

attachée à la réadaptation des patients prend place en psychiatrie, l'occupation devient thérapie. On reconnaît dès lors que les traitements d'occupation auxquels les infirmières diplômées et les étudiantes sont invitées à participer ont une incidence sur la santé du malade, sur ses capacités de réadaptation, sur l'éventualité d'un congé ou, ultimement, sur sa réinsertion sociale. Infirmières et étudiantes cultivent et favorisent ainsi, dans les salles et les ateliers d'occupation, les possibilités de socialisation, d'échange et de culture personnelle par le travail ou les activités ludiques et sportives. Nous avons constaté que dans les notes d'observation consultées, les commentaires des infirmières concernant les occupations thérapeutiques prennent de plus en plus d'importance quand cette perspective de réadaptation s'affirme parallèlement. Au début des années 1970, celle-ci aboutit à la professionnalisation de l'occupation thérapeutique et à la désinstitutionnalisation qui caractérisent cette période.

Au final, force est de reconnaître l'importante capacité d'adaptation exigée des infirmières et des étudiantes en soins psychiatriques à Saint-Jean-de-Dieu. Être humaine, offrir son écoute, favoriser l'épanouissement moral, social et personnel du patient en l'aidant à « s'occuper pour hâter sa guérison », c'est là pour nous un rôle inusité. Un rôle typique en soins infirmiers psychiatriques que les infirmières diplômées de l'institution devront céder lors de l'entrée en scène de nouveaux professionnels (femmes et hommes) au sein de l'hôpital psychiatrique : techniciens en loisir et récréologie, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc. Une conséquence du mouvement de professionnalisation des « professions de santé » qui contribua au repli des infirmières psychiatriques en soins cliniques.



À l'occasion de la visite de Nicole Germain, les médecins et les religieuses permettent aux patients de l'O.T.H. occupés au tissage de montrer leurs réalisations. À l'arrière, un écriteau rappelle aux patients que « S'occuper, c'est hâter sa guérison ». Source : *Rapport annuel 1960*, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal, 1961, p. 57

XI

Un autre modèle de femmes soignantes : infirmières et professions paramédicales au Québec, 1940-2010



Julien Prud'homme

À la fin du mois de novembre 1955, le Dr Gustave Gingras, pionnier de la réadaptation physique au Canada et dirigeant fondateur de l'Institut de réhabilitation de Montréal, préside la réunion du comité pédagogique de l'École de physiothérapie et de thérapie occupationnelle. Logée à l'Institut et affiliée à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, l'École a été fondée l'année précédente pour fournir aux médecins francophones les auxiliaires féminines spécialisés, physiothérapeutes ou ergothérapeutes que requiert leur pratique. À l'ordre du jour de la réunion : la création d'une nouvelle section d'orthophonie-audiologie, qui servira aussi cette fin. Comme il n'existe encore aucune école d'orthophonie au Canada, il s'agit ni plus ni moins que de créer de toutes pièces la profession au pays. D'entrée de jeu, le Dr Gingras et ses collègues médecins, tous des hommes, prévoient en fermer la porte aux candidats masculins. « Ce serait, conviennent-ils, faire fausse représentation que d'ouvrir cette profession aux hommes si elle n'est pas assez rémunératrice¹. » Quant aux futures enseignantes de ce programme, pourtant offert au niveau de la maîtrise, on pense d'abord les qualifier de « techniques chargées de l'enseignement », avant d'y penser à deux fois ; c'est pour éviter le terme « institutrice » que l'on retient finalement l'appellation « chargée d'enseignement² ».

À n'en pas douter, les nouvelles professions de soins qui émergent de l'après-guerre se voient assigner une voie toute tracée, proche de celle des infirmières. Celles qui les exerceront assisteront les médecins et en attendront les directives – d'où le nom de professions « paramédicales » dont on les affuble alors. Peu rémunérées, elles

1. Archives de l'Université de Montréal, fonds E-53 (École de réadaptation), boîte 5952, procès-verbal du comité pédagogique, 23 novembre 1955.
2. *Ibid.*

poursuivront des carrières temporaires en attendant le mariage. Pour toutes ces raisons, forcément, il s'agira de professions de femmes.

