

Analyse de discours de la construction du savoir infirmier au Québec, 1898-1970.

par

Evy A. Nazon

Thèse soumise à
la Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences du programme de doctorat

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Evy A. Nazon, Ottawa, Canada, 2016

*À la mémoire de L. Nazon,
le plus merveilleux des papas.*

Écrivez sur ce qui vous passionne.
Ne cherchez pas le sujet, c'est lui qui vous trouvera.
Dany Laferrière

Toute œuvre reste une tentative fragile
de produire un supplément d'intelligibilité par *l'écriture*.
Là peut-être encore plus qu'ailleurs.
Pierre Rosanvallon

Résumé

À l'instar de nombreuses disciplines, les sciences infirmières ont dû élaborer un savoir qui leur était propre. Ce savoir décrit comme étant un savoir « scientifique » a inspiré nombre d'historiens dans leurs analyses. Adoptant une approche « traditionnelle », plusieurs associent la construction du savoir infirmier à l'esprit d'entreprise, aux luttes et à la volonté des pionnières d'obtenir la reconnaissance légale de la profession. Des analyses multiples ayant recours à l'histoire sociale, à l'histoire des idées, à l'histoire des mentalités, à l'histoire des femmes, etc. ont ainsi vu le jour et ont fourni une interprétation où la prépondérance et le rôle de ces femmes dans l'évolution et les progrès réalisés au sein de la profession infirmière étaient indéniables. À ce jour, peu de recherches historiques se sont éloignées de ces approches.

La présente recherche, loin d'embrasser de telles perspectives, décrit plutôt la construction des savoirs infirmiers sous l'angle de concepts puisés dans les propositions critiques suggérées par Michel Foucault. À cet effet, la généalogie et l'analyse de discours de Michel Foucault qui nous ont inspiré pour cette étude convenaient tout à fait aux objectifs de ce projet. De nombreux documents d'archives des Sœurs Grises de Montréal, des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph (Montréal et Bathurst), de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, de l'Archevêché de Montréal, de la Ville de Montréal pour ne citer que ceux-là ont été consultés et analysés. Les données recueillies ont permis de mettre en lumière les dispositifs discursifs et non-discursifs qui ont contribué à la valorisation et la validation des discours dans la construction du savoir scientifique infirmier. De plus, l'organisation et la médicalisation de l'hôpital, l'apparition de la médecine sociale et des pratiques hygiéniques ont également mis en exergue l'importance d'organiser des écoles de formation pour les infirmières. Ces écoles reconnues pour fournir une formation établie sur des programmes de cours formels et structurés ont permis aux infirmières d'acquérir un savoir reconnu comme « scientifique ». Cette formation scientifique a permis aux infirmières d'avoir une crédibilité dans le milieu de la santé, d'agir efficacement au sein de l'appareil administratif et d'avoir un pouvoir sur les individus et la population. L'expertise des infirmières et leur rôle auprès de la population leur ont offert la possibilité de conduire la conduite des individus et de participer à la normalisation et au gouvernement des populations.

Table des matières

Résumé	iv
Remerciements	viii
Liste des abréviations	x
Liste des figures.....	xi
Chapitre I.....	1
Introduction	1
1.1 Objectifs de la recherche	6
1.2 Questions de recherche.....	6
1.3 Organisation et structure.....	6
Chapitre II.....	13
Bilan historiographique	13
2.1 Les grands axes de recherche en histoire des soins infirmiers	13
2.1.1 <i>Les repères traditionnels des recherches sur l'histoire des soins infirmiers</i>	14
2.1.2 <i>Les études sur la formation infirmière</i>	17
2.1.3 <i>Les études sur la professionnalisation des infirmières</i>	21
2.1.4 <i>Les recherches sur le travail des infirmières</i>	24
2.1.5 <i>Les recherches féministes en histoire des soins infirmiers</i>	27
2.1.5.1 <i>Le genre et l'histoire des soins infirmiers</i>	28
2.1.5.2 <i>Le care dans les analyses historiques infirmières</i>	30
2.1.6 <i>L'histoire des soins infirmiers et les catégories sociales</i>	33
2.1.7 <i>L'histoire des soins infirmiers : autres courants de recherche</i>	39
2.2 L'historiographie des soins infirmiers : Réflexion.....	40
Chapitre III	48
Cadre théorique	48
3.1 L'analyse de discours	49
3.2 La généalogie de Michel Foucault	63
3.3 Le nexus pouvoir/savoir	71
3.4 Les courants historiographiques en soins infirmiers	73
3.4.1 <i>Critique des approches historiques en soins infirmiers</i>	77

Chapitre IV	91
Méthodologie.....	91
4.1 Mise en contexte.....	91
4.2 Constitution du corpus.....	92
4.3 Collecte des données	94
4.4 Analyse des données.....	97
Chapitre V	101
Le système hospitalier au Canada-français	101
5.1 Les hôpitaux francophones de Montréal	101
5.1.1 <i>L'Hôtel-Dieu de Montréal : un hôpital charitable</i>	102
5.1.1.1 <i>Le Pouvoir disciplinaire</i>	120
5.1.1.2 <i>L'Hôpital Notre-Dame de Montréal : représentation moderne de l'hôpital</i>	123
Chapitre VI.....	140
L'émergence du savoir infirmier	140
6.1 L'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal.....	140
6.2 L'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal.....	145
6.3 Les normes et règlements disciplinaires à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Montréal	150
6.4 Le pouvoir selon la perspective foucauldienne	157
6.5 Les écoles d'infirmières comme microphysiques du pouvoir	159
Chapitre VII.....	168
L'infirmière comme force sociale et politique	168
7.1 Les connaissances des soignantes avant l'ouverture des écoles d'infirmières	168
7.2 Le « modèle Nightingale » et les soins infirmiers modernes.....	170
7.2.1 <i>Florence Nightingale et le bio-pouvoir</i>	174
7.2.2 <i>Le concept de « gouvernementalité »</i>	178
7.2.3 <i>Le pouvoir pastoral</i>	181
7.3 Les infirmières et les savoirs fondés sur l'hygiène.....	185
7.3.1 <i>Le mouvement hygiéniste à Montréal</i>	188
7.3.2 <i>Les infirmières et le mouvement hygiéniste</i>	195
7.3.2.1 <i>Les Sœurs de l'Espérance</i>	195
7.3.2.2 <i>Les infirmières hygiénistes à Montréal</i>	200

7.4	La formation scientifique des infirmières à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Montréal	208
7.5	La formation des infirmières et l'Association des Gardes-Malades Enregistrées de la Province de Québec (AGMEPQ)	224
7.5.1	<i>La lutte des médecins pour le contrôle de la profession infirmière</i>	230
7.6	Le Rapport Weir	236
7.7	La formation supérieure des infirmières : l'Institut Marguerite d'Youville.....	239
7.8	La formation infirmière à l'aube des années 1960	244
7.8.1	<i>Les commissions d'enquête</i>	251
7.8.2	<i>La formation laïque des infirmières francophones</i>	254
Chapitre VIII		277
Conclusion.....		277
8.1	Les soins infirmiers : une visée politique	277
8.2	Importance pour la profession infirmière	282
8.3	Limites de l'étude	286
Références et sources		291
Sources primaires		291
Références		297

Remerciements

Réaliser cette présente étude n'aurait pas été possible sans le soutien et les encouragements de plusieurs personnes que je tiens à remercier.

En premier lieu, j'aimerais remercier ma directrice de thèse, Docteur Amélie Perron pour avoir accepté au pied levé de m'encadrer dans ce projet doctoral et pour m'avoir fait confiance malgré les connaissances plutôt limitées que j'avais en 2011 sur la théorie critique et le courant postmoderne. Merci pour ta patience et tes multiples conseils. Je remercie également mon co-directeur de thèse, Docteur Thomas Foth, pour m'avoir soutenue et encouragée dès le début de cette quête d'une nouvelle approche à adopter dans mon projet. Je dois beaucoup à M. Foth qui m'a permis de comprendre que l'histoire pouvait être lue et analysée différemment. Merci à vous deux pour toutes les heures consacrées à répondre à mes nombreuses questions et à la relecture de mes documents, pour les moments d'échange et les qualités humaines d'écoute et de compréhension que vous avez fait preuve à mon égard tout au long de ce travail.

Je souhaiterais exprimer ma gratitude au Docteur Dave Holmes, professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa qui au travers de son cours m'a ouvert la voie à la théorie critique et m'a encouragée à réaliser une thèse qui s'appuie sur des bases philosophiques. J'adresse également mes remerciements au Docteur Marie-Claude Thifault, professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa qui m'a grandement incitée à poursuivre des études doctorales.

Je remercie aussi tous les membres de mon jury : Docteur Laurence Bernard, Docteur Dave Holmes, Docteur Pawel Krol, et particulièrement Docteur Cheryl McWatters pour leurs précieux conseils.

Ma collecte des données dans les archives et centres de documentation à Montréal, à Québec et à Bathurst a été particulièrement facilitée par l'appui enthousiaste de nombreux professionnels et professionnelles et je tiens à exprimer particulièrement ma reconnaissance à : sœur Bertille de la communauté des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Saint-Basile, N. B.; sœur Violette Bouffard de la communauté des Sœurs de l'Espérance de Montréal, sœur Nicole Buissières de la communauté des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Montréal; M. François Nadeau, archiviste de la communauté des Sœurs Grises; Mme Marthe Larochelle, archiviste à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal; M. Michel Dahan, archiviste à l'Archevêché de Montréal, Mme Lucie Durocher, archiviste à l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, M. Michel Simard et M. Martin Couture, archivistes à Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Mme Sylvie Grondin, archiviste à la Ville de Montréal, Mme Monique Voyer, archiviste à l'Université de Montréal et Mme Marie-Ève Barsalou, archiviste au Collège des Médecins du Québec. Je remercie également la professeure Yolande Cohen et son assistante, Christine Chevalier-Caron, pour m'avoir donné accès à leurs documents de recherche.

Je souhaite exprimer mes remerciements à l'Unité de Recherche sur l'histoire des soins infirmiers de l'Université d'Ottawa, à l'Université d'Ottawa et la Bourse des Études Supérieures de l'Ontario qui m'ont soutenue financièrement au cours de mes études doctorales.

Mes remerciements seraient incomplets si je ne fais pas mention de ma famille. Merci à ma mère et à Lissa, Vania, Bermann, Bryan, Léni, Rolf et Frantz pour m'avoir encouragée à poursuivre ma formation et pour tout le support que vous m'avez donnée tout au cours de ces années d'études. Sans vous, ce projet n'aurait pas vu le jour. Merci également pour votre soutien affectif sans faille qui m'aide à garder les pieds sur terre. J'adresse aussi mes sincères remerciements à mes amies: Magella, Sandra, Annie, Mysta, Jeannette et Myriam. Votre hospitalité, vos invitations à aller prendre un café ou à discuter entre filles ont rendu ces années moins longues et plus agréables.

Liste des abréviations

AAM	Archives de l'Archevêché de Montréal
ACM	Archives du Collège des médecins
AGMEPQ	Association des Gardes-Malades enregistrées de la Province de Québec
AHND	Archives de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal
AIC	Association des Infirmières du Canada
AIIQ	Archives de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
AIPQ	Association des Infirmières de la Province de Québec
ARHSJM	Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, Montréal
ARHSJB	Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, Bathurst
ASEM	Archives des Sœurs de l'Espérance de Montréal
ASGM	Archives des Sœurs Grises de Montréal
AUM	Archives de l'Université de Montréal
AVM	Archives de la Ville de Montréal
BAnQ	Bibliothèque et Archives nationales du Québec
CATN	Canadian National Association of Trained Nurses/Association Canadienne Nationale des infirmières
CSSTSN	Canadian Society of Superintendents of Training Schools of Nurses
OIIQ	Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
VON	Victorian Order of Nurses

Liste des figures

Figure 1 : Hôtel-Dieu de Montréal	102
Figure 2: Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880	126
Figure 3 : Tableau comparatif des progrès de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, 1880-1912	129
Figure 4: Résidences infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal vers 1900 et 1943	142
Figure 5: Résidence des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, n.d.	145
Figure 6: Étudiantes à l'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu, Montréal, 1901	151
Figure 7: Étudiantes à l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, 1905	151
Figure 8 : Étudiante à l'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal vers 1942	153
Figure 9 : Tableau du personnel du Service de Santé de la Ville de Montréal, 1948.....	202

Chapitre I

Introduction

Depuis la fin des années 1990, le domaine des soins infirmiers connaît un nouveau tournant. Les concepts et principes de base du mouvement des données probantes (ou données fondées sur les preuves), élaborés en 1996 au Canada par la McMaster Medical School, influencent fortement les soins infirmiers. Ce mouvement prône l'utilisation des données probantes en soins de santé et des devis expérimentaux en tant que mesure étalon de l'excellence en recherche afin de réduire l'écart entre celles-ci et la pratique pour ainsi favoriser le développement de pratiques cliniques basées sur des données scientifiques.¹ En 1997, à la suite du cautionnement par la médecine du mouvement des données probantes, on assiste à l'émergence et à l'essor des soins infirmiers fondés sur les preuves (*Evidence-based nursing*).² Le rapport du Forum national de la santé du Canada, publié en 1997, a d'ailleurs plaidé pour une pratique fondée sur les données probantes afin d'améliorer le système de santé, les soins infirmiers et la qualité des soins aux patients. Selon ce rapport, l'objectif premier devrait être le développement d'un système de santé fondé sur les données probantes afin de donner des soins sûrs et efficaces.³ Pour sa part, le Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing a publié en 2003 un énoncé de position sur les soins infirmiers fondés sur les preuves et a pris l'engagement d'être une source importante de connaissances et de ressources qui favorisent la diffusion des savoirs infirmiers fondés sur les preuves à l'échelle mondiale. D'autres initiatives ont été prises afin de promouvoir les données probantes en sciences infirmières. Des centres de recherches ont été mis sur pied dans de nombreux pays (Canada, Angleterre, États-Unis, etc.) afin d'offrir des séances de formation pour aider les infirmières à produire des

données probantes par la recherche et à les utiliser dans la formation et la pratique clinique. De même, des périodiques tels que *Evidence-Based Nursing* et *Worldviews on Evidence-Based Nursing* ont été créés et plusieurs manuels ont été publiés pour aider les infirmières à développer une pratique fondée sur les preuves.⁴

L'accent mis sur les données probantes marque profondément la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières et laisse entendre que la discipline doit se baser principalement sur les savoirs scientifiques qui en découlent.⁵ Rompant avec les décisions basées essentiellement sur la tradition, l'intuition et les savoirs expérientiels, le mouvement pour l'utilisation des données probantes vise à promouvoir et à intégrer dans la discipline infirmière des résultats de recherche scientifiques fondés sur des savoirs analytiques et empiriques pour aider à la prise de décisions dans les différents champs d'action qui s'offrent à l'infirmière.⁶ Par exemple, dans les milieux universitaires et de la santé, il est nécessaire, selon les chercheuses Ellen Fineout-Overholt, Bernadette Melnyk et Alyce Schultz, d'instituer une approche de la recherche et de l'enseignement des cours théoriques et cliniques en sciences infirmières qui mettent l'accent sur les données probantes et les meilleures pratiques. Ces auteures soulignent que ce changement de paradigme permet de développer des études reposant sur des données scientifiques qui testent l'efficacité des interventions pour guider la pratique des soins infirmiers.⁷ La chercheuse Alba DiCenso suggère de réexaminer les programmes de sciences infirmières dans les milieux académiques et pratiques et de se concentrer sur des curriculums basés sur les données fondées sur les preuves afin de fournir aux infirmières une formation adéquate.⁸ Les chercheurs Linda Ferguson et Rene Day soulignent qu'une culture pour soutenir la pratique fondée sur les preuves doit exister et tant les infirmières que les

administrateurs doivent s'engager à développer des connaissances et des compétences essentielles qui s'appuient sur ces données afin de rendre la pratique infirmière moins subjective et plus fiable et apporter des améliorations dans les soins aux patients.⁹

Cette tendance à s'adjoindre un savoir identifié comme scientifique n'est pas nouvelle en sciences infirmières. En fait, tout au cours de l'histoire des soins infirmiers au Canada, le savoir a occupé une place considérable dans le domaine infirmier. Au Québec francophone par exemple, après une ère de pratique et de savoirs qualifiés de traditionnels, les soins infirmiers, dès l'ouverture des écoles d'infirmières à partir de 1898, commencent à être reconnus pour s'être dotés d'un savoir structuré et scientifique.¹⁰ Selon l'historien André Petitat, l'ouverture des écoles d'infirmières au Québec dans les années 1900 inaugure la voie à l'enseignement technique et théorique ce qui contribue à l'apparition et la valorisation des savoirs scientifiques infirmiers. Ceux-ci sont définis dans un premier temps comme une extension des connaissances médicales car, d'une part, leurs subdivisions rejoignent souvent celles de la médecine, et d'autre part, les cours théoriques sont enseignés par ces derniers et sont calqués sur la science médicale. Cependant, les soins infirmiers ne tardent pas à développer un corpus de savoirs dûment théorisés pour devenir des savoirs scientifiques infirmiers indépendants.¹¹ Basés sur les innovations médicales en asepsie, en antisepsie, en bactériologie, etc., les savoirs scientifiques infirmiers sont appelés à différencier la pratique traditionnelle des soins des techniques scientifiques nouvellement développées. Toutefois, tout comme les données probantes, la validité de ces savoirs scientifiques en nursing sont remis en question au cours des années. En fait, la définition même du terme « scientifique » se modifie et le savoir qui y est associé tend à se modeler sur ces nouvelles définitions. Or,

pour plusieurs historiens, les avancées scientifiques et les bouleversements qui ont donné lieu aux réformes dans le domaine infirmier au Canada sont surtout dûs au travail acharné des pionnières de la profession.

En effet, Petitat soutient que les pionnières de la profession infirmière au Québec, dans un processus original d'auto-construction de savoirs situés à la frontière des connaissances médicales et des savoir-faire infirmiers empiriques, ont elles-mêmes contrecarré les tendances particularistes pour construire des savoirs infirmiers scientifiques. Les efforts concertés de celles-ci ont permis d'assurer l'homogénéisation des savoirs infirmiers, la construction d'un savoir théorique spécifique aux infirmières et la création d'un curriculum pour encadrer l'enseignement des soins infirmiers. Ce corpus de savoirs jumelé à la ténacité des pionnières au sein de leur association professionnelle a contribué à améliorer le statut des soins infirmiers au Canada par l'obtention de la reconnaissance légale de la profession dès le début du XX^e siècle auprès des autorités gouvernementales.¹² L'historienne Kathryn McPherson a analysé quatre générations d'infirmières au Canada et montre comment celles-ci se sont organisées et ont milité pour leurs intérêts professionnels et défendre les domaines de la profession auprès des médecins et des administrateurs d'hôpitaux. Selon elle, la contribution de ces femmes dans le développement du nursing doit être reconnue, appréciée et soulignée.¹³ L'historienne Yolande Cohen note également que le développement du métier puis de la profession infirmière sont le fait majoritairement des femmes. Elle souligne, d'une part, le large mouvement philanthropique dirigé en grande partie par des femmes qui a contribué à la promotion d'idéaux de charité et de dévouement féminins comme qualités essentielles des infirmières au tournant du XX^e siècle. D'autre part, elle met l'accent sur

le rôle de premier plan joué par des visionnaires comme Florence Nightingale ou par les dames patronnesses au sein des grands hôpitaux et la forte implication des organismes confessionnels (protestants ou catholiques) dans le développement de la profession. En se ralliant à une histoire des soins infirmiers construite sur une identité sociale de genre, Cohen identifie une surdétermination du féminin qui représente, selon elle, une source et un objet de savoirs permettant aux femmes d'occuper la position exclusive de soignantes dans le milieu de la santé. L'historienne indique qu'au cours des années, aux qualités dites intrinsèques des femmes telles que la vocation, la mission, la moralité, la charité et la discipline, se greffent d'autres caractéristiques : par exemple le *care* et le maternalisme, considérées également comme typiquement féminines.¹⁴

Notre étude, tout en reconnaissant l'apport de ces recherches historiques, tend à s'éloigner de ces approches et théories jugées comme étant fondatrices de la discipline, mais que l'on a, historiquement, dénuées de tout contenu politique. La présente étude se veut à la fois historique, critique et épistémologique dans la mesure où l'objectif en est un de problématisation des savoirs. En fait, nous voulons remettre en question les thèses couramment acceptées selon lesquelles la construction des savoirs infirmiers et le développement de la profession infirmière sont le fruit d'un nombre restreint de pionnières qui, par le biais d'activités savantes diverses, ont orienté les sciences infirmières vers un champ se voulant distinct de la médecine. Il convient également de souligner que le développement des savoirs infirmiers dans le contexte canadien-français a connu des particularités qui s'inscrivent difficilement dans le domaine anglo-saxon. Cette analyse permettra, d'une part, de dégager les enjeux politiques, sociaux, économiques et culturels entourant la production des discours et leur impact sur le

développement des savoirs et, d'autre part, de mettre en lumière les éléments de convergence, mais aussi les zones de tensions et de ruptures qui ont donné lieu à des moments clés fondamentaux dans la profession infirmière.

1.1 Objectifs de la recherche

Cette recherche doctorale vise à explorer, au-delà des cadres traditionnels, la construction des savoirs de la discipline infirmière, tout particulièrement au Canada-français. Notre projet a également pour but de problématiser la pratique infirmière et d'analyser les conditions qui ont rendu possible la construction des savoirs infirmiers tels qu'ils sont théorisés y compris aujourd'hui.

1.2 Questions de recherche

Les questions qui ont guidé cette recherche sont les suivantes : Quelles sont les conditions de possibilité qui ont permis l'émergence du discours scientifique en soins infirmiers au Canada-français? Comment les savoirs infirmiers se sont-ils construits discursivement? Quelles relations de pouvoir ont régi les savoirs infirmiers dans ce contexte?

1.3 Organisation et structure

Notre projet est une étude consacrée à l'analyse historique de l'épistémologie des soins infirmiers. En nous appuyant sur la généalogie et l'analyse de discours du philosophe Michel Foucault, nous voulons comprendre la manière dont se sont forgés les savoirs infirmiers au Canada-français et saisir les transformations qui ont conduit la profession infirmière à favoriser certaines orientations théoriques et scientifiques plutôt que d'autres. Il nous incombait de susciter cette réflexion compte tenu du cadre

traditionnel adopté par les historiens. Notre recherche s'étend de 1898 à 1970 et est axée sur la province de Québec, et ses deux pôles de développement des savoirs infirmiers, soit les institutions soignantes et de formation de la ville de Montréal. Avec l'établissement des premières écoles d'infirmières francophones de la province (écoles d'infirmières, écoles supérieures et d'hygiène sociale pour infirmières), Montréal notamment représente un terreau fertile dans la construction du savoir infirmier. Nous entendons jeter un regard nouveau dans la compréhension épistémologique de la discipline infirmière en examinant les conditions qui ont rendu possible l'émergence des savoirs dans ce domaine. Pour cela, l'analyse de discours sera notre cadre d'analyse car une telle approche permet d'avoir un angle d'analyse plus profond des thèses généralement tenues pour acquis.

Ce projet doctoral s'inspire des propositions critiques suggérées par Michel Foucault. Pour Foucault, « la critique consiste à [...] montrer que les choses ne sont pas aussi évidentes qu'on croit, faire en sorte que ce qu'on accepte comme allant de soi n'aille plus de soi. Faire la critique, c'est rendre difficiles les gestes trop faciles ». ¹⁵ Ainsi, à l'inverse des approches historiques « traditionnelles » qui explorent et confirment le statu quo, l'approche critique foucauldienne s'inscrit dans une volonté de remise en question des discours reconnus comme scientifiques. Foucault n'entend pas rendre compte des progrès réalisés, mais s'attache à l'analyse des contingences politiques, sociaux, économiques, etc. qui ont permis l'émergence de ces connaissances et de ces idées. Selon une telle approche, le discours est ainsi contrôlé, sélectionné, organisé et redistribué. ¹⁶ De plus, les discours reflètent l'émergence d'un pouvoir dont le but est de corriger et de normaliser. En effet, l'approche critique foucauldienne s'intéresse

particulièrement aux relations de pouvoir au sein de la société et à la façon dont l'économie, le discours, l'éducation, la religion, les institutions sociales, etc. interagissent pour construire un système social. En fait, selon Foucault, les discours ne sont pas le miroir de la société, au contraire, ils sont au cœur de la formation de la subjectivité. La façon de penser des individus est fondamentalement contrôlée par les relations de pouvoir qui sont socialement et historiquement constituées. Dans cette perspective, Michel Foucault invite les chercheurs à explorer comment les discours sont imbriqués dans les relations de pouvoir et comment pouvoir et savoir servent à réguler ce qui est tenu pour raisonnable et vrai. Les discours sont ainsi considérés comme étant des pratiques sociales instables dont le sens dépend des relations de pouvoir/savoir qui investissent à tout moment le corps social. Selon cette ligne de pensée, la réalité n'est pas statique, mais elle est multiforme et variée. Et, c'est dans ce sens que les discours qui sous-tendent ou qui gouvernent notre compréhension des savoirs infirmiers sont eux aussi considérés comme étant non-statiques, donc dynamiques, pluriels et changeants.¹⁷

Dans le but d'assurer une meilleure gestion des données que nous avons à notre disposition, nous avons pris la liberté de diviser cette étude en trois moments distincts de l'histoire des savoirs de la profession infirmière. Cette classification souligne les différents ajouts et retranchements effectués dans la définition des savoirs scientifiques infirmiers. Le premier moment examine les savoirs infirmiers « traditionnels » suite aux multiples transformations au sein de la médecine et des savoirs médicaux; le deuxième fait une brève incursion dans l'univers des savoirs infirmiers à l'ère de l'hygiène sociale et le troisième explore l'émergence du savoir scientifique infirmier à la fin du XX^e siècle

suite aux changements de discours résultant de la Révolution tranquille et l'instauration de l'État-Providence dans la province de Québec.

Cette thèse se divise en huit chapitres. Le deuxième chapitre est consacré à l'historiographie des soins infirmiers et tient compte des recherches datant du début du XX^e siècle jusqu'à des études plus récentes réalisées au cours de la première décennie du XXI^e siècle. Dans cette discussion sur les recherches historiques existantes, nous avons fait ressortir les différentes approches adoptées par les historiens, qu'il s'agisse de l'hagiographie (c'est-à-dire, des ouvrages biographiques qui font l'éloge sans nuance de personnalités ayant marqué les soins infirmiers) et celles s'inscrivant dans des approches telles que l'histoire sociale, l'histoire des femmes et l'herméneutique.¹⁸

Le chapitre trois présente le cadre théorique. Nous discutons de l'intérêt de l'analyse de discours de Michel Foucault pour renverser les tendances historiques adoptées par les historiens. Dans cette étude, nous nous appuyons sur les ouvrages de Foucault pour guider notre analyse – un choix qui s'écarte fortement des approches historiques décrites au deuxième chapitre. Les notions élaborées par Foucault donnent la possibilité d'aborder des aspects particuliers et encore méconnus de l'histoire des savoirs infirmiers. Cet exercice, tout en montrant les particularités et l'importance de l'analyse de discours dans le cadre de notre étude, fait ressortir les différences entre la perspective foucauldienne et les approches historiques couramment utilisées dans les recherches en histoire des soins infirmiers.

Le quatrième chapitre traite de la méthodologie qui encadre cette recherche. Dans cette partie, nous expliquons les raisons qui nous ont poussée à faire le choix de l'analyse

de discours et des concepts foucaaldiens et comment cette approche a guidé notre collecte et notre analyse des données.

Enfin, les chapitres cinq, six et sept présentent la phase empirique de notre étude. Le chapitre cinq débute par une mise en contexte de l'évolution du système hospitalier au Canada-français. Il montre la différence entre l'hôpital « traditionnel » et l'hôpital moderne et les transformations qui ont conduit à la médicalisation des institutions hospitalières. Le chapitre six explore l'émergence du savoir infirmier dans les deux premières écoles d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Enfin, le chapitre sept présente une analyse de la formation des infirmières et la construction des savoirs infirmiers tout au long du XX^e siècle jusqu'au tournant des années 1970. Il fait ressortir les conditions qui ont rendu possible l'émergence des savoirs scientifiques infirmiers et met en évidence l'importance pour les médecins, les membres du clergé, les religieuses et les infirmières de doter les étudiantes gardes-malades d'un savoir scientifique. Ce débat autour du développement des savoirs scientifiques au tournant et tout au long du XX^e siècle émerge à un moment où la médecine connaît ses propres transformations et où, dans une optique d'organisation de la société, l'État utilise les infirmières et les introduit dans différents milieux de soins dans l'optique, d'une part, d'assurer l'efficacité et la productivité des organisations de santé et, d'autre part, dans le but d'influencer la conduite des individus et des populations. L'analyse des écoles d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, de l'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de l'Institut Marguerite d'Youville (école de formation supérieure pour les infirmières) et de l'École d'hygiène sociale appliquée, met en évidence les

différents foyers de connaissances des infirmières qui ont permis leur utilisation pour influencer les individus et la population.

- ¹ Christophe Debout, « La pratique infirmière fondée sur les preuves », *Soins*, no 771 (2012) : 14-17.
- ² Gail L. Ingersoll, « Evidence-based nursing: what it is and what it isn't », *Nursing Outlook* 48, no 4 (2000) : 151-152, doi:10.1067/mno.2000.107690
- ³ Santé Canada, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier- volume II*, 1997 - Rapports de synthèse et documents de référence. Consulté le 09 mars 2016. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/renewal-renouv/1997-nfoh-fnss-v2/index-fra.php#p5a4>.
- ⁴ Alba DiCenso, Nicky Cullum et Dona Ciliska, « Implementing Evidence-based nursing: some misconceptions ». Dans Cullum, Nicky, Donna Ciliska, R. Brian Haynes et Susan Marks, *Evidence-based nursing: An introduction* (Oxford, UK: Blakwell Publishing, 2008), 9-17; Carole A. Eastabrooks, « Will Evidence-based nursing practice make practice perfect? », *Canadian Journal of Nursing Research* 30, no 1 (1998): 15-36.
- ⁵ Suzanne C. Beyea et Mary Jo Slattery, « Historical Perspectives on Evidence-Based Nursing », *Nursing Science Quarterly* 26, no 2 (2013) : 152–155
- ⁶ Hélène Lefebvre, Odette Roy, Sarah Sahtali, Monique Rothan-Tondeur, « Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques », *Recherche en soins infirmiers* 3, no 114 (2013) : 31-45, doi : 10.3917/rsi.114.0031.
- ⁷ Ellen Fineout-Overholt, Bernadette Mazurek Melnyk et Alyce Schultz, « Transforming health care from the inside out: advancing Evidence-based Practice in the 21st century », *Journal of Professional Nursing* 21, no 6 (2005): 335-344.
- ⁸ Alba DiCenso, « Evidence-based nursing practice: How to get there from here », *Nursing Leadership* 16, no 4 (2003): 20-26.
- ⁹ Linda Ferguson et Rene A. Day, « Evidence-based nursing education: myth or reality », *Journal of Nursing Education*, 44, no 3 (2005) : 107-115.
- ¹⁰ Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eillen C. Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec* (Montréal : Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec, 1970), 270 p.
- ¹¹ André Petitat, *Les infirmières : de la vocation à la profession* (Montréal : Boréal, 1989), 408 p.
- ¹² Petitat, « Les infirmières : de la vocation à la profession », 185.
- ¹³ Kathryn McPherson, *Bedside matters: The transformation of Canadian Nursing, 1900-1990* (Toronto: University of Toronto Press, 1996), 343 p.
- ¹⁴ Yolande Cohen, *Profession infirmière: Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec* (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2000), 259 p.
- ¹⁵ Michel Foucault, « Est-il donc important de penser? », *Dits et Écrits*, Tome 4, (Paris : Éditions Gallimard), p.21.
- ¹⁶ Michel Foucault, *L'ordre du discours* (Paris : Éditions Gallimard, 1971), 81 p.
- ¹⁷ Michel Foucault, « Dialogues sur le pouvoir », *Dits et Écrits*, tome 3 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 464-477 ; Jabreeel Asghar, « Critical paradigm : a preamble for novice researchers », *Life Science Journal*, 10, no 4 (2013): 3121-3127 ; Joe L. Kincheloe et Peter McLaren, « Rethinking critical theory and qualitative research ». Dans Denzin, Norman K. et Yvonna S. Lincoln, *The landscape of Qualitative Research*, 3rd Edition (Thousand Oaks: California, Sage Publications, Inc., 2008), 403-455.
- ¹⁸ Nicolas Offenstadt, *Les mots de l'historien* (Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 2004), 125 p.

Chapitre II

Bilan historiographique

Les divers obstacles que les infirmières ont dû affronter pour se créer une place dans le milieu de la santé et pour faire valoir leur statut professionnel ont retenu l'attention des historiens, et depuis les dernières décennies les recherches dans le domaine de l'histoire des soins infirmiers se sont multipliées. À travers ces analyses, résolues différemment selon les périodes, se dégage une constante : la valorisation des infirmières et de la profession. Les historiens utilisent des angles d'analyse différents afin de diversifier les thèmes de recherche pour faire ressortir les hauts faits qui ont marqué et qui marquent encore l'histoire de la profession infirmière. Ces analyses qui des fois se côtoient, se chevauchent et parfois s'entremêlent examinent les transformations dans la conception de la profession et la pratique des soins infirmiers. Dans tous les cas, il est évident qu'il est nécessaire d'effacer l'image de la soignante non-qualifiée de la première heure et de présenter les infirmières sous un jour favorable et professionnel. Dans ce chapitre, nous avons choisi de diviser ces analyses selon plusieurs thématiques. Dans un premier temps, les études « traditionnelles » seront présentées suivies de celles axées sur la formation infirmière, la professionnalisation et le travail des infirmières. Enfin, des thématiques plus contemporaines qui font appel aux études féministes, aux catégories sociales et au courant postmoderne termineront le chapitre.

2.1 Les grands axes de recherche en histoire des soins infirmiers

Depuis que l'histoire de la profession infirmière a commencé à passionner les esprits et les écrits, il appert une certaine récurrence dans les thématiques abordés par les

chercheurs tant au niveau national qu'international. Que nous livrent ces recherches? En examinant l'historiographie des soins infirmiers et plus spécifiquement celle portant sur l'infirmière canadienne et québécoise, on remarque que ces études, bien qu'elles examinent des sources anciennes et nouvelles à la lumière d'objectifs particuliers, tendent à présenter des analyses qui décrivent la contribution et le rôle important joué par les femmes au sein de la profession infirmière.

2.1.1 Les repères traditionnels des recherches sur l'histoire des soins infirmiers

Les études sur l'histoire des soins infirmiers s'amorcent au début du XX^e siècle et abordent majoritairement le développement de la profession. Ces écrits ont contribué pendant longtemps à la mythification et au statut d'héroïne des pionnières de la profession infirmière.¹ Ces recherches sont le reflet de la manière dont les historiens de l'époque écrivaient l'histoire de la médecine. D'ailleurs, l'historienne américaine Cynthia Ann Connolly reconnaît que « traditional histories of healthcare were usually physician-driven enterprises that romanticized heroic doctors, scientific discoveries and technological innovations »². En fait, constatant que les femmes et particulièrement les infirmières étaient absentes de l'histoire de la santé et des institutions qui ont marqué le domaine des soins, les historiens du nursing critiquent une telle polarisation de l'histoire de la santé par la médecine et entreprennent des recherches sur l'histoire des soins infirmiers où le rôle des infirmières, que les historiens estiment être d'une grande valeur, est mis de l'avant. Ces études prennent la forme de grandes synthèses qui retracent, d'une part, l'évolution et la transformation de la structure des soins infirmiers et, d'autre part, la contribution des grandes figures infirmières à l'avancement de la profession.³

Déjà, en 1907 aux États-Unis, Mary Adelaïde Nutting et Lavinia Dock élaborent une histoire du développement des soins infirmiers. Ces auteurs retracent chronologiquement les origines de la profession infirmière depuis les civilisations anciennes jusqu'à l'époque moderne en montrant l'évolution progressive qui caractérise cette profession. De l'opinion de Nutting et Dock, « the touching and often heroic history of nursing should not remain unknown »⁴. Suite à l'apport de ces chercheuses, d'autres historiens ont emboîté le pas. Citons à titre d'exemple la contribution de Goodnow, Deloughery et O'Neil, de Bullough et Bullough et de Shyrock aux États-Unis ou d'Abel-Smith en Grande-Bretagne.⁵ Ces ouvrages révèlent, dans un premier temps, une période sombre (*a dark age*) des soins infirmiers caractérisée par l'image de l'infirmière illettrée, égoïste, grossière et alcoolique, pour s'ouvrir, au milieu du XIX^e siècle, sur une ère de renouveau caractérisée par une vision moderne de l'infirmière suite aux réformes apportées par Florence Nightingale. Bien que certains de ces auteurs intègrent parfois des contextes socioculturels ou des concepts d'autres disciplines dans leurs analyses historiques de la profession infirmière, leurs ouvrages tendent à reproduire le visage monolithique de la profession et à célébrer les prouesses des pionnières.

Au Canada, dans la première monographie sur l'histoire des soins infirmiers, *Three centuries of Canadian nursing*, publiée en 1947, les historiens John Gibbon et Mary Mathewson élaborent une description minutieuse des événements qui, depuis trois siècles, ont jalonné l'histoire des soins infirmiers au Canada du début de la Nouvelle-France jusqu'à l'après Deuxième Guerre mondiale. Ces historiens de la première heure présentent un récit qui décrit la façon dont les infirmières ont contribué à la colonisation du Canada, célèbre les progrès réalisés dans le domaine des soins infirmiers et accentue

l'importance de la profession infirmière basée sur des idéaux féminins.⁶ Dans les années 1970, l'ouvrage d'Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eillen Flanagan présente également une bonne illustration de cette tendance. De la civilisation antique à l'ère chrétienne, Desjardins et ses collaboratrices retracent le parcours des femmes soignantes qui n'étaient pas encore connues sous le vocable d'infirmières. Ils présentent par la suite le rôle important joué par les infirmières, canadienne-anglaises et canadienne-françaises, dans l'histoire des soins de santé au Québec.⁷ Cette disposition dans les écrits historiques des soins infirmiers tend d'ailleurs à se perpétuer au tournant du XXI^e siècle. Les récents ouvrages canadiens de Du Gas, Esson et Ronaldson et de Bates, Dodd et Rousseau témoignent de la pérennité d'une telle conception.⁸

La contribution des religieuses comme groupe de femmes ayant participé de façon importante à l'évolution de la profession infirmière a aussi été fortement soulignée. Selon l'historienne canadienne Brigitte Violette, la genèse des soins infirmiers est indissociable de l'histoire des congrégations religieuses puisque plus de cinquante communautés religieuses ont été associées à la prestation de soins au Canada. L'auteure soutient que les religieuses hospitalières ont joué un rôle prépondérant dans l'univers sanitaire et hospitalier canadien que ce soit en termes d'organisation, de prestation des soins ou de formation des infirmières.⁹ À ce sujet, l'historienne Pauline Paul, dans ces recherches, met en lumière le rôle important et innovateur des Sœurs de la Charité de Montréal, couramment appelées Sœurs Grises (première communauté de religieuses fondée en Nouvelle-France en 1737), dans le développement des services de santé et l'ouverture des écoles infirmières dans plusieurs provinces canadiennes et aux États-Unis.¹⁰ L'historienne Johanne Daigle en arrive à une conclusion similaire à propos de la place

que les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Montréal (venues de La Flèche en France, en 1659 et pionnières dans l'administration des soins à Montréal) ont occupée dans le milieu infirmier au Québec. Elle note que la tradition soignante et éducative qui caractérise ces religieuses à l'Hôtel-Dieu de Montréal leur a offert l'opportunité d'intervenir directement auprès des malades et de répondre aux exigences de la formation des infirmières francophones dès le début du XX^e siècle.¹¹ L'historienne Sioban Nelson a pour sa part analysé la contribution des religieuses américaines, leur travail et leur impact dans l'univers des soins infirmiers aux États-Unis. Dans son ouvrage *Say Little, do much : Nurses, nuns and hospitals in the nineteenth century* (2001), Nelson montre sous un nouveau jour le leadership des religieuses ainsi que la légitimation du travail de ces dernières comme infirmières. Elle explique qu'en dépit du fait que les religieuses étaient astreintes à des pratiques spirituelles journalières, ces femmes représentaient un mouvement social puissant et d'envergure. Leur statut de missionnaire leur a permis de réaliser des exploits dans le domaine de la santé, le milieu social et au niveau éducatif, ce que fort peu de femmes ont pu accomplir à leur époque.¹²

Derrière cette vision, se profilent des recherches qui mettent en évidence d'autres thématiques. Celles construites sur la formation des infirmières seront examinées dans la prochaine section.

2.1.2 Les études sur la formation infirmière

La formation constitue un thème important dans l'histoire de la profession infirmière. Les recherches divergent quant aux raisons expliquant l'établissement au tournant du XX^e siècle d'une base formelle de savoirs infirmiers. Selon les historiennes Marie Lavigne et Jennifer Stoddard, au tournant des années 1900, le rôle de la femme au

Québec se redéfinit lentement grâce aux acquis obtenus à la suite des revendications des féministes de la première vague concernant le statut juridique des femmes mariées, le travail des femmes, les politiques sociales et sanitaires, le droit de vote des femmes et l'éducation des filles. À cette époque, l'éducation formelle, jusqu'alors réservée aux hommes, s'ouvre progressivement aux femmes. De plus, un emploi dans la sphère publique, un revenu indépendant deviennent une réalité pour de nombreuses femmes. Comparé à d'autres occupations féminines de l'époque (institutrices, travailleuses dans les manufactures et industries textiles, etc.), le métier d'infirmière propose plusieurs avantages, en particulier l'opportunité de recevoir une formation reconnue, l'occasion de travailler dans un milieu non-industriel, la capacité de jouir d'une indépendance économique grâce à un salaire décent et la possibilité de bénéficier d'un statut enviable dans la communauté. D'ailleurs, Lavigne et Stoddart soulignent que les programmes de formation en soins infirmiers dans les hôpitaux se sont avérés très populaires auprès des hôpitaux et des jeunes filles et ont créé un modèle qui a perduré jusqu'à la fin du XX^e siècle.¹³

L'historienne canadienne Margaret Allemang a mené une étude sur la formation des infirmières canadiennes et américaines de 1873 à 1950. Elle souligne que le développement des savoirs médicaux et technologiques incluant l'amélioration des connaissances dans le domaine de la bactériologie et de la biologie, le changement des perceptions sur la notion de santé, les nouvelles théories sur la transmission des maladies et le désir des médecins de travailler en compagnie d'assistantes mieux formées expliquent l'évolution de l'éducation infirmière et la multiplication des écoles d'infirmières. L'auteure stipule que les progrès de la science médicale signifient pour les

infirmières plus de précision dans l'observance des symptômes et dans les changements de la condition des patients et renforcent l'importance thérapeutique des soins infirmiers. Selon Allemang, les leaders en soins infirmiers, galvanisées par les retombées positives de ces savoirs nouveaux pour la profession, ont mis beaucoup d'accent sur des normes éducatives plus uniformes dans les écoles d'infirmières et sur la croyance que l'infirmière est à l'aube de devenir une travailleuse communautaire pouvant prévenir la maladie, influencer la population et contribuer ainsi à la réforme sociale.¹⁴

Concernant la formation infirmière au Québec, l'historien André Petitat soutient que jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la formation infirmière dans cette province canadienne était inexistante. Si parfois une certaine formation était donnée aux religieuses ou aux laïques qui procuraient des soins aux malades, elle était caractérisée, dans la plupart des cas, par une faible coordination, des normes rudimentaires et une expérience clinique limitée à un enseignement théorique aléatoire et mal planifié.¹⁵ Il note toutefois que les hôpitaux du XIX^e siècle qui étaient au départ des maisons destinées aux pauvres et aux démunis fournissant à la fois soins et asile, deviennent à la faveur des découvertes médicales, des progrès techniques et des nouvelles technologies qui apparaissent au tournant des années 1900, des établissements de soins médicaux spécialisés et des lieux de guérison hautement scientifiques. Selon Petitat, ces changements ont favorisé le mouvement d'une formation plus structurée pour les infirmières.¹⁶ Ces réformes au niveau de la formation infirmière ont permis de transformer la perception des infirmières en éliminant l'image de la Sarah Gamp popularisée par le roman *Martin Chuzzlewit* de Charles Dickens en celle d'une infirmière respectable.

L'analyse de Lynn Kirkwood apporte une autre perspective par rapport aux études précédentes. Selon cette historienne canadienne, la formation dispensée aux infirmières a été uniquement instituée dans le but d'améliorer et d'optimiser l'organisation hospitalière et la qualité des services aux patients. Selon Kirkwood, les écoles de soins infirmiers constituaient « un moyen pratique d'atteindre cet objectif; elles n'étaient pas destinées à faire avancer la cause de l'enseignement supérieur ou à contribuer à l'avancement global de la connaissance humaine ». ¹⁷ De ce point de vue, l'auteure soutient que la formation des infirmières dans les écoles d'hôpitaux représentait un atout considérable tant pour les administrateurs hospitaliers qui voulaient disposer d'une main-d'œuvre bien disciplinée et à bon marché, que pour les médecins en quête d'auxiliaires qualifiées et dotées d'un caractère plaisant. Kirkwood ajoute que le système d'apprentissage en cours dans les écoles d'hôpitaux au début du XX^e siècle s'apparente à un système de troc où, en échange du travail qu'elles fournissaient dans les salles d'hôpitaux, les élèves infirmières recevaient une formation et une pension gratuites, celles-ci étant considérées comme équitables. ¹⁸

Pour les historiennes Ina Bramadat et Karen Chalmers, la formation infirmière représente un élément clé dans la quête de l'identité professionnelle au Canada. Selon ces auteures, dans les premières années du XX^e siècle, les mécanismes mis en place par les leaders du nursing pour établir des savoirs infirmiers structurés révèlent des stratégies complexes visant à augmenter les standards et les normes de la profession et à faire reconnaître et valoriser la profession basée sur des savoirs reliés au soin et à l'entretien du corps. ¹⁹ Dans une étude menée dans une école d'infirmières en Allemagne de l'Ouest, l'historienne allemande Susanne Kreutzer en arrive à la même conclusion. Elle révèle

l'importance de la formation des infirmières pour le mouvement de professionnalisation au cours des années 1950. Majoritairement dominée par des communautés confessionnelles dès le début du XX^e siècle, la professionnalisation des infirmières en Allemagne de l'Ouest restait dans les marges. Selon Kreutzer, l'ouverture en 1953 de l'École des sciences infirmières à l'Université de Heidelberg sous l'initiative de la Fondation Rockefeller a permis de promouvoir le mouvement de professionnalisation en créant une nouvelle élite en soins infirmiers dotée d'une formation scientifique.²⁰

À cet effet, pendant plusieurs années, les recherches sur la professionnalisation des infirmières monopolisent l'intérêt des historiens en soins infirmiers. Les pages qui suivent examinent les études consacrées à cette question.

2.1.3 Les études sur la professionnalisation des infirmières

Entamé dès les années 1903 au Canada, le mouvement pour la professionnalisation représente pour les leaders infirmières une lutte ardue tout au cours des deux premières décennies du XX^e siècle.²¹ Toutefois, les historiennes Diana Mansell et Dianne Dodd remarquent que les infirmières canadiennes du début du XX^e siècle n'ont jamais présenté une définition des différentes composantes de la profession infirmière. D'après Mansell et Dodd, les pionnières ont de préférence supposé que l'infirmière était une professionnelle. Pour le sociologue Amitai Etzioni, la professionnalisation des infirmières représente un sujet épineux. Ce chercheur, qui a souvent utilisé le nursing comme exemple pour expliquer le processus de professionnalisation incomplet de certaines occupations, soutient qu'étant donné que les infirmières doivent constamment se référer aux médecins dans l'exécution de leurs tâches et dans leur pratique quotidienne celles-ci manquent d'autonomie et d'indépendance et, par conséquent, il considère les

soins infirmiers comme une « semi-profession »²². Margaret Lévi, une autre sociologue, utilise le qualificatif de « profession dépendante » pour désigner les soins infirmiers étant donné la dépendance de ceux-ci par rapport à la profession médicale et le peu d'éléments qui relèvent uniquement du domaine infirmier.²³

L'historienne canadienne Mary Kinnear refuse de définir la profession infirmière en fonction du modèle médical ou suivant les termes légaux et rigides couramment utilisés pour déterminer le statut professionnel, puisque de telles références ne permettent qu'à une minorité de praticiens de se qualifier. D'après Kinnear, le statut professionnel se définit sur la base « d'une éducation et d'une formation postsecondaires dans un domaine nécessitant des connaissances et des compétences scientifiques ou spécialisées ; un examen de certification ; [...], un certain contrôle interne exercé par des praticiens [...] [et] la prestation d'un service au public »²⁴. De l'avis de l'historienne canadienne Cynthia Toman, les soins infirmiers représentent une occupation féminine qui s'est professionnalisée dès le début des années 1900.²⁵ Dans leur étude sur l'identité professionnelle des infirmières au Québec, les historiens Yolande Cohen et Éric Vaillancourt, reconnaissent également le statut professionnel des infirmières. Ils indiquent que la professionnalisation a permis aux infirmières francophones de définir leur intervention non pas seulement en termes de services charitables ou féminins mais aussi en termes d'activités scientifiques. Bien que le but des infirmières canadiennes-françaises était de créer un modèle de professionnalisation fondé sur l'identité féminine et les valeurs apostoliques, leur détermination, soutiennent ces auteurs, a permis l'éclosion d'une idéologie sanitaire qui deviendra la raison d'être de leur affirmation professionnelle à travers leur corporation professionnelle.²⁶ Au niveau international, en dépit d'un

contexte historique différent, l'historienne britannique Helen Sweet partage l'opinion des chercheurs canadiens. Elle n'hésite pas à affirmer que les infirmières doivent être considérées comme étant des professionnelles à part entière. Elle soutient qu'en Grande-Bretagne, avec toutes les modifications et réformes instituées dès le milieu du XIX^e siècle dans le domaine des soins infirmiers (création d'écoles infirmières, formation infirmière, changements dans l'organisation des hôpitaux, etc.), les infirmières se sont éloignées de leur statut vocationnel pour émerger progressivement comme des professionnelles à la suite de la création en 1916 du Royal College of Nursing.²⁷

Cependant, certains historiens soulèvent la question du manque d'autonomie qui représente un frein à la reconnaissance des infirmières en tant que professionnelles. Dans une étude publiée sur la santé publique au Canada, l'historienne Meryn Stuart indique que l'autonomie professionnelle des infirmières canadiennes était beaucoup moins importante que ce que nombre de chercheurs ont prétendu. En fait, soutient-elle, dans le milieu de la santé les infirmières savaient pertinemment que l'autorité était détenue par le corps médical. Stuart révèle que la plupart des infirmières ont qualifié leur situation de stagnante et d'inutile puisqu'elles n'étaient autorisées à donner ni leurs opinions ni leurs diagnostics.²⁸ L'historienne Julia Kinnear remet également en question l'autonomie des infirmières canadiennes. Elle soutient que l'objectif principal des leaders infirmières en faveur d'un statut professionnel visait surtout à assurer l'autoréglementation et l'autonomie, qui étaient alors inexistantes. Elle souligne qu'en dépit de l'ouverture de plusieurs écoles d'infirmières et d'une formation plus organisée, les velléités des infirmières en termes d'autonomie et de contrôle de la profession étaient fortes mais illusoire face à l'ingérence constante des médecins.²⁹

Parallèlement aux études sur la professionnalisation, plusieurs historiens se sont intéressés au travail à proprement parler des infirmières. Les recherches présentées dans la prochaine section donnent un aperçu de ces études.

2.1.4 Les recherches sur le travail des infirmières

Le travail des infirmières dans les deux premières décennies du XX^e siècle est caractéristique des hôpitaux de l'époque qui jouaient à la fois le rôle d'écoles de formation des infirmières et de milieux de soins. Se faisant à l'hôpital, la formation des élèves infirmières offrent aux administrateurs de ces hôpitaux, un réservoir de main-d'œuvre avantageux pour effectuer toutes les tâches hospitalières. En effet, au sein des institutions sanitaires, le personnel infirmier est relativement négligeable et les élèves représentent la majeure partie de la main d'œuvre. Pour ces jeunes femmes, la formation qu'elles reçoivent gratuitement dans les écoles d'infirmières est compensée par leur travail à l'hôpital auprès des patients. Ce fonctionnement sera le seul valable et perdurera jusque dans les années 1940 lorsque les infirmières diplômées sont intégrées graduellement au sein des institutions hospitalières.³⁰

Cette réalité a conduit les historiens à examiner le travail des étudiantes et des infirmières. Selon l'historienne Johanne Daigle, la culture du travail dans les écoles d'hôpitaux du Québec impose aux élèves infirmières un ensemble d'activités qui, dans le cadre du système d'apprentissage, appelle à la soumission à un modèle de comportements souhaités par les administrateurs hospitaliers tant religieux que laïcs. L'auteure note que l'apparition du modèle tayloriste de l'organisation scientifique du travail liée à la technologie, occasionne la remise en question et l'abandon des valeurs humanistes traditionnelles prônées dans les écoles de formation infirmière.³¹ À noter que le modèle

d'organisation scientifique du travail (OST), élaboré en 1904 par Frédéric W. Taylor, est une méthode de gestion et d'organisation du travail qui mise sur un milieu de travail centralisé pour les travailleurs, l'intensification du rythme de travail, la rationalisation de l'industrie, la rigidité et la division hiérarchique qui sont calquées sur la production dans les usines d'assemblage. Dans ce modèle, l'organisation du travail vise à rendre chaque geste efficace.³²

Comme Johanne Daigle, l'historienne Cynthia Toman, reconnaît que pour atteindre une meilleure efficacité, des efforts ont été faits afin d'établir la méthode scientifique du travail dans le nursing canadien. Toutefois, Toman estime qu'un tel modèle n'a pu être implanté de façon efficace dans les milieux de soins canadiens compte tenu de la difficulté des infirmières à mesurer les soins fournis aux patients.³³ L'historienne Kathryn McPherson adhère à la thèse voulant que la profession infirmière au Canada ait offert la possibilité aux femmes de gagner leur vie de façon décente en leur offrant une occupation respectable et la possibilité de travailler à l'extérieur de la maison. Cependant, McPherson remarque également que sous l'influence d'un modèle de travail tel que l'organisation scientifique du travail, les infirmières sont devenues des ouvrières salariées qui se sont dépouillées du savoir-faire unique qui les différenciaient des autres travailleurs de la santé.³⁴ L'auteure souligne que le choix des infirmières de laisser leur travail autonome dans le service privé où elles avaient la latitude de planifier leur travail et de gérer leur temps pour un travail salarié et automatisé dans le milieu hospitalier, les a conduit vers un processus de déqualification, voire de prolétarianisation. Une telle décision, souligne McPherson, a sapé leurs compétences, entravé leur autonomie et menacé leur identité et leur indépendance. De même, des années 1920 à 1960, l'historien David

Wagner note aux États-Unis une « déprofessionnalisation » des infirmières qui s'est traduite par la perte d'autonomie et d'indépendance de celles-ci, l'accentuation de la stratification et la division de leur travail. Il souligne : « The process of creating a labor force in nursing was analogous to driving the peasantry off the land in 18th and 19th century England to accept factory work »³⁵. Ce modèle de travail chez les infirmières, soutient Wagner, applique les principes tayloristes dans le milieu infirmier et contribue à transformer les infirmières autonomes pratiquant en service privé en travailleuses salariées au sein des hôpitaux.³⁶

Dans son étude *The physician's hand: Work culture and conflict in American nursing* qu'elle publie en 1982, l'historienne américaine Barbara Melosh identifie également le principe de l'organisation scientifique du travail dans les milieux infirmiers étatsuniens. Elle note que dans les années 1930, la réorganisation fondamentale du travail des infirmières basée sur des services de soins rationalisés a changé le contenu et la pratique des soins infirmiers aux États-Unis. En fait, d'après Melosh, la rationalisation du travail infirmier n'avait pour but premier que l'efficacité. Selon l'auteure, les administrateurs ont opté pour ce modèle car il offrait une solution simple et économique pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre infirmier.³⁷ Pour Yolande Cohen, l'accent sur les conditions de travail des étudiantes et des infirmières révèlent dans tous les cas de figure des travailleuses occupant des emplois sous-payés, syndiquées de façon tardive et encadrées de façon sévère par une hiérarchie stricte et des règlements rigides. Selon Cohen, au sein d'une profession composée majoritairement de femmes, les infirmières « apparaissent doublement exploitées, comme travailleuses et comme femmes par la mystique féminine »³⁸.

Plusieurs chercheurs considèrent, en effet, que les infirmières dans leurs rôles de travailleuses sont restées cantonnées dans un rôle de subalterne en raison de leur statut de femmes. Les recherches abordant cette thématique sont présentées dans les lignes qui suivent.

2.1.5 Les recherches féministes en histoire des soins infirmiers

Les recherches qui constatent la subordination du nursing à la médecine et au système de santé ouvrent la voie à de nouvelles recherches. Dans les années 1970, à la faveur du mouvement de libération des femmes et des grandes manifestations et grèves infirmières au Canada, certains historiens analysent le nursing comme symbole de l'oppression patriarcale et de l'inégalité entre hommes et femmes.³⁹ À ce propos, dans une recherche sur les infirmières ontariennes, l'historienne canadienne Judi Coburn décrit la profession infirmière comme une activité de femmes peu reconnue, dévalorisée, mal payée et qui, en mettant l'accent sur le service (y compris le service domestique), le devoir, l'engagement, l'abnégation et la subordination à la hiérarchie masculine, perpétue le mythe de la supériorité masculine.⁴⁰ Portant un regard féministe sur l'histoire des soins infirmiers du Québec, l'éthicienne Danielle Blondeau abonde dans le même sens. Elle souligne que dès le début du XX^e siècle, le pouvoir dans le milieu infirmier est exercé non seulement par les médecins, mais aussi par les membres du clergé et des administrations hospitalières et sanitaires toutes dominées par des figures masculines. Selon l'auteure, les soins infirmiers et la pratique des infirmières se sont développés au sein d'organisations hiérarchiques qui encouragent une définition de l'infirmière comme mère, auxiliaire et domestique. Or, remarque Blondeau, quels que soient la définition adoptée et les rôles que les infirmières sont appelées à jouer dans le milieu de la santé,

tous comportent un lien de subordination qui les rattachent à une autorité masculine quelconque que ce soit le clergé, le corps médical ou les administrateurs.⁴¹

En tenant compte des relations de pouvoir et d'autorité, les historiens du nursing ont mis en évidence la notion de genre pour examiner les relations conflictuelles entre les infirmières et leurs supérieurs hiérarchiques masculins (médecins et administrateurs) dans les milieux hospitaliers.

2.1.5.1 Le genre et l'histoire des soins infirmiers

Apparu dans les années 1970 en anthropologie et en sciences sociales, le concept de genre établit une différence pour signifier les constructions sociales et culturelles de l'appartenance sexuelle.⁴² Selon l'historienne Joan W. Scott, dans son usage le plus récent, le genre fait son apparition chez les féministes américaines qui entendaient insister sur le caractère fondamentalement social des distinctions fondées sur le sexe. Par le concept de genre, les féministes voulaient indiquer un rejet du déterminisme biologique implicite dans l'usage de termes comme « sexe » ou « différence sexuelle » et souligner l'aspect relationnel des définitions normatives de la féminité.⁴³ En effet, le sexe et le genre sont définis comme étant deux concepts différents. Le sexe se réfère aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui distinguent les hommes et les femmes alors que le genre désigne les rôles qui sont socialement et culturellement imposés et les activités qu'une société considère comme appropriées pour les hommes et les femmes.⁴⁴ Scott critique la tendance de certaines historiennes et chercheuses féministes à amalgamer « genre » et « sexe » et « genre » et « femme ». Selon elle, ces distinctions ont pour résultat l'adhésion à une certaine vision fonctionnaliste fondée sur la biologie et la perpétuation de l'idée des sphères séparées dans l'écriture de l'histoire, par exemple, la

famille et la nation ou les femmes et les hommes. Scottt suggère de s'écarter de telles analyses puisque les représentations du féminin ne sont pas immuables; elles varient dans le temps et les usages du contexte.⁴⁵

Cette nouvelle catégorie d'analyse a suscité l'intérêt des historiens du nursing. Les historiennes Alice Baumgart et Jenniece Larsen considèrent que la catégorie de genre est très importante pour analyser l'évolution du nursing au Canada. Elles reconnaissent dans la notion de genre un moyen d'expliquer la place des femmes, les rapports hommes-femmes dans les milieux de santé, les modèles et rôles sociaux des sexes en soins infirmiers.⁴⁶ Selon l'historienne Sharon Richardson, la nature du nursing fondée sur le genre signifie que les infirmières se reconnaissent et s'identifient dans les valeurs de féminité telles que la patience, le respect de l'autorité et, par-dessus tout, l'abnégation prônées dans la société en général.⁴⁷ Dans une étude réalisée en 1976, *Hospitals, Paternalism, and the Role of the Nurse*, l'historienne américaine Jo Ann Ashley montre que la relation entre les soins infirmiers et la médecine aux États-Unis est basée sur le genre. Elle observe l'instauration d'une véritable hiérarchie masculine dans les établissements de soins et la monopolisation politique et économique des institutions de santé par les hommes (administrateurs et médecins) reléguant ainsi les infirmières à une fonction de subalternes dociles.⁴⁸

L'historienne canadienne Mary Kinnear partage une telle opinion. En utilisant le genre comme catégorie d'analyse, l'auteure explore l'expérience de travail de plusieurs femmes professionnelles, incluant des infirmières, au Manitoba. Elle constate que bien que les acquis du mouvement féministe aient permis aux femmes d'exercer une profession et d'avoir accès à l'éducation, dans les professions dominées par les hommes

ou dans celles majoritairement féminines, les femmes ne jouissent pas des mêmes privilèges et du même statut social que leurs homologues masculins et elles sont contraintes d'accepter des postes subalternes qui ne répondent pas toujours à leur formation. De la sorte, celles-ci se retrouvent régulièrement subordonnées à la hiérarchie masculine. Mary Kinnear conclut que l'autorité des médecins et des administrateurs sur les infirmières « has less to do with the work nurses perform and much more to do with the nurses' gender »⁴⁹. Pour l'historienne Denyse Baillargeon afin de mieux comprendre la subordination des infirmières aux médecins, il faut inévitablement avoir recours au concept et aux rapports de genre, mais aussi à la construction sociale d'une identité féminine axée sur le *care* ou le *caring*.⁵⁰

2.1.5.2 *Le care dans les analyses historiques infirmières*

Selon l'historienne Esther Lamontagne, jusque dans les années 1970, les soins infirmiers se sont basés sur le concept de *caring* qui désigne la capacité supposée naturelle des femmes à soigner et à se dévouer pour les autres.⁵¹ Cette association entre le nursing et le caring, notent certains chercheurs, a contribué à la subordination des infirmières et la sous-valorisation du travail infirmier. Par exemple, dans son ouvrage *Ordered to care: the dilemma of American nursing, 1850-1945* publié en 1987, l'historienne Susan Reverby reconnaît que la notion de *care* a empêché les infirmières américaines de mener une action collective contre la domination exercée par les médecins et les administrateurs hospitaliers et sanitaires qui les opprimaient. Elle remarque également que les infirmières ne sont pas totalement étrangères à la position qu'elles occupent dans l'échelle hiérarchique car en s'identifiant à des valeurs féminines centrées sur le *care* comme l'altruisme, le dévouement ou la soumission, les leaders infirmières

ont contribué à la division sexuelle du travail dans les milieux de santé.⁵² Les historiennes Dianne Dodd et Deborah Gorham abondent dans le même sens. Elles soulignent que les leaders du nursing au Canada n'ont presque jamais remis en question le fait que la profession infirmière se soit longtemps appuyée sur les aptitudes « naturelles » des femmes à soigner et à se dévouer aux soins des malades et ne se sont pas non plus opposées à la subordination des infirmières à la domination des médecins. D'après ces auteures, les leaders ont utilisé ces moyens subtils afin de permettre aux infirmières de faire accepter leur présence et d'occuper une place dans le milieu de la santé⁵³.

Cette thèse a été largement débattue et, contrairement aux analyses précédentes, l'historienne Yolande Cohen affirme que le concept moderne du *care* a servi à sortir la profession de la sphère du charitable et du domestique et à instituer un champ de compétences spécifiques aux femmes. Dans son ouvrage *Profession infirmière : une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, publié en 2000, Cohen nomme une telle approche le féminisme maternaliste.⁵⁴ Selon les historiens Koven Seth et Sonya Michel, le maternalisme est une catégorie d'analyse qui permet de qualifier les mouvements de femmes chez qui la maternité représente le point central de l'argumentation. Cette interprétation basée sur des stratégies comme le langage lié à la domesticité, au modèle traditionnel de la femme dans son rôle de mère et dans la famille, permet aux femmes de sortir de la sphère privée pour faire valoir leurs revendications en faveur des réformes sociales par les autorités politiques. Pour ces historiens, le maternalisme constitue pour les femmes une ouverture vers la sphère publique.⁵⁵ Ainsi, parée d'une telle définition, Yolande Cohen montre que les associations professionnelles d'infirmières ont pendant longtemps utilisé le langage de la docilité, du dévouement et de l'obéissance comme

stratégies et comme argumentaire afin de définir un rôle propre à l'infirmière dans les institutions sanitaires. D'après l'auteure, ces mesures ont permis aux infirmières de déployer leurs actions et d'élargir le champ de leurs responsabilités dans la sphère publique. L'établissement de leur fonction d'infirmières ancrée dans leur capacité maternelle leur donnent la possibilité de sortir du domaine privé tout en faisant reconnaître leurs revendications auprès de la gentry masculine (médecins, administrateurs d'hôpitaux ou hommes politiques).⁵⁶ Une constatation que partage l'historienne américaine Andrea Tone. Dans son analyse de l'impact du genre sur le système du bien-être social américain, l'auteure indique que les infirmières aux États-Unis se réfèrent à des arguments qui s'appuient sur le féminisme maternaliste pour obtenir des politiques quant à l'élargissement du rôle de la femme sur le marché du travail. Cependant, en termes d'égalité et d'équité économiques et du respect du statut professionnel des femmes, Tone note que le maternalisme représente une arme à double tranchant. En encourageant une vision du travail des femmes établie sur les principes du maternage, le maternalisme permet certes aux femmes de se retrouver sur le marché du travail, mais par la même occasion, il favorise de façon indirecte une certaine forme de distinction entre hommes et femmes étant donné l'accent qu'il met sur les différences entre ces deux groupes. En somme, en tenant compte des différences fondées sur le genre, Tone remarque que le maternalisme contribue à long terme à légitimer la discrimination économique et l'exclusion des femmes.⁵⁷

Bien que le genre en tant que catégorie d'analyse ait contribué de manière significative à la compréhension de l'histoire du nursing, certains historiens estiment que le nursing est trop complexe pour être analysé à l'aide d'un concept unique. Ainsi, dans

les années 1980-1990, d'autres catégories sociales sont venues se greffer au concept de genre pour rendre l'analyse historique des soins infirmiers plus complète. Ainsi, les catégories sociales de race, de classe, d'ethnicité sont de plus en plus retrouvées dans les recherches en soins infirmiers.

2.1.6 L'histoire des soins infirmiers et les catégories sociales

Selon les historiennes Kathryn McPherson et Meryn Stuart, depuis les années 1980, les historiens en soins infirmiers sont d'avis qu'il est nécessaire d'incorporer plusieurs catégories dans leurs études afin d'élargir leur cadre d'analyse et offrir une meilleure vision de la profession.⁵⁸ Les chercheurs en soins infirmiers qui avaient une vision politique plus globale ont fait régulièrement appel à différentes catégories pour revitaliser les analyses historiques. Selon Joan Scott, l'intérêt pour les catégories de classe, de race, d'ethnicité associée au genre, signalait d'abord l'engagement du chercheur dans une histoire qui incluait les récits des opprimés et dans une analyse du sens et de la nature de leur oppression et la prise en considération que les inégalités de pouvoir sont organisées selon plusieurs axes.⁵⁹

La catégorie sociale de classe a été très utilisée par les historiens du nursing. Tout d'abord, nombreuses sont les publications qui insistent sur l'influence et les réalisations personnelles des femmes imminentes et des leaders du domaine infirmier considérées comme les élites infirmières. Celles-ci sont représentées comme des personnes d'exception qui ont contribué à l'avancement des soins de santé au Canada.⁶⁰ Les biographies de pionnières telles que Jeanne Mance, Ethel Jones, Edith Kathleen Russell ou plus récemment Jean I. Gunn et de religieuses telles que Marguerite d'Youville et Rosalie Cadron-Jetté ont retenu l'attention des historiens et ont fait l'objet de maintes

publications au fil des années. Ces études révèlent le leadership, le courage, le dévouement et l'esprit de sacrifice qui animaient ces femmes et sont fortement soulignées par les historiens.⁶¹ Par ailleurs, dans un livre intitulé, *Forging the future : A history of nursing in Canada* (2003), Diana Mansell accorde une place de choix aux pionnières infirmières. Mettant l'accent sur le développement professionnel des soins infirmiers au Canada tout au long du XX^e siècle, Mansell souligne les nombreux efforts déployés par ces élites afin de modifier le métier d'infirmière perçu comme une vocation sous-évaluée en une profession respectée. Selon l'historienne, les élites ont occupé des rôles clés dans le milieu infirmier et ont utilisé leur influence pour organiser et assurer la crédibilité et la légitimité de la profession infirmière. Mansell présente les leaders infirmières comme des femmes d'initiatives et visionnaires qui ont forgé l'histoire des soins infirmiers.⁶² Dans la même veine, dans son article paru en 1988, *An Urban Middle-Class Calling: Women and the Emergence of Modern Nursing Education at the Toronto General Hospital, 1881-1914*, Pauline Jardine relate l'intérêt des infirmières de la classe moyenne pour le métier d'infirmière. Selon Jardine, les valeurs victoriennes défendues par les leaders infirmières et la respectabilité attachée à la profession ont été des incitatifs qui ont influencé les femmes de la classe moyenne à s'engager dans la profession au sein de l'Hôpital de Toronto dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Un tel choix a conduit les femmes à élargir leurs rôles au-delà de la sphère privée et à s'investir dans une occupation adaptée à leur condition sociale afin de faire émerger le nursing moderne.⁶³

L'historienne Sonya Grympa croit qu'il est pertinent que les accomplissements et les réalisations des leaders en soins infirmiers soient soulignés. Toutefois, Grympa suggère que les études historiques doivent également prendre en considération les

déceptions et les échecs des pionnières afin de produire un compte-rendu plus juste de la réalité du domaine infirmier. Aussi, Grympa croit qu'il est important de considérer davantage l'apport des « ordinary nurses »⁶⁴ en soins infirmiers et demande aux chercheurs de tenir compte de ce groupe d'infirmières et d'analyser les expériences vécues par ces dernières qui, dans l'histoire des soins infirmiers, ont joué un rôle de premier plan.⁶⁵ En fait, dans son ouvrage désormais incontournable publié en 1996, *Bedside Matters: the transformation of Canadian nursing, 1900-1990*, l'historienne Kathryn McPherson retrace l'expérience des infirmières de chevet (*ordinary nurses, rank-and-file nurses*). En utilisant la catégorie de classe, l'historienne, tout en montrant le rôle secondaire attribué au travail et à la contribution de ces infirmières dans l'histoire du nursing, révèle la place de celles-ci dans le système de santé au Canada, leur apport dans le développement des soins infirmiers et les stratégies qu'elles ont déployées pour améliorer leur position et harmoniser leurs relations avec les leaders infirmières, les médecins et les administrateurs d'hôpitaux. L'auteure dévoile l'histoire de ces femmes qui, dans l'exercice de leur métier, leurs pratiques religieuses, leurs activités sociales (ex : soirées récréatives, danses) et leur comportement sexuel (ex : image asexuée, relations hétérosexuelles) répondant aux normes de l'époque, ont lutté pour être reconnues comme un groupe de travailleuses qualifiées et respectables dans le système de soins de santé canadien.⁶⁶

En plus de la classe sociale, certaines études font appel à d'autres catégories. En effet, les liens d'imbrication ne se limitent pas à la classe sociale : ils incluent également la race, l'ethnicité, la religion, etc. et entendent montrer la réalité sociale des infirmières, leur rôle et leur influence au chevet des patients dans les hôpitaux et dans d'autres

milieux moins conventionnels lorsqu'elles sont appelées à prodiguer des soins auprès de la population. Les travaux de Shula Marks et, en particulier, sa monographie *Divided Sisterhood : Race, class and gender in South African nursing profession* (1994), illustrent les tensions ethniques et de classe entre les Britanniques, les Afrikaners et les femmes africaines qui ont reçu une formation d'infirmières au cours des XIX^e et XX^e siècles en Afrique du Sud. En examinant les soins infirmiers sous l'angle du colonialisme et de l'apartheid, Marks révèle la tension non seulement entre les classes et les structures hiérarchiques, mais aussi les divisions raciales à l'intérieur et à l'extérieur de la profession infirmière. Marks conclut que les idéologies raciales, sexuelles et le colonialisme ont contribué à façonner l'identité des infirmières sudafricaines et ont permis d'expliquer l'ascendance des infirmières blanches sur la population locale.⁶⁷

Dans une étude sur un groupe d'infirmières noires nées au Canada et en provenance des Caraïbes qui ont immigré au Canada dans les années 1940-1950, l'historienne Karen Flynn reconnaît que la race, le genre, la classe et la sexualité sont souvent utilisés comme outil analytique principal et jugées capables de dégager l'oppression subies par ces travailleuses. Toutefois, l'auteure soutient qu'outre ces catégories, d'autres marqueurs peuvent être utilisés pour analyser la formation de l'identité de ces infirmières au Canada. Flynn montre que la famille, la religion, l'éducation, l'activisme et la migration ont été des raisons déterminantes de la formation de l'identité de chacune de ces femmes. Selon Flynn, la famille a d'abord représenté une source de résistance contre l'oppression coloniale et l'inégalité. De plus, étant donné leur choix de devenir des infirmières professionnelles, la migration était une étape cruciale vers l'atteinte d'un tel objectif, et l'école a joué un rôle essentiel dans leur développement

cognitif et social. Enfin, l'église a fourni l'éducation morale et un sens de la communauté à ces femmes, créant ainsi une identité commune.⁶⁸

L'historienne Kathryn McPherson, dans une étude canadienne menée dans le nord du Manitoba, introduit les notions de genre, d'ethnie et de colonialisme dans l'analyse de l'histoire du nursing canadien. L'auteure associe les concepts de genre, de race et de colonialisme et soutient que ces catégories permettent de comprendre comment les infirmières canadiennes ont pu offrir des soins infirmiers et médicaux aux populations autochtones et rurales dans le nord du Canada. Dans son étude, McPherson explique la colonisation dans le sens d'une société blanche qui utilise les outils de l'impérialisme, ou qui emploie des procédés s'appuyant sur le pouvoir tels que la religion, l'éducation, les lois, les normes sexuelles et les relations familiales campées dans une logique occidentale pour conquérir et marginaliser les peuples autochtones. Selon McPherson, en raison de leur professionnalisme, de leur race et de leur genre, les infirmières canadiennes étaient plus aptes à nouer des relations de confiance avec les autochtones et à répondre à leur besoin de santé. Cela leur a fourni l'occasion de consolider le système colonial canadien en incitant les collectivités autochtones du nord du Manitoba à adopter les pratiques médicales occidentales et à suivre les ordonnances des agences de santé gouvernementales qui ne reconnaissaient ni la culture et les coutumes de ces populations ni leur droit à des soins de qualité.⁶⁹

Sur la base des rapports entre le genre, l'origine ethnique et la religion, Yolande Cohen soulève l'influence de ces catégories dans l'organisation des soins infirmiers durant toute la première moitié du XX^e siècle au Québec. Prenant d'un côté le contexte franco-catholique et d'un autre, le contexte anglo-protestant, Cohen montre que les

origines ethniques et les convictions religieuses propres à ces deux groupes de femmes de confessions différentes ont conduit à l'imposition d'une double conception des soins infirmiers au Québec : la première, catholique francophone et la seconde, protestante anglophone. La première conception, qualifiée de traditionnelle, est un système entièrement confessionnel et peu diversifié car il dépend étroitement de chaque congrégation d'hospitalières et ne donne pas véritablement accès aux laïques à une carrière dans le domaine des soins infirmiers. L'autre, en prenant en considération les préceptes de Florence Nightingale, développe la profession selon une idéologie dite progressiste du nursing où les critères d'uniformisation de la pratique et l'enregistrement du titre qui confère une reconnaissance légale à la profession jouent un rôle fondamental. Selon cette deuxième conception, le soin doit s'émanciper de ces origines charitables, pour devenir une profession séculière, détachée de son rapport confessionnel.⁷⁰

Dans l'ouvrage collectif *Place & Practice in Canadian Nursing History* (2008), les historiennes Jayne Elliott, Meryn Stuart et Cynthia Toman soulignent l'importance d'une autre catégorie qui permet d'entrevoir de nouvelles perspectives en histoire des soins infirmiers. Ces auteures sont d'avis que l'analyse du rôle de l'infirmière en fonction de son lieu de travail (*place*) associée au genre, à la race, à la classe et à l'ethnicité permet de dresser un autre portrait de l'identité des infirmières. En ajoutant le lieu de travail dans leurs analyses, Elliott, Stuart et Toman invitent les historiens pour qui l'hôpital représente le seul milieu de travail des infirmières à envisager le rôle de celles-ci selon d'autres paramètres. Elles soutiennent que le nursing dans les régions éloignées du Canada et dans les hôpitaux militaires lors de la Grande guerre ou de la Deuxième Guerre mondiale ont permis aux infirmières d'acquérir plus d'autonomie et d'indépendance dans

l'exercice de leur fonction et de contourner les barrières conventionnelles en créant d'autres possibilités en matière de rôle professionnel, de vie personnelle et d'activités sociales. Elliott et ses collaboratrices expliquent qu'il est nécessaire d'accorder une attention spéciale aux différents lieux de pratique des infirmières car ils contribuent à mettre en évidence les diverses conceptions attachées au travail des infirmières et son importance dans la création de leur identité.⁷¹ Dans le même ordre d'idées, Nicole Rousseau et Johanne Daigle présentent l'histoire des infirmières québécoises dépêchées dans les paroisses ouvertes à la colonisation dans les années 1930 au Québec. Ces historiennes dévoilent le travail des infirmières dans ces régions éloignées du Québec et la multiplicité des tâches qui leur était dévolues. Ces infirmières de colonie, soutiennent Rousseau et Daigle, ont dû faire preuve d'autonomie, de polyvalence et d'esprit d'entreprise pour pouvoir faire face aux conditions difficiles auxquelles elles étaient confrontées.⁷²

Depuis quelques années, les recherches en histoire adoptent de nouvelles thématiques basées sur des courants plus philosophiques. Une brève analyse de ces perspectives et leur utilisation en histoire du nursing sera présentée ci-après.

2.1.7 L'histoire des soins infirmiers : autres courants de recherche

Les recherches en histoire s'appuyant sur les courants postmodernes voient le jour au tournant des années 1970 et font appel particulièrement au *linguistic turn* ou « tournant linguistique » et au *cultural turn* ou « tournant culturel ». Le *linguistic turn* consiste en une critique des analyses historiques qui prétendent dire le vrai sur le passé. Ce courant, popularisé par le philosophe Richard Rorty, assigne aux langages un rôle décisif dans la construction de la réalité sociale, en particulier des mouvements collectifs

et dans la formulation de questions philosophiques.⁷³ D'un autre côté, apparaît graduellement un nouvel axe de recherche, le *cultural turn*, qui met en évidence l'importance de la culture dans la construction des relations sociales et identitaires. Appelé à supplanter les analyses économiques et sociales, le *cultural turn* vise à interpréter les systèmes culturels à travers les textes et les représentations (objets, films, chansons, images, pratiques) et s'appuie comme le *linguistic turn* sur les écrits d'auteurs comme Michel Foucault, Roland Barthes, Clifford Geertz, etc.⁷⁴ Dans l'histoire du nursing, rares sont les études qui utilisent ces approches. À titre d'exemple, on peut citer les recherches de l'historien Thomas Foth qui dans ses études a fait appel aux notions développées par le philosophe Michel Foucault pour analyser l'histoire des infirmières en Allemagne sous le régime Nazi. En utilisant les concepts du bio-pouvoir et de la bio-politique, Foth montre, d'une part, que l'exécution de patients atteints de troubles mentaux sous le régime Nazi était une composante du programme bio-politique du nazisme et d'autre part, que la violence et le pouvoir faisaient partie de la pratique de ces infirmières.⁷⁵

2.2 L'historiographie des soins infirmiers : Réflexion

Dans l'ensemble, outre l'histoire fondée sur les courants postmodernes, les travaux sur l'histoire des soins infirmiers, tout en témoignant d'un souci de rendre compte de l'histoire des infirmières, poursuivent un but commun, celui de mettre en exergue les progrès continus, le rôle important et les exploits des femmes dans l'évolution et l'avancement de la profession infirmière. En effet, ce bilan historiographique montre clairement qu'il est nécessaire pour les historiens en soins infirmiers d'inscrire les femmes dans l'histoire afin de prouver que la profession

infirmière n'aurait pu être ce qu'elle est devenue sans ces femmes avant-gardistes et féministes qui ont conduit les destinées de la profession. En réalité, dans une perspective macro-historique, toutes ces études se rallient à une forme ou une autre de féminisme. D'ailleurs, dans une étude de l'histoire des soins infirmiers, l'historienne canadienne Florence Melchior utilise les trois vagues féministes pour expliquer l'évolution du nursing canadien au cours des années. Elle note une évolution parallèle entre l'histoire des soins infirmiers et le mouvement féministe au Canada. À la première vague féministe (1850-1930) qui met l'accent sur la supériorité morale des femmes, l'auteure associe une histoire des soins infirmiers qui célèbre les progrès continus du nursing et exalte les pionnières considérées comme des héroïnes. Pour la deuxième vague féministe qui débute dans les années 1960, Melchior présente une histoire des soins infirmiers marquée par l'oppression patriarcale et qui fait ressortir le faible statut social et professionnel, le manque d'autonomie et de pouvoir des infirmières et la subordination de celles-ci aux médecins ou aux administrateurs d'hôpitaux. Ensuite, Melchior débute la troisième vague féministe au début des années 1980 et souligne que celle-ci se distingue de la première et de la deuxième vague par une reconnaissance de la diversité et de la complexité de l'expérience des femmes. En parallélisant l'histoire du nursing à la troisième vague féministe, Melchior associe les recherches en histoire des soins infirmiers qui utilisent les catégories sociales telles que la classe, le genre, la race, l'ethnicité, etc. pour analyser l'expérience, l'identité des infirmières marginalisées qui étaient jusqu'alors peu ou pas étudiées dans les récits historiques. L'auteur conclut que l'histoire des soins infirmiers, depuis les débuts de la profession, marche de pair avec le mouvement féministe.⁷⁶

Les historiens en soins infirmiers utilisent des traditions de recherches variées dans leur analyse de l'histoire de la profession. Ces recherches, quel que soit les thématiques adoptées (formation, professionnalisation, travail, catégories sociales, etc.) tendent toutes à souligner l'importance des femmes dans la profession infirmière. Cependant, dans cette étude nous entendons étendre ce cadre d'analyse car, selon nous, le développement de la profession et la construction des savoirs en soins infirmiers est le produit d'un ensemble de discours. Afin d'analyser ces discours, il nous faut donc revenir sur l'histoire des soins infirmiers en adoptant une approche qui offre des repères théoriques différents et qui permet de reconsidérer le rôle des infirmières dans le contexte plus large de la société canadienne-française.

