Nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier*. Récupéré le 10 septembre sur http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHSRep06_FR.pdf
- Sœur Allard. (1934). Nouvelles réflexions sur le nursing. *La Garde-malade Canadienne-française*, 7(1), 9-14.
- Sœur Augustine. (1932). L'Association des gardes-malades enregistrée : La section française d'éducation. *La Garde-malade Canadienne-française*, 5(2), 92-98.
- Sœur Augustine. (1928). Réunion trimestrielle : École d'hygiène sociale appliquée 24 oct. 1927. *La Garde-malade Canadienne-française*, 1(1), 25-28
- Sœur Madeleine. (1933). En marge de l'éducation des femmes. *La Garde-malade Canadienne-française*, 6(3), 134-137.
- Sœur Valérie de la Sagesse. (1937). Rapport de la section française d'éducation des gardes-malades enregistrées de la province de Québec. *La Garde-malade Canadienne-française*, 10(3), p.125-126.
- Soucy, L.-M.R. (2010). *Un hôpital en santé, c'est possible : des établissements dits «magnétiques» réussissent à attirer et à retenir le personnel infirmier*. Récupéré le 22 juin 2011 sur http://meteopolitique.com/Plan/Fiches/sante/sante_malade/sol/01/index.htm
- Stanton, D. (2000). La reconnaissance professionnelle à la rescousse des infirmières. *L'infirmière du Québec*, 7(3), 48-49.
- Tassé, C. (1938). Dixième anniversaire. *La Garde-Malade Canadienne-Française*, 11(8), 9-10.
- Tassé, C. (1938). La discrétion chez les infirmières. *La Garde-Malade Canadienne-*

Française, 11(2), 99-103.

Tassé, C. (1938). Le congrès national : impressions de voyage et vue d'ensemble. *La Garde-Malade Canadienne-Française*, 11(8), 387-392.

Tassé, C. (1928). Notre Programme. *La Garde-malade Canadienne-française*, 1(1), 5.

Tassé, R. (1928). Fondation de la revue. *La Garde-malade Canadienne-française*, 1(1), 29-30.

Tassé, C. (1928). L'uniforme de la garde-malade. *La Garde-Malade Canadienne-Française*, 11(8), 101-103.

Tempier, R. et Mc Grath, B. (2002, octobre). La qualité de vie a-t-elle une place dans les Neurosciences? Communication présentée au congrès de l'Association de l'Information Psychiatrique, Québec, Canada. Récupéré le 22 juin 2011 du site de Psy-cause : http://psycause.pagesperso-orange.fr/037/037_qualite_vie_neurosciences.htm

Thériault, J.Y. (2008). La langue symbole de l'identité québécoise. Dans M. Plourde et P. Georgeault. *Le français au Québec : 400 ans d'histoire et de vie* (pp.318-319). Québec : Éditions FIDES.

Thifault, M.-C. (2010). Cinquante ans de nursing psychiatrique à l'École des gardes-malades de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu : «le côté spirituel en tête du côté technique». *ScientiaCanadensis*, 33(1), 95-118.

Thifault, M.-C. et Toman, C. (Sous presse). Le cyber-apprentissage et la «réflexion historique au service de la formation infirmière. *L'infirmière Clinicienne*.

Tracey, C. et Nicholl, H. (2007). The multifaceted influence of gender in career progress in nursing. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 667-682.

Upton, F.-E. (1932). Communiqué. *La Garde-malade Canadienne-française*, 5(4), p.200.

Vallée, C. (2010). Infirmières : des quarts de travail innovateurs. Récupéré le 22 avril 2011 sur <http://www.cyberpresse.ca/la-voix-de-lest/actualites/granby/201004/17/01-4271485-infirmieres-des-quarts-de-travail-innovateurs.php>

- Wishart, J.M. (2004). «We have worked while we played and played while we worked»: Discipline and disobedience at the Kingston General Hospital Training School for nurses, 1923-1929. *Canadian Bulletin Medical of History*, 21(2), 327-349.
- Wolf, K.A. (2006). The slow march to professional practice. Dans L.C. Andrist, P.K. Nicholas & K.A. Wolf (pp 305-318). *A history of nursing ideas*. Toronto : Jones & Barlett Publishers.
- World Health Organization Quality of Life Assessment. (1996). *What is quality of life*. *World Health Forum*, 17(4), 354, 356. Récupéré le 12 février 2010 sur [http://whqlibdoc.who.int/whf/1996/vol17-no4/WHF_1996_17\(4\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1996/vol17-no4/WHF_1996_17(4).pdf)