Entre 1960 et 2000, cependant, les orthophonistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, ou encore les psychologues et les travailleuses sociales brisent ce moule. Comme les infirmières, elles conquirent de meilleures conditions et une reconnaissance accrue de leur travail. Mais elles ne s'arrêtèrent pas là et s'engagèrent plus loin que les infirmières sur certaines voies : elles adhèrent sans complexes au professionnalisme, emploient la science pour diagnostiquer et revendiquer, et réunissent leurs propres clientèles. L'autonomie ainsi conquis leur vaudra une croissance fulgurante et leur permettra de s'émaner de la médecine, voire de la défier en autorité dans certains domaines.

Les professions paramédicales dont il est question ici sont ces professions soignantes, ni médicales ni infirmières, qui se multiplient après 1940, comme la physiothérapie, la diététique ou l'orthophonie³. Ces professions naissent dans l'entourage du monde infirmier avant de s'en distinguer par la conquête de nouvelles positions et l'explosion de leurs effectifs. Au Québec, l'effectif paramédical total passe de quelques dizaines d'individus en 1950 à plus de 26 000 personnes en 2005, dont 16 000 dans les seuls établissements publics. Pendant les années 1990 seulement, leur nombre dans le réseau public s'est accru de 43 % tandis que l'effectif médical et infirmier demeure, lui, stationnaire⁴. Loin d'être marginales, ces professions offrent donc l'exemple vigoureux et de plus en plus prégnant de métiers féminins de la santé bien distincts du monde infirmier. Ce faisant, elles transforment radicalement la place des femmes dans le monde soignant.

GENRE ET TRAVAILLEUSES DE LA SANTÉ

Qu'est-ce, après tout, qu'une femme qui soigne et soulage par métier ? Il y a peu, une réponse évidente aurait été : une infirmière, et c'est tout. Longtemps incarnation unique de la femme soignante, l'infirmière, en retour, a souvent été définie principalement par son sexe – c'est-à-dire par les attributs jugés « naturels » de la femme et par les iniquités qui s'y rattachent. En 1987, Yolande Cohen et Michèle Dagenais constataient que « l'histoire des infirmières reste caractérisée par des analyses qui

privé avant tout la discrimination sexuelle pour expliquer⁵ le statut infirmier et sa dégradation ; tout récemment, en 2005, Diana Mansell et Dianne Dodd résumaient ainsi l'historiographie du professionnalisme infirmier : « Les historiennes et les universitaires féministes ont considéré la manière dont la société patriarcale délègue les activités soignantes aux femmes, exploite leur prétendue capacité de compassion et subordonne l'infirmière à l'autorité médicale⁶. » Ce choix du genre comme principal ressort de l'histoire infirmière est légitime et bien fondé. Le sexe a servi très tôt de matériau à l'établissement de hiérarchies et de discriminations dont les femmes sont rarement sorties gagnantes. Même quand elle s'est fait source d'opportunités⁷, la ségrégation sexuelle a joué un rôle causal décisif dans l'histoire infirmière.

Cela dit, l'absence de points de comparaison avec d'autres groupes rend difficile une évaluation réelle du rôle exact et précis du genre dans l'histoire infirmière. Après tout, les subordinations professionnelles ou la déqualification ne sont pas le propre du travail féminin, même si les femmes en font souvent les frais. De plus, d'autres facteurs influent sur la division historique du travail soignant, comme les divisions ethnoreligieuses ou les métamorphoses de l'hôpital. Dans un texte récent, Yolande Cohen déplorait pour cette raison l'« essentialisme » qui attribue au genre une espèce de monopole de la causalité en histoire infirmière, au risque de réduire l'infirmière à son sexe et de tuer dans l'œuf la curiosité quant aux autres rouages de la santé⁸. Moins directes, d'autres historiennes ont d'ailleurs tenu à distinguer et à préciser les rapports entre le sexe et d'autres facteurs causaux en recadrant l'histoire des soins infirmiers dans les histoires plus vastes des femmes ou des métiers. Kathryn McPherson, il y a quelque temps déjà, a noté que les soins infirmiers s'insèrent dans un marché du travail qualifié beaucoup plus large et qui a son histoire