- ¹ Veronica Strong-Boag, « Making a difference: The history of Canada's nurses », *Canadian Bulletin of Medical history*, 8 (1991): 231-248.
- ² Cynthia Ann Connolly, « Beyond social history : New approaches to understanding the state of and the state in nursing history », *Nursing History Review* 12, no 1 (2004) : 9.
- ³ Celia Davies, « Introduction: the contemporary challenge in nursing history ». Dans Davies Celia *Rewriting Nursing History* (Totowa, NJ: Barnes & Nobles Book, 1980), 11-17.
- ⁴ Mary Adelaide Nutting et Lavinia L. Dock., *A history of nursing : The evolution of nursing systems from the earliest times to the first English and American training schools for nurses* (New York : G.P. Putnam's Sons, 1907), 565 p.
- ⁵ Minnie Goodnow, *Outlines of nursing history* (Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1918), 355 p. ; Grace Deloughery et Eileen A. O'Neil, *History and Trends of professional nursing*, 8th Edition (St-Louis : The C.V. Mosby Company, 1977), 277 p. ; Vern L. Bullough et Bonnie Bullough, *The care of the sick : The emergence of modern nursing* (New York : Prodist, 1978), 311 p. ; Richard H. Shryock, *The history of nursing : an interpretation of the social and medical factors involved* (Philadelphia : Saunders, 1959), 330 p. ; Abel-Smith, Brian. *A history of the nursing profession* (London, UK: Heinemann, 1960), 290 p.
- ⁶ John Murray Gibbon et Mary S. Mathewson, *Three centuries of Canadian nursing* (Toronto: McMillan, 1947), 505 p.
- ⁷ Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eillen C. Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec* (Montréal : Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec, 1970), 270 p.
- ⁸ Beverly W. Du Gas, Lynne Esson et Sharon E. Ronaldson, *Nursing foundations : A Canadian perspective* (Scarborough, ON : Prentice Hall Canada, 1999), 1363 p. ; Christina Bates, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans Frontières : Quatre siècles de soins infirmiers au Canada* (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005), 248 p.
- ⁹ Violette Brigitte, « Guérir le corps et sauver l'âme : les religieuses hospitalières et les premiers hôpitaux catholiques au Québec (1639-1880) ». Dans Bates Christina, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans Frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005), 57-71.
- ¹⁰ Pauline Paul, « The contribution of the Grey nuns to the development of nursing in Canada: Historiographical issues », *Canadian Bulletin for the History of Medecine* 11, no 1 (1994) : 201-217.
- ¹¹ Johanne Daigle, « Devenir infirmière : le système d'apprentissage et la formation professionnelle à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1920-1970 », (Thèse de doctorat, Histoire, Université du Québec à Montréal, 1990).
- ¹² Sioban. Nelson, *Say little, do much: Nurses, nuns and hospitals in the nineteenth century* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2001), 237 p.
- ¹³ Marie Lavigne et Jennifer Stoddart, « Ouvrières et travailleuses Montréalaises, 1900-1940 ». Dans Lavigne Marie, Yolande Pinard et Dorothy S. Cross, *Travailleuses et Féministes : Les femmes dans la société québécoise* (Montréal : Les Éditions du Boréal Express, 1983), 125-143.
- ¹⁴ Margaret M. Allemang, « Nursing education in the United States and Canada, 1873-1950: Leading figures, forces, views on education » (Thèse de doctorat, Histoire de l'éducation, University of Washington, 1974).
- ¹⁵ André Petitat, *Les infirmières : de la vocation à la profession* (Montréal : Boréal, 1989), 109-122.
- ¹⁶ Petitat, *Les infirmières : de la vocation à la profession*, 235-303.
- ¹⁷ Lynn Kirkwood, « Assez mais pas trop : la formation en nursing au Canada anglais (1874-2000) ». Dans Bates Christina, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans Frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005), 183.
- ¹⁸ Kirkwood, « Assez mais pas trop : la formation en nursing au Canada anglais », 183-196.
- ¹⁹ Ina J. Bramadat et Karen I. Chalmers, « Nursing education in Canada: historical progress - contemporary issues ». *Journal of Advanced nursing* 14 (1989), 719-726.
- ²⁰ Susanne Kreutzer, « "Hollywood nurses" in West Germany: Biographies, self-images, and experiences of academically trained nurses after 1945 », *Nursing History Review* 21, no 1 (2013): 33-54.
- ²¹ Diana Mansell et Dianne Dodd, « Le professionnalisme et le nursing canadien ». Dans Bates Christina, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans Frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005), 197-212.
- ²² Amitai Etzioni, *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social- Workers* (New York: Free Press, 1969), 328 p.

- ²³ Margaret Levi, « Functional redundancy and the process of professionalization: The case of registered nurses in the United States ». *Journal of Health Politics, Politics and Law* 5, no 2 (1980): 334-343.
- ²⁴ Mary Kinnear, *In subordination: Professional women, 1970-1970* (Montréal: McGill University Press, 1995), 7.
- ²⁵ Cynthia Toman, « Trained brains are better than trained muscles: scientific management and Canadian nurses, 1910-1919 », *Nursing History Review* 11, no 1 (2003): 93.
- ²⁶ Yolande Cohen et Éric Vaillancourt, « L'identité professionnelle des infirmières canadiennes-françaises à travers leurs revues, 1924-1956 », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française* 50, no 4 (1997) : 537-570. Voir aussi : Yolande Cohen et Michèle Dagenais, « Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française* 41, no 2 (1987) : 155-177.
- ²⁷ Helen Sweet, « The evolution of professional nursing ». Dans Trant Kate et Susan Usher, *Nurse past, present and future: The making of modern Nursing* (London, UK: Black Dog Publishing, 2010), 10-23.
- ²⁸ Meryn Stuart, « Shifting professional boundaries: Gender conflict in public health, 1920- 1925 ». Dans Dodd Dianne et Deborah Gorham, *Caring and curing: Historical perspectives on women and healing in Canada* (Ottawa: University of Ottawa Press, 1994), 49-70.
- ²⁹ Julia L. Kinnear, « The professionalization of Canadian nursing: Views in the CN and the CMA ». *Canadian Bulletin of Medical History* 11 (1994) : 153-174.
- ³⁰ Yolande Cohen, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec* (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2000), 207. Voir aussi Petitat, *Les infirmières : de la vocation à la profession*, 152.
- ³¹ Johanne Daigle, « Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XX^e siècle ». *Recherches féministes* 4, no 1 (1991) : 67-86.
- ³² Marc Montoussé et Dominique Chamblay, *Le taylorisme et le fordisme : 100 fiches pour comprendre les sciences économiques* (Rosny-sous-Bois, France : Bréal, 2006), 100-105.
- ³³ Toman, « Trained brains are better than trained muscles », 89-108.
- ³⁴ Kathryn McPherson, *Bedsides matters: The transformation of Canadian Nursing, 1900-1990* (Toronto: University of Toronto Press, 1996), 26-73.
- ³⁵ David Wagner, « The proletarianization of nursing in the United States, 1932-1946 », *International Journal of Health Services* 10, no 2 (1980): 283. Voir aussi: David Coburn, « Professionalization and Proletarianization: Medicine, Nursing, and Chiropractic in Historical Perspective », *Labour / Le Travail* 34 (1994): 139-162.
- ³⁶ Wagner, « The proletarianization of nursing in the United States », 271-290.
- ³⁷ Barbara Melosh, *The physician's hand: Work culture and conflict in American Nursing* (Philadelphia: Temple University Press, 1982), 260 p.
- ³⁸ Yolande Cohen, « Rapports de genre, de classe et d'ethnicité : L'histoire des infirmières du Québec », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 21, no 2 (2004) : 390. Aussi, il convient de signaler que l'expression « mystique féminine » a été créée par Betty Friedan dans son ouvrage *The Feminine Mystique* (New York : W. W. Norton, 1997), 452 p.
- ³⁹ Yolande Cohen, « Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec », *Recherche en soins infirmiers* 2, no 93 (2008) : 84-93.
- ⁴⁰ Judi Coburn, « I see and am silent: A short history of nursing in Ontario ». Dans Acton Janice, Penny Goldsmith et Bonnie Shepard, *Women at work: Ontario, 1850-1930* (Toronto: Canadian Women's Educational Press, 1974), 127-163.
- ⁴¹ Danielle Blondeau, « Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui ». Dans Goulet Olive, *La profession infirmière : Valeurs, enjeux, perspectives* (Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1993), 7-19 ; Pour une analyse de l'oppression masculine, particulièrement, celle exercée par les médecins et la position subalterne et docile des infirmières, voir le livre de Barbara Ehrenreich, et Deirdre English. *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*. Montréal: Éditions du Remue-Ménage, 1976.
- ⁴² Lorena Parini, « Le concept de genre : constitution d'un champ d'analyse, controverses épistémologiques, linguistiques et politiques », *Socio-logos* 5 (2010) : 30 para.
- ⁴³ Joan W. Scott, « Genre : une catégorie utile d'analyse historique », *Les Cahiers du GRIF*, no 37-38 (1988) : 125-153.
- ⁴⁴ Nancy M. Forestell, Kathryn M. McPherson et Cecilia L. Morgan, « Introduction: Conceptualizing Canada's Gendered Past ». Dans Forestell, Nancy M., Kathryn M. McPherson et Cecilia L. Morgan.

Gendered pasts: historical essays in femininity and masculinity in Canada (Toronto: University of Toronto Press, 2003), 1-11.

⁴⁵ Scott, « Genre : une catégorie utile d'analyse historique », 129.

⁴⁶ Alice Baumgart et Jenniece Larsen, *Canadian nursing faces the future : development and change* (St. Louis : Mosby, 1988), 528 p. Voir aussi Janet Kerr et Jannetta MacPhail, *Canadian Nursing : Issues and Perspectives*, 2nd Edition (Toronto : Mosby, 1991), 377 p.

⁴⁷ Sharon Richardson, « La syndicalisation du nursing au Canada ». Dans Bates Christina, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans Frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005), 213-224. Voir aussi l'article de Yolande Cohen, « Du nursing au care : le genre d'une profession », *Aporia* 4, no 1 (2012), 42-50.

⁴⁸ Jo Ann Ashley, *Hospitals, Paternalism and the role of the nurse* (New York: Teachers College Press, 1976), 158 p. Voir aussi du même auteur: Jo Ann Ashley, « Nurses in American history: Nursing and early feminism », *The American Journal of Nursing* 75, no 9 (1975): 1465-1467.

⁴⁹ Mary Kinneer, *In subordination: Professional women*, 100.

⁵⁰ Denyse Baillargeon, « Praticiennes et patientes : Les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise », *Revue d'Histoire de l'Amérique Française* 53, no 1 (1999) : 47-59.

⁵¹ Esther Lamontagne, « Histoire sociale des savoir-faire infirmiers au Québec de 1880 à 1970 » (Mémoire de maîtrise, Histoire, Université du Québec à Montréal, 1998). Cité dans Yolande Cohen, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec* (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2000), 208.

⁵² Susan M. Reverby, *Ordered to care: The dilemma of American nursing, 1850-1945* (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1987), 286 p.

⁵³ Dianne Dodd et Deborah Gorham. « Introduction ». Dans Dodd Dianne et Deborah Gorham, *Caring and curing: Historical perspectives on women and healing in Canada* (Ottawa: University of Ottawa Press, 1994), 1-17.

⁵⁴ Yolande Cohen, *Profession, infirmière : une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, 206-210. Voir aussi Yolande Cohen, « De la nutrition des pauvres malades : L'histoire du Montreal Diet Dispensary de 1910 à 1940 », *Histoire Sociale/Social History* 41, no 81 (2008) : 133-163.

⁵⁵ Seth Koven et Sonya Michel, *Mothers of a New World: Maternalist Politics and the Origins of the Welfare State* (New York : Routledge, 1993), 447 p. Pour le contexte québécois voir les auteurs: Karine Hébert, « Une organisation maternaliste au Québec : La Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste et la bataille pour le droit de vote des femmes », *Revue d'histoire de l'Amérique française* 52, no 3 (1999) : 315-344 ; Denyse Baillargeon, « Maternalisme et État-Providence : le cas du Québec », *Sextant*, vol. 30, n° 6, 2003, « s. p. ».

⁵⁶ Cohen, *Profession, infirmière : une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, 208. Voir aussi Yolande Cohen, « La genre des États-providence : maternalisme, familialisme en France et au Canada », *Revue Française des Affaires Sociales* 2, no 2-3 (2012), 32-51.

⁵⁷ Andra Tone, « Gender and Welfare Work ». Dans Tone Andrea, *The Business of Benevolence: Industrial Paternalism in Progressive America* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 1997): 140-181.

⁵⁸ Kathryn McPherson et Meryn Stuart, « Writing nursing history in Canada: Issues and approaches », *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 11, no 1 (1994): 3-22.

⁵⁹ Scott, « Genre : une catégorie utile d'analyse historique », 127.

⁶⁰ Davies, « Introduction: the contemporary challenge in nursing history », 1-17.

⁶¹ Marie-Claire Daveluy et Jacques Laurent, *Jeanne Mance* (Montréa : A. Levesque, 1934), 428 p. [Jeanne Mance (1606-1673) est considérée comme la première infirmière laïque au Canada. Venue de France en 1642 pour fonder Ville-Marie avec Paul de Chomedey, sieur de Maisonneuve, elle a travaillé à l'ouverture du premier dispensaire qui deviendra l'Hôtel-Dieu de Montréal] ; Lynn McDonald et Gérard Vallée, *The collected works on Florence Nightingale* (Vol. 1 à 16) (Waterloo, ON : Wilfrid Laurier Press, 2001). [Florence Nightingale (1820-1910) est qualifiée par plusieurs historiens comme étant l'instigatrice des soins infirmiers modernes. Les divers ouvrages qui lui sont consacrés montrent l'influence de son modèle de soins dans la réforme des hôpitaux et de l'éducation des infirmières en Grande-Bretagne et dans plusieurs autres pays] ; Margaret M. Street, *Watch-Fires on the Mountains : The life and writings of Ethel Johns* (Toronto : University of Toronto, 1973), 336 p. [Ethel Mary Johns (1879-1968) est reconnue comme une des grandes figures du nursing canadien. Elle a défendu l'idée d'un meilleur niveau de formation pour les infirmières au Canada et sa plus grande réalisation est la création du premier programme universitaire à

l'Université de la Colombie-Britannique en 1919] ; Helen Carpenter, *A divine discontent : Edith Kathleen Russell reforming educator* (Toronto : Faculty of Nursing, University of Toronto, 1982), 68 p. [Edith Kathleen Russell (1900-1964) a conçu le programme de santé publique à l'Université de Toronto qui a ensuite été adopté partout au Canada. Elle a été la première à demander une enquête sur l'éducation des infirmières dans les années 1920] ; Natalie Riegler, *Jean I. Gunn : Nursing leader* (Toronto : Queens University Press, 1997), 264 p. [Jean Isabel Gunn (1882-1941) a été superintendante au Toronto General Hospital. Elle a été présidente de la Canadian National Association of Trained Nurses de 1917 à 1920 et a institué le premier curriculum de cours pour les infirmières au Canada] ; François Rousseau, *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec I, 1639-1892* (Sillery, Qc : Septentrion, 1989), 454 p. ; François Rousseau, *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec II : 1892-1989* (Sillery, Qc : Septentrion, 1994), 492 p. ; Guy-Marie Oury, *Les Ursulines de Québec, 1639-1953* (Sillery, Qc : Septentrion, 1999), 370 p. ; Lorraine Létourneau, *Marguerite d'Youville* (Montréal : Lidéc, 1991), 60 p. [Marguerite d'Youville née Marie-Marguerite Dufrost de Lajemmerais (1701-1771), veuve de François d'Youville, fonde en 1737, la communauté des Sœurs de la Charité de Montréal communément appelé Sœurs Grises] ; Denise Robillard, *Émilie Tavernier-Gamelin* (Montréal : Éditions du Méridien, 1992), 316 p. [Émilie Tavernier-Gamelin (1800-1851), suite au décès de son mari (Jean-Baptiste Gamelin) et sur demande de Mgr Ignace Bourget, Évêque de Montréal, fonde en 1843, la Communauté des Sœurs de la Providence de Montréal] ; Micheline Lachance, *Rosalie Jetté et les filles-mères au XIXe siècle* (Montréal : LEMÉAC, 2010), 205 p. [Rosalie Cadron-Jetté (1794-1864) est une sage-femme qui consacra sa vie à la soigner et à protéger les filles-mères. En 1848, elle fonde la Communauté des Sœurs de la Miséricorde à Montréal].

⁶² Diana Mansell, *Forging the future: A history of nursing in Canada* (Ann Arbor, MI: Thomas Press Publication, 2003), 219 p.

⁶³ Pauline O. Jardine, « An Urban Middle-Class Calling: Women and the Emergence of Modern Nursing Education at the Toronto General Hospital, 1881-1914 », *Urban History Review / Revue d'Histoire Urbaine* 17, no 3 (1989): 176-190.

⁶⁴ Sonya J. Grympa, « Critical issues in the use of biographic methods in nursing history ». *Nursing History Review* 13, no 1 (2005): 172.

⁶⁵ Grympa, « Critical issues in the use of biographic methods in nursing history », 171-187.

⁶⁶ Kathryn McPherson, *Bedside matters: The transformation of Canadian nursing, 1900-1990* (Toronto: University of Toronto Press, 1996), 343 p.

⁶⁷ Shula Marks, *Divided Sisterhood : Race, Class and Gender in the South African Nursing Profession*, (New York : St. Martin Press, 1994), 306 p. Voir aussi : Dilmi Aluwihare-Samaranayake et Pauline Paul, « The influence of gender, ethnicity, class, race, the women's and labour movements on the development of nursing in Sri Lanka », *Nursing Inquiry* 20, no 2 (2013) : 133-44, doi: 10.1111/j.1440-1800.2012.00600.x. Epub.

⁶⁸ Karyn C. Flynn, *Moving beyond border: a history of Black Canadian and Caribbean women in the diaspora* (Toronto: University of Toronto Press, 2011), 301 p.

⁶⁹ Kathryn McPherson, « Nursing and colonization: the work of Indian Health Service nurses in Manitoba, 1945-1970 ». Dans Feldberg, Georgina, Molly Ladd-Taylor, Alison Li et Kathryn McPherson, *Women, health, and nation: Canada and the United States since 1945* (Montréal: McGill-Queen's University Press, 2003): 223-246.

⁷⁰ Yolande. Cohen, « Rapports de genre, de classe et d'ethnicité : l'histoire des infirmières au Québec », 387-409.

⁷¹ Jayne Elliott, Meryn Stuart et Cynthia Toman, *Place and practice in Canadian Nursing History* (Vancouver, University of British Columbia Press, 2008), 221 p.

⁷² Nicole Rousseau et Johanne Daigle, *Infirmières de colonie. Soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972* (Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2013), 459 p. Voir aussi : Johanne Daigle, et Nicole Rousseau, « Le service médical aux colons : gestation et implantation d'un service infirmier au Québec (1932-1943) », *Revue d'Histoire De l'Amérique Française* 52, no 1 (1998): 47-72; Johanne Daigle, Nicole Rousseau, et Francine Saillant, « Des traces sur la neige...la contribution des infirmières au développement des régions isolées du Québec au XX^e siècle », *Recherches Féministes* 6, no 1 (1993): 93-104.

⁷³ Judith Surkis, « When was the linguistic turn? A genealogy », *The American Historical Review* 117, no 3 (2012) : 700-722, doi: 10.1086/ahr.117.3.700 ; Frank Noulon et Jean-François Wagniar, « La place de

l'histoire sociale : de la recherche à l'enseignement », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique* 122 (2014) : 19-43.

⁷⁴ Doris Bachmann-Medick, *Cultural turns : New orientations in the study of culture* (Berlin, Germany : de Gruyter, 2016), 302 p. ; Frank Noulin et Jean-François Wagniar, « La place de l'histoire sociale : de la recherche à l'enseignement », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique* 122 (2014) : 19-43. Pour une synthèse de l'histoire « traditionnelle » et les prémisses du postmodernisme en histoire voir aussi : Peter Burke, *New Perspectives on Historical Writing* (University Park, PA: Pennsylvania State University Press, 1992).

⁷⁵ Thomas Foth, *Caring and killing : nursing and psychiatric practice in Germany, 1931-1943* (Gottingen Germany : V&R Unipress, 2013), 279 p. Voir aussi : Thomas Foth, « Understanding “caring” through biopolitics: The case of nurses under the Nazi regime », *Nursing Philosophy* 14, no 4 (2013) : 284-294; Thomas Foth, « Nurses, medical records and the killing of sick persons before, during and after the Nazi regime in Germany », *Nursing Inquiry* 20, no 2 (2013) : 93-100.

⁷⁶ Florence Melchior, « Feminist Approaches to Nursing History », *Western Journal of Nursing Research* 26, no 3 (2004): 340-355.

Chapitre III

Cadre théorique

À la lumière du bilan historiographique, il nous apparaît que les historiens du nursing s'inscrivent dans un courant qui tend à souligner l'apport des femmes comme principales instigatrices du développement des soins infirmiers et l'idée d'une évolution progressive de la profession. Cependant, ces représentations pour expliquer la profession infirmière sont trop restrictives et ne permettent pas, selon nous, de saisir toute la dimension « politique » du nursing dans le milieu de la santé. Dans cette étude, il nous importe de mettre en lumière comment le savoir infirmier s'est construit et est devenu une question pertinente au sein de la profession infirmière. Dès lors, les perspectives théoriques retenues pour cette étude puisent dans les concepts développés par Michel Foucault dont l'analyse de discours et l'approche généalogique. Malgré que ces notions soient peu utilisées en histoire des soins infirmiers, elles représentent un potentiel important pour réfléchir et révéler les angles sociopolitiques en jeu dans la discipline infirmière. Au lieu de considérer les discours infirmiers courants comme un produit logique et inévitable de l'histoire, l'analyse de discours et l'approche généalogique permettront de les situer comme systèmes de pensée à part entière et d'en dégager les processus sociaux et politiques donnant lieu à une compréhension plus large de la discipline infirmière. De plus, tisser un lien entre les concepts foucauldien et l'histoire des soins infirmiers permettra d'analyser plus en profondeur la relation complexe entre le champ infirmier et le champ médical, et de reconstituer la base politique des savoirs infirmiers. Dans cette étude, nous n'avons pas la prétention de retracer l'entièreté de la pensée de Foucault ni d'explicitier toute sa complexité. Nous voulons plutôt exposer

quelques-unes des nombreuses notions développées par l'auteur et dont la seule caractéristique est de nous avoir inspirées dans cette étude. La première partie de ce chapitre sera consacré aux notions de discours et d'analyse de discours, à l'approche généalogique de Foucault et son analyse du nexus pouvoir/savoir. Puis, à l'aide de ces notions, nous présenterons une critique des courants historiographiques couramment utilisés en histoire des soins infirmiers.

3.1 L'analyse de discours

Le concept de discours a été utilisé dans de nombreux domaines (philosophie, linguistique, sociologie, etc.), mais ces perspectives diffèrent tellement que de nombreuses conceptions théoriques en ont résulté. Dans une définition large, Le Petit Larousse illustré présente le discours comme le « développement oratoire sur un sujet déterminé prononcé en public ».¹ Une autre définition simpliste le désigne comme des énoncés variables produits par des personnalités occupant une position sociale ou idéologique.² Selon ces interprétations, le discours se réfère à la transmission orale d'un message. Au-delà de ces définitions courantes, d'autres positions servent de point d'appui à l'extension de cette notion. Par exemple, les auteurs Alec McHoul et Wendy Grace exposent trois conceptions du discours : formel, empirique et critique. Selon McHoul et Grace, dans sa dimension formelle le discours est associé à la linguistique et cherche à déterminer les règles qui régissent la construction des textes. La deuxième approche, empirique, adopte une connotation plus sociologique et s'intéresse aux situations de communications courantes de la vie quotidienne qui peuvent influencer les règles et procédures d'une conversation. Enfin, la dernière approche, largement inspirée d'auteurs

comme Michel Foucault et Jacques Derrida définit le discours comme une série de possibilités et de contraintes permettant aux individus de parler, d'écrire, et de penser sur un sujet quelconque dans une forme particulière, à une période et dans une société données.³ Dans cette étude, nous allons nous concentrer sur l'approche de Michel Foucault.

3.1.1 L'analyse de discours foucauldien

Michel Foucault est une figure importante dans la philosophie française. Son œuvre, située à l'intersection de l'histoire et de la philosophie, est complexe et tend à mettre en exergue une variété de champs d'enquête, de ruptures, de tournants et retournements afin de remodeler l'histoire.⁴ L'analyse de discours telle qu'élaborée par Foucault est ancrée dans son approche archéologique. Foucault critique les approches formelles et empiriques du discours qui tendent à se concentrer sur les théories de l'énonciation, c'est-à-dire les techniques et les structures par lesquelles il devient possible de produire des énoncés. Selon lui, ces approches tiennent compte du discours de façon superficielle.⁵ Foucault propose, au contraire, de considérer les discours en fonction des modalités énonciatives. Il précise que par énoncés, il ne se réfère ni à « la langue » comme système ni à « la parole » comme actualisation du système de la langue, mais au *discours*, envisagé comme une pratique qui obéit à des règles de formation, d'existence, de coexistence et à des systèmes de fonctionnement.⁶ Ces pratiques discursives – pratiques productrices d'énoncés – visent la mise en relation, dans le discours, d'éléments auparavant séparés mais qui se rejoignent et se caractérisent par la délimitation d'un champ d'objets, la définition d'une perspective légitime pour le développement des savoirs et la formulation des normes pour l'élaboration de concepts et de théories.⁷

Foucault reconnaît également le rôle des pratiques non-discursives (institutions sociales, évènements politiques, etc.) qui donnent naissance à une réalité qui répond à un certain ordre. Il établit une relation entre les pratiques discursives et non-discursives afin de mettre au jour les règles de formation dont relève le discours, son mode d'existence, les circonstances de son émergence et de son utilisation et qui caractérise la positivité à laquelle il appartient, c'est-à-dire son unité pendant une certaine période.⁸

Dans la perspective foucauldienne, les discours sont multiples et il convient, non pas de découvrir leur sens dissimulé, mais de mettre en évidence les règles qui rendent possible leurs énoncés. Le discours oriente la façon de parler et de penser sur un sujet donné et influence la manière dont les idées sont formulées, articulées, utilisées et mises en pratique afin de régler la conduite des individus.⁹ En effet, Foucault considère le discours comme une série d'éléments qui opèrent à l'intérieur du mécanisme général du pouvoir. Il souligne que le problème n'est pas de savoir comment une manière de penser et de percevoir a pénétré la conscience des gens à une époque donnée, puisque tous ces éléments appartiennent à un système de pouvoir dans lequel le discours n'est qu'une composante rattachée à d'autres composantes. Par conséquent précise-t-il, le discours doit être considéré comme le produit d'évènements politiques à travers lesquels du pouvoir est véhiculé et orienté. L'analyse de discours consiste à décrire les relations et les rapports réciproques entre tous ces éléments.¹⁰

Dans ces analyses, Foucault discute des relations du discours avec l'histoire. En fait, le discours foucauldien vise à répondre aux difficultés que pose le recours aux repères traditionnels de l'histoire (les domaines constitués, les objets stables qui les habitent, les thèmes persistants auxquels ils font appel), car, selon lui, ces repères ne cessent de se

transformer et n'offrent à l'étude aucun système de régularité descriptible, mais fournissent plutôt un ensemble de « dispersions » définissant chaque fois une « formation discursive » plutôt qu'une « science », une « idéologie », une « théorie » ou un « domaine d'objectivité ».¹¹ Foucault affirme que l'analyse des grandes familles d'énoncés (ex : médecine, économie – nous proposons d'ajouter le nursing) doit tenter de décrire non pas la structure interne ou les îlots de cohérence, mais les systèmes de dispersion qui forment les formations discursives :

Dans le cas où on pourrait décrire, entre un certain nombre d'énoncés, un système de dispersion; dans le cas où entre les objets, les types d'énonciation, les concepts, les choix thématiques, on pourrait définir une régularité (un ordre, des corrélations, des positions et des fonctionnements, des transformations), on dira, par convention, qu'on a affaire à une formation discursive.¹²

Les formations discursives permettent de désigner la régularité entre les discours tant du côté des événements que des objets et des concepts.¹³ Ainsi s'ouvre à l'analyse de discours un domaine immense constitué par « l'ensemble de tous les énoncés effectifs (qu'ils aient été parlés ou écrits), dans leur dispersion d'évènements et dans l'instance qui est propre à chacun »¹⁴. Les discours ne sont donc plus à considérer comme des ensembles de signes, mais comme des pratiques obéissant à des règles déterminées.¹⁵

D'autre part, Foucault précise que les discours sont aussi un regroupement de savoirs et de stratégies qui ne peuvent être analysés que sous un faisceau d'éclairages regroupant ensemble les institutions, les formes de comportement, les processus économiques et sociaux, les normes, bref tout un ensemble qui caractérise la formation des énoncés.¹⁶ Selon les auteurs Gavin Kendall et Gary Wickham, l'objectif de Foucault n'est pas d'universaliser le discours, mais de le fragmenter en domaines de référence, c'est-à-dire, « domains established by the operation of particular [...] types of statement

that organise the diverse spaces in which particular types of object can appear ».¹⁷

Fragmenter le discours infirmier consiste à tenir compte des différents énoncés qui sont à l'œuvre dans la construction des savoirs scientifiques infirmiers. En fait, il ne s'agit pas de soutenir l'idée que ces discours sont régis par une entité étatique, associative ou institutionnelle. Il faut plutôt reconnaître les multiples discours qui ont contribué à l'organisation des espaces dans lesquels les savoirs scientifiques infirmiers émergent et fonctionnent. À cet effet, l'analyse de discours doit chercher à :

retrouver à partir de quoi connaissances et théories ont été possibles; selon quel espace d'ordre s'est constitué le savoir; sur fond de quel a priori historique et dans l'élément de quelle positivité des idées ont pu apparaître, des sciences se constituer, des expériences se réfléchir dans des philosophies, des rationalités se former, pour, peut être, se dénouer et s'évanouir bientôt.¹⁸

En prenant en considération le discours, il s'agit, pour Foucault, « non pas de retrouver ce qui pourrait rendre légitime une assertion mais d'isoler les conditions d'émergence des énoncés ».¹⁹ Ces conditions d'émergence ou de possibilités se situent dans la connaissance en profondeur d'une époque. Par conséquent, le discours doit s'analyser, selon Foucault, non pas en fonction de ce que dit telle ou telle phrase, mais en fonction des conditions dans lesquelles ces phrases ont une valeur de vérité précise qui permet leur énonciation.²⁰ Dans le discours, Foucault entend ainsi rechercher les circonstances, la matérialité, l'historicité des discours et examiner leur rôle dans la production des savoirs et du sujet dans les disciplines scientifiques.²¹ C'est ainsi que, pour notre étude, il s'agit d'analyser les conditions qui ont rendu possible la construction du savoir infirmier; un savoir nouveau, inédit qui permet à la discipline infirmière « moderne » de voir le jour. Ainsi, le discours n'est ni statique ni immuable; il est en état

de perpétuel changement et varie selon les périodes et en fonction de contingences historiques et politiques.²²

Foucault émet l'hypothèse que dans toute société « la production du discours est à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui ont pour rôle d'en conjurer les pouvoirs et les dangers, d'en maîtriser l'événement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité ». ²³ Les pratiques discursives et non-discursives relatives à cette réalité doivent de fait répondre à un système de régulations et de contraintes qui justifient la continuation ou l'exclusion d'un énoncé.²⁴ Foucault met en évidence plusieurs procédures de contrôle et de délimitation du discours. Tout d'abord, il analyse les procédures internes; internes, puisque ce sont les discours eux-mêmes qui exercent leur propre contrôle et se régulent eux-mêmes. En premier lieu, Foucault désigne le commentaire des textes littéraires, religieux et scientifiques où les textes d'origine sont modifiés et parfois disparaissent au profit de commentaires qui viennent prendre la première place. Le commentaire permet de construire indéfiniment des discours nouveaux et, « selon un paradoxe qu'il déplace toujours mais auquel il n'échappe jamais, dire pour la première fois ce qui cependant avait été déjà dit et répéter inlassablement ce qui pourtant n'avait jamais été dit »²⁵. Ensuite, l'autre principe de contrôle interne est l'auteur – non pas l'individu parlant qui a prononcé ou produit un texte, mais l'auteur comme unité et origine des significations d'un discours qui donne au texte sa cohérence et son insertion dans le réel.²⁶ Le principe de l'auteur assure l'identité du texte qui prend la forme de l'individualité et du soi.²⁷ Enfin, Foucault reconnaît dans l'organisation des disciplines un autre principe de limitation du discours. À noter que par discipline, Foucault entend d'une part, une

modalité d'application du pouvoir qui apparaît entre la fin du XVIII^e siècle et le début du XIX^e siècle et qui se caractérise par un certain nombre de techniques de coercition qui s'exercent sur les individus et investissent particulièrement leurs corps, leurs attitudes et leurs gestes dans des institutions comme les hôpitaux, les écoles, la prison et tous les lieux qui puissent permettre le contrôle et la gestion des individus dans l'espace.²⁸ D'autre part, Foucault considère les domaines académiques²⁹ tels que la sociologie, la médecine ou les sciences infirmières comme étant des disciplines, et ce sont ces disciplines qu'il définit en tant que domaine d'objets, jeu de règles et de définitions, de techniques et d'instruments, corpus de propositions considérées comme vraies, ensemble de méthodes qui, en conjurant les hasards de l'apparition des discours et en leur fixant des limites par le jeu d'une identité qui a la forme d'une réactualisation permanente des règles, constituent un élément de contrôle de la production des discours.³⁰

Foucault aborde d'autres procédures de contrôle du discours qui tout en déterminant les conditions de leur mise en jeu, imposent aux individus qui les tiennent, un certain nombre de règles afin de ne pas permettre à tout venant d'avoir accès à eux. Par exemple, le rituel qui définit la qualification que doivent posséder les individus qui parlent. Personne n'entre dans l'ordre du discours s'il ne satisfait à certaines exigences ou s'il n'est qualifié pour le faire. De façon plus précise, « toutes les régions du discours ne sont pas également ouvertes et pénétrables; certaines sont hautement défendues [...] tandis que d'autres paraissent presque ouvertes à tous les vents et mises sans restriction préalable à la disposition de chaque sujet parlant ».³¹ Un autre exemple que Foucault utilise comme une procédure de contrôle du discours est les doctrines religieuses, politiques, philosophiques qui lient les individus à certains types d'énonciation et leur

interdit par conséquent tous les autres. Par contre, ces doctrines font appel en retour à certains types d'énonciation pour lier des individus entre eux, et les différencier des autres.³² Enfin, à une échelle plus large, Foucault invite à reconnaître l'appropriation sociale des discours comme élément de contrôle du discours. À titre d'exemple, Foucault met en évidence le rôle particulier du système éducatif dans la diffusion et la limitation des discours. Il soutient :

L'éducation a beau être, de droit, l'instrument grâce auquel tout individu, dans une société comme la nôtre, peut avoir accès à n'importe quel type de discours, on sait bien qu'elle suit dans sa distribution, dans ce qu'elle permet et dans ce qu'elle empêche, les lignes qui sont marquées par les distances, les oppositions et les luttes sociales. Tout système d'éducation est une manière politique de maintenir ou de modifier l'appropriation des discours, avec les savoirs et les pouvoirs qu'ils emportent avec eux.³³

À ces procédures, Foucault ajoute les contrôles externes du discours. En premier lieu, il identifie l'interdit qui instaure des privilèges à ceux qui parlent : « On n'a pas le droit de tout dire, on ne peut pas parler de tout dans n'importe quelle circonstance, n'importe qui ne peut parler de n'importe quoi »³⁴. Deuxièmement, il reconnaît les procédures qui procèdent d'un partage ou d'un rejet. Par exemple, l'opposition entre raison et folie. Pendant des siècles en Europe, souligne-t-il, la parole du fou ne fonctionnait pas comme les autres. Exclue ou secrètement investie par la raison, elle n'existait pas ou n'était jamais recueillie ni écoutée.³⁵ Comme troisième principe, Foucault considère la volonté de vérité (historique, modifiable et institutionnellement constituée) où le partage du vrai et du faux régit depuis plusieurs siècles la volonté de savoir. Par exemple, Foucault remarque que durant les XVI^e et XVII^e siècles l'apparition d'une volonté de savoir qui ne coïncide pas avec ce qui se faisait avant; une volonté de savoir qui anticipe sur ses contenus, dessine des plans d'objets possibles, observables,

mesurables, classables; une volonté de savoir qui impose au sujet connaissant une position, un regard et une fonction (voir plutôt que lire, vérifier plutôt que commenter); une volonté de savoir qui prescrit le niveau technique où les connaissances devraient s'investir pour être vérifiables et utiles. Foucault souligne que « les grandes mutations scientifiques qui découlent de cette volonté de savoir peuvent peut-être se lire parfois comme les conséquences d'une découverte, mais elles peuvent se lire aussi comme l'apparition de formes nouvelles dans la volonté de vérité ».³⁶

Foucault aborde la vérité comme une question historique qu'il convient d'analyser en fonction de ses pratiques et de ses effets. Les méthodes utilisées, les instances impliquées, les techniques et les procédures valorisées pour parvenir à la vérité, le statut de ceux qui ont la tâche de dire ce qui fonctionne comme « vrai » déterminent le savoir qui est valide, important et pertinent.³⁷ Foucault s'intéresse à la relation qui existe entre les discours dominants et les conditions historiques, sociales, politiques et économiques de leur apparition et de leur formation. Chaque société, souligne-t-il, développe ses propres discours dominants qui participent à la naissance de vérités, étant entendu « que par vérité je ne veux pas dire l'ensemble des choses vraies qu'il y a à découvrir ou à faire accepter, mais l'ensemble des règles selon lesquelles on démêle le vrai du faux et on attache au vrai des effets spécifiques du pouvoir ».³⁸ Foucault soutient que :

[C]ette volonté de vérité, (comme les autres systèmes d'exclusion), s'appuie sur un support institutionnel: elle est à la fois renforcée et reconduite par toute une épaisseur de pratiques comme la pédagogie, bien sûr, comme le système des livres, de l'édition, des bibliothèques, comme les sociétés savantes autrefois, les laboratoires aujourd'hui. Mais elle est reconduite aussi, plus profondément sans doute par la manière dont le savoir est mis en œuvre dans une société, dont il est valorisé, distribué, réparti et en quelque sorte attribué. [...]. ...cette volonté de vérité ainsi appuyée sur un support et une distribution institutionnelle, tend à exercer sur les autres discours - je parle toujours de notre société - une sorte de pression et comme un pouvoir de contrainte. Je

pense à la manière dont la littérature occidentale a dû chercher appui depuis des siècles sur le naturel, le vraisemblable, sur la sincérité, sur la science aussi - bref sur le discours vrai. [...]; je pense encore à la manière dont un ensemble aussi prescriptif que le système pénal a cherché ses assises ou sa justification, d'abord, bien sûr, dans une théorie du droit, puis à partir du XIX^e siècle dans un savoir sociologique, psychologique, médical, psychiatrique: comme si la parole même de la loi ne pouvait plus être autorisée, dans notre société, que par un discours de vérité.³⁹

Foucault n'entend pas faire une histoire qui essaie de déterminer ce qui est vrai et ce qui est faux, mais de trouver ce qui rend possible et cohérent l'émergence d'un ensemble de discours à une époque donnée. Le discours, souligne-t-il, peut être en apparence peu de choses, mais les limitations qui le frappent révèlent son lien avec le pouvoir car il n'est pas simplement ce qui traduit les luttes ou les systèmes de dominations, mais ce pour quoi, ce par quoi on lutte, le pouvoir dont on cherche à s'emparer.⁴⁰ Selon Foucault, il ne faut pas chercher à émanciper la vérité de tout système de pouvoir, ce qui serait une chimère, car la vérité est subordonnée au pouvoir, mais, il s'agit de détacher de la vérité les formes d'hégémonie sociale, économique et culturelle, au sein de laquelle elle exerce ses activités. Il ne s'agit pas d'une lutte au nom de la vérité, mais de dévoiler le statut de la vérité et le rôle économique et politique qu'elle est appelée à jouer⁴¹ :

Il ne peut y avoir d'exercice du pouvoir sans une certaine économie des discours sur la vérité qui opère à travers et sur la base de cette association. Nous sommes soumis à la production de la vérité à travers le pouvoir et nous ne pouvons exercer le pouvoir qu'à travers la production de la vérité. [...]. Je dirais que nous sommes forcés de produire la vérité du pouvoir qu'exige notre société, dont elle a besoin, afin de fonctionner : nous *devons* dire la vérité ; nous sommes contraints ou condamnés à confesser ou à découvrir la vérité. Le pouvoir ne cesse jamais d'interroger, d'examiner, d'enregistrer la vérité ; il en institutionnalise, la professionnalise, et récompense la recherche⁴².

Les sociologues Luc Van Campenhoudt et Nicolas Marquis soulignent que dans les sociétés comme les nôtres, l'économie politique de la vérité est caractérisée par cinq traits historiquement importants : la vérité est centrée sur la forme du discours scientifique et sur les institutions qui le produisent ; elle est soumise à une constante incitation économique et politique (besoin de vérité tant pour la production économique que pour le pouvoir politique) ; elle est l'objet, sous des formes diverses, d'une immense diffusion et consommation (elle circule dans des appareils d'éducation ou d'information dont l'étendue est relativement large dans le corps social, malgré certaines limitations strictes) ; elle est transmise et conduite sous le contrôle non pas exclusif, mais dominant, de quelques grands appareils politiques et économiques (université, armée, écriture, médias) ; enfin, elle est l'enjeu de tout un débat politique et de tout un affrontement social (lutttes idéologiques).⁴³

Foucault appelle « régimes de vérité » les procédures sociales, symboliques, institutionnalisées et ritualisées par lesquelles la vérité est établie et les modes variés à travers lesquels le discours (considéré comme) vrai est diffusé, utilisé dans et par une société.⁴⁴ À cet effet, Foucault stipule que :

Chaque société a son régime de vérité, sa politique générale de la vérité ; c'est-à-dire les types de discours qu'elle accueille et fait fonctionner comme vrais ; les mécanismes et les instances qui permettent de distinguer les énoncés vrais ou faux, la manière dont on sanctionne les uns et les autres ; les techniques et les procédures qui sont valorisées pour l'obtention de la vérité ; le statut de ceux qui ont la charge de dire ce qui fonctionne comme vrai.⁴⁵

Dans son approche archéologique, Foucault a été particulièrement intéressé par les discours sur le savoir, et il a utilisé le terme « épistémè » pour désigner le système de connaissances d'une époque donnée. Pour Foucault, tout est relié à une épistémè, « à

l'ensemble des relations pouvant unir à une époque donnée, les pratiques discursives qui donnent lieu à des figures épistémologiques ». ⁴⁶ Avec la notion d'épistémè, il n'est pas question pour Foucault de décrire les progrès des connaissances vers une objectivité dans laquelle la science d'aujourd'hui peut se reconnaître; il s'agit de mettre au jour l'épistémè où « les connaissances, envisagées hors de tout critère se référant à leur valeur rationnelle ou à leurs formes objectives, enfoncent leur positivité et manifestent ainsi une histoire qui n'est pas celle de leur perfection croissante, mais plutôt celle de leurs conditions de possibilité ». ⁴⁷ Foucault affirme à ce sujet qu'il ne faut pas comprendre l'épistémè d'une époque comme « la somme des connaissances », mais plutôt comme les rapports possibles, les oppositions, les rapprochements, les distances et les différences qui permettent à plusieurs sciences distinctes de cohabiter à une époque et de former une unité épistémologique qui a un caractère propre. De plus, l'épistémè n'est pas « *une sorte de grande théorie sous-jacente, c'est un espace de dispersion, c'est un champ ouvert et sans doute indéfiniment descriptible de relations* » ⁴⁸ (italiques dans le texte original); c'est un jeu de rémanences spécifiques et de transformation qui permet de décrire les types d'histoire qui caractérisent les différents discours. ⁴⁹ À la fin des années 1970, Foucault entend montrer un cas plus général de l'épistémè et remplace la notion d'épistémè par celui de dispositif. Foucault définit le dispositif comme :

un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit aussi bien que du non dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. ⁵⁰

Le concept de « dispositif » permet de mettre en relation des rapports complexes entre le discursif qui jusque là avait fait l'objet des études de Foucault et ce qu'il désigne

comme le non-discursif, marquant ainsi un intérêt pour des éléments nouveaux comme les institutions, les pratiques et processus économiques, les évènements politiques, en somme « tout le social non-discursif ».⁵¹ Le philosophe insiste sur le fait que le dispositif soit de nature essentiellement stratégique, ce qui implique une manipulation de rapports de forces, une intervention rationnelle et concertée au niveau de ces rapports de forces qui entend les développer dans une direction bien déterminée, soit pour les stabiliser, les bloquer ou les utiliser. De ce fait, souligne-t-il, « le dispositif est donc toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent, mais tout autant le conditionnent ».⁵²

Ainsi, l'archéologie de Foucault entend analyser les faits de discours dans l'élément général de l'archive, c'est-à-dire repérer « l'ensemble des discours effectivement prononcés à une époque donnée et qui continuent à exister à travers l'histoire [...] et chercher à comprendre les règles, les pratiques, les conditions et le fonctionnement » qui leur ont permis de voir le jour.⁵³ Il s'agit de déterminer ce qu'il est permis de dire dans un discours; les déclarations qui sont appelées à survivre, à disparaître, à être réprimées ou censurées; quelles significations revêtent certains énoncés dans le présent moment, quelles en étaient les significations dans le passé et quels individus ou groupes sont autorisés à émettre des discours. L'objectif ultime de l'analyse de discours s'oppose à l'herméneutique car elle n'entend pas révéler un sens caché ou une vérité profonde; ni de retracer l'origine du discours qui vise à faire ressortir les débuts, l'identité la plus pure, mais de documenter les conditions d'existence et le milieu dans lequel il est déployé.⁵⁴ L'analyse de discours s'intéresse aux pratiques discursives et non-discursives, aux régularités qui se manifestent dans leurs rapports et aux

transformations progressives ou soudaines que subissent les formations discursives. Elle permet de s'interroger non seulement sur les conditions historiques de l'émergence des discours qui décrivent la manière dont les différents discours se déterminent à partir de la constitution de nouveaux objets qui ont émergé à un certain moment, mais invite aussi à tenir compte des institutions, des pratiques qui ont permis la diffusion de ces discours. Par l'analyse de discours, Foucault réfute les synthèses historiques et propose une histoire descriptive et analytique.

Si *L'archéologie du savoir* (1969) et les travaux qui le précèdent démontrent la préoccupation majeure de Foucault pour le discours et une amorce d'analyse du pouvoir et du savoir, ses études ultérieures révèlent son approche généalogique où il présente une continuation de son analyse archéologique qui entend faire davantage ressortir l'émergence des sciences humaines et leurs conditions d'existence qui sont inextricablement liées aux technologies de pouvoir. Aux yeux de Foucault le développement des sciences humaines suppose d'accepter que les disciplines qui s'y rattachent soient reconnues comme étant des sciences et qu'elles aient pour objet les formes de l'existence humaine.⁵⁵ Ainsi, avec sa démarche archéologique, Foucault a voulu montrer comment s'est constituée cette représentation dans le champ du savoir et quels en sont les dangers théoriques. Étant donné que l'approche archéologique ne permettait pas de saisir la quintessence du lien entre pouvoir/savoir, Foucault développe la généalogie afin de faire ressortir comment la genèse des savoirs est corrélative d'une genèse du pouvoir, et quels en sont les dangers pratiques.⁵⁶ Ce changement dans l'orientation de l'analyse foucauldienne est incontestable dans les années 1970, à la suite de la publication de son ouvrage *Surveiller et Punir* (1975). Toutefois, bien qu'évidentes,

ces transformations n'impliquent pas une séparation stricte avec l'approche archéologique. Avec la généalogie, Foucault opère une réorganisation des priorités analytiques en ce qui détermine, conditionne, restreint et institutionnalise les pratiques discursives et non-discursives.⁵⁷ Avec la généalogie, Foucault met de l'avant les institutions, les pratiques sociales, le pouvoir et leur relation avec le savoir. Selon Smart,

The emergence of a conception of genealogical analysis in Foucault's work precipitated a displacement of archeological analysis. However, archeology did not disappear from Foucault's analyses, it retained a secondary presence and continued to serve as a methodology for isolating and analysing "local discursivities" in a manner which was complementary to genealogy.⁵⁸

À l'aide de son approche généalogique, Foucault inaugure un autre niveau d'intelligibilité où le discours devient le lien entre le savoir et le pouvoir. Sa méthode généalogique offre une interprétation radicalement nouvelle de ces deux notions.

3.2 La généalogie de Michel Foucault

La méthode d'analyse historique que Foucault initie par sa généalogie est une approche qui permet de remettre en question les analyses souvent incontestées et tenues pour acquies. Empruntant à Friedrich Nietzsche le terme de « généalogie », Foucault précise que l'analyse généalogique qu'il propose vise à montrer que les systèmes de pensée sont le résultat des contingences, des conditions de possibilités de l'histoire et non la conséquence de tendances rationnelles et inévitables.⁵⁹ En effet, la généalogie de Foucault a cela de particulier qu'elle ne fournit ni constance ni stabilité pour la compréhension. Si l'histoire « traditionnelle » se complait dans les réminiscences, la généalogie incite à questionner les idées reçues et à démontrer leur émergence historique. Le but de l'histoire dans ce sens est de rendre intelligible la manière dont nous pensons aujourd'hui en nous rappelant ses conditions de formation. La méthode généalogique aide

à reconnaître le caractère éphémère des évènements historiques souvent jugés importants à une époque donnée. Elle propose une nouvelle façon de penser, d'écrire et d'utiliser l'histoire. La généalogie « focuses on events, on their distinctive characteristics and manifestations, not as a the product of destiny, regulative mechanisms or the intention of a constitutive subject, but as the effect of haphazard conflicts, chance and error, of relations of power and their unintended consequences ». ⁶⁰ Au récit historique unidimensionnel, « au déploiement méta-historique des significations idéales et des indéfinies téléologies », ⁶¹ la généalogie invite à saisir « la singularité des évènements hors de toute finalité monotone »; ⁶² à repérer les évènements oubliés, perdus, ceux qui paraissent fortuits; à définir les lacunes et les moments où ils n'ont pas eu lieu. Selon l'approche généalogique, l'histoire se compose d'une série de mutations, de transformations pour se renouveler continuellement. ⁶³

La généalogie s'indigne contre la recherche de l'origine et des vérités immuables qui sont des pratiques courantes en histoire traditionnelle. Selon Roger Chartier,

La catégorie (i.e. d'origine) masque, tout à la fois, la discontinuité radicale des surgissements et les discordances qui séparent les différentes séries de discours ou de pratiques. Lorsqu'elle succombe à la « chimère de l'origine », l'histoire charrie plusieurs présupposés : que chaque moment historique est une totalité homogène, dotée d'une signification unique, exprimée dans chacune des formes qui la réalisent ; que le devenir historique est organisé comme une continuité idéale et nécessaire ; que les faits s'enchaînent dans une série ininterrompue de causalités ⁶⁴.

Foucault récuse la recherche de l'origine parce que pour lui, il ne s'agit pas de trouver l'essence exacte des choses, ni de montrer leur perfection du début ou leur vérité cachée. Selon Foucault, l'objet de la généalogie est de retracer l'émergence, la provenance des évènements afin de retrouver les accidents, les déviations, les erreurs qui se cachent en arrière de ceux-ci. Il ne s'agit pas seulement de retracer le passé et de

rechercher des évènements particuliers et singuliers, mais de questionner les possibilités des évènements aujourd'hui, de dégager de la contingence « qui nous a fait être ce que nous sommes, la possibilité de ne plus être, faire ou penser ce que nous sommes, faisons ou pensons ». ⁶⁵

Faire la généalogie c'est s'attarder aux méticulosités, aux surprises, aux improbables victoires ou aux défaites inattendues. Le but du généalogiste n'est pas de découvrir des entités importantes ou de révéler les relations des entités entre elles ; plutôt, il étudie l'émergence. Les sujets ne préexistent pas en premier pour entrer plus tard dans une relation harmonieuse ou conflictuelle. Dans la généalogie, les sujets émergent sur un champ de bataille et jouent leurs rôles ; le monde n'est pas un jeu qui masque la réalité, il est tel qu'il apparaît. ⁶⁶ La généalogie questionne « ce qu'on percevait immobile, elle fragmente ce qu'on pensait uni; elle montre l'hétérogénéité de ce qu'on imaginait conforme à soi-même ». ⁶⁷ En fait, au lieu des origines, des sens cachés ou de l'intentionnalité explicite, le généalogiste trouve dans l'histoire, les événements et les mouvements sociaux des rapports de force. La généalogie cherche des stratégies de domination; l'assujettissement et la domination se trouvent partout où le généalogiste regarde. ⁶⁸

En réfutant la recherche de l'origine, Foucault rejette aussi les continuités ininterrompues, l'évolution et les progressions historiques. ⁶⁹ Au chapitre deux, nous avons montré comment, au tournant du XX^e siècle, les historiens accordaient beaucoup d'importance aux pionnières et ont favorisé une approche évolutive de la profession infirmière qui se serait progressivement constituée, de manière continue, par accumulation de données et par dévoilement de la vérité de son objet. Cependant, pour

Foucault, les objets d'analyse généalogique ne sont pas les périodes les plus nobles ni les individualités les plus pures ni les formes les plus élevées. L'histoire ne doit pas avoir pour but de « remonter le temps pour rétablir une grande continuité » ni de tracer une courbe évolutive des événements.⁷⁰ Son rôle est de dégager les événements de surface, les détails infimes, les dispersions, les disparités, les contours subtils et imperceptibles.⁷¹

Foucault stipule que :

Ces formes préalables de continuité, toutes ces synthèses qu'on ne problématise pas et qu'on laisse valoir de plein droit, il faut [...] les tenir en suspens. Non point, certes, les récuser définitivement, mais secouer la quiétude avec laquelle on les accepte ; montrer qu'elles ne vont pas de soi, qu'elles sont toujours l'effet d'une construction dont il s'agit de connaître les règles et de contrôler les justifications ; définir à quelles conditions et en vue de quelles analyses certaines sont légitimes ; indiquer celles qui, de toute façon, ne peuvent plus être admises.⁷²

Pour Foucault, l'analyse historique peut prendre plusieurs formes et la continuité et le progrès ne représentent qu'une façon parmi tant d'autres de faire l'histoire. Selon lui, la continuité ne dévoile ni finalité ni signification cachée et ce qui ressemble à une évolution continue est en réalité traversée par des formations discursives discontinues.

Dans le but de clarifier la notion de discontinuité, Foucault soutient :

Vous le voyez : absolument pas question de substituer une catégorie, le “ discontinu ”, à celle non moins abstraite et générale du “ continu ”. Je m'efforce au contraire de montrer que la discontinuité n'est pas entre les événements un vide monotone et impensable, qu'il faudrait se hâter de remplir (deux solutions parfaitement symétriques) par la plénitude morne de la cause ou par l'agile ludion de l'esprit ; mais qu'elle est un jeu de transformations spécifiques, différentes les unes des autres (avec, chacune, ses conditions, ses règles, son niveau) et liées entre elles selon les schémas de dépendance. L'histoire, c'est l'analyse descriptive et la théorie de ces transformations.⁷³

La discontinuité est introduite par les transformations et les mutations et vise à reconstituer le parcours des événements afin de découvrir les facteurs multiples qui expliquent leur apparition.⁷⁴ Ainsi, à l'histoire traditionnelle, « antique », Foucault

propose l'histoire « effective ». Celle-ci se différencie de l'histoire traditionnelle en cela qu'elle ne s'appuie sur aucune constance et qu'elle introduit le discontinu, l'irrégulier. Selon Foucault, l'histoire effective « ne se laissera porter par aucun entêtement muet, vers une fin millénaire. Elle creusera ce sur quoi on aime à la faire reposer, et s'acharnera contre sa prétendue continuité ». ⁷⁵ Donc, analyser l'histoire des soins infirmiers à l'aune de l'approche généalogique, c'est analyser l'émergence du savoir infirmier, et il s'agit dans ce cas de remettre en question les thèses élaborées par les historiens sur l'origine du nursing, les événements qui ont jalonné et marqué la profession, l'invention des technologies, les objectifs des politiques dans le domaine de la santé, les décisions gouvernementales et les contingences historiques. En somme, avec l'approche généalogique, l'histoire des soins infirmiers apparaît beaucoup moins certaine que les historiens ne le laissent supposer. La méthode généalogique introduit ainsi une autre perspective.

Foucault indique que la généalogie ne vise pas à disqualifier les savoirs historiques au profit d'un scientisme quelconque. La généalogie entend « désassujettir » les savoirs historiques, c'est-à-dire qu'elle veut les opposer contre « l'ordre du discours » établi et les rendre libres :

By comparison, [...], and in contrast to the various projects which aim to inscribe knowledges in the hierachical order of power associated with science, a genealogy should be seen as a kind of attempt to emancipate historical knowledges form that subjection, to render them, that is, capable of oppostion and of struggle against the coercion of a theoretical, unitary, formal and scientific discourse. ⁷⁶

Foucault précise que la généalogie n'est ni un empirisme, ni un positivisme: elle est en fait une antiscience. Son but c'est de « de faire jouer des savoirs locaux, discontinus, disqualifiés, non légitimés, contre l'instance théorique unitaire qui

prétendrait les filtrer, les hiérarchiser, les ordonner au nom d'une connaissance vraie ».⁷⁷ La généalogie entend lutter contre les contraintes imposées par un discours scientifique, théorique et formel. En fait, il s'agit « de l'insurrection des savoirs, non pas tellement, contre les contenus, les méthodes ou les concepts d'une science, mais [...] contre les effets de pouvoirs centralisateurs qui sont liés à l'institution et au fonctionnement d'un discours scientifique »⁷⁸.

Dans son approche généalogique, Foucault propose une autre alternative quand à l'analyse du pouvoir. Le pouvoir « n'est pas plus un rapport que le lieu où il s'exerce n'est un lieu ».⁷⁹ En aucun cas, le pouvoir ne doit désigner un principe premier et fondamental mais il est appelé à décrire « un agencement où se croisent les pratiques, les savoirs et les institutions, et où le type d'objectif poursuivi ne se réduit pas à la domination mais n'appartient à personne et varie lui-même dans l'histoire ».⁸⁰ Selon Foucault, en chaque moment de l'histoire, le pouvoir se fixe dans un rituel et impose des règles, des obligations et des droits. Ces règles et ces obligations qui découlent de ces rituels sont vides et non finalisées; elles sont faites pour servir et peuvent être ployées au gré de ceux qui les utilisent. Elles se retrouvent au niveau juridique (lois civiles), moral (codes moraux) et dans les lois universelles de l'humanité qui prétendent défendre les normes civilisatrices.⁸¹ Cependant, d'un point de vue généalogique, ces grandes expressions sont le moyen par lequel la domination s'installe et l'histoire, en tant que jeu des rituels de pouvoir, conduit l'humanité de domination en domination. L'histoire, devient ainsi une série de volontés qui tentent de s'approprier le savoir et de le monopoliser.

À travers sa méthode généalogique, Foucault innove dans son analyse mais aussi dans sa manière d'écrire l'histoire. Par exemple, dans son ouvrage *Surveiller et Punir*

(1975), Foucault indique clairement qu'il n'entend pas faire l'histoire du passé en tenant compte du présent mais qu'il vise à écrire l'histoire du présent.⁸² Foucault indique qu'il faut se garder de tomber dans les pièges du présentisme et du finalisme car, si dans le premier cas, l'historien essaie de comprendre les événements passés et de saisir leur signification pour établir des correspondances entre le passé et l'époque actuelle, dans la démarche finaliste, son objectif est d'analyser le présent en fonction d'un point lointain du passé afin de faire valoir qu'il s'est produit une évolution dans une situation donnée. Ces genres d'études, conclut Foucault, conduisent à des certitudes rassurantes où l'historien tend à projeter sur le passé les significations de son époque.⁸³ En comparaison, le projet de Foucault d'écrire l'histoire du présent est bien différent. Cette histoire vise à identifier une pratique contemporaine, à retracer les contraintes qui expliquent cette pratique et à identifier les conditions historiques dont elle dépend encore.⁸⁴ L'histoire du présent débute en tenant compte de la situation présente. Avec cette orientation contemporaine, l'historien doit chercher à déterminer les rituels de pouvoir et les technologies politiques en jeu afin de chercher « où ils sont d'abord apparus, comment ils ont pris forme, acquis de l'importance »⁸⁵. Foucault illustre cette pratique dans son ouvrage *Histoire de la Sexualité : la volonté de savoir* (1976). Il prend comme angle d'analyse la confession, un rite singulier qui fut utilisé dès les premières années du christianisme, pour dévoiler une histoire du présent de la sexualité. Son analyse le porte à identifier la confession comme étant un élément essentiel du pouvoir moderne et à reconnaître que le discours sur le sexe découle d'une tradition monastique et ascétique du XVII^e siècle où la pastorale chrétienne se donnait comme tâche fondamentale « de faire passer tout ce qui a trait au sexe au moulin sans fin de la parole ».⁸⁶ Dans son analyse,

Foucault précise qu'il ne fait pas l'histoire de la société française du XVII^e siècle, mais il met au jour les composantes essentielles de la technologie politique d'aujourd'hui pour suivre leur développement dans l'histoire.⁸⁷ De même, en ce qui a trait à l'histoire des soins infirmiers, et spécialement celui de la construction des savoirs qui est reconnue comme une composante essentielle du rôle des infirmières, nous voulons avec l'apport de la généalogie explorer l'histoire de ces savoirs et identifier ses liens avec le contexte religieux, le pouvoir politique, les sciences médicales, etc. car dans les analyses historiques traditionnelles, les historiens voient surtout le développement de la profession infirmière comme une évolution linéaire et progressive, et la construction des savoirs infirmiers comme le résultat de la contribution des pionnières infirmières et une réponse à la volonté des médecins de disposer d'aides compétentes et bien formées. Avec la généalogie, en faisant l'histoire du présent, nous voulons, non pas connaître le pourquoi de l'apparition des savoirs infirmiers à la fin du XIX^e siècle, mais chercher à comprendre comment ces savoirs ont vu le jour, quels types de discours et quelles technologies ont été mis en place et ont favorisé leur expansion. À ce sujet, les chercheurs Denise Gastaldo et Dave Holmes soutiennent :

The history of the present has shown that Foucault's concepts have profound implications in helping to diversify the way we conceive nursing as a discipline and as a practice. [...] Foucault's theory of power/knowledge provides a framework that can explain nursing in its historical and social relations and as an agency of governmentality in the era of bio-power.⁸⁸

En effet, dans son approche généalogique Foucault s'intéresse aux relations de pouvoir en lien avec le savoir et offre une interprétation radicalement nouvelle de cette dyade.

3.3 Le nexus pouvoir/savoir

Dans ses analyses, Foucault innove et invite à penser le pouvoir en lien avec le savoir. Il nous faut renoncer, soutient-il, à croire à la tradition qui maintient que les relations de pouvoir sont étrangères au savoir et que le savoir est incapable de se développer en dehors des intérêts du pouvoir.⁸⁹ Pour Foucault, pouvoir et savoir sont indissociables car le savoir fournit au pouvoir un milieu pour se reproduire et se conserver alors que le pouvoir permet au savoir de s'actualiser.⁹⁰ Il soutient :

Il faut plutôt admettre que le pouvoir produit du savoir [...]; que pouvoir et savoir s'impliquent directement l'un l'autre; qu'il n'y a pas de relation de pouvoir sans constitution corrélatrice d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir. Ces rapports de « pouvoir-savoir » ne sont donc pas à analyser à partir d'un sujet de connaissance qui serait libre ou non par rapport au système du pouvoir; mais il faut considérer au contraire que le sujet qui connaît, les objets à connaître et les modalités de connaissance sont autant d'effets de ces implications fondamentales du pouvoir-savoir et de leurs transformations historiques.⁹¹

Foucault fait une distinction entre savoir et connaissance. Alors que la connaissance renvoie au « travail qui permet de multiplier les objets connaissables, de développer leur intelligibilité, de comprendre leur rationalité en maintenant la fixité du sujet qui enquête », le savoir « se réfère à toutes les procédures et à tous les effets de connaissance qui sont acceptables à un moment donné et dans un domaine défini ». ⁹² Le savoir est appelé à produire une modification chez le sujet de par le fait qu'il a des connaissances ou par le travail qu'il effectue pour connaître. Selon Foucault, le savoir n'est pas l'apanage d'une science, mais il peut être produit par toute une série de gens, de lieux, d'institutions qui de par leur position, leur ton, leur notoriété, prétendent à la vérité et font résonner cette vérité chez une multitude de personnes.⁹³ Selon Foucault, le pouvoir est un ensemble de mécanismes particuliers qui peuvent induire des

comportements ou des discours et, lié au savoir, opère une neutralisation des effets de légitimité et une mise en lumière de ce qui les rend, à une certaine époque, acceptables.⁹⁴ À cet effet, il convient de définir les lignes de partage des divers pouvoirs ainsi que leurs enjeux principaux, et de se demander comment, dans notre société, les effets de vérité d'une science ont en même temps des effets de pouvoir.⁹⁵ Foucault précise que pouvoir et savoir sont deux termes qui ont un rôle essentiellement méthodologique. Il ne faut les considérer ni comme des principes généraux de la réalité ni s'en servir comme principe de légitimation. Il s'agit, dans l'analyse, de leur donner un contenu déterminé et précis. Au regard du lien entre ces deux notions, Foucault soutient que la formation des discours et la généalogie des savoirs doivent être analysées non en terme de modes de perception et de types d'idéologie, mais en terme de stratégies et de tactiques de pouvoir à travers leur implantation, leur démarcation, leur distribution, leur contrôle d'un territoire et d'organisation d'un domaine.⁹⁶ Pour Foucault, pouvoir et savoir constituent une grille d'analyse qui :

n'est pas composée de deux catégories d'éléments étrangers l'un à l'autre, [...], car rien ne peut figurer comme élément de savoir si, d'une part, il n'est pas conforme à un ensemble de règles et de contraintes caractéristiques, par exemple de tel type de discours scientifique à une époque donnée, et si, d'autre part, il n'est pas doté des effets de coercition ou simplement d'incitation propres à ce qui est validé comme scientifique ou simplement rationnel ou simplement communément reçu, etc. Inversement rien ne peut fonctionner comme mécanisme de pouvoir s'il ne se déploie selon des procédures, des instruments, des moyens, des objectifs qui puissent être validés dans des systèmes plus ou moins cohérents de savoir. Il ne s'agit donc pas de décrire ce qui est savoir et ce qui est pouvoir et comment l'un réprimerait l'autre ou comment l'autre abuserait de l'un, mais il s'agit plutôt de décrire un nexus de savoir-pouvoir qui permette de saisir ce qui constitue l'acceptabilité d'un système.⁹⁷

Les auteurs Hubert Dreyfus et Paul Rabinow spécifient que le concept de pouvoir/savoir tel que Foucault le décrit n'est ni une variante de la sociologie des

connaissances ni une analyse marxiste qui établit les rapports de classe dans la production des savoirs.⁹⁸ Le pouvoir/savoir est plutôt une approche radicale qui consiste à analyser l'investissement politique du corps où le « corps politique » est essentiellement traité comme un ensemble d'éléments matériels et techniques qui « servent d'armes, de relais, de voies de communication et de points d'appui aux relations de pouvoir et de savoir qui investissent les corps humains et les assujettissent en faisant des objets de savoir ». ⁹⁹ Foucault considère que savoir et pouvoir représente une articulation complexe qui permet à la fois d'extraire des individus un savoir, et d'obtenir un savoir sur ces individus qui permet de gouverner leurs pensées et normaliser leurs comportements.¹⁰⁰

En somme, ce qu'il nous faut chercher ce sont les liens, les connexions entre le savoir et les effets de pouvoir qui font en sorte qu'à une époque donné un procédé, un énoncé acquièrent la forme et les justifications qui les rendent acceptables. Ainsi, dans une perspective foucauldienne, notre étude tentera de montrer comment la pratique des infirmières a été guidée historiquement par des formations discursives, des technologies disciplinaires et des impératifs gouvernementaux.

3.4 Les courants historiographiques en soins infirmiers

En voulant redéfinir l'objet de l'étude historique, les historiens du nursing ont fait appel à des thématiques variées à vocation critique qui se positionnent contre les anciennes manières de faire l'histoire et dans lesquelles la contribution des infirmières et des femmes dans l'histoire de la santé a été négligée. Ces thématiques correspondent à de nombreux courants historiques dont les principaux qui retiennent notre attention sont : l'histoire des idées, l'histoire des mentalités, l'histoire sociale, l'histoire orale et l'histoire des femmes. Nous voulons nous attarder sur ces différents courants historiographiques

afin de montrer que toutes ces approches et thématiques couramment utilisées en histoire des soins infirmiers poursuivent l'idée du progrès et de l'évolution continue des soins infirmiers et entendent valoriser les femmes dans la profession infirmière.

Parmi ces différents courants, on retrouve tout d'abord l'histoire des idées. Cette approche vise à décrire et à analyser les grandes idées d'une époque, à révéler la complexité de l'évolution des mouvements de pensée et à rechercher un sens derrière les idées fondatrices qui se sont combinées et différenciées tout au long de l'histoire.¹⁰¹ Selon l'historienne Diane Hamilton, la compréhension du passé de la profession infirmière comme ensemble d'idées fournit une analyse de ses croyances, de ses dirigeants, de ses institutions, ce qui caractérise les soins infirmiers comme une force vivante et évoluant de façon progressive et continue. Les analyses historiques des soins infirmiers fondées sur une telle approche mettent en évidence les idées véhiculées par une infirmière (par exemple Florence Nightingale et sa définition des conditions de santé basées sur l'air frais, la lumière, la chaleur etc.) ou par un groupe d'infirmières (par exemple la professionnalisation selon les leaders infirmières) au cours d'une époque donnée.¹⁰²

L'histoire des mentalités représente une autre approche utilisée en nursing. Elle est caractérisée par des méthodes et un style qui entendent régénérer les conditions et les modalités de la connaissance du passé.¹⁰³ Cette histoire désigne, de façon très générale, une histoire qui se donne de nouvelles formes de pensées, de croyances et de sentiments spécifiques à chaque époque. Elle s'oriente vers de nouveaux sujets d'études comme l'imaginaire, les attitudes, les sensibilités, les symboles, la vie quotidienne, etc. en ce sens qu'elle permet l'appréhension d'un monde dotée de cohérence. Elle vise à récuser la

conception restrictive de l'histoire comprise comme le récit des grands événements.¹⁰⁴ Les historiens en soins infirmiers Marie-Claude Thifault et André Cellard, en révélant l'univers intime, personnel, parfois secret du vécu des femmes et des hommes internés à l'Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu de Montréal, ont fait appel à une telle approche.¹⁰⁵

Les chercheurs en histoire des soins infirmiers ont aussi porté leur attention sur l'histoire sociale qui puise dans le « matérialisme historique » de Karl Marx. L'interprétation marxiste de l'histoire analyse les causes des développements et changements qui s'opèrent dans la société et induit l'idée que les événements historiques dépendent des rapports sociaux, en particulier les luttes entre les classes sociales. La notion de classe chez Marx s'inscrit dans une vision de la société fondée sur les rapports de production (entre la bourgeoisie détentrice des moyens de production et le prolétariat qui ne dispose que de sa force de travail) qui constituent le fondement de toute structure sociale et le résultat de l'évolution économique de la société.¹⁰⁶ Dans le marxisme, l'accomplissement de l'histoire se réalise dans l'unification des intérêts des individus et des groupes au sein d'une société sans classes sociales. Les historiens en soins infirmiers qui se réfèrent au concept marxiste de classe tendent à hiérarchiser les infirmières en deux groupes sociaux : les élites infirmières (classe dominante) qui occupent les sphères décisives de la profession et les infirmières « ordinaires » (classe subalterne) qui travaillent au chevet des patients. Sous l'influence de l'histoire sociale, des chercheurs comme Kathryn McPherson, Cynthia Toman ou Yolande Cohen ont porté leur attention sur l'identité des infirmières marginalisées donnant des soins au chevet, en service privé

et en santé publique pour prouver que ces femmes, autant que les élites, ont contribué à l'évolution du nursing.¹⁰⁷

Depuis la fin des années 1980, plusieurs historiens en soins infirmiers se sont tournés vers l'histoire orale pour saisir l'expérience des infirmières. À l'aide d'entrevues orales, cette micro-histoire permet de collecter des histoires personnelles d'infirmières par rapport aux événements auxquels celles-ci ont pris part au cours de leur carrière. En vertu de cette approche, les historiens veulent saisir, dans toutes leurs dimensions, les rapports sociaux et culturels en jeu dans la profession.¹⁰⁸ C'est dans cette optique, par exemple, que dans une étude de cas, l'historienne canadienne Geertje Boschma, à l'aide de récits oraux, explore l'expérience et le rôle des infirmières à la suite de la mise en place de services ambulatoires dans un centre de psychiatrie à Calgary dans un contexte de désinstitutionnalisation¹⁰⁹.

Le recours à une perspective féministe est sans conteste un angle d'analyse fréquent en histoire des soins infirmiers. Les historiens ayant recours à une telle approche entendent, d'une part, légitimer son utilité en faisant valoir un passé commun aux femmes et, d'autre part, justifier leurs revendications en insistant sur la domination séculaire dont elles ont été l'objet.¹¹⁰ Bien que certaines historiennes font une ligne de démarcation entre l'histoire des femmes, qui représente l'accès donné aux femmes dans l'histoire de la santé, et l'histoire féministe, qui suppose une analyse de la subordination des infirmières, de notre point de vue, il est évident que les historiennes en nursing peuvent toutes être regroupées sous la bannière du féminisme. La filiation entre l'histoire féministe et l'histoire des infirmières consiste à souligner la contribution des infirmières dans l'histoire de la santé, à combler les vides laissés par une histoire centrée sur les

hommes, à dénoncer le rôle subalterne imposé aux infirmières - bref à faire le plein de connaissances autour de l'importance des femmes dans l'histoire du nursing. L'objectif avoué est de rendre visible les femmes et destituer l'universel masculin.¹¹¹

Au regard de notre position épistémologique, nous proposons une analyse qui diffère de ces approches historiques. Il s'agit dans une optique généalogique et à l'aide de l'analyse de discours de discerner comment, selon Foucault, l'histoire peut être écrite de façon autre que ne le font les historiens « traditionnels ». Comme l'indique l'historienne Joan W. Scott, les historiens ont fait le choix d'étudier des problèmes concrets et ces problèmes constituent des processus complexes. Cependant, ce sont des processus dont il faut tenir compte et se demander comment les événements se sont produits.¹¹²

3.4.1 Critique des approches historiques en soins infirmiers

Le domaine de l'histoire auquel Foucault a surtout consacré son attention est celui caractérisé traditionnellement comme « histoire des idées ». En premier lieu, Foucault oppose à celle-ci son approche archéologique qu'il désigne comme une nouvelle façon d'écrire l'histoire.¹¹³ Toutefois, plus tard, il attribue à sa démarche une portée plus large qui ne se restreint pas uniquement à l'histoire des idées mais englobe toutes les approches historiques car, souligne-t-il, « leur spécificité peut être négligée pour un instant ».¹¹⁴ En effet, dans l'introduction de son *Archéologie du savoir* (1969), Foucault souligne que par les différentes approches : histoire des idées, de la mentalité, de la pensée, des sciences, etc., les historiens ont tenté, dans la plupart de leurs recherches d'établir de grandes continuités de la pensée; de faire sortir, sous le devenir d'une science s'acharnant à exister et à s'achever, une discipline; de révéler, sous les manifestations massives et homogènes d'un esprit, une mentalité collective, une identité commune.¹¹⁵ Tout d'abord,

en tenant compte de l'idée d'une identité commune, il est possible de remarquer que certaines études en histoire du nursing appuient le fait que l'histoire aide à soutenir une identité commune entre les infirmières. Étant donné que la profession est composée majoritairement de femmes provenant d'horizons plus ou moins similaires et exécutant les mêmes tâches, celles-ci partageraient une identité collective.¹¹⁶ Reprenant l'expression utilisée par l'historien américain Benedict Anderson, les infirmières au sein de la profession représentent, selon nous, une « communauté imaginée » puisque au sein même des membres qui la composent, plusieurs chercheurs en histoire du nursing ont fait ressortir de nombreuses divergences.¹¹⁷ Par exemple, les recherches des historiennes Kathryn McPherson, Celia Davies et Patricia D'Antonio reconnaissent que plusieurs valeurs prônées par l'élite infirmière, surtout au sujet de la professionnalisation et les conditions de travail, ont largement miné la solidarité et une identité commune entre celle-ci et les infirmières de chevet.¹¹⁸ Selon Foucault, l'identité est une forme instable, floue et dissoluble qui doit se définir non pas comme des réalités définies une fois pour toutes mais par des trajectoires différentes.¹¹⁹

On remarque aussi que les historiens en nursing ont fait le choix de favoriser des approches qui leur offrent la possibilité de perpétuer la linéarité des événements. Leur but étant de montrer que l'histoire se déploie selon un continuum absolu, il leur est difficile de ne pas considérer l'histoire comme un processus linéaire. Selon Foucault, quel que soit le contexte envisagé (par exemple, un espace temporel idéalisé et entièrement détaché des conditions matérielles de son déroulement ou au contraire un temps réaliste où se produit une accumulation infinie et continue de ses différents moments), leurs analyses restent les mêmes étant donné que dans un cas comme dans l'autre l'historien est incapable de

prendre ses distances puisque, pour lui, l'histoire doit demeurer une linéarité sans faille.¹²⁰ Or, pour Foucault, les genèses linéaires tendent à décrire l'histoire comme si « les mots gardaient leur sens, les désirs, leur direction, les idées, leur logique ; comme si ce monde de choses dites et voulues n'avait pas connu invasions, luttes, rapines, déguisements, ruses ». ¹²¹ Ces genèses contribuent à nier les évènements et les discours qui ont joué des rôles différents au cours de l'histoire. Foucault maintient qu'

Il faut remettre en question ces synthèses toutes faites, ces groupements que d'ordinaire on admet avant tout examen, ces liens dont la validité est reconnue d'entrée de jeu; il faut débusquer ces formes et ces forces obscures par lesquelles on a l'habitude de lier entre eux les discours des hommes, il faut les chasser de l'ombre où elles règnent.¹²²

La profession infirmière est également présentée comme une suite successive de progrès où la vocation basée sur les principes de charité et de dévouement précède le métier d'infirmière et se fait succéder par la professionnalisation des infirmières, qui voit le jour grâce aux luttes menées par les pionnières. De même, dans cette vision continuiste et évolutive des choses, le savoir s'élaborerait d'une manière en quelque sorte cumulative, continûment progressive, sans remise en question de ses antécédents. Face à ces approches continuistes et évolutives, Foucault soutient qu'il faut s'affranchir de toutes les notions qui prolongent le thème de la continuité :

Telle la tradition : elle vise à donner un statut temporel singulier à un ensemble de phénomènes à la fois successifs et identiques (ou du moins analogues); elle permet de repenser la dispersion de l'histoire dans la forme du même; elle autorise à réduire la différence propre à tout commencement, pour remonter sans discontinuer dans l'assignation indéfinie de l'origine; grâce à elle, on peut isoler les nouveautés sur fond de permanence, et en transférer le mérite à l'originalité, au génie, à la décision propre aux individus. [...]. Telles les notions de développement ou d'évolution : elles permettent de regrouper une succession d'évènements dispersés, de les rapporter à un seul et même principe organisateur, de les soumettre à la puissance exemplaire de la vie (avec ses jeux adaptatifs, sa capacité d'innovation, l'incessante corrélation de ses

différents éléments, ses systèmes d'assimilation et d'échanges), de découvrir, déjà à l'œuvre dans chaque commencement, un principe de cohérence et l'esquisse d'une unité future, de maîtriser le temps par un rapport perpétuellement réversible entre une origine et un terme jamais donnés, toujours à l'œuvre. Telles encore les notions de « mentalité » ou d'« esprit » qui permettent d'établir entre les phénomènes simultanés ou successifs d'une époque donnée une communauté de sens, des liens symboliques, un jeu de ressemblance et de miroir – ou qui font surgir comme principe d'unité et d'explication la souveraineté d'une conscience collective.¹²³

Avec l'analyse de discours, Foucault nous invite à renoncer à tous ces thèmes qui ont pour fonction de garantir l'infinie continuité du discours et sa secrète présence dans le jeu d'une absence toujours reconduite. Il faut se tenir prêt, selon Foucault, à accueillir chaque moment du discours dans son irruption d'évènement, et dans cette dispersion qui lui permet d'être répété, su, oublié, transformé, effacé jusque dans ses moindres traces.¹²⁴

Les approches en histoire ont aussi cherché à trouver l'origine des soins infirmiers. Par exemple, les historiens ont tendance à faire valoir que le nursing moderne débute avec les réformes de Florence Nightingale en Angleterre au milieu du XIX^e siècle. De l'avis de Foucault, rechercher l'origine consiste premièrement à essayer de retrouver ce qui s'est déjà produit, et à ne pas tenir compte de toutes les péripéties qui ont pu avoir lieu. Ainsi, plutôt que d'ajouter foi à de telles analyses, l'approche généalogique de Foucault nous incite à considérer ces assertions comme une invention des pionnières car « ce qu'on trouve, au commencement historique des choses, ce n'est pas l'identité préservée de leur origine – c'est la discorde des autres choses, c'est le disparate ».¹²⁵ Il nous faut aussi nous défaire de l'idée de l'origine qui voit dans le commencement ce qu'il y a de plus précieux. En fait, soutient Foucault, l'origine historique est « dérisoire, ironique et propre à défaire toutes les infatuations ».¹²⁶ Foucault remarque également que les historiens tendent à présenter l'origine comme le lieu de la vérité; une vérité qui

rendrait possible un savoir qui pourtant la recouvre, et ne cesse de la méconnaître. En fait, derrière la vérité récente, avare et mesurée, Foucault souligne la présence d'une prolifération d'erreurs.¹²⁷ Il précise que faire la généalogie des valeurs, de la connaissance ne consiste pas à partir à la « quête de leur " origine ", en négligeant comme inaccessibles tous les épisodes de l'histoire; ce sera [...] ne pas avoir de pudeur pour aller les chercher là où ils sont – en " fouillant les bas-fonds "; leur laisser le temps de remonter du labyrinthe où nulle vérité ne les a jamais tenus sous sa garde ». ¹²⁸

Les recherches en nursing ont approfondi la réflexion sur l'histoire sociale et les articulations entre les catégories sociales, qu'il s'agisse de la classe ou des rapports sociaux de genre, de race, d'ethnicité, etc. Elles montrent que, sous l'influence de la sociologie, les catégories sociales contribuent à établir des formes de domination, une division dans le travail et une organisation matérielle de la société. Pour les historiens des soins infirmiers, nous l'avons vu, ces rapports sociaux insistent sur un travail de catégorisation sociale des infirmières en tant que groupe et individus. Foucault conteste la réalité des catégories. Il soutient que les catégories sont des mythes résultant d'un système historique de classification. Les historiens ont tendance à utiliser ces catégories comme si elles étaient statiques. Or, les catégories sont des représentations historiques. Par exemple, si l'on considère la catégorie « femme », on remarque que la femme du XVIII^e siècle n'est pas la même que celle du XX^e ou du XXI^e siècle; sa représentation diffère d'une époque à l'autre. Selon Foucault les catégories hommes/femmes, malades/sains, raison/folie et les autres catégories (classe, race, genre, sexe, etc.) ont été inventées au cours de la période moderne; elles sont discursivement construites et expriment la plupart du temps des relations de pouvoir.¹²⁹ Ces constructions discursives

visent à créer une taxonomie qui octroie un statut autant à ceux qui s'identifient à elles qu'à ceux qui leur ont attribué ce statut. Ce système tend à agir comme un ensemble de critères « scientifiques » qui, lorsqu'ils sont appliqués, nous font penser le monde d'une certaine façon. Les catégories sont constituées non par un individu, mais par les sociétés; elles sont le produit de l'activité humaine. Le discours sur les catégories fait partie d'un processus décrit par Foucault comme étant la constitution de sujets, où les différentes formes de pouvoir et de savoir créent de nouvelles façons de concevoir et de penser les individus.¹³⁰ Par rapport à ces classements réfléchis, l'approche généalogique invite à demander comment ces catégories ont été créées, « selon quel espace d'identités, de similitudes, d'analogies, avons-nous pris l'habitude de distribuer tant de choses différentes et pareilles. [...] Pourquoi il y a en général un ordre, à quelle loi générale il obéit, pour quelle raison c'est plutôt cet ordre-ci qui est établi et pas tel autre? ». ¹³¹ Foucault incite à analyser les conditions de possibilité du discours par lesquelles les catégories ont été reconnues, posées, nouées avec l'espace et le temps, pour former le socle positif des connaissances telles qu'elles se déploient dans différentes disciplines. Il souligne que dans l'analyse du discours, plutôt que d'une histoire au sens traditionnel, « ce qui doit apparaître, ce sont, dans l'espace du savoir, les configurations qui ont donné lieu aux formes diverses de la connaissance empirique ». ¹³² De l'avis de Joan W. Scott,

il nous faut trouver des moyens de soumettre sans cesse les catégories à la critique, et les analyses à l'auto-critique. Ce qui signifie analyser dans son contexte la manière dont opère toute opposition binaire, renversant et déplaçant sa construction hiérarchique, au lieu de l'accepter comme réelle, comme allant de soi ou comme étant dans la nature des choses. ¹³³

Aussi, il est important de noter que même si leurs dénominations diffèrent, il serait erroné de croire que ces disciplines historiques ne partagent pas des points communs. Les analyses historiques basées sur l'histoire des mentalités, l'histoire des

idées, l'histoire orale, etc. se réfèrent en réalité surtout à l'herméneutique où l'historien cherche un sens qui n'a pas été déposé intentionnellement dans un texte ou dans un récit oral et tente de découvrir et déchiffrer le sens caché (dans le cas de l'histoire sociale de découvrir une idéologie) de ce que les acteurs ont vraiment voulu dire.¹³⁴ C'est le philosophe Wilhem Dilthey dans son étude sur l'herméneutique qui développe cette méthode comme une garantie d'objectivité des sciences humaines et qui fait le lien entre l'herméneutique et l'histoire. Dilthey soutient que l'herméneutique, malgré la différence de méthodes, peut prétendre au statut d'une science au même titre que les sciences naturelles. L'herméneutique « is first and foremost an inner reality, a coherence experience from within ».¹³⁵ L'herméneutique suit trois phases : la première caractérisée par une recherche d'explication intérieure, la deuxième par une compréhension directe et la troisième par un besoin d'interprétation. L'herméneutique en tant que théorie de l'interprétation suppose principalement la compréhension des actions humaines: non seulement la parole et l'écriture, mais aussi les expressions artistiques et visuelles, les gestes physiques et les actions observables.¹³⁶

Dilthey établit aussi un lien entre l'herméneutique et l'histoire. Il cherche à déterminer les conditions d'une connaissance scientifique pour l'histoire et fait valoir que l'histoire ne peut être fiable que s'il est possible d'amener la compréhension de ce qui est singulier au niveau d'une validité universelle. Ainsi construite, la conscience historique permet à l'historien de comprendre le passé de l'humanité et de cette appréhension objective de la vie individuelle. De même, il est possible de déduire des lois plus générales et des relations plus inclusives.¹³⁷ Selon Dilthey,

[H]ermeneutics should make interpretation conscious of its mode of procedures and of its justification, [...] to preserve the general validity of

interpretation and to give a theoretical justification for such validity, upon which all the certainty of historical knowledge is founded. Seen in this context of the theory of knowledge, of logic and the methodology of the human studies, the theory of interpretations become an essential connecting link between philosophy and the historical disciplines.¹³⁸

Le philosophe Jürgen Habermas a critiqué l'approche herméneutique. Il soutient que cette approche s'apparente à une compréhension scientifique positiviste : « Historicism has attached the illusion of objectivity according to pure theory. It seems as if the interpreter simply places himself within the horizon of the world of language from which a given historical fact derives its meaning ». ¹³⁹ Dans le même ordre d'idées, Foucault soutient que l'interprétation ne consiste pas à découvrir un sens caché. ¹⁴⁰ Pour lui, le langage ne traduit pas toujours ce qu'il dit. Le sens que l'on donne au langage n'est peut-être en réalité qu'un moindre sens ou qui transmet un autre sens. Aussi, il se pourrait, soutient Foucault, que le langage déborde de sa forme verbale et qu'il y ait d'autres choses qui parlent qui ne soient pas du langage. ¹⁴¹ Foucault ajoute que « [t]he more one interprets the more one finds not the fixed meaning of a text, or of the world, but only other interpretations. These interpretations have been created and imposed by other people, not by nature of things ». ¹⁴² L'herméneutique révèle ainsi une interprétation sans fin et « in this discovery of groundlessness the inherent arbitrariness of interpretation is revealed ». ¹⁴³ Et, si l'interprétation ne s'achève jamais, souligne-t-il, c'est parce qu'il n'y a rien à interpréter, car en réalité tout est déjà interprétation. ¹⁴⁴ Foucault soutient :

Si interpréter, c'était mettre lentement en lumière une signification enfouie dans l'origine, seule la métaphysique pourrait interpréter le devenir de l'humanité. Mais si interpréter, c'est s'emparer, par violence ou subreption d'un système de règles qui n'a pas en soi de signification essentielle, et lui imposer une direction, le ployer à une volonté nouvelle, le faire entrer dans un autre jeu et le soumettre à des règles secondes, alors le devenir de l'humanité est une série d'interprétations. Et la généalogie doit en être l'histoire : histoire des morales, des idéaux, des concepts métaphysiques,

histoire du concept de liberté ou de la vie ascétique, comme émergences d'interprétations différentes. Il s'agit de les faire apparaître comme des événements au théâtre des procédures.¹⁴⁵

Ainsi, avec la perspective foucauldienne, il ne s'agit pas d'une analyse de la forme contraignante, souveraine et unique de l'histoire ni l'esprit unitaire d'une époque ou la forme générale de sa conscience. Il n'est pas question non plus de rechercher l'origine et l'éclipse d'une structure formelle qui régnerait un temps sur toutes les manifestations de la pensée. Il ne s'agit pas non plus de retracer des pensées, ou des sensibilités séculaires, naissant, balbutiant de l'histoire. En fait, en esquisant sa théorie du discours et sa généalogie, Foucault veut montrer que les discours, et particulièrement les discours scientifiques, sont l'objet des pratiques politiques qui déterminent leurs conditions d'émergence, d'existence, d'insertion et de fonctionnement.¹⁴⁶

Les historiens ont recours à de multiples approches pour analyser l'histoire des soins infirmiers. Dans le cadre de cette étude, l'analyse de discours et la généalogie de Michel Foucault, présentées dans ce chapitre, nous servent de guide méthodologique et conceptuel. Ils apportent une contribution significative à la compréhension des fondements épistémologiques de la discipline infirmière en lui fournissant une approche historique et philosophique permettant de cibler les multiples discours en jeu dans le champ infirmier et de porter un regard sociopolitique par rapport au développement de la profession. À l'aide de la généalogie de Foucault et son analyse de discours, nous voulons redéfinir la perception habituelle de l'histoire et des savoirs infirmiers, des discours qui les sous-tendent, des pouvoirs qui les traversent et des institutions qui les incarnent.