- Yolande Cohen et Michèle Dagenais, « Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 41, n° 2, 1987, p. 156. Voir aussi la revue de littérature et les remarques de Johanne Daigle, « Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au 20^e siècle », *Recherches féministes*, vol. 4, n° 1, 1991, p. 67-86.
- Diana Mansell et Dianne Dodd, « Le professionnalisme et le nursing canadien », dans Christina Bates, Dianne Dodd et Nicole Rousseau (dir.), *Sans frontières. Quatre siècles de soins infirmiers au Canada*, Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa et Musée canadien des civilisations, 2005, p. 198.
- Yolande Cohen, « De la nutrition des pauvres malades. L'histoire du Montreal Diet Dispensary de 1910 à 1940 », *Histoire sociale/Social History*, vol. 41, n° 81, 2008, p. 133-163.
- Yolande Cohen, « Rapports de genre, de classe et d'ethnicité. L'histoire des infirmières au Québec », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 21, n° 2, 2004, p. 390. Peu en vogue dans les écrits théoriques récents, ce penchant demeure omniprésent dans de nombreuses études monographiques. Pour un exemple canadien récent, voir Veryl M. Tipliski, « Parting at the Crossroads : The Emergence of Psychiatric Nursing in Three Canadian Provinces, 1909-1955 », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 21, n° 2, 2004, p. 253-279, spécialement les pages 265-266 et 269-270.

3. Pour un portrait plus complet, voir Julien Prud'homme, *Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé. Histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005*, thèse de doctorat en histoire, Université du Québec à Montréal, 2007.

4. Marc-André St-Pierre, *Le système de santé et des services sociaux du Québec. Une image chiffrée*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, cité par Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois, « Les personnels de la santé », dans Vincent Lemieux et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, p. 239-241 ; Gilles Dussault, « Les producteurs de services socio-santitaires », Vincent Lemieux et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval, 1994, p. 198-204.

propre : selon elle, la communauté de genre des infirmières y aurait joué un rôle secondaire, et aurait surtout contribué à naturaliser une position de travailleur subordonné dont elle n'est pas la cause immédiate⁹.

L'étude des professions « paramédicales » doit contribuer à cet effort de réécriture déjà bien engagé, en rendant cette fois possible la comparaison des soins infirmiers avec d'autres métiers féminins de la santé, comme l'orthophonie ou l'inhalothérapie. Cette comparaison offre trois avantages. D'une part, elle attire l'attention sur la diversité des expériences féminines en santé. Elle aide aussi à apprécier le poids réel du genre, en identifiant ce qui est réellement commun aux métiers féminins et ce qui n'est propre qu'à certains. Enfin, elle montre que si le genre joue bien un rôle puissant et soutenu dans la division des tâches soignantes, ce rôle varie au fil des ans.

Les recherches à ce sujet sont encore bien timides et le présent texte n'offre ni un panorama complet, ni même en vérité un réel « tour d'horizon » de la question. Après un portrait succinct de l'histoire des professions « paramédicales », on y suggère trois angles sous lesquels comparer les infirmières et les paramédicales : le rapport au professionnalisme, la conformité aux archétypes sexuels et au *care*, et la « féminisation » encore accrue des métiers de la santé après 1970.

L'ESSOR DES PROFESSIONS « PARAMÉDICALES » AU QUÉBEC APRÈS 1940

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, les médecins du Québec ont depuis longtemps l'habitude de s'appuyer sur un personnel auxiliaire féminin, composé principalement d'infirmières. Dès les années 1880, les médecins des hôpitaux se montrent soucieux d'encadrer ces services infirmiers le plus directement possible. Plusieurs pilotent ou favorisent la création d'écoles de soins infirmiers à l'hôpital même. Lancé dans le milieu anglo-protestant, ce système est inauguré dans le Québec francophone à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal où les médecins fondent, en 1899, une école de gardes-malades. Les futures infirmières y reçoivent d'abord une formation pratique qui laisse une grande place à l'apprentissage sur le tas et aux tâches d'intendance. Durant les années 1910, toutefois, les tâches infirmières se complexifient et font l'objet d'une spécialisation accrue. On assiste alors à l'apparition du vocabulaire « paramédical », qui désigne au début des infirmières spécialisées dans des tâches spécifiques, comme la manipulation de machines de diagnostic ou la tenue des

dispensaires. En 1938, à Notre-Dame, 18 infirmières sur 48 remplissent de telles tâches particulières, distinctes, selon les registres, des « soins généraux¹⁰ ».

Le métier d'infirmière, fortement encadré par les médecins, offre cependant peu de possibilités d'autonomie et sa reconnaissance à titre de profession demeure ambiguë. Cela rebute certaines femmes, souvent issues des classes moyenne ou supérieure, qui désirent œuvrer en santé, mais qui aspirent à une certaine autonomie au travail ainsi qu'à une position sociale plus élevée. Parmi ces femmes, un nombre croissant – quelques dizaines dans le Québec d'avant-guerre – se tourne donc vers d'autres métiers émergents comme la psychologie, la « thérapie occupationnelle » ou le « massage » thérapeutique. Plusieurs de ces métiers ont vu le jour hors de l'hôpital et leur association au monde de la santé est alors encore incertaine. Après 1940, cependant, les hôpitaux n'ont d'autre choix que d'ouvrir leurs portes à ces groupes féminins auxquels s'accroît, définitivement, l'épithète « paramédical ».

Si les hôpitaux de l'après-guerre s'ouvrent aux nouvelles soignantes, c'est que leur clientèle croît beaucoup, et vite. Les causes en sont nombreuses : elles vont de la généralisation des régimes d'assurance, qui rendent l'hôpital accessible au plus grand nombre, à la médicalisation d'un nombre accru de conditions (comme la naissance qui se déplace à l'hôpital) et à l'intérêt des médecins pour de nouvelles technologies, comme les rayons X ou les laboratoires, que l'on ne trouve que dans les hôpitaux. En réunissant un vaste bassin de patients, l'hôpital aide les médecins à développer des activités plus spécialisées, comme la neurochirurgie ou la psychiatrie, qui stimulent tout particulièrement l'embauche des nouvelles « paramédicales ». En effet, les médecins spécialistes n'ont pas seulement besoin d'équipement, mais aussi d'un personnel auxiliaire spécialisé. Si certains, comme les cardiologues, forment eux-mêmes leurs infirmières ou techniciens, d'autres préfèrent embaucher les quelques paramédicales disponibles – physiothérapeutes, diététistes ou psychologues. Celles-ci envahissent rapidement les hôpitaux. De 1953 à 1967, le personnel des hôpitaux québécois quadruple et le nombre de paramédicales est multiplié par huit. Le nombre de physiothérapeutes y passe quant à lui de 147 à 373, le nombre d'ergothérapeutes, de 49 à 177, et le nombre de psychologues, de 85 à 260. Cela dit, le poids relatif de ces paramédicales dans les effectifs totaux de la santé demeure modeste : en 1961, l'intégralité du personnel soignant non technicien, non infirmier et non médical ne représente pas plus de 800 personnes, soit à peine 2 % de l'ensemble du personnel soignant des hôpitaux – les infirmières comptant pour 47 % du personnel et les médecins, pour 15 %¹¹.

10. Yolande Cohen, « La contribution des Sœurs de la Charité à la modernisation de l'hôpital Notre-Dame, 1880-1940 », *Canadian Historical Review*, vol. 77, n° 2, 1996, p. 195-205. Voir Johanne Daigle, *Devenir infirmière. Le système d'apprentissage et la formation professionnelle à l'Hôtel-Dieu de Montréal, 1920-1970*, thèse de doctorat en histoire, Université du Québec à Montréal, 1990.

11. Richard Béland et Thomas Boudreau, *La prévision de la main-d'œuvre dans le secteur hospitalier*, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, annexe 8, 1970,

9. Kathryn McPherson, *Bedside Matters. The Transformation of Canadian Nursing, 1900-1990*, Toronto et Londres, Oxford University Press, 1996, p. 260, voir aussi p. 205 et 246. Voir Patricia D'Antonio, « Revisiting and Rethinking the Rewriting of Nursing History », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 73, n° 2, 1999, p. 268-290; Cynthia Toman et Meryn Stuart, « Emerging Scholarship in Nursing History », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 21, n° 2, 2004, p. 223-227.