- ¹ Petit Larousse illustré (Paris : Larousse, 2006).
- ² Barry Alpha Ousmane, « Les bases théoriques en analyse du discours », consulté le 16 janvier 2014. <http://www.chaire-mcd.uqam.ca/component/customproperties/tag/Auteur-Alpha%20O.%20Barry.html>.
- ³ Alec McHoul et Wendy Grace, *A Foucault primer: Discourse, power and the subject* (London, UK: Routledge, 1993), 140 p.
- ⁴ Garry Gutting, « Michel Foucault », *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, consulté le 10 décembre 2015. [<http://plato.stanford.edu/archives/win2014/entries/foucault/>].
- ⁵ McHoul et Grace, *A Foucault primer: Discourse, power and the subject*, 35.
- ⁶ Michel Foucault, *L'archéologie du savoir* (Paris : Gallimard, 1969), 53.
- ⁷ Arnold I. Davidson, « Archéologie, généalogie, éthique ». Dans Hoy, David Couzens, *Michel Foucault : lectures critiques* (Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a., 1989), 243-256.
- ⁸ Foucault, *L'archéologie du savoir*, 212.
- ⁹ Stuart Hall, « Representation, meaning, and language ». Dans Hall Stuart. *Representation: Cultural, representation and signifying practices* (Great Britain: Sage Publication, 1997), 15-74.
- ¹⁰ Michel Foucault, « Dialogues sur le pouvoir », *Dits et Écrits*, tome 3 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 464-477.
- ¹¹ Foucault, *L'archéologie du savoir*, 53.
- ¹² *Ibid.*, 53-54.
- ¹³ Dominique Maingueneau, « Pertinence de la notion de formation discursive en analyse de discours », *Langage et société* 1, no 135 (2011) : 87-99, doi : 10.3917/lis.135.0087.
- ¹⁴ Jozef Van de Wiele, « L'histoire chez Michel Foucault. Le sens de l'archéologie », *Revue Philosophique de Louvain* 83, no 52 (1983) : 614.
- ¹⁵ Angèle Kremer-Marietti, *Michel Foucault : Archéologie et généalogie* (Paris: Livre de Poche, 1985), 38.
- ¹⁶ Jean-François Bert, *Introduction à Michel Foucault* (Paris : Édition La Découverte, 2001), 101.
- ¹⁷ Gavin Kendall et Gary Wickham, *Using Foucault's methods* (London: Sage, 1999), 38.
- ¹⁸ Michel Foucault, *Les mots et les choses : Une archéologie des sciences humaines* (Paris : Gallimard, 1966), 13.
- ¹⁹ Foucault, *L'archéologie du savoir*, 167.
- ²⁰ Ian Hacking, « Archéologie, généalogie, éthique ». Dans Hoy, David Couzens (dir.), *Michel Foucault : lectures critiques* (Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a., 1989), 39-54.
- ²¹ Reiner Keller, « L'analyse de discours comme sociologie de la connaissance : Présentation d'un programme de recherche », *Langage & société*. 2, no 120 (2007) : 55-76.
- ²² Foucault, *L'archéologie du savoir*, 121.
- ²³ Michel Foucault, *L'Ordre du discours* (Paris : Éditions Gallimard, 1971), 11.
- ²⁴ Foucault, *L'Ordre du discours*, 70.
- ²⁵ *Ibid.*, 27.
- ²⁶ *Ibid.*, 30.
- ²⁷ *Ibid.*, 31.
- ²⁸ Judith Revel, *Le vocabulaire de Foucault* (Paris : Ellipses Édition, 2009), 68 p.
- ²⁹ McHoul et Grace, *A Foucault primer: Discourse, power and the subject*, 26.
- ³⁰ Foucault, Michel. *L'Ordre du discours*, 37-38.
- ³¹ *Ibid.*, 38-39.
- ³² *Ibid.*, 45.
- ³³ Foucault, *L'Ordre du discours*, 45-46.
- ³⁴ *Ibid.*, 12.
- ³⁵ *Ibid.*, 13.
- ³⁶ *Ibid.*, 15-19.
- ³⁷ Michel Foucault, « Truth and power ». Dans Gordon Colin, *Power/knowledge: selected interviews and other writings* (New York: Pantheon Books, 1980), 109-133.
- ³⁸ Hubert Dreyfus et Paul Rabinow, *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (Chicago: The University of Chicago Press, 1992), 173.
- ³⁹ Foucault, *L'Ordre du discours*, 19.
- ⁴⁰ *Ibid.*, 12.
- ⁴¹ Foucault, « Truth and power », 132-133.

- ⁴² Charles Taylor, « Foucault, la liberté, la vérité ». Dans Hoy, David Couzens (dir.), *Michel Foucault : lectures critiques* (Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a., 1989), 113.
- ⁴³ Luc Van Campenhout et Nicolas Marquis, *Cours de sociologie* (Paris : Dunod, 2014), 275.
- ⁴⁴ Gérard Leclerc, « Histoire de la vérité et généalogie de l'autorité », *Cahiers internationaux de sociologie* 2, no 111 (2001) : 205-231, doi: 10.3917/cis.111.0205.
- ⁴⁵ Michel Foucault, « Entretien avec Michel Foucault », *Dits et Écrits*, tome 3 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 158.
- ⁴⁶ Foucault, *L'archéologie du savoir*, 250.
- ⁴⁷ Foucault, *Les mots et les choses*, 13.
- ⁴⁸ Michel Foucault, « Réponse à une question », *Dits et Écrits*, tome 1 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 676.
- ⁴⁹ Foucault, « Réponse à une question », 673-695.
- ⁵⁰ Michel Foucault, « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et Écrits*, tome 3 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 299.
- ⁵¹ Michel Foucault, « Le jeu de Michel Foucault », 301.
- ⁵² *Ibid.*, 300.
- ⁵³ Judith Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, 8.
- ⁵⁴ Barry Smart, *Michel Foucault* (London, UK: Routledge, 2002), 150 p.
- ⁵⁵ Florence Hulak, « Michel Foucault, la philosophie et les sciences humaines : jusqu'où l'histoire peut-elle être foucauldienne ? », *Tracés*, 3, no HS-13 (2013), 103-120, doi: 10.4000/traces.5718.
- ⁵⁶ Hulak, « Michel Foucault, la philosophie et les sciences humaines », 103-120
- ⁵⁷ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*, 155.
- ⁵⁸ Smart, *Michel Foucault*, 54.
- ⁵⁹ Michel Foucault, « Nietzsche, la généalogie l'histoire », *Dits et écrits*, tome 2, Paris, Éditions Gallimard, 1994, p. 136-157.
- ⁶⁰ Smart, *Michel Foucault*, p. 59.
- ⁶¹ Foucault, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », 136-137.
- ⁶² *Ibid.*, 136
- ⁶³ *Ibid.*, 136-156.
- ⁶⁴ Roger Chartier, « Vu par un historien. Au bord de la falaise ». Cité dans Serres Alexandre, « L'archéologie du savoir : la dimension critique », Consulté le 15 avril 2014. [https://hal.inria.fr/file/index/docid/108451/filename/Texte_ArcheologieSavoir.pdf].
- ⁶⁵ Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, 37.
- ⁶⁶ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*, 109.
- ⁶⁷ Foucault, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », 142.
- ⁶⁸ Peter Miller et Ted O'Leary, « Accounting and the construction of the governable person », *Accounting Organizations and Society* 12, no 3 (1987): 235-265.
- ⁶⁹ Larry Shiner, « Reading Foucault: Anti-method and the genealogy of power-knowledge », *History and Theory* 21, no 3 (1982): 382-398.
- ⁷⁰ Foucault, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », p. 141.
- ⁷¹ Hubert Dreyfus et Paul Rabinow. *Michel Foucault : un parcours philosophique au-delà de l'objectivité et de la subjectivité* (Paris : Éditions Gallimard, 1984), 158.
- ⁷² Foucault, *L'archéologie du savoir*, 37.
- ⁷³ Judith Revel, « Michel Foucault : discontinuité de la pensée ou pensée du discontinu ? », *Le Portique* 13-14 (2004), para.7.
- ⁷⁴ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault : un parcours philosophique* », 157.
- ⁷⁵ Foucault, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », 147.
- ⁷⁶ Michel Foucault, « Two lectures ». Dans Gordon Colin, *Power/knowledge: selected interviews and other writings* (New York: Pantheon Books, 1980), 85.
- ⁷⁷ Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, 37.
- ⁷⁸ Michel Foucault, « Cours du 7 janvier 1976 », *Dits et écrits*, tome 3 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 165.
- ⁷⁹ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault : un parcours philosophique*, 110.
- ⁸⁰ Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, 47.
- ⁸¹ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault : un parcours philosophique*, 110.

- ⁸² Michel Foucault, *Surveiller et Punir : naissance de la prison* (Paris : Éditions Gallimard Collection Tel, 1995), 40.
- ⁸³ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault : un parcours philosophique*, 174-176.
- ⁸⁴ David Garland, « What is a history of the present? On Foucault's genealogies and their critical preconditions », *Punishment & Society* 16, no 4 (2014), 365-384.
- ⁸⁵ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault: un parcours philosophique*, 175; Robert Castel, «Problematization as a mode of reading history ». Dans Goldstein Jan E. (dir), *Foucault and the writing of history* (Cambridge, Mass: Blackwell, 1994), 237-252.
- ⁸⁶ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité : La volonté du savoir* (Paris : Éditions Gallimard, 1976), 30.
- ⁸⁷ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité : La volonté du savoir*, 91 ; Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault : un parcours philosophique*, 176.
- ⁸⁸ Denise Gastaldo et Dave Holmes, « Nursing and Foucault: A History of the Present », *Nursing Inquiry*, 6, no 1 (1999), 231-240.
- ⁸⁹ Foucault, *Surveiller et punir*, 35.
- ⁹⁰ Bert, *Introduction à Michel Foucault*, 102.
- ⁹¹ Foucault, *Surveiller et Punir*, 36.
- ⁹² Michel Foucault, « Qu'est-ce que la critique? [Critique et Aufklärung] », *Bulletin de la société française de philosophie* 84, no 2 (1978), 48. ; Michel Foucault, « Entretien avec Michel Foucault », *Dits et Écrits, tome 2* (Paris : Éditions Gallimard Coll. Quarto, 1980), 876.
- ⁹³ Michel Foucault, « Pouvoir et savoir », *Dits et Écrits*, tome 2 (Paris : Gallimard Coll. Quarto, 1980), 408.
- ⁹⁴ Michel Foucault, « Qu'est-ce que la critique? », 35-63.
- ⁹⁵ Bert, *Introduction à Michel Foucault*, 27.
- ⁹⁶ Michel Foucault, « Questions on geography ». Dans Gordon Colin, *Power/knowledge: selected interviews and other writing* (New York: Pantheon Books, 1980), 63-77.
- ⁹⁷ Foucault, « Qu'est-ce que la critique? », 48-49.
- ⁹⁸ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault : un parcours philosophique*, 115.
- ⁹⁹ Foucault, *Surveiller et punir*, 37.
- ¹⁰⁰ *Ibid.*, 35-37.
- ¹⁰¹ Jean-Paul Rosaye, « L'institutionnalisation de l'histoire des idées: un conflit de méthodes et de statuts », *Revue LISA* 7, no 3 (2009) : 334-348.
- ¹⁰² Diane B. Hamilton, « The idea of history and the history of ideas », *Journal of Nursing Scholarship* 25, no 1 (1993): 45-48.
- ¹⁰³ Nicolas Righi, « L'héritage du fondateur ? L'histoire des mentalités dans l'École des « Annales », *Le Philosophoire* 1, no 19 (2003) : 155-174, doi : 10.3917/phoir.019.0155.
- ¹⁰⁴ Florence Hulak, « En avons-nous fini avec l'histoire des mentalités ? », *Philonsorbonne* 2 (2008) : 89-109.
- ¹⁰⁵ Marie-Claude Thifault et André Cellard, *Une toupie sur la tête : Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu* (Montréal : Boréal, 2007), 325 p.
- ¹⁰⁶ Karl Marx et Friedrich Engels, *L'idéologie allemande. Première partie : Feuerbach* (Chicoutimi : J. M. Tremblay, 2002), 2-59; Camille-Georges Picavet, « Le matérialisme historique et son évolution », *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger* 60 (1905) : 511-532.
- ¹⁰⁷ Kathryn McPherson, *Bedside matters : The transformation of Canadian nursing, 1900-1990* (Toronto : University of Toronto Press, 1996), 343 p.; Cynthia Toman, « Trained brains are better than trained muscles : scientific management and Canadian nurses, 1910-1919 », *Nursing History Review* 11, no 1 (2003) : 89-108; Yolande Cohen, « Rapports de genre, de classe et d'ethnicité : L'histoire des infirmières du Québec », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 21, no 2 (2004) : 387-409. Voir aussi : Robert Dingwall, Anne Marie Rafferty et Charles Webster, *An Introduction to the Social History of Nursing* (London : Routledge, 1988), 246 p. Et, pour le Canada, l'ouvrage de John C. Walsh, et James William Opp. *Home, work, and play: situating Canadian social history, 1840-1980*. Don Mills, ON: Oxford University Press, 2006.
- ¹⁰⁸ Sandra B. Lewenson et Eleanor Krohn Hermann, *Capturing Nursing History: A Guide to Historical Methods in Research* (New York: Springer Publishing Company, 2007), 257 p.
- ¹⁰⁹ Geertje Boschma, « Community Mental Health Nursing in Alberta, Canada: An Oral History ». *Nursing History Review* 20 (2012): 103-35; Voir aussi: Charlene Ronquillo, « Leaving the Philippines: Oral

Histories of Nurses' Transition to Canadian Nursing Practice », *Canadian Journal of Nursing Research* 44, no 4 (2012): 96-115.

¹¹⁰ Fabrice Virgili, « L'histoire des femmes et l'histoire des genres aujourd'hui », *Vingtième siècle : Revue d'histoire* 3 no 75 (2002), 5-14 ; Denyse Baillargeon, « Histoire orale et histoire des femmes : itinéraires et points de rencontre », *Recherches féministes* 6, no 1 (1993) : 53-68.

¹¹¹ Yolande Cohen, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec* (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2000), 207.

¹¹² Joan W. Scott, « Genre : une catégorie utile d'analyse historique », *Les Cahiers du GRIF*, no 37-38 (1988), 125-153.

¹¹³ Jozef Van de Wiele, « L'histoire chez Michel Foucault. Le sens de l'archéologie », *Revue philosophique de Louvain* 83, no 52 (1983) 601-633.

¹¹⁴ Foucault, *L'archéologie du savoir*, 10.

¹¹⁵ *Ibid.*, 10-11.

¹¹⁶ Yolande Cohen, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, 207 p. ; Yolande Cohen, « Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec », *Recherche en soins infirmiers*, 2, no 93 (2008) : 84 -93; Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eillen C. Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec* (Montréal, Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec, 1970), 270 p.

¹¹⁷ Benedict Anderson, *Imagined communities: Reflections on the origins and spread of nationalism*, (3rd Ed.) (London, UK: Verso, 2006), 1-8.

¹¹⁸ Kathryn McPherson, *Bedside Matters*, 343 p.; Celia Davies, *Gender and the Professional Predicament in Nursing* (Buckingham, UK: Open University Press, 1995), 220; Patricia D'Antonio, « Revisiting and Rethinking the Rewriting of Nursing History », *Bulletin of the History of Medicine* 73, no 2 (1999), 268-290.

¹¹⁹ Michel Foucault, « Pour une morale de l'inconfort », *Dits et écrits*, tome 3 (Paris : Gallimard, 1994), 786.

¹²⁰ Judith Revel, « Michel Foucault : discontinuité de la pensée ou pensée du discontinu ? », para.15.

¹²¹ Foucault, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », 136.

¹²² Foucault, *L'archéologie du savoir*, 32.

¹²³ *Ibid.*, 31-32.

¹²⁴ *Ibid.*, 37.

¹²⁵ Foucault, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », 138.

¹²⁶ *Ibid.*, 139.

¹²⁷ *Ibid.*, 139.

¹²⁸ *Ibid.*, 140.

¹²⁹ John Scott, *Conceptualising the Social World: Principles of Sociological Analysis* (Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2011), 39-85.

¹³⁰ Foucault, *Les mots et les choses*, 8-17; Jorge J. E. Gracia, « Are categories invented or discovered? A response to Foucault », *The Review of Metaphysics* 55, no 1 (2001), 3-20.

¹³¹ Foucault, *Les mots et les choses*, 11.

¹³² *Ibid.*, 13

¹³³ Joan W. Scott, « Genre : une catégorie utile d'analyse historique », 54.

¹³⁴ Jean Quillien, « Pour une autre scansion de l'histoire de l'herméneutique : Les principes de l'herméneutique de W. Von Humboldt ». Dans Laks André et Ada Neschke, *La naissance du paradigme herméneutique : de Kant et Schleiermacher à Dilthey* (Lille, France : Les Presses Universitaires du Septentrion, 2006),71-105.

¹³⁵ Wilhem Dilthey and Frederik Jameson, « The rise of hermeneutics », *New Literary History* 3, no 2 (1972), 231

¹³⁶ Rudolf Makkreel, « Wilhelm Dilthey », *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, consulté le 15 décembre 2015. <http://plato.stanford.edu/archives/sum2012/entries/dilthey/>.

¹³⁷ Dilthey et Jameson, « The rise of hermeneutics », 229-244.

¹³⁸ Dilthey et Jameson, *The rise of hermeneutics* », 244

¹³⁹ Jürgen Habermas, « Knowledge and interest », *Inquiry* 9, no 1-4, 293-300.

¹⁴⁰ Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault : Beyond structuralism and hermeneutics*, 107

¹⁴¹ Michel Foucault, « Nietzsche, Freud, Marx », *Dits et Écrits*, tome 1 (Paris : Gallimard, 1994), 564-580.

¹⁴² Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*, 107.

¹⁴³ *Ibid.*, 107.

¹⁴⁴ Michel Foucault, « Nietzsche, Freud, Marx », 564-580.

¹⁴⁵ Foucault, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », 146.

¹⁴⁶ Foucault, « Réponse à une question », 673-695.

Chapitre IV

Méthodologie

Dans le chapitre précédent, nous avons établi que de notre recherche entendait analyser le discours de la construction des savoirs infirmiers dans la province de Québec. Pour cela, il était nécessaire de prendre en considération les processus, les conditions de possibilité en vertu desquels les savoirs scientifiques infirmiers se sont développés au tournant et tout au long du XX^e siècle. Dans les lignes qui suivent, nous entendons montrer comment les principes et les règles découlant de notre posture épistémologique nous ont aidés dans l'échantillonnage des sites et des documents d'archives et dans la collecte et l'analyse des données.

4.1 Mise en contexte

Pour cette recherche, il était question au départ d'entreprendre une analyse des revues professionnelles infirmières du Québec publiées de 1927 à 2004 afin de faire ressortir l'apport des leaders infirmières dans la construction du savoir infirmier. Une telle analyse basée sur l'herméneutique devait faire valoir l'importante contribution des pionnières dans l'évolution de la profession infirmière. Pendant un certain temps, nous avons oscillé entre la nécessité de délimiter le champ de l'étude à une analyse des élites intellectuelles et celle fondée sur une étude moins traditionnelle; une analyse qui à nos yeux serait plus profonde, plus originale et plus critique.

Suite à l'exposition à l'analyse de discours et aux concepts foucaaldiens, il nous est apparu très rapidement qu'en utilisant une approche herméneutique certains discours forts importants pour la compréhension du sujet à l'étude et qui permettent, par exemple

d'établir des liens entre le pouvoir et le savoir, seraient occultés. Pour mener à bien ce projet, nous avons donc décidé d'adopter une position plus politique et l'analyse de discours et l'approche généalogique de Foucault fournissaient, selon nous, l'opportunité d'effectuer un tel retournement méthodologique. Celles-ci offrent, en effet, la possibilité de mettre au jour des événements, des discours et des pratiques dans un domaine¹ et par conséquent aident à envisager de nouvelles ouvertures dans le cadre de notre recherche. Pour ce faire, il nous a fallu tout d'abord rechercher les différents endroits où les énoncés relatifs à la profession infirmière pouvaient se déployer.

4.2 Constitution du corpus

L'approche généalogique de Foucault demande de faire appel à une pluralité de sources textuelles. Dans le souci de tenir compte le plus que possible de l'ensemble des discours en jeu dans le domaine infirmier, nous avons voulu, dans notre collecte des données, rassembler le maximum d'énoncés à l'œuvre dans la construction et le développement de la profession, de la pratique et des savoirs infirmiers. Les documents sélectionnés débutent de 1896 à 1974 qui représentent la période des premiers jalons de la création des écoles d'infirmières sous la gouvernance des religieuses au Québec et de leur fermeture. Étant donné notre posture épistémologique, il était important d'avoir un corpus hétérogène pouvant contenir des énoncés relevant de types et de genres de discours variés, car selon le linguiste Dominique Maingueneau, si le chercheur rassemble « un corpus constitué de textes du même genre il perd ce qui fait l'intérêt heuristique de la formation discursive ».² Ainsi, en accord avec les impératifs méthodologiques, nous avons tenu à utiliser un large éventail de textes à partir d'une variété de sources afin de trouver les régularités, les variations et les contradictions dans les énoncés. Cette façon de

procéder nous a permis de rassembler une multitude de matériaux dans différents sites d'archives notamment : correspondances personnelle et administrative, actes législatifs et constitutifs, échanges épistolaires, minutes et procès-verbaux des associations médicales et infirmières, programmes de cours, publications officielles dans les journaux infirmiers, médicaux, hospitaliers, etc. Ces documents se concentrent sur un certain nombre d'événements importants qui se sont produits dans l'histoire des soins infirmiers.

L'échantillon que nous avons constitué pour cette étude allait au-delà d'un simple regroupement basé sur la similitude des textes. Le choix a certes été fait en fonction de la disponibilité des textes dans les sites d'archives, mais aussi cette option se justifiait parce que ces documents représentaient un moyen d'acquérir un éclairage nouveau sur les possibilités qu'ils ajoutaient à notre analyse. Subséquemment, une liste exhaustive de toutes les personnes, institutions, et organisations ayant été impliquées de près ou de loin dans le développement de la profession et des savoirs infirmiers a donc été élaborée. Notre étude nous a ainsi conduits dans plusieurs centres d'archives privés et publics canadiens à travers les villes de Montréal et de Québec dans la province de Québec et à Bathurst au Nouveau-Brunswick étant donné que les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph ont ouvert plusieurs écoles d'infirmières francophones dans cette province. Il en est ressorti que Montréal serait le lieu principal de notre recherche étant donné que cette ville a été le témoin de l'ouverture des deux premières écoles d'infirmières dans la province de Québec soit l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et l'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de l'Institut Marguerite d'Youville, la première école de formation supérieure pour les infirmières et de l'École d'hygiène sociale appliquée. En raison du rôle pionnier de ces écoles, nous anticipions une

documentation riche et abondante qui permettrait de mieux cerner le problème à l'étude. De plus, les revues professionnelles infirmières telles que le *Canadian Nurse* (1905-1930), première revue infirmière anglophone publiée au Québec, *La Veilleuse*, première revue infirmière francophone publiée au Québec de 1924 à 1927, *La Garde-Malade Canadienne-Française* (1928-1957), *Les Cahiers du Nursing Canadien* (1958-1963), *Les Cahiers du Nursing* (1964-1973), *Nursing Québec* (1976-1980), de même que les revues médicales *l'Union Médicale du Canada* (les numéros allant de 1883 à 1912 ont été consultés) et *L'Action Médicale* (1925-1930) ont également fait partie du corpus à l'étude. Certaines publications et revues (médicales et infirmières) non-disponibles dans les centres d'archives précités et le Fonds d'archives de Charlotte Tassé (fondatrice de la revue *La Garde-Malade Canadienne-Française*) ont également été consultées à la Grande Bibliothèque de Montréal, à Bibliothèque et Archives nationales du Québec et à Bibliothèque et Archives du Canada.

4.3 Collecte des données

À cette étape de notre étude, nous avons, dans un premier temps, jugé opportun de consulter diverses sources secondaires pour avoir une idée des différents documents utilisés par les chercheurs qui avaient déjà mené des recherches sur l'histoire des soins infirmiers. Cela nous a permis de faire un premier tri. Par la suite, nous nous sommes rendus aux Archives des Sœurs Grises de Montréal, aux Archives de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal qui avait été sous la direction de ces mêmes religieuses et aux archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Montréal qui nous ont fourni une importante documentation sur les deux premières écoles d'infirmières francophones de Montréal et sur les hôpitaux qui les abritaient. Les informations recueillies ont soulevé

de nombreuses questions et nous nous sommes interrogées sur les énoncés qui étaient véhiculés dans ces documents. De là, nous avons cherché d'autres manuscrits susceptibles de fournir des réponses aux questions soulevées lors de la consultation de ces documents. Cela nous a conduits à d'autres sites d'archives dont les Archives de l'Archevêché de Montréal, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Université de Montréal et du Collège des Médecins du Québec. Les documents consultés dans ces différents sites nous ont fourni des éléments d'informations qui ont contribué à élargir notre analyse. Par la suite, nous avons découvert dans les données recueillies que les infirmières en santé publique ont joué un rôle important dans la transmission des savoirs sur l'hygiène sociale et, pour cela, nous avons décidé d'inclure les Archives des Sœurs de l'Espérance et les Archives de la Ville de Montréal qui contiennent les documents relatifs aux infirmières de Santé Publique de la ville de Montréal. Ces deux groupes d'infirmières ont joué un rôle clé dans les soins domiciliaires à Montréal. Outre ces institutions, d'autres documents ont été répertoriés et consultés notamment, à Québec, nous avons dépouillé les archives des Ministères de l'Éducation, de la Santé et du Bien-être afin de mieux comprendre le rôle de l'État dans la formation des infirmières et la gestion des hôpitaux au Québec. Aussi, étant donné que les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Montréal avaient ouvert quatre écoles d'infirmières francophones dans la province du Nouveau-Brunswick, nous avons dépouillé les archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph à Bathurst où sont conservés les documents relatifs à ces écoles. Au cours de cette quête documentaire, nous avons contacté d'autres chercheurs en histoire des soins infirmiers afin de savoir comment elles ont procédé pour trouver leurs données. Les suggestions fournies par ces

chercheuses nous ont permis de cibler certains sites d'archives et de ressortir quelques idées quant à la façon de poursuivre notre collecte des données.

Les documents consultés ont été soit photographiés soit photocopiés selon les règlements des institutions. Bien que nous n'avions pas de clause éthique attaché à notre étude étant donné que notre recherche se concentrait sur des documents d'archives, il a fallu à certains endroits et pour certains documents, signer des clauses de confidentialité au cas où des membres de la famille des personnes mentionnées dans les fonds d'archives seraient encore en vie. Dans chacun de ces cas, les formulaires relatifs au respect de la confidentialité quant à l'utilisation des documents ont été signés. De plus, nous avons tenu à respecter l'énoncé en matière d'éthique de la recherche et les valeurs fondamentales relatives aux documents et données d'archives édictées par la Société Canadienne d'Histoire. Dans le cadre de cette recherche, nous avons donc appliqué ces différents principes : 1) N'utiliser les travaux inédits d'autres chercheurs et universitaires qu'avec leur permission et en en faisant dûment mention; 2) S'engager à préserver et à respecter l'intégrité du document historique, et ne jamais forger, détruire, déformer ou cacher des sources ou des preuves; 3) Mentionner toutes les sources primaires et tous les travaux d'autres chercheurs auxquels nous avons eu recours; 4) Faire preuve d'intégrité dans la recherche en utilisant le matériel d'archives conformément aux règles établies par les sources archivistiques; 5) Appliquer les principes de rigueur et d'intégrité scientifiques dans l'obtention, l'enregistrement et l'analyse des données.³ Enfin, il est important de signaler que plusieurs historiens ont déjà eu recours à ces fonds d'archives. Ces études se sont concentrées pour la plupart sur le contexte infirmier en montrant comment certaines catégories sociales font partie des facteurs ayant influencé le développement et

l'évolution de la profession infirmière ou comment la transformation des soins infirmiers est tributaire de l'évolution de la formation ce qui a rendu possible le passage du métier d'infirmière à la profession infirmière.⁴ Toutefois, notre étude, comme nous l'avons mentionné au chapitre deux, propose une perspective d'analyse différente.

4.4 Analyse des données

Dans ses écrits, Michel Foucault ne propose pas de techniques pour analyser les discours. Par contre, il demande de respecter certaines exigences méthodologiques et suggère pour cela quatre principes. Le premier est le principe de renversement qui invite à considérer les sources traditionnelles du discours (auteur – discipline – volonté de vérité) comme des actes négatifs de découpage et de raréfaction du discours. De plus, il propose de faire intervenir le principe de discontinuité où les discours doivent être considérés comme des pratiques discontinues qui se croisent, se jouxtent ou s'excluent selon les cas. Foucault suggère aussi le principe de spécificité qui invite à concevoir le discours comme une violence que nous faisons aux choses, une pratique qu'on leur impose et où les événements du discours trouvent une certaine régularité. Enfin, le principe d'extériorité demande d'aller vers les conditions externes de possibilités et vers ce qui donne lieu à la série aléatoire des événements et qui fixe les bornes de ces événements.⁵

Quoique Foucault ne fournisse pas une standardisation de l'analyse de discours,⁶ la chercheuse Hannelore Bublitz, en s'appuyant sur les règles de formation du discours décrites par Foucault, propose le plan suivant pour l'analyse de discours :

1. Identifier les discours en étudiant les régularités, variations et démarcations des énoncés et en classant les énoncés par leurs régularités.

2. Analyser les renvois entre discours, interdiscours et contexte.
3. Retracer dans les discours les schémas d'opposition fondamentaux.
4. Reconstruire les effets du pouvoir et de vérité découlant de ces discours.⁷

Afin de faciliter l'analyse de cette immense documentation qui était à notre disposition, nous avons tout d'abord commencé par comprendre l'époque et le contexte historique à l'étude soit, dans notre cas, la fin du XIX^e siècle et le XX^e siècle au Québec. Par la suite, nous avons décidé de suivre les étapes suggérées par Hannelore Bublitz. Nous avons résolu de diviser la documentation en site d'archives et les différents documents ont été lus et relus. Sans idées préconçues et sans faire d'interprétation, nous avons d'abord identifié les énoncés en fonction de leurs régularités, de leurs variations et nous avons classés ceux qui présentaient des similarités. Nous avons ainsi pu établir des liens entre les différents énoncés et les effets qu'ils ont eu sur les savoirs et la profession infirmière. Par la suite, nous avons recherché la présence de contre-discours dans les documents. Les revues médicales, la correspondance entre les médecins et les religieuses ou entre les membres du clergé ont été regroupés ensemble afin de faire ressortir les énoncés contradictoires par rapport aux données retrouvées dans les documents des écoles d'infirmières. De plus, la correspondance, les minutes et les procès-verbaux ont été considérés comme des messages internes et les publications dans les journaux représentaient les messages externes. Ceci a permis de faire une comparaison entre les énoncés et voir s'il y avait concordance. Toutefois, il nous faut souligner que cette comparaison n'a pu être effectuée pour toutes les années considérées à l'étude étant donné que certains procès-verbaux du Collège des médecins et de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec n'étaient pas accessibles au public en raison de la confidentialité de certains dossiers. En étant ainsi organisée, notre analyse nous a offert l'opportunité de

retracer les éléments d'opposition entre les discours et reconstruire les effets de pouvoir et de vérité résultant de ces discours.

À mesure que le classement et l'analyse progressaient, nous avons réalisé que certaines lignes de démarcations très nettes identifiaient les formations discursives. Nous avons donc pris la décision d'explorer trois moments historiques dans notre analyse. Ces trois moments présentent chacun une représentation différente de la façon dont les soins infirmiers et particulièrement les savoirs scientifiques infirmiers étaient définis. Ainsi, le premier moment marque l'apparition des écoles d'infirmières à la fin du XIX^e siècle qui correspond à une définition « traditionnelle » du savoir infirmier. Le deuxième moment historique fait référence aux savoirs scientifiques infirmiers associés à l'hygiène sociale. Le troisième moment se rattache à une définition plus contemporaine des savoirs scientifiques infirmiers retrouvée au cours de la période de la Révolution tranquille au Québec dans les années 1960-1970.

En mettant en lumière les courants historiographiques généralement retrouvés dans la recherche en soins infirmiers cela a permis de montrer la position des historiens tout au long du XX^e siècle. De même, la présentation de notre cadre théorique facilite la compréhension de notre position épistémologique et permet de mieux saisir l'orientation que nous voulons donner à cette étude. Afin de poursuivre la discussion, le prochain chapitre présente les résultats de l'analyse empiriques des données.

¹ Michel Foucault, « Nietzsche, la généalogie, l'histoire », *Dits et Écrits*, tome 2 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 136-157.

² Dominique Maingueneau, « Que cherchent les analystes du discours ? », *Argumentation et Analyse du Discours* 9 (2012) 1-14.

³ Société Canadienne d'Histoire, « Énoncé de la SCH en matière d'éthique de la recherche », consulté le 22 novembre 2011. <http://www.cha-shc.ca/francais/a-propos/enonce-de-la-shc-en-matiere-dethique-de-la-recherche.html#sthash.XPeKx9BL.dpbs>.

⁴ Yolande Cohen, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec* (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2000), 207.

⁵ Michel Foucault, *L'Ordre du discours* (Paris : Éditions Gallimard, 1971), 53-55.

⁶ Derek Hook, « Discourse, knowledge, materiality, history- Foucault and discourse analysis. *Theory and psychology* 11, no 4 (2001) 521-547; Hook, Derek. « Genealogy, discourse, 'effective history': Foucault and the work of critique ». *Qualitative Research in Psychology* 2, no. 1 (2005): 3-31.

⁷ Hannelore Bublitz, « Differenz und Integration. Zur diskursanalytischen Rekonstruktion der Regelstrukturen sozialer Wirklichkeit ». Cité dans Juliette Wedl, « L'analyse de discours « à la Foucault » en Allemagne : trois approches et leurs apports pour la sociologie. », *Langage et société* 2, no 120 (2007) : 35-53, doi : 10.3917/ls.120.0035.

Chapitre V

Le système hospitalier au Canada-français

Dès les débuts de la Nouvelle-France en 1639, l'hôpital joue un rôle considérable dans le milieu sanitaire. Destiné tout d'abord aux pauvres, les transformations majeures dans le domaine médical l'impose, à la fin du XIX^e siècle, comme un incontournable dans le maintien de la santé. L'évacuation de la maladie du champ de la métaphysique et l'émergence de la médecine clinique et de l'anatomie pathologique constituent les principales conditions de sa redéfinition au tournant du XX^e siècle. Pour étayer cette analyse dans le contexte canadien-français et tenant compte du rôle qu'ils ont joué dans le développement des soins infirmiers, deux hôpitaux catholiques francophones retiennent notre attention : l'Hôtel-Dieu de Montréal et l'Hôpital Notre-Dame de Montréal. Dans les pages qui suivent, nous allons présenter et analyser les changements qui ont conduit à la réorganisation et la médicalisation de ces institutions hospitalières au Canada-français, les transformant en de véritables « machines à guérir ».

5.1 Les hôpitaux francophones de Montréal

Lors de la création de Montréal en 1642, la ville ne disposait que d'un seul hôpital, l'Hôtel-Dieu de Montréal, pour desservir la population canadienne-française. Deux siècles, plus tard, l'ouverture de l'Hôpital Notre-Dame représente une autre institution hospitalière dont la mission est d'offrir des soins à cette frange de la population.¹ Bien que tout le long du XX^e siècle plusieurs hôpitaux sont venus se greffer à ces deux institutions, nous allons, dans le cadre de ce projet, nous concentrer sur ces

deux hôpitaux francophones qui représentent les premiers lieux de formation des infirmières canadiennes-françaises et fournissent, selon nous, une vision très juste de la situation des soins de santé à Montréal.

5.1.1 L'Hôtel-Dieu de Montréal : un hôpital charitable



Figure 1 : Hôtel-Dieu de Montréal
(Source : Le Sympathique, Juin-Juillet-Août, 1943)

Érigé en 1642 par Jeanne Mance lors de la fondation de Ville-Marie (ancien nom de Montréal), l'Hôtel-Dieu de Montréal est, tout d'abord, un petit dispensaire dédié à « recevoir les pauvres Francois Et Sauvages mallades ou passans »² de la colonie naissante. Deux ans plus tard, ce dispensaire est reconstruit entièrement et devient officiellement l'Hôtel-Dieu de Montréal.³ Le nouveau bâtiment mesure soixante pieds de long et vingt-quatre de large. Il comprend entre autre deux pièces pour « les pauvres malades »⁴ : la salle pour les hommes contenant six lits et la salle pour les femmes comprenant deux lits.⁵ La Compagnie de la Nouvelle-France⁶ pourvoit le nouvel établissement en mobilier et équipements.⁷ L'arrivée en octobre 1659 des sœurs Judith

Moreau de Brésoles, Catherine Macé et Marie Maillet à l'Hôtel-Dieu de Montréal marque le début des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph au Canada. Venues de La Flèche, en France, à la demande de Jeanne Mance pour la seconder dans le soin des pauvres et des démunis, ces religieuses reçoivent de Monseigneur Laval de Québec, la permission de demeurer à l'Hôtel-Dieu de Montréal : « Nous vous permettons d'aller au dict Montréal pour y servir et gouverner les pauvres malades ». ⁸

La communauté des Hospitalières de Saint-Joseph est propriétaire de l'Hôtel-Dieu et en assume l'administration. Les religieuses travaillent gratuitement et les fonds pour administrer l'établissement viennent des dons et des subsides versés par le roi de France dans un premier temps et par le gouvernement anglais après la conquête de 1760. ⁹ La supérieure agit dans les affaires financières et civiles au nom de la communauté. Elle est responsable de la direction de l'hôpital par l'entremise d'une religieuse, l'hospitalière en chef, et c'est à cette dernière qu'il appartient de recevoir les patients et de les diriger vers les départements appropriés. Selon les premières Constitutions des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph rédigées en 1643 par leur fondateur, M. de la Dauversière,

Les Filles de Saint-Joseph seront des personnes entièrement consacrées à Dieu pour Le servir saintement dans l'exercice de la vie spirituelle et dans la pratique de la parfaite charité à l'endroit du prochain, et spécialement dédiées au service de Jésus-Christ en la personne des pauvres qui sont ses membres ¹⁰.

Au chevet des malades et des pauvres, les sœurs soignantes travaillent dans une optique de charité, de dévouement, d'oubli de soi et d'abnégation. La charité est ce qui les inspire et est à la base des soins qu'elles procurent. Leur dévouement au chevet des malades n'a d'égal que leur amour des pauvres. Les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph reconnaissent dans les pauvres les membres souffrants de Jésus-Christ. Elles

appliquent ce qui est indiqué dans la Bible : « toutes les fois que vous avez fait ces choses à l'un de ces plus petits de mes frères, c'est à moi que vous les avez faites ». ¹¹ Cette conception du soin se retrouve dans les statuts même des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph. Les premières Constitutions de 1643 exposent comment les religieuses doivent exercer leurs œuvres de miséricorde corporelle en servant les pauvres malades. Il leur est recommandé de ne pas laisser endurcir leur cœur par l'habitude lorsqu'elles prennent soin des malades. Il faut « qu'elles s'efforcent par désir souvent renouvelé, de conserver un cœur humble, tendre et compatissant servant les pauvres avec un visage modestement doux et joyeux, en sorte qu'on y lise le plaisir qu'elles prennent de servir Jésus-Christ en ses membres » ¹². Quant aux œuvres de miséricorde spirituelle à exercer envers les pauvres, il leur est prescrit :

Autant que le salut de l'âme est plus important que la santé du corps d'autant plus volontiers les Filles doivent dresser toutes leurs intentions, travaux, charité, à ce que les âmes soient aidées pieusement et ce, à propos pour leur salut; si bien qu'elles doivent procurer et faire en sorte que tous les malades pendant qu'ils seront dans l'Hôtel-Dieu servent et honorent Dieu; tous ceux qui y mourront s'en aillent au ciel, et que ceux qui en sortiront après y avoir reçu la santé du corps, remportent encore la santé de l'âme. ¹³

Les religieuses hospitalières se chargent de rendre aux malades tous les services qu'ils réclament sans toutefois préjudicier l'ordre de l'Hôtel-Dieu. Les Règles et Constitutions exigent des religieuses une discipline sévère. Les religieuses veillent à ce que l'ordre, la propreté et le silence règnent dans les salles. Elles n'acceptent pas que leurs patients:

[. . .] soient mal-propres, ny indécentement couverts, qu'ils salissent les salles ny qu'ils fassent du bruit, ou qu'autrement ils incommovent les autres malades. S'il arrivoit qu'ils jurassent, querelassent, dissent quelques paroles deshonnêtes, ou commissent quelques fautes de telle nature, l'Hospitalière ou sa compagne qui en auront connaissance les reprendront

premièrement avec douceur ; que si néanmoins ils continuent, il faut les corriger plus fortement.¹⁴

Dans le texte révisé de leurs Coutumiers et Règles Communes de 1750, les attentes sont formulées aux différentes responsables appelées à travailler au chevet des pauvres. L'hospitalière doit avoir une charité sans borne pour secourir les pauvres malades :

Comme le trésor, les richesses plus précieuses, et le sujet de tout le bonheur de la Congrégation sont les Pauvres qui sont confiés à l'Hospitalière en chef, elle doit avoir un amour zélé (sic) pour leur procurer les biens spirituels, et pour bien gouverner les temporels qui leur appartiennent.¹⁵

Afin de s'acquitter des vœux qu'elles ont formulés, les religieuses au service des pauvres doivent se plier aux exigences suivantes : « les Sœurs ne se reposeront pas sur d'autres, des services qu'elles leur peuvent rendre elles-mêmes. Car autrement, elles perdraient le mérite de l'hospitalité ».¹⁶ Cet intérêt manifeste à s'investir auprès des pauvres et des malades ne vise pas les soins physiques. Dès les débuts de leur apostolat, les religieuses prennent soins des pauvres dans le but de sauver leurs âmes :

Comme les pauvres sont l'unique trésor de la Congrégation, l'Hospitalière à qui en est confié le soin, doit exercer à leur égard une charité sans bornes, une affection toute maternelle, une humilité profonde, une foi vive, une grande douceur, un courage et une patience invincibles, une prompte et exacte vigilance, une persévérance à toute épreuve, moyennant cela, tout en soignant les corps, elle travaillera constamment à gagner les âmes à Dieu, en s'assurant à elle-même la récompense promise à ceux qui assistent les pauvres.¹⁷

À l'officière – sœur à qui l'on confie la responsabilité d'un service (hospitalier ou enseignement) sur lequel elle doit exercer la vigilance pour la conduite des personnes et des choses – il est recommandé qu'en traitant avec les malades, les religieuses ou les laïques, les médecins ou les infirmières, les employés etc., de voir avant tout un apostolat à exercer et des âmes à sanctifier.¹⁸ Quant à l'administratrice, elle doit s'assurer que

« chaque patient – membre souffrant du Christ – est accueilli avec bienveillance et servi avec la plus intraitable charité ». ¹⁹ À travers les religieuses hospitalières, l'Hôtel-Dieu veut être le lieu témoin de l'esprit d'abnégation et de miséricorde où les pauvres malades reçoivent la guérison physique et morale et, au cas où leur condition empire et deviennent critique, le gage du salut éternel.

L'œuvre des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph tire son inspiration d'une philosophie fondée sur la vertu chrétienne de la charité qui incite à se consacrer entièrement au soin des malades et selon laquelle soigner consiste avant tout à sauver les âmes puis guérir les corps. Selon Céline Lefève, philosophe du soin, le principe du salut de l'âme tient au fait que le soin vise avant tout à soulager la souffrance. Il convient de souligner que dans le christianisme la souffrance de l'homme est considérée comme la souffrance du Christ qui rachète les péchés humains. La souffrance est signe d'élection et le salut de l'âme récompense celui qui fait œuvre de charité et de soins. La souffrance du malade est aussi vue comme celle du pénitent; elle est à la fois l'effet du péché originel et le signe de la déchéance humaine. La souffrance du corps est ainsi considérée comme le chemin privilégié du salut de l'âme. Cette philosophie conduit par conséquent à favoriser une médecine religieuse de l'âme. ²⁰ Cependant, à ce sujet, Foucault souligne que les procédures de l'assistance sont fortement critiquées au cours du XVIII^e siècle. Les secours ne doivent pas être le résultat d'un devoir ou d'une obligation morale des riches envers les pauvres car ceci amène au prime abord à réaliser un quadrillage de la population et des distinctions entre les différentes catégories de pauvres auxquelles s'adressaient la charité (ex : bons et mauvais pauvres, oisifs volontaires et chômeurs involontaires). Dans la pratique, une analyse de l'oisiveté tend à rendre la pauvreté utile

en la fixant sur l'appareil de production afin d'alléger le plus possible le poids qu'elle fait peser sur le reste de la société. En réalité, il s'agit de l'élaboration de procédures afin de mettre au travail les pauvres valides et de les transformer en une main d'œuvre utile.²¹

De même, dans une analyse détaillée des pratiques assistantielles en France, le sociologue Robert Castel soutient que le christianisme a davantage conforté que contredit les catégories fondamentales et les entreprises raisonnables qui structurent le champ assistantiel. Il note surtout que l'assistance chrétienne est inspirée par le souci de gérer rationnellement la pauvreté. En fait, la charité chrétienne ne vise pas toutes les formes de pauvreté. Elle s'inscrit plutôt dans une économie du salut²² fondée sur une perception discriminatoire des pauvres qui méritent d'être pris en charge. Est exaltée la pauvreté spirituelle du *pauper Chriti* qui manifeste le mépris des appartenances terrestres et est exclus le pauvre qui se révolte contre l'ordre du monde voulu par Dieu et qui s'oppose aux vues de la Providence. Dans cette logique d'exclusion, Castel souligne le lien étroit entre la pauvreté et l'hérésie dans la mesure où la non-acceptation de la pauvreté est un acte virtuellement hérétique de contestation de la création et de son économie de salut. Le « mauvais pauvre » est une catégorie théologique qui n'est pas digne de recevoir la charité chrétienne. Le pauvre est ainsi instrumentalisé en tant que moyen privilégié pour permettre au riche d'exercer la vertu chrétienne suprême, la charité, et ainsi faire son salut.²³ « Dieu aurait pu rendre tous les hommes riches, mais il a voulu qu'il y ait des pauvres pour que les riches puissent ainsi racheter leurs péchés. »²⁴ En somme, la charité chrétienne, ou dans un terme plus contemporain, la philanthropie, dans les hospices, les hôtels-dieu et les hôpitaux, représente un moyen de discipliner les indigents et les pauvres non valides ou pour reprendre les termes utilisés par Monseigneur Laval de Québec de

« gouverner les pauvres malades » et constituent de ce fait une ligne de force politique de l'assistance. Une telle perspective contredit les analyses historiques en nursing qui stipulent que la philanthropie exercée par les femmes a toujours été une activité maternaliste et charitable.

Dans notre esprit contemporain, les hôpitaux représentent automatiquement des lieux de soins détenant les dernières technologies disponibles. Cette façon d'envisager l'hôpital n'est cependant qu'une vision rattachée à l'époque actuelle. En fait, dans l'histoire, penser l'hôpital, c'est envisager en premier lieu des bâtiments construits depuis le Moyen Âge dans de nombreuses villes d'Europe et fréquemment dénommés en France : Hôtel-Dieu, c'est-à-dire, « un lieu d'asile ou un hospice, souvent fondé par une congrégation religieuse ». ²⁵ L'idée de l'hôpital qui fonctionne en Europe et qui a été transportée en Nouvelle-France, n'a pas pour but de guérir et n'a même jamais été conçu dans une telle optique. Avant le XVIII^e siècle, l'hôpital est à la fois une institution de séparation et d'exclusion, car il s'agit de contrôler la propagation des maladies imputées à la pauvreté et de fournir de l'assistance aux pauvres et aux miséreux. De là, l'existence nécessaire de l'hôpital, tant pour recueillir les pauvres que pour protéger les autres du danger de certaines maladies que ces derniers risquent de propager. ²⁶ L'ouverture de l'Hôtel-Dieu de Montréal au cours du XVII^e siècle, avec ce souci de soigner les pauvres malades, s'inscrit dans cette lignée. Jusqu'au XVIII^e siècle, le personnage central de l'hôpital n'est donc pas le malade à qui il faut fournir des soins, mais le pauvre qui nécessite de l'assistance matérielle et surtout spirituelle et à qui il faut donner les ultimes secours et les derniers sacrements. Le personnel caritatif de l'hôpital, composé la plupart du temps de religieuses hospitalières et quelque fois de laïques, travaille pour faire œuvre

de miséricorde et assurer le salut du pauvre malade tout en garantissant le leur. Comme le souligne Foucault, l'hôpital en tant qu'institution servait surtout « à sauver l'âme du pauvre au moment de la mort ainsi que celle du personnel qui le prenait en charge. Il [l'hôpital] exerçait une fonction de transition de la vie vers la mort, de salut spirituel beaucoup plus qu'une fonction matérielle ». ²⁷

Jusqu'au XVIII^e siècle, la pratique de la médecine reste fidèle aux traditions et dogmes de l'Antiquité. Fondée sur des théories élaborées par des penseurs grecs comme Hippocrate ou Galien, cette doctrine médicale se base sur la théorie des humeurs (sang, phlegme, bile jaune, bile noire ou atrabile) ou la théorie des miasmes. Ces théories expriment la solidarité entre le corps de l'homme, sa maladie et la nature qui assurent l'équilibre et la santé humaine. La médecine basée sur l'air, l'eau, la température, l'alimentation, etc. considère la maladie comme un phénomène naturel qui obéit à des lois naturelles. La maladie serait le résultat d'un dérèglement de cet équilibre et le médecin doit s'efforcer de le rétablir pour que le patient recouvre la santé. ²⁸ De son côté, Foucault note également et ce, jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, la dominance de la médecine classificatrice ou nosologique dans la pensée et la pratique médicales. Se calquant sur les méthodes utilisées en histoire naturelle, cette médecine classificatrice fait de la maladie une espèce naturelle et établit rigoureusement les faits pathologiques dans des tableaux par familles, genres et espèces. ²⁹ La médecine classificatrice fait abstraction du malade et de son corps et conçoit que la maladie a une existence propre et autonome. Le patient est considéré comme un fait extérieur brouillant l'expression naturelle de la maladie. L'intervention médicale dans la maladie tourne autour du concept de crise qui représente le moment où s'affrontent dans le malade sa nature saine et la maladie dont il est atteint.

Dans cette lutte entre la nature saine et la maladie, le médecin observe les signes, prévoit l'évolution de la maladie et favorise, dans la mesure du possible, le triomphe de la santé et de la nature sur la maladie. Le médecin se base ainsi sur des prédictions et joue un rôle d'arbitre et d'allié de la nature contre la maladie.³⁰ En ce qui concerne l'organisation des soins médicaux, Foucault précise qu'il s'agit de privilégier les soins au sein de la famille où tout concourt à aider la nature à lutter contre le mal. Selon l'expression de Foucault, l'hôpital est considéré comme « un temple de la mort »,³¹ un lieu artificiel qui en raison des différents malades qui s'entrecroisent, altère la nature profonde de la maladie : « Cette solitude peuplée, ce désespoir perturbent avec les réactions saines de l'organisme, le cours naturel de la maladie; [...] En effet, aucune maladie d'hôpital n'est pure ». ³²

Selon Foucault, une telle idée conduit à la condamnation des hôpitaux, qui, parce qu'ils concentrent les malades en milieu clos, sont accusés de troubler le cours de la maladie et de la pervertir. Le contact avec les multiples maux dénature la maladie qui devient, par conséquent, incurable car méconnaissable pour le médecin. De ce fait, jusqu'au XVIII^e siècle, l'hôpital reste une institution d'assistance et de conversion spirituelle destinée aux pauvres et aux indigents où les connaissances et la pratique médicales sont aux antipodes de la médecine moderne. Dans les institutions hospitalières, le médecin reste une figure aléatoire travaillant sous l'autorité du personnel religieux qui exerce les fonctions administratives et d'assistance sociale et qui détient tous les pouvoirs. La visite médicale n'était pas une pratique courante; elle était même très irrégulière - ce qui est compréhensible étant donné le but des hôpitaux. En principe, elle devait se faire une fois par jour et ce, pour des centaines de malades. Il s'agissait en fait, souligne Foucault, d'une simple vérification ou justification et non d'une action thérapeutique concrète.³³

Subséquemment, à la fin du XVIII^e siècle, l'hôpital et la médecine restent deux domaines séparés.³⁴

À l'Hôtel-Dieu de Montréal, une telle structure est en place depuis 1659. Les religieuses sont les seules dispensatrices des soins. L'hôpital, destiné aux pauvres, indigents et mendiants, ne dispose pas de médecins attitrés. Les religieuses hospitalières exercent tous les pouvoirs. Elles sont chargées de la vie quotidienne de l'hôpital et sur le plan spirituel, du salut des personnes internées. Elles font appel au médecin uniquement lorsqu'il est question de s'occuper des malades les plus gravement atteints. Au cours des années 1660, l'annaliste de l'Hôtel-Dieu, sœur Marie Morin, mentionne la présence de l'abbé Gabriel Souart, prêtre-médecin qui procurait de menus soins à la population en Nouvelle-France.³⁵ C'est en 1714 que l'historien Gilles Janson signale l'embauche de Joseph Benoît comme chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Dans un premier temps, ce médecin est chargé de soigner les officiers et les soldats du détachement de la marine puis les pauvres et indigents qui y sont admis. À son arrivée à l'Hôtel-Dieu, le docteur Benoît travaille dans le cadre d'une structure administrative déjà fortement implantée.³⁶ Les religieuses sont en charge des soins et de toute la partie administrative. Elles occupent les fonctions d'hospitalières, d'officières, de lingères, de sœurs de salles, etc., prennent en charge les malades et les moribonds qui leur arrivent et les soulagent de leur maux par des remèdes qu'elles concoctent elles-mêmes au fur et à mesure que le besoin se fait sentir. Le médecin fait des visites à l'hôpital à la demande de la Supérieure.³⁷

Originaires de France au commencement de la Nouvelle-France, la plupart des médecins qui s'établissent dans la nouvelle colonie sont peu qualifiés. Ne connaissant que les méthodes découlant de la tradition hippocratique, ils ont peu ou aucune formation

pratique. À côté des médecins, il existe les chirurgiens-barbiers formés par apprentissage et dépositaires d'un savoir qualifié de rudimentaire et les apothicaires sans formation adéquate qui agissent comme omnipraticiens.³⁸ Pendant plusieurs années, leurs interventions demeurent incertaines et largement basées sur des approches caractérisées par la méthode d'essais et erreurs.³⁹ Selon sœur Marie Morin, dans les premières années de fonctionnement de l'Hôtel-Dieu de Montréal, les pauvres autant que les personnes les plus riches et délicates avaient beaucoup plus confiance dans les remèdes de Sœur Brésoles, supérieure et apothicaire à l'Hôtel-Dieu, qu'en ceux du chirurgien en place à Ville-Marie ou ceux de M. Souart, prêtre et habile médecin de Ville-Marie.⁴⁰

Tout au cours des XVIII^e et XIX^e siècles et jusqu'au début du XX^e siècle, l'Hôtel-Dieu de Montréal connaît des transformations et des agrandissements. Par exemple, en 1876, des améliorations sont suggérées par Monseigneur Fabre, Évêque de Montréal. Celui-ci demande que des modifications soient apportées au niveau des soins et de l'alimentation des malades, de l'exécution des prescriptions et des services fournis par les médecins. Sœur Bonneau, supérieure de la communauté des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph indique : « nous ferons de notre mieux la partie qui est assignée par notre sainte vocation espérant que nous rencontrerons la même bonne volonté du côté de nos médecins ».⁴¹ Bien que les religieuses demeurent les seules administratrices de l'institution, les médecins commencent lentement à s'y intégrer de façon régulière. Plusieurs font désormais partie du personnel de l'hôpital, mais on retrouve aussi les étudiants de l'École de Médecine et Chirurgie de la Province de Québec venant parfaire leurs études cliniques et leur stage pratique dans les salles des malades. Le Petit Coutumier de 1872 demande aux religieuses d'être « présentes lorsque le médecin fera sa

visite des malades » dans les salles, afin « qu'elles puissent observer et faire observer les ordonnances qui seront faites ». ⁴²

Selon les historiens Denis Goulet et Robert Gagnon, la refonte de l'ensemble des connaissances et des pratiques médicales, restée pendant longtemps sous la tutelle de l'Église, s'amorce et s'impose avec la révolution scientifique qui marque le début des sciences médicales modernes au XIX^e siècle. ⁴³ En effet, grâce aux recherches effectuées par des chercheurs comme Claude Bernard ou François Magendie, la physiologie expérimentale a permis une nouvelle compréhension du fonctionnement de l'organisme. De même, les recherches de Louis Pasteur et de Robert Koch ont considérablement bouleversé la représentation, l'étiologie et la prévention des maladies contagieuses. ⁴⁴ Ainsi, tout au cours du XIX^e siècle en Europe, ces historiens notent que la pratique et le discours sur le savoir médical se transforment progressivement en une discipline scientifique distincte. Ceci aura des répercussions directes sur la pratique et la formation médicale tant au Canada qu'aux États-Unis, car au-delà de la transformation du savoir médical il reste encore à organiser son enseignement. Selon Kenneth Ludemerer, historien américain, les bouleversements dans les savoirs médicaux occasionnent une révolution dans la formation médicale aux États-Unis et « this révolution began amid the birth of experimental medicine in Europe and the migration of students in Europe to acquire the latest scientific knowledge and more important, an understanding of scientific methodology and technique ». ⁴⁵ Suite aux échanges entre l'Europe, les États-Unis et le Canada, la théorie et la pratique de la médecine au Canada se modifient, elles aussi, de façon significative. Les pratiques soignantes populaires qui étaient souvent basées sur les théories d'Hippocrate et parfois sur les méthodes amérindiennes (ex : l'utilisation de suc

balsamique du févier pour guérir les plaies et les ulcères, la décoction d'écorce de bois rouge connu sous le nom de cornus ou cornouiller contre la goutte, etc.)⁴⁶ connaissent des modifications majeures avec l'arrivée dans la province de Québec des facultés de médecine à Québec et à Montréal.⁴⁷ Cette nouvelle conception de la médecine exige un corps médical bien formé et c'est pourquoi, en 1909, préoccupé par la qualité et le déficit des connaissances scientifiques dans les facultés de médecine, le Conseil de l'éducation médicale de l'American Medical Association propose à la Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching de mener une enquête sur la formation médicale aux États-Unis et au Canada.⁴⁸ Le compte rendu de cette enquête, connu sous le nom de Rapport Flexner,⁴⁹ identifie de profondes lacunes dans plusieurs établissements de formation tant aux États-Unis qu'au Canada. En dépit de certains désaccords avec le rapport, plusieurs facultés de médecine canadiennes partagent la vision pédagogique d'Abraham Flexner et utilisent son rapport pour instaurer des changements tant au niveau de la formation médicale qu'au niveau de la pratique hospitalière.⁵⁰

Suite au Rapport Flexner, le processus de médicalisation des hôpitaux caractérisé principalement par le recrutement et l'utilisation accrue d'un personnel médical, la construction et la réorganisation d'infrastructures hospitalières, le tri et la séparation des malades, etc.⁵¹ déjà bien amorcé à la fin du XIX^e au Canada s'intensifie et se précise dans les premières décennies du XX^e siècle. De plus en plus de médecins circulent dans les salles d'hôpitaux, et plusieurs spécialités médicales font peu à peu leur apparition dans les milieux hospitaliers.⁵² Le médecin se voit astreint à plus de régularité, de fréquence auprès de ses malades et à plus d'exactitude dans la préparation du diagnostic. L'obligation de surveillance médicale qui lui est imposée lui confère de surcroît un très

vaste pouvoir. Qu'il observe, examine ou intervienne directement auprès du patient, le médecin devient le maître d'œuvre des diverses procédures soignantes. Ceci s'opère aux dépens du personnel religieux qui n'a plus guère qu'un rôle exécutoire et informatif.⁵³ Ainsi, l'hôpital, si on se réfère à son étymologie et qui, dans les premiers temps, était dédié à l'hébergement des pauvres, des miséreux, des indigents, devient avec cette présence médicale constante un lieu de soins et d'hygiène où une nouvelle médecine, une médecine scientifique, se développe et s'institutionnalise. La reconnaissance des médecins comme étant détenteurs d'un savoir scientifique accroît leur notoriété et leur champ d'action. Toutes les activités médicales et d'hygiène passent progressivement sous leur contrôle ce qui accentue leur pouvoir au sein des hôpitaux et auprès de la population.

Pour Foucault, aucun des éléments qui servaient de justification scientifique ne prédestinaient la pratique médicale à devenir une médecine hospitalière. Il soutient que le facteur principal de la médicalisation de l'hôpital ne repose pas sur une action positive de l'hôpital sur le malade ou sur la maladie. Il s'agissait avant tout de purifier ou tout simplement d'annuler les effets néfastes de l'hôpital et les désordres économiques et sociaux qu'il occasionnait - désordre étant compris ici comme les maladies que cette institution pouvait provoquer chez les personnes internées et celles qu'elle contribuait à propager dans les villes qui l'abritaient. Foucault note qu'au cours du XVII^e siècle, le « décollage » du système médical et sanitaire en Occident s'opère selon des stratégies qui font en sorte que le réseau de la médecine se retrouve partout. Premièrement, il se manifeste grâce à l'intervention médicale au niveau du biologique (la bio-histoire). Deuxièmement, on assiste à un processus général de médicalisation, c'est-à-dire que la médecine fait désormais partie de la vie comme le comportement et le corps des

individus, l'existence humaine, etc. et apparaît comme étant indispensable. Enfin, l'économie de la santé, l'intégration des services de santé, l'amélioration et la consommation de la santé prend une ampleur considérable et devient pour les sociétés, surtout privilégiées, une source de développement.⁵⁴

Selon l'historienne Anne Thalamy, le dernier tiers du XVIII^e siècle représente un des moments essentiels de la réorganisation hospitalière. Beaucoup plus qu'une institution charitable, un lieu d'assistance et d'asile du pauvre, l'hôpital entre dans une ère où l'élaboration de tout une série de procédés médicaux conduit à de nouvelles pratiques qui renvoient à prendre soin du malade et si possible à le guérir : « Rejet de l'assistance qui confine à la mort, choix politique du traitement de la maladie : c'est la convergence d'éléments réformateurs multiples [...] qui confèrent à l'hôpital sa fonction de guérison ».⁵⁵ L'hôpital se positionne alors comme une mesure de protection incontournable : « Protection des gens sains contre la maladie; protection des malades contre les pratiques des gens ignorants [...]; protection des malades les uns à l'égard des autres ».⁵⁶ Parallèlement à cette nouvelle configuration où les médecins occupent une place de plus en plus importante, la conception des hôpitaux est, elle aussi, profondément modifiée. La constitution d'une spatialité neuve dans le découpage et l'aménagement des espaces se substitue aux modèles antérieurs. Premièrement, les unités de soins prennent une place prépondérante. Ensuite, la détermination d'unités spécifiques aux classes de maladies (hôpitaux spécialisés), aux maladies elles-mêmes et aux malades représente la seconde caractéristique. Enfin, émerge l'inauguration d'une typologie particulière qui se traduit par l'émergence du pavillonnaire, où le bâtiment lui-même est divisé en unités indépendantes (ex : asiles psychiatriques). Ainsi, l'hôpital, sous le regard du médecin,

devient un espace qui reproduit le microcosme du monde pathologique.⁵⁷ Selon Foucault, c'est cette réorganisation du système hospitalier qui conduit, au tournant du XIX^e siècle, à l'émergence de la médecine clinique,⁵⁸ c'est-à-dire à une surveillance constante du malade et de son mal au sein d'une durée médicalisée et à l'assignation à chacun d'actes précis à forte connotation médicale.⁵⁹

Le cadre fourni par l'hôpital offre à la clinique l'avantage de pouvoir comparer les malades entre eux et par l'accumulation des ressemblances de dégager des tendances et de généraliser les traits de la maladie. La vision de la maladie proposée par la clinique n'est donc plus une essence qu'il importe de découvrir, mais correspond à une combinaison de symptômes qu'il faut chercher à démêler à travers leur confusion et leur obscurité.⁶⁰ Par ailleurs, dans la clinique, la centralité du regard médical sur le corps devient un élément important. Ce regard permet de reconnaître et d'isoler les traits pathologiques identiques et ceux qui sont différents; il embrasse le vivant dans ses moindres détails afin de détecter les variations et les plus infimes anomalies qui pourraient se présenter.⁶¹ Foucault considère que cette médecine des symptômes entrera peu à peu en régression, pour se dissiper devant une clinique des organes : l'anatomie pathologique.

C'est en introduisant l'idée que les lésions observées dans les tissus du corps expliquent les symptômes de la maladie que la médecine clinique se redéfinit sous l'angle de l'anatomie pathologique. Désormais, la maladie n'apparaît plus comme étant un ensemble de symptômes disparates et disséminés à la surface du corps : « c'est le corps lui-même devenant malade ». ⁶² Dans l'anatomo-clinique, le regard médical pénètre dans le corps pour scruter ses profondeurs. Par l'autopsie, l'accès du regard médical à

l'intérieur du corps malade n'est ni la continuation du moment où le regard du médecin se posait de loin sur le corps ni le résultat des connaissances accumulées, affinées, approfondies : il s'agit d'un changement au niveau même du savoir. Cette disposition générale du savoir détermine « les positions réciproques et le jeu mutuel de celui qui doit connaître et de ce qui est à connaître »⁶³. De plus, contrairement à la pensée médicale du XVIII^e siècle qui faisait de la mort un phénomène absolu et privilégié, la médecine pathologique, avec l'expérience de la mort, renvoie à un processus différent. Cette nouvelle médecine établit une distinction entre les processus morbides et les processus d'acheminement à la mort (phénomène de mort partielle ou progressive). La mort n'est plus une rupture brusque mais une disparition successive des fonctions; elle est « multiple et dispersée dans le temps [...], puisque longtemps après la mort de l'individu, des morts minuscules et partielles viendront à leur tour dissocier les îlots de vie qui s'obstinent ».⁶⁴ La mort dans l'expérience clinique donne prise sur la vérité de la vie et rend possible un savoir, une connaissance médicale de l'homme : « de la mise en place de la mort dans la pensée médicale est née une médecine qui se donne comme science de l'individu ».⁶⁵ Ce nouvel esprit médical rattaché à la clinique et à l'anatomie pathologique permet la consolidation progressive de la médecine dans le milieu hospitalier.

Dans la préface de son ouvrage *Naissance de la clinique*, Foucault fournit à l'aide de deux rapports médicaux rédigés à deux époques différentes par les médecins Pomme et Bayle des exemples concrets expliquant la différence entre les façons de faire dans un hôpital « traditionnel » et un hôpital moderne. Pour le premier rapport, écrit par Pomme, Foucault rapporte que :

Vers le milieu du XVIII^e siècle, Pomme soigna et guérit une hystérique en lui faisant prendre « des bains de 10 à 12 heures par jour, pendant dix mois

entiers ». Au terme de cette cure contre le dessèchement du système nerveux et la chaleur qui l'entretenait, Pomme vit « des portions membraneuses semblables à des morceaux de parchemin trempé... se détacher par de légères douleurs et sortir journellement avec les urines, l'uretère du côté droit se dépouiller à son tour et sortir tout entier par la même voie ». Il en fut de même « pour les intestins qui, dans un autre temps, se dépouillèrent de leur tunique interne que nous vîmes sortir par le rectum. L'œsophage, la trachée artère, et la langue s'étaient dépouillées à leur tour ; et la malade nous avait rejeté différentes pièces soit par le vomissement soit par l'expectoration ». ⁶⁶

Et, concernant Bayle, il indique :

Et, voici comment, moins de cent ans plus tard, un médecin perçoit une lésion anatomique de l'encéphale et de ses enveloppes; il s'agit des « fausses membranes » qu'on trouve fréquemment chez les sujets atteints de « méningite chronique » : « leur surface externe appliquée sur le feuillet arachnoïdien de la dure-mère est adhérente à ce feuillet, tantôt d'une manière très lâche, et alors on les sépare facilement, tantôt d'une manière ferme et intime et dans ce cas il est quelquefois très difficile de les détacher. [...]. Les fausses membranes sont souvent transparentes surtout lorsqu'elles sont très minces; [...].L'organisation des fausses membranes présente également beaucoup de différences : celles qui sont minces sont couenneuses, semblables aux pellicules albumineuses des œufs et sans structure propre distincte. ⁶⁷

Selon Foucault, dans le rapport de Pomme qui date de 1769, la description se rattache à la médecine traditionnelle où les vieux mythes de la pathologie nerveuse et les expressions métaphoriques sont utilisées pour expliquer les traitements et les résultats obtenus suite à l'intervention du médecin. En revanche, quelque cinquante ans plus tard, celui rédigé par Bayle pour décrire une lésion de l'encéphale et de ses enveloppes démontre l'emploi d'un vocabulaire différent qui se rapproche d'un jargon médical plus moderne. Cependant, tout en reconnaissant l'importance de l'apport des nouvelles avancées médicales dans l'hôpital médical, Foucault rajoute, dans ses analyses que la réorganisation des hôpitaux, loin de se fonder uniquement sur la technique médicale, se basait essentiellement sur une technologie politique : la discipline, c'est-à-dire, un

ensemble de techniques « en vertu desquelles les systèmes de pouvoir ont pour objectif et résultat la singularisation des individus ». ⁶⁸

5.1.1.1 Le Pouvoir disciplinaire

Selon Foucault à la fin du XVIII^e siècle, il se produit un changement dans l'exercice du pouvoir. Le pouvoir souverain, forme de pouvoir dominant jusqu'au milieu du XVIII^e siècle et basé sur tout un ensemble de manifestations rituelles et symboliques, devient moins présent. On assiste à une atténuation des peines et à un effacement du spectacle des punitions que constituaient les supplices de l'Ancien Régime. Toutefois, précise-t-il, ce changement n'est pas lié à l'humanisme des Lumières. Avec le XIX^e siècle, tout en étant moins sévères, les techniques punitives deviennent plus généralisées. Il s'agit « d'enrôler la vie et ses mécanismes dans le domaine des calculs explicites afin d'organiser les forces sociales et les processus de production » ⁶⁹ et « d'opérer, sur chaque individu pris isolément, une surveillance et un contrôle constants des gestes comme des pensées ». ⁷⁰ Il est désormais question d'une « histoire des corps », d'une « économie politique des corps » et ce qui est profondément visé en lui sont sa force, son utilité, sa docilité, sa répartition et sa soumission. C'est ce que Foucault nomme la discipline. ⁷¹ Le pouvoir disciplinaire, forme moderne du pouvoir, agit directement sur le corps et s'exprime sous forme de règlements, de disciplines, d'injonctions. C'est une technologie politique qui fait du corps une machine à travailler et qui entend le discipliner afin d'optimiser ses capacités, pour extraire sa force tout en le rendant plus docile.

La notion de corps comme machine a une longue histoire dans la sociologie et la philosophie. Dans le courant postmoderne, le corps revêt une importance particulière, comme terrain d'essai pour de nouvelles rationalités de santé, de bien-être et de qualité de

vie ou comme site de pratique disciplinaire.⁷² Ce savoir sur le corps n'implique nullement de développer une science sur la façon dont il fonctionne ni de s'astreindre à maîtriser ses forces, mais il constitue ce que Foucault appelle « la technologie politique du corps ». ⁷³ À ce sujet, Foucault souligne que le corps a toujours été investi de relations de pouvoir qui lui imposent des interdits, des contraintes ou des obligations. Toutefois, il établit une nette démarcation entre les procédés disciplinaires qu'il propose et d'autres formes de domination. Par exemple, sa conception de la discipline diffère de l'esclavage qui exige l'appropriation de corps. Elle s'oppose aussi à la vassalité qui porte particulièrement sur le travail que produit le corps. Elle s'écarte également de la domesticité qui suppose une domination continue et globale du corps. Et, finalement elle est contraire à l'ascétisme qui ne vise pas l'utilité du corps mais le renoncement et la maîtrise de son propre corps.⁷⁴ Selon Foucault, le corps est directement au cœur du champ politique et les rapports de pouvoir l'investissent, le marquent et exercent sur lui une emprise considérable. Tout cet investissement est lié à son utilisation économique et sa force de production. Cependant, sa constitution en tant que force de travail n'est possible que s'il est pris dans un système disciplinaire et d'assujettissement qui, tout en étant subtil et non-violent, reste calculé, organisé et techniquement réfléchi. En somme, le corps ne représente une force utile que lorsqu'il est à la fois un corps productif et un corps assujéti.⁷⁵

Selon Foucault, les technologies de pouvoir s'orientent vers le corps individuel et le lie à quelque chose comme le travail. C'est à ce moment qu'apparaît ce que Foucault appelle « un art du corps humain » qui ne vise pas seulement son utilité ou la multiplication de ses habiletés, ni l'alourdissement de sa sujétion, mais entend produire un rapport qui dans un même mécanisme le rend plus obéissant, plus utile et plus docile. On

assiste alors à une politique des coercitions qui propose un travail sur le corps et déploie à ce titre une influence calculée sur ses gestes, ses comportements, ses attitudes, etc. Les techniques de pouvoir et les procédés disciplinaires définissent comment il faut procéder pour avoir prise sur le corps des autres, pour qu'ils fassent d'une part, ce qui est désiré et attendu, mais aussi pour qu'ils agissent comme on le souhaite avec rapidité et efficacité.⁷⁶

Ces procédures visent un double processus d'objectivation des individus par la constitution d'un savoir et d'assujettissement des corps et par un ensemble de techniques qui tend à utiliser les corps par le dressage et la normalisation. Ces techniques traversent tout le « corps social », et Foucault cite en exemple, l'école, l'hôpital ou encore l'armée et la prison. Selon Foucault, le moment où on est passé des processus historico-rituels de formation de l'individualité à des mécanismes scientifico-disciplinaires, ou le normal a pris la relève de l'ancestral, c'est à ce moment que furent mises en place une nouvelle technologie du pouvoir, celle de l'anatomie politique du corps. Et, c'est avec ces mécanismes d'individualisation que le pouvoir disciplinaire forge une « technique pour constituer effectivement les individus comme éléments corrélatifs d'un pouvoir et d'un savoir ».⁷⁷ Selon Foucault, la discipline est une technique d'exercice du pouvoir qui existe tout au long de l'histoire (par exemple dans les monastères, le système esclavagiste, etc.), mais elle a été réorganisée au cours du XVIII^e siècle où elle s'est perfectionnée et est devenue « une nouvelle technique de gestion de l'homme » et « [une] nouvelle manière de gouverner l'homme, de contrôler ses multiples aspects, de les utiliser au maximum et d'améliorer le produit utile de son travail, de ses activités grâce à un système de pouvoir qui permet de les contrôler ».⁷⁸ Dans le milieu hospitalier, l'introduction de la discipline permet autant de fournir des soins que d'accroître les

connaissances. La médecine dispose désormais comme champ d'observation l'individu d'un côté et de l'autre, la population toute entière. L'hôpital s'incarne ainsi dans une fonction qui, au-delà des soins dispensés, participe au contrôle social.⁷⁹

Bien qu'il attribue l'émergence de la médecine hospitalière à l'introduction de mécanismes disciplinaires dans l'espace hospitalier, Foucault reconnaît tout de même que les changements survenus au sein de la pratique médicale contribuent aux transformations que connaît l'hôpital. En somme, c'est l'articulation de ces deux processus, le déplacement de la pratique médicale et l'application de la discipline à l'espace hospitalier qui explique, selon Foucault, l'émergence de l'hôpital médical. Au regard de notre analyse, l'Hôtel-Dieu de Montréal incarne de façon significative l'hôpital comme lieu destiné aux soins des pauvres. La création de l'Hôpital Notre-Dame, à la fin du XIX^e siècle, impose l'hôpital comme un incontournable dans les soins spécialisés, le maintien de la santé et la guérison de la maladie et représente, selon nous, l'exemple concret de l'institution hospitalière médicale.