Entre 1940 et 1965, la création d'écoles universitaires permet toutefois d'accroître le nombre de paramédicales, souvent à l'instigation de médecins ou d'autres employeurs. Des agences sociales catholiques favorisent ainsi la création d'écoles de service social à l'Université de Montréal en 1942, puis à l'Université Laval en 1943. Des départements de psychologie naissent à l'Université McGill en 1922, à l'Université de Montréal en 1942, puis au sein des autres universités québécoises dans les années 1960. Dans le domaine de la réadaptation physique, des médecins comme Guy Fisk ou Gustave Gingras fondent des écoles de physiothérapie et d'ergothérapie aux universités McGill et de Montréal, respectivement en 1943 et en 1954 ; les mêmes médecins y ajoutent des sections d'orthophonie-audiologie, en 1956 à l'Université de Montréal et en 1963 à l'Université McGill, tandis qu'une école de réadaptation est inaugurée à l'Université Laval en 1965.

Au milieu des années 1960, les diplômées de ces écoles travaillent encore sous la gouverne directe des médecins, ce qui attise des tensions à mesure que certaines paramédicales militent pour une plus grande autonomie. Après 1965 cependant, d'importantes réformes publiques renversent l'équilibre des forces professionnelles. L'État québécois, d'une part, réforme l'enseignement supérieur en profondeur. Après la création des premiers cégeps en 1967, il injecte de nouveaux fonds dans les universités tout en sommant celles-ci d'accroître la spécialisation de leurs différents programmes professionnels. Alimentées en nouvelles recrues formées au collégial, les écoles paramédicales obtiennent les moyens d'embaucher des professeurs formés en ergothérapie, en orthophonie ou en physiothérapie, qui délogent les enseignants-médecins. Les pressions vers la spécialisation justifient aussi une refonte des programmes, qui les éloigne de la médecine : l'enseignement de l'orthophonie et de l'ergothérapie, par exemple, délaisse la médecine physique au profit de savoirs issus de la psychologie ou de la linguistique. À l'instar de leurs confrères états-unienens, les paramédicales québécoises sortent dès lors des domaines d'autorité de la médecine.

D'autres réformes transforment le travail sur le terrain. En adhérant aux programmes fédéraux d'assurance publique (l'assurance hospitalisation en 1961, puis l'assurance maladie en 1970), le Québec fait exploser la clientèle des hôpitaux, ce qui force les médecins à assouplir leur prise sur « leurs » paramédicales et met celles-ci en contact avec des populations plus diversifiées. Ce nouveau contexte confère une plus grande autonomie aux diverses paramédicales qui peuvent trier et évaluer elles-mêmes les patients qui correspondent le mieux à leurs champs d'intérêt. Après 1971, l'État québécois crée aussi de nouveaux types d'établissements, comme les centres de réadaptation, où des paramédicales pratiquent désormais à l'écart du pouvoir médical.

Après 1985, les paramédicales profitent de leur autonomie universitaire et de pratique pour étendre leurs compétences à des champs d'action bien éloignés de la médecine. Les orthophonistes, par exemple, se désintéressent des blessures physiques à la bouche pour investir plutôt des troubles de communication d'origine psychologique ou, plus récemment, le vaste spectre des maux du développement infantile qui s'agglutinent autour de l'autisme. Les ergothérapeutes connaissent une trajectoire similaire et s'imposent, après 1990, auprès d'une large clientèle de troubles cognitifs s'étendant de l'autisme à l'Alzheimer. Les psychologues, jadis limités à l'administration de tests, se font intervenantes et trouvent leur place sur les marchés public et privé. Par-delà la diversité de leurs champs d'exercice, ces femmes paramédicales ont désormais en commun d'œuvrer de manière autonome en assemblant leurs propres clientèles sans se soucier de l'autorité directe du médecin, souvent devenu un collaborateur lointain. Prenant acte de cette autonomie nouvelle, le législateur a d'ailleurs convenu, en 2003 et en 2010, de leur concéder des pouvoirs analogues à ceux des médecins en matière de diagnostic ou de direction sur d'autres catégories de personnel.