5.1.2 L'Hôpital Notre-Dame de Montréal : représentation moderne de l'hôpital

L'Hôpital Notre-Dame de Montréal est fondé en 1880 par des représentants types de la société canadienne-française : le docteur Emmanuel-Persillier Lachapelle, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal; l'abbé Victor Rousselot, prêtre de Saint-Sulpice et la Mère Julie Hainault Deschamps, Supérieure générale des Sœurs de la Charité de Montréal, couramment appelées Sœurs Grises.⁸⁰ L'ouverture de l'Hôpital Notre-Dame est ainsi décrite : « L'on voit ici liés dans une action commune, pour une œuvre nationale et catholique, l'Université, St-Sulpice et les Sœurs Grises ». ⁸¹ Dans la province de Québec à cette époque, la fondation d'une telle

institution ne peut être envisagée sans l'appui et le concours de religieuses.⁸² La congrégation des Sœurs de la Charité de Montréal, fondée par Marguerite d'Youville en 1737 et première communauté religieuse canadienne-française de Montréal, est choisie par les membres du conseil d'administration. Ces religieuses sont reconnues, d'une part, pour leur habileté dans l'administration des soins aux malades et leur solide expérience dans la gestion des hôpitaux (ex : l'Hôpital général de Montréal connu sous le nom d'Hôpital des Frères Charon a été pendant de nombreuses années sous leur direction). D'autre part, elles sont également appréciées pour leur dévouement auprès de la population et particulièrement des démunis, des pauvres, des indigents et des infirmes de la ville de Montréal⁸³ auprès desquels elles sont encouragées par leur congrégation à consacrer sans réserve leur temps, leurs jours et leur vie.⁸⁴

Contrairement aux Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, les Sœurs Grises de Montréal ne sont pas propriétaires de l'Hôpital Notre-Dame. Sous la direction d'un Bureau médical, l'Hôpital Notre-Dame est doté dès son ouverture d'une charte de corporation civile. Il est le seul hôpital francophone catholique du Québec à être ainsi organisé. Selon ses administrateurs, cette nouvelle institution répond à une conception moderne des hôpitaux.⁸⁵ À l'Hôpital Notre-Dame, les Sœurs Grises s'occupent « de la direction interne, du soin des malades et de la préparation des médicaments »⁸⁶. Elles signent en 1882 un premier concordat avec l'Hôpital Notre-Dame qui leur garantit,

le contrôle entier et absolu du service du dit Hôpital Notre-Dame quant aux employés, engagés et domestiques. [...] elles pourront acheter les provisions et les comestibles [...]. Elles pourront aussi, mais avec l'agrément du bureau d'administration, acheter les meubles et les effets nécessaires au dit hôpital.⁸⁷

Le rôle des Sœurs Grises est très apprécié par les médecins. Dans une allocution dithyrambique, le docteur E.-P. Benoît le fait clairement savoir :

Les sœurs de la Charité [...] en nous accordant, comme elles l'ont fait, leur entier concours, en faisant de notre œuvre leur œuvre également, ont assuré, par ce fait seul, le succès de l'entreprise, et je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'aujourd'hui personne, plus qu'elles-mêmes, ne doit se sentir chez elle dans cette maison.⁸⁸

Selon le docteur Lachapelle, l'ouverture de l'Hôpital Notre-Dame tient au fait qu'il fallait offrir aux étudiants de la Faculté de médecine de la succursale de l'Université Laval à Montréal un champ d'enseignement clinique en français, puisque l'Hôtel-Dieu de Montréal, desservant les étudiants de l'École de Médecine et de Chirurgie de la Province de Québec, n'était pas en mesure d'en accueillir d'autres.⁸⁹ Il soutient que l'enseignement donné par la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal serait incomplet sans les hôpitaux.⁹⁰ Tout au long de la période de fondation et de consolidation de l'Hôpital Notre-Dame, les dirigeants ne manquent pas de rappeler les buts fixés par l'institution qui sont tout d'abord de fournir un milieu clinique adéquat pour les étudiants, complément nécessaire aux cours théoriques; pourvoir aux besoins de soins de la population canadienne-française de Montréal, mais surtout exploiter les nouveaux acquis de la science médicale. Ceci permet aux Sœurs Grises de constater que : « de nos jours, le bien se fait au prix de beaucoup de sacrifices, et pour arriver au salut des âmes, il nous faut nous résigner à satisfaire aux exigences de la science ».⁹¹ Une intervention qui comme on peut le constater diffère du discours faisant l'éloge de la pauvreté et révèle la nouvelle conception de l'hôpital considéré comme une institution médicale et scientifique.

L'Hôpital Notre-Dame suit, dans une certaine mesure, le modèle utilisé par les hôpitaux laïcs. La direction médicale est assurée en exclusivité par une corporation de médecins dont plusieurs enseignent à la Faculté de Médecine de l'Université de

Montréal. Ces médecins sont propriétaires de l'hôpital et détiennent tous les pouvoirs de décision. Des hommes d'affaires et des financiers bien connus de la société canadienne-française qui surveillent les intérêts de l'Hôpital Notre-Dame avec vigilance, prudence et économie s'assurent de la bonne administration des fonds qui proviennent principalement des médecins qui s'engagent « à sacrifier leur salaire pendant quatre ou cinq ans s'il le faut »,⁹² des activités organisées par l'Association des Dames Patronnesses de l'hôpital et des dons de la population.⁹³ L'Hôpital Notre-Dame se dote de dispensaires en gynécologie, en ophtalmologie, en urologie, etc. De nouvelles technologies en radiologie et des laboratoires spécialisés sont aussi créés afin de répondre aux exigences scientifiques et modernes en cours dans les hôpitaux.⁹⁴

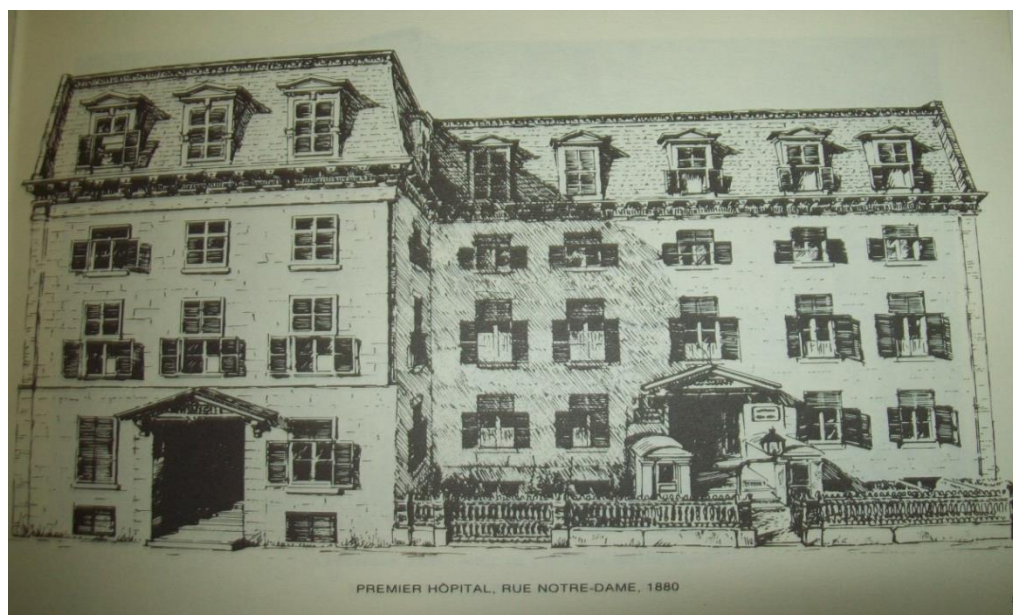


Figure 2: Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880
(Source : Fonds AHND 2-A-606).

Cette nouvelle structure hospitalière est d'ailleurs bien accueillie dans le milieu médical. Dans un article publié en 1924 dans la revue *L'Union Médicale du Canada*, le docteur Eugène Saint-Jacques, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Montréal et chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal, souligne le bon fonctionnement des

hôpitaux organisés comme l'Hôpital Notre-Dame. Il indique que les hôpitaux catholiques se sont vus supplantés par les institutions laïques qui sont devenus « des foyers de science et d'enseignement *et conséquemment une grande force de la nation*, bien plus que la masse des hôpitaux catholiques ». ⁹⁵ (italiques dans le texte original). Pour le docteur Saint-Jacques, l'hôpital moderne doit être composé de médecins compétents, d'un personnel hospitalier bien formé, de laboratoires scientifiques et d'un bureau d'administration. Il considère le bureau des administrateurs comme l'âme dirigeante et le centre dynamique de tout hôpital. Selon lui, les membres faisant partie de ce bureau doivent avoir pour tâche principale de diriger l'œuvre hospitalière, et tous ceux indifférents au progrès et au fonctionnement de l'hôpital devraient être écartés. De même, soutient-il, afin d'éviter les erreurs et les pertes monétaires, les hôpitaux fondés par les communautés religieuses devraient eux aussi se doter d'un bureau des administrateurs. D'ailleurs, le docteur Saint-Jacques note que l'idée d'introduire des laïques dans les hôpitaux catholiques fait peur aux communautés religieuses. Pourtant, souligne-t-il : « L'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital Sainte-Justine sont la meilleure réponse à ces prétentions mensongères et prouvent avec éclat l'utilité d'un Bureau d'administration ». ⁹⁶ Selon ce médecin, les hôpitaux catholiques ont perdu la première place par esprit de routine et par indifférence au progrès. À cet effet, il fait remarquer que les institutions catholiques « cachent la routine sous le faux nom de tradition, oubliant que *la sainte tradition doit être dans l'esprit* et non dans le fait matériel. *Nous avons perdu l'esprit de chercher à toujours faire mieux* » conclut-il. ⁹⁷ (Italiques dans le texte original). La communauté des religieuses hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal se sentira directement interpellée par le contenu de l'article du docteur Saint-Jacques. La sœur Le

Royer, Supérieure de la communauté, dans une correspondance adressée au docteur Saint-Jacques, fera part du mécontentement des sœurs soignantes de l'Hôtel-Dieu face à des propos qui, selon elle, concernent directement l'Hôtel-Dieu de Montréal. Elle souligne que même si le progrès est lent à l'Hôtel-Dieu de Montréal, plusieurs améliorations et constructions ont été effectuées afin que le plus ancien hôpital de Ville-Marie réponde aux critères des hôpitaux modernes.⁹⁸

Tout au cours du XX^e siècle, l'Hôpital Notre-Dame en tant qu'institution de soins et d'enseignement médical continue à fournir des soins spécialisés à la population de Montréal. L'instauration de centres de recherche et l'inauguration de pavillons et de laboratoires spécialisés contribuent à mettre en évidence l'esprit de progrès et l'importance de la portée scientifique qui règnent au sein de l'hôpital. Dans une allocution prononcée par le surintendant E.-P. Lachapelle, l'Hôpital Notre-Dame est défini comme « une organisation efficace et moderne à direction scientifique ».⁹⁹ Selon les administrateurs, les progrès médicaux et l'utilisation de technologies modernes font en sorte que l'Hôpital Notre-Dame se range parmi les grands hôpitaux de la province de Québec.¹⁰⁰ Les administrateurs de l'hôpital entendent assurer le développement de l'institution en mettant au service des nombreux patients qui fréquentent l'hôpital, des médecins compétents qui pratiquent selon « ce que la science médicale a de plus efficace ».¹⁰¹ L'initiative et l'esprit scientifique des médecins dans l'organisation moderne des différents départements de l'Hôpital Notre-Dame visent à faire progresser l'institution. De même, le dévouement et les méthodes modernes employés avec discernement par les religieuses entendent assurer l'efficacité des soins qui sont fournis à la population canadienne-française et hâter le progrès de l'institution.¹⁰²

LE PROGRES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME
TABLEAU COMPARATIF.

	1880-81	1912
1.—Installation de l'Hôpital	1	4, dont 1
Nombre des bâtisses occupées...	(en location) 60	(en location) 180
" des lits...	60	180
" des services médicaux...	3	4
" des laboratoires...	0	4
" des dispensaires...	3	8
2.—Personnel de l'Hôpital		
Nombre des religieuses...	14	29
" des médecins...	14	37
" des internes...	2	9
" des Garde-malades...	0	30
3.—Amis et bienfaiteurs de l'Hôpital		
Nombre des gouverneurs...	8	599
" des dames patronnesses...	42	248
" des souscripteurs...	162	672
4.—Budget de l'Hôpital		
Valeur des propriétés...	0	\$402,208
Total des recettes (1881-82)...	\$11,579	64,305
Total des dépenses...	12,876	59,213
5.—Services rendus par l'Hôpital		
Malades hospitalisés...	772	2,493
Consultations aux dispensaires...	1,609	22,295
Nombre des prescriptions...	540	29,414
ST-PAUL: 4 pavillons, 100 lits évalué à..		\$204,519

Figure 3 : Tableau comparatif des progrès de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, 1880-1912
(Source : Rapport annuel Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1914).

À travers l'Hôpital Notre-Dame, il est possible de remarquer les nombreuses transformations que connaît l'hôpital de la fin du XIX^e siècle. En effet, l'hôpital devient un lieu thérapeutique et c'est ce qui explique, selon Foucault, l'apparition du personnage du médecin d'hôpital qui n'existait pas auparavant. Cette transformation amène une nouvelle configuration du pouvoir au sein de l'hôpital. Les médecins ne dépendent plus du personnel religieux. Ils sont désormais les propriétaires des hôpitaux et assument la responsabilité principale de l'organisation hospitalière. Les médecins sont aussi responsables, jusqu'à un certain point, du fonctionnement économique et administratif de l'hôpital, ce qui, jusque-là, était le privilège des communautés religieuses. L'hôpital

devient à la fois un lieu de formation médicale et un instrument d'intervention dans la maladie, capable, par lui-même et par chacun de ses effets, de soigner un malade.¹⁰³ La clinique comme lieu de formation et de transmission du savoir apparaît comme une dimension essentielle de l'hôpital. La surveillance clinique dans les hôpitaux va faire de la salle et du lit des malades un domaine d'observation et d'intervention permanentes. Cette nouvelle organisation oblige davantage d'attention des médecins envers les malades : plus de régularité, de fréquence et aussi plus d'exactitude dans le diagnostic. L'expérience et la pratique hospitalières deviennent les principaux moyens pour produire le savoir médical et des sources nécessaires à la formation des médecins.¹⁰⁴ Extension du regard médical, les religieuses puis les infirmières laïques participent à l'organisation disciplinaire de l'hôpital qui rend possible le savoir médical.

Les changements qui s'opèrent dans l'hôpital - pour devenir de grandes structures destinées à la régulation et à la performance technique visant l'amélioration des savoirs médicaux et le gouvernement des populations - représentent un enjeu majeur. L'hôpital ne doit plus être considéré comme un lieu d'assistance aux pauvres mais comme un lieu thérapeutique où les traitements curatifs vont rapidement s'imposer. Ces réformes aménagent l'hôpital de façon à ce qu'il devienne médicalement efficace. En effet, à mesure que l'hôpital s'affirme, l'efficacité devient une préoccupation dominante. Dans la longue chaîne des soins, chacun occupe une place et une fonction déterminées.¹⁰⁵ Désormais, « l'hôpital doit fonctionner comme une machine à guérir ». ¹⁰⁶ Les chercheurs Mitchell Dean et Gail Bolton, révèlent que c'est au cours des années 1860 que les *voluntary hospitals* en Grande-Bretagne deviennent des institutions médicales. Ces auteurs notent deux changements importants:

Firsly, the hospital became a privileged location for the growth and reorganisation of medical knowledge. It is here that both the widespread dissection of corpses and a medical knowledge centred on the observation of the patient were developing. It is here that the modern relation of observation, research and teaching was being established. It is in the hospital that specialisation as we know it was forged. Secondly, the hospital provided the basis for the growth of the realm of intervention for the medical apparatus. The voluntary hospitals constitute the site from which medicine was constituted with a new power and nursing was later to take its modern form.¹⁰⁷

Selon les historiens Isabelle Gournay et Terrance Hughes, l'origine de l'enseignement médical moderne attribué à la publication, en 1910, du rapport Flexner, est due à une volonté de productivité à base de centralisation et de spécialisation qui était présente dans les trois premières décennies du XX^e siècle au Canada et aux États-Unis. Pour Gournay et Hughes, cette volonté reflète l'état d'esprit des professions médicales emportées tout comme d'autres élites américaines par la vague taylorienne. Les auteurs citent en exemple le complexe universitaire de John Hopkins aux États-Unis construit dans une perspective de maximisation de la productivité et d'amélioration de l'efficacité du personnel. Mis en service en 1890, cette institution, soulignent les chercheurs, sera d'ailleurs visitée quelques mois après son inauguration par le recteur de l'Université de Montréal, Monseigneur Piette et le docteur Téléphore Parizeau, médecin et vice-doyen de cette même université.¹⁰⁸ D'autres chercheurs ont soutenu la thèse de l'émergence de l'efficacité, de l'efficience et de la productivité dans les premières années du XX^e siècle. Selon Lawrence Friedman et Marc McGarvie, à la fin du XIX^e et dans les premières décennies du XX^e siècle, la philanthropie a fait place au modèle charitable qui prévalait aux États-Unis et a balayé celui-ci pour faire place à l'esprit d'efficacité et d'efficience.¹⁰⁹ Daniel Boorstin note que la philanthropie tend à représenter un autre mode de service social dans les sociétés occidentales du début du XX^e siècle. Associée

aux Lumières, elle incite à appliquer la raison face aux problèmes et besoins sociaux. Que ce soit dans sa forme laïque ou religieuse, la philanthropie, selon Boorstin, aspire non pas à aider les individus, mais à assurer le progrès social grâce aux avancées scientifiques et technologiques.¹¹⁰ Le progrès social s'appuie sur l'idée que les progrès technologiques, la science et l'organisation sociale peuvent conduire à une amélioration de la condition humaine. Dans la vision occidentale cette idée est comprise comme étant la conséquence du triomphe et de l'accumulation des savoirs au XVII^e siècle, stimulée par le rationalisme scientifique au XVIII^e siècle et renforcée par des idées évolutionnistes du XIX^e siècle.¹¹¹ Le progrès social étant attribuable à la science, il est nécessaire d'appliquer la science dans toutes les sphères de la vie pour assurer une plus grande efficacité. Selon René Magnon, l'instauration aux États-Unis au début du XX^e siècle, de la nouvelle méthode d'organisation du travail de Frédéric W. Taylor et du fordisme élaboré par Henry Ford, a eu comme effet une réorganisation des métiers traditionnels qui s'exécutent désormais à l'aide de mouvements soigneusement quadrillés et chronométrés. De tels changements dans les milieux de travail résultent en une augmentation spectaculaire de la productivité.¹¹² Dans le cadre plus restreint du système hospitalier, Marc-Adélar Tremblay soutient que la principale préoccupation et justification ayant guidé l'hôpital moderne est la recherche de l'efficacité technique, c'est-à-dire, la guérison de la maladie.

Il soutient :

Afin de concrétiser cette idéologie, l'hôpital est devenu un milieu hautement technicisé, où la spécialisation à l'intérieur de la profession médicale et la division du travail, parmi un nombreux personnel hospitalier, visent à guérir les maladies de ceux qui y séjournent. [...] Cette idéologie de l'efficacité technique privilégie à la fois la fonction thérapeutique de l'hôpital et une conception physiologique de la maladie.¹¹³

Selon ces chercheurs, avec l'organisation scientifique du travail, la productivité croise la quête de l'efficacité et permet aux gouvernements et à ses experts d'intervenir dans les milieux de soins. Toutefois, Peter Miller et Ted O'Leary considèrent le taylorisme comme une pratique faisant partie d'un dispositif moderne de pouvoir beaucoup plus large qui émerge dans les premières années du XX^e siècle. L'objectif de cette nouvelle distribution du pouvoir vise la construction de l'individu comme une entité plus docile, gérable, malléable et efficient. Selon ces chercheurs, le taylorisme n'est pas une notion qui apparaît d'elle-même. Il est plutôt considéré à avoir pris forme dans une gamme hétérogène de discours et de pratiques.¹¹⁴ Dans la même veine, Peter Miller et Nikolas Rose font valoir que le taylorisme n'est pas seulement une tentative d'augmenter le contrôle du lieu de travail et de maximiser l'exploitation des ouvriers. Au contraire, il constitue une technologie de pouvoir qui a utilisé le discours de l'efficacité pour normaliser l'individu et la population dans son ensemble. Les technologies comme le taylorisme ou le fordisme ont cherché à discipliner et à gouverner le comportement des individus au nom de l'efficacité et de la productivité.¹¹⁵ Selon Foucault, face aux nouvelles technologies hospitalières, l'individu et la population se présentent simultanément comme des objets du savoir et du pouvoir des médecins et de l'intervention médicale.¹¹⁶ Apparaît alors cet art du corps humain qui implique une discipline qui se matérialise par une surveillance étroite, constante et perpétuelle des individus pour que se réalise une activité. Il s'agit d'observer les mouvements exécutés par les individus pour déterminer quels sont les plus efficaces, les plus rapides et les mieux ajustés; d'étudier la distribution des individus afin de les placer convenablement là où leur efficacité sera optimale et d'observer non pas si le travail est fait, mais de

considérer de quelle manière il pourrait être exécuté le plus rapidement et efficacement avec des mouvements soigneusement calculés et adaptés.¹¹⁷ Les techniques disciplinaires deviennent alors une « nouvelle manière de gouverner l'homme, de contrôler ses multiples aspects, de les utiliser au maximum et d'améliorer le produit utile de son travail, de ses activités, grâce à un système de pouvoir qui permet de les contrôler ». ¹¹⁸ Dans une telle optique, les organisations telles que les industries, les usines, ou dans le cas qui nous concerne, les institutions hospitalières, visent chacune à leur manière le gouvernement des individus.

Dans cette analyse de l'Hôtel-Dieu de Montréal et de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, nous avons voulu faire ressortir le contexte qui prévalait dans le domaine de la santé au Canada-français. De ces deux institutions francophones, le premier représente l'exemple-type des hôpitaux des XVII^e et XVIII^e siècles destinés au salut des âmes des pauvres et des indigents qui les fréquentaient, alors qu'à la fin du XIX^e siècle, avec l'ouverture de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, la nouvelle configuration de l'hôpital prend tout son sens et son ampleur. Répondant aux nouveaux savoirs médicaux, cette réorganisation des hôpitaux dans la province de Québec a des répercussions notables dans le domaine jusque-là marginalisé des pratiques soignantes, et contribue à l'ouverture des écoles d'infirmières. Dans le prochain chapitre, nous nous attardons sur les deux premières écoles où débute la formation pour les infirmières francophones de Montréal.

¹ Raymond Montpetit. « L'Hôpital général des Frères Charon, aujourd'hui Maison de Mère d'Youville à Montréal », *Encyclopédie du Patrimoine culturel de l'Amérique Française*, consulté le 10 mai 2014. http://www.ameriquefrancaise.org/fr/article-730/L'H%C3%B4pital_g%C3%A9n%C3%A9ral_des_Fr%C3%A8res_Charon,_aujourd'hui_Maison_de_M%C3%A8re_d'Youville_%C3%A0_Montr%C3%A9al.html#.V5y-mbgrLIU. À noter que le second hôpital érigé à Montréal est l'Hôpital Général de Montréal connu sous le nom de l'Hôpital des Frères Charon. Construit en 1694 par les frères Charon de la Barre, l'hôpital connaît des difficultés financières qui conduisent les autorités à confier la charge en 1747 à Marguerite d'Youville. Les Sœurs Grises prennent en charge l'établissement qu'elles développeront tout au cours du XIXe siècle jusqu'à la vente de l'hôpital et leur départ pour un nouveau couvent en 1871. La communauté des Sœurs de la Charité de Montréal a été fondée en 1737 par la veuve Marguerite de la Jammais d'Youville. Elle est incorporée le 3 juin 1753 par des lettres Patentes de Louis XV, roi de France. La communauté est approuvée par le Saint-Siège le 5 Août 1865.

² Corinne Kerr, « Note sur les relations entre les Hospitalières de Montréal et les Irlandais ». Dans Desbiens Albert et Yvan Lamonde (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)* (Montréal : Éditions Hurtubise, 1973), 305.

³ Micheline D'allaire, *Les Communautés religieuses de Montréal : Les communautés religieuses et l'assistance sociale à Montréal, 1659-1900*, tome 1 (Montréal : Éditions du Méridien, 1997), 54.

⁴ Sœur Marie Morin, *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal* (Montréal : L'Imprimerie des Éditeurs Limitée, 1921), 10

⁵ Sœur Jeanne Bernier, *Trois siècles de charité à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1642-1942* (Montréal : Imprimerie J.C. Chaumont, 1948), 46 ; Micheline D'allaire, *Les communautés religieuses de Montréal : Les communautés religieuses et l'assistance sociale à Montréal, 1659-1900*, tome 1 (Montréal : Éditions du Méridien, 1997), 53-68.

⁶ Répertoire du patrimoine culturel de Québec, *Compagnie des Cent-Associés*, consulté le 11 août 2015. http://www.patrimoine-culturel.gouv.qc.ca/rpcq/detail.do?methode=consulter&id=9104&type=pge#.V5y_YY-cHIU. La Compagnie de la Nouvelle-France ou La Compagnie des Cent-Associés est créée en 1627 par Armand Jean du Plessis, duc et cardinal de Richelieu, ministre du roi Louis XIII. Financée par une centaine d'actionnaires, d'où son surnom de Compagnie des Cent-Associés, elle vise à établir les bases de l'empire colonial français en Amérique du Nord. Disposant d'un capital total de 300 000 livres (chaque associé consent à donner un montant), la compagnie détient des pouvoirs et privilèges octroyés par le roi de France. En échange de la promesse de « peupler la colonie de naturels Français catholiques », les Cent Associés obtiennent « en toute propriété, justice et seigneurie » le fort et l'habitation de Québec, ainsi que « tout le pays de la Nouvelle-France, dite Canada. La Société de Notre-Dame de Montréal est créée à Paris en 1639. C'est une organisation à vocation pieuse, responsable de la fondation de Ville-Marie (Montréal) et de son développement au cours de ses deux premières décennies d'existence. Vers 1635, l'idée de fonder une colonie missionnaire sur l'île de Montréal germe dans l'esprit du Français Jérôme Le Royer de La Dauversière. Quatre ans plus tard, ce dernier, par l'entremise de Pierre Chevrier, baron de Fancamp, fait la rencontre du prêtre Jean-Jacques Olier. Les trois hommes décident alors de fonder une société regroupant des individus influents et fortunés dans le but de réaliser leur projet de convertir les autochtones de la Nouvelle-France au catholicisme et de les sédentariser sur l'île de Montréal. Le premier objectif des sociétaires est de s'approprier la seigneurie de l'Île-de-Montréal. Celle-ci fut précédemment concédée à la Compagnie des Cent-Associés. Après de longues négociations, la Compagnie des Cent Associés concède le territoire en seigneurie à la Société de Notre-Dame de Montréal, le 17 décembre 1640.

⁷ Étienne Michel Faillon, « Vie de Mlle. Mance et histoire de l'Hotel-Dieu de Ville-Marie dans l'Île de Montréal, en Canada », tome 1 (Ville-Marie : Sœurs de l'Hôtel-Dieu de Ville-Marie, 1854), 42 ; Sœur Jeanne Bernier, *Trois siècles de charité à l'Hôtel-Dieu de Montréal*, 47.

⁸ Lucien Campeau, « Mgr de Laval et les Hospitalières de Montréal (1659-1684) ». Dans Desbiens Albert et Yvan Lamonde (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)* (Montréal : Éditions Hurtubise, 1973), 113.

⁹ AAM, Fonds Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph (525.102 894-5), Correspondance Alfred Archambault-Premier Ministre Taillon, 1894.

¹⁰ ARHSJM, Constitutions des Filles Hospitalières de Saint-Joseph, 1643, p. 1.

¹¹ La Bible, Version Louis Segond, Mathieu, chapitre 25, verset 40.

- ¹² ARHSJM, Constitutions des Filles Hospitalières de Saint-Joseph, 1643, p. 24.
- ¹³ *Ibid.*, p. 30.
- ¹⁴ Coutumier et Petites règles des Religieuses Hospitalières de la Congrégation de St-Joseph, 1688, p. 33. Cité dans Gilles Janson, « Joseph Benoît, chirurgien à l'Hôtel-Dieu (1711-1742) ». Dans Desbiens Albert et Yvan Lamonde (dir.), *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)* (Montréal : Éditions Hurtubise, 1973), 174
- ¹⁵ ARHSJM, Coutumier et Petites Règles de la Congrégation de Saint-Joseph, La Flèche, Imprimerie de E. Jourdan, 1750, p. 137.
- ¹⁶ ARHSJM, Petit Coutumier des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, Montréal, Typographie Le Nouveau-Monde, 1872, p. 24.
- ¹⁷ ARHSJM, Petit coutumier, 1872, p. 39-40
- ¹⁸ ARHSJM, Coutumier des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, 1957, Articles 322 et 323, p. 110-111.
- ¹⁹ ARHSJM, Coutumier des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, 1957, p. 108.
- ²⁰ Céline Lefève, « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit*, n° 4 (2006) : 25-34.
- ²¹ Michel Foucault, « La politique de la santé ». Dans Foucault Michel, Blandine Barret Kriegel, Anne Thalamy, François Buégin et Bruno Fortier, *Machines à guérir : Aux origines de l'hôpital Moderne* (Paris : Institut de l'Environnement, 1976), 7-17.
- ²² Église Catholique en France, *Économie du salut*, consulté le 08 avril 2016. <http://www.eglise.catholique.fr/glossaire/economie-du-salut/>. Selon le glossaire de l'Église catholique en France, l'économie du salut est un terme utilisé en théologie pour désigner le plan de salut de Dieu et sa réalisation, tout au long de l'histoire, c'est-à-dire sa venue dans ce monde en la personne de Jésus-Christ pour sauver les hommes.
- ²³ Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat* (Paris : Fayard, 1995), 490 p.
- ²⁴ Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, 69.
- ²⁵ Sophie Chauvreau, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles? », *Les Tribunes de la Santé* 4, no 33 (2011) : 81-89.
- ²⁶ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », *Dits et Écrits*, tome 3, (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 508-521.
- ²⁷ Foucault, L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne, 511.
- ²⁸ Omer-Denis Messier, « Soigner au XVIIe siècle : l'équilibre des humeurs », *La revue d'histoire du Québec* (1989) : 43-44.
- ²⁹ Michel Foucault, *Naissance de la clinique* (Paris : Quadrige/Presses Universitaires de France, 1963), 214p.
- ³⁰ Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », 508-521.
- ³¹ Foucault, *Naissance de la clinique*, 16
- ³² *Ibid.*, 16
- ³³ Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », 508-521.
- ³⁴ *Ibid.*, 508-521.
- ³⁵ Sœur Marie Morin, *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, 80.
- ³⁶ Janson, « Joseph Benoît, chirurgien à l'Hôtel-Dieu (1711- 1742) », 155-183.
- ³⁷ ARHSJM, Coutumier et Petites règles de la Congrégation de Saint-Joseph, 1750, p. 148.
- ³⁸ Roland Charles « Histoire de la médecine jusqu'à 1950 », *Encyclopédie Canadienne*, consulté le 10 avril 2014. <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/histoire-de-la-medecine-jusqua-1950/>.
- ³⁹ Denis Goulet et Robert Gagnon, *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000 : de l'art de soigner à la science de guérir* (Québec, Qc : Septentrion, 2014), 456 p.
- ⁴⁰ Sœur Marie Morin, *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, 119.
- ⁴¹ AAM, Fonds Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph (525.102 876 28), Correspondance Sœur Bonneau-Mgr Fabre, 1876.
- ⁴² ARHSJM, Petit coutumier des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, 1872, p. 40-41.
- ⁴³ Goulet et Gagnon. *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000*, 456 p.
- ⁴⁴ Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980* (Montréal : VLB, 1993), 10.

- ⁴⁵ Kenneth M. Ludmerer, « Commentary: Understanding the Flexner Report », *Academic Medicine* 85, no 2 (2010), 193–196.
- ⁴⁶ Denys Delâge, « L'influence des Amérindiens sur les Canadiens et les Français au temps de la Nouvelle-France », *LEKTON* 2, no 2 (1992) : 103-191.
- ⁴⁷ Goulet et Gagnon. *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000*, 456 p.
- ⁴⁸ Jacalyn Duffin, Abraham Flexner a-t-il provoqué la création du JAMC ? *Canadian Medical Association Journal* 183, no 9 (2011) : E593-E596, doi: 10.1503/cmaj.110597.
- ⁴⁹ Amy E. Wells, « Flexner, Abraham (1866-1959) », *Encyclopedia of Education*, consulté le 12 mai 2014. <http://www.encyclopedia.com>. Notez qu'Abraham Flexner (1866-1959) est un pédagogue américain. Il a conduit la recherche sur les conditions et la qualité de l'enseignement médical aux États-Unis et au Canada au début du XXe siècle. Il rédige en 1910 un rapport qui porte son nom : le Rapport Flexner. Ce rapport fut un événement important dans l'histoire de la médecine américaine et canadienne; il donna naissance à l'enseignement médical moderne.
- ⁵⁰ Duffin, Abraham Flexner a-t-il provoqué la création du JAMC ? E593-E596.
- ⁵¹ Olivier Faure, « L'hôpital et la médicalisation au début du XIXe siècle : l'exemple lyonnais, 1800-1830 », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest* 86, no 2 (1979), 277-290.
- ⁵² Goulet, Hudon et Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, 15.
- ⁵³ Anne Thalamy, « La médicalisation de l'hôpital ». Dans Foucault Michel, Blandine Barret Kriegel, Anne Thalamy, François Buégin et Bruno Fortier, *Machines à guérir : Aux origines de l'hôpital Moderne* (Paris : Institut de l'Environnement, 1976), 32-34.
- ⁵⁴ Michel Foucault, « Histoire de la médicalisation », *Hermès, La Revue* 2, no 2 (1988) : 11-29.
- ⁵⁵ Thalamy, « La médicalisation de l'hôpital », 31.
- ⁵⁶ Foucault, *Naissance de la clinique*, 41.
- ⁵⁷ Bruno Fortier, « Le camp et la forteresse inversée ». Dans Foucault Michel, Blandine Barret Kriegel, Anne Thalamy, François Buégin et Bruno Fortier, *Machines à guérir : Aux origines de l'hôpital Moderne* (Paris : Institut de l'Environnement, 1976), 47 ; Foucault, *Naissance de la clinique*, 41.
- ⁵⁸ Foucault, *Naissance de la clinique*, 82.
- ⁵⁹ Thalamy, « La médicalisation de l'hôpital », 32.
- ⁶⁰ Foucault, *Naissance de la clinique*, 99.
- ⁶¹ *Ibid.*, 88.
- ⁶² *Ibid.*, 138.
- ⁶³ *Ibid.*, 139.
- ⁶⁴ *Ibid.*, 144-145.
- ⁶⁵ *Ibid.*, 201.
- ⁶⁶ *Ibid.*, v.
- ⁶⁷ *Ibid.*, v-vi.
- ⁶⁸ Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », 519-517.
- ⁶⁹ Alexandre Macmillan, « La biopolitique et le dressage des populations », *Cultures & Conflits* 1, no 78 (2010) : 39-53.
- ⁷⁰ Bert, *Introduction à Michel Foucault*, 67.
- ⁷¹ Matthieu Merlin, « Foucault, le pouvoir et le problème du corps social », *Idées économiques et sociales* 1, no 155 (2009) : 51-59, doi: 10.3917/idee.155.0051.
- ⁷² David Nicholls, « Body politics: A Foucauldian discourse analysis of physiotherapy practice », (Thèse de doctorat (Physiothérapie), University of South Australia), 2008.
- ⁷³ Michel Foucault, *Surveiller et punir : naissance de la prison* (Paris : Éditions Gallimard, 1975), 34.
- ⁷⁴ Foucault, *Surveiller et punir*, 161-162.
- ⁷⁵ *Ibid.*, 34.
- ⁷⁶ *Ibid.*, 162.
- ⁷⁷ *Ibid.*, 227.
- ⁷⁸ Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », 515.
- ⁷⁹ *Ibid.*, 508-521.
- ⁸⁰ AHND, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980, 1980, p. 1-10. Voir aussi Micheline D'allaire, *Les communautés religieuses de Montréal : Les communautés religieuses et l'assistance sociale à Montréal, 1659-1900*, tome 1 (Montréal : Éditions du Méridien, 1997), 69-101.

- ⁸¹ AUM, Fonds Hôpital Notre-Dame de Montréal (D35-1169), Statuts du nursing chez les canadiens-français de la province de Québec, 1929.
- ⁸² Albertine Ferland-Angers, *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948* (Montréal : Les Éditions Contrecœur, 1948), 125 p. Voir aussi Yolande Cohen, « La contribution des sœurs de la Charité à la modernisation de l'Hôpital Notre-Dame, 1880-1940 », *Canadian Historical Review* 77, no 2 (1996) : 185-193.
- ⁸³ D'allaire, *Les Communautés religieuses de Montréal*, 75.
- ⁸⁴ ASG, Constitutions et statuts de l'Institut des Sœurs de la Charité de Montréal « Sœurs Grises », 1981, p. 10-11.
- ⁸⁵ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968, 1968, p. 18.
- ⁸⁶ AAM, Fonds de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (778.846 902-1), Concordat entre les Sœurs de la Charité de l'Hôpital Général et l'Hôpital Notre-Dame, 1902.
- ⁸⁷ Goulet, Hudon et Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame, 1880-1980*, 47.
- ⁸⁸ ASGM, Circulaire mensuelle des Sœurs Grises, 1902-1903, p.740
- ⁸⁹ Goulet, Hudson et Keel. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame: 1880-1980*, 452 p. Une grande rivalité a existé entre L'École de Médecine et de Chirurgie Montréal et la Faculté de Médecine de la succursale de l'Université Laval à Montréal. L'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal commence ses activités en 1843 et incorporée en 1845. Ses étudiants ont accès à l'Hôtel-Dieu de Montréal depuis 1850 pour leur apprentissage. En 1878, l'Université Laval ouvre une succursale à Montréal et la Faculté de Médecine est créée en 1879. Dans l'incapacité d'obtenir auprès des Religieuses de l'Hôtel-Dieu de Montréal les mêmes privilèges que l'École de Médecine et de Chirurgie pour les apprentissages de ses étudiants dans un milieu hospitalier, les médecins de la Faculté de Médecine de la succursale de l'Université Laval à Montréal décident d'ouvrir l'Hôpital Notre-Dame. Ces deux écoles de médecine se fusionnent en 1891 pour devenir la Faculté de Médecine de la succursale de l'Université Laval à Montréal. La succursale de l'Université Laval à Montréal devient autonome en 1920 et prend le nom d'Université de Montréal.
- ⁹⁰ AHNDM, Rapports annuels de l'Hôpital Notre-Dame, 1909-1917, p. 24-29.
- ⁹¹ ASGM, Circulaire mensuelle des Sœurs Grises, 1898-1901, p. 178-179.
- ⁹² Ferland-Angers, *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948*, 13.
- ⁹³ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968, 1968, p. 18.
- ⁹⁴ Goulet et Gagnon. *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000*, 456 p.
- ⁹⁵ Eugène Saint-Jacques, « L'organisation de l'hôpital public », *L'Union Médicale de Canada*, Mai 1924, p. 233.
- ⁹⁶ Eugène Saint-Jacques, « L'organisation de l'hôpital public », *L'Union Médicale de Canada*, Juillet 1924, p. 345.
- ⁹⁷ Eugène Saint-Jacques, « L'organisation de l'hôpital public », Mai 1924, p. 234.
- ⁹⁸ AAM, Fonds Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph (525-102 924-5), Correspondance Sœur Le Royer Supérieure des RHSJ – Eugène St-Jacques, 1924.
- ⁹⁹ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968, 1968, p. 18.
- ¹⁰⁰ AHNDM, Rapports annuels de l'Hôpital Notre-Dame, 1909-1917, p. 24-29.
- ¹⁰¹ AHNDM, Rapports annuels de l'Hôpital Notre-Dame, 1909-1917, p. 29.
- ¹⁰² ASGM, Fonds de l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (L36, 3J.1), p. 1-17.
- ¹⁰³ Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », 508-521.
- ¹⁰⁴ Thalamy, « La médicalisation de l'hôpital », 33.
- ¹⁰⁵ *Ibid*, 33-34
- ¹⁰⁶ Foucault, « La politique de la santé », 16.
- ¹⁰⁷ Mitchell Dean et Gail Bolton, « The administration of poverty and the development of nursing practice in nineteenth-century England ». Dans Davies Celia (dir.), *Rewriting nursing history* (London, UK: Barnes & Nobles Books, 1980), 86.
- ¹⁰⁸ Isabelle Gournay et Terrance Hughes, « L'architecture hospitalo-universitaire : le tournant des années 20 », *Journal of Canadian Art History / Annales d'histoire de l'art Canadien*, 13/14, no 2 /1 (1990), 26-43.

¹⁰⁹ Robert A. Gross, « Giving in America: From charity to philanthropy ». Dans Friedman Lawrence J. et Marc D. McGarvie. *Charity, philanthropy and civility in American history* (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003), 29-48.

¹¹⁰ Gross, « Giving in America: From charity to philanthropy », 29-48.

¹¹¹ Elizabeth Herdman, « The illusion of progress in nursing », *Nursing philosophy* 2, no 1 (2001), 4-13.

¹¹² René Magnon, « Syndicalisme et travail infirmier à l'heure de la mondialisation », *Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec*, consulté le 22 décembre 2013.

http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/A01-C-Thematique_seti_f.pdf.

¹¹³ Marc-Abélard Tremblay, « De l'hôpital médiéval à l'hôpital moderne » (Chicoutimi : J. M. Tremblay, 2002), 15-16.

¹¹⁴ Peter Miller et Ted O'Leary, « Accounting and the construction of the governable person », *Accounting, Organization and Societies* 12, no 3 (1987): 235-275.

¹¹⁵ Peter Miller et Nikolas Rose, « Governing economic life », *Economy and Society* 19, no 1 (1990): 1-31.

¹¹⁶ Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », 508-521.

¹¹⁷ *Ibid.*, 35-36.

¹¹⁸ *Ibid.*, 35-36.

Chapitre VI

L'émergence du savoir infirmier

Le développement du milieu hospitalier au Canada-français donne lieu à l'ouverture des écoles d'infirmières au tournant du XX^e siècle. Les écoles d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et de l'Hôtel-Dieu de Montréal sont les premières à fournir aux jeunes filles francophones de Montréal une formation formelle et des programmes de cours structurés. Dirigées par les religieuses, ces écoles tout en procurant une formation qui répond aux besoins du temps, se présentent comme un prolongement de la vie conventuelle des religieuses hospitalières. Le contexte disciplinaire dans lequel évoluent les étudiantes permet de mettre en lumière le pouvoir des religieuses dans les écoles d'infirmières et sur les jeunes filles qui les fréquentent. Dans les prochaines pages nous présentons le développement de ces écoles.

6.1 L'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal

En 1898, à la réunion tenue par le Bureau des administrateurs de l'Hôpital Notre-Dame, le surintendant, docteur Emmanuel-Persillier Lachapelle, annonce le début des cours pour les garde-malades. À cette époque la population francophone de Montréal a la possibilité de se faire soigner dans deux hôpitaux de langue française, l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital Notre-Dame, mais il n'existe pas encore d'écoles de formation pour les infirmières. En effet, le Montreal General Hospital, le Royal Victoria et l'Homoeopathic Hospital, tous de confession protestante, offrent respectivement des cours d'infirmières

depuis 1890, 1893 et 1895 aux jeunes filles anglophones de Montréal, mais aucune formation n'est encore disponible pour les francophones. En réalité, la décision d'instituer un cours d'infirmières à l'Hôpital Notre-Dame ne fait pas l'unanimité. Si le docteur Lachapelle souligne dans le rapport du 15 janvier 1898 que « les sœurs hospitalières ont décidé de suivre un cours régulier de gardes-malades qui leur sera donné par les médecins de l'Hôpital Notre-Dame et que les cours doivent commencer incessamment »¹ et réitère dans le rapport du mois d'octobre 1898 que l'inauguration du cours à l'école d'infirmières a été ouverte « à la demande expresse de la maison mère »² des Sœurs Grises et que « la nouvelle est accueillie avec satisfaction par le Bureau »³, du côté des Sœurs Grises, le discours semble plus à la résignation qu'à un réel besoin d'une formation plus poussée. Les religieuses se voient contraintes de suivre ces cours afin d'acquérir de nouvelles connaissances :

Le progrès dont s'enorgueillit notre siècle, les exigences des médecins, la concurrence des hôpitaux protestants, etc. tout semble se concerter depuis quelques années pour obliger nos sœurs hospitalières à travailler à acquérir une connaissance théorique plus étendue de leurs devoirs auprès des malades. Aujourd'hui le dévoûment (sic.) ne saurait suppléer à la science : tel est le mot communément employé par certains prétendus philanthropes pour faire agréer ces exigences. Vainement nos supérieures ont-elles essayé de s'y soustraire; [...]. C'est d'après ce même principe que l'autorité ecclésiastique a permis et encourage même les études auxquelles se sont appliquées nos sœurs de l'Hôpital Notre-Dame depuis deux ans. Le bon Dieu a béni les efforts et les nombreux sacrifices que ces dévouées hospitalières ont dû s'imposer pour mener de front ces études avec le soin de leurs malades⁴.

Pour démarrer cette école d'infirmières à l'Hôpital Notre-Dame, la Révérende mère supérieure des Sœurs Grises, Julie Hainault Deschamps, fait venir de Toledo, Ohio, sœur Élodie Mailloux. Envoyée à Toledo en 1894 par la Maison Mère des Sœurs de la Charité de Montréal pour prendre soin des malades et diriger l'école d'infirmières de la

St. Vincent's Hospital, sœur Mailloux est désignée comme étant la plus apte à réaliser le projet de fonder cette première école d'infirmières à Montréal. Apportant avec elle un programme éprouvé et les techniques les plus récentes employées dans les écoles d'infirmières aux États-Unis qui avaient adopté majoritairement le modèle de Florence Nightingale, sœur Mailloux revient à Montréal, fonde l'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame et en est nommée la directrice.

Le but de l'école est d'apprendre aux sœurs hospitalières à soigner scientifiquement les malades par un programme d'enseignement qui vise à développer leurs aptitudes sur l'état des maladies et les traitements en usage.⁵ En fait, la nécessité de ce cours répond aux nouvelles exigences scientifiques des hôpitaux modernes. Ainsi, les Sœurs de la Charité qui jusque-là « avaient une expérience pratique du soin des malades, [...] y ajoutèrent des connaissances scientifiques en vue de la formation des infirmières laïques ».⁶ À ce sujet, la religieuse chargée des chroniques des Sœurs Grises note également: « Des exigences même de la science, sont sorties ces sœurs et ces infirmières diplômées qui sont un honneur et une ressource précieuse dans nos infirmeries et auprès de toutes sortes de malades »⁷.



Figure 4: Résidences infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal vers 1900 et 1943
(Source : AHND 2-A-0660).

De façon générale, les médecins ont la responsabilité d'enseigner les cours théoriques qui se basent principalement sur les savoirs scientifiques médicaux. Le docteur E.-P. Lachapelle est chargé de compléter le programme et de finaliser l'examen. Pour la première année, l'école n'offre des cours qu'aux religieuses car il s'agit avant tout d'assurer la formation de ces dernières afin d'avoir des maîtresses autorisées pour enseigner aux laïques.⁸ Au mois de juillet 1899, onze religieuses, incluant sœur Mailloux, réussissent avec succès les examens et obtiennent leur diplôme d'infirmières.⁹ Les programmes de formation instaurés à l'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame signalent de manière concrète un apport scientifique dans l'univers des gardes-malades canadienne-françaises. Le programme élaboré en 1899 se compose des cours suivants :

Première année

Anatomie et physiologie	12 leçons
Hygiène	6 leçons
Matière Médicale	12 leçons
Bactériologie et stérilisation	6 leçons

Deuxième année

Petite chirurgie	10 leçons
Gynécologie	8 leçons
Médecine générale	7 leçons
Anatomie de l'œil, nez et oreille	2 leçons
Hygiène de ces organes	1 leçon
Hygiène de la peau	3 leçons
Soins aux enfants	3 leçons

Troisième année

Soins des enfants	3 leçons
Soins des accouchées	8 leçons
Analyse des urines	4 leçons
Cuisine des malades	10 leçons
Direction des salles	6 leçons
Étiquette professionnelle	3 leçons ¹⁰

Les programmes de cours incluent des matières médicales, religieuses et d'autres notions décrites comme scientifiques qui visent à familiariser les étudiantes aux termes

techniques, à développer les aptitudes et qualités qui caractérisent une bonne infirmière et à les préparer à répondre aux besoins de l'hôpital moderne. En ce qui concerne le côté pratique de la formation, avant d'être admises auprès des malades, les étudiantes doivent suivre un cours préliminaire de quatre mois, et par la suite, elles commencent leur entraînement sous la surveillance des hospitalières dans divers services.¹¹ À l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, les programmes sont élaborés en vue de fournir une formation professionnelle. Dans les années 1930, selon Albertine Ferland-Angers biographe de l'école, les classes sont pourvues de tous les accessoires et matériels nécessaires à l'enseignement : « mannequins de démonstrations, pièces démonstratives des organes, pièces anatomiques conservées dans des jarres de verre, moulages pour imager les différentes maladies, cartes schématiques en hygiène, cartes au laboratoire de chimie, etc. », le tout suivant les nouvelles techniques imagées utilisées en éducation.¹²

Au cours des années, l'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame connaît une augmentation du nombre de ses étudiantes. Si les religieuses constituent les premières cohortes d'étudiantes, l'administration ne tarde pas à admettre des laïques. En 1900, plusieurs jeunes filles sont sélectionnées. Au cours des années, l'école reçoit de nombreuses applications de jeunes filles qu'elle doit parfois refuser faute de place.¹³ La première étudiante à recevoir son diplôme en 1903 est Helen Routh qui inspire aux religieuses et aux médecins « la plus grande confiance tant par son savoir que par ses qualités d'esprit et de cœur ». ¹⁴ Plusieurs autres jeunes filles viendront poursuivre leur formation à l'Hôpital Notre-Dame dans les années subséquentes. Elles seront près de 3 000 à recevoir leurs diplômes jusqu'à la fermeture de l'école en 1968.

6.2 L'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal



Figure 5: Résidence des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, n.d.
(Source : Banq 610-730711714 C6892)

En 1901, deux ans après l'ouverture de l'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame et sous l'instigation de sœur Desaulniers, l'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal ouvre ses portes.¹⁵ Initiée aux techniques de l'asepsie et de l'antisepsie récemment importées de France par le docteur Amédée Marien, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal, Sœur Désaulniers reconnaît l'importance d'une formation fondée sur « une nouvelle doctrine ».¹⁶ Pénétrée de son idée, elle insiste auprès de la communauté des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, dont elle fait partie, pour faire valoir la nécessité de créer une école d'infirmières. La nouvelle structure de formation heurte les habitudes et les représentations des soins de plusieurs religieuses. En effet, « [l]es religieuses qui avaient suffi à la tâche jusqu'à l'heure actuelle, qui conservaient jalousement les traditions sacro-saintes apportées par les premières Mères de la Flèche, hésitaient devant une innovation d'envergure ».¹⁷ Toutefois, le support obtenu auprès des autorités ecclésiastiques dont particulièrement celui de l'archevêque de Montréal, Monseigneur Paul Bruchési, permet à Sœur Desaulniers d'avoir gain de cause. Les oppositions formulées par certaines religieuses s'évanouissent lorsqu'elles distinguent

dans l'ouverture de cette école une œuvre sociale car comme le souligne sœur Mondoux, « il devenait opportun » pour les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de recevoir une formation infirmière adéquate, mais aussi « d'aider à la formation de ces jeunes personnes qui désirent employer leur vie au service des malades, en leur ouvrant un champ d'entraînement aussi précieux que celui des divers services de nos salles et de nos dispensaires ». ¹⁸

Toutefois, quoique les structures et les savoirs se transforment, et nonobstant l'ouverture de l'école Jeanne Mance, nombreuses sont les religieuses qui auront du mal à se défaire d'une pratique traditionnelle et à se conformer aux nouvelles exigences. En effet, la première directrice de l'École Jeanne Mance, sœur Archambault, bien qu'elle soit reconnue autant par les religieuses que par les étudiantes pour ses qualités de dévouement, est considérée comme appartenant à la période non-scientifique de l'école. ¹⁹ D'ailleurs, ce retard dans la formation des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph a perduré pendant quelques années puisqu'en 1906, Monseigneur Gauthier, chargé de la visite canonique ²⁰ à l'Hôtel-Dieu de Montréal, soumettait à l'attention de Monseigneur Bruchési des lacunes chez ces religieuses. « Il serait désirable », soutient-il, « que les religieuses de l'Hôtel-Dieu fussent aussi bien instruites que celles de l'Hôpital Notre-Dame ». ²¹ En fait, ces aides « non professionnelles » ne répondaient plus à l'esprit du temps, ²² peut-on lire dans un article rétrospectif de *Le Sympathique*, le journal des infirmières de l'école Jeanne Mance. En 1924, c'est au tour des médecins de se plaindre de l'inefficacité des sœurs soignantes. Le docteur Donald Hingston, au nom des médecins de l'Hôtel-Dieu, demande aux Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de suivre les

cours d'infirmières car il y va de la réputation de l'hôpital, de l'école d'infirmières et par ricochet de la leur. Il recommande:

It is the opinion of the Medical Staff almost without exception, in order that the Hotel-Dieu should be in the front rank, it is essential, absolutely essential, that all the Sisters should follow a course of training as thorough and exacting as that followed by the nursing staff of any other hospital, and should undergo a minute and searching examinations before being awarded certificates. The Medical Staff is not only willing but even anxious to furnish a full course of training, and, if this is done, in a few years, the Hospital would regain the ground it has lost.²³

Les Sœurs Grises semblent être la référence en matière de formation scientifique des infirmières. Elles sont considérées à la fois comme les pionnières et des exemples à suivre. Le Dr E.-P. Benoît, médecin à l'Hôpital Notre-Dame et professeur de clinique médicale à l'Université de Montréal, encourage aussi fortement la formation des religieuses qui sont les dirigeantes des hôpitaux. Pour lui, il s'agit par là d'assurer l'honneur des canadiens-français :

Nos religieuses hospitalières suivent des cours, subissent des examens, portent des diplômes. Cela est devenu nécessaire pour l'efficacité des services et la réputation des hôpitaux. Nous ne pouvons pas, nous canadiens-français et catholiques, vivant dans un pays anglais (quoi qu'on dise), demeurer inférieurs aux autres et consentir à ce que nos institutions soient maintenues sur un pied d'infériorité.²⁴

Ces recommandations semblent avoir été suivies car avec l'arrivée de sœur Beupré, « infirmière savante » chez qui « la science ne fut jamais un ornement, mais un outil de merveilleux service »²⁵, comme directrice de l'école en 1911 commence la période scientifique.²⁶ Dans l'historique de l'École Jeanne Mance, sœur Mondoux précise :

Il serait superflu d'ajouter que les religieuses de l'Hôtel-Dieu reçoivent elles-mêmes leur formation professionnelle à notre École, dont elles adoptent le programme. Aussi concourent-elles avec honneur aux épreuves universitaires. Celles des Hospitalières qui sont appelées à la direction des services ou à une branche déterminée suivent des cours spéciaux dans

divers collègues ou universités. Un certain nombre détiennent déjà de précieux parchemins.²⁷

De même qu'à l'Hôpital Notre-Dame, les cours théoriques à l'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal sont donnés par les médecins et la partie pratique des cours sont sous la direction des religieuses. La structuration du premier programme d'études de l'école Jeanne Mance est adoptée en 1911 et permet, selon les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, à l'école d'entrer dans « l'ère scientifique ».²⁸ Réalisé sous la direction du personnel enseignant et avec la coopération des médecins, ce programme représente l'ensemble des cours donnés et les matières enseignées tendent vers un but commun : la formation scientifique des gardes-malades. Le programme comprend « une partie théorique donnant les principes scientifiques, et une partie clinique donnant aux élèves l'entraînement nécessaire pour acquérir l'art de leur profession ».²⁹ À l'école Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal, le programme d'études comprend :

Première année

Anatomie et physiologie	22 conférences	Dr. J.-A. Saint-Pierre
Pathologie générale	9 conférences	Dr. H. Lebel
Hygiène	3 conférences	Dr J. Décarie
Pathologie externe	1 conférence	Dr. Z. Rhéaume

Deuxième année

Gynécologie	3 conférences	Dr.D.-A. Hingston
Pathologie externe	4 conférences	Dr. J.-A. Saint-Pierre
Pathologie interne :		
Système respiratoire	2 conférences	Dr. L. Verner
Système digestif	3 conférences	Dr. E. Kennedy
Système urinaire	1 conférence	Dr. H. Lebel
Système circulatoire	1 conférence	Dr. L.-J.-V. Cléroux
Système nerveux	1 conférence	Dr. J.-P. Moreau
Diététique (École ménagère)	10 conférences	Mlle J. Anctil
Physiologie	6 conférences	Dr. J.-A. Saint-Pierre

Troisième année

Maladies contagieuses	3 conférences	Dr. E. Latreille
Visite à l'Hôpital St-Paul	1 conférence	Dr. Leduc
Ophthalmo-Oto-Rhino- Laryngologie	4 conférences	Dr. J.-N. Roy
Diététique (cours pratique)	10 conférences	Mlle J. Anctil ³⁰

De nouvelles matières font leur apparition progressivement au fil des ans. Des cours tels que l'obstétrique, la matière médicale, l'anesthésie, la thérapeutique, la dermatologie, l'urologie, etc. sont incorporés aux programmes de l'école ce qui démontre, selon les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, « de façon magistrale l'évolution de l'enseignement des sciences infirmières depuis le début de l'école ». ³¹

Selon sœur Trottier, jusqu'à sa fermeture en 1970, les religieuses et les institutrices qui se succèdent à l'École Jeanne Mance ont travaillé à imprimer à l'école un dynamisme sans égal :

Mue par un noble désir de perfection, elles travaillèrent sans relâche à modifier, transformer ou innover. La valeur de cet enseignement fut maintes fois démontrée par l'excellence des résultats obtenus aux examens de l'Association des infirmières de la Province de Québec où se présentèrent 3 000 jeunes filles et 24 jeunes gens. ³²

À ce point, il est important de signaler que depuis le XVIII^e siècle dans la province de Québec, l'éducation demeure une affaire privée. La plupart des écoles sont dirigées par des communautés religieuses, c'est-à-dire par l'Église. Lorsque la première loi scolaire est votée en 1801, l'État s'approprie la responsabilité de l'instruction publique. Cinquante ans plus tard, le Conseil de l'instruction publique créé en 1856 détient le mandat de préparer des règlements pour les écoles publiques de la province. Établi en 1868, le Ministère de l'instruction publique (qui deviendra en 1964 le Ministère de l'éducation) joue un rôle pédagogique, administratif, législatif et financier. Toutefois, les écoles confessionnelles restent sous le contrôle de l'Église et le rôle de celle-ci dans l'éducation sera considérable jusque dans les années soixante – date à laquelle les communautés religieuses sont évincées des milieux de soins et éducatifs – ce qui donne aux communautés religieuses plein pouvoir sur la formation des infirmières. ³³ Ainsi, tout

au long du fonctionnement des écoles d'infirmières, le pouvoir des religieuses s'étendra dans toutes les sphères de la formation des infirmières dans les écoles d'hôpitaux.

6.3 Les normes et règlements disciplinaires à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Montréal

En 1899, dans le dix-neuvième rapport de l'Hôpital Notre-Dame, le secrétaire du Conseil médical déclarait : « La Supérieure de l'hôpital reçoit souvent des demandes d'admission de jeunes femmes [...] très désireuses de suivre ces cours et de s'initier [...]. Ces jeunes femmes ainsi dressées à bonne école, deviendraient, j'en suis sûr d'excellentes gardes-malades ». ³⁴ En effet, en 1899 à l'Hôpital Notre-Dame et en 1901 à l'Hôtel-Dieu, les laïques qui veulent suivre le cours de garde-malades sont autorisées à soumettre leur candidature dans ces deux premières écoles d'infirmières francophones catholiques. Les autorités médicales donnent leur approbation et les religieuses se chargent de régler les questions relatives à l'organisation des cours. Les candidates désirant s'inscrire aux cours d'infirmières doivent remplir un formulaire d'admission, fournir leur certificat de baptême et se présenter en personne au bureau d'inscription de l'école afin de se faire évaluer oralement par la directrice. Si l'aspirante se retrouve dans l'impossibilité de se présenter, elle doit envoyer une photo et l'entrevue orale est réalisée lors de la journée d'admission. Les conditions pour intégrer ces écoles sont clairement indiquées dans les règlements généraux. Les candidates qui postulent pour ces programmes de formation doivent être âgées entre vingt et trente ans (cette condition variera au cours des années). Elles sont admises si elles détiennent comme minimum d'instruction un certificat de dixième année ou les quatre années du cours Lettres et sciences. ³⁵ Elles doivent avoir un état de santé robuste confirmé par un certificat de santé signé par leur médecin de famille

et une conduite morale et religieuse exemplaire attestée par une lettre d'un prêtre.³⁶ La candidate « doit posséder une *bonne éducation*, des manières distinguées, un extérieur agréable, un bon caractère et des mœurs irréprochables. L'usage de la cigarette et de la boisson alcoolique est strictement interdit »³⁷ (italiques dans le texte original). Un examen médical, une radiographie pulmonaire, des analyses d'urine, un certificat de santé dentaire et une preuve de vaccination ou de revaccination récente et efficace font partie également des conditions d'admission.³⁸



Figure 6: Étudiantes à l'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu, Montréal, 1901
(Source : Banq : 610-730711714 C6892).



Figure 7: Étudiantes à l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, 1905
(Source : AHND 2-A-0660).

Suite à l'admission, une période probatoire de trois mois est prévue afin de déterminer si les aspirantes sont compétentes et répondent aux caractéristiques d'une bonne infirmière. Après les trois mois de probation, les postulantes admises reçoivent cinq dollars par mois pour leurs dépenses personnelles, leur instruction étant considérée comme leur salaire.³⁹ Les religieuses ont ainsi la latitude de disposer des étudiantes et de les envoyer dans les différents services de l'hôpital pendant un certain nombre de mois et, dans certains cas, elles peuvent avoir recours aux étudiantes pour prendre soin des malades à domicile durant leur seconde année si elles le jugent nécessaire.⁴⁰ Après la période probatoire, les étudiantes gardes-malades sont obligées de porter l'uniforme (la couleur change selon les années d'études), signe de leur nouveau statut social. Une « robe très longue, recouverte d'un tablier amidonné, à bavette et à bretelles, manches longues à poignet et collet haut » et une coiffe ou un bonnet blanc composaient le décorum des aspirantes gardes-malades.⁴¹ « The uniform was a signifier of her power. [...] The lack of adornments showed the altruistic zeal of her "good works" ». ⁴² Pour l'historienne canadienne Christina Bates, l'adoption de l'uniforme à la fin du XIX^e siècle s'apparente tout d'abord aux tenues des religieuses. Il représente un moyen de discipliner les étudiantes – plus tard, les infirmières – et reflète les normes de classes, de féminité, de respect de soi, d'identité et d'appartenance à la profession.⁴³

Dans les deux écoles de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Hôtel-Dieu, les étudiantes sont formées par les religieuses et selon l'esprit de ces dernières. Les « règlements disciplinaires »⁴⁴ de ces deux institutions stipulent que toute élève doit observer intégralement les règles édictées : « Ils [les règlements] sont tels que toute personne honnête et sérieuse reconnaîtra qu'ils remplissent toutes les conditions favorables au

succès d'une institution de ce genre ». ⁴⁵ L'analyse des règlements de ces écoles révèle que les étudiantes deviennent partie intégrante de la vie des communautés religieuses. Le vocabulaire utilisé est similaire à celle de la vie conventuelle, par exemple : « Après le souper les gardes-malades n'ont pas la permission d'aller dans leur cellule, mais toutes doivent se rendre à la salle de récréation ou sur la galerie promenade ». ⁴⁶



Figure 8 : Étudiante à l'École Jeanne Mance de l'Hôtel-Dieu de Montréal vers 1942
(Source : Banq : 610-730711714 C6892)

Des résidences sont mises à la disposition des aspirantes gardes-malades qui doivent y vivre en pension pendant les trois années de leur formation où elles sont logées et nourries. Calquées sur les couvents, ces maisons tendent à être un prolongement de la vie et de la régularité des religieuses :

Avant de sortir du dortoir, chacune d'elles [des étudiantes] fera soigneusement son lit, époussettera ses meubles et laissera le tout dans un tel ordre qu'il puisse être vu en tout temps. [...]. Le silence le plus complet sera gardé dans leur département depuis 9 h. 30 m. du soir jusqu'à 7 heures du matin. Elles feront de même en allant par les corridors, et les salles des malades. En tout temps, elles éviteront de parler à haute voix ou de marcher avec bruit. ⁴⁷

La formation dans les écoles d'infirmières est assortie d'un ensemble de règlements visant à assurer une meilleure surveillance des étudiantes et l'édification de corps dociles. Sœur Pierre de la Communauté des Sœurs de la Charité de Gand suggère :

Comme la formation de l'infirmière est une tâche délicate, [...], il faut que l'éducatrice se souvienne surtout de ce que l'éducation doit être *naturelle*. En conséquence, elle devra observer ses élèves, connaître leur façon de penser; pour cela les suivre pas à pas, vivre avec elles les détails de la vie et gagner leur confiance⁴⁸ (italique dans le texte original).

À l'aide de critères formellement élaborés, ces écoles entendent développer chez les candidates certains traits de caractère qui permettent d'identifier la bonne garde-malade de celle qui ne possède pas de telles aptitudes : « c'est [...] par la pratique soutenue d'une règle adoptée à ses besoins qu'elle [la garde-malade] deviendra la femme forte, sérieuse, discrète et docile, la femme joyeusement dévouée, l'ange des jours mauvais que doit être la vraie garde-malade ».⁴⁹ Les aspirantes sont soumises à de nombreux exercices religieux. Elles doivent être fidèles à fréquenter les sacrements, à assister à la messe au jour indiqué par le règlement. De plus, chaque année, à l'ouverture des cours, elles doivent faire une retraite de trois jours, et une retraite fermée à la fin de la troisième année d'études. Les étudiantes comprendront ainsi « l'avantage qu'elles ont de vivre dans une institution religieuse et en profiteront pour s'affermir dans la piété en même temps qu'elles travailleront à acquérir les connaissances professionnelles ».⁵⁰

Aussi, en plus de signer, à leur admission, un engagement par lequel elles acceptent de demeurer à l'hôpital et de se soumettre entièrement aux autorités religieuses et aux règlements pendant les trois ans de leur formation,⁵¹ les aspirantes gardes-malades sont soumises à un contrôle strict. Les manuels de règlements précisent les exercices qui

doivent scander la journée des étudiantes car il s'agit de constituer un temps intégralement utile:

Lever à 6 heures. La première action des élèves sera d'élever leur cœur à Dieu, et elles répondront à haute voix et distinctement à la prière qui sera faite en commun. Le déjeuner sonnera à 6 h. 30 m., et toutes devront être dans les offices à 7 h. précises. [...]. Le dîner se donnera à 11 h. 40 m., le goûter à 2 h. 30 m., le souper à 6 h 15 m. [...]. A moins d'une permission bien expresse de la Sœur directrice, les élèves doivent être toutes rentrées à 9 h 30 m. p.m. Elles feront alors dévotement leur prière du soir et devront être couchées exactement à 10 h. Elles devront faire en sorte de se réserver chaque soir, une demi-heure pour l'étude.⁵²

Les règlements disciplinaires élaborés incluent toute une gamme de mesures qui visent non seulement à majorer les capacités d'apprentissage des aspirantes gardes-malades, mais surtout à les contrôler. Sœur Pierre, de la Communauté des Sœurs de la Charité de Gand reconnaît également l'importance de la discipline dans les écoles d'infirmières. Elle souligne:

[P]our que l'infirmière soit vraiment la femme forte capable de grandes choses, il faut qu'elle sache vouloir, qu'elle n'ait pas peur de l'effort. Il faut donc condamner tout système d'éducation qui supprime ou atténue l'effort. Des exercices de volonté ne se font pas rares durant les trois années de formation de l'élève-infirmière. Elle obéit à un geste, à un regard, à un mot, à un son. L'école a un règlement précis, il y a de la discipline. C'est par la discipline que les élèves contractent des habitudes de régularité, qu'elles apprennent à se gouverner elles-mêmes. La discipline vise au présent et à l'avenir. Cependant, elle ne peut être une tyrannie, elle ne peut supprimer la jouissance d'une certaine liberté. Il vaut même laisser une grande liberté aux élèves, afin de leur apprendre à en faire usage. Une âme bien trempée se possède, a confiance en elle-même.⁵³

La surveillance de ces jeunes filles est solidaire de toute une série de contrôles : les heures de service : « pour les gardes-malades de jour, de 7 hres a.m. à 7 hres p.m. et pour les gardes-malades de nuit de 7 hres p.m. à 7 hres a.m. »; les heures de repos : « Les gardes-malades de nuit resteront au lit depuis 9 hres a.m. à 4 hres p.m. » ; les journées de congé et les vacances : « On donnera aux gardes-malades une heure de repos et de

récréation par jour et une demi-journée par semaine, après 2 hres p.m. [...]. Les gardes-malades auront droit à deux semaines de vacances par année »;⁵⁴ les absences : « Durant les trois ans de cours, les élèves n'ont pas la permission d'aller prendre soin de leurs parents ou de s'absenter pour des raisons non-majeures » ; les congés de maladie : « Le temps perdu pour cause de maladie ou pour toute autre raison, doit être remis à la fin du cours ».⁵⁵ La capitalisation du temps et la mise en série des activités dans ces écoles permettent de prendre en charge le temps des étudiantes.

Dans ces deux premiers hôpitaux francophones de Montréal, les écarts par rapport aux normes établies par les religieuses sont sujets à sanction. Le rapport des aspirantes au savoir, au savoir-être et au savoir-faire devient justiciable d'une pénalisation normalisatrice. Tout écart aux règlements est passible de renvoi : « la Directrice des Gardes-Malades, avec l'assentiment du Comité de Régie de l'École, peut décider du renvoi d'une élève en tout temps, pour raisons d'incapacité, d'inconduite, de négligence à ses devoirs, d'échecs aux examens ou d'inaptitude à acquérir les qualités nécessaires à une bonne infirmière ».⁵⁶ Suite à la création de ces programmes structurés, l'examen devient un rituel pour les sœurs soignantes et les laïques. Celles-ci sont astreintes à des examens à la fin de chaque cours,⁵⁷ ou à la fin de chaque année,⁵⁸ et la fin des trois années d'études. Celles qui ont subi avec succès les examens sont reconnues comme compétentes et ont droit au diplôme d'infirmière et à l'admission à l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec.⁵⁹ Au fil des années, de légères modifications seront apportées aux règlements (ex : l'âge d'admission).⁶⁰ Cependant, les religieuses établissent des lignes de démarcation claires que les étudiantes ne doivent pas

enfreindre. Ainsi, l'autorité et le pouvoir des religieuses dans les écoles d'infirmières demeurent entiers.

6.4 Le pouvoir selon la perspective foucauldienne

La thèse de Foucault sur le pouvoir tend à offrir une vision plus large et plus radicale que celles des approches conventionnelles. En effet, Foucault récuse l'idée qu'il n'y aurait qu'un seul pouvoir, le pouvoir d'État. Foucault présente une analyse du pouvoir qu'il définit en termes de rapports de force multiples visant à organiser les activités des hommes dans la société.⁶¹ Certes, il reconnaît l'importance des appareils étatiques comme outils de normalisation de la conduite des individus, cependant il postule également que le pouvoir n'est pas l'attribut d'une institution, d'un groupe ou d'une classe, il les déborde largement. De façon plus explicite, Foucault conteste les analyses où le pouvoir apparaît comme indissociable de la domination. Par exemple, il dénonce la position des juristes qui considèrent le pouvoir comme un ensemble de dispositifs légaux destinés à imposer aux individus les normes édictées par l'État. Foucault critique également la position des marxistes qui voit le pouvoir uniquement comme un outil d'exploitation, d'oppression et de répression. Il croit qu'il est nécessaire de différencier le pouvoir des systèmes de domination exercés par les institutions répressives. Aussi, il s'écarte des théoriciens de l'élite tels que Vilfredo Pareto ou Charles W. Mills qui considèrent le pouvoir comme appartenant aux élites et qui permet à celles-ci de se distinguer de la masse.⁶² Si ces approches reconnaissent le pouvoir à certains groupes ou institutions, il n'en demeure pas moins, selon Foucault, qu'elles empêchent la compréhension des formes modernes du pouvoir qui doivent être considérés dans leur composante productive car en occultant ce qu'il y a de positif dans le pouvoir on ne peut

rendre compte des multiples aspects de son fonctionnement. Foucault encourage à cesser de décrire les effets de pouvoir en termes négatifs, par exemple, « il réprime », « il censure », « il exclut ». Selon lui, le pouvoir produit du réel, des domaines d'objets et des rituels de vérité et l'individu et la connaissance qu'on peut en prendre ou en tirer relèvent de cette production.⁶³ Pour Foucault, « le pouvoir ce n'est pas une institution, et ce n'est pas une structure, ce n'est pas une certaine puissance dont certains seraient dotés : c'est le nom qu'on prête à une situation stratégique complexe dans une situation donnée ».⁶⁴

Dans sa conception du pouvoir, Foucault fait ressortir quelques principes. Tout d'abord, le pouvoir ne s'acquiert et ne se possède pas mais il s'exerce à partir de points innombrables. Le pouvoir n'est ni centralisé ni unifié mais il peut venir de toutes les directions. Pour Foucault, le pouvoir est aussi immanent au domaine où il s'exerce; il n'est pas unifié mais varie en permanence par des modifications incessantes dans les rapports de force. Le pouvoir ne se positionne pas en superstructure mais il joue un rôle directement producteur.⁶⁵ À cet effet, Foucault invite les analystes du pouvoir à explorer l'émergence historique du pouvoir et ses effets, ses modalités et ses champs d'exercices, ses mécanismes et ses modes d'application à une époque donnée.⁶⁶ Foucault explique que ce changement n'est pas de l'ordre d'une rupture mais représente plutôt une transition.

Pour lui, le pouvoir est :

un ensemble d'actions sur des actions possibles; il opère sur le champ des possibilités où vient s'inscrire le comportement de sujets agissants; il incite, induit, il rend plus ou moins probable; à la limite, il contraint ou empêche absolument; mais il est toujours une manière d'agir sur un ou des sujets agissants, et ce tant qu'ils agissent ou sont susceptibles d'agir.⁶⁷

Selon Foucault, le pouvoir se caractérise en une fonction individualisante (anatomo-politique) et une fonction plus globale (bio-politique). D'ailleurs, dans une conférence prononcée en 1981, Foucault stipule :

Il y a deux grandes révolutions dans la technologie du pouvoir : la découverte de la discipline et la découverte de la régulation, le perfectionnement d'une anatomo-politique et le perfectionnement d'une bio-politique. La vie est devenue maintenant, à partir du XVIII^e siècle, un objet du pouvoir. La vie et le corps. Jadis, il n'y avait que des sujets, des sujets juridiques dont on pouvait retirer les biens, la vie aussi, d'ailleurs. Maintenant, il y a des corps et des populations. Le pouvoir est devenu matérialiste. Il cesse d'être essentiellement juridique. Il doit traiter avec des choses réelles qui sont le corps, la vie. La vie entre dans le domaine du pouvoir [...].⁶⁸

Dans une telle optique, les relations de pouvoir s'exercent de façon infinitésimale et quotidienne par l'intermédiaire de dispositifs (ex : écoles, cliniques, prisons, asiles, etc.) qui combinent les pratiques sociales et discursives. Ainsi, contrairement au modèle traditionnel du pouvoir descendant, règlementaire fonctionnant à l'injonction et à la sanction, la transformation dans la conception de l'exercice du pouvoir appliquées par les religieuses dans les écoles d'infirmières correspond à ce que Foucault définit comme le gouvernement des autres (la manière dont les autres peuvent être dirigés) et le gouvernement de soi (la façon de se conduire soi-même). De plus, l'analyse du pouvoir n'inclut plus uniquement la nature ou les sources de pouvoir mais il est composé d'éléments diversifiés dans leur enchaînement qui entraînent de multiples procédures de domination. Foucault soutient que le pouvoir existe partout et de façon omniprésente dans la société. C'est ce qu'il nomme des micro-pouvoirs qui permettent des actions dans le détail.

6.5 Les écoles d'infirmières comme microphysiques du pouvoir

Le chapitre que Foucault consacre à l'éducation se retrouve dans la troisième partie de son ouvrage *Surveiller et punir*. Selon le chercheur Stephen Ball, ce livre « traces the shift from the spectacle of punishment to disciplined institutional punishment via the constitution apparatuses which function to define power relations in

terms of everyday life; the school and the classroom are specifically mentioned as apparatuses of this sort ». ⁶⁹ Foucault décrit la mise en place d'un savoir qui consolide le pouvoir d'institutions comme les écoles, les prisons, les usines, etc. Dans son analyse, il décortique et dessine une critique politique de la pédagogie et aborde l'école comme une micro-société normalisatrice, disciplinaire qui a pour fonction de dresser et de diriger les individus afin de les rendre dociles. Selon lui, c'est la multiplication des ces « machines » à contrôler les corps qui créent la société disciplinaire. ⁷⁰ À travers la description des règlements internes, des théories éducatives et de l'architecture des écoles, Foucault dévoile tout d'abord un complexe disciplinaire marqué par un art de la répartition des individus dans l'espace et dans des lieux spécifiques comme le « grand renferment » des misérables et des vagabonds au XVII^e siècle ⁷¹ ou d'autres plus « discrets mais insidieux et efficaces » ⁷² tels que le couvent ou l'internat (ex : les résidences infirmières) comme modèle d'éducation. La discipline ainsi conçue entend assurer un meilleur contrôle du temps et des activités pédagogiques, et la mise en place d'un emploi du temps structuré vise à rationaliser l'action des individus. ⁷³ Ainsi, contrairement aux études qui présentent l'institution scolaire comme une œuvre d'émancipation ⁷⁴ ou un instrument de reproduction sociale ⁷⁵ ou encore un appareil idéologique de l'État, ⁷⁶ Foucault montre les institutions scolaires comme espaces de micro-pouvoirs qui permettent l'élaboration de moyens plus rationnels de discipline et de contrôle des populations. Selon Foucault, les mécanismes disciplinaires reposent sur une transformation historique : l'extension graduelle des dispositifs de discipline, leur multiplication à travers tout le corps social, la formation de ce qui représente la société disciplinaire et qui rend l'exercice du pouvoir plus rapide, plus subtil et plus efficace. ⁷⁷ Le pouvoir disciplinaire est appelé à jouer un

rôle positif, productif et il englobe les techniques qui permettent d'exprimer le plein potentiel des individus en les rendant utiles. Selon Dave Holmes et Denise Gastaldo, « Disciplinary power is one form of power exercised over an individual or many persons to produce effects on their conduct, habits, and attitudes in order to help them achieve particular skills and new ways of thinking or to render them ready for instruction. It is subtle and does not need violence to be effective ». ⁷⁸

Le complexe disciplinaire tient à l'usage d'instruments comme le regard et des rituels normalisateurs tels la sanction en tant que moyen de contrôle des individus. La surveillance hiérarchique dans les écoles impose une architecture qui s'intègre au rapport pédagogique et l'école devient ainsi un appareil d'observation, d'enregistrement et un opérateur de dressage. ⁷⁹ L'exemple de Foucault du Panopticon imaginé en 1791 par le philosophe et réformiste social Jeremy Bentham comme dispositif carcéral pour tenir les prisonniers sous la vue constante des gardiens les contraignant ainsi à améliorer leurs comportements, représente un archétype de la surveillance hiérarchique. Selon Foucault, la surveillance continue n'a de sens que si elle s'accompagne de sanction normalisatrice conduisant à toute une série de mesures subtiles (châtiments physiques légers, privations mineures ou petites humiliations) qui rendent possible l'exercice d'une coercition tenue au niveau des mouvements et attitudes et donnent une fonction punitive aux éléments en apparence anodins ou banals. ⁸⁰

Dans les écoles d'infirmières, cette surveillance permanente permet d'évaluer les étudiantes, de les repérer, de les juger afin que leurs capacités soient utilisées au maximum. Les individus deviennent ainsi des éléments pour l'exercice du pouvoir. ⁸¹ En fait, toutes ces conditions et règlements tendent au dressage des étudiantes. Selon cette

perspective, la discipline par l'éducation scolaire vise directement le corps des étudiantes garde-malades. Elle a pour objectif d'assurer un bon dressement de celles-ci afin de les rendre efficaces, productives et dociles, compris ici dans le sens où un corps est soumis et utilisé pour être transformé et perfectionné.⁸² Ceci assure aux hôpitaux une main-d'œuvre compétente et à bon marché. Tout cela est réalisé, selon Foucault, grâce à des procédures de pouvoir qui caractérisent les disciplines anatomo-politiques du corps humain.⁸³

En fait, souligne Foucault, si les analyses limitées à la notion de la coercition reconnaissent le pouvoir à certains groupes ou institutions, il n'en demeure pas moins, pour le philosophe, qu'elles sont peu utiles à la compréhension des formes modernes du pouvoir qui doivent être considérés dans leur composante productive.⁸⁴ De plus, ces approches sont également incapables de rendre compte du caractère diffus, capillaire et de la précision des techniques visées par la microphysique du pouvoir dont Foucault postule l'existence et qu'il définit comme étant celle :

[...] que les appareils et les institutions mettent en jeu, mais dont le champ de validité se place en quelque sorte entre ces grands fonctionnements et les corps eux-mêmes avec leur matérialité et leurs forces. Or, l'étude de cette microphysique suppose que le pouvoir qui s'y exerce ne soit pas conçu comme une propriété, mais comme une stratégie, que ses effets de domination ne soient pas attribués à une « appropriation », mais à des dispositions, à des manœuvres, à des tactiques, à des techniques, à des fonctionnements ; qu'on déchiffre en lui plutôt un réseau de relations toujours tendues, toujours en activité plutôt qu'un privilège qu'on pourrait détenir ; qu'on lui donne pour modèle la bataille perpétuelle plutôt que le contrat qui opère une cession ou la conquête qui s'empare d'un domaine.⁸⁵

La microphysique du pouvoir suppose donc une technologie diffuse, formulée souvent sous forme de discours disparates et discontinus. Foucault souligne en effet que cette microphysique du pouvoir ne se retrouve ni dans des institutions particulières ni au niveau étatique et ne s'applique pas comme une obligation ou une interdiction à ceux qui

ne l'ont pas. Au contraire, elle les investit et passe par eux et à travers eux. Les organisations y ont recours, l'utilisent, la valorisent et souvent imposent certains de ses procédés.⁸⁶ En effet, le pouvoir ne se retrouve pas uniquement au sein des grands appareils d'état ni ne se positionne en superstructure ayant un rôle prohibitif; il s'exerce également dans des « foyers locaux ».⁸⁷ Le pouvoir est retrouvé dans la famille, les usines et, dans le cas qui nous concerne dans les écoles d'infirmières et s'exprime sous forme de règlements et de disciplines qu'on impose aux gardes-malades afin de les transformer en force de travail productive.

Toutefois, il convient de souligner que si l'éducation tend à rendre les infirmières dociles et à les normaliser, elle leur donne aussi un pouvoir. En effet, comme le mentionne Stephen Ball, « education works not only to render its students as subjects of power, it also constitutes them, or some of them, as powerful subjects ».⁸⁸ Les infirmières se retrouvent ainsi dans un double rôle. Tout d'abord, sous la férule des religieuses, elles sont soumises à une discipline stricte qui s'exerce sur leur vie quotidienne, les attache à une identité et leur impose un savoir et une vérité. Ce pouvoir disciplinaire vise à normaliser les infirmières selon des critères pré-établis par les communautés religieuses pour ainsi les transformer en sujets : « institutional power intrinsically linked with knowledge forms individual human subjects and then subjects them to disciplinary norms and standards ».⁸⁹ D'autre part, Foucault fait valoir que les personnes qui ont de l'autorité, dans ce cas-ci les infirmières, peuvent influencer et gouverner le comportement des autres par le biais de divers discours et des technologies variées. À l'aide des connaissances qu'elles détiennent et des informations amassées au sujet de leurs patients, les infirmières sont en mesure de surveiller et de contrôler les comportements de ceux-ci.

Un savoir détaillé sur les activités et en particulier sur le corps des individus est ainsi maintenu. De cette façon, les infirmières arrivent à occuper une place considérable dans le milieu de la santé. Elles sont détentrices d'un savoir, et deviennent ainsi des *powerful subjects* auprès des patients et de la population car ce sont elles qui assurent la surveillance, la régulation et le gouvernement des individus en conformité aux normes sociales. Ainsi, dans la perspective foucauldienne, les écoles ne sont pas uniquement un lieu de formation. Elles produisent un champ propice à une microphysique du pouvoir et sont, à l'instar des prisons, des casernes et des asiles, des institutions de régulation morale et sociale et des technologies complexes où pouvoir et savoir représentent des éléments cruciaux destinés à la transformation du corps de l'individu en matière à travailler, à dresser et à normaliser.

Les écoles d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et de l'Hôtel-Dieu de Montréal ont ouvert la voie à la formation des infirmières. Fortement imprégnées par la morale congréganiste, les règlements disciplinaires qui régissent la vie et les activités des étudiantes font voir ces écoles comme des microphysiques du pouvoir qui permettent la régularisation et la normalisation du corps et de l'esprit des infirmières et des patients. Grâce à la formation infirmière qui prend forme à la fin du XIX^e siècle et qui continuera de se développer tout au long du XX^e siècle à Montréal, le savoir scientifique infirmier se développe et permet aux infirmières, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, de jouer un rôle plus politique dans le domaine de la santé.

¹ AHNDM, Fonds de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-0110), Rapport annuels de l'Hôpital Notre-Dame, Séance du 15 Janvier 1898.

² AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), « L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968 », 1968, p. 13

³ AHNDM, Fonds de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-0110), Rapport annuels de l'Hôpital Notre-Dame, Séance du 15 Janvier 1898.

⁴ ASGM, Annales des Sœurs Grises 1898-1901, p. 178.

⁵ Bibliothèque et Archives National du Québec, « Manuel de la Garde-Malade de l'Hôpital Notre-Dame » (430725), 1920, p. 3-4.

⁶ Albertine Ferland-Angers, *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948*, 29.

⁷ ASGM, Circulaire mensuelle des Sœurs Grises 1909-1911, p. 438-441.

⁸ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606) - L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968, 1968, p. 13.

⁹ ASGM, Annales des Sœurs Grises 1898-1901, p. 178-179. Les noms des onze religieuses qui ont reçu les premiers diplômes décernés par l'École d'infirmière de l'Hôpital Notre-Dame est indiqué. On peut lire : «Aujourd'hui onze d'entre elles ont eu la satisfaction de recevoir leurs diplômes d'infirmières. Ce sont : nos sœurs Dubord, supérieure, Mailloux, première hospitalière, Chrétien, Daoust, Marie du Saint-Sacrement, Desroches, Côté, Leclair, Saint-Zéphirin, Lessard et Duckett ». Cette précision est apportée parce plusieurs livres d'histoire soutiennent que Sœur Mailloux a reçu sa formation et son diplôme d'infirmières à l'École d'infirmières de St-Vincent Hospital, Toledo.

¹⁰ Ferland-Angers, *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948*, 28-29

¹¹ *Ibid.*, 72.

¹² *Ibid.*, 72.

¹³ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), « L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968 », p.16

¹⁴ *Ibid.*, p.18

¹⁵ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 » (610-730711714 C6892), 1970, p.5.

¹⁶ ARHSJM, « Le "Dies Natalis" des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal », *Le Sympathique*, juin-juillet, 1943, p. 3.

¹⁷ *Ibid.*, p. 4.

¹⁸ *Ibid.*, p. 21.

¹⁹ *Ibid.*, p. 3.

²⁰ La Visite canonique est réglementée par le Code de Droit canon de l'Église catholique, par les Constitutions et Statuts généraux des communautés religieuses ainsi que par d'autres documents de l'Église. Une visite canonique vise les objectifs suivants : procurer un regard plus informé sur l'état de chacune des communautés et sur ses membres ; offrir une aide aux religieux en tenant compte des difficultés qu'ils ont à affronter, de leurs problèmes et besoins ; procurer des conseils, du réconfort et aussi, s'il y a lieu, corriger les abus qui se sont peut-être introduits dans la communauté. C'est au Ministre (considéré comme le messenger) qu'il convient de réaliser la Visite canonique, personnellement ou à travers des Délégués.

²¹ AAM, Fonds Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph (525.102 906-8), Rapport Visite canonique, 1906.

²² ARHSJM, « Le "Dies Natalis" des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal », p. 3.

²³ AAM, Fonds Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph (525.102 924-6b.), Rapport du Dr. Donald Hingston, n.d., p. 2.

²⁴ Emmanuel-P. Benoît, « L'enregistrement de la garde-malade », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 4, no 7 (1931) : 335.

²⁵ ARHSJM, « Le "Dies Natalis" des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal », p.21.

²⁶ *Ibid.*, p. 21.

²⁷ *Ibid.*, p. 21.

²⁸ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970, » p. 9.

²⁹ ARHSJM, Fonds de l'École d'infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Boite 4.3.3.1 ch. 1507), Programme d'études, p. 12.

- ³⁰ ARHSJM, *Jubilé d'or des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1951*, p. 31 et 35.
- ³¹ ARHSJM, *Jubilé d'or des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1951*, p. 21.
- ³² Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 », p. 3.
- ³³ Bibliothèque et Archives National du Québec, Fonds Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 1842-2009 (Cote E13), Notice biographique/Histoire administrative.
- ³⁴ AHNDM, « L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968 », 1968, p.14.
- ³⁵ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École des gardes-malades de l'Hôpital Notre-Dame » (349208), n.d., p.3-8 ; ASG, Fonds de l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (L36/3J,1), p. 1-17.
- ³⁶ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École des gardes-malades de l'Hôpital Notre-Dame », p. 3-8 ; ARHSJM, Fonds École des infirmières Hôtel-Dieu de Montréal (Boite 4.3.2.6 ch.1492), « Règlements de l'École de garde-malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901, p. 1-8.
- ³⁷ ARHSJM, Fonds École des infirmières Hôtel-Dieu de Montréal (Boite 4.3.2.6 ch.1492), « École des infirmières : Hôtel-Dieu de Montréal » 1945, p. 4.
- ³⁸ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École des gardes-malades de l'Hôpital Notre-Dame », p. 3-8.
- ³⁹ *Ibid.*, p. 3-8.
- ⁴⁰ Ferland-Angers, *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948*, 34-35.
- ⁴¹ Ferland-Angers, *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948*, 35 ; ARHSJ, *Jubilé d'or des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1951*, p. 25.
- ⁴² Mitchell Dean et Gail Bolton, « The administration of poverty and the development of nursing practice in nineteenth-century England ». Dans Davies Celia (dir.), *Rewriting nursing history* (London, Barnes & Nobles Books, 1980), 89.
- ⁴³ Christina Bates, *Une histoire culturelle de l'uniforme infirmier* (Gatineau : Musée Canadien de la civilisation, 2012), 248 p.
- ⁴⁴ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École des gardes-malades de l'Hôpital Notre-Dame », p. 3-8
- ⁴⁵ *Ibid.*, p. 3-8
- ⁴⁶ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 », p. 7.
- ⁴⁷ ARHSJM, « Règlements de l'École de garde-malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal », 1915, p. 3-4.
- ⁴⁸ Sœur Pierre, « Principes idéal en éducation : leur application à la formation des infirmières, *La Garde-Malade Canadienne-Française* 6, no 9 (1933), 535.
- ⁴⁹ Bibliothèque et Archives National du Québec, « Manuel de la Garde-Malade de l'Hôpital Notre-Dame », p. 3-4.
- ⁵⁰ ARHSJM, « École des infirmières : Hôtel-Dieu de Montréal », 1945, p. 1-14.
- ⁵¹ ARHSJM, « Règlements de l'École de garde-malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901, p. 1-8 ; Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 », p. 3-8.
- ⁵² ARHSJM, « Règlements de l'École de garde-malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal », 1915, p. 3-4; Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 », p. 3-8.
- ⁵³ Sœur Pierre, « Principes idéal en éducation : leur application à la formation des infirmières, *La Garde-Malade Canadienne-Française* 6, no 9 (1933), 537.
- ⁵⁴ Ferland-Angers, *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948*, 34-35.
- ⁵⁵ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 », p. 3-8.
- ⁵⁶ ARHSJM, « Règlements de l'École de garde-malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901, p. 1-8 ; Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 », p. 3-8.
- ⁵⁷ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 », p. 3-8.
- ⁵⁸ ARHSJM, « Règlements de l'École de garde-malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901, p. 1-8;

- ⁵⁹ ARHSJM, « Règlements de l'École de garde-malades de l'Hôtel-Dieu de Montréal », 1915, p. 3-4; Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 », p. 3-8.
- ⁶⁰ ARHSJM, « École des infirmières : Hôtel-Dieu de Montréal », 1945, p. 1-14. Par exemple, en 1945, les règlements de l'Hôtel-Dieu spécifient que la candidate ne doit pas avoir moins de dix-huit ans.
- ⁶¹ Roger Deacon, « Michel Foucault on education: a preliminary theoretical overview », *South African Journal of Education* 26, no 2 (2006) : 117-187.
- ⁶² Clément Lefranc, « Microphysique du pouvoir », *Sciences Humaines*, Hors série no 19 (2014) : 34-35.
- ⁶³ Michel Foucault, *Surveiller et punir : naissance de la prison* (Paris : Éditions Gallimard, 1975), 227.
- ⁶⁴ Frédérique Ildefonse, « Le pouvoir intériorisé ». Dans Goddard Jean-Christophe et Bernard Mabilie, *Le pouvoir* (Paris : Librairie Philosophique J. Vrin, 1994), 227.
- ⁶⁵ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité : La volonté du savoir* (Paris : Éditions Gallimard, 1976), 121-125; Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits*, tome 4 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 222-243.
- ⁶⁶ Michel Foucault, « Le pouvoir, une bête magnifique », *Dits et écrits*, tome 3 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 368-382.
- ⁶⁷ Foucault, « Le sujet et le pouvoir », 237.
- ⁶⁸ Michel Foucault, « Les mailles du pouvoir », *Dits et Écrits*, tome 2 (Paris : Gallimard, 2001), 1013.
- ⁶⁹ Stephen J. Ball, « Introducing Monsieur Foucault ». Dans Ball Stephen J., *Foucault and education: disciplines and knowledge* (London, UK : Routledge, 1990), 5.
- ⁷⁰ Clément Lefranc, « Microphysique du pouvoir », p. 34-35.
- ⁷¹ Jean-François Bert, *Introduction à Michel Foucault* (Paris : La Découverte, 2011), 29.
- ⁷² Foucault, *Surveiller et punir*, p. 166.
- ⁷³ Clément Lefranc, « Microphysique du pouvoir », 34-35
- ⁷⁴ David Mavouangi, *La philosophie de Kant et l'éducation* (Paris : L'Harmattan, 2012), 7-22.
- ⁷⁵ Vincent Troger, « Bourdieu et l'école : la démocratisation désenchantée », *Sciences Humaines*, Hors série no 15 (2012) : s.p.
- ⁷⁶ Louis Althusser, *Idéologie et appareils idéologiques d'État : Notes pour une recherche* (Chicoutimi, QC : J. M. Tremblay, 2008), 1-60;
- ⁷⁷ Foucault, *Surveiller et punir*, 244-246
- ⁷⁸ Dave Holmes et Denise Gastaldo, « Nursing as means of governmentality », *Journal of Advanced Nursing* 38, no 6 (2002) : 561.
- ⁷⁹ Jean-Claude Filloux, « Étude critique : Michel Foucault et l'éducation », *Revue Française de Pédagogie* 99, (1992) : 115-120.
- ⁸⁰ Foucault, *Surveiller et punir*, 209-211.
- ⁸¹ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », *Dits et Écrits*, tome 3, (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 508-521.
- ⁸² Foucault, *Surveiller et punir*, 160.
- ⁸³ Foucault, *Histoire de la sexualité : La volonté du savoir*, 183.
- ⁸⁴ Smart, Barry. *Michel Foucault*, 78.
- ⁸⁵ Foucault, *Surveiller et punir*, 34-35.
- ⁸⁶ Foucault, *Surveiller et punir*, 35-36.
- ⁸⁷ Patrick Martin, « Pouvoir Pastoral, normalisation et soins infirmiers : Une analyse foucauldienne », *Aporia* 2, no 2 (2010) : 26-34.
- ⁸⁸ Ball, « Introducing Monsieur Foucault », 1-8.
- ⁸⁹ Julia Vassillieva, *Native psychology: Identity, transformation and ethics* (London, UK : Palgrave McMillan, 2016), 75-76.

Chapitre VII

L'infirmière comme force sociale et politique

À la fin du XIX^e siècle au Québec, de nombreux discours sont à l'œuvre et donnent lieu à la nécessité de la mise en place d'un cadre de formation structuré pour les infirmières. Les discours des autorités ecclésiastiques et des médecins, renforcés par les instances institutionnelles, sont autant d'énoncés qui enjoignent les infirmières à se prévaloir d'une éducation basée sur les principes scientifiques. Dès lors, le savoir scientifique infirmier s'impose comme un savoir « vrai » qui entend permettre aux infirmières, dans leur pratique, d'exercer une influence concrète sur les patients et la population en général. L'ambition du présent chapitre est d'analyser le développement du savoir infirmier et les différentes sortes de formation scientifique fournies aux infirmières (que ce soit dans les écoles d'hôpitaux, les écoles de formation supérieure ou les écoles d'hygiène) tout en mettant en lumière l'influence et le rôle social et politique que les infirmières sont appelées à jouer comme agent de contrôle social des individus et des populations.

7.1 Les connaissances des soignantes avant l'ouverture des écoles d'infirmières

Avant l'ouverture des écoles d'infirmières, la pratique des soignantes relevait de connaissances acquises par l'expérience. À cette époque, les sœurs soignantes acquéraient leurs connaissances sur le tas, « avec les méthodes et les moyens de fortune mis à leur disposition dans le temps, mais soutenues et guidées par le même amour du malade ».¹ Ces religieuses travaillaient « d'après le meilleur de leur connaissance et

jugement sous la direction des médecins de service ». ² Pour prendre soin des malades, il fallait se prêter à tous les ouvrages : « Balayer et tenir propres les salles – préparer les cabarets et servir les repas des malades ». ³ Ce savoir qualifié de profane ou de traditionnel se rattache à la médecine ancienne, c'est-à-dire les procédés et les pratiques utilisés par les médecins avant la révolution scientifique du XIX^e siècle. Ce savoir est défini comme un savoir transmis oralement d'une génération d'infirmières à une autre et consiste surtout à l'application « de vésicatoires, fomentations, cataplasmes, ventouses et sangsues ». ⁴ Même si de profondes modifications s'opèrent dans les sciences médicales au tournant du XIX^e siècle, les changements sont plus lents dans la pratique des soignantes. L'historienne Patricia D'Antonio explique les tâches d'une infirmière aux États-Unis au milieu des années 1850. Elle souligne que le travail des infirmières était souvent chaotique et exigeait le plus souvent le soin des corps malades :

The work of sick nursing was messy [...]. It required intimate body work: it meant cleaning the sweat, blood, vomit [...]. And it required skilled body work - skills often learned only at the moment they were needed. For example, sick nurses needed to know how to apply blisters and care for the irritated skin after such applications, how to prepare different kinds of poultices and how to administer enemas or douches. ⁵

Selon les nouvelles normes scientifiques adoptées par les institutions hospitalières à la fin du XIX^e siècle au Canada, les médecins aussi bien que les membres du clergé estiment que le manque de savoir des soignantes compromet les soins aux patients et l'efficacité des hôpitaux. La compétence des sœurs soignantes et les méthodes qu'elles emploient sont remises en question par les administrateurs de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal car ces procédés ne correspondent plus au besoin de l'heure. En 1893, le rapport du Conseil médical de l'Hôpital Notre-Dame indique : « pour les salles des chambres, on suggère d'avoir une bonne garde-malade et un bon infirmier en chef. Le

docteur Lachapelle est chargé de tâcher d'aplanir les apêrêts (sic.) de cette question et de faire rapport ». ⁶ Aussi, dans une allocution rétrospective prononcée par le docteur Téléphore Parizeau, vice-doyen de la Faculté de Médecine de Montréal, celui-ci rappelle :

Que ce fut à la ville ou dans nos hôpitaux, le malade comme le médecin n'avait à sa disposition que de braves femmes d'un dévouement, parfois admirable mais d'une insuffisance notoire. Quelques unes mieux douées, finissaient par acquérir le tour de main utile, mais c'était en quelque sorte, d'instinct et sans rien d'ordonné. ⁷

La formation des infirmières entendait répondre à cet enjeu. En Europe, l'instruction des soignantes était d'abord très limitée. Quelques ordres religieux qui fournissaient des services de soins infirmiers aux pauvres avaient commencé à développer un enseignement plus structuré. La plus connue est l'école Luthérienne des diaconesses à Kaiserswerth en Allemagne dans laquelle Florence Nightingale a été formée en 1836. ⁸ Dans les années 1840, Elizabeth Fry, également une élève de Kaiserworth, a fondé une école pour les sœurs soignantes ⁹ et l'historienne Carol Helmstadter révèle l'ouverture en 1848 d'une école d'infirmières à la St Johns House en Angleterre par des sœurs anglicanes. ¹⁰ Toutefois, en dépit de ces multiples contributions, l'apport de Florence Nightingale, reconnue comme étant la pionnière des soins infirmiers modernes et l'instigatrice de la création des premiers programmes rigoureux de formation professionnelle, reste incontestable.

7.2 Le « modèle Nightingale » et les soins infirmiers modernes

Fondatrice des premières écoles de formation pour les infirmières, Florence Nightingale est marquée par le contexte de son époque qui prône l'idéologie victorienne véhiculant une vision de la femme soumise à son mari et dévouée à ses enfants. Adoptant

cette conception traditionnelle, Nightingale croit que les femmes occupent une position complémentaire, mais subordonnée à celle des hommes et il doit en être de même des étudiantes et des infirmières à l'endroit des médecins dans les hôpitaux. Le système Nightingale prévoit ainsi une certaine forme de socialisation des jeunes femmes car seules les femmes sont en mesure de bien prendre soin des malades. Dans l'accomplissement de leurs tâches, celles-ci doivent faire preuve d'obéissance à l'égard de l'autorité médicale et d'un dévouement maternel sans bornes envers les patients. Cependant, croit-elle, si pour devenir infirmière il faut être une femme, toutes les femmes ne peuvent pas être infirmières. Celles qui sont appelées à exercer une tâche aussi noble doivent remplir deux conditions : faire preuve d'un sens moral irréprochable et posséder de grandes vertus.¹¹

Les caractéristiques inhérentes au système de formation élaboré par Florence Nightingale ont été mises en place au St. Thomas Hospital à Londres en 1860. En créant cette école d'infirmières, Nightingale veut assurer aux jeunes femmes qui décident d'embrasser cette carrière une éducation plus formelle, plus structurée et établie sur des préceptes religieux qui mettent l'accent sur les qualités morales des aspirantes. La réforme des soins infirmiers que propose Nightingale s'inspire du modèle de formation par apprentissage retrouvé au sein des communautés religieuses hospitalières. Toutefois, un enseignement assuré par des matrones et des médecins est parfois donné aux élèves. Nightingale identifie trois principes pour le bon fonctionnement de son école d'infirmières. Premièrement, le nursing est un art qui requiert une formation pratique et scientifique. Deuxièmement, l'organisation du service des malades et le personnel infirmier doivent être sous l'autorité d'une matrone ou d'une superintendante. Enfin,

l'hôpital est un lieu de formation et de services infirmiers et se doit à ce titre d'offrir un logement aux aspirantes afin d'assurer leur éducation morale. Ainsi conçue, l'école dispense, selon elle, une meilleure formation aux infirmières et permet à l'hôpital, auquel elle est affiliée, une organisation plus intelligente des soins assurés par la contribution des étudiantes au service des malades.¹² Le succès des réformes et de l'« école Nightingale » a conduit à une multiplication de programmes de formation destinés aux infirmières. Des réformateurs du nursing à travers le monde vont faire appel aux diplômées du St. Thomas Hospital. Dès 1862, ces infirmières sont employées par plusieurs hôpitaux de Grande-Bretagne pour fonder d'autres écoles. Par la suite, elles seront sollicitées par des hôpitaux et des médecins dans d'autres pays d'Europe, des États-Unis, du Canada, de l'Australie et de l'Inde pour diriger des écoles d'infirmières.¹³

L'historienne Sioban Nelson nuance considérablement les analyses qui attribuent à Florence Nightingale l'implantation du nursing moderne. Selon Nelson, l'apport de Nightingale dans le développement de la profession a reçu beaucoup d'attention de la part des historiens; cependant, peu ont critiqué la légende Nightingale. Les récits triomphants de la réforme des hôpitaux et de la formation des infirmières selon le modèle Nightingale ont fortement éclipsé le leadership des infirmières religieuses, des nonnes catholiques, des sœurs anglicanes et des diaconesses de Grande-Bretagne, qui ont toutes contribué bien avant Nightingale à la création de réseaux de santé et de soins aux patients. L'auteure soutient que l'histoire du nursing ne saurait être uniquement celle de Nightingale. En fait, « [it] was the relationship between these two important groups of women, the determined and competent vowed women (Catholic and Protestant) on one side, and the equally determined and ambitious non-vowed women on the other, that

created modern nursing ». ¹⁴ De leur côté, Isabelle Gournay et Terrance Hughes loin de perpétuer la légende de Florence Nightingale comme réformatrice des soins infirmiers modernes, adoptent une prise de position totalement différente. Dans leur recherche sur l'implantation des complexes hospitalo-universitaires aux États-Unis au début du XX^e siècle, ils soutiennent que l'apparition des écoles d'infirmières et de l'infirmière moderne n'est pas due au fait de l'esprit d'avant-garde des certaines pionnières en soins infirmiers. En fait, pour ces auteurs, il était nécessaire, pour assurer la productivité dans les nouveaux complexes hospitalo-universitaires d'adjoindre aux facultés de médecine des écoles d'infirmières rattachées aux établissements hospitaliers afin de procurer des aides compétentes et efficaces. Selon ces chercheurs, dans la foulée du taylorisme, les infirmières étaient appelées à faire partie du mouvement visant la productivité des établissements hospitaliers. ¹⁵ Pour leur part, Dean et Bolton y vont d'une analyse plus radicale encore. Ils soulignent que c'est la situation de pauvreté qui sévit en Angleterre à la fin du XIX^e siècle liée au besoin ressenti par les gouvernements d'assurer la régulation des populations qui expliquent l'émergence des soins infirmiers modernes :

The means of this regulation would, however, be given in terms of techniques and apparatuses applied to individual behaviour and circumstances. It is at this level that [...] modern forms of nursing practice were to play a vital part. The nurse was to be one element in the rich ensemble of techniques which were elaborated in the later nineteenth century so that health, sexuality, sanitation and moral behaviour of the population could become an essential part of the art of government. ¹⁶

Selon Dean et Bolton, Le but de cette régulation est de contrôler le comportement des individus et de la population afin qu'ils répondent aux normes, et l'infirmière constitue un des dispositifs dans l'ensemble des techniques mises en place pour gouverner la population. ¹⁷

7.2.1 *Florence Nightingale et le bio-pouvoir*

Forte de son expérience acquise durant la Guerre de Crimée (1854-1856), Florence Nightingale ouvre la voie à une conception révolutionnaire du métier d'infirmière. Nightingale démontre à l'aide de différentes études et d'analyses statistiques l'efficacité de ses méthodes d'organisation dans les hôpitaux militaires britanniques en proie à des problèmes d'entretien et de salubrité. Sa réforme des soins fondée sur le respect des règles de l'hygiène (propreté, air frais, environnement sain) et l'attention soutenue aux soins du patient contribue à prévenir la maladie et à limiter la propagation des infections.¹⁸ L'historien Edwin Kopf met l'accent sur l'importante participation de Nightingale dans l'introduction des données statistiques dans le domaine de la santé. Les analyses statistiques élaborées par Nightingale à la fin du XIX^e siècle ont conduit, selon Kopf, à des révisions majeures des soins prodigués aux soldats britanniques et à la réorganisation de l'administration des hôpitaux civils et militaires en Grande-Bretagne. Pour sa part, l'historienne Lynn McDonald souligne que les statistiques étaient une composante essentielle de l'approche systémique de Nightingale. Elle soutient que grâce à ses études statistiques, Nightingale a pu mettre en lumière le rôle de l'environnement social et bio-physique dans l'apparition des maladies et de leurs traitements.¹⁹ Par l'accent mis sur les analyses statistiques, l'organisation efficace des hôpitaux, l'hygiène de la population, Florence Nightingale introduit ainsi dans les soins infirmiers les fondements et instruments de ce que Foucault nomme le « bio-pouvoir ».

Le concept foucauldien de bio-pouvoir fait valoir les différentes approches rationnelles d'intervenir sur les caractéristiques vitales de l'ensemble des êtres vivants constitués en population. Ces caractéristiques incluent la naissance, la mort, l'hygiène,

l'état de santé, la durée de vie, les conditions de vie et de logement et la maladie. Le bio-pouvoir s'intéresse aussi à toutes les conditions qui peuvent faire varier ces caractéristiques et qui permettent d'influencer et d'avoir un contrôle sur cette population.²⁰ En fait, le profil du bio-pouvoir sera celui « d'un pouvoir destiné à produire des forces, à les faire s'accroître et à les ordonner ; celui d'un pouvoir qui s'exerce positivement sur la vie, qui vise à la gérer, à la développer, à la multiplier, à exercer sur elle des contrôles et des régulations d'ensemble ». ²¹

À la fin du XVIII^e siècle, soutient Foucault, le pouvoir s'exerce non seulement sur des sujets et des individus, mais aussi sur des populations. Selon Foucault, « population » ne signifie pas tant un grand nombre d'hommes qu'un ensemble d'êtres vivants traversés, commandés par des processus et des lois biologiques. Certes, il entend « population » au sens traditionnel de nombre d'habitants par rapport à une surface habitable; cependant, il comprend aussi cette notion :

comme un ensemble d'individus ayant entre eux des relations de coexistence constituant à ce titre une réalité spécifique; « la population » à son taux de croissance; elle a sa mortalité et sa morbidité; elle a ses conditions d'existence – qu'il s'agisse des éléments nécessaires pour sa survie ou de ceux qui permettent son développement et son mieux-être.²²

Dans cette transformation des procédés politiques, la vie devient un objet de pouvoir qui a pour but principal d'assurer la régulation des individus par une étatisation du biologique qui s'opère par toute une série d'interventions, d'instruments et de contrôles et représente « une bio-politique de la population ». ²³ La bio-politique consiste en un ensemble de procédures qui concernent la population. Elle s'intéresse non pas au seul corps de l'individu mais s'étend sur un spectre plus large et se préoccupe de la population considérée comme un problème à la fois politique, économique, scientifique et

biologique et comme un problème de pouvoir. Il s'agit de développer des politiques afin de maintenir les citoyens en bonne santé pour qu'ils puissent travailler et assurer le fonctionnement normal de la vie économique et sociale. Le philosophe Martin Hewitt présente trois objectifs résumant la bio-politique: « information, conceived as a statistical table bearing on all the capacities and resources of the population and territory; a set of measures serving to augment the wealth of the population and enrich the coffers of the state; and lastly, happiness, the business of maintaining the general well being of the population ». ²⁴ La bio-politique prend en considération les phénomènes collectifs de la vie avec leurs effets économiques et politiques et met en place des mécanismes de prévisions, d'estimations et de mesures globales car il ne s'agit pas de modifier les phénomènes comme la naissance, la maladie, le bien-être et la mort mais d'intervenir au niveau de ces phénomènes. La bio-politique s'intéresse à la famille, à la croissance économique de la population, à leurs conditions de vie et de logement, aux problèmes de santé publique, etc. ²⁵ Elle cherche surtout à établir des mécanismes régulateurs afin de maintenir un équilibre, une moyenne et une certaine homéostasie ; bref, elle prend en compte la vie, « les processus biologiques de l'homme-espèce, afin d'assurer sur eux non pas une discipline, mais une régularisation ». ²⁶ En somme, le gouvernement de l'espèce et des individus considérés comme corps vivants, l'inclusion de la vie dans les mécanismes du pouvoir, la prise en charge des problèmes de santé, la tutelle et la protection assurantielle de la nation sont autant de processus qui caractérisent l'avènement de la bio-politique. ²⁷

La prise en considération de ces phénomènes occasionne le développement d'un savoir médical ayant pour objectif principal l'hygiène publique et la mise en place

d'institutions appelées à assurer la coordination des soins médicaux fondés sur l'hygiène; la normalisation du savoir; la compilation des données (statistiques, démographiques et autres) sur les taux de mortalité et le nombre de naissances; les informations sur les campagnes de sensibilisation aux principes de l'hygiène telles que la vaccination, les séances de formation sur la salubrité, les épidémies et la médicalisation de la population.²⁸ Dans ses analyses, Foucault reconnaît que dès la seconde moitié du XIX^e siècle, la médecine scientifique moderne devient en grande partie une médecine sociale fondée sur une pratique sociale où le corps humain est politiquement et socialement reconnu comme une force de travail productive. Foucault soutient :

Et vous comprenez alors, dans ces conditions, pourquoi et comment un savoir technique comme la médecine, ou plutôt l'ensemble constitué par médecine et hygiène, va être au XIX^e siècle un élément, non pas le plus important, mais dont l'importance sera considérable par le lien qu'il établit entre les prises scientifiques sur les processus biologiques et organiques (c'est-à-dire sur la population et sur le corps) et en même temps, dans la mesure où la médecine va être une technique politique d'intervention, avec des effets de pouvoir propres. La médecine, c'est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et sur la population, sur l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs.²⁹

Cette médecine sociale est désormais une médecine qui vise la préservation de la force physique de la population pour répondre aux besoins économiques et devient alors une stratégie bio-politique et le corps une réalité bio-politique.³⁰ Selon Foucault, l'instrumentation de la médecine et de son action publique est une forme condensée de gouvernementalité, c'est-à-dire d'un savoir sur l'exercice du pouvoir social.³¹ Ainsi, en soins infirmiers, les nouvelles connaissances administratives liées aux statistiques, à la mortalité, la natalité, etc. telles que préparées par Florence Nightingale, au-delà d'avoir

été élaborées pour améliorer les soins de santé, elles ont été un instrument de gouvernement des populations.

7.2.2 Le concept de « gouvernementalité »

Foucault développe le concept de la gouvernementalité dans ses analyses datées de la fin des années 1970. Par gouvernementalité Foucault intègre, d'une part, la gouvernance des individus par le biais de divers dispositifs mais, il le définit surtout comme une « mentalité » de gouvernement, c'est-à-dire, un mode de penser et des pratiques qui rendent possibles des processus de subjectivation (ou production de sujets). La gouvernementalité implique un processus rationnel et règlementé par lequel les sujets sont autonomes et libres d'être gouvernés, mais aussi de se gouverner. Foucault présente la gouvernementalité comme un système complexe de pouvoirs incluant les techniques de domination et de répression, le pouvoir disciplinaire, le gouvernement de soi et des autres.³² Par gouvernementalité, Foucault entend trois choses :

Par « gouvernementalité », j'entends l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe, de pouvoir qui a pour cible la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité. Deuxièmement, par « gouvernementalité », j'entends la tendance, la ligne de force qui, dans tout l'Occident, n'a pas cessé de conduire, et depuis fort longtemps, vers la prééminence de ce type de pouvoir qu'on peut appeler le « gouvernement » sur tous les autres : souveraineté, discipline, et qui a amené, d'une part, le développement de toute une série d'appareils spécifiques de gouvernement [et], le développement de toute une série de savoirs. Enfin, par « gouvernementalité », je crois qu'il faudrait entendre le processus, ou plutôt le résultat du processus par lequel l'État de justice du Moyen Âge, devenu aux XV^e et XVI^e siècles État administratif, s'est trouvé petit à petit 'gouvernementalisé'.³³

La gouvernementalité désigne, d'une part, une période marquée par la prédominance d'une certaine forme de pouvoir (par exemple, la période de l'État-

providence comme nous le verrons plus loin dans cette analyse), mais elle indique aussi une nouvelle façon d'exercer le pouvoir.³⁴ Foucault associe ce nouvel art de gouverner à une série d'instruments particuliers qui s'incarnent par exemple dans la police et le développement des sciences camérales. Il se penche sur les sciences camérales ou science de la police qui prend forme en Prusse dans la seconde moitié du XVIII^e siècle³⁵ et qui a pour fonction d'accroître la puissance de l'État par le contrôle de l'activité des hommes.³⁶ Cette police doit être comprise, selon lui, « non pas dans le sens restrictivement répressif que nous donnons aujourd'hui à ce terme, mais selon une acception très large englobant toutes les méthodes de développement de la qualité de la population et de la puissance de la nation ». ³⁷ La police est cet « [e]nsemble de lois et règlements qui concernent l'intérieur d'un État, qui attendent à affermir et à augmenter sa puissance, à faire un bon emploi de ses forces et à procurer le bonheur de ses sujets ». ³⁸ La fonction de la police n'est donc pas de préserver l'ordre de l'État et le bien public. Il s'agit d' :

une technique qui investit directement la vie des hommes. Elle s'occupe de tout ce qui doit assurer le bonheur des hommes, de tout ce qui doit ordonner et organiser les rapports sociaux. [...] [S]on intervention s'étend sur tout ce qui permet la vie des hommes, ou en fait partie : le territoire, les relations de production et d'échange, les types d'activité ; et enfin la santé, car ce n'est qu'en prenant en charge le bien-être des corps et de l'ensemble du corps social, en assurant le gouvernement d'une « population qui vit sur un territoire déterminé », en conservant et en protégeant la quantité et la qualité du capital humain sur lequel se fonde sa force, qu'il sera possible de garantir, de façon permanente, un supplément de vigueur et de puissance à l'État.³⁹

Une police qui contribue à la surveillance et au maintien de l'ordre, à l'abondance de la population, à l'activité des individus et assure la bonne circulation des gens et des choses. La police, en tant qu'institution et modalité calculée d'intervention, doit se charger du corps social et de la matérialité de la société civile.⁴⁰ En fait, la science de la

police combine une conception de la politique basée sur la philosophie de l'*Aufklärung* et des principes de contrôle qui se veulent rationnels dans la gestion et l'administration des affaires de la cité. Dans les théories camérales, le contrôle entend apporter félicité et bien-être à la population, tout en augmentant le pouvoir, le bonheur et la richesse de l'État par le développement de la population.⁴¹ Ainsi, par la gouvernementalité, Foucault se démarque des grands débats idéologiques sur l'État et considère que la question centrale est celle de l'étatisation de la société, c'est-à-dire, « le développement d'un ensemble de dispositifs concrets, de pratiques par lesquels s'exerce matériellement le pouvoir ».⁴² La gouvernementalité n'est donc ni l'appareil étatique ni le gouvernement, mais elle représente une nouvelle façon de penser l'État à l'aune des relations de pouvoir et de ses instruments. L'État ou le pouvoir ne sont plus des institutions et ne sont plus le centre des analyses mais représentent des formes de pensées stratégiques qui mettent en place des techniques et des pratiques pour gouverner et diriger la conduite des individus, des groupes ou soi-même.⁴³ Selon Foucault :

Il faut laisser à ce mot [gouvernement] la signification très large qu'il avait au XVI^e siècle. Il ne se référait pas seulement à des structures politiques et à la gestion des États; mais il désignait la manière de diriger la conduite d'individus ou des groupes [...]. Gouverner, en ce sens, c'est structurer le champ d'action éventuel des autres.⁴⁴

Le concept de gouvernementalité permet à Foucault de théoriser un changement radical dans les formes d'exercice du pouvoir. Il est question d'une nouvelle rationalité politique qui se fonde, d'une part, sur des appareils spécifiques de gouvernement, et de l'autre, sur un système de savoirs ou de connaissances qui s'appliquent directement sur la population qu'il convient de développer et d'organiser. De là découle une transformation centrale dans la conception de l'exercice du pouvoir qui ne se limite plus aux techniques

de domination et aux moyens disciplinaires, mais qui entend produire, susciter et organiser la population afin de lui permettre de développer ses propriétés propres. Cela signifie que l'exercice du pouvoir n'est pas réalisé seulement par le biais de divers appareils tels que la police ou d'autres institutions (religieuses, familiales, etc.), mais elle s'accomplit à travers la conduite des conduites des autres et des siennes propres.⁴⁵ Cette nouvelle technique de pouvoir, en introduisant des appareils et des dispositifs spécifiques et en développant toute une série de savoirs, reflète une certaine tendance qui conduit vers la prééminence de la gouvernementalité sur les autres types de pouvoir que Foucault a élaborés dans ses études précédentes tels que le pouvoir souverain et le pouvoir disciplinaire.⁴⁶ Selon le philosophe Jean-François Bert, la gouvernementalité est « l'illustration parfaite d'un pouvoir incitatif dont l'action est d'orienter et de réguler les conduites collectives en mobilisant de nouvelles connaissances sur la société et son évolution ».⁴⁷ En développant la notion de gouvernementalité, Foucault opère un déplacement des analyses disciplinaires et des conceptions appropriatives du pouvoir vers une conception qui permet d'envisager le pouvoir sur un mode à la fois de production mais aussi relationnel qu'il nomme : pouvoir pastoral.⁴⁸

7.2.3 *Le pouvoir pastoral*

Dans les écrits de Foucault, le pastorat chrétien sert de prémisse à la gouvernementalité. Le pouvoir pastoral, « modèle archaïque de la gouvernementalité »,⁴⁹ est une forme de pouvoir dont Foucault fait remonter l'origine à l'aube du III^e siècle après Jésus Christ. Afin de bien représenter ce type de pouvoir, Foucault utilise la métaphore du berger et ses brebis dans les sociétés orientales antiques où un roi-berger, le pasteur, a la tâche de surveiller et de gérer un troupeau dont il doit assurer la subsistance,

les soins et le salut. Le pasteur connaît ses brebis et entretient une relation individualisée avec chaque membre du troupeau. En fait, ce pouvoir vise à assurer le salut des individus; à se sacrifier pour le salut du troupeau; à se soucier de chaque individu en particulier et à s'exercer sur la conscience de l'individu afin de la diriger.⁵⁰ Selon Foucault, le pouvoir pastoral est cette forme de pouvoir qui prétend :

conduire et diriger les hommes tout au long de leur vie et dans chacune des circonstances de cette vie, un pouvoir qui consiste à vouloir prendre en charge l'existence des hommes dans leur détail et dans leur déroulement depuis leur naissance et jusqu'à la mort, et cela pour les contraindre à une certaine manière de se comporter, à faire leur salut.⁵¹

Le pouvoir pastoral a cela de particulier qu'il ne s'exerce pas sur un territoire mais sur une multiplicité; de plus, il est un pouvoir « fondamentalement bienfaisant » et non-répressif; enfin, il est un pouvoir individualisant.⁵² La relation pastorale s'établit sur la base d'un savoir sur les individus et ce savoir permet la conduite de leur vie quotidienne.

Comme le souligne Foucault :

Il n'y a pas eu passage du pastorat religieux à d'autres formes de conduite, de conduction, de direction. Il y a eu en fait intensification, démultiplication, prolifération générale de cette question et de ses techniques de conduite. Avec le XVI^e siècle on entre dans l'âge des conduites, dans l'âge des directions, dans l'âge des gouvernements.⁵³

Pour s'exercer, le pouvoir pastoral doit pénétrer les âmes, sonder les sphères les plus privées des personnes pour les connaître et les contraindre à révéler leurs secrets, et mieux encore qu'elles se connaissent elles-mêmes. Ce pouvoir cherche à dévoiler les consciences et à pénétrer l'intimité de chacun afin de le diriger. Cette connaissance approfondie des individus revêt une importance considérable dans l'exercice de cette forme de pouvoir et de gouvernement puisque l'une des stratégies clé du pouvoir pastoral est la confession.⁵⁴ Par ce moyen, il s'agit d'amener les personnes à « livrer » leurs

secrets afin que l'on puisse déterminer quelles interventions sont nécessaires. De par son rôle, l'infirmière est un « agent pastoral » idéal dans la mesure où elle sait entrer dans l'intimité des gens, les mettre en confiance, faciliter la communication et poser des questions délicates. Elle sait aussi identifier les besoins d'intervention des gens (ex : enseignement, conseils, etc.). Le pouvoir pastoral entend amener les gens à s'exposer et à s'ouvrir ce qui permet d'élaborer un savoir à leur sujet. Joint aux deux autres dispositifs de sécurité (la souveraineté et la discipline), le pouvoir pastoral forme le socle sur lequel s'appuie la gouvernementalité. Le pastorat vise à soustraire les relations de pouvoir de la conception institutionnelle qui lui est rattachée et de les analyser sous l'angle des technologies de pouvoir en corrélation avec les savoirs qu'elles matérialisent sous l'impulsion des processus de subjectivation. Il devient alors une technique de régulation et de surveillance fondamentale dans les sociétés contemporaines.⁵⁵

En effet, selon Foucault, l'affaiblissement de l'institution ecclésiastique et le renforcement de l'administration ont permis à l'État moderne, par le biais de techniques de gouvernementalité, de reprendre et de transformer les objectifs providentiels en des formes de contrôle et de surveillance plus contemporaines qui s'étendent désormais à tout le corps social.⁵⁶ Le pouvoir pastoral ne vise plus à assurer le salut des âmes après la mort, mais à l'assurer ici-bas. Dans une telle optique, le terme salut peut prendre le sens de santé, de sécurité ou de bien-être de l'individu aussi bien que de la population. Des objectifs temporels et terrestres remplacent les visées spirituelles et religieuses de la pastorale traditionnelle. La relation entre l'État et la population se déploie maintenant sous la forme de pacte de sécurité.⁵⁷ La population est désormais protégée contre tout ce qui peut perturber la vie sociale : incertitude, accident, dommage, risque, etc. « Vous êtes

malade? Vous aurez la Sécurité sociale! Vous n'avez pas de travail? Vous aurez une allocation chômage! Il y a un raz-de-marée? On créera un fonds de solidarité! Il y a des délinquants? On va vous assurer leur redressement, une bonne surveillance policière! ».⁵⁸

Foucault remarque ainsi qu'avec la gouvernementalité on assiste à un renforcement de l'administration du pastoral qui, outre l'État, la police et des structures complexes comme la médecine, fait appel aux entreprises privées, aux sociétés d'assistance et de philanthropie et d'autres vieilles institutions, comme la famille. En fait, la multiplication des objectifs et des agents du pouvoir pastoral permet de centrer le développement du savoir tant au niveau individuel qu'au niveau populationnel.⁵⁹

Pour Foucault, l'objectif premier de cette nouvelle rationalité politique (le gouvernement des populations) dans la société moderne n'était pas tant d'améliorer les soins des individus. Il s'agissait aussi d'accroître la normalisation et la productivité des individus en les soumettant à une discipline plus stricte, plus règlementée, mais aussi plus souple. L'intérêt marqué pour l'individu et la population s'explique dans la mesure où ceux-ci contribuent à augmenter la force de la population en tant que moyen de production. La collecte d'informations sur la population, son environnement, ses ressources et ses problèmes était donc nécessaire et, pour ce faire, toute une gamme de méthodes d'enquête empiriques devait être développée pour générer et organiser ces connaissances. Les experts avaient besoin de données concrètes, précises et mesurables afin de faire fonctionner les individus de façon efficace.⁶⁰ Ce sont ces raisons, soutient Foucault, qui expliquent l'apparition en Europe de statistiques sur la natalité et la mortalité et les grands recensements. La préoccupation sanitaire de l'État était alors d'amasser des données démographiques et d'établir des tables de natalité et de mortalité

qui constituait de véritables indices de santé de la population, de son accroissement, de son niveau de vie, de ses conditions de vie, de son logement, etc.⁶¹ Ces données étaient importantes car elles devenaient politiquement utiles.⁶² L'analyse des éléments entourant la création d'une formation spécialisée en hygiène pour les infirmières met en évidence le fait que ces dernières étaient considérées comme des composantes essentielles dans la gestion du corps social. En fait, leur formation en hygiène les appelle à collaborer avec les médecins et à remplir diverses tâches favorisant le gouvernement de la population.

7.3 Les infirmières et les savoirs fondés sur l'hygiène

Au début du XX^e siècle, au-delà de l'univers des soins hospitaliers où les infirmières sont appelées à exercer une influence grâce à leur savoir, plusieurs spéculent quant aux retombées d'un savoir scientifique infirmier sur le monde plus large et englobant qu'est le social. Très actifs dans le mouvement hygiéniste, les médecins réclament une formation pour les infirmières et promeuvent leur implication dans les différents champs qu'offre l'hygiène publique où le rôle de celles-ci est reconnu et revêt une importance considérable. Le docteur Séraphin Boucher, directeur du Service d'hygiène de Montréal, encourage les infirmières à se prévaloir d'une formation scientifique en hygiène, ce qui leur permettra d'intervenir concrètement et efficacement auprès de la population :

L'infirmière remplit un rôle bien humanitaire et d'une importance sociale de tout premier ordre qui contribue, en outre des services rendus aux individus, à *développer parmi la population des sentiments de solidarité* [...]; cependant, elle devrait étendre encore son champ d'action en se laissant attirer vers l'hygiène publique dont elle est devenue l'un des piliers les plus essentiels (italiques ajouté par l'auteur).⁶³

Cette intervention du docteur Boucher est révélatrice car elle souligne que la population se soumet à son propre gouvernement et est capable de s'auto-discipliner par

solidarité envers le collectif et pour le bien de la société. Soulignons que la notion de solidarité a émergé en Europe à la fin du XIX^e siècle en tant que principe normatif destiné à promouvoir les obligations politiques et à renforcer la cohésion sociale.⁶⁴ D'ailleurs, elle sera une composante essentielle dans la construction de l'État-providence telle que nous le verrons plus loin dans ce chapitre. Dans une optique de solidarité, la gouvernementalité prend alors tout son sens car si d'un côté, elle consiste à explorer les pratiques par lesquelles on tente de diriger les actions des individus et des populations – le gouvernement des autres – pour répondre à des visées politiques ou par nécessité économique, sociale; elle propose aussi des formes de subjectivations individuelles – le gouvernement de soi – au nom des mêmes idéaux. L'incitation à développer des sentiments de solidarité entre les infirmières fait ainsi valoir un élément de moralité et les infirmières sont invitées à participer à l'implantation de cette moralité.

De même, l'accentuation sur le rôle social des infirmières dénote une tendance plus marquée des prérogatives sociales où l'émergence d'un savoir scientifique basé sur l'hygiène veut créer des conditions de santé unique et fournir des soins optimaux à la population. En fait, le concept de population apparaît comme un thème central dans le discours de l'économie politique. L'économiste Thomas Malthus l'associe au problème démographique que connaît la Grande-Bretagne au début du XIX^e siècle. Pour limiter l'accroissement de la population, un des moyens suggérés par Malthus afin de mieux la gérer repose sur l'application du principe qui consiste à favoriser la contrainte morale et le changement des comportements humains.⁶⁵ Foucault identifie également ces stratégies visant à inciter un changement de comportement de la population dans les pratiques gouvernementales; cependant, l'analyse qu'il propose tient compte d'un cadre plus

général qui n'inclut pas seulement le simple développement de la population. Pour lui, il ne s'agit pas de soutien à une partie de la population jugée vulnérable, mais de la façon dont il faut élever le niveau du corps social dans son ensemble. Il est question de la santé et du bien-être physique de la population comme des objectifs essentiels du pouvoir politique. En ce sens, Foucault soutient qu' :

Au XIX^e siècle paraît dans tous les pays du monde une importante littérature sur la santé, sur l'obligation pour les individus d'assurer leur santé, celle de leur famille, etc. Le concept de propreté, d'hygiène occupe alors une place centrale dans toutes ces exhortations morales de la santé. De très nombreuses publications insistent sur la propreté comme réquisit indispensable à une bonne santé qui permettra elle-même de travailler afin que les enfants survivent et assurent à leur tour le travail social et la production. La propreté est l'obligation de garantir une bonne santé à l'individu et à ceux qui l'entourent.⁶⁶

Les divers appareils de pouvoir ont « à prendre en charge « les corps », [...], non pas simplement pour assurer les châtiments ou extorquer les redevances, mais pour les aider, au besoin les contraindre, à garantir leur santé ». ⁶⁷ Selon Foucault, le concept de population a permis l'art de gouverner. C'est grâce à la perception des problèmes spécifiques de la population et aux principes de l'économie que la gouvernamentalité a pu être pensée, réfléchi et calculée.⁶⁸ De surcroît, c'est par la statistique, étymologiquement reconnue comme science étatique et qui rassemble et analyse des données sur la population (natalité, densité, mortalité, etc.), que l'État estime le potentiel humain afin de mieux le gérer.⁶⁹ En effet, le contrôle statistique de la population et les mesures préventives deviennent des instruments scientifiques de contrôle social qui tendent à un bio-pouvoir destiné à régir le capital biologique des populations pour mieux en assurer le rendement. La population est « *sujet* de besoins, d'aspirations, mais aussi *objet* entre les mains du gouvernement »⁷⁰ (italiques dans le texte original). Une telle

représentation sociale et populationniste découle des prises de position des médecins hygiénistes qui, depuis la fin du XVIII^e siècle en Europe et depuis la fin du XIX^e siècle au Québec, se targuent d'être les gardiens de la santé de la population au nom des intérêts de l'État et de la société.⁷¹ Ce rapport entre science et santé collective permet, comme nous le verrons dans les prochaines sections, de montrer le lien évident entre pouvoir/savoir.

7.3.1 Le mouvement hygiéniste à Montréal

Au XIX^e siècle, les services de santé publique au Canada reposaient particulièrement sur des organismes temporaires mis sur pied lors d'éclosion de maladies contagieuses et dissouts lorsque ces crises étaient résorbées.⁷² En fait, le développement du mouvement d'hygiène publique au Canada et aux États-Unis doit beaucoup à la Fondation Rockefeller qui avait pour mission de promouvoir la santé publique à travers le monde. De concert avec des leaders de la santé publique, la Fondation Rockefeller convient de la nécessité de créer des unités de santé publique comme structure de base pour la médecine préventive. Ils reconnaissent l'importance de l'application des mesures d'hygiène par la population et recommandent la création d'écoles de médecine de santé publique afin de doter les unités et districts sanitaires d'un personnel médical approprié. Au Canada, la Fondation Rockefeller s'est impliquée dans plusieurs domaines de la santé publique particulièrement dans les subventions des écoles de santé publique, le financement des unités et districts sanitaires et l'octroi de bourses d'études en hygiène publique à des médecins et à des infirmières.⁷³

Dans la province de Québec, les mesures relatives à l'hygiène publique et privée, à l'éducation sanitaire et à la protection des individus se concrétisent d'abord avec

l'établissement d'un Bureau de santé permanent dans les villes de Montréal en 1865 et de Québec en 1890, et la création du Conseil supérieur d'hygiène de la province de Québec en 1888 visant à assurer le contrôle de la santé des populations. Entre 1899 et 1912, avec la création des programmes de formation spécialisée en hygiène dans les facultés de médecine dans la province de Québec et la mise sur pied, en 1910 et en 1926, des districts et unités sanitaires, la profession d'hygiéniste prend naissance et se distingue de la médecine traditionnelle.⁷⁴ Cette différenciation entre la médecine traditionnelle et celle fondée sur l'hygiène se caractérise, premièrement, par une conception hygiénique qui accorde la priorité à la prévention des maladies, priorité qui se reflète dans les discours de l'époque; deuxièmement, par son corps de connaissances fondé sur la bactériologie et l'épidémiologie; troisièmement, par son organisation professionnelle distincte; et, enfin, par ses pratiques orientées vers les groupes et les collectivités.⁷⁵

À Montréal, le Service de santé publique s'occupe de la promotion de la santé publique, de la prévention des maladies contagieuses et de l'éducation en hygiène publique. Son objectif est « de se développer conformément aux progrès de la science, aux besoins nouveaux et à l'évolution de l'hygiène »⁷⁶ et sa fonction essentielle est:

la conservation du capital humain et l'éducation du public. En d'autres mots, sa tâche consiste à conserver le bon état de la santé publique, c'est-à-dire, à maintenir en bonne santé chaque citoyen pour qu'il puisse accomplir son travail quotidien et, partant, assurer le fonctionnement normal de la vie économique et sociale.⁷⁷

Au Bureau de santé de la ville de Montréal, les règlements mis en place donnent pleins pouvoirs aux agents destinés à faire respecter les lois sanitaires. Ces règlements visent à surveiller la propagation de maladies épidémiques, endémiques et contagieuses et à empêcher « l'entrée de tous étrangers et immigrants et de tout bagage leur appartenant,

lorsque leur apparence indiquera du danger pour la Santé publique ». ⁷⁸ Le Bureau de santé est autorisé à adopter des mesures sanitaires strictes relatives à la propreté de la ville et a le pouvoir « d'entrer à toutes heures du jour, dans toutes les maisons, [...], et d'ordonner l'enlèvement de toute matière putride qui y sera trouvée, et d'ordonner de les nettoyer, égoûter (sic) et purifier selon qu'il sera jugé nécessaire pour la protection de la Santé Publique ». ⁷⁹ De même, l'action des médecins hygiénistes de la Section d'Hygiène du *Canadian Medical Association* s'élabore concrètement par leur prise de position en 1917 qui demande l'adoption de plusieurs résolutions adoptée par la Section d'hygiène de la *Canadian Public Health Association* afin d'assurer l'enseignement de l'hygiène dans toutes les provinces canadiennes. ⁸⁰ Elle recommande fortement que:

1. L'organisation d'un cours d'hygiène dans toutes les universités, non seulement aux étudiants en médecine, mais aussi aux étudiants de toutes les autres facultés : théologie, droit, génie civil, arts, etc.;
2. L'organisation d'un cours pratique d'hygiène, donné par un spécialiste, dans toutes les écoles normales;
3. L'adoption d'un manuel d'hygiène gradué pour l'usage des écoles;
4. Que la présente résolution soit adressée aux doyens des diverses facultés de toutes les universités du Canada ainsi qu'aux autorités scolaires de toutes les provinces du Canada. ⁸¹

Joseph-Albert Baudoin, médecin-hygiéniste, professeur d'hygiène publique à l'Université de Montréal et figure de proue dans l'émergence et le développement de la médecine hygiéniste au Québec francophone, croit à la prévention des maladies, à l'éducation axée sur les préceptes de l'hygiène, à la législation sanitaire et à la mise en place d'infrastructures permettant de faire progresser les « œuvres de l'hygiène c'est-à-dire les services de santé publique et les organismes privés » ⁸² impliqués dans le mouvement hygiéniste. Il entend utiliser tous les moyens disponibles afin de diffuser l'idéologie et l'importance de l'hygiène. Il soutient :

[L]'idéal que (sic) nous rêvons, le meilleur moyen consiste bien à répandre urbi et orbi l'évangile de l'hygiène. [...] Veut-on former une population qui ait le souci de remplir ses devoirs religieux, on lui enseigne le catéchisme. [...] Et l'on voudrait avoir une population respectueuse des ordonnances de l'hygiène, individuelle et publique, sans la lui enseigner? [...] Il est donc important d'atteindre toute la population par tous les moyens possibles: congrès, conférences, cinéma, brochures, articles de journaux, infirmières visiteuses, leçons données dans tous les milieux scolaires depuis l'école primaire jusqu'à l'école supérieure et universitaire.⁸³

Le milieu social francophone de Montréal est imprégné du message hygiéniste. Les recensements et rapports statistiques sur les naissances, les mortalités, les campagnes de vaccination, les épidémies, l'état des logements et les conditions d'habitation permettent de contrôler l'état de santé et l'évolution démographique de la population.

Les nécessités de l'hygiène comme régime de santé des populations impliquent une place de plus en plus importante accordée aux médecins. Lorsque l'expertise médicale entre dans le champ du social avec l'institutionnalisation de la médecine, le mandat imputé à la médecine s'élargit considérablement, passant d'un rôle purement curatif à un rôle normatif.⁸⁴ Ceci entraîne, de leur part, un certain nombre d'interventions autoritaires et une prise de contrôle du milieu sanitaire. Selon Foucault, si au début du XVIII^e siècle, les activités médicales se concentraient sur la demande des malades et de leurs maladies, la médecine du milieu du XVIII^e siècle a cessé d'être essentiellement clinique et a commencé à considérer des domaines distincts des malades et à s'intéresser au social. Foucault identifie quatre processus qui caractérisent la médecine sociale :

1. Apparition de l'autorité médicale qui n'est pas simplement celle de l'autorité du savoir, de la personne érudite [...]. L'autorité médicale est une autorité sociale qui peut prendre des décisions concernant une ville, un quartier, une institution, un règlement [...].
2. Apparition d'un champ d'intervention de la médecine distinct de la maladie : l'air, l'eau, les constructions, les terrains, les égouts, etc. Au cours du XVIII^e siècle, tout cela devient objet de la médecine.

3. Introduction d'un appareil de médicalisation collective, à savoir l'hôpital. Avant le XVIII^e siècle, l'hôpital n'était pas une institution de médicalisation, mais d'assistance aux pauvres dans l'attente de la mort.
4. Introduction de mécanismes d'administration médicale : registre de données, établissement et comparaison de statistiques, etc.⁸⁵

Pour Foucault, l'intervention des médecins a été d'une importance capitale parce qu'elle a été appelée par un ensemble de problèmes économiques et politiques nouveaux, particulièrement l'importance des faits de population. En fait, les changements économiques ont été nécessaires afin de faire circuler et répandre « les effets du pouvoir, par des canaux de plus en plus fins, jusqu'aux individus eux-mêmes, jusqu'à leur corps, jusqu'à leurs gestes, jusqu'à chacune de leurs performances quotidiennes. Que le pouvoir, même avec une multiplicité d'hommes à régir, soit aussi efficace que s'il s'exerçait sur un seul ».⁸⁶ La médecine devient ainsi une instance de contrôle social. Elle investit tout ce qui joue un rôle décisif sur la mortalité et la morbidité de la population : les foyers privilégiés de maladies, l'organisation de l'espace urbain, la densité de la population, etc. Ces éléments deviennent autant de points d'application à l'exercice d'un pouvoir médical intensifié. En outre, il revient aux médecins d'enseigner aux individus les règles d'hygiène de base - hygiène de l'alimentation et de l'habitat, et nécessité de se faire soigner en cas de maladie - en vue de garder leur propre santé et préserver celle des autres.⁸⁷ Les hygiénistes font valoir que les conditions de vie et de logement de la classe ouvrière nuisent à la constitution d'une population robuste et que les enfants sont sujets à des problèmes de croissance et de santé, ce qui met en péril le renouvellement de la force de travail. Il importe, pour le plus grand bien de la société, de freiner au plus vite ce gaspillage de forces et de vies humaines. La mise en place de la théorie sanitaire vise donc à prévenir la détérioration physique, morale et mentale de la population car elle

coûte cher à la société et sape ses forces vives.⁸⁸ Les médecins hygiénistes proposent des mesures pour régénérer la population et empêcher toute dégénérescence future en favorisant la reproduction d'une force de travail en santé. Dans les colonnes du *Journal d'hygiène Populaire* on peut y lire qu' :

Au point de vue économique, l'idéal de la santé c'est une organisation vigoureuse assurant une longue vie, qui, dans toutes ses phases, permette au sujet de fournir la plus grande somme de travail possible, et de léguer au pays une postérité vaillante, quand il a cessé de vivre.⁸⁹

Avec la prise en charge de la population, de ses conditions de vie, de ses maladies, de son logement, etc., il se constitue un savoir médico-administratif et une emprise politico-médicale sur la population qu'on entoure de toute une série de prescriptions qui concernent la maladie mais également les formes générales de l'existence.⁹⁰ Les individus, la population représentent des éléments essentiels dans le fonctionnement économique, politique et social. La vie de l'espèce humaine devient l'enjeu de stratégies politiques et le centre d'un programme bio-politique. Cette nouvelle technique de pouvoir encadre la vie des corps-espèces et contrôlent les processus biologiques affectant les populations, d'où l'importance de surveiller et de contrôler leur santé.⁹¹ Foucault souligne que de telles pratiques sont le fait d'une médecine sociale basée sur une certaine technologie du corps social qui consiste principalement à contrôler la santé et le corps des individus pour qu'ils soient plus aptes au travail et moins dangereux pour la santé de la population.⁹² Il note qu'une telle médecine se concrétise sur fond d'une « politique de santé » qui suppose :

1. Un certain déplacement, ou du moins un élargissement des objectifs : il ne s'agit plus de supprimer la maladie là où elle apparaît, mieux de prévenir, dans la mesure du possible, toute maladie quelle qu'elle soit.
2. Un dédoublement de la notion de santé : son sens normatif traditionnel (qui l'oppose à la maladie), se double d'une signification prescriptive; la

santé est alors le résultat observable de toute un ensemble de données (fréquence des maladies, gravité et longueur de chacune, résistance aux facteurs qui peuvent la produire).

3. La détermination de variables caractéristiques d'un groupe ou d'une collectivité : taux de mortalité, durée moyenne de vie, espérance de vie, [etc.].

4. Le développement de types d'interventions qui ne sont ni thérapeutiques ni même médicaux [sic] au sens strict puisqu'il concerne l'habitat, les conditions et modes de vie, l'alimentation, le milieu, la manière d'élever les enfants.

5. [...] une intégration au moins partielle de la pratique à une gestion économique et politique qui vise à rationaliser la société. La médecine n'est plus simplement une technique importante dans cette vie et cette mort des individus auxquelles les collectivités ne sont jamais indifférentes; elle devient, dans le cadre des décisions d'ensemble, un élément essentiel pour le maintien et le développement de la collectivité.⁹³

Selon Foucault, l'apparition de la santé comme objet politique s'explique, premièrement, par le fait que la médecine s'est affranchie progressivement des techniques de l'assistance et, deuxièmement, grâce au processus qui fait du bien-être un des objectifs essentiels du pouvoir politique et qui s'obtient par des jeux subtils d'interventions et de libertés déterminés selon un savoir spécifique.⁹⁴ Foucault maintient qu'en adoptant de telles politiques, la médecine sociale s'arroge des prérogatives qui vont au-delà de son domaine propre et son intervention ne se réduit plus aux seuls malades mais à la société toute entière.⁹⁵ En somme, le bio-pouvoir, est un gouvernement de la vie centrée sur les êtres humains en tant qu'homme-espèce et composé de nouvelles technologies de pouvoir et d'un ensemble de processus liés aux problèmes économiques et politiques. Les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployé le bio-pouvoir ou l'organisation du pouvoir sur la vie.⁹⁶ Outre la médecine, les concepts du bio-pouvoir et de la bio-politique peuvent aussi s'appliquer aux soins infirmiers car les infirmières, de par la position stratégique qu'elles occupent

auprès des individus et de la population, se retrouvent au sein de ce vaste mouvement de régularisation de la population.

7.3.2 *Les infirmières et le mouvement hygiéniste*

Dès le début des années 1900, le discours hygiéniste prend de l'ampleur dans la province de Québec. Dans le milieu infirmier, il s'opère tranquillement au niveau social un élargissement du cadre des bienfaits qu'apporte dans son sillage la science, leitmotiv des discours médicaux, infirmiers et même religieux. Les soins de santé à domicile et l'hygiène publique deviennent des incontournables visant à résoudre les problèmes d'ordre sociaux. Les infirmières - religieuses et laïques - vont participer à ce renouveau qui entend dépasser les frontières de l'hôpital pour s'étendre sur la société dans son ensemble. Les infirmières de par leur savoir scientifique et leur proximité avec les malades à l'hôpital ou à domicile représentent un des moyens les plus efficaces pour soutenir la lutte contre la déchéance morale et physique de la population. Elles deviennent ainsi des instruments essentiels dans le contrôle et le gouvernement des individus.

7.3.2.1 *Les Sœurs de l'Espérance*

Pour contrecarrer la prédominance des infirmières protestantes travaillant à domicile pour la Victorian Order of Nurses (VON)⁹⁷, Monseigneur Bruchési veut avoir des religieuses catholiques qui peuvent elles aussi fournir des soins à domicile. Les Sœurs Grises et les Sœurs de la Providence qui donnent des soins à la population à domicile, bien que non-cloîtrées, ne peuvent rester trop longtemps au chevet des malades. Pour cela, l'Archevêque de Montréal Paul Bruchési s'adresse à la communauté des Sœurs de la Sainte-Famille de Bordeaux. Cette communauté religieuse créée en 1819 par l'abbé

Pierre-Bienvenu Noailles est composée de nombreuses congrégations qui s'occupent de différentes œuvres : les Sœurs de l'Espérance, du soin des malades à domicile; les Sœurs de l'Immaculée-Conception, de l'éducation des enfants; les Sœurs de Saint-Joseph, des orphelines et les Sœurs de Sainte-Marthe, des converses qui travaillent dans les multiples institutions de la communauté.⁹⁸ En 1901, dans une lettre que Mgr Bruchési fait parvenir à la Supérieure Générale des Sœurs de la Sainte-Famille de Bordeaux, il souligne que les catholiques possèdent des hôpitaux, mais « pas de religieuses dont le but est de soigner les malades à domicile » et celles-ci ne sont pas « des infirmières de profession à l'exception de quelques unes ».⁹⁹ De plus, affirme-t-il, il n'y a pas encore de gardes-malades catholiques laïques détenant un diplôme d'infirmière. À cet effet, il souhaite voir les Sœurs de l'Espérance, qui possèdent une certaine formation dans les soins aux malades, ériger une fondation au Canada et principalement à Montréal. Monseigneur Bruchési demande à recevoir six religieuses préférablement francophones, mais quelques unes peuvent être de langue anglaise et ajoute : « Je suppose que vous allez chez les pauvres comme chez les riches. Ce serait absolument nécessaire ».¹⁰⁰ Ce dernier point inquiète particulièrement l'archevêque car le rôle des Sœurs de l'Espérance est de prodiguer des soins à domicile aux gens fortunés. En effet, il leur était spécifié :

Votre institut, mes Sœurs, a pour fin première et immédiate le soin des malades. Votre mission, est avant tout de panser les plaies physiques; mais, les traitements que vous prodiguez aux corps débiles ne sont qu'un moyen pour atteindre les âmes blessées par le péché. Votre vocation d'infirmière a été, en outre, et dès la fondation de votre Société, revêtue d'une note plus spécifique encore, celle d'avoir, à l'exemple maintes fois répété du divin Maître, à traiter vos patients, non pas chez vous, dans l'enceinte protectrice d'un hôpital, mais chez eux à domicile. Et – ce qui ajoute encore à ce caractère – c'est vers les malades de la classe aisée que vous devez, en premier lieu, vous portez avec toutes les ressources de votre miséricordieuse tendresse.¹⁰¹

Les Sœurs de l'Espérance avaient été fondées pour répondre aux besoins des malades à domicile dans les classes aisées car l'accès aux maisons de la classe bourgeoise était souvent difficile, et atteindre ces personnes était parfois une véritable gageure. Les prêtres n'étant pas autorisés à entrer dans ces familles sans y avoir été invités, il était donc plus facile pour les Sœurs de l'Espérance d'y accéder. À ces religieuses, il était recommandé d'accepter des compensations monétaires pour les soins prodigués puisque si les soins étaient administrés gratuitement, elles ne seraient plus appelées, les gens riches ne voulant par leur être redevables.¹⁰² Or, bien que la mission des Sœurs de l'Espérance consistait à prendre soin des malades riches, Monseigneur Bruchési voulait qu'elles aillent auprès des pauvres car il fallait étendre l'influence de l'Église sur toutes les couches de la population. En 1917, la clause limitant les Sœurs de l'Espérance aux soins des classes aisées change et les nouvelles recommandations sont ainsi formulées : « Elles répondent ainsi à un besoin vivement senti des classes de la société qui peuvent et veulent garder les malades à domicile ».¹⁰³

En fait, le rôle des Sœurs de l'Espérance était d'exercer une influence salutaire et moralisatrice auprès des malades afin de sauver leurs âmes et ramener les égarés sur le chemin de la vertu en faisant valoir les bienfaits de la tempérance. Les soins domiciliaires se présentent alors comme un champ d'apostolat. Les Annales de la congrégation regorgent des succès obtenus par ces religieuses dans leur volonté de convertir les malades qu'elles sont appelées à soigner. Par exemple :

Lors d'une épidémie de typhus, nos sœurs sont appelées par le médecin auprès d'une jeune femme atteinte de la contagion. La première journée se passe à donner les soins prescrits, mais des complications surviennent qui portent les religieuses à proposer la grâce des derniers sacrements. La malade, surprise de la gravité de son état, s'en émeut et avoue l'état plus pitoyable encore de son âme. [...]. Peu à peu elle prend conscience de sa

détresse morale et accepte les grâces de réconciliation que lui offre le Dieu de son enfance.¹⁰⁴

De plus, l'annaliste des Sœurs de l'Espérance rapporte ces propos de Mgr Bruchési aux Sœurs de l'Espérance :

Je sens l'impérieux besoin de vous dire ma profonde gratitude, sûr d'être en cela l'interprète de tout le peuple. Le plus consolant, le plus persistant de tous les résultats, mes chères Frères et Sœurs, sera le bien que vous avez fait aux consciences. Combien d'âmes révoltées se sont réconciliées avec la douleur! [...]. Combien, appelés à comparaître au tribunal de Dieu, y sont arrivés purifiés par votre intermédiaire! Vous avez ouvert à beaucoup la voie du salut; d'autres ont été ramenés dans le bon chemin. Vous avez consolé les orphelins et les veuves, adouci aux mourants les affres de la mort, tempéré pour tous les douleurs du mal. Ces bienfaits de l'ordre spirituel doivent l'emporter infiniment sur tous les autres.¹⁰⁵

Cette assistance illustre de façon éloquente cette forme de pouvoir bien particulière que Foucault désigne sous l'appellation de pouvoir pastoral. D'origine religieuse, ce pouvoir bienfaisant se soucie de chaque individu en particulier. Il sert d'assise au gouvernement des citoyens dans leur vie individuelle en les orientant et en assurant leur salut dans l'autre monde, en guidant leurs consciences ou en les conduisant vers une forme d'autoréflexivité afin d'adopter certains comportements jugés conformes aux normes morales.¹⁰⁶ Ce pouvoir facilite ainsi le gouvernement des sujets par la protection, la sauvegarde, le secours et le soutien.

En 1903, deux ans après leur installation à Montréal, Monseigneur Bruchési veille à la bonne marche de l'œuvre. Il demande à des familles qui ont reçu la visite des Sœurs de l'Espérance de donner leur impression sur le travail de ces dernières. L'archevêque doutait-il de la compétence de ces religieuses? Les documents que nous avons à notre disposition ne nous permettent pas d'affirmer ou d'infirmer une telle hypothèse. Toutefois, les commentaires des citoyens Louis Fréchette et Henri Taschereau à l'endroit

des Sœurs de l'Espérance sont plus qu'élogieuses. Ceux-ci font part de « leurs compétences absolues comme infirmières et de leur dévouement comme religieuses » et témoignent leur reconnaissance pour la façon dont « elles ont soigné le corps et l'âme avec un dévouement et un savoir-faire incomparables ». ¹⁰⁷ Dans les annales, les commentaires des autorités ecclésiales et des médecins appuient une telle opinion: « Le clergé aime à rencontrer la cornette religieuse qui parle d'espérance au chevet des déshérités de ce monde et les médecins apprécient l'auxiliaire aussi consciencieuse que compétente, dans la lutte contre les maux de leurs malades. » ¹⁰⁸

En 1910, La Compagnie d'Assurance-vie La Métropolitaine, qui emploie depuis de nombreuses années les infirmières anglophones du VON, fait appel aux Sœurs de l'Espérance pour offrir à ses clients francophones des visites et des soins à domicile ¹⁰⁹ parce que, précise-t-on, elles sont « les seules à Montréal pour remplir ce ministère avec dévouement, intelligence et consciencieusement et devant entrer dans les intentions des médecins ». ¹¹⁰ Les sœurs considèrent l'offre avec intérêt et avec l'appui de Mgr Bruchési acceptent de s'engager avec La Métropolitaine. Elles fournissent une variété de soins : injections hypodermiques contre la tuberculose, pansements divers, bains, frictions, massages, etc. Un rapport rédigé par la Supérieure des Sœurs de l'Espérance en 1910 fait état de 1383 personnes soignées et 38 309 visites effectuées depuis le début de leur implication avec La Métropolitaine. ¹¹¹ Toutefois, la collaboration entre les Sœurs de l'Espérance et les médecins de La Métropolitaine cause quelques frictions. Bien que plusieurs médecins se disent satisfaits du travail des religieuses, les annales des Sœurs de l'Espérance datées de 1916, révèlent que « cinq ou six médecins se montrent ombrageux et craignent le contrôle des Sœurs et non sans raison. Les familles se montrent de plus en

plus reconnaissantes ». ¹¹² La communauté décide alors d'abandonner l'œuvre de la Métropolitaine. À New York, les directeurs de la compagnie refusent la démission des Sœurs de l'Espérance dans un premier temps, mais finissent par mettre un terme à leur partenariat avec elles parce qu'ils veulent désormais confier le travail aux infirmières laïques qui étaient plus nombreuses et plus disponibles. Les Sœurs de l'Espérance se replient sur le service aux pauvres et aux démunis. L'œuvre sera définitivement abandonnée en 1953, en raison du faible taux de recrutement de la communauté dans la province de Québec.

À l'instar des Sœurs de l'Espérance, les infirmières laïques vont occuper une place considérable dans les structures administratives et dans cette technologie hygiéniste qui ne cessent de s'étendre et se consolider dans la ville de Montréal.

7.3.2.2 Les infirmières hygiénistes à Montréal

La formation des infirmières en hygiène publique débute en 1925 avec la création de l'École d'hygiène sociale appliquée. ¹¹³ Alors que la formation des infirmières dans les écoles d'hôpitaux relève des communautés religieuses, la formation supérieure en hygiène est sous la responsabilité des institutions universitaires. En effet, plusieurs organismes contribuent financièrement à la fondation de l'École d'hygiène sociale appliquée dont le Service provincial d'hygiène, le Service de santé de la Ville de Montréal, l'Université de Montréal, la Ligue antituberculeuse et de santé publique et la Compagnie d'Assurance-vie La Métropolitaine. Pour être admise à l'École d'hygiène sociale appliquée, la candidate doit être une infirmière diplômée d'un hôpital général reconnu et être enregistrée auprès d'une association provinciale. Les cours réguliers s'étalent sur une durée de douze mois, mais les étudiantes ont aussi la possibilité de

suivre des cours intensifs et des cours spéciaux en hygiène publique. Ces cours sont dispensés par les médecins hygiénistes et professeurs de l'Université de Montréal à laquelle l'école est aussi affiliée.¹¹⁴ Les stages pratiques ont lieu au Centre d'hygiène¹¹⁵ qui fournit une multitude de services à la population, tels que l'hygiène de l'enfance et l'hygiène scolaire, le service social, l'hygiène mentale et industrielle et les soins des malades à domicile. L'école se positionne ainsi sur la scène québécoise comme l'unique organisation francophone dans la formation spécialisée des infirmières en santé publique.

La formation d'infirmières spécialement qualifiées en hygiène publique se base sur une approche multidisciplinaire où les étudiants côtoient des médecins, des inspecteurs sanitaires, des administrateurs et des agents en hygiène publique.¹¹⁶ D'ailleurs, l'historien Georges Desrosiers souligne que l'École d'hygiène sociale appliquée reçoit un appui considérable des médecins hygiénistes. Ces derniers ne semblent pas éprouver les mêmes craintes envers les infirmières hygiénistes laïques qu'envers les Sœurs de l'Espérance. Les relations entre ces deux groupes de professionnels de la santé sont des plus cordiales. Les médecins intègrent volontiers les infirmières dans leur association professionnelle ; ils les soutiennent dans leur lutte pour la reconnaissance professionnelle et il n'existe pas de conflits entre leurs corporations respectives.¹¹⁷

Suite à des remaniements internes et des difficultés financières dues à la diminution des subventions de certains organismes, l'École d'hygiène sociale appliquée devient en 1941 l'École d'infirmières hygiénistes.¹¹⁸ Poursuivant les mêmes objectifs que l'École d'hygiène sociale appliquée, la nouvelle école vise à préparer les infirmières visiteuses à remplir leur mission consistant à fournir des soins aux malades à domicile, à

prévenir les maladies et les épidémies et à promouvoir la santé par l'éducation familiale. Les infirmières-hygiénistes rejoignent les médecins dans la campagne pour l'hygiène publique afin de convaincre la population des bienfaits de celle-ci. Les services publics et privés, en l'occurrence le Service de santé publique de la ville de Montréal et la Compagnie d'Assurance-vie La Métropolitaine, font d'ailleurs appel à leur expertise en hygiène publique. Les infirmières représentent le corps professionnel le plus nombreux dans le Service de santé de la Ville de Montréal. En 1938, elles sont 35 à y travailler. En 1948, leur nombre a plus que quintuplé pour atteindre 185 infirmière, réparties dans les nombreuses divisions et unités sanitaires : districts sanitaires, maladies contagieuses, tuberculose, maladies vénériennes et autres. Dix ans plus tard, elles sont « 240 anges-gardiens qui veillent sur la santé des enfants » et de la population de Montréal.¹¹⁹

Service de santé		PERSONNEL											Ville de Montréal	
		1948												
Fonctions	Dirrec-tion	Dir. san.	Démog-raphie	Maladies cont.	T.B.	Maladies vénér.	Hygiène enfans	Hygiène mentale	Hygiène dentaire	Alim-ents	Inspe-ct.	Labora-toires	Cont. méd.	TOTAL
Bureau	12	11	11	7	5	1	5	1	1	11	13	2	2	82
Médecins	2	30	1	7	2	1	3	4	—	1	—	3	3	57
Dentistes	—	—	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	16
Ingénieurs & architectes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	—	8
Infirmières	—	146	—	2	9	2	3	9	11	—	2	—	1	185
Médecins vétérinaires	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	—	—	—	24
Inspecteurs sanitaires	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46	56	—	—	102
Divers	—	1	—	3	—	—	1	—	1	—	—	8	—	14
TOTAL	14	188	12	19	16	4	12	14	29	82	78	14	6	488

Figure 9 : Tableau du personnel du Service de Santé de la Ville de Montréal, 1948
(Source : Fond du Comité de santé – Bureau de santé : VM45).

Les infirmières sont aussi largement employées par la Compagnie d'Assurance-vie La Métropolitaine. Tel que vu précédemment, engageant tout d'abord les infirmières anglophones du Victorian Order of Nurses et les Sœurs de l'Espérance, La Métropolitaine ne tarde pas à faire appel aux infirmières hygiénistes laïques canadiennes-françaises pour répondre aux besoins de la population francophone. Avec plus de six bureaux à Montréal, La Métropolitaine est restée l'employeur principal des infirmières hygiénistes jusqu'en 1953, date de la fermeture de ses bureaux au Canada.¹²⁰ En 1949, l'École d'infirmières hygiénistes perd son statut autonome et devient, par conséquent, une succursale de l'École d'hygiène de l'Université de Montréal qui assure la formation des médecins hygiénistes. L'année 1964 voit la fin des activités de l'École d'infirmières hygiénistes qui s'unit, au cours de cette même année, à la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal. Les cours d'infirmières hygiénistes sont ainsi incorporés à ceux du programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal.¹²¹

Pour plusieurs historiennes dont Yolande Cohen, Marion McKay, Dianne Dodd, Jayne Elliott et Nicole Rousseau, la santé publique offre aux infirmières des possibilités variées. Selon ces auteures, ce domaine a l'avantage de fournir une option de choix aux infirmières voulant contrer l'emprise du clergé sur le système de santé et, d'autre part, contrairement au milieu hospitalier, il constitue un secteur de développement de la profession offrant la perspective d'une pratique indépendante. Pour ces historiennes, la santé publique permet aux infirmières de pratiquer, de concert avec les médecins, des interventions sanitaires souples et adaptées aux besoins de la population et reflétant les progrès de la science. En ce sens, la diversité des rôles qu'offre la santé publique aigüise

l'intérêt des infirmières pour de tels emplois qui représentent un moyen de briser la routine de l'hôpital. Le travail des infirmières hygiénistes à domicile, en milieux ruraux, en régions éloignées, dans les districts et unités sanitaires et dans les écoles contribue ainsi à la création d'un milieu social plus sain, à l'édification de la nation et à la consolidation d'un système de santé moderne.¹²²

Pour le sociologue Jacques Donzelot, l'amélioration du système de santé et de l'état de santé de la population a été favorisée par certains dispositifs soigneusement mis en place par l'État. Dans son ouvrage *La police de la famille*, Donzelot analyse le rôle de la famille dans la reproduction de l'ordre établi. Il note que dès le milieu du XVIII^e siècle, et en particulier au XIX^e siècle, les gouvernements ont progressivement utilisé la famille pour « gérer » les populations à travers notamment le paternalisme des entreprises, la moralisation par l'épargne et l'hygiénisation par la médecine. La famille devient un appareil étroit et localisé de formation, l'agent le plus constant de la médicalisation et la santé un de ses objectifs les plus contraignants. Ces pratiques ont contribué, selon Donzelot, à « l'invention du social » au cours du XIX^e siècle. Le sociologue relie le social au fait politique de la démocratie et soutient que l'invention de cette notion découle du fait qu'il fallait à l'État un critère compatible avec sa définition démocratique. Le social conduit ainsi à établir un nouveau rapport entre l'État et la société afin de rendre la société gouvernable.¹²³ Une telle approche se démarque des analyses des historiens du nursing car il n'est pas question d'un environnement qui assure l'autonomie des infirmières en santé publique mais de la participation de celles-ci dans les politiques qui visent à maintenir les individus en bonne santé pour qu'ils soient productifs, et assurer le fonctionnement optimal de la vie économique et sociale.

En effet, en considérant les multiples foyers autour desquels s'organisent les activités des infirmières hygiénistes ou celles des religieuses œuvrant à domicile, il est loisible de sous-tendre qu'elles ont une influence considérable sur la population, ont joué un rôle majeur dans la régularisation des individus et ont contribué à la gestion politique des populations. L'infirmière en santé publique est décrite comme :

une messagère de l'hygiène et de la santé. Elle porte l'éducation sanitaire de famille en famille pour le bien des individus qui la composent. Elle contribue ainsi à l'amélioration des conditions de la santé publique, des conditions économiques et des conditions sociales.¹²⁴

De plus, l'importance des infirmières au niveau de l'hygiène publique est reconnue auprès des prestataires de soins et du public. Le docteur Séraphin Boucher, directeur du Service d'hygiène de Montréal, souligne clairement l'importance des infirmières dans les organisations hygiéniques et auprès des médecins:

aucune organisation sanitaire ne peut être considérée comme complète si elle ne comprend pas l'infirmière hygiéniste parmi son personnel. Si le médecin doit donner la direction scientifique, c'est l'infirmière qui pénètre dans les foyers pour y faire l'éducation des familles, donner des conseils et surveiller leur mise en pratique [...]. Le médecin hygiéniste a besoin de cette compagne [l'infirmière] pour accomplir sa mission et la rendre fructueuse [...]. Si, depuis un certain nombre d'années, les progrès réalisés par l'hygiène publique ont eu de bons résultats [...], on peut, sans craindre d'être contredit, proclamer que la collaboration de l'infirmière y a contribué dans une large mesure.¹²⁵

Une telle opinion est également exprimée dans les propos de Mary Adelaïde Nutting, professeur au Teacher's College à New York. Elle note :

on reconnaît aujourd'hui que c'est essentiellement sur l'activité de ces dernières, maintenant appelées infirmières de la salubrité publique, que reposent le succès et le développement du mouvement pour la salubrité publique. Leurs efforts visent avant tout à prévenir la maladie, ou quand elle a éclaté à la découvrir dès ses débuts, à la placer sous les soins médicaux encore à temps pour qu'on puisse en être maître; et leurs devoirs les appellent là où, dans l'édifice social, elles peuvent s'attendre à obtenir les résultats les plus féconds. C'est ainsi que des milliers sont occupées; et leurs occupations les amènent dans les familles, dans les écoles publiques,

dans les cliniques, dans les usines et les ateliers, enfin en nombre croissant, dans les départements de la salubrité des villes et des états.¹²⁶

On préconise les interventions éclairées de l'infirmière hygiéniste pour aider les individus à adopter de saines habitudes de vie et à appliquer les règles élémentaires d'hygiène afin de recouvrer la santé. Durant ses visites, il lui faut, pour gagner la confiance des gens, faire preuve d'habiletés et procéder avec la plus grande délicatesse afin d'amener des changements d'attitudes sanitaires durables au sein des familles. On sait que :

par ses explications répétées, par ses démonstrations faites à domicile, l'infirmière peut [...] changer la mentalité de nos gens trop imbu de préjugés. Elle s'est démontrée [...] l'éducatrice la plus écoutée des familles. Son rôle est donc des plus importants dans tous les domaines de l'hygiène.¹²⁷

Du fait qu'elles sont un groupe d'experts dans le système des soins de santé et qu'elles accomplissent un travail qui les mettent en contact direct avec les individus, les communautés, les groupes et les populations, les infirmières sont donc en mesure par leur savoir, par l'enseignement et les conseils qu'elles prodiguent d'influencer les individus dans les sphères les plus intimes de leur vie. Dans une allocution donnée par le docteur J.-L. Biggar, Commissaire national de la Société de la Croix-Rouge canadienne, lors de la conférence internationale des infirmières en 1933 et rapportée dans la revue *La Garde-Malade Canadienne-Française*, le médecin souligne l'importance des infirmières dans le vaste mouvement moderne de la santé publique et confirme du coup la portée totale (et totalisante) de la gestion bio-politique du corps social pour la pratique infirmière:

Sans nous laisser égarer par notre imagination, je crois que nous pouvons prévoir le moment où la société organisée [...] adoptera franchement comme idéal [...] la santé universelle. [...]. Qu'est-ce qui réalisera ce nouveau pas en avant? Beaucoup d'agents différents, travaillant chacun fidèlement dans sa propre sphère : hommes d'états et savants, éducateurs et publicistes, médecins et ministres, tous ceux qui ont affaire à la conduite des intérêts des hommes.

Mais de tous les agents, aucun n'aura les occasions ni l'influence que les personnes appartenant à la profession d'infirmières ont dès maintenant et continueront à avoir toujours davantage à mesure que le temps avance. L'on a fort bien dit que l'infirmière de la santé publique était le principal soutien de la médecine préventive. Le problème de la médecine préventive est de mettre le message de la science à la portée de la masse entière de la population et de faire en sorte que tous comprennent les bienfaits qu'elle nous offre. Personne n'est mieux préparée, personne n'a plus d'occasions, pour l'accomplissement de cette tâche, que l'infirmière qui a reçu un entraînement complet [...]. Personne d'autre ne peut arriver aussi près des cœurs, et ne peut pénétrer aussi profondément dans les esprits de ceux avec lesquels ses devoirs la mettent en contact. Personne d'autre ne peut exercer une influence aussi profonde sur les habitudes et sur les usages. Personne d'autre ne peut exercer une action aussi efficace pour l'introduction de ce nouvel idéal dans la conscience de ces concitoyens.¹²⁸

On mise sur les infirmières pour enseigner et assurer le respect des règles fondamentales de l'hygiène que les individus doivent appliquer pour leur santé et celle des autres. Les différentes fonctions qu'elles sont appelées à exercer telles que les visites à domicile afin de faire l'éducation des familles, les consultations prénatales, l'inspection des écoles, le contrôle des maladies contagieuses, les enquêtes familiales, les consultations de nourrissons et d'enfants préscolaires, la prévention des maladies vénériennes, etc. les placent dans une position privilégiée pour influencer et responsabiliser la population dans la prise en charge de sa santé.¹²⁹ Tel que noté par Mitchell Dean et Gail Bolton dans leur recherche sur l'administration de la pauvreté et le développement des soins infirmières en Angleterre au XIX^e siècle: « the movements for nursing, public health and hospital reform provided specific instances where their alliance was crucial to the development of a new relation between the state and health ».¹³⁰

Dans cette section, nous sommes conscientes qu'en introduisant la formation et le rôle des infirmières hygiénistes, nous avons dérogé à l'ordre chronologique prôné par les approches de recherche historique. Nous avons procédé à une telle démarche afin de

mieux faire valoir la portée et l'importance de ces infirmières dans le gouvernement des populations. Dans la prochaine partie, nous entendons revenir à une analyse séquentielle et présenter les autres formes de savoir scientifique infirmier à l'œuvre dans les écoles d'infirmières.

7.4 La formation scientifique des infirmières à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Montréal

En 1898 et en 1901, l'ouverture des écoles d'infirmières à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Montréal garantit aux étudiantes une formation formelle basée sur des savoirs médicaux. Selon le surintendant de l'Hôpital Notre-Dame, docteur E.-P. Lachapelle, « ce cours a rendu le travail de nos sœurs hospitalières, si dévouées et si intelligentes, plus facile et plus attrayant à accomplir ». ¹³¹ Les rapports publiés par les hôpitaux et les écoles d'infirmières révèlent le succès que remporte la formation des gardes-malades basée sur un programme structuré et établi sur les préceptes médicaux et scientifiques. Par exemple, dès 1900 à l'Hôpital Notre-Dame, on refuse des admissions faute de place et du côté de l'Hôtel-Dieu, l'école qui comptait 17 élèves en 1911, en compte 90 en 1927. ¹³² Dans les deux cas, le nombre d'étudiants s'accroît d'année en année. Dès les premiers temps, à l'instar des religieuses, les infirmières sont encouragées à embrasser une vision chrétienne des soins. Dans ces écoles, « les religieuses et les institutrices ont poursuivi avec ferveur le même idéal : faire naître et développer en chacun des jeunes êtres, la compréhension du malade qui suscite le dévouement et affine le sens de la charité ». ¹³³ Les Sœurs Grises accentuent le fait que la profession est d'abord une « vocation » où les gardes-malades doivent faire preuve « d'oubli de soi »; c'est aussi une « mission de dévouement » et un « noble travail ». ¹³⁴ À

l'Hôtel-Dieu de Montréal, les étudiantes sont appelées à s'inspirer de l'esprit charitable qui animait la première infirmière laïque de Montréal : « Digne émule de Jeanne Mance, l'infirmière doit à son exemple s'inspirer de sa charité afin d'atteindre son double idéal de catholique et de professionnelle ». ¹³⁵ Qu'elles travaillent dans les industries, dans les unités sanitaires, en service institutionnel ou en service privé, les infirmières sont considérées comme des « apôtres de la charité ». ¹³⁶ Elles sont invitées à développer les mêmes aptitudes que les religieuses: « Vous serez la relève. Vous continuerez le dévouement de vos devancières. Et, par toutes les immolations de leurs cœurs et du vôtre, c'est l'œuvre de Christ Jésus lui-même que vous poursuivez ». ¹³⁷ Cet idéal répond également à la volonté des autorités ecclésiales. Le souverain Pontife Pie XI leur adresse ces paroles : « La vie des corps, oui; mais plus encore, et infiniment plus, la vie spirituelle, qui va directement à l'âme, cette âme d'où le corps lui-même prend sa vraie valeur » ¹³⁸ ou encore : « Allez et portez partout la santé au corps, mais surtout et avant tout, portez le salut aux âmes ». ¹³⁹ La définition de l'infirmière catholique est d'ailleurs la suivante : « une femme, dont la mission est de veiller sur la santé des autres, en compagnie du Christ ». ¹⁴⁰ De l'avis des religieuses, l'infirmière doit développer des qualités essentielles tant au niveau moral, professionnel et physique ce qui contribue à la rendre digne d'exercer la profession d'infirmière, mais par-dessus tout : « Elle rayonnera par son apostolat, convaincue que Notre-Seigneur est dans le malade et que le plus important dans une vie c'est la croyance en Dieu. Elle se fera donc apôtre auprès des patients pour conquérir le plus d'âmes possible ». ¹⁴¹

À côté des qualités de cœur, de l'amour du malade, du service charitable et désintéressé que toutes les étudiantes gardes-malades doivent développer, des savoirs

scientifiques et théoriques leur sont également dispensés, par le biais des médecins dans un premier temps puis, par la suite, par les religieuses et les institutrices laïques. Cependant, afin de garder le contrôle sur les étudiantes, il est nécessaire, sinon primordial, pour les religieuses hospitalières mais aussi pour le clergé, de continuer à former les étudiantes laïques sur les bases de la morale congréganiste. Le pape Pie XI affirme qu'il faut défendre la charité chrétienne dans l'ordre privé et social, et pour ce faire, « il faut que l'infirmière catholique soit soutenue par des organisations adéquates qui professent leur fidélité aux enseignements de l'Église ».¹⁴² Une alliance entre la science et la charité est ainsi créée. Les religieuses hospitalières plaident en faveur d'un tel rapprochement. Le gouvernement des étudiantes est un mécanisme central qui soutient les écoles d'infirmières et l'adoption de ce nouveau discours entend poursuivre cet objectif. Les écoles d'infirmières, soutiennent les religieuses, doivent vivre « sous le même grand idéal : Science et Charité ».¹⁴³ D'ailleurs, les devises de l'Hôpital Notre-Dame *Per Caritatem et Scientiam* (La Science au service de la Charité)¹⁴⁴ et *Caritas et Scientia* (Charité et Science)¹⁴⁵ pour l'Hôtel-Dieu de Montréal, témoignent du besoin de rapprocher ces deux valeurs fondamentales. Les Sœurs de la Charité de Montréal se donnent pour but d'« enseigner l'art et la science du soin des malades [et d'] inculquer dans l'âme des élèves, l'idéal sublime, tout de dévouement et de charité, que requiert la profession d'infirmière ».¹⁴⁶ De son côté, la responsable des chroniques des Sœurs Grises de Montréal soutient que :

L'expérience prouve que la science du XX^e siècle ne peut que gagner à la fraternité. [...]. La fraternité unissant la science des médecins au dévouement des gardes-malades soit religieuses, soit laïques, renouvellera dans une large mesure et au point de vue moral et au point de vue physique, la société que travaillent tant de principes morbides. [...]. Plus nous infiltrerons de morale dans la science de traiter le corps, plus grand

sera le service rendu à l'humanité, et plus nous travaillerons à écarter tout ce qui doit alarmer tout esprit bien pensant.¹⁴⁷

Les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph quant à elles se disent conscientes de leurs responsabilités et se déclarent prêtes à faire des efforts continuels pour demeurer à la hauteur des développements scientifiques : « Fidèle aux traditions qui ont fait sa gloire et sa force, l'Hôtel-Dieu sait concilier les vertus ancestrales avec les exigences modernes. Ainsi, continue chez-nous le rayonnement de cette grande œuvre de bienfaisance chrétienne qu'est l'hôpital au service de l'humanité souffrante ». ¹⁴⁸ En 1915, les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, dans les livrets d'information de l'école Jeanne Mance, mettent l'accent sur l'alliance charité-science qui traduit à la fois le perfectionnement dans la formation des étudiantes et dans le soin des malades : « L'organisation du cours vise à offrir une formation solide en morale religieuse et une direction scientifique éclairée ». ¹⁴⁹ Et, Sœur Mondoux d'ajouter :

L'image de la charité s'élevant au-dessus de Ville-Marie, étend ses larges ailes de l'orient à l'occident et couvre nos vallons et nos plaines de son ombre bienfaisante. Quand vous passerez devant une de ces maisons où l'on souffre, saluez, saluez bien bas, car deux puissances s'y donnent la main, la charité et la science. ¹⁵⁰

Les autorités cléricales ne sont pas indifférentes aux changements qui se produisent dans le domaine de la formation des gardes-malades. Nous avons montré dans les pages précédentes de quelle manière l'abbé Victor Rousselot avait soutenu l'ouverture de l'Hôpital Notre-Dame et comment Monseigneur Paul Bruchési avait contribué à l'ouverture de l'école Jeanne Mance. De même, les avancées scientifiques suscitent maints encouragements, et le discours qui allie la science et la charité que doivent cultiver les gardes-malades trouve un écho encore plus favorable. La charité à elle seule ne peut constituer une bonne infirmière, soutient Monseigneur Bruchési, il lui faut :

« des connaissances suffisantes pour être à la hauteur de sa tâche, surtout en regard des traitements modernes, exigences qui peuvent sembler plus ou moins logiques, mais auxquelles il faut toutefois se soumettre par des vues plus élevées que celles de la connaissances des sciences profanes ». ¹⁵¹ Selon les directives du pape Pie XI, les infirmières doivent toujours faire « plus et mieux chaque jour ». ¹⁵² Selon lui, il faut que les infirmières catholiques se distinguent « comme excellentes infirmières, et que si, pour cela, il faut vous procurer des diplômes, procurez-vous des diplômes, autant qu'il en faut ». ¹⁵³ Pour l'aumônier Henri Garrouteigt, il est primordial pour les gardes-malades de cultiver la science dans leur pratique : « La garde-malade catholique s'appliquera donc tout d'abord à l'acquisition d'une science professionnelle vraiment compétente. C'est pour elle un cas de conscience ». ¹⁵⁴ Néanmoins, à côté de la science, il préconise une instruction religieuse solide, car comme toutes les sciences, « la médecine vient de Dieu, mais elle comporte tant d'éléments matériels que, si on la conçoit d'une manière trop étroite et trop exclusive, elle finit par rendre indifférent au monde de l'esprit et de la foi ». ¹⁵⁵ L'abbé J.-N. Coderre, du séminaire Saint-Charles-Borromée, quant à lui, juge qu'il est tout à fait nécessaire, compte tenu des procédures médicales, d'accorder de l'importance à la science, mais il faut surtout mettre l'accent sur « la science du cœur qui se nomme la bonté ». ¹⁵⁶ Monseigneur Paul-Émile Léger renchérit :

Une infirmière doit être à même de deviner quel est le « climat moral » de celui qu'elle soigne. D'où la nécessité pour elle de posséder en plus de la formation technique une formation morale non seulement professionnelle, mais une formation morale ayant une influence sur toute la vie humaine. Il faut permettre à notre nature vraie de se réaliser et de s'épanouir. Voilà l'une des conséquences et non la moindre du climat moral chrétien, et c'est pourquoi la morale chrétienne est si humaine, si vivante, si réelle. C'est pourquoi elle est et demeurera toujours la thérapeutique la plus efficace. ¹⁵⁷

Le discours sur la charité et la science connaît également un vif succès auprès des médecins. Ces derniers réalisent que la formation morale et religieuse des étudiantes met à leur disposition des auxiliaires dévouées, obéissantes et soumises. Ils entrevoient dans quelle mesure la transmission du savoir médical - ou tout au moins une partie de ce savoir - à des aides compétentes et efficaces ayant l'opportunité de travailler et d'atteindre toutes les couches de la population, représentent un excellent moyen d'élargir leur emprise. Le surintendant de l'Hôpital Notre-Dame, le docteur E.-P. Lachapelle, n'hésite pas à broser un tableau mirifique des avantages de la science et de la charité:

Par l'inauguration d'un cours théorique élémentaire de nursing aux religieuses hospitalières, la charité chrétienne tend la main à la science médicale et lui offre, à côté d'un dévouement sans borne, les soins éclairés et sûrs dont elle a besoin. C'est la religion et la science cherchant à s'inspirer dans un même élan de charité, dans un même désir d'être utile, une confiance mutuelle qui, bien loin de leur nuire, les complète et rend leur travail plus sûr, plus exact, plus agréable aussi.¹⁵⁸

Selon le docteur E.-P. Benoît médecin à l'Hôpital Notre-Dame et professeur de clinique médicale à l'Université de Montréal, la garde-malade d'autrefois doit adjoindre à sa vocation la science qui seule permet de la rendre apte à répondre aux besoins nouveaux de la profession :

Dans la profession de garde-malade telle que nous la comprenons aujourd'hui, la vocation est évidemment nécessaire. Le soin des malades est pénible; il peut être répugnant; il faut posséder l'amour des malades et le dévouement pour s'occuper d'eux avec la bonté, la patience et le tact nécessaires. Il est certain que le soin des malades, pour atteindre sa plus haute valeur, ne doit pas se donner pour but uniquement des honoraires à gagner, mais aussi et surtout un devoir à remplir. Ce sont les qualités morales qui donnent à la profession de garde-malade sa beauté, sa noblesse et sa pleine efficacité. Seulement, pour le soin efficace des malades, la vocation seule, n'est pas suffisante; rappelons-nous que le malade a droit aux meilleurs soins possibles, que les soins médicaux se sont perfectionnés, et que la charité et le dévouement ne suffisent pas à assurer ces soins aux malades. Il faut connaître son devoir sans doute, mais il faut

savoir aussi, comment le remplir. C'est par l'instruction, c'est-à-dire la science, que l'on acquiert le complément nécessaire de la vocation.¹⁵⁹

Étant donné la forte présence et l'engagement des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph dans les écoles d'infirmières francophones du Nouveau-Brunswick, la nécessité d'une formation fondée sur la science et la charité est tout aussi fondamentale qu'à l'école Jeanne Mance de Montréal. Ces religieuses dirigent les quatre écoles d'infirmières francophones du nord du Nouveau-Brunswick : Edmundston, Tracadie, Campbellton et Bathurst. Nous avons analysé le discours sur la formation donnée par ces religieuses afin d'identifier les énoncés en cours dans ces écoles situées hors de la province de Québec. En fait, le discours scientifique et charitable est fondamentalement le même que celui de l'école Jeanne Mance de Montréal.¹⁶⁰ À l'École d'infirmières de Bathurst, le but est de « donner à l'étudiante une formation de base dans l'art, la science et la pratique nursing ».¹⁶¹ Les religieuses à l'École d'infirmières d'Edmundston entendent « Donner aux étudiantes une formation complète au point de vue scientifique et technique afin qu'elles soient en mesure de fournir le meilleur service possible ».¹⁶² Quant à l'École d'infirmières de Tracadie, « c'est sur les fondements d'une conscience morale bien éveillée que nos éducatrices veulent former les professionnelles de science et de technique qui sachent utiliser tous les progrès de leur temps pour diriger les autres à la lumière de principes bien définis ».¹⁶³ Dans le même ordre d'idées, l'École d'infirmières de Campbellton entend « Guider l'étudiante dans son développement spirituel et ses qualités morales aussi bien que dans ses talents intellectuels et professionnels; ceci est nécessaire dans la formation à la maturité ».¹⁶⁴ L'aumônier Cyrille d'Amour de l'École d'infirmières de Campbellton adhère à ce discours par ces mots : « Oui, précieuse est la science qui soulage, plus précieuse encore la charité qui transforme ».¹⁶⁵ Dans cette

optique, la science devient un incontournable qui imprègne toutes les facettes de la formation des infirmières. Les éléments rudimentaires qui composaient le savoir traditionnel des soignantes ne sont donc plus de mise. Les religieuses hospitalières et les étudiantes gardes-malades doivent apprendre à juxtaposer la science à leur travail, à leur foi et à leur devoir.¹⁶⁶ Les écoles d'infirmières entendent permettre aux étudiantes d'atteindre la vraie compétence par des cours et une méthode de formation formelle et structurée fondée sur la science, sans pour autant négliger les qualités humaines et charitables et l'esprit de service.¹⁶⁷ Les soins charitables s'appuient sur des valeurs à la fois morales et scientifiques pour faire valoir l'utilité des infirmières. Ils sont enseignés de façon à inciter les infirmières à développer la confiance des patients envers elles, envers leur savoir et la profession infirmière. Ceci permet aux infirmières d'influencer et d'assurer la régulation et la normalisation de leurs conduites et ainsi mieux les gouverner. Le pouvoir pastoral et la gouvernementalité sont alors perceptibles dans le rôle que ces infirmières sont appelées à jouer auprès des individus dont elles sont chargées de prendre soin.

De plus, les discours autour de la charité et de la science sont très présents aux États-Unis et en Europe au tournant et dans les premières années du XX^e siècle et sont portés surtout par les organisations philanthropiques comme la Rockefeller Foundation ou la Carnegie Corporation. L'historien Robert Gross souligne que c'est sous l'influence des préceptes de la philosophie des Lumières que ces organisations séculières s'inspirent pour favoriser le progrès social. En fait, les administrateurs de ces organismes voient surtout dans la dyade charité-science un moyen de faire circuler et avancer les connaissances scientifiques. Cultiver l'esprit des membres de la société, assurer

l'assistance et la protection sociales et contribuer au bien-être des individus et à l'intérêt public constituent des éléments importants pour les organisations philanthropiques.¹⁶⁸

Discutant de la portée sociale de la charité, Foucault, dans ses analyses, démasque sous ce mouvement l'instauration de rapports de pouvoir. Selon lui, la charité renferme un caractère équivoque et ambigu dans le sens où elle implique un bienfait, mais aussi des préoccupations de contrôle et de surveillance. Foucault rappelle qu'en France, la charité a pris au cours des siècles des figures différentes. Si, avant le XVII^e siècle, elle s'exerce par le truchement de l'internement des pauvres et des nécessiteux dans les hospices, à l'ère du « grand renfermement » au XVII^e siècle, les pratiques charitables prennent une signification à la fois politique, sociale, économique et morale où les pauvres sont encouragés à travailler dans le but de participer à la vie économique et sociale. En effet, face à la multiplication fulgurante des pauvres et des mendiants, les hospices et les maisons d'internement - œuvres de religion et d'ordre public, de secours et de charité - font office d'asiles et contribuent à la protection du corps social contre l'agitation et les émeutes afin d'assurer l'ordre social. Ces maisons de charité remplissent également une fonction économique car il ne s'agit plus d'enfermer les pauvres et les chômeurs, mais de donner à ces gens du travail et les faire servir à la prospérité de toute la société. L'objectif est alors d'avoir une main-d'œuvre à bon marché dans les temps de plein emploi et de hauts salaires; et, en période de chômage, d'assurer la résorption des oisifs. L'assistance des pauvres par le travail devient un remède au chômage et un stimulant pour l'économie. La pauvreté glisse alors d'une expérience religieuse qui la sanctifie, à une conception morale qui la condamne comme une faute contre la bonne marche de l'État. Elle n'est plus prise dans le sens de l'humiliation, mais dans un rapport du désordre à l'ordre.¹⁶⁹ Selon

Foucault, avec la sécularisation du mouvement charitable par la philanthropie, il s'agit pour les professionnels de la santé de visiter, d'assister et de moraliser les bons pauvres afin de promouvoir et instaurer un ordre social. Il souligne :

Prenez l'exemple de la philanthropie au début du XIX^e siècle : des gens viennent se mêler de la vie des autres, de leur santé, de l'alimentation, du logement... Puis de cette fonction confuse sont sortis des personnages, des institutions, des savoirs... une hygiène publique, des inspecteurs, des assistantes sociales, des psychologues. Puis, maintenant, on assiste à une prolifération de catégories de travailleurs sociaux... Naturellement la médecine a joué le rôle fondamental de dénominateur commun... Son discours passait de l'un à l'autre. C'est au nom de la médecine qu'on venait voir comment étaient installées les maisons, mais aussi en son nom qu'on cataloguait un fou, un criminel, un malade... Mais il y a – en fait – une mosaïque très variée de tous ces « travailleurs sociaux » à partir d'une matrice confuse comme la philanthropie.¹⁷⁰

Le sociologue Sylvain Lefève met clairement en évidence la relation singulière entre la philanthropie et la science depuis le XIX^e siècle. Selon lui, conscients du caractère inéluctable d'une nouvelle organisation du social, les philanthropes ont investi dans la définition et le traitement scientifique des questions sociales de l'époque (éducation, hygiène publique, logement, urbanisation, etc.) pour produire des savoirs qui les habilitent à gouverner. L'usage de la science par la philanthropie confère aux organisations philanthropiques un point d'appui externe et une légitimité considérable dans le milieu social.¹⁷¹ De même, dans une étude sur les sociétés philanthropiques au XIX^e siècle aux États-Unis, Nicholas Guilhot, sociologue, soutient que les philanthropes se sont inscrits dans des stratégies qui avaient pour but leur légitimation et leur reproduction dont la plus importante a été la gestion des savoirs. Par exemple, l'ambition du soutien philanthropique dans la promotion de la science, particulièrement des sciences sociales, visait à produire une science appliquée au monde social et susceptible d'accroître les possibilités de « contrôle social ». ¹⁷² Ainsi, avec ou sans connotation religieuse, la charité

et sa forme contemporaine, la philanthropie, s'appuient sur la science pour jouer un rôle de régulation et de surveillance des individus dans la société, et cette propension à l'humanisme apparaît comme une technologie qui obéit aux principes d'organisation du social.¹⁷³

À la fin des années 1920 et, ce jusque dans les années soixante, le discours charitable dans la formation infirmière se raréfie et les évocations transcendantes sont reléguées dans les marges.¹⁷⁴ Le savoir dit « scientifique » prend peu à peu toute la place et investit fortement le milieu infirmier.¹⁷⁵ Avec la parution des revues infirmières francophones, *La Veilleuse*, première revue professionnelle infirmière qui paraît mensuellement de 1924 à 1927, et *La Garde-Malade Canadienne-Française*, revue infirmière laïque publiée de 1928 à 1956, de nombreux articles vulgarisent ce nouveau savoir mis à la disposition des gardes-malades.¹⁷⁶ Par ses publications, *La Veilleuse* travaille à concevoir et à diffuser les grands principes qui guident les soins infirmiers¹⁷⁷ et le but de *La Garde-Malade Canadienne-Française* est de « Devenir pour toutes les gardes-malades canadiennes-françaises du Canada et des États-Unis, un lien intellectuel et moral, un organe scientifique et professionnel, un moyen d'action, un facteur d'union et de progrès »¹⁷⁸. Les revues infirmières représentent le creuset d'une information de plus en plus scientifique. Les articles, écrits la plupart du temps par des médecins, mais aussi par des gardes-malades enregistrées, traitant de pathologies, de chirurgies, de principes de surveillance clinique, de thérapies médicamenteuses, etc. sont monnaie courante dans leurs colonnes et révèlent une tendance à la normativité scientifique. Ces articles comprennent le plus souvent une description de l'étiologie de la maladie, les symptômes et signes que peuvent manifester les patients et les traitements préconisés par

les médecins qui sont le résultat des découvertes les plus récentes du milieu scientifique médical.¹⁷⁹

Religieuses, médecins et membres du clergé insistent sur la dimension scientifique de la profession et la voient comme une obligation dans la formation et la pratique des gardes-malades qui doivent être « des femmes de science ».¹⁸⁰ Les religieuses entendent « donner aux étudiantes une formation complète au point de vue scientifique et technique afin qu'elles soient en mesure de fournir le meilleur service possible aux malades ».¹⁸¹ Pour cela, souligne Sœur Bernier de la communauté des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Montréal, les religieuses n'épargnent « ni leur travail, ni leurs peines quand il s'agit d'acquérir la science ».¹⁸² En 1933, dans une allocution présentée lors du congrès international des infirmières à Paris-Bruxelles intitulée *Principes scientifiques et leur application au nursing*, le docteur Dujarric de la Rivière reconnaît que la nouvelle représentation de l'hôpital exige un personnel infirmier formé de façon scientifique et insiste sur une telle formation pour les gardes-malades :

L'hôpital n'est plus seulement aujourd'hui l'asile où la charité recueillait les malades indigents. Certes, l'idée de charité anime toujours le personnel médical et infirmier; elle soutient leur zèle et leur dévouement. Mais l'hôpital étant devenu avant tout une maison de traitement hygiénique et confortable, pourvue de tout ce que la Science met actuellement à la disposition du médecin, il importe au plus haut point que le personnel infirmier possède une formation technique aussi complète possible (sic). Certes, cette formation consiste avant tout à s'initier à la pratique des soins à donner aux malades. [...]. Rien ne saurait prévaloir contre cette vérité élémentaire. Mais, à mesure que la médecine bénéficie davantage des découvertes scientifiques, il semble de plus en plus indispensable d'apprendre aux infirmières le pourquoi et le comment *scientifiques* des règles du « nursing » qui leur sont enseignées.¹⁸³ (italique dans le texte original).

Quant au docteur Carette de l'École des infirmières de Campbellton au Nouveau-Brunswick, il soutient qu': « on ne peut plus se permettre d'équiper nos jeunes

infirmières avec les seules ressources de la compassion envers le malade [...]. Une école de nursing doit assurer la “ production ” de femmes de science au sens strict ». ¹⁸⁴

Cependant, avec des étudiantes formées selon les nouveautés scientifiques en cours dans le milieu de la santé, la sœur Jean-Baptiste de la Salle de la congrégation des Sœurs de la Providence craint que l’infirmière n’ait une éducation trop poussée :

Dans un hôpital, il doit y avoir non seulement du dévouement, de la patience, de la bonté, il faut aussi de la science; il faut insister sur le côté scientifique, si l’on veut avoir des gardes également dévouées, et compétentes. [...]. Il faut éviter deux écueils : l’insuffisance et l’exagération; la garde-malade n’est pas un médecin; si l’on pousse trop loin ses études, il y a danger de faire des demi-savantes; d’un autre côté, si elle n’a pas assez de connaissances, elle est inférieure à sa tâche. Il faut donc garder un juste milieu. D’après moi, la garde-malade doit posséder la science nécessaire pour lui permettre : 1) d’accomplir, dans sa sphère d’action, tout ce que l’on est en droit d’attendre d’elle; 2) de comprendre le pourquoi de tous les traitements institués chez le malade; 3) de suppléer le médecin chaque fois que les circonstances l’exigeront, et cela avec intelligence et compétence. Comme on le voit, la science nécessaire à la garde-malade comporte beaucoup plus que des notions élémentaires de médecine, sans approcher toutefois de la science du médecin. ¹⁸⁵

Pour le docteur de la Rivière, la formation scientifique pour les infirmières ne sous-entend nullement que ces dernières vont usurper la place des médecins mais, explique-t-il, elle contribuera à en faire des aides plus efficaces :

Mais, dira-t-on, ne craignez-vous pas de donner aux infirmières une formation trop médicale et trop scientifique? Les infirmières ainsi formées se croiront plus instruites qu’elles ne le seront en réalité, elles voudront se substituer au médecin, elles feront des prescriptions médicales. Il est temps de faire justice de cette affirmation qui existe dans bien des manuels et qui, à notre avis, consacre une erreur. Ce sont, en effet, les infirmières les plus instruites [...] qui se tiennent le mieux dans leur rôle. Celles qui le sont moins ont au contraire toujours tendance à en sortir et donnent aux médecins les plus grands ennuis. Plus l’enseignement infirmier s’éloignera de l’empirisme, plus il sera scientifique et précis, plus les médecins auront de chances d’avoir des collaboratrices qui se tiendront strictement dans leur rôle, mais qui rempliront celui-ci avec une compréhension qui rendra les soins plus efficaces. ¹⁸⁶

Sœur Allard de la communauté des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph se dit heureuse de ces paroles prononcées par le docteur de la Rivière qui préconise une formation scientifique pour les gardes-malades. Pour que l'infirmière soit une collaboratrice efficace, soutient-elle, il faut bien entendu qu'elle sache ce qu'elle doit faire, et comment elle doit le faire. Cependant, conclut-elle, le plus important pour l'infirmière est de savoir pourquoi elle fait ce qu'elle fait.¹⁸⁷ Aux préoccupations concernant le surcroît de formation scientifique des infirmières, Sœur Madeleine de la congrégation des Sœurs de la Providence de Montréal rajoute :

La science présente une importance fondamentale non seulement pour la formation des travailleurs du genre, mais même pour l'ordonnance et la pratique de leur travail. La femme, préparée à son rôle par des études spéciales, s'est arrogée le droit de regarder le mal en face et de l'appeler par son nom. Elle a aussi conquis le pouvoir d'y remédier de ses mains. Connaissant tout des détresses physiques et des tares morales de la route où l'a engagé son désir d'épouser la souffrance, elle y entre résolument et va droit au but. Nos modernes ne manquent pas de crier au scandale; ils l'accusent de délaisser le foyer, de renoncer à son titre de mère et de poser en rivale de l'homme. Le mal prévenu, enrayé, les vies sauvegardées, les foyers reconstitués par sa bienfaisante initiative et son inlassable dévouement, parlent plus haut que tous les sophismes.¹⁸⁸

Cet engouement pour la formation scientifique dans les écoles d'hôpitaux fait suite au vaste mouvement de réorganisation des hôpitaux après les décisions politiques, sociales et économiques qui ont débuté dans les dernières années du XIX^e siècle dans la province de Québec. L'infirmière devient alors un élément important et joue un rôle politique essentiel dans les technologies et dispositifs disciplinaires mis en place pour contrôler et gouverner les individus. Déjà dans un article paru dans *La Veilleuse* en 1924, le docteur Gaston de Bellefeuille, psychiatre à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal, soulignait :

Comme le rôle de la garde-malade dans la société aujourd'hui ne comprend pas seulement l'exercice de sa noble profession, toute de dévouement et d'abnégation, mais [...] elle a en plus, pour être parfaite dans sa sphère, un grand devoir éducationnel à remplir vis-à-vis de ceux qui, moins heureux qu'elle, n'ont pas pu obtenir une formation scientifique.¹⁸⁹

Selon le chanoine Émile Chartier, l'acquisition de la science professionnelle permet à l'infirmière d'exercer son influence autant sur le moral que sur le physique des patients.¹⁹⁰ Sœur Madeleine renchérit :

Si au-delà du foyer qui croulerait, elle cessait d'en être la reine, si les mœurs et les lois ouvrent de plus en plus à la femme de nos jours les sphères élargies de la culture intellectuelle, de l'action sociale, de la vie civique elle-même, il lui incombe à un titre spécial d'utiliser ces nouveaux moyens d'influence pour promouvoir partout le respect de la vie familiale, le souci de l'éducation des enfants et l'énergique protection de la moralité publique.¹⁹¹

La science devient alors un nouvel instrument d'intervention qui donne à l'infirmière connaissances et crédibilité pour agir sur les patients et les populations. Ainsi, que ce soit moralement ou scientifiquement, les infirmières sont appelés à influencer les individus. Néanmoins, il est important de souligner que l'ajout de la science dans la formation des infirmières apporte une autre justification. Le catholicisme constituant déjà un élément fondamental de l'identité canadienne-française trouve dans la science une alliée et permet aux canadiens-français d'affirmer l'importance de leur race. Le concours des infirmières tant religieuses que laïques est nécessaire afin d'assurer la préservation de celle-ci. Déjà en 1903, dans une allocution, le docteur E.-P. Benoît s'adressant aux infirmières laïques et aux Sœurs Grises soulignait :

Avons-nous déjà vu travailler une Sœur de Charité! C'est peut-être l'effet de mon imagination, mais quand je les regarde à l'œuvre, je crois lire sur leur figure la calme détermination de nos ancêtres, et certainement je vois briller dans leurs yeux cette même foi vive qui fonda la Nouvelle-France. Et, chose merveilleuse, voilà que cette sœur de charité, qui garde comme un dépôt sacré la tradition de nos vertus domestiques, qui s'isole

volontairement pour faire le bien à l'abri du monde, connaît aussi les méthodes modernes, les applique avec intelligence, en obtient d'excellents résultats et accélère ainsi la poussée en avant de notre race. Qui donc a dit que nous étions inférieurs aux autres? Qui donc a prétendu que l'Église catholique est hostile à la science et veut empêcher son évolution? Qui donc a osé affirmer un jour, que parce que nous étions catholiques, et Canadiens-français, nos malades ne bénéficieraient jamais de traitements nouveaux? Non, je l'affirme hautement, et c'est là ce qui fait mon plus grand orgueil, toutes ces affirmations tomberont d'elles-mêmes quand on connaîtra mieux nos œuvres.¹⁹²

Dans les années 1920-1930, les sœurs soignantes et les infirmières sont encore invitées à porter leurs aspirations vers la science afin d'affirmer l'influence et le respect des canadien-français. Par exemple, dans la chronique des Sœurs Grises, on peut lire :

L'éthique mieux comprise encore, particulièrement, là où il y a le concours de la femme est le plus nécessaire, arriverait à des résultats étonnants pour la préservation de la race, contre toute déchéance physique et morale. [...] À mesure que nous unirons nos vues, selon les vrais principes, et que nous nous dégagerons mieux des intérêts égoïstes, les besoins de la patrie commune apparaîtront plus clairement, pour la plus grande gloire de Dieu et l'avenir du pays.¹⁹³

Dans la revue, *La Veilleuse*, le message reste similaire. « Nous avons évolué », indique-t-on, « les découvertes scientifiques se multiplient rapidement; il faut des assistants. [...] Un examen sommaire de notre situation présente nous oblige à nous rendre compte du fait que nous existerons bientôt en nombre : nous devons à notre race et à notre langue de nous perfectionner ». ¹⁹⁴ En fait, ce perfectionnement de la race que la science semble octroyer d'office représente une évidence dans le bio-pouvoir qui entend mettre en lumière les champs constitués par les tentatives d'intervenir sur les caractéristiques de l'existence des individus et des populations afin d'assurer leur vie, leur survie, leurs corps et la race.¹⁹⁵ Le savoir scientifique infirmier fournit donc un appui jugé solide à l'affirmation identitaire, en permettant de légitimer le discours sur la prévention de la dégénération, l'amélioration et la force de la race canadienne-française.

Dans la construction du discours scientifique infirmier, il est important de tenir compte des dispositifs qui le soutiennent, le transmettent et le renforcent.¹⁹⁶ Il s'agit de prendre en considération l'ensemble composé par les énoncés scientifiques mais aussi les institutions, les lois et les mesures administratives qui les imposent et les reconduisent. Selon Foucault, tout comportement plus ou moins contraint ou appris et tout ce qui fonctionne comme système sont des institutions et en tant que dispositifs, elles servent de support pour promouvoir un discours qu'elles reconnaissent comme vrai et effectif permettant de décider de ce qui est scientifique et de ce qui ne l'est pas. Les institutions sont à la fois les produits des discours et un moyen de contrôler les discours. C'est dans cette optique que nous entendons examiner le discours de l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec (AGMEPQ).

7.5 La formation des infirmières et l'Association des Gardes-Malades Enregistrées de la Province de Québec (AGMEPQ)

At the request of nurses from the representative hospitals of Montreal with the object in view of raising the standard of smaller hospitals, a preliminary meeting was called and held in the Nurses Club, room 638, Dorchester Street West, Monday July 9, 1917, to discuss the formation of a provincial association and to obtain, if possible, provincial registration.¹⁹⁷

Cette citation tirée du procès-verbal de la Graduate Nurses Association of the Province of Quebec indique qu'en 1917, des représentantes de plusieurs hôpitaux de Montréal entament les premières discussions sur la formation d'une association provinciale au Québec. Comme le souligne le docteur E.-P. Benoît, médecin à l'Hôpital Notre-Dame et professeur de clinique médicale à l'Université de Montréal :

Avant 1920, les écoles de garde-malades de la province de Québec n'étaient pas reconnues légalement. Chaque institution avait le contrôle de son école et l'organisait à son gré; les gardes-malades diplômées de ces

écoles exerçaient leur profession dans la province, mais sans lien, sans unité, sans organisation : elles valaient ce que valait leur école [...].¹⁹⁸

Les infirmières canadiennes travaillent à la création d'associations provinciales suite à leur participation en 1893 à l'American Society of Superintendents of Training Schools for Nurses (ASSTSN), société créée au cours de l'International Congress of Charities, Corrections and Philanthropy à Chicago. Elles fondent en 1907 la Canadian Society of Superintendents of Training Schools of Nurses (CSSTSN), renommée plus tard Canadian Association of Nursing Education. En 1908, elles créent la Canadian National Association of Trained Nurses (CATN), nommée en français l'Association Canadienne Nationale des Infirmières Diplômées qui deviendra en 1924 la Canadian Nurses Association ou l'Association des Infirmières du Canada. Ces deux associations comptent parmi les premières initiatives des infirmières canadiennes.¹⁹⁹ Selon Meryn Stuart et Kathryn McPherson, au Canada, les infirmières savaient depuis longtemps l'importance des associations en soins infirmiers en termes d'influence et de portée politique.²⁰⁰ À leur création, ces associations se donnent pour objectifs de régulariser les programmes de formation, de diffuser l'idéologie professionnelle et de faire la promotion de l'enregistrement des membres de la profession. Au Québec, les efforts en vue de réunir les écoles d'infirmières et d'uniformiser les curriculums de cours sont également une priorité. Il s'ensuit la création de la Graduate Nurses Association of the Province of Quebec qui entend répondre au besoin d'encadrement de la profession. Après trois ans de discussions, et soutenu par le docteur D. G. Campbell, secrétaire au Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, qui dans une correspondance assure que le « bill [...] would have the full support of the society », ²⁰¹ le projet est déposé par devant la législature de Québec pour la création d'une association d'infirmières. Le 14 février

1920, l'adoption de la Loi sur l'enregistrement et l'incorporation des infirmières est adoptée et la Graduate Nurses Association of the Province of Quebec change de nom pour devenir la Registered Nurses Association of the province of Quebec ou l'Association des Gardes-Malades Enregistrées de la Province de Québec (AGMEPQ).²⁰²

Quatre infirmières de langue anglaise et quatre de langue française sont citées dans le texte de loi comme ayant demandé une pétition pour la constitution en corporation d'une association de gardes-malades dans la province de Québec dans l'intérêt de la profession et du public. Il s'agit de Matilda Guilmette, Amanda Séguin, Huberte Chagnon, May Beaudoin, Zaidie Young, Olive Delaney, Lilian Philips et Mabel-F. Hersey. En effet, dans la revue *La Garde-Malade Canadienne-Française*, on peut lire :

Lorsque Mademoiselle Shaw de l'Université McGill, s'adressa en 1920, à la législature de Québec pour obtenir l'enregistrement des gardes-malades, elle avait l'approbation de toutes les gardes-malades diplômées de la province de Québec. Le comité qui l'appuyait comprenait des gardes-malades des deux langues, des représentantes des écoles anglaises et françaises. Il ne s'agissait pas, en effet, d'une question de langue ou de religion, mais bien d'une question professionnelle de premier ordre et des plus importantes : l'établissement du status (sic) légal des gardes-malades diplômées et la classification des gardes-malades compétentes (anglaises ou françaises) dans la province.²⁰³

Toutefois, s'il était question dans les discussions préliminaires d'élever le niveau des petits hôpitaux, le libellé de l'article 2 de la loi de 1920 montre la volonté de l'AGMEPQ d'assurer un contrôle en règle de la formation infirmière afin de mettre à la disposition du public des gardes-malades compétentes et efficaces. Selon l'article 2 :

Les objets de l'association sont de créer un corps de gardes-malades possédant une formation et une compétence complètes pour soigner les malades; de procurer à celles qui possèdent cette formation et cette compétence des moyens de se faire connaître du public, ainsi que de favoriser l'efficacité, l'utilité et le bien-être des gardes-malades en général.²⁰⁴

Suite à la création de l'AGMEPQ, la formation infirmière sera de plus en plus dominée par les savoirs technico-scientifiques offerts par les écoles-hôpitaux.²⁰⁵ En effet, selon les articles 6 et 7 de la Loi d'incorporation, pour devenir membre de l'Association, il faut détenir un certificat d'une école de formation rattachée à un hôpital général de la province possédant au moins 50 lits et offrant un cours d'enseignement hospitalier systématique d'une durée d'au moins trois ans. Les gardes-malades possédant un certificat des écoles de formation associées à des hôpitaux spéciaux offrant un cours de deux ans, seront obligées d'acquérir un an de formation supplémentaire dans un hôpital général.²⁰⁶ Les efforts de la nouvelle association se concentrent principalement sur l'uniformisation des programmes de formation et l'enseignement infirmier au sein des hôpitaux, le contrôle des conditions d'exercice de la profession, l'encadrement des étudiantes et la garantie d'une scolarisation maximale chez les aspirantes.²⁰⁷

L'AGMEPQ s'appuie sur les savoirs scientifiques infirmiers pour promouvoir la professionnalisation. En complète rupture avec la tradition orale, elle crée des conditions propices à l'épanouissement de la profession qui prend sa source dans un nouveau corps de savoirs, directement branché sur la science moderne. L'AGMEPQ organise et s'approprie cette formation scientifique devenue synonyme de compétence et d'efficacité et, qui d'après les membres organisateurs, a fait défaut aux générations précédentes. Dès la première année suivant l'adoption de la loi des infirmières de 1920, « l'Association compte 782 membres. Les dirigeantes s'appliquent alors à faire respecter les normes d'admission, établissent un programme d'étude et nomment une visiteuse pour les écoles d'infirmières ». ²⁰⁸ À cette fin, elle inaugure un poste de visiteuse officielle qui a la charge d'inspecter toutes les écoles de formation de la province et de faire rapport :

L'inspection des écoles a pour but de constater la condition des écoles de gardes-malades pour ce qui est de tous les règlements qui les régissent, de se rendre compte si le programme d'études est conforme au programme approuvé par l'Association, de voir les méthodes et techniques employées dans l'enseignement pratique des divers départements. De s'assurer si les gardes-malades ont un confort raisonnable dans leur département – la méthode de procéder (La visitatrice doit informer la directrice de l'école du jour de la visite). La directrice par une lettre courtoise accusera réception de cet avis et souhaitera la bienvenue à la visitatrice pour le jour et l'heure indiqués. La directrice préparera toutes choses qui doivent être sujettes à l'inspection) – et les résultats (Établir des relations amicales avec une personne officiellement désignée pour s'occuper des écoles de gardes-malades; fournir à la directrice l'occasion de soumettre les problèmes de l'école; obtenir les renseignements nécessaires; offrir un stimulant à nos travaux; la classification des écoles).²⁰⁹

De plus, différents comités sont formés et sont chargés d'évaluer l'enseignement dans les écoles d'infirmières à travers leurs programmes de cours, leurs laboratoires et leurs bibliothèques. La pratique des gardes-malades enregistrées dans les hôpitaux (bien que peu nombreuses dans les premières années du XX^e siècle), en service privé, dans les soins à domicile, etc. sont également dans la mire de l'AGMEPQ qui veut s'assurer de la compétence des infirmières et de la protection du public. En ce qui a trait à ce dernier point, la protection du public, le docteur E.-P. Benoît mentionne en effet qu'avant la loi de 1920, « le public n'avait aucune garantie de la valeur professionnelle des gardes-malades ». ²¹⁰ L'adoption de cette loi cristallise cette nouvelle priorité du point de vue de la réglementation de la pratique :

[L'Association] dont peuvent faire partie toutes les gardes-malades diplômées des écoles reconnues ou affiliées, est la dépositaire du registre provincial; elle contrôle, dans une certaine mesure, l'enregistrement provincial des gardes-malades; elle établit des règlements de l'enregistrement et se porte garante vis-à-vis du public de la compétence des écoles de gardes-malades en reconnaissant officiellement ces écoles.²¹¹

L'établissement du registre provincial des gardes-malades « servait à protéger le public en mettant à sa disposition un registre où seule les gardes-malades formées dans

une école compétente étaient inscrites ». ²¹² On remarque que le public devient un élément important dans les discours courants sur les soins infirmiers. Selon le docteur E.-P. Benoît, l'intérêt du public domine tout : « l'enregistrement des corps professionnels, la réorganisation des établissements hospitaliers, le perfectionnement des écoles et des facultés, tout cela n'a qu'un but unique : assurer la protection du malade – c'est-à-dire du public – par les meilleurs soins et les meilleures méthodes ». ²¹³ La profession infirmière devient ainsi une promesse de soins de qualité par opposition à des soins traditionnels qui, avec les années étaient porteurs du soupçon de l'ignorance. ²¹⁴

Ainsi organisés, les discours sur le savoir infirmier promeuvent un savoir « vrai », scientifique et professionnel. Ce savoir est régularisé par l'institution de l'association qui fonctionne selon un jeu d'exclusives et de divulgation et détermine les formes de diffusion et de circulation du discours infirmier. « Qu'est-ce, après tout », questionne Foucault, « qu'un système d'enseignement, sinon une ritualisation de la parole; sinon une qualification et une fixation des rôles pour les sujets parlants; sinon la constitution d'un groupe doctrinal au moins diffus; sinon une distribution et une appropriation du discours avec ses pouvoirs et ses savoirs » ²¹⁵. Selon Foucault, ce sont de tels mécanismes de pouvoir/savoir qui contribuent à la raréfaction des discours alternatifs qui peuvent prétendre à la légitimité scientifique ou professionnelle. En s'appuyant sur le soutien que représente une institution telle que l'AGMEPQ, le discours sur le savoir scientifique infirmier trouve son fondement, sa rationalisation et sa justification dans les sciences médicales et administratives. Il tend à s'imposer comme le seul « vrai » discours en matière de pratiques et fonctions spécifiques. Les soins infirmiers s'engagent ainsi sur le chemin pour devenir ce que Foucault appelle « une discipline ». Les infirmières

entendent tabler sur l'apport scientifique, la compétence et l'efficacité que procure l'adhésion à ces sciences pour accroître leur pouvoir dans les sphères socioprofessionnelle, clinique et politique et être reconnues comme des professionnelles. Elles se présentent non pas comme une force répressive mais comme des protectrices de l'intérêt et des droits des patients s'assurant ainsi la confiance du public. Dès lors, il devient plus facile encore pour les infirmières de surveiller et de gérer les individus. Toutefois, suite à ces gains importants dans le champ des rapports de force, le pouvoir des infirmières suscite de la résistance auprès de certains médecins. En effet, Foucault souligne que « Là où il y a pouvoir, il y a résistance » et « toute action de pouvoir appelle, suscite, voire programme l'action qui est susceptible de lui résister ». ²¹⁶

7.5.1 La lutte des médecins pour le contrôle de la profession infirmière

En 1922, des amendements sont apportés à la loi des infirmières. La pétition pour faire amender la loi de 1920 provient de gardes-malades francophones de Montréal qui ont obtenu un diplôme de deux ans d'hôpitaux de moins de 50 lits et qui ne peuvent donc pas bénéficier de l'enregistrement. Elles exigent un assouplissement des critères d'admission à l'AGMEPQ. Des médecins de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal profitent de ces revendications pour exiger des changements à la loi et proposer les amendements de 1922. Les médecins disent vouloir s'assurer, et pour la profession médicale et pour le public, de la compétence des gardes-malades. Les objectifs de la Faculté de médecine seraient plutôt de ravoire le contrôle des cours de formation des infirmières et le rétablissement de son autorité en matière de collation des grades, privilège qu'elle a perdu depuis la loi d'incorporation des infirmières de 1920. En ce sens, les médecins élaborent un projet d'organisation de l'enseignement médical aux

gardes-malades qui revêt plusieurs formes. Tout d'abord, « l'approbation par la Faculté de médecine du programme d'étude établi dans chaque hôpital catholique de Montréal » et, ensuite, « la délivrance d'un diplôme de garde-malade par l'Université elle-même »²¹⁷. En mars 1922, la version amendée de la loi de 1920 est adoptée par la législature de la province de Québec. Les conditions d'admission sont moins exigeantes. L'âge minimum est abaissé à 21 ans (en 1920, l'âge minimum était 23 ans), les gardes-malades ayant suivi un cours de deux ans sont désormais admises comme membres, et la clause concernant le nombre minimum de lits dans les écoles-hôpitaux est éliminée. Il est dit dans la loi de 1922 que : « [...] les gardes-malades diplômées par une université de la province après avoir suivi un cours d'au moins deux ans dans une école reconnue par la Faculté de médecine de cette université (Université de Montréal) sont inscrites sans autre examen ».²¹⁸ Ainsi, le contrôle de la formation des infirmières échappe à l'AGMEPQ.

Dès le mois d'octobre 1923, l'AGMEPQ prend des dispositions pour faire amender la loi de 1922. Un comité formé de sœur Fafard et des Miss Samuel, Shaw, Barrer et Champagne, est chargé d'entrer en pourparler avec le comité d'éducation de l'Université de Montréal afin de souligner l'urgente nécessité d'organiser des sessions régulières d'examens et d'en faciliter les procédures. En 1925, l'AGMEPQ propose des modifications à la loi de 1922 dans le but avoué de garder le leadership au sein de l'organisation, reprendre le contrôle sur la formation des gardes-malades et donner la possibilité aux infirmières francophones de consolider leur place au sein de la profession. Les amendements sont obtenus au cours de l'année 1925 et la nouvelle loi prévoit la formation d'un bureau conjoint d'examineurs comprenant des médecins de la Faculté de médecine de chaque université de la province et de trois membres de l'AGMEPQ. Ce

bureau a pour mandat de faire subir les examens aux aspirantes ayant suivi leur formation dans les hôpitaux affiliés aux universités.²¹⁹ Le docteur E.-P. Benoît rappelle que :

L'examen dont nous faisons connaître le résultat a été tenu en vertu de la nouvelle loi des gardes-malades, sanctionnée par la législature de Québec, le 19 mars 1925. Cette loi oblige les gardes-malades diplômées de cette province à subir un examen pour obtenir l'enregistrement provincial. Cet examen est tenu d'une façon générale par l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec, mais la loi fait une exemption pour les gardes-malades diplômées d'une école affiliée à l'Université et reconnue par une faculté de médecine. Les gardes-malades diplômées d'une école reconnue ont le privilège de subir l'examen d'enregistrement devant un bureau mixte composé des professeurs de la faculté qui les reconnaît et des représentants de l'Association. Cet examen offre le double avantage de procurer à la garde-malade son enregistrement provincial et en plus un diplôme universitaire qui s'ajoute à son diplôme scolaire et crée en quelque sorte une élite parmi nos gardes-malades professionnelles.²²⁰

Certains médecins tentent cependant de limiter encore davantage les actions de l'AGMEPQ. En 1927, le Collège des médecins tient une réunion pour demander un amendement de la Loi médicale afin de réaffirmer leur contrôle sur le champ d'action des infirmières et sur les établissements de santé. Ce projet de loi stipule :

Pour établir un degré supérieur de gardes-malades dans la province, pour fixer la nature et l'étendue des connaissances requises, définir leurs devoirs, requérir leur enregistrement dans un registre tenu à cette fin, et fixer les conditions de cet enregistrement. Pour exercer un contrôle sous le rapport médical sur les hôpitaux privés, les maisons de santé, les dispensaires, cliniques, refuges et sur tout endroit où l'on reçoit des malades, requérir leur enregistrement dans un registre à cette fin, fixer les conditions de cet enregistrement et exiger que ces établissements ne puissent fonctionner que sous la direction d'un ou de plusieurs membres du Collège dont les noms seront soumis aux officiers du Bureau provincial de Médecine.²²¹

La motion pour ces amendements à la loi médicale est adoptée par tous les gouverneurs du Bureau médical. Le but de ce projet de loi, selon certains commentaires de médecins publiés dans le journal *L'Action Médicale*, est de permettre au Collège des médecins « offensé » par la loi des infirmières de 1920 de l'AGMEPQ, de reconquérir les

droits des médecins et de garder les garde-malades sous le contrôle du Collège et sous leur juridiction.²²² Dans *l'Action Médicale*, on peut lire :

La profession médicale doit savoir que le bureau de 1920 a laissé les garde-malades s'incorporer sans protestation. Pourquoi? Nous avons le droit de demander à nos ex-dirigeants les motifs qui peuvent justifier cette dilapidation de nos prérogatives. Nous prenons la liberté de demander à ce groupe de messieurs très distingués et officieux, pourquoi ils ont défendu de leur temps, argent, influence, l'amendement capable de donner au Collège une parcelle des droits que nous avons et que nous avons cédés par insouciance ou par amitié à ces infirmières que nous formons et sur lesquelles nous n'avons aucune juridiction?²²³

L'AGMEPQ ne tarde pas à dénoncer ce projet de loi. Elle stipule que l'Association a les compétences nécessaires pour déterminer les conditions d'admission des garde-malades à l'étude et à l'exercice de la profession, à fixer la nature et l'étendue des connaissances requises ainsi que le devoir des garde-malades. Des luttes intestines semblent régner entre les médecins car la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal dénonce les amendements proposés par le Collège des Médecins et chirurgiens de la province de Québec. Dans une lettre adressée au premier Ministre de l'époque, l'honorable Louis-Alexandre Taschereau, la Faculté de Médecine par l'entremise du Doyen de l'Université de Montréal soutient que la Loi de 1920 satisfait le corps professionnel des garde-malades, les écoles d'hôpitaux et les universités. Elle conclut que les garde-malades ont droit à la régie interne de leur profession et que la loi de 1920 des infirmières se trouverait amoindrie par une organisation similaire et parallèle créée par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.²²⁴ Suite aux amendements à la loi médicale proposés par le Collège des médecins des lettres de protestation sont également adressées au premier Ministre Taschereau par Monseigneur Gauthier de l'Archevêché de Montréal et par Mère Dugas, Supérieure des Sœurs Grises

de Montréal, qui s'inquiètent de l'ingérence des médecins dans les affaires de l'AGMEPQ. Selon Monseigneur Gauthier, le projet de loi du Collège des médecins et chirurgiens de Montréal « nuirait aux études sérieuses des gardes-malades, nuirait à l'excellente influence que la Faculté de médecine exerce sur les études des gardes-malades, nuirait au prestige et à l'œuvre générale de notre Université de Montréal ». ²²⁵ La Supérieure des Sœurs Grises quant à elle se dit en accord avec la requête de l'Université de Montréal. Elle souligne que le projet de loi du Collège des Médecins « nuira aux écoles de gardes-malades et au recrutement des élèves » et assure que « les religieuses et gardes-malades recevront avec grande déférence toutes les suggestions qui leur viendront de la profession médicale ». ²²⁶ Au mois de juillet 1927, un projet de loi modifié du Collège des médecins est adopté. *L'Action Médicale* publie dans ses colonnes la loi telle que sanctionnée par la législature. Les velléités formulées par le Collège des médecins au sujet des gardes-malades sont supprimées et remplacées par un article qui recommande aux universités auxquelles des hôpitaux sont affiliés de désigner deux gardes-malades devant faire partie de l'AGMEPQ. Ceci leur permet ainsi de maintenir un certain droit de regard sur les activités de l'Association. ²²⁷

Ce conflit entre médecins et infirmières est intéressant car il montre la lutte pour le pouvoir et le monopole scientifique que les médecins dès cette époque veulent détenir dans le champ de la santé. Par l'AGMEPQ qui régit différentes composantes de la profession (enseignement, enregistrement, reconnaissance légale, etc.), les infirmières tentent de délimiter un espace structuré et hiérarchisé qui leur est propre. Cet espace rappelle ce que le sociologue Pierre Bourdieu identifie comme un champ social. Selon Bourdieu, le champ social est défini par des enjeux et des intérêts spécifiques et implique

la détention ou la constitution d'un capital propre. Pour les infirmières, ce capital désigne un capital scientifique. Or, Bourdieu définit le champ scientifique comme suit:

[Un] système de relations objectives entre les positions acquises (dans les luttes antérieures) est le lieu (c'est-à-dire l'espace de jeu) d'une lutte de concurrence qui a pour enjeu spécifique le monopole de l'autorité scientifique inséparablement définie comme capacité technique et comme pouvoir social, ou si l'on préfère, le monopole de la compétence scientifique, entendue au sens de capacité de parler et d'agir légitimement (c'est-à-dire de manière autorisée et avec autorité) en matière de science, qui est socialement reconnue à un agent déterminé.²²⁸

Le champ social bourdieusien est un espace dynamique où il faut lutter pour occuper et garder les positions dominantes, transformer les positions dominées en positions dominantes, faire reconnaître ses positions et stabiliser celles qui sont instables. Bourdieu souligne que ces luttes participent à l'évolution du champ.²²⁹ L'exemple de la profession infirmière face au champ médical illustre les caractéristiques de cette notion dans la mesure où les infirmières délimitent un champ social déployé autour d'un nouveau capital scientifique.

Toutefois, bien qu'elles soient en faveur de la reconnaissance légale de la profession, les religieuses reconnaissent que le savoir infirmier fondé sur la science médicale amoindrit l'influence des communautés religieuses au sein de la profession et donne aux gardes-malades laïques un grand pouvoir sur les destinées de celle-ci :

Les progrès de la science médicale ont été très marqués depuis 15 ans [...]. Les gardes-malades d'aujourd'hui, fortes de l'appui de leurs associations profitent de cette situation pour exiger de leurs maîtresses, des connaissances approfondies du soin des malades, et l'éducation non moins élevée que celle qui est exigée des gardes-malades par les bureaux des examens universitaires. [...]. Nous sommes chez nous [mais] nous le sommes pas partout, ces demoiselles sont assez puissantes par l'influence considérable qu'elles exercent sur notre population de gardes-malades, et par ces dernières sur les autorités publiques.²³⁰

Pourtant, si certains médecins et religieuses de la province de Québec se déclarent satisfaits de la formation des infirmières, au niveau national, l'Association des Infirmières Canadiennes (AIC) émet des doutes quand à la formation des gardes-malades dans les hôpitaux de l'ensemble du pays étant donné la propension de ces écoles à favoriser une main d'œuvre économique et peu qualifiée.²³¹ L'AIC propose la tenue d'une enquête nationale afin d'évaluer les normes de formation, les programmes de cours et la qualité des services fournis par les étudiantes infirmières dans les milieux de soins.

7.6 Le Rapport Weir

En 1927, préoccupés par la formation qui se donne dans les écoles d'hôpitaux à travers le Canada, les responsables de l'Association des Infirmières du Canada et de l'Association Médicale Canadienne décident de lancer une enquête sur la formation des infirmières canadiennes. L'enquête débute en novembre 1929 et le professeur George M. Weir, chef du département d'éducation de la University of British Columbia, est mandaté pour étudier tous les aspects de la profession et de la formation infirmières.²³² L'enquête est menée de 1929 à 1931 et des données sont recueillies dans 65 pour cent des écoles-hôpitaux à travers tout le Canada. À l'instar du Goldmark Report²³³ publié quelques années plus tôt aux États-Unis, le *Survey of Nursing Education in Canada*, connu sous le nom du Rapport Weir et dont les résultats sont diffusés en 1932, trace un portrait peu rassurant des écoles d'infirmières du Canada. Dans le rapport, George Weir souligne :

L'Église, au cours des premiers siècles de l'ère chrétienne et au Moyen âge, a exercé une forte influence sur toutes les manifestations de la vie professionnelle. La loi et la médecine se sont dégagées d'un pareil contrôle. Il n'en est pas ainsi de la profession des institutrices, ni de celle des gardes-malades. Dans plusieurs centres du Canada, un groupe important de garde-malades professionnelles suit les traditions ecclésiastiques [...] au point de vue spirituel cet état ne peut être des plus désirables [...]. Cependant, il n'en reste pas moins que cette tradition, qui

date du temps des missionnaires dans ce pays [...] a exercé et exerce encore au point de vue économique une influence qui peut être considérée comme quelque peu préjudiciable à l'évolution de la profession infirmière.²³⁴

Le professeur Weir constate qu'en dépit du fait que, pour la période allant de 1913 à 1930, les écoles d'infirmières en milieu hospitalier se sont multipliées par sept, aucune d'entre elles ne fournissent un enseignement adéquat visant la formation d'infirmières parfaitement qualifiées tant au niveau théorique que dans le domaine pratique qui les préparerait à répondre à toutes les tâches qu'elles sont appelées à remplir après avoir quitté l'école. Il souligne :

L'une des causes principales de l'impasse dans laquelle se trouve, au Canada, la profession d'infirmière du point de vue économique et pédagogique, est que, dans les diverses provinces, cette profession s'est développée sans coordination quant aux buts à atteindre et sans compréhension des besoins sanitaires et des intérêts économiques de la société. [...]. Si la profession d'infirmière a tenu de moins en moins compte des problèmes du public, c'est surtout parce qu'elle n'était pas en possession des moyens scientifiques coordonnés d'analyser et de déterminer ses besoins.²³⁵

Les prises de position du professeur Weir portent clairement sur l'importance de la formation scientifique des infirmières et leur rôle dans l'accomplissement des politiques sanitaires et économiques. La religion ne suffit plus; la science devient un indispensable pour la création d'une formation professionnelle et la réalisation du plein potentiel des infirmières.

De façon générale, les problèmes sur lesquels a porté l'enquête tiennent compte des aspects pédagogiques, économiques, scientifiques et sociologiques de l'éducation infirmière. Le professeur Weir, dans son rapport, fait un certain nombre de recommandations afin d'améliorer les programmes de formation et les conditions de travail des étudiantes et des infirmières dans les hôpitaux. Entre autres, il plaide en faveur

de la création d'écoles de formation d'infirmières indépendantes des hôpitaux financées par l'État et devant faire partie intégrante du système d'enseignement général. Il réclame également l'établissement d'un niveau uniforme d'enseignement dans toutes les écoles d'infirmières au Canada et suggère la mise en place d'un conseil des infirmières qui aurait pour charge de surveiller la formation des infirmières et de procéder à des recherches sur l'état du nursing au Canada.²³⁶ Signalons que depuis 1914, certaines de ces recommandations avaient déjà été formulées par le Special Committee in Nursing Education, dirigé par le professeur Robert A. Falconer, président de l'Université de Toronto, qui avait demandé une scission entre les écoles de formation infirmière et les hôpitaux.²³⁷

Suite à la publication des résultats de l'enquête Weir, et bien que la majorité des écoles demeurent sous la direction des religieuses, des mesures sont prises par les infirmières au sein des associations tant provinciales que nationale afin d'implanter, dans les écoles d'hôpitaux, certaines des recommandations du rapport. S'appuyant sur les conclusions de ce dernier, l'AGMEPQ « a doublé ses efforts, non plus pour assurer une formation adéquate, mais une excellente formation ».²³⁸ Elle met en œuvre de nombreux moyens pour assurer des normes de formation scientifique afin de permettre aux infirmières d'acquérir la compétence nécessaire pour exercer leur profession. Des comités sont formés pour la refonte des programmes et curriculums de cours, la standardisation de l'enseignement dans les écoles d'infirmières, l'amélioration des conditions de vie et des heures de travail des étudiantes et des infirmières et la création de programmes universitaires. L'AGMEPQ renforce le rôle de la visiteuse officielle qui est chargée de soumettre des rapports concrets sur le fonctionnement des écoles d'infirmières de la

province. De plus, se basant particulièrement sur la recommandation du Rapport Weir réclamant une législation qui garantirait que seules les personnes qualifiées peuvent pratiquer la profession, l'AGMEPQ, en 1944, dépose par devant la législature de Québec un projet de loi à cet effet et propose de transformer l'association en corporation professionnelle avec exercice exclusif. La position de l'AGMEPQ comme représentante officielle des infirmières, qui composent la plus grande proportion de professionnelles de la santé, lui assure une bonne marge de manœuvre lorsqu'il s'agit de revendiquer l'organisation et l'élaboration de normes professionnelles. Le 31 décembre 1946, la loi est adoptée et l'AGMEPQ change de nom et devient l'Association des infirmières de la province de Québec (AIPQ). Désormais, « seules peuvent exercer la profession les personnes qui sont accréditées par l'Association des Infirmières de la Province de Québec ». ²³⁹

7.7 La formation supérieure des infirmières : l'Institut Marguerite d'Youville

Les premiers jalons pour une formation supérieure des infirmières francophones dans la province de Québec sont posés dès l'année 1923 à Montréal. ²⁴⁰ Bien que le souci d'améliorer la formation des infirmières doive se situer au niveau des hôpitaux, pour les Sœurs Grises l'éducation complète de celles-ci réclame également une formation supérieure. Ces religieuses inaugurent alors à l'Université de Montréal et sous la direction des sœurs Fafard et Duckett, des cours d'été de perfectionnement en sciences hospitalières et diététiques, en enseignement et en administration. Ces cours destinés aux directrices et aux enseignantes des écoles d'infirmières de langue française avaient pour but de former, par des sessions intensives, des dirigeantes pour le service institutionnel, la

direction des écoles de gardes-malades et pour la profession en général. Il s'agissait pour ces futures directrices de s'approvisionner en connaissances nouvelles et scientifiques.²⁴¹

C'est en 1934, après la publication du Rapport Weir et les recommandations concernant la création de divers types de formation, que les Sœurs Grises décident, avec la contribution de l'Université de Montréal, de débiter un programme d'études supérieures pour les infirmières francophones. Ainsi est créé l'Institut Marguerite d'Youville, école supérieure de formation professionnelle pour infirmières.²⁴² Dans les premières années, le but de l'institut est de donner conformément aux principes catholiques un enseignement supérieur adapté aux conditions de l'époque.²⁴³ Par la suite, certaines modifications sont apportées dans les énoncés de l'institut. En 1964, les responsables disent vouloir fournir un enseignement fondé sur les principes de la doctrine sociale et se donnent pour fin principale « le perfectionnement professionnel des infirmières destinées à la direction des hôpitaux, à la direction et à l'enseignement dans les écoles d'infirmières ». ²⁴⁴ L'institut entend également assurer :

la préparation d'infirmières capables de pratiquer le nursing à un niveau professionnel; il offre pour cela une formation de base à la fois scientifique, technique et culturelle, un début de spécialisation dans les soins infirmiers, l'administration en nursing et l'enseignement aux infirmières, ainsi qu'une initiation à la recherche en nursing.²⁴⁵

Dans le cadre de la formation supérieure, les Sœurs Grises insistent sur le fait qu'elles fournissent un enseignement professionnel aux infirmières graduées. En effet, selon sœur Thérèse Castonguay professeure à l'Institut, ce projet novateur et ambitieux était prometteur « *de plus de science, de lumière et de compétence* »²⁴⁶ (italiques dans le texte original) dans les milieux hospitaliers et auprès des malades. Avec les nouvelles connaissances et les programmes d'éducation adaptés aux responsabilités de l'infirmière dans l'équipe de soins que propose l'Institut, l'infirmière est appelée :

à observer les malades, interpréter les symptômes dans son champ de connaissance, conférer avec les médecins, établir des plans de soins, évaluer ces soins, [...], planifier des programmes de prévention, organiser un hôpital ou une clinique [et] enseigner ces nouvelles stratégies.²⁴⁷

C'est ainsi, rapporte Sœur Thérèse Castonguay, que l'Institut Marguerite d'Youville contribue à l'acquisition du statut professionnel des infirmières. En plus, l'éducation professionnelle donnée par l'Institut poursuit un double objectif : le développement professionnel de l'infirmière et la préparation au rôle spécifique qu'elle aura à remplir. La préparation professionnelle offerte par l'Institut entendait développer chez les infirmières un esprit ouvert au progrès et soucieux de suivre l'évolution de la profession; leur permettre de comprendre l'influence exercée sur le nursing par le développement des sciences médicales, psychologiques et sociales et leur inculquer les notions les plus récentes de la science et de l'art du nursing.²⁴⁸ Néanmoins, il est souvent difficile de distinguer une ligne de démarcation nette entre ces deux dernières conceptions puisque les sœurs soutiennent que le nursing en tant que science est « basé en particulier sur les principes des sciences physiques, biologiques et humaines » et en tant qu'art, il est « pratiqué dans une ambiance scientifique et humanitaire ».²⁴⁹ Une ligne ténue et ambiguë persiste car quelle que soit la manière de l'envisager, l'élément scientifique semble être prédominant.

L'Institut Marguerite d'Youville offre une palette variée de programmes de cours. L'enseignement scientifique inclut d'une part, des cours de sociologie, de morale médicale, d'hygiène mentale et publique pour ne citer que ceux-là et, d'autre part, des stages dans les hôpitaux et autres agences de santé. Des cours de culture générale (ex : chimie, physique, apologétique) font également partie du cursus de formation. Ils visent « à apprendre à l'étudiante à dominer par l'esprit toutes les tâches professionnelles et à

concevoir la participation à la vie sociale comme un idéal hautement humanitaire ».²⁵⁰ Des cours spéciaux et extra-muraux ont été ajoutés au fil des ans afin de permettre aux étudiantes d'élargir leur cadre de pratique. L'enseignement est dispensé par le recteur et les médecins de la Faculté de Médecine, les religieuses, la directrice de l'Institut et la directrice des études, et quelques prêtres sont chargés de l'enseignement de la philosophie et de l'apologétique.²⁵¹ Fréquenté majoritairement par les religieuses à ces débuts, l'Institut Marguerite d'Youville recevra par la suite des étudiantes venant de plusieurs écoles de la province de Québec, mais aussi d'autres pays de langue française (Belgique, Togo, Haïti, Suisse, etc.) et voulant parfaire leurs connaissances en administration hospitalière ou en diététique ou pour obtenir un baccalauréat en sciences infirmières ou en sciences de l'éducation.²⁵² Les cours supérieurs offerts par l'Institut Marguerite d'Youville ont adopté les nouvelles théories et technologies de soins. En fait, par cette formation supérieure, les Sœurs Grises entendaient doter le nursing d'un ensemble de savoirs propres.²⁵³

En 1935, l'Institut Marguerite d'Youville est annexé à l'Université de Montréal et un an plus tard, en 1936, les sœurs demandent et obtiennent l'affiliation à cette même université. En étant déjà des infirmières enregistrées, les étudiantes de l'Institut ne sont pas soumises aux règlements disciplinaires comme c'était le cas des élèves de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Les conditions d'admission en place visent à augmenter et bonifier les compétences des étudiantes par des diplômes d'infirmières ou de programmes connexes pour celles désirant obtenir des certificats. Pour le programme de baccalauréat en sciences infirmières, des diplômes d'études secondaires sont exigés.²⁵⁴ L'Institut Marguerite d'Youville est la seule école de formation supérieure francophone

dans la province de Québec. Il connaîtra une grande expansion au cours des années. En 1956, on dénombre depuis le début de l'Institut 4 408 inscriptions. D'ailleurs, fortes de cette popularité et voulant assurer le contrôle de la formation supérieure au Québec, les Sœurs Grises adressent une requête au recteur de l'Université de Montréal, Monseigneur Irénée Lussier, lui demandant à ce que l'Institut soit reconnu comme l'École supérieure de nursing de l'Université de Montréal. Le recteur leur répond clairement que :

L'Université veut une école supérieure de nursing dans cette "unité universitaire", c'est-à-dire, au sein même de l'université, qui se réserverait l'enseignement au niveau de la maîtrise et du doctorat. Pour ce qui est du baccalauréat, [...] même si l'Institut a l'enseignement à ce niveau, l'Université se doit d'ouvrir ses portes à un certain nombre de jeunes filles qui, pour des raisons psychologiques ou autres, disent en avoir assez des religieuses... un bon nombre de filles ne veulent pas être sous la tutelle des religieuses; que les laïques se plaignent de ne pouvoir accéder à des postes de commande parce qu'ils sont remplis par des religieuses et que ceci cause beaucoup de tension.²⁵⁵

Les religieuses sont ainsi freinées dans leur élan d'expansion. Devenir l'école de nursing de l'Université de Montréal ne sera d'ailleurs jamais une réalité puisque sous les recommandations de la Faculté de médecine, une Faculté de nursing est créée en 1962 par le Conseil des Gouverneurs de l'Université de Montréal et l'Institut Marguerite d'Youville y sera intégré en 1967 mais perdra son nom et son autonomie.²⁵⁶

Ainsi, que ce soit dans le cadre de la formation de base dans les écoles d'hôpitaux ou au niveau de la formation supérieure à l'École d'hygiène et à l'Institut Marguerite d'Youville, les infirmières font valoir leur savoir scientifique. Selon Foucault, tous les:

rules, systems, procedures [...] constitute, and are constituted by our "will to knowledge". These rules, systems and procedures comprise a discrete realm of discursive practices [...] in which knowledge is formed and produced [...]. The effect of discursive practices is to make it virtually impossible to think outside of them; to be outside of them. Discursive rules are strongly linked to the exercise of power.²⁵⁷

Dans les années 1960, portée par la vague des transformations politiques, sociales et économiques qui secouent la province de Québec, la formation des infirmières connaît de nombreux remaniements. Des modes de formation et d'enseignement jusque-là inusités sont institués, permettant ainsi aux infirmières d'exercer leur profession selon les nouvelles normes établies.

7.8 La formation infirmière à l'aube des années 1960

Au Québec, c'est surtout au cours des années 1960-1970 que l'État affirme son rôle social particulièrement dans les champs de l'éducation et de la santé. La Révolution tranquille – expression qui désigne des réformes rapides et des chambardements au niveau des structures sociales et étatiques survenus dans les années 1960 au Québec²⁵⁸ – marque l'adoption des principes de l'État-providence au Québec. Cependant, il convient de signaler que les origines des fonctions protectrices de l'État remontent au XVI^e siècle en Grande-Bretagne. À cette époque, les lois en faveur des pauvres, appelées à remplacer les pratiques charitables de l'Église, admettent la nécessité d'une prise en charge de la fraction indigente de la population par la collectivité.²⁵⁹ Par la suite, la notion de solidarité émerge en France à la fin du XIX^e siècle comme une réponse à la « question sociale »²⁶⁰ et se présente comme une pièce cardinale visant à la fois à repenser le lien social et le rôle de l'État vis-à-vis de la société. Le solidarisme s'appuie sur la nécessité d'une action réparatrice de l'État pour maintenir les individus dans un état durable de prospérité et de sécurité. D'ailleurs, selon Jacques Donzelot, l'émergence de l'État-providence en France est liée à la cristallisation de la solidarité.²⁶¹ Pour l'historien François-Xavier Merrien, dans la plupart des pays occidentaux, la réalisation de l'État-providence commence dès la période 1870-1935 où le mouvement en faveur des

assurances sociales des ouvriers constitue un nouveau départ dans les transformations de la question sociale. Il ne s'agit plus de population sans lien social (pauvres, miséreux et indigents), mais d'une population inscrite dans une société du travail qui prend naissance avec la révolution industrielle. Par la suite, dans les années 1930 et jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale s'amorce la forme keynésienne de l'État-providence. À ce moment, l'État étend ses actions dans les domaines économiques et sociaux assurant la sécurité sociale des citoyens et prenant en charge les risques sociaux toujours plus nombreux.²⁶² Le Rapport Beveridge (1942) en Grande-Bretagne est souvent désigné comme le premier document traduisant les grands principes de l'État-providence moderne, qui inspire les gouvernements occidentaux à élaborer des réformes visant le bien-être de la population.²⁶³ Au regard de ce système, les gouvernements fédéral et provinciaux du Canada instaurent des programmes et des législations qui accroissent les champs d'intervention de l'État particulièrement dans les domaines de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de l'économie.²⁶⁴ Dans les années 1940, l'instauration de l'État-providence au Canada permet l'élaboration de programmes gouvernementaux qui entendent fournir à la population des services visant à assurer leur bien-être et à cette fin de répondre à leurs besoins en matière de maladie, de pauvreté, de chômage, de soutien à l'enfance et d'aide aux personnes âgées. Les programmes mis en place visent la réduction des inégalités, l'expansion de la liberté, la promotion de la fraternité et de la solidarité et l'expression de l'action humanitaire. De ce fait, l'État s'implique davantage au niveau social, économique et culturel et entreprend d'actualiser l'appareil gouvernemental par la création de nouveaux ministères.²⁶⁵ Ces réformes entendent

moderniser l'État et la société et annoncent du même coup une nouvelle rationalité de gouverner les individus.

D'après l'historien Louis LeBel, les économistes formés selon les théories de John M. Keynes prônant une forte intervention de l'État dans les milieux économiques et sociaux ont largement encouragé les gouvernements de plusieurs pays occidentaux à appliquer les grands principes de l'État-providence. La théorie keynésienne préconise l'intervention de l'État pour réguler l'économie au moyen de l'investissement privé ou public tout en encourageant la consommation par la redistribution des revenus. Avec la théorie de Keynes, l'État est reconnu explicitement comme un agent économique spécifique et légitime. Il intervient de façon ponctuelle ou indirecte comme instance de rationalisation et de contrôle social ou politique, mais aussi de façon permanente en tant que partenaire ou investisseur. L'idéal est de libérer l'homme du besoin.²⁶⁶ Pour sa part, Foucault analyse l'État comme une « technique de gouvernement » où les actions, les pratiques constituent la matérialité tangible de l'État. Foucault n'envisage donc pas l'État comme un « universel politique » dont il faudrait analyser la nature, la structure et les fonctions. Il ne s'agit pas non plus pour Foucault d'attribuer à l'État une unité, une fonctionnalité ou individualité et encore moins de le considérer comme un acteur autonome ou un agrégat de résultantes. Il définit l'État de cette façon :

Le problème de l'étatisation est au cœur même des questions que j'ai essayé de poser [...]. L'État n'a pas d'essence. L'État ce n'est pas un universel, l'État ce n'est en lui-même une source autonome de pouvoir. L'État ce n'est rien d'autre que l'effet, le profil, la découpe mobile d'une perpétuelle étatisation, ou de perpétuelles étatisations, de transactions incessantes qui modifient, qui déplacent, qui bouleversent, qui font glisser insidieusement, peu importe, les sources de financement, les modalités d'investissement, les centres de décision, les formes et les types de contrôles, les rapports entre les pouvoirs locaux, autorité centrale, etc.

l'état ce n'est rien d'autre que l'effet mobile d'un régime de gouvernementalités multiples.²⁶⁷

L'approche de Foucault renvoie alors à une approche matérielle des pratiques et des actes étatiques par lesquels s'opérationnalise le gouvernement des sujets et des populations.²⁶⁸ Dans la même veine, le philosophe François Ewald attribue l'avènement de l'État-providence à l'instauration des politiques de la prévoyance (assurance sociale, assurance accident de travail, etc.). Celles-ci fondent l'organisation des rapports sociaux sur une objectivation de la société et représente une forme renouvelée de la gouvernementalité au sein de ce système. Avec la prépondérance des régimes d'assurance, il ne s'agit plus de l'individu ou de la masse, mais de la moyenne. On assiste alors à une « disqualification des politiques de moralisation » au profit d'une politique assurantielle.²⁶⁹ Adoptant lui aussi une perspective foucauldienne, le philosophe Mitchell Dean soutient que l'État-providence et les mécanismes d'assurance sociale qui le définissent se développent comme une technique de gouvernement qui s'articule autour du risque et de sa gestion. Il indique:

Social government, in the form of keynesian techniques of the welfare state and mechanisms of social insurance, develops as a form of the government of the the state in which a feedback loop is established between social processes (metting the need and managing the risks of citizens within industrial society) and economic processes (levels of aggregate demand affecting the inverse variations of unemployment and inflation). The social articulates the elements of sovereignty and government by trying to constitute a form of citizenship that is adequate to a democratized sovereignty and a state pastorate that governs the risks of an industrial market economy of unemployment, of poverty and of inequality ». ²⁷⁰

C'est cette articulation qui traduit, selon le sociologue Jacques Donzelot, l'attrait de l'État pour le keynésianisme et qui facilite les tactiques de gouvernement. Donzelot explique dans un premier temps que la théorie de Keynes dans son principe premier

n'établit aucune subordination entre le social et l'économique; au contraire, elle favorise une conjonction efficace entre les deux. Deuxièmement, cette théorie permet de lire les tendances de la vie économique et sociale et d'en prévenir les crises, ce qui rend la société mieux gouvernable. Par ces principes, il s'agit pour l'État de se présenter comme étant responsable du progrès social et de libérer les moyens nécessaires pour assurer la promotion sociale et éradiquer les sources du mal, de la misère et de l'oppression qui l'empêchent de correspondre à son idéal. Avec l'État-Providence, l'État dispose désormais de moyens pour assurer le progrès social dont il est le garant et de gouverner la société par la manipulation des variables sociales et économiques.²⁷¹ L'extension des procédés sociopolitiques et économiques de l'État-providence conduit ainsi au biopouvoir (pouvoir sur la vie des individus) qui permet d'envisager des mécanismes régulateurs afin de maintenir l'équilibre social. L'intérêt pour l'État d'élaborer des interventions sur l'existence collective au nom de la vie et de la santé (contrôle de l'hygiène publique, des conditions de vie et de logement, etc.) permet d'avoir un contrôle sur la population. La mise en place de modes de subjectivation dans lesquels des individus sont incités à travailler sur eux-mêmes et à se maintenir dans un état de santé optimum afin qu'ils soient productifs garantit le fonctionnement normal de la vie économique et sociale. Le travail des institutions disciplinaires, qui consiste à observer, segmenter et orienter l'activité des corps individuels, est maintenant relié à une normalité qui s'étend à l'ensemble du corps social et fixe les nouvelles modalités du bien-être collectif. La production de discours de vérité sur l'homme en tant qu'espèce par un ensemble d'experts considérés comme compétents pour formuler cette vérité suscite alors un rapport plus étroit entre gouvernement des individus et expertise.²⁷² En ce sens, le

recours aux savoirs d'experts qui visent à rendre les interventions auprès de la population efficaces et effectives s'avère nécessaire. À cet effet, Nikolas Rose note qu'au sein de l'État providence l'autorité des experts revêt une importance considérable dans les efforts pour atteindre le bien-être de la population et contrer les effets néfastes de l'urbanisation, de l'industrialisation et du travail salarié. Selon Rose,

The truth claims of expertise were highly significant here: through the powers of truth, distant events and persons could be governed "at arms length": political rule would not itself set out the norms of individual conduct, but would install and empower a variety of "professionals" who would, investing them with authority to act as experts in the devices of social rule. [...]. In the name of social and personal well-being, a complex apparatus of health and therapeutics has been assembled, concerned with the management of the individual and social body as a vital national resource, and the management of "problems of living", made up of techniques of advice and guidance, medics, clinics, guides and counsellors.²⁷³

Ces experts exercent une grande influence sur les lois, les décisions politiques et façonnent à la fois la façon de penser des individus et de la société.²⁷⁴ Ils se présentent comme étant les protecteurs des intérêts et des droits de la population. À titre d'exemple, les médecins et autres spécialistes de la santé tels que les infirmières ont acquis le pouvoir de déterminer quels soins de santé devaient être fournis aux individus et à la société en général. Le philosophe Ivan Illich nomme ces professions des : « dominant, established or disabling professions ».²⁷⁵ Il soutient que les professionnels:

tell you what you need. They claim the power to prescribe. They not only advertise what is good, but order what is right. Neither high income nor long training nor delicate tasks nor social standing is the mark of the professional, but it is his power to determine what shall be needed by his client.²⁷⁶

Élaborant des dispositifs complexes, des normes et des règlements, les professionnels par leur savoir et leur pouvoir entendent transformer l'État-providence en

un système qui assure le contrôle des événements, l'administration et la gestion des risques (développement des techniques assurantielles, mutualisation, invention de la solidarité, protection du marché du travail, protection des postes de travail, etc.) des populations en tenant compte des normes sociales. En réalité, le risque est une notion capitale au sein de l'État-providence qui l'emploie comme un outil majeur pour organiser la protection sociale. Le risque façonne notre relation contemporaine au monde et aux autres. Sa prolifération et ses multiples usages sociaux recomposent la forme des inégalités sociales, redéfinissent les normes sociales et inspirent les politiques publiques. Les mécanismes de sécurisation des populations et de gestion des risques contribuent à la mutation des technologies du pouvoir des sociétés modernes et représentent des instruments techniques de la gouvernamentalité.²⁷⁷ À l'aune de cette perspective, la transformation des risques individuels en un système de sécurité collective fait appel à une rationalité qui se fonde sur le savoir/pouvoir qui prend en considération la vie de la société dans son ensemble. Par cette bio-politique, la responsabilité collective devient un enjeu politique et social. C'est dans ce sens que Martin Hewitt maintient: « welfare is placed firmly within the biopolitical sphere with its accompanying regulatory and normalising mechanisms for preserving the social whole. One of the important features of modern society is the role played by welfare as a mode of power/knowledge in forming the social ». ²⁷⁸

Au Québec, avec l'épanouissement de l'État-providence, la société se laïcise: l'Église catholique n'occupe plus qu'un rôle secondaire, elle n'a plus d'influence sur les mentalités et elle perd également son emprise sur l'éducation et les services sociaux. Désormais, il revient à l'État de veiller à la sécurité économique et sociale de ses

citoyens. Dans le domaine de la santé, l'État prend le contrôle des institutions de santé et instaure des programmes d'assurance-hospitalisation (1961) et d'assurance-maladie (1970). L'État place l'éducation comme un domaine prioritaire et entend lui faire occuper une position centrale dans la modernisation du Québec et devenir un outil d'émancipation pour la population canadienne-française dorénavant identifiée comme la population québécoise. Les institutions scolaires qui, pour une large part, relevaient des communautés religieuses sont désormais sous le contrôle de l'État. Ce dernier instaure la laïcisation des écoles, la gratuité scolaire, la hausse du niveau d'éducation de la population et d'autres mesures (ex : création d'universités et de nouveaux cours universitaires) visant à favoriser et à garantir des études post-secondaires de qualité.²⁷⁹ Les différentes commissions d'enquête mises en place par les gouvernements fédéral et provincial – comme nous allons le voir dans la prochaine section – préconisent l'adoption et la planification de nouvelles politiques qui installent le Québec au cœur du système de l'État-providence ce qui entraîne des répercussions majeures sur les systèmes de santé et d'éducation et par ricochet sur la formation des infirmières.

7.8.1 Les commissions d'enquête

En avril 1961, le gouvernement du Québec institue la Commission royale d'enquête sur l'enseignement. Les travaux de cette commission aboutissent à la publication entre 1963 et 1966, du Rapport Parent, du nom de son président Monseigneur Alphonse-Marie Parent. Ce rapport soumet de nombreuses recommandations pour développer le système scolaire au Québec. Les commissaires réclament la création d'un ministère de l'Éducation, d'un Conseil supérieur de l'éducation, de commissions scolaires régionales, et pour les études post-secondaires des Collèges d'enseignement général et

professionnel (Cégeps) et des universités.²⁸⁰ Dès lors, le système scolaire voit ses structures se modifier radicalement. Les collèges classiques sous la direction des ordres religieux sont remplacés par les écoles secondaires dites « polyvalentes » – au Québec école secondaire où sont dispensés à la fois l'enseignement général et l'enseignement professionnel – et les cégeps. Par la même occasion, les recommandations touchent la formation des infirmières. Les écoles d'infirmières dans les hôpitaux sont transférées dans les cégeps et les universités et ces dernières prennent de plus en plus de place dans la formation des infirmières. Quelques mois plus tard, en juin 1961, au niveau fédéral, le gouvernement du Canada met en place la Commission royale d'enquête sur les services de santé, aussi connue sous le nom de Commission Hall, dans le but d'enquêter sur les services sanitaires existants, inventorier les ressources disponibles et identifier les besoins en soins de santé de la population canadienne. Les deux rapports de la Commission Hall sont publiés en 1964, et tout comme l'avait fait la Commission Weir en 1932, ils démontrent des insuffisances notoires dans la formation infirmière. La Commission propose de nombreuses recommandations qui touchent directement la formation et la pratique des infirmières dont les principales sont : la formation d'une infirmière sur trois au niveau universitaire, la mise sur pied de programmes de baccalauréat en sciences infirmières dans les universités canadiennes et la création d'un programme de maîtrise en sciences infirmières.²⁸¹ Dans les articles 124 à 126, la Commission Hall demande aussi :

124. Que, dans chaque province, un comité spécial soit chargé d'établir le programme de formation des infirmières, agissant à titre consultatif auprès du ministre de la Santé et veillant à l'application progressive et ordonnée du programme. Le comité devrait comprendre des représentants de l'association provinciale des infirmières, des associations d'hôpitaux, de l' (ou des) université (s), de l'organisme d'assurance-hospitalisation et du ministère de l'éducation.

125. Que les budgets des écoles d'infirmières soient séparés de ceux du service infirmier de l'hôpital afin que les écoles servent uniquement à la formation des élèves.
126. Que les hôpitaux mettent leurs installations éducatives et cliniques à la disposition des élèves infirmières pour que ces dernières acquièrent des connaissances et de l'expérience clinique sans avoir à faire du service infirmier.²⁸²

Quelques années plus tard, c'est au tour de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (appelée Commission Castonguay-Nepveu), créée en décembre 1966 par le gouvernement du Québec, d'émettre certaines recommandations sur les services de santé. Les commissaires font deux grandes constations. D'une part, réalisant que l'Église et la société civile ne peuvent plus assurer aux citoyens des conditions de vie satisfaisantes, ils reconnaissent qu'il revient à l'État de prendre en charge les besoins de la population en lui assurant des services convenables et adéquats. D'autre part, les régimes privés d'assurance-maladie n'arrivant pas à fournir au système hospitalier un financement suffisant pouvant permettre d'universaliser l'accès aux soins, l'idée de la nécessité de créer un régime d'assurance universel sous la responsabilité de l'État fait une apparition marquée. Cette Commission est donc créée afin de faire la lumière sur la situation de la santé et du bien-être social au Québec et de proposer des recommandations visant leur réforme.²⁸³ De plus, la commission recommande que les infirmières reçoivent leur formation dans des écoles gérées par l'État à l'intérieur des sciences de la santé. Le cours collégial en soins infirmiers remplace ainsi la formation qui était donnée dans les écoles d'infirmières, et les cours de baccalauréat en sciences infirmières sont transférés dans les universités.

Ces commissions d'enquêtes ont proposé des mesures afin d'éviter une crise économique et sociale comme celle qui s'est produite dans les années 1930. Survenue à

la suite du krach de la bourse de New York en 1929, la crise des années 1930 a provoqué un choc économique et social où des centaines de personnes se sont retrouvées au chômage et sans revenus, sans abri et dans le besoin.²⁸⁴ Les commissions proposent donc l'adoption de divers programmes d'assistance sociale et de soutien économique afin d'assurer et garantir la satisfaction des besoins essentiels de la population. C'est également dans cette optique qu'en 1957, le gouvernement fédéral met sur pied le programme d'assurance hospitalisation, puis en 1964 celui de l'assurance-maladie nationale. C'est ce plaidoyer pour l'intervention de l'État sur le marché qui a mené dans les années soixante à la création de l'État-providence au Québec.

7.8.2 *La formation laïque des infirmières francophones*

Avec la Révolution Tranquille, le retrait des religieuses des hôpitaux et les nouvelles orientations prises par la profession, on voit fleurir un discours sur un nouveau savoir scientifique infirmier. Dans une communication présentée au mois de mai 1967 au Congrès de l'Association des Hôpitaux de la Province de Québec, l'infirmière Claire Gagnon, Directrice des services infirmiers, Assurance-hospitalisation du Ministère de la Santé du Québec, remet en question la formation donnée aux infirmières depuis l'ouverture des écoles d'hôpitaux. Alors que les religieuses se targuaient de fournir une formation basée sur la science, l'infirmière Gagnon ne partage pas une telle ligne de pensée. Elle estime que la formation prodiguée aux étudiantes infirmières par les religieuses était restée « sommaire et empirique » et « à un stade embryonnaire ».²⁸⁵ Elle maintient par ailleurs que cet enseignement a « conservé en grande partie son caractère d'apprentissage transmettant des techniques et des rites qui n'avaient souvent aucune logique à la lumière des connaissances scientifiques modernes ».²⁸⁶ Bien que des

compléments de formation aient été souvent ajoutés, soutient-elle, « ce qu'on pouvait leur offrir comme complément était le plus souvent rudimentaire et considéré comme secondaire ».²⁸⁷ Selon Gagnon, ceci serait dû au manque de compétence des religieuses. En effet, précise-t-elle, depuis les soixante-dix dernières années, la formation infirmière était placée sous la responsabilité d'administratrices certes généreuses et de bonne volonté, mais qui dans l'exécution de leurs fonctions, étaient « des personnes improvisées, la plupart du temps se consacrant à cette tâche à temps partiel ».²⁸⁸ Sans aller aussi loin, le docteur Desjardins, et les infirmières Suzanne Giroux et Eillen Flanagan reconnaissent eux aussi des lacunes dans la formation fournie par les écoles-hôpitaux. Ils soulignent : « il fallait changer le mode traditionnel de la formation des infirmières en un autre qui répondait aux besoins de notre temps ».²⁸⁹ Selon ce discours, la formation était loin d'être une formation professionnelle et le savoir n'était ni structuré ni spécifique – une perspective que l'Association des Infirmières de la Province de Québec (AIPQ) admet et qu'on peut lire dans les colonnes de sa revue officielle *Nursing Québec* : « La formation des infirmières ne répond plus aux besoins de la société québécoise ».²⁹⁰ Hélène Lamont, présidente de l'AIPQ rajoute que ce qui suffisait en matière d'éducation infirmière n'est plus valable maintenant et qu'il est nécessaire de continuer à fournir aux infirmières une éducation qui leur permette d'être à la hauteur de leur profession.²⁹¹ Suzanne Giroux, secrétaire adjointe de l'AIPQ, souligne également qu'il est nécessaire de marcher avec le temps : « Les progrès réalisés dans le domaine de la science, ont révolutionné, sinon notre manière de penser, du moins notre manière de faire ».²⁹² La laïcisation du système éducatif au Québec dans les années 1960 confirme le retrait des religieuses du système de formation des infirmières. À ce sujet, l'infirmière

Gagnon vante les mérites de la formation universitaire. Elle note qu'« aujourd'hui, l'éducation des infirmières est sur la voie du progrès » et que « les soins infirmiers ont cessé d'être purement un art transmis selon un mode artisanal ». ²⁹³ Gagnon soutient l'idée que c'est le milieu académique (instituts ²⁹⁴ et universités) qui doit désormais être garant de la formation scientifique infirmière. ²⁹⁵

Face à ces changements, l'AIPQ entend ne pas perdre ses prérogatives car les retombées des rapports des différentes commissions d'enquête sont capitales pour la formation infirmière et la profession infirmière au Québec. ²⁹⁶ Avec la mise sur pied de ces différentes commissions, de la création du Ministère de l'Éducation et des réformes instaurées dans le système de santé, l'AIPQ tente de garder le contrôle sur la formation des ses membres et le monopole qu'elle a acquis. Elle souligne que c'est elle qui a la responsabilité légale d'assurer la compétence des infirmières de la province de Québec et juge primordial d'être représentée aux divers paliers décisionnels. L'Association soumet aux trois Commissions d'enquête des mémoires et des plans de réforme au niveau de la formation infirmière dans lesquels elle plaide en faveur d'une meilleure formation théorique et pratique pour les infirmières. Elle précise qu'il faut changer le mode de formation des infirmières et que de telles améliorations ne sont possibles que si la formation est assurée par le réseau public d'enseignement : « Tant et aussi longtemps que les écoles d'infirmières seront exclues du système d'éducation du Québec et que les programmes de formation suivront leur traditionnel cheminement, les mêmes problèmes se répèteront avec acuité ». ²⁹⁷ L'AIPQ suggère également que les écoles d'infirmières soient intégrées de façon progressive au réseau public d'éducation ; elle veut participer de façon active à la sélection des candidates et souhaite conserver, en collaboration avec les

instances gouvernementales concernées, le droit de déterminer le contenu des cours en soins infirmiers et les matières connexes.²⁹⁸ En 1967, la préparation académique au niveau collégial devient la norme pour la formation des infirmières. Désormais,

L'enseignement [en soins infirmiers] se donne dans les Collèges d'Enseignement général et professionnel ou CÉGEP. Des hôpitaux et divers organismes sanitaires approuvés par l'Association servent de laboratoires et de centres de pratique. Le diplôme collégial du Ministère de l'Éducation n'autorise pas l'exercice de la profession. Les dispositions de la loi des infirmières demeurent et sont appliquées comme par le passé.²⁹⁹

L'institutionnalisation de la formation correspond en réalité aux multiples transformations sociales ayant cours au tournant des années 1960. Selon l'AIPQ, l'intégration de l'enseignement infirmier au système d'éducation dans les Cégeps favorise la consolidation de la profession en permettant aux infirmières d'accéder à une formation générale et scientifique. Contrairement aux programmes de baccalauréat antérieurs, qualifiés de programmes de perfectionnement, qui préparaient les infirmières aux fonctions d'enseignement, de surveillance clinique ou d'administration, les programmes de baccalauréat de base visent la préparation des infirmières généralistes habilitées à donner des soins aussi bien en santé publique ou communautaire que dans un hôpital.³⁰⁰ Ainsi, la formation infirmière universitaire qui en était à ses étapes préliminaires à l'Institut Marguerite d'Youville s'instaure de façon convaincante dans les universités du Québec à la fin des années 1960. Nécessaire à la poursuite d'études de deuxième cycle,³⁰¹ la formation universitaire entend établir un savoir infirmier scientifique basé sur la recherche et l'élargissement du rôle de l'infirmière. La consolidation d'un corpus scientifique propre aux sciences infirmières par le biais d'une formation universitaire et des programmes de recherche devient la préoccupation majeure de l'AIPQ puis de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) qui lui succède

dans les années 1970.³⁰² L'appellation « sciences infirmières » est désormais adoptée pour se référer au programme universitaire. Au tournant des années 1970, des projets de recherche en sciences infirmières démarrent dans les principales universités du Québec. Des comités et centres de recherche sont créés afin mettre sur pied des activités devant favoriser le développement de la recherche dans les facultés. De nombreux projets de recherche subventionnés par les organismes gouvernementaux s'effectuent dans plusieurs universités et hôpitaux et assurent aux infirmières et à la profession le contrôle sur les savoirs scientifiques propres à la discipline infirmière. À cet effet, dès 1970, les principales théories et modèles conceptuels infirmiers qui disent représenter la quintessence du savoir scientifique infirmier de l'époque sont importés des États-Unis et servent de trame de fond pour le développement de la recherche en sciences infirmières au Québec et la légitimation des sciences infirmières comme discipline universitaire.³⁰³

Les discours officiels de l'époque se révèlent à la fois comme une continuité et une rupture. Ils qualifient ce nouveau savoir infirmier de « scientifique », mais un savoir scientifique différent de celui du début du XX^e siècle, dans la mesure où la définition du terme scientifique utilisé par les leaders infirmières des années 1960-1970 ne revêt plus la même connotation et signification que celle admise au tournant du XX^e siècle lors de l'ouverture des écoles d'infirmières à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Montréal. En effet, dans le domaine des soins infirmiers, des transformations et mutations sont survenues dans la définition du savoir scientifique infirmier à la fin du XIX^e siècle et au cours du XX^e siècle. Au début de ce chapitre, nous avons montré que la pratique des soignantes, avant l'ouverture des écoles d'infirmières, découlait de connaissances acquises par l'expérience qui se transmettaient de bouche à oreille. Par la

suite, l'ouverture des deux premières écoles d'infirmières à Montréal en 1898 et en 1901 a marqué un renouveau dans le domaine des savoirs infirmiers qui sont alors reconnus comme étant des savoirs scientifiques. Les discours économique, politique, médical, social, infirmier et religieux à l'œuvre à cette époque conduisent à l'émergence de ce savoir scientifique entraînant ainsi des changements dans l'apprentissage et la pratique des soins infirmiers. Ces transformations défont non seulement les propositions traditionnelles sur lesquelles les pratiques des soignantes avaient été fondées, mais de façon plus profonde, renvoient à un autre régime de vérité où les discours, les savoirs et les pratiques qui ont servi jusqu'alors de support à la profession infirmière doivent être mis au rebut. De même, un tel changement de discours a pu être également constaté dans les années 1960-1970. Les nouvelles réalités politiques, sociales, économiques, culturelles et particulièrement l'instauration de l'État providence et la laïcisation de la société québécoise font émerger d'autres énoncés conduisant à un discours infirmier qui prônent un nouveau savoir scientifique. Cependant, de ces savoirs qui passent à leur époque respective pour des modèles de science, il serait erroné, prévient Foucault, de croire qu'à une époque donnée nous touchons à l'objectivité.³⁰⁴ Sur quoi nous baserions-nous pour dire qu'un savoir serait plus ou moins vrai? Plus ou moins scientifique? Ainsi, en soins infirmiers, les pratiques des soignantes du XIX^e siècle et les savoirs scientifiques du début et de la fin du XX^e siècle ne devraient pas être comparés et reconnus comme étant plus vrais ou moins vrais et plus scientifiques ou moins scientifiques. Dans une perspective foucauldienne, il ne s'agit pas de savoir comment une manière de penser et de percevoir a pénétré la conscience des gens à une époque donnée, mais de se demander comment, à certains moments, les discours ont pu ainsi se modifier entraînant du même

coup l'émergence d'un nouveau discours sur le savoir scientifique infirmier?³⁰⁵ En fait, il nous faut reconnaître que de multiples discours ont contribué à l'organisation d'espaces dans lesquels les savoirs scientifiques infirmiers émergent et fonctionnent et considérer les discours comme le produit d'évènements politiques à travers lesquels un pouvoir est véhiculé. Un pouvoir positif, rappelle Foucault, qui vise à investir les corps, à les discipliner de façon à les rendre productifs afin de répondre au besoin de la société et permettre le gouvernement des populations.

La valorisation du savoir scientifique dans le milieu infirmier – quelle que soit l'époque – accentue l'influence de l'infirmière et le pouvoir qu'elle détient de par ses fonctions. Cette « scientification » des soins infirmiers contribue à doter la profession d'outils supplémentaires qui permet de consolider et de cristalliser cette influence au regard des visées étatiques en matière de santé. En fait, les politiques de santé qui réclamaient plus de science et d'expertise a facilité l'expansion du mouvement scientifique infirmier et a entraîné la profession à adopter un tel discours. Il y a donc réciprocity : le nursing a fait des revendications auprès des instances gouvernementales en utilisant un argument axé sur la science, et parallèlement les interventions de l'État (éducation, santé, etc.) exigeaient des professionnels formés scientifiquement. La science est donc déployée stratégiquement dans les discours, et contribue à créer une impression de progrès ou d'évolution « naturels » des soins infirmiers. Le nursing a participé à cette convergence de discours, d'efforts, d'idées, mais il est aussi le produit de cette convergence. En détenant un savoir scientifique suite à la formation dans les différentes institutions de formation telles les écoles d'hôpitaux, l'Institut Marguerite d'Youville ou l'École d'hygiène sociale appliquée; en participant à la protection des conditions de santé

de la population et, par là, à l'amélioration des conditions sociales et économiques, les infirmières ont non seulement exercé une influence sur les individus, mais elles ont également participé à la régulation de la population dans son ensemble et contribué au gouvernement des citoyens dans leur individualité propre. Les infirmières exercent ainsi un rôle politique considérable et l'extension de la formation scientifique des infirmières doit être comprise non pas simplement comme l'aboutissement logique du triomphe de la science et de la modernité, mais comme le résultat stratégique de tactiques, de procédures qui permettent de gouverner la population. Pourquoi cela a-t-il fonctionné? Par l'effet d'une imposition brutale, contraignante? Certainement pas. Mais plutôt par le rôle de l'infirmière en tant que conseillère précieuse et efficace pour la famille quant aux soins sanitaires à donner aux enfants dans les écoles et aux malades à l'hôpital et à domicile; par l'enseignement sanitaire des familles et par l'accent mis sur la norme préservatrice, moralisatrice plutôt que la sanction destructrice. Ces procédés de pouvoir fonctionnent non pas au droit mais à la technique, non pas à la loi mais à la normalisation et non pas au châtement mais au contrôle. En fait, comme l'indique Foucault, c'est par la médiation du pouvoir pastoral que la question générale du pouvoir se profile comme étant une prise en charge bienfaitante de l'autre. Le pouvoir pastoral opère de façon subtile, insidieuse et bienveillante, et son efficacité découle largement du fait que les individus en viennent eux-mêmes à désirer changer un comportement ou une attitude donné en tant que sujets rationnels qui comprennent la portée bénéfique du changement. Cette technologie du pouvoir amène l'individu à agir dans l'intérêt du maintien de l'ordre établi.³⁰⁶ Cette technique de gouvernement revêt un intérêt particulier pour les soins infirmiers car de par leurs interventions, leurs rencontres thérapeutiques et leurs techniques, les infirmières ont

la possibilité de recueillir des informations, de produire et de disséminer des savoirs au sujet des personnes qu'elles soignent, d'influencer et de former les individus ce qui contribue à la subjectivation des ceux-ci. L'influence des infirmières est donc indispensable à la conduite des populations car comme le souligne le docteur Adélar Groulx, Directeur du Service de santé de la Ville de Montréal, c'est « un précepte essentiel reconnu en éducation sanitaire que l'enseignement pratique de l'hygiène se fait d'abord à domicile par le contact de l'infirmière ». ³⁰⁷ Il s'agit alors pour l'infirmière non seulement de prendre soin, mais d'aider à l'éducation, à l'encadrement des individus afin d'inciter à la reproduction de certains comportements qui répondent aux normes sociales. Ainsi, la gouvernementalité permet de concevoir les transformations qu'a connu le nursing sous un angle d'analyse différent de celui proposé par les historiens. En occupant une position de confiance auprès des patients, les infirmières pouvaient les influencer et conduire leur conduite (gouvernement des autres) et aussi amener les patients à se réguler eux-mêmes (gouvernement de soi).

La gouvernementalité permet à l'État de veiller au maintien de l'ordre et de la loi, de protéger la santé ainsi que tous les critères considérés comme nécessaires pour assurer la santé, le bien-être et la productivité de la population. ³⁰⁸ Les interventions infirmières déploient à la fois des techniques disciplinaires et pastorales afin d'assurer un gouvernement efficace et durable des comportements des individus. Ces mécanismes de pouvoir productif ciblent autant l'âme que le corps des individus, et permettent de galvaniser leur force de travail afin de faire proliférer l'économie et renforcer la vigueur de la nation. Les infirmières font donc partie de ces institutions sociales qui contribuent au renforcement de la gouvernementalité. Elles participent efficacement à ces efforts de

contrôle et de régulation des individus. Ceux-ci deviennent ainsi l'objet de projets gouvernementaux et les infirmières des agents de contrôle social destinées à normaliser et régulariser la conduite des individus.

En fait, même si les infirmières représentent le plus grand groupe de professionnels de la santé, l'histoire tend à les présenter, nous l'avons montré au chapitre deux, comme des êtres subordonnés et opprimés n'ayant pas ou peu de pouvoir. Cependant, selon la chercheuse Penny Power, « The assumption of the acceptability of power and control over others for their own good constitute an explicit part of the education of nurses [...]. Nursing education encourages nurses to expand a certain social behavior, a social vision of uniformity and normalization ». En misant sur le savoir des infirmières et la confiance du public, Power souligne que le nursing a toujours eu comme objectif d'accroître son pouvoir et son influence dans le milieu social et de la santé.³⁰⁹ De même, les chercheurs en sciences infirmières Holmes et Gastaldo estiment que les infirmières détiennent un savoir qui leur permette de jouer un rôle actif dans le système de santé et d'exercer un fort pouvoir au niveau des politiques de santé. Ils considèrent que les infirmières par leur savoir scientifique généralement accepté comme vrai sont en mesure d'influencer les comportements des patients au sujet de leur santé, leur maladie, leur bien-être, leurs conditions et habitudes de vie et leur longévité. Par leur savoir, soutiennent-ils, les infirmières participent à normaliser et à discipliner les individus; par les soins qu'elles prodiguent, elles contribuent au soulagement de la souffrance de leurs patients à l'hôpital comme dans la communauté; et par la dichotomie corps malades/corps sains, elles participent à la construction de l'identité des patients. Selon ces auteurs, la position privilégiée des infirmières permet à celles-ci d'agir sur les individus aussi bien en

milieu hospitalier que dans la communauté.³¹⁰ Ainsi, l'ouverture des écoles d'infirmières conjuguées aux réformes hospitalières et la montée en importance de l'hygiène publique favorisent le développement d'un savoir « scientifique » qui permet aux infirmières d'investir pleinement le milieu de la santé et de consolider leur rôle profondément politique.

Au tournant du XX^e siècle, le nursing a vu émerger des savoirs désignés comme étant scientifiques. Cependant, à l'aide de concepts foucaaldiens, nous avons voulu montrer qu'au-delà d'une formation formelle et structurée pour les infirmières, les transformations des savoirs infirmiers ont permis de consolider le rôle à la fois politique, économique et social des infirmières. Œuvrant dans les hôpitaux et dans les foyers pour contribuer à la lutte contre la maladie et la pauvreté, les infirmières ont influencé le comportement des individus et ont participé à la gestion et au gouvernement des populations. Grâce à leurs savoirs (notamment ceux dit « scientifiques »), elles ont pu agir en tant qu'agentes de surveillance, de gouvernement, de santé et de soins, en amassant quantité de savoirs au sujet des individus à leur charge, en identifiant des champs d'interventions, en amenant les individus à comprendre, accepter et même désirer ces interventions, afin d'assurer leur bien-être et les maintenir ou les rétablir comme citoyens en santé, aptes à contribuer à la bonne marche de l'État. Les savoirs scientifiques, prônés au courant du XX^e siècle comme garants du progrès social et de la modernisation de l'État, ont été mobilisés par la profession infirmière dans ses activités sanitaires, mais ils ont aussi permis à la profession de consolider sa place dans l'arène sociopolitique de même que la légitimité de ses revendications (ex : autonomie, transfert

de la formation dans le milieu universitaire, etc.). Il convient de souligner que, malgré les processus réciproques de laïcisation et de « scientification » des pratiques, des savoirs et de la formation infirmiers, qui ont créé un espace de rupture (discursive, ontologique, épistémologique, etc.), il y a aussi continuité dans la mesure où, par le biais notamment de l'exercice d'un pouvoir pastoral, des notions telles que la bienveillance, la protection, la confession, le secours, le gouvernement de soi comme obligation morale, chères aux religieuses qui ont assuré pendant plusieurs décennies la formation des infirmières, ont continué à servir de technologies de gouvernement des individus et à faire participer pleinement ceux-ci à l'impératif de la santé comme nouvel ordre social.

- ¹ ARHSJM, Fonds de l'École d'infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Boîte 4.3.2.3 ch. 1462), «Allocution de sœur Thérèse Robert », 1969, p. 2.
- ² Albertine Ferland-Angers, *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948* (Montréal : Les Éditions Contrecoeur, 1948), 27.
- ³ Bibliothèque et Archives Nationales du Québec, « École de sciences infirmières : Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 » (610-730711714 C6892), p. 7.
- ⁴ *Ibid.*, p. 7-8.
- ⁵ Patricia D'Antonio, *American nursing: A history of knowledge, authority, and the meaning of work* (Baltimore: The John Hopkins University Press, 2010), 3.
- ⁶ AHNDM, Fonds de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-0110), Rapport annuels de l'Hôpital Notre-Dame, Séance du 05 Janvier 1893.
- ⁷ Téléphore Parizeau, « Allocution du Dr T. Parizeau, vice-doyen de la Faculté de médecine », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 4, no 11 (1931) : 576.
- ⁸ Irene S. Palmer, « Florence Nightingale and international origins of modern nursing », *Image* 13, no 2 (1981): 28-31.
- ⁹ R. G. Huntsman, Mary Bruin et Deborah Holttum, « Twixt Candle and Lamp: The Contribution of Elizabeth Fry and the Institute of Nursing Sisters to Nursing », *Reform Medical History* 46, no 3 (2002): 351-380.
- ¹⁰ Carol Helmstadter, « Early Nursing Reform in 19th Century London: A Dr. Driven Phenomenon », *Medical History* 46, no 3 (2002): 325-350.
- ¹¹ Derek Sellman, « The virtues in the moral education of nurses: Florence Nightingale revisited », *Nursing Ethics* 4, no 1 (1997): 3-11.
- ¹² *Ibid.*, 3-11.
- ¹³ Attewell, Alex. «Florence Nightingale's relevance to nurses ». *Journal of Holistic Nursing* 28, no 1 (2010): 101-106.
- ¹⁴ Sioban Nelson, *Say little, do much: Nurses, nuns and hospitals in the nineteenth century* (Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2001), 160-165.
- ¹⁵ Isabelle Gournay et Terrance Hughes, « L'architecture hospitalo-universitaire: le tournant des années 20 », *Journal of Canadian Art History/Annales d'histoire de l'art Canadien* 13/14, no 2 / 1 (1990) : 26-43
- ¹⁶ Mitchell Dean et Gail Bolton, « The administration of poverty and the development of nursing practice in nineteenth-century England ». Dans Davies Celia, *Rewriting nursing history* (London, UK: Barnes & Nobles Books, 1980), 80.
- ¹⁷ *Ibid.*, 80-87.
- ¹⁸ Alex Attewell. « Florence Nightingale (1820-1910) », *Perspectives: Revue trimestrielle d'éducation comparée* 28, no 1 (1998): 173-189.
- ¹⁹ Lynn McDonald, « Florence Nightingale: passionate statistician », *Journal of Holistic Nursing* 16, no 2 (1998): 267-277.
- ²⁰ Paul Rabinow et Nikolas Rose, « Biopower today », *Biosocieties* 1, no 2 (2006) : 195-217; Michel Foucault, *Histoire de la sexualité : La volonté du savoir* (Paris : Éditions Gallimard, 1976), 182-183.
- ²¹ Mauro Bertani, « Sur la généalogie du bio-pouvoir ». Dans Zancarini Jean-Claude, *Lectures de Michel Foucault : À propos « Il faut défendre la société* Lyon, France : ENS Édition, 2001), 15-36.
- ²² Michel Foucault, « La politique de la santé ». Dans Foucault Michel, Blandine Barret Kriegel, Anne Thalamy, François Buégin et Bruno Fortier, *Machines à guérir : Aux origines de l'hôpital Moderne* (Paris : Institut de l'Environnement, 1976), 10.
- ²³ Foucault, *Histoire de la sexualité : La volonté du savoir*, 182-183.
- ²⁴ Martin Hewitt, « Biopolitics and social policy: Foucault's account of welfare », *Theory, Culture & Society* 2, no 1 (1983): 74.
- ²⁵ Mitchell Dean, *Governmentality: Power and rule in modern society* (London: Sage Publication, 2010), 119.
- ²⁶ Michel Foucault, *Il faut défendre la société : Cours au Collège de France, 1975-1976* (Paris : Seuil/Gallimard, 1997), 163.
- ²⁷ Bertani, « Sur la généalogie du bio-pouvoir » 15-36.
- ²⁸ Foucault, *Il faut défendre la société*, 161.
- ²⁹ Foucault, *Il faut défendre la société*, 167.

- ³⁰ Michel Foucault, « The birth of social medicine ». Dans Rabinow Paul et Nikolas Rose, *The essential Foucault: selections from essential works of Foucault, 1954-1984* (New York: The New Press, 1994), 319-337.
- ³¹ Pierre Lascoumes, « La gouvernementalité : De la critique de l'état aux technologies du pouvoir », *Le Portique* 13-14 (2004), 2-13.
- ³² Amélie Perron, Trudy Rudge et Dave Holmes, « Citizen minds, citizen bodies: the citizenship experience and the government of mentally ill persons », *Nursing philosophy* 11, no 2 (2010): 100-111, doi10.1111/j.1466-769X.2010.00437.x.
- ³³ Michel Foucault, *Sécurité, Territoire, Population : Cours au Collège de France, 1977-1978* (Paris : Seuil/Gallimard, 2004), 111-112 ; Michel Foucault, « La gouvernementalité », *Dits et Écrits*, tome 3, Paris : Gallimard, 1994), 635-667.
- ³⁴ Gilles Chantraine et Jean-François Cauchie, « Risque(s) et gouvernementalité. Reconstruction théorique et illustration empirique : les usages du risque dans l'économie du châtement légal ». *Socio-logos* 1 (2006), 2-24.
- ³⁵ Pierre Lascoumes, « La gouvernementalité : De la critique de l'état aux technologies du pouvoir », 2-13.
- ³⁶ Jean-François Bert, *Introduction à Michel Foucault* (Paris : La Découverte, 2001), 74.
- ³⁷ Jacques Donzelot, *La police des familles* (Paris : Les Éditions de Minuit, 2005), 11-12.
- ³⁸ Michel Foucault, « La politique de la santé », 9-10.
- ³⁹ Bertani, « Sur la généalogie du bio-pouvoir » 15-36.
- ⁴⁰ *Ibid.*, 15-36.
- ⁴¹ Pascale Laborier, « La gouvernementalité ». Dans Bert Jean-François et Jérôme Lamy, *Michel Foucault : Un héritage critique* (Paris : Editions du CNRS, 2014), 169-181.
- ⁴² Lascoumes « La gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », 2-13.
- ⁴³ Laborier, « La gouvernementalité », 169-181; Dean, *Governmentality: power and rule in modern society*, 16-51.
- ⁴⁴ Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits*, tome 4 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 242-243.
- ⁴⁵ Lascoumes « La gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », 2-13.
- ⁴⁶ Foucault, « La gouvernementalité », 635-667.
- ⁴⁷ Bert, *Introduction à Michel Foucault*, 74.
- ⁴⁸ Lascoumes « La gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », 2-13.
- ⁴⁹ Bert, *Introduction à Michel Foucault*, 76.
- ⁵⁰ Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et écrits*, tome 4, Paris, Éditions Gallimard, 1994, p. 222-243 ; Dean, *Governmentality : power and rule in modern society*, 90-101.
- ⁵¹ Michel Foucault, « La philosophie analytique de la politique », *Dits et Écrits*, tome 3, (Paris : Gallimard, 1994), 548.
- ⁵² Philippe Büttgen, « Théologie politique et pouvoir pastoral », *Annales Histoire, Sciences Sociales* 62, no 5 (2007), 1129-1154.
- ⁵³ Foucault, *Sécurité, Territoire, Population*, 236.
- ⁵⁴ Foucault, « La philosophie analytique de la politique », 548.
- ⁵⁵ Sébastien Malette, «La "gouvernementalité" chez Michel Foucault, (Mémoire de maîtrise, Philosophie, Université de Montréal, 2006).
- ⁵⁶ Foucault, « Le sujet et le pouvoir », 242-243.
- ⁵⁷ Bert, *Introduction à Michel Foucault*, 77.
- ⁵⁸ Michel Foucault, « La sécurité et l'État », *Dits et Écrits*, tome (Paris : Éditions Gallimard, 1994) : 383-388.
- ⁵⁹ Foucault, « Le sujet et le pouvoir », 242-243.
- ⁶⁰ Hubert Dreyfus & Paul Rabinow, *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (Chicago: The University of Chicago Press, 1992), 137-139.
- ⁶¹ Michel Foucault, « Histoire de la médicalisation », *Hermès, La Revue* 2, no 2 (1988) : 11-29.
- ⁶² Dreyfus et Rabinow, *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*, 137-139.
- ⁶³ Séraphin Boucher, « L'œuvre de l'infirmière », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 7, no 2 (1934) : 76-77.
- ⁶⁴ Daniel Béland, « État-providence, libéralisme et lien social. L'expérience française : du solidarisme au retour de la solidarité », *Cahiers de Recherche Sociologiques*, no 131 (1998): 145-164.

- ⁶⁵ Donald Rutherford, « Les trois approches de Malthus pour résoudre le problème démographique », *Population* 62, no 2 (2007) : 253-280, doi : 10.3917/popu.702.0253.
- ⁶⁶ Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », *Dits et Écrits*, tome 2 (Paris : Quarto Gallimard, 1976), 41.
- ⁶⁷ Foucault, « La politique de la santé », 16.
- ⁶⁸ Foucault, « La gouvernementalité », 635-667.
- ⁶⁹ Foucault, *Sécurité, Territoire, Population*, 105-110.
- ⁷⁰ *Ibid.*, 105-110.
- ⁷¹ Denis Goulet, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980* (Montréal : VLD, 1993), 10-15.
- ⁷² Marion McKay, « Le nursing de santé publique au Canada ». Dans Bates Christina, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans Frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005), 107-124; Dominique Gaucher, « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal : de la santé publique à la médecine préventive », *Recherches Sociographiques* 20, no 1 (1979) : 59-85.
- ⁷³ Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Othmar Keel, « L'évolution des structures de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique au Québec : 1899-1970 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 6 (1989), 3-26 ; Denis Goulet, Gilles Lemire et Denis Gauvreau, « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique, 1886-1926 », *Revue d'histoire de l'Amérique française* 49, no 4 (1996) : 491-520.
- ⁷⁴ Georges Desrosiers, « Joseph-Albert Baudoin (1875-1962) : Professeur d'hygiène », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 10 (1993) : 251-68; Georges Desrosiers, Benoît Gaumer, et Othmar Keel, « Contribution de l'école d'hygiène de l'Université de Montréal à un enseignement francophone de santé publique, 1946-1970 », *Revue d'Histoire De l'Amérique Française* 47, no 3 (1994): 323-347.
- ⁷⁵ Desrosiers, « Joseph-Albert Baudoin (1875-1962) : Professeur d'hygiène », 251-26 ; Goulet, Lemire et Gauvreau, « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires », 491-520.
- ⁷⁶ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM045-800.2), « Le Service de santé de la Ville de Montréal : son organisation et son fonctionnement », p. 1.
- ⁷⁷ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM045-800.2), « Le Service de santé de la Ville de Montréal : son organisation et son fonctionnement », p. 1.
- ⁷⁸ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM045-800.1), « Lois municipales, Montréal, 1865, Chapitre VII : Règlements pour établir un bureau de santé dans la cité de Montréal », p. 4.
- ⁷⁹ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM045-800.1), « Lois municipales, Montréal, 1865, Chapitre VII : Règlements pour établir un bureau de santé dans la cité de Montréal », p. 4-5.
- ⁸⁰ AAM, Fonds Bureau de santé (759-109 917 1a), 1917, 1 p.
- ⁸¹ AAM, Fonds Bureau de santé (759-109 917-b), Extrait des délibérations de la Section d'hygiène de la "Canadian Medical Association", 1917, 1 p.
- ⁸² Dérosiers, « Joseph-Albert Baudoin (1875-1962) : Professeur d'hygiène », 258. Les organismes d'hygiène publique sont par exemple le Service de santé de la Ville de Montréal, le Service provincial d'hygiène. Comme organisme privé d'hygiène publique on retrouve La Société de la Croix-Rouge, La Compagnie d'assurance vie La Métropolitaine Inc., la Ligue antituberculeuse.
- ⁸³ Desrosiers, « Joseph-Albert Baudoin (1875-1962) : Professeur d'hygiène », 259.
- ⁸⁴ Anne Thalamy, « La médicalisation de l'hôpital ». Dans Foucault Michel, Blandine Barret Kriegel, Anne Thalamy, François Buégin et Bruno Fortier, *Machines à guérir : Aux origines de l'hôpital Moderne* (Paris : Institut de l'Environnement, 1976), 31-37.
- ⁸⁵ Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », 50-51.
- ⁸⁶ Michel Foucault, « L'œil du pouvoir », *Dits et Écrits*, tome 3 (Paris : Gallimard, 1994), 195.
- ⁸⁷ Michel Foucault, « La politique de santé au XVIIIe siècle ». Dans Foucault Michel, Blandine Barret Kriegel, Anne Thalamy, François Buégin et Bruno Fortier, *Machines à guérir : Aux origines de l'hôpital Moderne* (Paris : Institut de l'Environnement, 1976), 14.
- ⁸⁸ Claudine Pierre-Deschênes, « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, no 3 (1981) : 355-375.

- ⁸⁹ A. Nicolas, « La valeur économique de la Santé », *Journal d'Hygiène populaire* (1884): 73. Cité dans Pierre-Deschênes Claudine, « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, no 3 (1981) : 367.
- ⁹⁰ Foucault, « La politique de santé au XVIIIe siècle », 14.
- ⁹¹ Katia Genel, « Le biopouvoir chez Foucault et Agamben », *Methodos, Savoirs et textes* 4 (2004) : 61 para. doi : 10.4000/methodos.131
- ⁹² Michel Foucault, « La naissance de la médecine sociale », *Dits et Écrits*, tome 3 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 207-228 ; Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », 40-58
- ⁹³ Foucault, « La politique de santé au XVIIIe siècle », 7-9.
- ⁹⁴ *Ibid.*, 7-9
- ⁹⁵ Foucault, « La naissance de la médecine sociale », 207-228; Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine », 40-58
- ⁹⁶ Foucault, *Il faut défendre la société*, 160.
- ⁹⁷ La Victorian of Order of Nurses (VON), composé majoritairement d'infirmières anglophones, est un organisme philanthropique destiné à fournir des soins à domicile pour soulager les démunis. Implanté au Canada en 1897, le VON est, dès les débuts de sa création, présent dans plusieurs villes et régions rurales du Canada. Pour plus de détails sur le VON, voir l'article de Barbara Keddy et Dianne Dodd, « Les infirmières en service privé et les infirmières de l'Ordre de Victoria (1900-1950) ». Dans Bates Christina, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005), 43-55.
- ⁹⁸ ASEM, « Annales des Sœurs de la Congrégation de la Sainte-Famille », Tome XXV, n° 45, 1923, p. 176-191 ; Guy La Perrière, *Les congrégations religieuses au plus fort de la tourmente, 1901-1904*, tome 2 (Laval : Les Presses de l'Université Laval, 1999), 50-54.
- ⁹⁹ AAM, Fonds Sœurs de l'Espérance (525-116), Correspondance Sœur Tête et Monseigneur Bruchési, 1901-1913.
- ¹⁰⁰ *Ibid.*
- ¹⁰¹ ASEM, « Le Centenaire de l'Espérance 1836-1936 », Bordeaux, Imprimerie de l'Argonne, 1937, p. 203
- ¹⁰² *Ibid.*, p. 201-210.
- ¹⁰³ Guy La Perrière, *Les congrégations religieuses : de la France au Québec, 1880-1914 - Au plus fort de la tourmente, 1901-1904*, (Québec : Les Presses de l'Université Laval, 1999), 1-54.
- ¹⁰⁴ ASEM, « Annales de la Congrégation des Sœurs de la Sainte-Famille », Tome XXV, n° 47, 1923, p. 197.
- ¹⁰⁵ ASEM, « Annales de la Congrégation des Sœurs de la Sainte-Famille », Tome XXV, n° 47, 1923, p.191.
- ¹⁰⁶ Foucault, « Le sujet et le pouvoir », 242-243
- ¹⁰⁷ AAM, Fonds Sœurs de l'Espérance (525-116 903-2 et 525-116 903-3), Correspondance Mgr Bruchési, 1903.
- ¹⁰⁸ ASEM, « Annales de la Congrégation des Sœurs de la Sainte-Famille », Tome XXV, n° 47, 1923, p. 188.
- ¹⁰⁹ ASEM, « Annales de la Congrégation des Sœurs de la Sainte-Famille », Tome XXV, n° 47, 1923, p. 187.
- ¹¹⁰ ASEM, « Journal de la Maison de Montréal, 1903-1916 ». Cité dans Cohen Yolande, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2000, p. 115.
- ¹¹¹ ASEM, « Annales de la Congrégation des Sœurs de la Sainte-Famille », Tome XXV, n° 47, 1923, p. 188.
- ¹¹² Cohen, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2000), 117.
- ¹¹³ Avant l'organisation des services publics d'hygiène à Montréal, les infirmières du Victorian Order of Nurses (VON) procuraient des soins à domicile. La création du Service provincial d'hygiène de la province de Québec en 1922 et de l'École d'hygiène sociale appliquée en 1925 amène une organisation plus structurée des services d'hygiène dans la Ville de Montréal et la possibilité pour la communauté francophone de recevoir des soins à domicile en français.
- ¹¹⁴ Yolande Cohen, André Duquette, Jacinthe Pépin et Esther Lamontagne, *Les sciences infirmières. Genèse d'une discipline* (Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2002), 327 p.

- ¹¹⁵ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM045-800.1). « Lois municipales, Montréal, 1865, Règlements pour établir un bureau de santé dans la cité de Montréal », p. 4. Un Centre d'hygiène est une unité administrative situé dans un district sanitaire comprenant les quartiers généraux : bureau du médecin chef de district, celui de l'infirmière chef de groupe, une salle des infirmières, le bureau, les locaux pour les diverses consultations prénatales, du nourrisson, du préscolaire, des cliniques dentaires et mentales, etc.
- ¹¹⁶ Cohen, *Profession infirmière*, 218.
- ¹¹⁷ Desrosiers, « Joseph-Albert Baudoin (1875-1962) : Professeur d'hygiène », 251-68.
- ¹¹⁸ AUM, Fonds Secrétariat général (D35-1191), « Résolution relative à l'École d'hygiène sociale appliquée », 1939.
- ¹¹⁹ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM045-800.2), « Le Service de santé de la Ville de Montréal : son organisation et son fonctionnement » ; AVM Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM 045-800.3), « 240 anges-gardiens veillent sur la santé des enfants par Hervé Lépine », 1958.
- ¹²⁰ Cohen, *profession infirmière*, 222.
- ¹²¹ Cohen, et al., *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*, 24-79.
- ¹²² McKay, « Le nursing de santé publique au Canada », 107-124; Kathryn McPherson, « Nursing and colonization: the work of Indian Health Service nurses in Manitoba », 1945-1970. Dans G. Fieldberg, M. Ladd-Taylor, A. Li et K. McPherson. *Women, health, and nation: Canada and the United States since 1945* (Montréal: McGill-Queen's University Press, 2003), p. 223-246 ; Cohen, *Profession infirmière*, 322 p.; Dianne Dodd, Jayne Elliott et Nicole Rousseau, « Le nursing en régions éloignées au Canada. Dans Christina Bates, Dianne Dodd et Nicole Rousseau, *Sans Frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens* (Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005), 139-152.
- ¹²³ Jacques Donzelot, *La police de la famille*, 220 p. ; Jacques Donzelot, *L'invention du social : essai sur le déclin des passions politiques* (Paris : Éditions du Seuil, 1994), 263 p.
- ¹²⁴ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM 045-800.3), « 240 anges-gardiens veillent sur la santé des enfants par Hervé Lépine », 1958.
- ¹²⁵ Boucher, « *L'œuvre de l'infirmière*, 76-77.
- ¹²⁶ Mary Adélaïde Nutting, « L'avenir », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 4, no 2 (1931) : 76.
- ¹²⁷ J.-A. Beaudoin, « La coupe commune », *La Veilleuse* 1, no 7 (1924) : 13.
- ¹²⁸ J.-L. Biggar, « La civilisation et la santé », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 3, no 8 (1930) : 401-402.
- ¹²⁹ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM045). «Le service de santé de la Ville de Montréal : son organisation et son fonctionnement », (VM045-800.2).
- ¹³⁰ Dean et Bolton, « The administration of poverty and the development of nursing practice in nineteenth-century England », 96.
- ¹³¹ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), « L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968 », p. 16.
- ¹³² *Ibid.*, p.16; ARHSJM, « Jubilé d'or des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1951 », p. 31.
- ¹³³ Bibliothèque et Archives National du Québec, « École de sciences infirmières Hôtel-Dieu de Montréal, 1901-1970 » (1970), 1.
- ¹³⁴ Bibliothèque et Archives National du Québec, « Manuel de la garde-malade de l'Hôpital Notre-Dame, 1920 », (1920), 3-5.
- ¹³⁵ ARHSJM, Fond Écoles des sciences infirmières (Boîte 4A011-12-01-01), « Administration et organisation générale, 1901-1969 ».
- ¹³⁶ « Histoire du nursing », *Le Sympathique*, mai-juin 1947, 118.
- ¹³⁷ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980, 1980, p. 22.
- ¹³⁸ ARHSJM, Fonds Congrès international des infirmières catholiques (Boîte 3.1.3.7 ch. 1721), « Discours de S.S. Pie XI aux infirmières : Toujours plus Toujours mieux », 1944, p. 8.
- ¹³⁹ « Histoire du nursing », *Le Sympathique*, mai-juin 1947, p. 118
- ¹⁴⁰ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980, 1980, p. 17.
- ¹⁴¹ Claire Bourbonnais, « Portrait d'une infirmière idéale en service », *Le Sympathique*, septembre-octobre 1950, p.6.

- ¹⁴² ARHSJM, Fonds Congrès international des infirmières catholiques (Boîte 3.1.3.7 ch. 1721), « Discours de S.S. Pie XI aux infirmières : Toujours plus Toujours mieux », 1944, p. 21-22.
- ¹⁴³ « Histoire du nursing », *Le Sympathique*, mai-juin 1947, p. 118.
- ¹⁴⁴ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), « L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968 », 1968, p. 1.
- ¹⁴⁵ ARHSJM, Fonds École des infirmières (Boîte 4.3.2.1 ch. 1436), « Blason de l'école ».
- ¹⁴⁶ ASGM, Fonds de l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (L36/3J,1), « École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame », p. 1-17.
- ¹⁴⁷ ASGM, « Circulaire mensuelle 1919-1920 », p. 648-649.
- ¹⁴⁸ ARHSJM, Fonds École des infirmières (Boîte 4.3.2.1 ch. 1436), « Bref Historique de l'Hôtel-Dieu ».
- ¹⁴⁹ ARHSJM, Fonds École des infirmières (Boîte 4.3.2.6 ch. 1492), « Guide de l'étudiante, prospectus 1901-1915 – 1945 ».
- ¹⁵⁰ Sœur Mondoux, « Une visite à l'Hôtel-Dieu en 1887 », *Le Sympathique*, novembre-décembre 1945, p. 279.
- ¹⁵¹ Sœur Jeanne Bernier, *Trois siècles de charité à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1642-1942* (Montréal : Imprimerie J.C. Chaumont, 1948), 121-122.
- ¹⁵² ARHSJM, Fonds Congrès international des infirmières catholiques (Boîte 3.1.3.7 ch. 1721), « Discours de S.S. Pie XI aux infirmières : Toujours plus Toujours mieux », 1944, p. 20 ; Sœur Bernier, *Trois siècles de charité à l'Hôtel-Dieu de Montréal*, 122
- ¹⁵³ ARHSJM, Fonds Congrès international des infirmières catholiques (Boîte 3.1.3.7 ch. 1721), « Discours de S.S. Pie XI aux infirmières : Toujours plus Toujours mieux », 1944, p. 2.0
- ¹⁵⁴ Henri Garrousteigt, « L'étude », *La Veilleuse* 1 no 7 (1924) : 1-4.
- ¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 1-4. Voir aussi : Gaston de Bellefeuille, « Quelques préjugés sur la folie », *La Veilleuse* 1, no 8 (1924) : 1-4; « L'hôpital centre d'enseignement », *La Veilleuse* 2, no 1 (1925) : 10-11.
- ¹⁵⁶ Abbé J. A. Coderre, « Sermon de l'abbé J.-N. Coderre, du séminaire Saint-Charles-Borromée, au premier conventum des gardes-malades diplômées de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 1, n° 8 (1928) : 17.
- ¹⁵⁷ Mgr Paul Emile Léger, « L'infirmière du 20^e siècle », *Le Sympathique* (septembre-octobre 1943) : 59.
- ¹⁵⁸ AHNDM, Fonds École des infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (2-A-606), « L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, 1898-1968 », 1968, p. 2.
- ¹⁵⁹ E.P. Benoît, « Notes pour l'histoire de la profession : L'évolution de la profession de garde-malade », *La Veilleuse* 1, no 10 (1924): 3.
- ¹⁶⁰ Georgette Desjardins et Corinne Laplante, « (Euvres des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph du Nouveau-Brunswick, 1868-1986 », *Revue de la société historique du Madawaska* 15, no 1/2 (1986) : 2-67. Les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph fondent les écoles d'infirmières de Campbellton (1916), de Chatham (1917), Tracadie (1930), Saint-Basile (1939) et Bathurst (1949).
- ¹⁶¹ ARHSJSB, Fonds École infirmières Bathurst (1A 01-02), « Prospectus des Écoles d'infirmières et d'auxiliaires (historique de l'école et renseignements), 1960.
- ¹⁶² ARHSJSB, Fonds École d'infirmières d'Edmundston (1A 01), « Prospectus de l'École d'infirmières, 1958.
- ¹⁶³ ARHSJSB, Fonds École des infirmières Tracadie (1A1 01-04), « Philosophie et buts de l'École des infirmières – Conditions essentielles – Historique », 1947, 1963.
- ¹⁶⁴ ARHSJSB, Fonds École infirmières Bathurst (1A 01-02), « Prospectus des Écoles d'infirmières et d'auxiliaires (historique de l'école et renseignements), 1960.
- ¹⁶⁵ ARHSJSB, Fonds Écoles d'infirmières de Campbellton (2L1 03). « La garde-malade catholique et le devoir d'apostolat. Signé Cyrille D'Amour, Aumônier Dossier École infirmières Campbellton. Discours et lettres aux finissantes », 1945.
- ¹⁶⁶ ASGM, « Discours du Docteur E.-P. Lachapelle », *Circulaire mensuelle, 1902-1903*, p. 736-743.
- ¹⁶⁷ ARHSJM, Fonds de l'École des infirmières (Boîte 4.3.2.3 ch. 1462), « Allocution Sœur Thérèse Robert, Directrice de l'école », p. 2-11.
- ¹⁶⁸ Robert Gross, « Giving in America: From charity to philanthropy ». Dans Lawrence J. Friedman et Mark D. McGarvie (dir.), *Charity, Philanthropy, and civility in American history* (New York: Cambridge University Press, 2003), 29-40.
- ¹⁶⁹ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique* (2^e Ed.) (Paris : Gallimard, 1972), 688 p.; Michel Foucault, *Surveiller et punir : naissance de la prison* (Paris : Éditions Gallimard, 1975), 67-109.

- ¹⁷⁰ Michel Foucault, « Pouvoir et corps », *Dits et Écrits*, tome 2 (Paris : Gallimard, 1994), 760.
- ¹⁷¹ Sylvain Lefèvre. « Pour une approche sociopolitique de la philanthropie financière : plaidoyer pour un programme de recherche ». *Politiques et Sociétés* 34, no 2 (2015) : 61-85, doi: 10.7202/1032507ar.
- ¹⁷² Nicolas Guilhot, « Une vocation philanthropique. George Soros, les sciences sociales et la régulation du marché mondial ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 1, no 151-152 (2004) : 36-48, doi : 10.3917/arss.151.0036.
- ¹⁷³ Jacques Guy-Petit, « Le philanthrope et la cité panoptique ». Dans Giard Luce, *Michel Foucault : lire l'œuvre* (Grenoble, Éditions Jérôme Million, 1992), 175-187.
- ¹⁷⁴ Le concept de caring remplace, à notre avis, la notion de charité. Vulgarisée dans les années 1960, la notion de *caring* représente l'implication émotive et l'expertise technique nécessaires à la pratique des infirmières. Le *caring* est le nouveau symbole de l'identité féminine des infirmières et l'expression de leur expérience et compétence. Voir à ce sujet : Johanne Daigle, « Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XX^e siècle ». *Recherches féministes* 4, no 1 (1991) : 67-86 ou Yolande Cohen, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, 259 p.
- ¹⁷⁵ André Petitat, *Les infirmières : de la vocation à la profession* (Montréal : Boréal, 1989), 311.
- ¹⁷⁶ *La Veilleuse*, première revue de langue française publiée par la Filiale des gardes-malades du cours supérieur de 1924 à 1927, *La Garde-Malade Canadienne-Française*, revue laïque diffusée de 1928 à 1956,
- ¹⁷⁷ Yolande Cohen, *Profession infirmière*, 135.
- ¹⁷⁸ « Cinquième anniversaire, *La Garde-Malade Canadienne-Française* 5, no 2 (1932) : 61.
- ¹⁷⁹ P. Del Vecchio, « Les syndromes de la tuberculose », *La Veilleuse* 3, no 6 (1926); 85-92 ; Eugène Saint-Jacques, « Chirurgie : Dilatation aigue de l'estomac post-opératoire – ses causes – ses signes – son traitement », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 1, no 5 (1928) : 9-10 ; Edmond Dubé, « Tuberculose : Les tuberculoses ostéo-articulaires », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 1, no 12 (1928) : 11-13 ; Réal Doré, « Traitement des goitres », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 3, no 1 (1930) : 10-13 ; Paul Letondal, « Prophylaxie de la broncho-pneumonie du nourrisson, *La Garde-Malade Canadienne-Française* 6, no 5 (1933) : 337-341 ; M. Poumailloux, « Les insuffisances cardiaques », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 8 no 4 (1935) : 210-216.
- ¹⁸⁰ A.-A. Lefebvre, « La garde-malade doit être une femme de science », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 1, no 12 (1928) : 25-26.
- ¹⁸¹ ARHSJSB, Fonds École d'infirmières d'Edmundston (1A 01), « Prospectus de l'École d'infirmières, 1958.
- ¹⁸² Sœur Bernier, *Trois siècles de charité à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1642-1942*, 122.
- ¹⁸³ Dujarric de la Rivière, « Principes scientifiques et leur application au nursing », *La Garde-Malade Canadienne-Française*. 6, no 9 (1933) : 532-533.
- ¹⁸⁴ ARHSJSB, Fonds École infirmières Campbellton (2L2 02-04), « Discours Dr J. P. Carette », 1966, p. 3.
- ¹⁸⁵ Sœur J.-B. De La Salle, « Hôpital centre d'enseignement », *La Veilleuse* 2, no 3 (1925) : 7.
- ¹⁸⁶ Dujarric de la Rivière, « Principes scientifiques et leur application au nursing », 533.
- ¹⁸⁷ Sœur Allard, « Nouvelles réflexions sur le nursing », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 7, no 1 (1934) : 9.
- ¹⁸⁸ Sœur Madeleine, « En marge de l'éducation supérieure », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 6, no 3 (1933) : 134-135.
- ¹⁸⁹ Gaston de Bellefeuille, « Quelques préjugés sur la folie », *La Veilleuse* 1, no 8 (1924) : 1.
- ¹⁹⁰ Chanoine Emile Chartier, « Les lectures de la garde-malade catholique et canadienne-française », *La Veilleuse* 3, no 1 (1926) : 3-5.
- ¹⁹¹ Sœur Madeleine, « En marge de l'éducation supérieure », 134.
- ¹⁹² ASGM, *Circulaire mensuelle. 1902-1903*, p. 740.
- ¹⁹³ ASGM, *Circulaire mensuelle, 1919-1920*, p. 648-649.
- ¹⁹⁴ Thérèse, « Entre 5 et 7 », *La Veilleuse* 3, no 2 (1926) : 20-22.
- ¹⁹⁵ Rabinow et Rose, « Biopower today », 195-217.
- ¹⁹⁶ Michel Foucault, *L'Ordre du discours* (Paris : Éditions Gallimard, 1971), 66.
- ¹⁹⁷ AOIIQ, *Regular Meeting of the Association 1917-1925*, p. 2-3.
- ¹⁹⁸ E.-P. Benoît, « L'enregistrement des gardes-malades », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 4, no 5 (1931) : 249.
- ¹⁹⁹ Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eillen C. Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec* (Montréal : Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec, 1970), 270 p.

- ²⁰⁰ Kathryn McPherson et Meryn Stuart, « Writing nursing history in Canada: Issues and approaches », *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 11, no 1 (1994) : 3-22.
- ²⁰¹ AOIIQ, *Regular Meeting of the Association 1917-1925*, p. 34-36.
- ²⁰² AOIIQ, *Regular Meeting of the Association 1917-1925*, p. 46-56. Il est à noter que les étudiantes du Montreal General Hospital sont les premières à avoir créé une association d'infirmières : The Canadian Nurses Association en 1895. Quelques années plus tard, en 1908, une association nationale est créée sous l'appellation Canadian National Association of Trained Nurses, en français Association Canadienne Nationale des infirmières diplômées, qui inclut toutes les associations des provinces du Canada. Cette association prendra le nom en 1924 de Canadian Nurses Association ou en français Association des Infirmières du Canada (quand les hommes sont admis au sein de la profession infirmières, ce sera l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada). Pour éviter toute confusion avec l'association nationale, le regroupement des étudiantes du Montreal General Hospital prend le nom de Montreal Graduate Nurses Association en 1924. L'Association des Gardes-malades Enregistrées de la Province de Québec crée en 1920, devient l'Association des infirmières de la Province de Québec (AIPQ) et, en 1961, suite l'accès aux hommes à la profession, le nom est encore modifié pour devenir l'Association des infirmières et infirmiers de la Province de Québec (AIIPQ). Finalement, en 1974, l'AIIPQ devient l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) lors de l'adoption du Code des Professions.
- ²⁰³ Benoît, « L'enregistrement des gardes-malades », 333. À noter qu'à l'Université McGill en 1920, il se donnait deux cours de huit mois chacun aux infirmières enregistrées. Un cours d'hygiène publique et un cours qui destinait les infirmières à enseigner et à occuper des postes administratifs dans les écoles canadiennes de soins infirmiers. À la fin des cours, un certificat leur était octroyé.
- ²⁰⁴ Loi constituant en corporation l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec, *Statuts du Québec*, 10 George V, chapitre 141, article 2.
- ²⁰⁵ Petitat, *Les infirmières : de la vocation à la profession*, 107.
- ²⁰⁶ Loi constituant en corporation l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec, *Statuts du Québec*, 10 George V Chapitre 141, articles 6 et 7.
- ²⁰⁷ Cohen, *Profession infirmière : une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, 79.
- ²⁰⁸ « 60 ans déjà... Ordre des infirmières et infirmiers du Québec », *Nursing Québec* 1, no 1 (1980) : 14.
- ²⁰⁹ Mère M. Claire, « Inspection des écoles de gardes-malades », *La Vieillesse* 3, no 5 (1926) : 75-76.
- ²¹⁰ E.-P. Benoît, « L'enregistrement des gardes-malades », 249.
- ²¹¹ *Ibid.*, 249.
- ²¹² *Ibid.*, 333.
- ²¹³ *Ibid.*, 334.
- ²¹⁴ Petitat, *Les infirmières : de la vocation à la profession*, 60.
- ²¹⁵ Foucault, *L'ordre du discours*, 46-47.
- ²¹⁶ Foucault, *Histoire de la sexualité : La volonté du savoir*, 125-126.
- ²¹⁷ AOIIQ, *Regular Meeting of the Association 1917-1925*, p. 97 à 103.
- ²¹⁸ ²¹⁸ Loi constituant en corporation l'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec, *Statuts du Québec*, 12 George V, chapitre 131, article 8b.
- ²¹⁹ AOIIQ, *Regular Meeting of the Association 1917-1925*, p. 235 ; Cohen, *Profession infirmière : Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*, 80-85.
- ²²⁰ E.-P. Benoît, « L'examen universitaire », *La Vieillesse* 2, no 8 (1925) : 8.
- ²²¹ « Amendements à la loi organique du Collège des Médecins et Chirurgiens », *L'Action Médicale* 3, no 2 (1927) : 1.
- ²²² « Le Bill du Collège des Médecins et Chirurgiens », *L'Action Médicale* 3, no 5 (1927) : 1.
- ²²³ *Ibid.*
- ²²⁴ ASGM, Fonds École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (L36/M1, 2).
- ²²⁵ ASGM, Fonds École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (L36/C2, 45).
- ²²⁶ ASGM, Fonds École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame (L36/C2, 46).
- ²²⁷ « Le Bill du Collège des Médecins et Chirurgiens », *L'Action Médicale* 3, no 7 (1927) : 1.
- ²²⁸ Pierre Bourdieu, « Le Champ scientifique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 2, no 2 (1976) : 89.
- ²²⁹ Claudette Lafaye, *La sociologie des organisations* (Paris : Nathan, 2005), 127 p.
- ²³⁰ ASGM, Brochure Souvenir de la troisième réunion des garde-malades. Sœurs de la Charité de l'Hôpital général de Montréal, 29-30 avril 1931.

- ²³¹ Claire Godbout, « Résumé de l'Enquête du Dr. G. M. Weir au sujet de l'état du Nursing au Canada », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 6, no 1 (1933) : 23-25.
- ²³² Jean I. Gunn, « Enquête sur la formation au Canada », *La Garde-Malade Canadienne-Française* 7, no 10 (1934) : 600-611.
- ²³³ *Le Report of the Committee for the study of nursing education*, connu sous le nom de Goldmark Report, a été publié en 1923 aux États-Unis. Conduit par Annie W. Goodrich, Mary Adelaïde Nutting et Lilian Wald, ce rapport a été financé par la Fondation Rockefeller et visait à fournir l'état de la formation infirmière aux États-Unis. Les conclusions de ce rapport recommandent la préséance de l'éducation sur les services à l'hôpital, l'amélioration des programmes de soins infirmiers et la formation des infirmières basée sur un plan d'éducation plutôt que sur les besoins de l'hôpital.
- ²³⁴ Édouard Desjardins, Suzanne Giroux et Eillen C. Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec* (Montréal : Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec, 1970), 159.
- ²³⁵ Gunn, « Enquête sur la formation au Canada », 603.
- ²³⁶ George M. Weir, *Survey of nursing education in Canada* (Toronto: Toronto University Press, 1932), 591 p.
- ²³⁷ Ina J. Bramadat et Karen I. Chalmers, « Nursing education in Canada: historical progress - contemporary issues ». *Journal of Advanced nursing* 14 (1989) : 722.
- ²³⁸ « 60 ans déjà... Ordre des infirmières et infirmiers du Québec », *Nursing Québec* 1, no 1 (1980) : 19.
- ²³⁹ *Ibid.*, p. 20.
- ²⁴⁰ Ces cours destinés aux directrices et aux enseignantes des écoles d'infirmières de langue française avaient pour but de former, par des cours intensifs, des dirigeantes pour le service institutionnel, la direction des écoles de gardes-malades et pour la profession en général. Il s'agissait pour ces futures directrices d'acquérir des connaissances nouvelles et scientifiques. À la suite du décès de sœur Fafard, ces cours sont interrompus. À noter que pour les anglophones, les cours de formations supérieure débute en 1920 à l'Université McGill de Montréal.
- ²⁴¹ ASGM, Fonds Institut Marguerite d'Youville (L102/1A1 à 3A6) « Historique » ; « Université de Montréal - Cours de perfectionnement pour les gardes-malades », *La Veilleuse* 1, no 7 (1924) : 5-10. Voir aussi Yolande Cohen et Esther Lamontagne. « Les Soeurs Grises à l'Université de Montréal, 1923- 1947: de la gestion hospitalière à l'enseignement supérieur en nursing ». *Historical Studies in Education* 15, no 2 (2003): 273-297.
- ²⁴² AUM, Fonds Faculté de nursing (D35/1172), « Statuts Institut Marguerite d'Youville, 1934-1936 ».
- ²⁴³ AUM, Fonds (E146), Prospectus de l'Institut Marguerite d'Youville, 1937-1938 et 1951-1952.
- ²⁴⁴ ASGM, Fonds (L102/1A2), « Institut Marguerite d'Youville Historique, « Statuts et Règlements, 1947-1949, Article 2 ».
- ²⁴⁵ AUM, Fonds (E146), Prospectus de l'Institut Marguerite d'Youville, 1964, p.12.
- ²⁴⁶ Sœur Thérèse Castonguay, *Formation supérieure des infirmières : Institut Marguerite d'Youville, 1934-1967* (Montréal : Sœurs Grises de Montréal, 2002), p. ix.
- ²⁴⁷ Castonguay, *Formation supérieure des infirmières : Institut Marguerite d'Youville*, 18.
- ²⁴⁸ AUM, Fonds (E146), « Programme de cours, 1964 », p. 12.
- ²⁴⁹ AUM, Fonds (E146), « Programme de cours, 1960-1961 », p. 9.
- ²⁵⁰ AUM, Fonds (E146), « Programme de cours, 1964 », p. 12.
- ²⁵¹ AUM, Fonds (E62), « École Supérieure d'infirmières - Institut Marguerite d'Youville Annuaire 1956-1957, p. 1-23.
- ²⁵² Castonguay, *Formation supérieure des infirmières : Institut Marguerite d'Youville 1934-1967*, 29.
- ²⁵³ Cohen et al., *Les sciences infirmières : genèse de la profession*, 36-40.
- ²⁵⁴ Cohen et al., *Les sciences infirmières : genèse de la profession*, 92-103.
- ²⁵⁵ Castonguay, *Formation supérieure des infirmières : Institut Marguerite d'Youville 1934-1967*, 42.
- ²⁵⁶ *Ibid.*, 43-49.
- ²⁵⁷ Derek Hook, « Discourse, knowledge, materiality, history - Foucault and discourse analysis », *Theory and psychology* 11, no 4 (2001): 521-547.
- ²⁵⁸ René Durocher, « Révolution tranquille », *Encyclopédie Canadienne*, consulté 14 juin 2015. <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/revolution-tranquille/>.
- ²⁵⁹ Pierre Guillaume, « Naissance de l'État providence », *Revue économique* 51, no 2 (2000): 371-384, doi: 10.2307/3503130).

- ²⁶⁰ Béland. « État-providence, libéralisme et lien sociale », 148. En France, l'expression « question sociale » se rapporte aux problèmes socioéconomiques qui sont ou qui pourraient être pris en charge par l'État.
- ²⁶¹ Donzelot. *L'invention du social : Essai sur le déclin des passions politiques*, 263 p.
- ²⁶² François-Xavier Merrien, *L'État-providence* (Paris : Presses Universitaires de France, 2007), 128 p.
- ²⁶³ Lorraine Fournier, « Pourquoi le virage ambulatoire? Les déterminants de la réforme québécoise des services de santé ». Dans Goulet Olive et Clémence Dallaire, *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives* (Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 2002), 7-25.
- ²⁶⁴ Louis LeBel, « La Commission Castonguay-Nepveu : recours à la pensée scientifique et négociations fédérales-provinciales sur le partage des compétences en matière de santé, 1966-1972 », *Bulletin d'Histoire politique* 17, no 1 (2008) : 243-262.
- ²⁶⁵ Alain Moscovitch, « État providence », *Encyclopédie Canadienne*, consulté le 24 juin 2016. <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/etat-providence/>.
- ²⁶⁶ LeBel, « La Commission Castonguay-Nepveu : recours à la pensée scientifique », 243-262.
- ²⁶⁷ Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique* (Paris : Gallimard, 2004), 79.
- ²⁶⁸ Lascoumes, « La gouvernementalité : De la critique de l'état aux technologies du pouvoir », 2-13.
- ²⁶⁹ François Ewald, *L'État providence* (Paris : B. Grasset, 1986), 166.
- ²⁷⁰ Dean, *Governmentality: Power and rule in modern society*, 256.
- ²⁷¹ Donzelot, *L'invention du social*, 157-173; Jacques Donzelot, « The mobilization of society ». Dans Burchell Graham, Colin Gordon et Peter Miller, *The Foucault effect: Studies in governmentality* (Chicago: The University of Chicago Press, 1991), 169-179.
- ²⁷² Rabinow et Rose, « Biopower today », 195-217.
- ²⁷³ Nikolas Rose, « Government, authority and expertise in advanced liberalism », *Economy & Society* 22, no 3 (1983): 285.
- ²⁷⁴ *Ibid.*, 283-299 ; Martin Pâquet, « Pensée scientifique et prise de décision au Canada et au Québec », *Bulletin d'histoire politique* 17, no 1 (2004) : 175-192.
- ²⁷⁵ Ivan Illich, « Disabling professions: Notes for a lecture », *Contemporary Crises* 1, no 4 (1977): 361.
- ²⁷⁶ *Ibid.*, p.361-362.
- ²⁷⁷ Chantraine et Cauchie. « Risque(s) et gouvernementalité », 36.
- ²⁷⁸ Martin Hewitt, « Biopolitics and social policy: Foucault's account of welfare », 75.
- ²⁷⁹ Paul André Linteau, René Durocher et Jean-Claude Robert et François Ricard, *Histoire du Québec contemporain II : Le Québec depuis 1930* (Montréal : Boréal, 1989), 834 p.
- ²⁸⁰ Cécile Lambert, « La formation infirmière dans les cégeps ». Dans Goulet Olive, *La profession infirmière : valeurs, enjeux, perspectives* (Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1993), 149-178. Voir également : Julien Prud'homme, « De la Commission Parent aux réformes de la santé et au Code des professions, 1961-1974 ». *Recherches Sociographiques* 53, no 1 (2012): 83-102.
- ²⁸¹ Evy Nazon et Amélie Perron, « La transition vers la formation infirmière au Canada ». Dans Dupuis Michel, Walter Hesbeen et al. *Être infirmière à l'ère universitaire* (Paris : Séli Arslan Éditeur, 2014), 133-150.
- ²⁸² AHND, Fonds (2-A-1625d) Quelques recommandations du rapport de la commission d'enquête sur les Services de santé, 1964.
- ²⁸³ LeBel, « La Commission Castonguay-Nepveu : recours à la pensée scientifique », 243-262.
- ²⁸⁴ James Struthers, « Crise des années 1930 ». *Encyclopédie Canadienne*, consulté le 14 juin 2015. <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/crise-des-annees-1930/>.
- ²⁸⁵ AHND, Fonds (A-167 C), L'hôpital et l'enseignement infirmier, 1967, p. 2.
- ²⁸⁶ *Ibid.*, p. 3.
- ²⁸⁷ *Ibid.*, p. 3.
- ²⁸⁸ *Ibid.*, p. 2.
- ²⁸⁹ Desjardins, Giroux et Flanagan, Histoire de la profession infirmière au Québec, 137.
- ²⁹⁰ « 60 ans déjà... Ordre des infirmières et infirmiers du Québec », 23.
- ²⁹¹ AHNDM, Fonds (2-A-1625 e), AIPQ, Allocution de la présidente, 1960, p. 1-2.
- ²⁹² AHNDM, Fonds (2-A-1625 a), AIPQ, Correspondance, 1964.
- ²⁹³ AHNDM, Fonds (A-167 C), L'hôpital et l'enseignement infirmier, 1967, p. 3.
- ²⁹⁴ Le mot *institut* est retrouvé dans les recommandations du Rapport de la Commission Parent. Les commissaires recommandent la création d'établissements d'enseignement postsecondaire et ses établissements sont alors appelés instituts.

-
- ²⁹⁵ AHNDM, Fonds (A-167 C), L'hôpital et l'enseignement infirmier, 1967, p. 1-12.
- ²⁹⁶ L'année 1946 voit l'entrée en vigueur de la Loi qui autorise l'exercice exclusif de la profession aux seules infirmières accréditées par la l'Association des Gardes-Malades de la Province de Québec (AGMEPQ). Au cours de cette même année l'AGMEPQ devient l'Association des infirmières de la province de Québec (AIPQ). En 1969, une modification de la loi des infirmières permet aux hommes d'intégrer la profession. L'AIPQ devient alors l'Association des infirmières et infirmiers de la Province de Québec (AIIPQ). En 1974, suite aux recommandations émises par la Commission Castonguay-Nepveu, le *Code des professions* qui établit le champ d'exercice exclusif des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec est adopté et l'AIIPQ change de nom pour l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, organisation qui a pour fonction principale d'assurer la protection du public en contrôlant l'exercice de la profession par ses membres.
- ²⁹⁷ « 60 ans déjà... Ordre des infirmières et infirmiers du Québec », 23-25.
- ²⁹⁸ Lambert, « La formation infirmière dans les cégeps », 149-178.
- ²⁹⁹ Desjardins, Giroux et Flanagan, *Histoire de la profession infirmière au Québec*, 154.
- ³⁰⁰ Olive Goulet, « Les infirmières et la formation universitaire ». Dans Goulet Olive, *La profession infirmière : valeurs, enjeux, perspectives* (Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1993), 191. Voir aussi Olive Goulet et Clémence Dallaire. *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 2002).
- ³⁰¹ Au Québec, deux universités offrent des programmes de deuxième cycle en sciences infirmières : l'Université McGill en 1961 et l'Université de Montréal en 1965. Voir Goulet, « Les infirmières et la formation universitaire », 193.
- ³⁰² Goulet, « Les infirmières et la formation universitaire », 179-208.
- ³⁰³ Cohen, et al., *Les sciences infirmières : Genèse de la discipline*, 38.
- ³⁰⁴ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, v-xv.
- ³⁰⁵ Frédérique Ildefonse, « Le pouvoir intériorisé ». Dans Goddard Jean-Christophe et Bernard Mabile, *Le pouvoir* (Paris : Librairie Philosophique J. Vrin, 1994), 308.
- ³⁰⁶ Patrick Martin, « Pouvoir pastoral, normalisation et soins infirmiers : une analyse foulcadienne », *Aporia* 2, no 2 (2010) : 26-35.
- ³⁰⁷ AVM, Fonds du Comité de santé - Bureau de santé (VM045-800.6), Tribune des conférenciers du CKAC, Dr Adélar Groulx : Le rôle social de l'infirmière hygiéniste au service de santé, Montréal, 1956, p. 2.
- ³⁰⁸ Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », *Dits et Écrits*, tome 4 (Paris : Éditions Gallimard, 1994), 222-243.
- ³⁰⁹ Penny Power, « The concept of need in nursing theory ». Dans Hessok Suzie et Ingrid Kollak, *Nursing Theories: Conceptual and Philosophical Foundations*, (2nd ed.) (New York: Springer Publishing Company, 2006), 77-80.
- ³¹⁰ Dave Holmes et Denise Gastaldo, « Nursing as means of governmentality », *Journal of Advanced Nursing* 38, no 6 (2002): 561.

Chapitre VIII

Conclusion

Notre étude de la discipline infirmière consistait à analyser spécifiquement le déroulement historique et les conditions de possibilité de la construction de certains savoirs infirmiers. Dans une perspective historique et critique, cette étude englobe les méthodes, les procédés qui ont mené à la « scientification » des savoirs infirmiers. Il convient de souligner que « critiquer » n'est pas seulement une activité intellectuelle, c'est une obligation qui exige l'utilisation de concepts à connotation politique afin de remettre en question les idées reçues.¹ L'analyse de discours et l'approche généalogique de Michel Foucault qui nous ont inspiré dans l'élaboration de ce travail et qui consistent à « désassujettir » les savoirs et à démontrer leurs liens avec le pouvoir ont permis de mettre en lumière le rôle politique des infirmières et d'apporter ainsi une contribution précieuse à la recherche en soins infirmiers, une nouvelle perspective et un cadre critique aux discussions historiques entourant la construction des savoirs infirmiers.

8.1 Les soins infirmiers : une visée politique

Pour de nombreux historiens, ce sont les pionnières infirmières qui, au tournant du XX^e siècle, ont travaillé d'arrache-pied à faire valoir l'apparition du nursing moderne au Québec par l'obtention de la reconnaissance légale de la profession. Dans cette étude, nous avons voulu montrer que la contribution de ces femmes à l'avancement des soins infirmiers dans la province de Québec et particulièrement à Montréal a certes été considérable, mais leur participation ne représente pas l'unique explication à la

construction des savoirs infirmiers et au développement de la profession. Les conditions de possibilités (modification du rôle des hôpitaux, discours sur l'efficacité et la productivité, développement de la science médicale, etc. comme nous l'avons vu au chapitre cinq) qui ont permis l'émergence et la diffusion d'un savoir infirmier reconnu comme « scientifique » sont en réalité le fait d'un ensemble de discours. En effet, il est important, selon Foucault, d'examiner les effets de la production de savoirs, de la diffusion des discours et de leur mise en œuvre au sein des pratiques d'une profession.² Dès lors, il ne s'agissait plus de s'interroger simplement sur les transformations et mutations du savoir infirmier, mais il fallait aussi se questionner sur les conditions qui ont rendu possible les nouveaux discours et régimes de vérité en soins infirmiers.³ À l'aune de l'approche foucauldienne, il nous a été possible de remarquer que chaque époque de l'histoire des soins infirmiers a développé ses propres discours dominants qui formulent de nouvelles connaissances et vérités sur le monde et par conséquent des normes à suivre. En effet, au début du XX^e siècle, s'éloignant de la pratique des soignantes du XIX^e siècle, l'ouverture des écoles et la construction des savoirs infirmiers, soulignent les historiens, se sont développés à la suite notamment des nouvelles avancées de la médecine, mais aussi comme un moyen de doter les infirmières de savoirs reconnus comme étant scientifiques et valables afin de pouvoir exercer – au chevet des patients à l'hôpital, à domicile et dans la communauté – une influence sur les individus en conformité avec les normes sociales. Dans la foulée de l'après Deuxième Guerre mondiale, et jusque dans les années 1960-1970, un nouveau contexte politique, économique, social et culturel se développe. Ce contexte favorise la mise en place de l'État-providence et fait émerger de nouveaux discours et un savoir infirmier reconnu

toujours comme étant « scientifique », mais dont la signification ne revêt plus la même connotation. Ainsi, l'analyse du savoir infirmier développé dans les écoles d'infirmières à Montréal montre un savoir en complète rupture avec les pratiques soignantes « traditionnelles », mais aussi une continuité dans l'appellation scientifique du savoir alors même que la définition de science se modifie entre le tournant et la fin du XX^e siècle. Nous assistons alors à de nouveaux régimes de vérité dans le discours infirmier et quelque soit l'époque considérée, il appert que les infirmières sont détentrices d'un pouvoir productif qui s'exprime sous forme de règlements disciplinaires, de normes moralisatrices à déployer auprès des individus et qui visent à optimiser leur santé, leur bien-être, leur capacité à travailler et leur longévité. D'ailleurs, dans un registre plus contemporain, il est possible de remarquer qu'à l'aube du XXI^e siècle, un nouveau régime de vérité voit le jour: *l'Evidence-based nursing* qui désigne le nouveau savoir scientifique dans le domaine du nursing. En fait, nous nous retrouvons en face d'un paradoxe car si les discours de scientificité ont ouvert des champs d'action et de possibilités aux infirmières (professionnalisation, légitimité face aux médecins, aux politiciens, etc.), ils ont aussi contribué à en fermer d'autres par exemple les traditions, les connaissances acquises « sur le tas », etc. Donc, il nous faut problématiser les savoirs et se demander sur quoi se base-t-on pour déterminer ce qu'est un savoir scientifique et quand est-ce qu'un savoir n'est pas considéré comme scientifique? Il faut aussi se demander : qui est appelé à reconnaître un savoir comme scientifique? Quelle position occupent ces personnes? Qui leur donne l'autorisation de s'exprimer? Il s'agit alors de faire une ontologisation des savoirs et éviter de les présenter comme absolus, déterminés et sans possibilités de remise en question.

Inspiré par la généalogie foucauldienne, nous avons aussi examiné dans quelle mesure les transformations dans les discours de différentes époques sur le nursing ont été le fruit de formes émergentes de savoir et de pouvoir, mais ont aussi donné lieu à d'autres formes de savoirs et d'autres déploiements de stratégies de pouvoir, tant auprès des individus et populations soignées, que dans le jeu politique, social et légal de l'administration de l'État.⁴ Nous avons montré que non seulement les discours font en sorte que les individus deviennent des sujets de gouvernements et des objets de connaissances, mais les données nous ont permis de mettre au jour la façon dont les infirmières ont contribué à produire un discours « afin de faire de la vie même, devenue objet de multiples savoirs, le champ d'application d'un bio-pouvoir ». ⁵ L'articulation entre savoir et pouvoir donne aux infirmières la possibilité d'extraire des individus un savoir ce qui permet de gérer leurs conduites et leurs comportements. Les nombreux discours économiques, politiques, religieux, hygiéniques et sociaux joints aux recommandations des rapports des différentes commissions d'enquête (Weir, Parent, Hall et Castonguay-Nepveu) ont contribué à l'émergence de savoirs scientifiques infirmiers. Ces nouveaux types de savoirs dans les écoles d'hôpitaux, les écoles d'hygiène et de formation supérieure et le positionnement stratégique (politique) des infirmières au regard des politiques sanitaires permettent à celles-ci d'avoir une crédibilité dans le milieu de la santé et un pouvoir sur les individus et la population. Leur savoir, leurs interventions et leur proximité avec la population font en sorte que les infirmières deviennent indispensables dans le milieu de la santé.

Notre analyse des données révèle également le développement du savoir scientifique infirmier comme une stratégie dans la transformation des infirmières en un

groupe de femmes appelées à assurer la productivité des institutions sanitaires et le contrôle des conduites des individus. En fait, il ressort qu'elles ont été considérées comme des éléments importants de la gestion bio-politique et du gouvernement des populations. Les notions foucaaldiennes de gouvernementalité, de discipline, de bio-pouvoir et de pouvoir pastoral permettent un examen de ce rôle politique joué par les infirmières sur la vie des individus (bio-politique). Le rôle des infirmières auprès des patients au tournant et au courant du XX^e siècle, n'était pas uniquement de l'ordre du *cure* ou du *care* (deux angles d'analyse souvent adoptés par les historiens), mais leur expertise et leur proximité avec les patients les plaçaient dans une position idéale pour influencer la conduite des individus afin de les rendre conforme aux normes établies. Selon Dean et Bolton, l'élaboration des nouvelles pratiques de soins infirmiers, à la fin du XIX^e siècle, doit être considérée à la fois aux niveaux macro et micro-politique. Du point de vue macro-politique, il s'agit de l'instauration des changements, de mesures ayant des effets sur l'ensemble de la population dans le but de la gouverner (ex : les mesures d'assainissement, l'hygiène publique). Le niveau micro-politique touche au point de contact avec l'individu et à la normalisation des comportements de celui-ci dans le but de produire un corps docile ce qui contribue à l'ordre social (ex : l'infirmière dans le domaine de la santé).⁶ Les infirmières, que ce soit à domicile ou à l'hôpital, enregistrent, observent, surveillent, collectent des informations pour assurer l'hygiène publique, le bien-être des individus et le respect des normes sociales. Elles se révèlent comme des agents de contrôle social appelées à agir efficacement au sein de l'appareil administratif. Les soins infirmiers représentent ainsi une force politique et sociale car, que ce soit à l'hôpital ou dans la communauté, par leur savoir et le mandat de procurer des soins, les

infirmières agissent comme des agents de surveillance, de contrôle et de soins auprès de la population.

La profession infirmière souvent considérée comme apolitique revêt, avec l'approche foucauldienne, une dimension beaucoup plus politique. Selon les chercheurs Denise Gastaldo et Dave Holmes, Foucault analyse l'existence humaine comme un événement politique où les individus et les populations sont soumis à un ensemble de techniques de pouvoir. Ces techniques visent à les discipliner, les contrôler, les réglementer, les normaliser afin de mieux les intégrer dans la vie économique et sociale. Le gouvernement des corps s'effectue à différents niveaux et sur de nombreux sites.⁷ Le domaine de la santé constitue un lieu privilégié pour la gestion de la société. Les soins infirmiers en tant que discipline produisent et diffusent des connaissances. Lorsque l'infirmière fournit de l'enseignement à l'hôpital ou à domicile, elle prodigue des conseils, promeut l'hygiène, édicte l'adoption de certaines habitudes de vie, etc. Ce faisant, elle participe pleinement et productivement à l'administration des personnes qu'elle soigne. De cette analyse, nous avons donc pu dégager deux grandes constatations: la dimension politique des soins infirmiers et la dimension sociale du rôle des infirmières.

8.2 Importance pour la profession infirmière

De façon générale, les études historiques en soins infirmiers visent à analyser un événement ou un phénomène qui s'est produit dans la profession. Notre étude, tout en utilisant des données historiques a puisé dans la théorie critique des concepts qui nous permettaient de présenter une analyse différente et d'autres pistes de réflexion. En effet, comme dit le sociologue Robert Castel:

Il me paraissait légitime de poser au matériel historique des questions que les historiens ne lui ont pas nécessairement posées, et de les réagencer à partir d'autres catégories [...]. Ce n'est pas réécrire l'histoire, ni la réviser. Mais, c'est la relire, c'est-à-dire faire, avec des données dont on est entièrement redevable [...], un autre récit qui ait à la fois sa propre cohérence [...] et soit com-possible avec celui des historiens.⁸

La généalogie foucauldienne s'intéresse à la manière dont tout évènement peut être analysé de façon historique et critique. Nous inspirant d'une telle approche, il a été possible de concevoir la profession infirmière, comme un ensemble complexe d'idées, de discours, de préoccupations et de priorités fluctuants associés à des contextes, des pratiques et des relations de pouvoir. En permettant la prise en compte de l'articulation singulière des facteurs politiques et sociaux, nous avons pu de mettre au jour certains discours, pouvoirs, savoirs et régimes de vérité ayant contribué à modifier la représentation de la discipline infirmière. Cette étude nous a ainsi permis de creuser l'histoire afin d'étudier et de reconsidérer certains évènements de l'histoire des soins infirmiers et de mettre en évidence le fait que la construction discursive des savoirs infirmiers et de la profession infirmière n'est pas le fait d'un discours unique. Ils sont le produit de plusieurs discours, de stratégies – déployés par les médecins, les religieuses, le clergé, les instances gouvernementales et judiciaires et les infirmières elles-mêmes – qui ont favorisé le développement de la profession et du savoir scientifique infirmier au tournant du XX^e siècle et de la fin des années 1960. Cette perspective qui invite à débusquer la genèse des évènements et des discours a permis de mettre en lumière les différentes facettes de la discipline infirmière, les enjeux ayant influencé son développement; de reconsidérer la construction des savoirs scientifiques infirmiers au tournant du XX^e siècle; à remettre en question les thèses communément acceptées, les savoirs souvent incontestés et tenus pour acquis; à faire valoir que les discours peuvent

prendre de nouvelles formes et à proposer ainsi une analyse renouvelée de l'histoire des soins infirmiers.⁹

Les notions foucaaldiennes de pouvoir/savoir, de discours, de bio-pouvoir et de gouvernementalité participent également au renouvellement des perspectives et des méthodes de recherches en histoire des soins infirmiers. Elles aident à l'élargissement du cadre d'analyse et fournissent des outils théoriques pour examiner des formations et des pratiques discursives.¹⁰ Plutôt que d'y voir une preuve d'acquis scientifiques, ces notions incitent à voir dans l'hégémonie des savoirs scientifiques, la convergence de pouvoir et de savoir construits en régimes de vérité. Les liens que Foucault établit entre pouvoir et savoir sont précieux dans la mesure où ils conduisent à une réflexion sur les circonstances entourant le succès du discours scientifique dans l'histoire du nursing. Le discours, selon la perspective foucauldienne, permet de comprendre pourquoi certaines visions du monde ou encore certains types de savoirs sont considérés comme légitimes alors que d'autres ne le sont pas. L'analyse de discours nous a ainsi incité à examiner le savoir infirmier non pas comme un ensemble cohérent mais comme une entité changeante.¹¹ Il ne s'agissait pas de remplacer, de supprimer ou d'exclure certains discours qui dominent le champ de la santé, mais de reconnaître dans quelle mesure ces discours incarnent des régimes de vérité.¹² Autrement dit, ce qui est considéré comme savoir infirmier aujourd'hui peut à une époque ultérieure être considéré comme étant totalement désuet.

Les concepts de bio-pouvoir et de gouvernementalité ont fourni également un autre angle d'analyse. Ils ont mis en lumière la contribution des infirmières depuis les débuts de la profession dans le maintien de la santé et la conduite des individus participant ainsi à une stratégie de régulation des populations. Les données analysées

dans le cadre de cette étude ont montré que les soins infirmiers se sont positionnés comme une pratique sociale indispensable au tournant du XX^e siècle et comme un projet politique en matière de gestion et de normalisation de la population. Cette étude inspirée d'une approche généalogique foucauldienne, permet d'aller au-delà des idées reçues, de diversifier la façon dont nous concevons l'histoire des soins et les soins infirmiers contemporains, et envisager d'autres manières de positionner la pratique des infirmières dans le milieu de la santé. Elle offre la possibilité d'expliquer la nature productive et souvent positive des savoirs, du pouvoir et des pratiques infirmiers.

Une telle perspective comporte des avantages pour la discipline infirmière. Au-delà de la domination dans la formation des infirmières au Canada de l'apport de Florence Nightingale ou, par exemple, de la conception des soins humanistes de la théoricienne infirmière Jean Watson (pour qui la relation infirmière/client doit s'appuyer sur des sentiments humains à travers une relation thérapeutique co-participative),¹³ l'approche foucauldienne permet une reconsidération de la formation des infirmières. Elle offre aussi l'opportunité, d'une part, de souligner l'insuffisance des méthodes historiques traditionnelles (histoire des soins infirmiers) et des théories et modèles conceptuels couramment utilisés dans la formation et dans la recherche en sciences infirmières et, d'autre part, d'attirer l'attention des milieux académiques, des ordres provinciaux et de tous ceux impliqués dans la formation des infirmières à considérer que le fait d'exposer et de donner aux étudiants en sciences infirmières la possibilité d'explorer d'autres angles d'analyses permettant de mieux saisir les enjeux politiques, sociaux et historiques affectant la formation et la pratique infirmières leur ouvriront plus facilement le chemin de l'arène politique. Enfin, ceci peut les amener à repenser leur rôle et leurs

responsabilités dans la création de programmes et de cursus de cours et de former non pas des infirmières dociles répondant aux besoins des milieux de santé, mais des professionnelles conséquentes capables de reconnaître leur rôle comme agent social et politique.

Bien que plusieurs approches soient utilisées en histoire des soins infirmières, elles ne fournissent pas des outils pour appréhender la complexité du processus de pouvoir, de savoir, du gouvernement des individus, etc. au sein de la discipline. Aussi, considérer des ensembles de concepts issus d'autres disciplines (sociologie, philosophie, etc.), amène une vision pluraliste de l'histoire des soins infirmiers et du nursing qui contribuerait à libérer la discipline du carcan « traditionnel » dans lequel elle peut souvent se retrouver. Les notions foucauldiennes telles que discutées dans le cadre de cette étude apparaissent comme des outils utiles non seulement pour le renouvellement de la recherche en histoire des soins infirmiers mais également pour l'analyse des fondements épistémologiques de la discipline infirmière et l'avancement des savoirs infirmiers et pour la formation des étudiants en sciences infirmières. Tant la méthodologie privilégiée que les notions théoriques qui ont inspiré cette recherche auront contribué à décrire et mieux comprendre une histoire comportant des éléments jusque là inexplorés de la recherche historique infirmière au Québec.

8.3 Limites de l'étude

Dans cette étude, nous avons dénombré quelques limites qui se rapportent principalement aux textes utilisés, à leur sélectivité historique et la disponibilité des documents mais aussi à l'approche utilisée par la chercheuse. Les données pour cette étude proviennent notamment de documents accessibles sur les deux premières écoles

d'infirmières à Montréal (l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et l'Hôtel-Dieu de Montréal), l'Institut Marguerite d'Youville et l'École d'infirmières d'hygiène appliquée. Bien que la majorité des écoles d'infirmières catholiques à Montréal étaient dirigées par des communautés religieuses et nous permet d'émettre l'hypothèse que les pratiques étaient probablement similaires dans les autres écoles d'infirmières de confession catholiques dans la province de Québec, nous pensons que des textes provenant d'autres écoles d'infirmières auraient pu fournir une analyse plus substantielle compte tenu du peu de documents qui étaient disponibles dans les archives des écoles d'infirmières que nous avons consultés pour certaines décennies. Ceci permettrait également une analyse plus systématique qui pourrait mettre en lumière les différences et les similitudes au sein des écoles catholiques de la même période ou - si on veut pousser plus loin l'étude - une analyse comparative entre les écoles d'infirmières catholiques et protestantes quant au développement des savoirs infirmiers à Montréal.

Une autre limite à signaler est l'accès à certains documents. Par exemple, dans les sources secondaires que nous avons consulté, plusieurs textes auxquels les historiens se sont référés et qui, selon nous, auraient pu nous fournir d'excellentes pistes d'analyse n'ont pu être retrouvés. Deuxièmement, pour des raisons de confidentialité, l'accès à plusieurs documents nous ont été refusés notamment aux Archives de l'Ordre des Infirmières du Québec où les documents datant de la fin des années 1930 jusqu'en 1970 étaient interdits aux chercheurs. Bien que les données pour cette étude proviennent de sources variées, les documents contenus dans les archives de l'OIIQ qui a été – et est encore – une des organisations clé et témoin des multiples transformations de la profession infirmière auraient pu consolider ou nuancer certains aspects de la présente

analyse. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les documents sur les infirmières travaillant à domicile ou en santé publique, certains textes relatifs à l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal ou d'autres documents se rapportant aux décisions gouvernementales.

Il convient également de mentionner que la perspective foucauldienne sur laquelle nous nous sommes basés pour mener cette étude pourrait être considérée comme une limite compte tenu des nombreuses critiques dirigées contre Foucault et contre les approches et notions qu'il a développées. En effet, certains historiens lui reprochent des analyses historiques trop rapides et bâclées et des erreurs dans les références historiques; d'autres chercheurs soulignent le manque de cohérence ou d'exactitude dans la définition et l'analyse de ses notions et concepts et le blâme pour avoir présenté le pouvoir comme une figure centrale qui contribue à transformer l'histoire et la société en une gigantesque conspiration.¹⁴ Cette position épistémologique a permis de situer les prédispositions de la chercheuse, et en ce sens, elle peut être comprise comme un biais dans la mesure où elle influence l'interprétation des données. Ainsi, les résultats de cette étude ne sous-tendent nullement être une vérité absolue et ne doivent pas être acceptés comme un « régime de vérité ». Ils représentent une possibilité parmi d'autres de compréhension de la construction du savoir et de l'histoire des soins infirmiers au Québec.

Néanmoins, l'originalité de cette étude réside dans sa capacité à présenter une analyse détaillée utilisant un cadre théorique différent de celui utilisé par les historiens du nursing. Le tournant du XX^e siècle, en histoire des soins infirmiers, est généralement décrit comme l'époque d'apparition du nursing moderne apportant avec elle l'épopée des

pionnières qui a su accorder aux gardes-malades reconnaissance et à la profession, la légalisation. Notre approche révèle cependant que les infirmières n'étaient pas les seules à avoir favorisé l'émergence d'un savoir infirmier dit scientifique. Plusieurs discours ont permis la construction du savoir infirmier et ont contribué à configurer les relations de pouvoir entre les infirmières, les instances étatiques et les individus, consolidant ainsi la portée à la fois bio-politique et individualisante des soins infirmiers en matière de surveillance, de normalisation et de gouvernement de la santé de la population.

-
- ¹ Dave Holmes, Bernard Roy et Amélie Perron, « The use of postcolonialism in nursing domain: Colonial patronage, conversion and resistance », *Advances in Nursing Science*. 31, no 1 (2008): 42-51.
- ² Dave Holmes et Denise Gastaldo, « Nursing as means of governmentality », *Journal of Advanced Nursing* 38, no 6 (2002): 561.
- ³ Michel Foucault, « Truth and power ». Dans Gordon Colin, *Power/Knowledge: Selected interviews & other writings 1972-1977* (New York: Vintage Books, 1980), 112.
- ⁴ Hubert Dreyfus & Paul Rabinow, *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics* (Chicago: The University of Chicago Press, 1992): 8-15.
- ⁵ Judith Revel, *Le vocabulaire de Foucault* (Paris : Ellipses Édition, 2002), 68 p.
- ⁶ Mitchell Dean et Gail Bolton, « The administration of poverty and the development of nursing practice in nineteenth-century England ». Dans Davies Celia (dir.), *Rewriting nursing history* (London, UK: Barnes & Nobles Books, 1980), 76-101.
- ⁷ Denise Gastaldo et Dave Holmes, « Foucault and nursing: a history of the present », *Nursing Inquiry* 6, no 4 (1999): 231-240.
- ⁸ Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale* (Paris : Gallimard, 1999), 23-24.
- ⁹ Naima Riahi, *Michel Foucault: Subjectivité, pouvoir, éthique* (Paris : L'Hartaman, 2011), 90-99.
- ¹⁰ Gastaldo et Holmes, « Foucault and nursing: a history of the present », 231-240.
- ¹¹ Rusla Anne Springer, et Michael E. Clinton, « Doing Foucault: inquiring into nursing knowledge with foucauldian discourse analysis », *Nursing Philosophy* 16, no 2 (2015): 87-97.
- ¹² Julianne Cheek et Sam Porter, « Reviewing Foucault: possibilities and problems for nursing and health care », *Nursing Inquiry* 4, no 2 (1997): 108-119.
- ¹³ Jean Watson, *Human science and human care, a theory of nursing* (Norwalk: Appelton-century-Croft, 1985), 111 p.
- ¹⁴ Michel Foucault, *L'impossible prison : recherches sur le système pénitentiaire au XIXe siècle* (Paris : Éditions du Seuil, 1980), 9-39 ; Béatrice Han, *L'ontologie manquée de Michel Foucault : Entre l'historique et le transcendantal* (Grenoble : Éditions Jérôme Million, 1998), 333 p. ; Marchel Gauchet et Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain : l'institution asilaire et la révolution démocratique* (Paris : Gallimard, 1980), 519 p. (Il ne s'agit que de quelques exemples, la liste aurait pu être très longue).

Références et sources

Sources primaires

Archives de l'Archevêché de Montréal (AAM)

[Fonds : 778-820 ; 778-846 ; 525-102 ; 525-103 ; 525-116 ; 759-109 – 759-111]

Sœurs Grises de Montréal : Règlements et Constitutions des Sœurs Grises, 1871? ; Visite Canonique de l'Archevêché à l'Hôpital Notre-Dame, 1906 ; Correspondance entre la communauté des Sœurs Grises et l'Archevêché de Montréal, 1906 ; Documents administratifs entre Sœurs Grises et Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1902, 1910. Correspondance entre la communauté des Sœurs Grises et l'Archevêché de Montréal, 1924 ; Visite canonique à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1^{er} mars 1906 ; Visite canonique à l'Hôtel-Dieu de Saint-Joseph, 1^{er} novembre 1912 ; Correspondance entre les RHSJ et le Dr E.P. Lachapelle, Doyen de la Faculté de médecine, Université Laval, 1914 ; Correspondance entre le Eugène St-Jacques et la Révérende Sœur Supérieure des RHSJ, août 1924 ; Lettre écrite par le Dr Donald Hingston de l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1924 ; Projet d'entente entre l'Hôtel-Dieu de Saint-Joseph et l'Université de Montréal, 192?

Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, Montréal : Correspondance entre Sœur Bonneau et l'Archevêque Bourget, 22 avril 1876 ; Correspondance entre Sœur Bonneau et Mgr l'Archevêque Fabre, 23 août 1878.

Sœurs de l'Espérance : Correspondances : Mgr Bruchési/Révérende Mère des Sœurs de l'Espérance, 9 février 1901 ; Mgr Bruchési/maire et échevins, 6 mars 1901 ; Révérende Mère des Sœurs de l'Espérance/Mgr Bruchési, du 13 mars 1901 au 18 avril 1902. Correspondance entre Mgr Bruchési et Louis Fréchette, 1903 ; Correspondance entre Mgr Burchési et Henri Tashereau, 1903.

Bureau de santé : Correspondances du Canadian Medical Association (section d'hygiène).

Archives du Collège des médecins (ACM)

[Microfilms : 131-pv-bpm 1890-1930]

Procès-verbaux du Bureau provincial de médecine 1890-1930.

Archives de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (AHNDM)

[Fonds : 2-A-110 ; 2-A-606 ; 2-A-546 ; 2-A-0060 ; 2-A-0166 ; 2-A-503 ; A-167 ; 2-A-1625 ; E495]

Rapports du conseil d'administration de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal : Séance du 15 Janvier 1898 ; 14 Avril 1899 ; 05 Janvier 1893 ; Rapports annuels de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1909-1917 ; Correspondance entre les Sœurs Grises et l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1950 ; Assemblée annuelle du département de nursing de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1958 ; Album souvenir de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980 ; Album souvenir de l'école d'infirmière de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1898-1968 ; AIPQ et programmes d'enseignement dans les écoles d'infirmières, 1964; communication de Claire Gagnon, directrice des services infirmiers, Assurance-hospitalisation du Ministère de la Santé au Congrès de l'Association des Hôpitaux de la Province de Québec, 02 mai 1967.

Archives de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (AOIIQ)

[Microfilms : Fonds : ARNPQ 1917-1925 ; AGMEPQ 1926-1934 ; ARNQP-AIPQ 1928-1953 ; AGMEPQ-Nursing Education 1923-1939 ; AGMEPQ-Section générale/Service privé 1925-1951]

ARNPQ : Procès-verbaux 1917-1925 ; Minutes 1917-1925 ; AGMEPQ : Procès-verbaux 1926-1934 ; Règlements sur la diplomation, 1922-1924; Loi et Statuts du Québec, 10 George V ; Loi Statuts du Québec, 12 George V; Résolution adoptée par le conseil de l'Association des Gardes-Malades Enregistrées de la Province de Québec, 1927.

Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Montréal (ARHSJM)

[Boîtes : 4A011-12-01-01 ; 4A011-12-01-02 ; 4A011-12-03 ; 4A011-12-01-04 ; 4A011-12-01-05 ; 4A011-12-01-07, 08 et 09; 4A011-12-02-01 ; 4A011-12-02-02]

Constitutions des Filles Hospitalières de Saint-Joseph, 1643; Coutumier et petites règles des Religieuses Hospitalières de la Congrégation de Saint-Joseph, 1750 ; Cérémonial des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, sous la règle de Saint-Augustin, 1872 ; Petit coutumier des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph sous la règle de Saint-Augustin, 1872; Règles et constitutions pour les Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, 1927, 1928; Coutumier et règles communes des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, 1939 ; Coutumier des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, 1957; Administration et organisation générale - 1901-1969 ; : Administration et Accréditation-évaluation - 1922-1969 ; Accréditation, Historique, Fermeture école 1950-1970 ; Comités 1951-1970 ; Affiliation contrat, Prospectus, Annuaire, Règlement 1901-1970 ; Rapports annuels, corr. Sup. et AIPQ Donateurs 1947-1970 ; Programme études – 1911-1970 ; Programme

études et examens – 1920-1969 ; Examens 1920-1969; Programmes études, Plan de cours, Examens 1923-1966 ; Cours 1911-1967 ; Le journal des étudiantes Le Sympathique.

Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph de Bathurst (ARHSJB)

École d'infirmières de Bathurst :

[Boîtes : 1A 01 ; 2A1 01 ; 2A2 01 ; 1B 01; 1D1 01 ; 2D2 01]

Prospectus des Écoles d'infirmières et d'auxiliaires (historique de l'école et renseignements) ca 1960 ; École infirmières Bathurst – Projet de centralisation des écoles d'infirmières – Correspondance, 1949-1960 ; Projet de centralisation des écoles d'infirmières – Rapports, structure proposée d'administration et d'enseignement, 1952-1953 ; Extraits des chroniques de la communauté RHSJ de l'Hôtel-Dieu (1943-1968).

École d'infirmières de Campbellton :

[Boîtes : 1A 01 ; 2A 01 ; 3P-01 ; 1P 01; 1L 01 ; 2L1 02 ; 2L1 03 ; 2L2 02]

Prospectus et Règlements, 1960 ; Correspondance de la direction de l'École 1966-1972; Coupures de journaux ca 1938-1975 ; Texte : comment un laïque définit l'infirmière; 50^e anniversaire de l'École des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Campbellton ; Discours et lettres aux finissantes 1944-1975.

École d'infirmières d'Edmundston :

[Boîtes : 1A 01 ; 2A 01 ; 1B 01 ; 2D1 01 ; 2D2 01 ; 2D3 01 ; 4G 02 ; 2J1 01]

Prospectus de l'École d'infirmières, 1958 ; Brefs historiques de l'École d'infirmières ; Extraits des chroniques des communautés RHSJ de Saint-Basile et Edmundston concernant l'École des infirmières, 1939-1968 ; Hôtel-Dieu d'Edmundston 1956-1958 ; Collation de diplômes, 1951-1966 ; Vie étudiante : guide de règlements, prise de coiffe et recueils de prières, 1944-1959.

École d'infirmières de Tracadie :

Boîtes : 1A1 01 ; 1A2 01 ; 1B 01 ; 1C1 01 ; 1D1 01 ; 2D1 01 ; 2D4 01 ; 2D5 01 ; 3D1 01]

Philosophie et buts de l'École des infirmières – Conditions essentielles – Historique, 1947-1963 ; Extraits des chroniques de la communauté de l'Hôtel-Dieu de Tracadie sur la formation et l'École des infirmières, 1928-1973 ; Correspondance avec l'Association des infirmières du N. B., portant sur l'ouverture de l'École, 1929-1948 ; Rapports annuels de l'École des infirmières soumis à l'Association des infirmières du N. B. par la directrice de l'École, 1947-1958 ; Administration de l'École des infirmières : Directrices, faculté,

politiques, règlements 1949-1957 ; Procès-verbaux des réunions de la faculté (direction et personnel), 1958-1962; Correspondance, 1937-196?

Archives des Sœurs de l'Espérance (ASE)

Annales de la Congrégation des Sœurs de l'Espérance, 1920-1937; Copies de lettres, 1901-1911.

Archives des Soeurs Grises de Montréal (ASGM)

[Fonds : L036 ; L102]

Constitutions et Règlements Sœurs Grises, 1781, 1917, 1981 ; Circulaire mensuelle, 1895-1920; Documents Règlements et Constitutions des Sœurs Grises, 1871? Procès-verbal de l'HND datée du 22 août 1881; Correspondance entre la Supérieure des Sœurs Grises et le Bureau d'administration de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 13 septembre 1881 ; Documents administratifs entre Sœurs Grises et HND, 1902 ; Lettres de la supérieure Sœur M. P. Filiatrault aux administrateurs l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1910-1923 ; Lettre du doyen de l'Université de Montréal au Premier Ministre L.-A. Taschereau, 27 janvier 1927 ; Lettre de Mgr Gauthier au Premier Ministre L.-A. Taschereau (premier ministre du Québec, 27 janvier 1927 ; Lettre de Sœur Dugas, Supérieure générale des Sœurs Grises au Premier Ministre L.-A. Taschereau, 29 janvier 1927; Monographie École des gardes-malades de l'HND, 193? ; Pamphlet de l'École d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1943 ; Le Journal L'Antenne des étudiantes infirmières de l'HND, 1946 ; Extrait du procès-verbal de la 116^{ième} réunion de la Commission des études de l'Université de Montréal, 26 septembre 1935 ; Extrait du procès-verbal de la 119^{ième} réunion de la Commission des études de l'Université de Montréal, 27 février 1936 ; Statuts et règlements de l'Institut Marguerite d'Youville, 13 janvier 1947; Journal des étudiantes Prisme, 1958; Historique de l'Institut Marguerite d'Youville, 12 mai 1960 ; Correspondance entre Sœur Denise Lefèbre en l'Université de Montréal, 1966-1967.

Archives de l'Université de Montréal (AUM)

[Microfilms : Fonds : D035 ; P0022 ; E0062 ; E0146]

[Dossiers : GE0146020001 ; GE0146020003 ; GE0146020005]

Institut Marguerite d'Youville : Cours de science hospitalière, 1937-1938 ; Organisation de l'enseignement, 1947-1951 ; Buts de l'Institut, 1964 ; Correspondance entre l'École de Médecine et de chirurgie de Montréal et le Recteur de la succursale de l'Université Laval à Montréal, 1893 ; Lettre de l'Hôtel-Dieu de Montréal à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, 18 août 1893 ; Lettre du Dr. Edouard Monpetit, Secrétaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1922 ; : L'Hôtel-Dieu, Méditation

historique par Monsieur le Dr Benoît (Discours prononcé à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} octobre 1923) ; Résumé des conventions et arrangements passés entre l'École de Médecine et l'Hôtel-Dieu, 13 avril 1860 ; Lettre de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal à Sœur Beaupré, directrice de l'École des gardes-malades de l'Hôtel-Dieu, 17 avril 1923; Lettre de Mère Virginie Allaire à Mgr Olivier Maurault, recteur de l'Université de Montréal, 24 septembre 1944 ; Lettre de Sœur Denise Lefèbvre à Mgr Olivier Maurault, recteur de l'Université de Montréal, 15 avril 1947 ; Mémoire sur l'enseignement post-scolaire et la création d'un cours d'enseignement hospitalier, 1923; Les gardes-malades – Diplôme universitaire de gardes-malades – Prospectus, 1924 ; Requête présentée à l'Université de Montréal par la Communauté des Sœurs Grises de Montréal, 1934 ; Procès-verbal de la 188^{ième} réunion de la Commission des études de l'Université de Montréal, tenue le jeudi 12 mai 1949 ; Résolution relative à l'École d'hygiène sociale appliquée, 1938 ; Commission universitaire des gardes-malades – Université de Montréal – Séance du 30 juin 1946.

Archives de la Ville de Montréal (AVM) :

[Microfilms : Fonds : VM35 ; VM171 ; BM017]

Procès-verbaux Bureau de Santé 1911-1920 ; Lois municipales – Montréal – Chapitre VII : Règlements pour établir un bureau de santé dans la cité de Montréal ; Extrait de la Charte de Montréal relatif à l'établissement du Bureau de santé ; Le Devoir du 12 juillet 1944 : L'œuvre de l'hygiène montréalaise depuis 1875 ; Copie de la Loi modifiant La loi de l'hygiène publique du Québec (Chapitre 78) ; Le service de santé de la Ville de Montréal : son organisation et son fonctionnement ; La Presse du mercredi 20 septembre 1967 ; La Patrie du 28 décembre 1958 : 240 anges-gardiens veillent sur la santé des enfants ; Les spécialités du nursing au service de santé - La santé des écoliers - Les services de santé ; Le rôle de l'infirmière du service de santé en hygiène maternelle ; L'infirmière hygiéniste et le nourrisson; L'infirmière hygiéniste et la visite à domicile..

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)

[Fonds : E8 ; E 13]

[Boîtes : 2 B011 0201 004A01 ; 1 C012 04-05-001A-01 ; 7 A030 0203 003A-01]

Historique du Ministère de l'Éducation et du Ministère de la santé et des services sociaux – Mémoire de l'Association des Infirmières de la Province de Québec – Index des procès-verbaux du Conseil de l'Instruction publique, 1867-1880 – Conseil de l'Instruction publique et écoles professionnelles.

Revue professionnelle

Canadian Nurse

La Veilleuse

La Garde-Malade Canadienne-Française

Les Cahiers du Nursing canadien

Les Cahiers du nursing

Nursing Québec

L'Union Médicale du Canada

L'Action Médicale

Références

- Abel-Smith, Brian. *A History of the Nursing Profession*. London, UK: Heinemann, 1960.
- Acton, Janice, Penny Goldsmith, et Bonnie Shepard. *Women at Work: Ontario, 1850-1930*. Toronto: Canadian Women's Educational Press, 1974.
- Allemang, Margaret M. « Nursing education in the United States and Canada, 1873-1950: Leading figures, forces, views on education ». Thèse de doctorat. University of Washington, 1974.
- Althusser, Louis. *Idéologie et appareils idéologiques d'État : Notes pour une recherche*. Chicoutimi : J. M. Tremblay, 2008.
- Aluwihare-Samaranayake, Dilmi, et Pauline Paul. « The influence of gender, ethnicity, class, race, the women's and labour movements on the development of nursing in Sri Lanka ». *Nursing Inquiry* 20, no 2 (2013): 133-44, doi: 10.1111/j.1440-1800.2012.00600.x. Epub.
- Anderson, Benedict. *Imagined communities: Reflections on the origins and spread of nationalism*. London, UK: Verso, 2006.
- Asghar, Jabreel. « Critical paradigm: a preamble for novice researchers ». *Life Science Journal* 10, no 4 (2013): 30121-3127.
- Ashley, Jo Ann. *Hospitals, Paternalism and the role of the nurse*. New York: Teachers College Press, 1976.
- Ashley, Jo Ann. « Nurses in American history: Nursing and early feminism ». *The American Journal of Nursing* 75, no 9 (1975): 1465-1467.
- Attewell, Alex. « Florence Nightingale (1820-1910) ». *Prospects* 28, no 1 (1998) : 173-189.
- Attewell, Alex. « Florence Nightingale's Relevance to Nurses ». *Journal of Holistic Nursing* 28, no 1 (2010): 101-106.
- Bachmann-Medick, Doris. *Cultural turns: New orientations in the study of culture*. Berlin: De Gruyter, 2016.
- Baillargeon, Denise. « Histoire orale et histoire des femmes : itinéraires et points de rencontre ». *Recherches féministes* 6, no 1 (1993) : 53-68.

- Baillargeon, Denise. « Maternalisme et État-Providence : le cas du Québec ». *Sextant* 30, no 6 (2003) : s. p.
- Baillargeon, Denise. « Praticiennes et patientes : Les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise ». *Revue d'Histoire de l'Amérique Française* 53, no 1 (1999) : 47-59.
- Ball Stephen J. *Foucault and education : disciplines and knowledge*. London, UK: Routledge, 1990.
- Bates Christina. *Une histoire culturelle de l'uniforme infirmier*. Gatineau : Musée Canadien de la civilisation, 2012.
- Bates, Christina, Dianne Dodd et Nicole Rousseau (dir.), *Sans frontières : Quatre siècles de soins infirmiers canadiens*. Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2005.
- Baumgart, Alice, et Jenniece Larsen. *Canadian Nursing Faces the Future: Development and Change*. St. Louis: C.V. Mosby, 1988.
- Béland, Daniel. « État-providence, libéralisme et lien social. L'expérience française : du solidarisme au retour de la solidarité ». *Cahiers de Recherche Sociologiques*, no 131 (1998): 145-164.
- Bernier, Sœur Jeanne. *Trois siècles de charité à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1642-1942*. Montréal : Imprimatur J. C. Chaumont, 1948.
- Bert, Jean-François, et Jérôme Lamy. *Michel Foucault : Un héritage critique*. Paris : Éditions du CNRS, 2014.
- Bert, Jean-François. *Introduction à Michel Foucault*. Paris : Édition La Découverte, 2001.
- Beyea Suzanne C., et Mary Jo Slattery. « Historical Perspectives on Evidence-Based Nursing ». *Nursing Science Quarterly* 26, no 2 (2013): 152–155.
- Boschma, Geertje. « Community Mental Health Nursing in Alberta, Canada: An Oral History ». *Nursing History Review* 20 (2012) : 103-35.
- Bourdieu, Pierre. « Le Champ scientifique ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 2, no 2 (1976) : 84-104.
- Bramadat, Ina J., et Karen I. Chalmers. « Nursing Education in Canada: Historical Progress - Contemporary Issues ». *Journal of Advanced Nursing* 14, no 9 (1989): 719-726.

- Bullough, Vern L., et Bonnie Bullough. *The care of the sick: The emergence of modern nursing*. New York: Prodist, 1978.
- Burchell, Graham, Colin Gordon, et Peter Miller. *The Foucault effect: Studies in governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.
- Burke, Peter. *New Perspectives on Historical Writing*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press, 1992.
- Büttgen, Philippe. « Théologie politique et pouvoir pastoral ». *Annales Histoire, Sciences Sociales* 62, no 5 (2007) : 1129-1154.
- Carpenter, Helen. *A divine discontent: Edith Kathleen Russell reforming educator*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto, 1982.
- Castel, Robert. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Gallimard, 1999.
- Castonguay, sœur Thérèse. *Formation supérieure des infirmières : Institut Marguerite d'Youville 1934-1967*. Montréal : Les Sœurs de la Charité de Montréal, 2002.
- Chantraine, Gilles et Jean-François Cauchie. « Risque(s) et gouvernementalité. Reconstruction théorique et illustration empirique : les usages du risque dans l'économie du châtement légal ». *Socio-logos* 1 (2006) : 2-24.
- Charles, Roland. *Encyclopédie Canadienne*. « Histoire de la médecine jusqu'à 1950 ». Consulté le 10 avril 2014.
<http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/histoire-de-la-medecine-jusqua-1950/>.
- Chauvreau, Sophie. « Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles? ». *Les Tribunes de la Santé* 4, no 33 (2011) : 81-89.
- Cheek, Julianne, et Sam Porter. « Reviewing Foucault: possibilities and problems for nursing and health care ». *Nursing Inquiry* 4, no 2 (1997): 108- 119.
- Coburn, David. « Professionalization and Proletarianization: Medicine, Nursing, and Chiropractic in Historical Perspective ». *Labour / Le Travail* 34 (1994): 139-162.
- Cohen, Yolande, André Duquette, Jacinthe Pépin, et Esther Lamontagne. *Les sciences infirmières. Genèse d'une discipline*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2002.
- Cohen, Yolande, et Éric Vaillancourt. « L'identité professionnelle des infirmières canadiennes-françaises à travers leurs revues, 1924-1956 ». *Revue d'Histoire de l'Amérique Française* 50, no 4 (1997) : 537-570.

- Cohen, Yolande, et Esther Lamontagne. « Les Soeurs Grises à l'Université de Montréal, 1923- 1947: de la gestion hospitalière à l'enseignement supérieur en nursing ». *Historical Studies in Education* 15, no 2 (2003): 273-297.
- Cohen, Yolande, et Michèle Dagenais. « Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle ». *Revue d'Histoire de l'Amérique Française* 41, no 2 (1987): 155-177.
- Cohen, Yolande. « De la nutrition des pauvres malades : L'histoire du Montreal Diet Dispensary de 1910 à 1940 ». *Histoire Sociale/Social History* 41, no 81 (2008):133-163.
- Cohen, Yolande. « Du nursing au care : le genre d'une profession ». *Aporia* 4, no 1 (2012): 42-50.
- Cohen, Yolande. « La contribution des sœurs de la Charité à la modernisation de l'Hôpital Notre-Dame, 1880-1940 ». *Canadian Historical Review* 77, no 2 (1996): 185-193.
- Cohen, Yolande. « Le Genre des États-Providence : Maternalisme et familialisme en France et au Canada ». *Revue Française Des Affaires Sociales* 2, no 2-3 (2012): 32-51.
- Cohen, Yolande. « Rapports de genre, de classe et d'ethnicité : L'histoire des infirmières du Québec ». *Canadian Bulletin of Medical History /Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 21, no 2 (2004) : 387-409.
- Cohen, Yolande. « Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec ». *Recherche En Soins Infirmiers* 93, no 2 (2008): 84-93.
- Cohen, Yolande. *Profession infirmière: Une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2000.
- Connolly, Cynthia Ann. « Beyond social history: New approaches to understanding the state of and the state in nursing history ». *Nursing History Review* 12, no 1 (2004): 5-24.
- Cullum, Nicky, Donna Ciliska R., Brian Haynes, et Susan Marks. *Evidence-based nursing: An introduction*. Oxford : Blakwell Publishing, 2008.
- D'allaire, Micheline. *Les Communautés religieuses de Montréal : Les communautés religieuses et l'assistance sociale à Montréal, 1659-1900*. Montréal: Éditions du Méridien, 1997.
- D'Antonio, Patricia. « Revisiting and Rethinking the Rewriting of Nursing History ». *Bulletin of the History of Medicine* 73, no 2 (1999): 268-290.

- D'Antonio, Patricia. *American Nursing: A History of Knowledge, Authority, and the Meaning of Work*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2010.
- Daigle, Johanne, et Nicole Rousseau. « Le service médical aux colons : gestation et implantation d'un service infirmier au Québec (1932-1943) ». *Revue d'Histoire De l'Amérique Française* 52, no 1 (1998): 47-72.
- Daigle, Johanne, Nicole Rousseau, et Francine Saillant. « Des traces sur la neige...la contribution des infirmières au développement des régions isolées du Québec au XX^e siècle ». *Recherches Féministes* 6, no 1 (1993): 93-104.
- Daigle, Johanne. « Devenir infirmière : le système d'apprentissage et la formation professionnelle à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1920-1970 ». Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal, 1990.
- Daigle, Johanne. « Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XX^e siècle ». *Recherches féministes* 4, no 1 (1991) : 67-86.
- Daveluy, Marie-Claire, et Jacques Laurent. *Jeanne Mance*. Montréal : A. Levesque, 1934.
- Davies, Celia. *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Buckingham, UK: Open University Press, 1995.
- Davies, Celia. *Rewriting Nursing History*. Totowa, NJ: Barnes & Nobles Book, 1980.
- Deacon, Roger. « Michel Foucault on education: a preliminary theoretical overview ». *South African Journal of Education* 26, no 2 (2006):117-187.
- Dean, Mitchell. *Govermentality: Power and rule in modern society*. London, UK : Sage Publication, 2010.
- Debout, Christophe. « La pratique infirmière fondée sur les preuves ». *Soins* 57, no 771 (2012) : 14-17.
- Delâge, Denys. « L'influence des Amérindiens sur les Canadiens et les Français au temps de la Nouvelle-France ». *LEKTON* 2, no 2 (1992) : 103-191.
- Deloughery, Grace L. et Eileen A. O'Neil. *History and Trends of Professional Nursing*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1977.
- Denzin, Norman K., et Yvonna S. Lincoln. *The landscape of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2008.
- Desbiens, Albert, et Yvan Lamonde. *L'Hôtel-Dieu de Montréal (1642-1973)*. Montréal : Éditions Hurtubise, 1973.

- Desjardins, Édouard, Suzanne Giroux, et Eillen C. Flanagan. *Histoire de la profession infirmière au Québec*. Montréal : Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec, 1970.
- Desjardins, Georgette, et Corinne Laplante. « Œuvres des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph du Nouveau-Brunswick, 1868-1986 ». *Revue de la société historique du Madawaska* 14, no1-2 (1986) : 2-67.
- Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer, et Othmar Keel. « Contribution de l'école d'hygiène de l'Université de Montréal à un enseignement francophone de santé publique, 1946-1970 ». *Revue d'Histoire De l'Amérique Française* 47, no 3 (1994): 323-347.
- Desrosiers, Georges, Benoît Gaumer, et Othmar Keel. « L'évolution des structures de l'enseignement universitaire spécialisé de santé publique au Québec : 1899-1970 ». *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 6, (1989) : 3-26.
- Desrosiers, Georges. « Joseph-Albert Baudoin (1875-1962) : Professeur d'hygiène ». *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine*, 10 (1993) : 251-68.
- DiCenso, Alba. « Evidence-based nursing practice: How to get there from here ». *Nursing Leadership* 16, no 4 (2003): 20-26.
- Dilthey, Wilhem, et Frederik Jameson. « The rise of hermeneutics ». *New Literary History* 3, no 2 (1972): 229-244.
- Dingwall, Robert, Anne Marie Rafferty, et Charles Webster. *An Introduction to the Social History of Nursing*. London: Routledge, 1988.
- Dodd, Dianne, et Deborah Gorham. *Caring and curing: Historical perspectives on women and healing in Canada*. Ottawa : University of Ottawa Press, 1994.
- Donzelot, Jacques. *L'invention du social : essai sur le déclin des passions politiques*. Paris : Éditions du Seuil, 1994.
- Donzelot, Jacques. *La police des familles*. Paris : Les Éditions de Minuit, 2005.
- Dreyfus, Hubert L., et Paul Rabinow. *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press, 1982.
- Dreyfus, Hubert L., et Paul Rabinow. *Michel Foucault : un parcours philosophique au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*. Paris : Éditions Gallimard, 1984.

- Du Gas, Beverly W., Lynne Esson, et Sharon E. Ronaldson. *Nursing foundations: A Canadian perspective*. Scarborough, ON : Prentice Hall Canada, 1999.
- Duffin, Jacalyn. « Abraham Flexner a-t-il provoqué la création du JAMC? ». *Canadian Medical Association Journal* 183, no 9 (2011): E593-E596. doi: 10.1503/cmaj.110597.
- Dupuis Michel, Walter Hesbeen, Jocalyn Lawler, et al. *Être infirmière aujourd'hui à l'ère universitaire : enjeux, débats et évolutions*. Paris : Séli Arslan Éditeur, 2014.
- Durocher, René. *Encyclopédie Canadienne*. « Révolution tranquille ». Consulté le 14 juin 2015. <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/revolution-tranquille/>.
- Eastabrooks, Carole A. « Will Evidence-based nursing practice make practice perfect? ». *Canadian Journal of Nursing Research* 30, no 1 (1998): 15-36.
- Église Catholique en France. « Économie du salut ». Consulté le 08 avril 2016. <http://www.eglise.catholique.fr/glossaire/economie-du-salut/>
- Ehrenreich, Barbara, et Deirdre English. *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*. Montréal: Éditions du Remue-Ménage, 1976.
- Elliott, Jayne, Meryn Stuart, et Cynthia Toman. *Place and practice in Canadian nursing history*. Vancouver: University of British Columbia Press, 2008.
- Etzioni, Amitai. *The Semi-Professions and their Organization: Teachers, Nurses, Social- Workers*. New York: Free Press, 1969.
- Ewald, François. *L'État providence*. Paris: B. Grasset, 1986.
- Faillon, Michel Étienne. « Vie de Mlle. Mance et histoire de l'Hotel-Dieu de Ville-Marie dans l'Île de Montréal, en Canada ». Ville-Marie : Les Sœurs de l'Hôtel-Dieu de Ville-Marie, 1854.
- Faure, Olivier. « L'hôpital et la médicalisation du début du XIX^e siècle : l'exemple lyonnais, 1800-1850 ». *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest* 86, no 2 (1979) : 277-290.
- Feldberg, Georgina, Molly Ladd-Taylor, Alison Li, et Kathryn McPherson. *Women, health, and nation: Canada and the United States since 1945*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2003.

- Ferguson, Linda, et Rene A. Day. « Evidence-based nursing education: myth or reality ». *Journal of Nursing Education*, 44, no 3 (2005) :107-115.
- Ferland-Angers, Albertine. *L'école d'infirmières de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal 1898-1948*. Montréal : Les Éditions Contrecoeur, 1948.
- Filloux, Jean-Claude. « Étude critique : Michel Foucault et l'éducation ». *Revue Française de Pédagogie* 99, (1992) : 115-120.
- Fineout-Overholt, Ellen, Bernadette Mazurek Melnyk, et Alyce Schultz. «Transforming health care from the inside out: advancing Evidence-based Practice in the 21st century». *Journal of Professional Nursing* 21, no 6 (2005): 335-344.
- Flynn, Karyn C. *Moving beyond border: a history of black Canadian and Caribbean women in the diaspora*. Toronto: University of Toronto Press, 2011.
- Forestell, Nancy M., Kathryn M. McPherson, et Cecilia L. Morgan. *Gendered pasts: historical essays in feminity and masculinity in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 2003.
- Foth, Thomas. « Nurses, medical records and the killing of sick persons before, during and after the Nazi regime in Germany ». *Nursing Inquiry* 20, no 2 (2013): 93-100.
- Foth, Thomas. « Understanding “caring” through biopolitics: The case of nurses under the Nazi regime ». *Nursing Philosophy* 14, no 4 (2013): 284-294.
- Foth, Thomas. *Caring and killing: nursing and psychiatric practice in Germany, 1931-1943*. Gottingen Germany : V&R Unipress, 2013.
- Foucault, Michel, Blandine Barret Kriegel, Anne Thalamy, François Buégin, et Bruno Fortier. *Machines à guérir : Aux origines de l'hôpital Moderne*. Paris : Institut de l'Environnement, 1976.
- Foucault, Michel. *Il faut défendre la société : Cours au Collège de France (1975-1976)*. Paris : Seuil/Gallimard, 1997.
- Foucault, Michel. « Histoire de la médicalisation ». *Hermès La Revue* 2, no 2 (1988) : 11-29.
- Foucault, Michel. « Qu'est-ce que la critique? [Critique et Aufklärung] ». *Bulletin de la société française de philosophie* 84, no 2 (1978) : 35-63.
- Foucault, Michel. *Dits et écrits*. Paris : Éditions Gallimard, 1994.
- Foucault, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1972.

- Foucault, Michel. *Histoire de la sexualité : La volonté du savoir*. Paris : Éditions Gallimard, 1976.
- Foucault, Michel. *L'impossible prison : recherches sur le système pénitentiaire au XIXe siècle*. Paris : Éditions du Seuil, 1980.
- Foucault, Michel. *L'Ordre du discours*. Paris : Éditions Gallimard, 1971.
- Foucault, Michel. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard, 1969.
- Foucault, Michel. *Les mots et les choses*. Paris : Gallimard, 1966.
- Foucault, Michel. *Naissance de la biopolitique*. Paris : Gallimard, 2004.
- Foucault, Michel. *Naissance de la clinique*. Paris : Quadrige/Presses Universitaires de France, 1963.
- Foucault, Michel. *Sécurité, Territoire, Population : Cours au Collège de France (1977-1978)*. Paris : Seuil/Gallimard, 2004.
- Foucault, Michel. *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris: Gallimard, 1975.
- Friedan, Betty. *The feminine mystique*: New York: W. W. Norton, 1997.
- Friedman, Lawrence J., et Marc D. McGarvie. *Charity, philanthropy and civility in American history*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003.
- Garland, David. « What is a history of the present? On Foucault's genealogies and their critical preconditions ». *Punishment & Society* 16, no 4 (2014): 365-384.
- Gastaldo, Denise, et Dave Holmes. « Foucault and nursing: a history of the present ». *Nursing Inquiry* 6, no 4 (1999): 231-240.
- Gaucher, Dominique. « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : de la santé publique à la médecine préventive ». *Recherches Sociographiques* 20, no. 1 (1979): 59-85.
- Gauchet, Marchel et Gladys Swain. *La pratique de l'esprit humain : l'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris : Gallimard, 1980.
- Genel, Katia. « Le biopouvoir chez Foucault et Agamben ». *Methodos : Savoirs et textes*, 4 (2004), 61 para. doi : 10.4000/methodos.131
- Giard, Luce. *Michel Foucault: lire l'œuvre*. Grenoble, France : Éditions Jérôme Million, 2012.

- Gibbon, John Murray, et Mary S. Mathewson. *Three centuries of Canadian nursing*. Toronto : McMillan, 1947.
- Goddard Jean-Christophe, et Bernard Mabile. *Le pouvoir*. Paris : Librairie Philosophique J. Vrin, 1994.
- Goldstein, Jan E. *Foucault and the writing of history*. Cambridge, Mass: Blackwell, 1994.
- Goodnow, Minnie *Outlines of nursing history*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1916.
- Gordon, Colin. *Power/knowledge: selected interviews and other writing*. New York : Pantheon Books, 1980.
- Goulet, Denis, et Robert Gagnon. *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000 : de l'art de soigner à la science de guérir*. Québec : Septentrion, 2014.
- Goulet, Denis, François Hudon, et Othmar Keel. *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*. Montréal : VLB, 1993.
- Goulet, Denis, Gilles Lemire, et Denis Gauvreau. « Des bureaux d'hygiène municipaux aux unités sanitaires. Le Conseil d'hygiène de la province de Québec et la structuration d'un système de santé publique, 1886-1926 ». *Revue d'Histoire de l'Amérique française* 49, no 4 (1996) : 491-520.
- Goulet, Olive, et Clémence Dallaire. *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 2002.
- Goulet, Olive. *La profession infirmière : valeurs, enjeux, perspectives*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1993.
- Gournay, Isabelle, et Terrance Hughes. « L'architecture hospitalo-universitaire : le tournant des années 20 ». *Journal of Canadian Art History / Annales d'histoire de l'Art Canadien* 13/14, no 2/1 (1990) : 26-43.
- Gracia, Jorge J. E. « Are categories invented or discovered? A response to Foucault », *The Review of Metaphysics* 55, no 1 (2001): 3-20.
- Grympa, Sonya J. « Critical issues in the use of biographic methods in nursing history ». *Nursing History Review* 13, no 1 (2005): 171-187.
- Guilhot, Nicolas, « Une vocation philanthropique. George Soros, les sciences sociales et la régulation du marché mondial ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 1, no 151-152 (2004) : 36-48. doi : 10.3917/arss.151.0036.

- Guillaume, Pierre. « Naissance de l'État providence ». *Revue économique* 51, no 2 (2000): 371-384. doi: 10.2307/3503130).
- Gutting, Garry. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. « Michel Foucault ». Consulté le 10 décembre 2015 <http://plato.stanford.edu/archives/win2014/entries/foucault/>.
- Habermas, Jürgen. « Knowledge and interest ». *Inquiry* 9, no 1-4 (1966): 293-300.
- Hall, Stuart. *Representation: cultural, representation and signifying practices*. London, UK: Sage Publication, 1997.
- Hamilton, Diane B. « The idea of history and the history of ideas ». *Journal of Nursing Scholarship* 25, no 1 (1993): 45-48.
- Han, Béatrice. *L'ontologie manquée de Michel Foucault : Entre l'historique et le transcendantal*. Grenoble : Éditions Jérôme Million, 1998.
- Hébert, Karine. « Une organisation maternaliste au Québec : La Fédération Nationale Saint-Jean-Baptiste et la bataille pour le droit de vote des femmes ». *Revue d'Histoire de l'Amérique Française* 52, no 3 (1999): 315-344.
- Helmstadter, Carol. « Early nursing reform in 19th century London: A Dr. driven phenomenon ». *Medical History* 46, no 3 (2002): 325-350.
- Herdman, Elizabeth. « The illusion of progress in nursing ». *Nursing philosophy* 2, no 1 (2001): 4-13.
- Hessok, Suzie, et Ingrid Kollak. *Nursing theories: conceptual and philosophical foundations*. New York: Springer Publishing Company, 2006.
- Hewitt, Martin. « Biopolitics and social policy: Foucault's account of welfare ». *Theory, Culture & Society* 2, no 1 (1983): 67-84.
- Holmes, Dave, Bernard Roy, et Amélie Perron. « The use of postcolonialism in nursing domain: Colonial patronage, conversion and resistance ». *Advances in Nursing Science* 31, no 1 (2008): 42-51.
- Holmes, Dave, et Denise Gastaldo. « Nursing as means of governmentality ». *Journal of Advanced Nursing* 38, no 6 (2002): 557-565.
- Hook, Derek. « Discourse, knowledge, materiality, history - Foucault and discourse analysis ». *Theory and psychology* 11, no 4 (2001): 521-547.
- Hook, Derek. « Genealogy, discourse, 'effective history': Foucault and the work of critique ». *Qualitative Research in Psychology* 2, no. 1 (2005): 3-31. .

- Hoy, David Couzens. *Michel Foucault: lectures critiques*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael s.a., 1989.
- Hulak, Florence. « En avons-nous fini avec l’histoire des mentalités ? ». *Philonsorbonne* 2, (2008) : 89-109.
- Hulak, Florence. « Michel Foucault, la philosophie et les sciences humaines : jusqu’où l’histoire peut-elle être foucauldienne? », *Tracés* 3, no Hors-série13 (2013) : 103-120. doi: 10.4000/traces.5718.
- Huntsman, R. G., Mary Bruin, et Deborah Holttum. « Twixt candle and lamp: the contribution of Elizabeth Fry and the Institute of Nursing Sisters to nursing ». *Reform Medical History* 46, no 3 (2002): 351–380.
- Illich, Ivan. « Disabling professions: Notes for a lecture ». *Contemporary Crises* 1, no 4, (1977): 359-370. doi:10.1007/BF00729109
- Ingersoll, Gail L. « Evidence-based nursing: what it is and what it isn’t ». *Nursing Outlook* 48, no 4 (2000): 151-152. doi:10.1067/mno.2000.107690
- Jardine, Pauline O. « An urban middle-class calling: women and the emergence of modern nursing education at the Toronto General Hospital, 1881-1914 ». *Urban History Review / Revue d'Histoire Urbaine* 17, no 3 (1989): 176-190.
- Keller, Reiner. « L’analyse de discours du point de vue de la sociologie de la connaissance – une perspective nouvelle pour les méthodes qualitatives ». *Recherches Qualitatives*, Hors Série 3 (2007) : 287-306.
- Kendall, Gavin, et Gary Wickham. *Using Foucault’s methods*. London, UK : Sage Publication, 1999.
- Kerr, Janet, et Jannetta MacPhail. *Canadian nursing: issues and perspective*. Toronto: Mosby, 1991.
- Kinnear, Julia L. « The professionalization of Canadian nursing, 1924-32: views in the CN and the CMAJ ». *Bulletin Canadien d'Histoire De La Medecine/ Canadian Bulletin of Medical History* 11, no 1 (1994): 153-174.
- Kinnear, Mary. *In subordination: professional women, 1970-1970*. Montréal: McGill University Press, 1995.
- Koven, Seth, et Sonya Michel. *Mothers of a new world: maternalist politics and the origins of the Welfare state*. New York : Routledge, 1993.
- Kremer-Marietti, Angèle. *Michel Foucault: archéologie et généalogie*. Paris: Librairie Générale Française, 1985.

- Kreutzer, Susanne. « “Hollywood nurses” in West Germany: biographies, self-images, and experiences of academically trained nurses after 1945 ». *Nursing History Review* 21, no 1 (2013): 33–54.
- La Perrière Guy *Les congrégations religieuses : de la France au Québec, 1880-1914 - Au plus fort de la tourmente, 1901-1904*, (Québec : Les Presses de l’Université Laval, 1999), 1-54.
- Lachance, Micheline. *Rosalie Jetté et les filles-mères au XIX^e siècle*. Montréal : LEMEAC, 2010.
- Lafaye, Claudette. *La sociologie des organisations*. Paris : Nathan, 2005.
- Laks, André, et Ada Neschke. *La naissance du paradigme herméneutique : de Kant et Schleiermacher à Dilthey*. Lille, France : Les Presses Universitaires du Septentrion, 2006.
- Lascoumes, Pierre. « La gouvernementalité : De la critique de l’état aux technologies du pouvoir ». *Le Portique* 13-14, (2004) : 2-13.
- Lavigne Marie, Yolande Pinard, et Dorothy S. Cross. *Travailleuses et féministes : les femmes dans la société québécoise*. Montréal : Les Éditions du Boréal Express, 1983.
- LeBel, Louis. « La Commission Castonguay-Nepveu : recours à la pensée scientifique et négociations fédérales-provinciales sur le partage des compétences en matière de santé, 1966-1972 ». *Bulletin d’Histoire Politique* 17, no 1 (2008) : 243-262.
- Leclerc, Gérard. « Histoire de la vérité et généalogie de l’autorité ». *Cahiers internationaux de sociologie* 2, no 111 (2001) : 205-231. doi: 10.3917/cis.111.0205.
- Lefèbre, Hélène, Odette Roy, Sarah Sahtali, et Monique Rothan-Tondeur. « Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques ». *Recherche en soins infirmiers* 3, no 114 (2013) : 31-45. doi : 10.3917/rsi.114.0031
- Lefève, Céline. « La philosophie du soin ». *La Matière et l’Esprit*, no 4 (2006) : 25-34.
- Lefèvre, Sylvain. « Pour une approche sociopolitique de la philanthropie financière : plaidoyer pour un programme de recherche ». *Politiques et Sociétés* 34, no 2 (2015) : 61-85. doi: 10.7202/1032507ar.
- Lefranc, Clément. « Microphysique du pouvoir ». *Sciences Humaines*, Hors-série, no 19 (2014) : 34-35.

- Létourneau, Lorraine. *Marguerite d'Youville*. Montréal : Lidec, 1991.
- Levi, Margaret. « Functional redundancy and the process of professionalization: the case of registered nurses in the United States ». *Journal of Health Politics, Politics and Law* 5, no 2 (1980): 334-343.
- Lewenson, Sandra B., et Eleanor K. Hermann. *Capturing nursing history: a guide to historical methods in research*. New York : Springer Publishing Company, 2008.
- Linteau, Paul André, René Durocher, Jean-Claude Robert, et François Ricard. *Histoire du Québec contemporain II : Le Québec depuis 1930*. Montréal : Boréal, 1989.
- Ludmerer, Kenneth M. « Commentary: understanding the Flexner Report ». *Academic Medicine* 85, no 2 (2010): 193–196.
- MacDermot, Hugh E. *History of the School for Nurses of the Montreal General Hospital*. Montreal: The Alumnae Association, 1940.
- Macmillan, Alexandre. « La biopolitique et le dressage des populations ». *Cultures & Conflits* 1, no 78 (2010) : 39-53.
- Magnon, René. « Syndicalisme et travail infirmier à l'heure de la mondialisation ». Consulté le 22 décembre 2013.
http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/A01-CThematique_seti_f.pdf.
- Maingueneau, Dominique. « Pertinence de la notion de formation discursive en analyse de discours ». *Langage et société* 1, no 135 (2011) : 87-99.
doi: [10.3917/l.s.135.0087](https://doi.org/10.3917/l.s.135.0087).
- Maingueneau, Dominique. « Que cherchent les analystes du discours ? ». *Argumentation et Analyse du Discours* 9 (2012): 1-14.
- Makkreel, Rudolf. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. «Wilhelm Dilthey». Consulté le 15 décembre 2015.
<http://plato.stanford.edu/archives/sum2012/entries/dilthey/>.
- Malette, Sébastien. «La "gouvernementalité" chez Michel Foucault, (Mémoire de maîtrise, Philosophie, Université de Montréal, 2006).
- Mansell, Diane. *Forging the future: A history of nursing in Canada*. Ann Arbor, MI: Thomas Press Publication, 2003.
- Marks, Shula. *Divided Sisterhood: race, class and gender in the South African nursing profession*. New York : St. Martin's Press, 1994.

- Martin, Patrick. « Pouvoir pastoral, normalisation et soins infirmiers : une analyse foucauldienne ». *Aporia* 2, no 2, (2010) : 26-35.
- Marx, Karl, et Friedrich Engels. *L'idéologie allemande. Première partie : Feuerbach*. Chicoutimi : J. M. Tremblay, 2002.
- Mavouangi, David. *La philosophie de Kant et l'éducation*. Paris : L'Harmattan, 2012.
- McDonald, Lynn, et Gérard Vallée. *The collected works on Florence Nightingale*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier Press, 2001.
- McDonald, Lynn. « Florence Nightingale: passionate statistician ». *Journal of Holistic Nursing* 16, no 2 (1998): 267-277.
- McHoul, Alec, et Wendy Grace. *A Foucault primer: discourse, power and the subject*. London, UK: Routledge, 1993.
- McPherson, Kathryn M. *Bedside Matters: the transformation of Canadian nursing, 1900-1990*. Toronto: Oxford University Press, 1996.
- McPherson, Kathryn, et Meryn Stuart. « Writing nursing history in Canada: issues and approaches ». *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 11, no 1 (1994): 3-22.
- Melchior, Florence. « Feminist approaches to nursing history ». *Western Journal of Nursing Research* 26, no 3 (2004): 340-355.
- Melosh, Barbara. *The physician's hand: work culture and conflict in American Nursing*. Philadelphia : Temple University Press, 1982.
- Merlin, Matthieu. « Foucault, le pouvoir et le problème du corps social ». *Idées économiques et sociales* 1, no 155 (2009) : 51-59. doi: 10.3917/idee.155.0051.
- Merrien, François-Xavier Merrien, *L'État-providence*. Paris : Presses Universitaires de France, 2007.
- Messier, Omer-Denis. « Soigner au XVII^e siècle : l'équilibre des humeurs ». *Cap-aux-diamants : La Revue d'Histoire du Québec*, (1989) : 43-44.
- Miller, Peter, et Nikolas Rose. « Governing economic life ». *Economy and Society* 19, no 1 (1990): 1-31.
- Miller, Peter, et Ted O'Leary. « Accounting and the construction of the governable person ». *Accounting Organizations and Society* 12, no 3 (1987): 235-265.

- Montoussé, Marc, et Dominique Chamblay. *Le taylorisme et le fordisme : 100 fiches pour comprendre les sciences économiques*. Rosny-sous-Bois, France : Bréal, 2006.
- Montpetit, Raymond. *Encyclopédie du Patrimoine culturel de l'Amérique Française*. «L'Hôpital général des Frères Charon, aujourd'hui Maison de Mère d'Youville à Montréal ». Consulté le 10 mai 2014.
http://www.ameriquefrancaise.org/fr/article-730/L'H%C3%B4pital_g%C3%A9n%C3%A9ral_des_Fr%C3%A8res_Charon,_aujourd'hui_Maison_de_M%C3%A8re_d'Youville_%C3%A0_Montr%C3%A9al.html#.V5y-mbgrLIU.
- Morin, Sœur Marie. *Annales de l'Hôtel-Dieu de Montréal*. Montréal : L'Imprimerie des Éditeurs Limitée, 1921.
- Moscovitch, Alain. *Encyclopédie Canadienne*. « État providence ». Consulté le 24 juin 2016. <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/etat-providence/>.
- Nelson, Sioban. *Say little, do much: Nurses, nuns, and hospitals in the nineteenth century*. Philadelphia: Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2001.
- Nicholls, David. « Body politics: A foucauldian discourse analysis of physiotherapy practice ». Thèse de doctorat. University of South Australia, 2008.
- Noulin, Frank, et Jean-François Wagniar. « La place de l'histoire sociale : de la recherche à l'enseignement ». *Cahiers d'histoire : Revue d'histoire critique* 122, (2014) : 19-43.
- Nutting, Mary Adelaide, et Lavinia L. Dock. *A history of nursing: The evolution of nursing systems from the earliest times to the first English and American training schools for nurses*. New York : G.P. Putnam's Sons, 1907.
- Offenstadt, Nicolas. *Les mots de l'historien*. Toulouse, France : Presses Universitaires du Mirail, 2004.
- Oury, Guy-Marie. *Les Ursulines de Québec, 1639-1953*. Sillery, Québec: Septentrion, 1999.
- Ousmane, Barry Alpha. « Les bases théoriques en analyse du discours ». Consulté le 16 janvier 2014.
<http://www.chaire-mcd.uqam.ca/component/customproperties/tag/Auteur-Alpha%20.%20Barry.html>.
- Palmer, Irene S. « Florence Nightingale and international origins of modern nursing ». *Image* 13, no 2 (1981): 28-31.

- Pâquet, Martin. « Pensée scientifique et prise de décision au Canada et au Québec ». *Bulletin d'histoire politique* 17, no 1 (2004) : 175-192.
- Parini, Lorena. « Le concept de genre : constitution d'un champ d'analyse, controverses épistémologiques, linguistiques et politiques ». *Socio-logos* 5, (2010): 30 para.
- Paul, Pauline. « The contribution of the Grey nuns to the development of nursing in Canada: historiographical issues ». *Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine /Canadian Bulletin of Medical History* 11, no 1 (1994): 207-217.
- Perron, Amélie, Trudy Rudge, et Dave Holmes. « Citizen minds, citizen bodies: the citizenship experience and the government of mentally ill persons ». *Nursing philosophy* 11, no 2 (2010) : 100-111, doi10.1111/j.1466-769X.2010.00437.x.
- Petit Larousse illustré. Paris : Larousse, 2006.
- Petitot, André. *Les infirmières : de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 1989.
- Picavet, Camille-Georges. « Le matérialisme historique et son évolution ». *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger* 60, (1905) : 511-532.
- Pierre-Deschênes, Claudine. « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec 1870-1918 ». *Revue d'Histoire de l'Amérique Française* 35, no 3 (1981) : 355-375.
- Prud'homme, Julien. « De la Commission Parent aux réformes de la santé et au Code des professions, 1961-1974 ». *Recherches Sociographiques* 53, no 1 (2012): 83-102.
- Rabinow, Paul, et Nikolas Rose. « Biopower today ». *Biosocieties* 1, no 2 (2006): 195-217.
- Rabinow, Paul, et Nikolas Rose. *The essential Foucault: selections from essential works of Foucault, 1954-1984*. New York : The New Press, 1994.
- Répertoire du patrimoine culturel de Québec. « Compagnie des Cent-Associés ». Consulté le 11 août 2015. http://www.patrimoine-culturel.gouv.qc.ca/rpcq/detail.do?methode=consulter&id=9104&type=pge#.V5y_YY-cHIU.
- Revel, Judith. « Michel Foucault : discontinuité de la pensée ou pensée du discontinu? ». *Le Portique* 13-14 (2004) : 2-10.
- Revel, Judith. *Le vocabulaire de Foucault*. Paris : Ellipses Édition, 2009.

- Reverby, Susan M. *Ordered to care: the dilemma of American nursing, 1850-1945*. Cambridge, UK : Cambridge University Press, 1987.
- Riahi, Naima. *Michel Foucault: subjectivité, pouvoir, éthique*. Paris : L'Hartaman, 2011.
- Riegler, Natalie. *Jean I. Gunn : nursing leader*. Toronto: Queens University Press, 1997.
- Righi, Nicolas. « L'héritage du fondateur ? L'histoire des mentalités dans l'École des Annales ». *Le Philosophoire* 1, no 19 (2003) : 155-174. doi : 10.3917/phoir.019.0155.
- Robillard, Denise. *Émilie Tavernier-Gamelin*. Montréal : Éditions du Méridien, 1988.
- Ronquillo, Charlene. « Leaving the Philippines: oral histories of nurses' transition to canadian nursing practice ». *Canadian Journal of Nursing Research* 44, no 4 (2012): 96-115.
- Rosaye, Jean-Paul. « L'institutionnalisation de l'histoire des idées: un conflit de méthodes et de statuts ». *Revue LISA* 7, no 3 (2009): 334-348.
- Rose, Nicolas. « Government, authority and expertise in advanced liberalism ». *Economy & Society* 22, no 3 (1983): 283-299.
- Rousseau, François *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec II : 1892-1989*. Sillery, Québec : Septentrion, 1994.
- Rousseau, François. *La croix et le scalpel : histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec, 1639-1892*. Sillery, Québec: Septentrion, 1989.
- Rousseau, Nicole, et Johanne Daigle. *Infirmières de colonie. Soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2013.
- Rutherford, Donald. « Les trois approches de Malthus pour résoudre le problème démographique ». *Population* 62, no 2 (2007) : 253-280. doi : 10.3917/popu.702.0253.
- Santé Canada. *Rapports de synthèse et documents de référence - La santé au Canada : un héritage à faire fructifier- volume II*. Ottawa : Santé Canada, 1997. Consulté le 10 janvier 2015. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/renewal-renouv/1997-nfoh-fnss-v2/index-fra.php#p5a4>.
- Scott, Joan W. « Genre : une catégorie utile d'analyse historique ». *Les Cahiers du GRIF*, no 37-38 (1988): 125-153.

- Scott, John. *Conceptualising the social world: principles of sociological analysis*. Cambridge (UK): Cambridge University Press, 2011.
- Sellman, Derek. « The virtues in the moral education of nurses: Florence Nightingale revisited ». *Nursing Ethics* 4, no 1 (1997): 3-11.
- Serres, Alexandre. « L'archéologie du savoir - la dimension critique : deux années de lecture foucauldienne dans un laboratoire de SHS ». Consulté le 13 juin 2014. http://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00108451/document.
- Shriner, Larry. « Reading Foucault: anti-method and the genealogy of power-knowledge ». *History and Theory* 21, no 3 (1982): 382-398.
- Shryock, Richard H. *The history of nursing: an interpretation of the social and medical factors involved*. Philadelphia: Saunders, 1959.
- Smart, Barry. *Michel Foucault*. London, UK: Routledge, 2002.
- Société Canadienne d'Histoire. Énoncé de la SCH en matière d'éthique de la recherche. Consulté le 22 novembre 2011. <http://www.cha-shc.ca/francais/a-propos/enonce-de-la-shc-en-matiere-dethique-de-la-recherche.html#sthash.XPeKx9BL.dpbs>.
- Springer, Rusla Anne, et Michael E. Clinton. « Doing Foucault: inquiring into nursing knowledge with foucauldian discourse analysis ». *Nursing Philosophy* 16, no 2 (2015): 87-97.
- Street, Margaret M. *Watch-fires on the Mountains: The life and writings of Ethel Johns*. Toronto: University of Toronto, 1973.
- Strong-Boag, Veronica. « Making a difference: The history of Canada's nurses ». *Canadian Bulletin of Medical history/Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine* 8, no 2 (1991): 231-248.
- Struthers, James. *Encyclopédie Canadienne*. « Crise des années 1930 ». Consulté le 14 juin 2015. <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/crise-des-annees-1930/>.
- Surkis, Judith. « When was the linguistic turn? A genealogy ». *The American Historical Review* 117, no 3 (2012): 700-722. doi: 10.1086/ahr.117.3.700.
- Thifault, Marie-Claude et André Cellard. *Une toupie sur la tête : visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Montréal: Boréal, 2007.

- Toman, Cynthia. « Trained brains are better than trained muscles: scientific management and Canadian nurses, 1910-1919 ». *Nursing History Review* 11, no 1 (2003):89-108.
- Tone, Andrea. *The business of benevolence: industrial paternalism in progressive America*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1997.
- Trant, Kate, et Susan Usher. *Nurse past, present and future: the making of modern Nursing*. London, UK: Black Dog Publishing, 2010.
- Tremblay, Marc-Abélard. « De l'hôpital médiéval à l'hôpital moderne ». Chicoutimi: J. M. Tremblay, 2002.
- Troger, Vincent. « Bourdieu et l'école : la démocratisation désenchantée ». *Sciences Humaines*, Hors-série no 15, (2012) : s.p.
- Van Campenhoudt, Luc, et Nicolas Marquis. *Cours de sociologie*. France : Dunod, 2014.
- Van de Wiele, Jozef. « L'histoire chez Michel Foucault : le sens de l'archéologie ». *Revue philosophique de Louvain* 83, no 52 (1983) : 601-633.
- Vassillieva, Julia. *Native psychology : identity, transformation and ethics*. London, UK : Palgrave MacMillan, 2016.
- Virgili, Fabrice. « L'histoire des femmes et l'histoire des genres aujourd'hui ». *Vingtième siècle: Revue d'histoire* 3, no 75 (2002): 5-14.
- Wagner, David. « The proletarianization of nursing in the United States, 1932-1946 ». *International Journal of Health Services* 10, no 2 (1980): 271-290.
- Walsh, John C., et James William Opp. *Home, work, and play: situating Canadian social history, 1840-1980*. Don Mills, ON : Oxford University Press, 2006.
- Watson, Jean. *Human science and human care, a theory of nursing*. Norwalk: Appelton-century-Croft, 1985.
- Wedl, Juliette. « L'analyse de discours "à la Foucault" en Allemagne : trois approches et leurs apports pour la sociologie ». *Langage et société* 2, no 120 (2007): 35-53. doi : 10.3917/lis.120.0035.
- Weir, George M. *Survey of nursing education in Canada*. Toronto: Toronto University Press, 1932.
- Wells, Amy E. *Encyclopedia of Education*. « Flexner, Abraham (1866-1959) – Early learning and teaching experiences, attaining status as educational expert ».

Consulté le 12 mai 2014.

<http://education.stateuniversity.com/pages/1996/Flexner-Abraham-1866-1959.html>.

Zancarini Jean-Claude, *Lectures de Michel Foucault : À propos « Il faut défendre la société* Lyon, France : ENS Édition, 2001), 15-36.