En étendant de leur propre chef l'étendue de leurs clientèles, les paramédicales stimulent aussi la demande pour leurs propres services, et créent un marché pour des effectifs dont la croissance s'avère vertigineuse. De 1970 à 2005, le nombre de physiothérapeutes québécoises passe de 450 à 3900, le nombre d'ergothérapeutes de 250 à plus de 3200, et le nombre d'orthophonistes-audiologistes d'une centaine à plus de 1200. Durant la même période, le nombre de psychologues passe de 1000 à 7650 et le nombre de travailleuses sociales d'un millier à près de 5500. Cette croissance, jumelée à (et justifiée par) leurs nouvelles responsabilités, fait des paramédicales des personnages éminents et bien plus visibles qu'auparavant : de 1961 à 2000, le poids relatif des professions non infirmières et non médicales dans les établissements publics de soins passe ainsi de 2 à 17 %, atteignant la parité avec celui des médecins. Le poids relatif des infirmières, lui, reste relativement stable, glissant de 44,5 à 41 % entre 1978 et 2000, si bien que le ratio paramédicale/infirmière passe, durant ces années, de 2 pour 9 à environ 2 pour 5¹². De quantité presque négligeable, les paramédicales se muent ainsi en actrices incontournables du nouveau monde de la santé.

Pour prétendre à un tel statut, les femmes qui s'engagent en psychologie, en orthophonie, en diététique, en physiothérapie ou en ergothérapie choisissent un modèle de carrière qui, à mesure que l'on s'éloigne des années 1950, se détache du monde infirmier. Elles prétendent évaluer les patients et déterminer les parcours à l'égal des médecins. Ce faisant, elles refusent de s'identifier au service du *care*, dont l'ancrage sexuel paraît d'ailleurs moins net qu'on a pu le croire. Enfin, la féminisation

12. Le nombre absolu d'infirmières dans les établissements publics passe de 24300 à 38050 entre 1978 et 2000. Gilles Dussault, 1994, p. 198-204 ; Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois, 2003, p. 240-243.

p. 151, 163-165 ; Nadia Fahmy-Eid et al., *Femmes, santé et professions. Histoire des diététistes et des physiothérapeutes au Québec et en Ontario 1930-1980*, Montréal : Fides, 1997, p. 41 et 44.

continue de ces professions les situe dans une histoire plus changeante, ou plus large, des marchés du travail soignant.

LES PARAMÉDICALES ET LA « PROFESSIONNALISATION »

Les transformations du réseau de la santé après 1965 ont, bien sûr, touché tous les acteurs de la santé. Pour les infirmières, le transfert de leurs écoles à l'université et l'essor du syndicalisme hospitalier sont les facettes visibles de mutations profondes. Il reste que sous plusieurs rapports, la réalité des orthophonistes ou des ergothérapeutes se transforme beaucoup plus radicalement. C'est le cas en matière de nombre. C'est aussi le cas en ce qui concerne l'élargissement des champs de pratique et l'autonomie face à la médecine. Bien sûr, des infirmières ont aussi investi de nouveaux champs d'action durant ces années, mais leurs retombées professionnelles se sont révélées plus limitées ou plus ambiguës, et la place des infirmières dans la hiérarchie des soins n'en a pas été transfigurée. Ce constat ne porte en lui-même aucun jugement, mais il nous force à remarquer que, de 1960 à 2010, des professions féminines ont choisi des voies bien différentes.

L'histoire des infirmières et des paramédicales est souvent présentée comme l'histoire d'une « professionnalisation » des femmes soignantes. Le terme, toutefois, ne veut pas dire la même chose pour les unes et pour les autres : alors que les paramédicales aspirent après 1940 à un contrôle étendu du travail clinique, les infirmières oscillent entre cette vision « professionnalisante » et une stratégie syndicale qui met plutôt l'accent sur la lutte économique, les salaires et les conditions de travail.

Les infirmières leaders du début du XX^e siècle donnent au projet de professionnalisation un sens limité, très formel, qui vise à distinguer, par l'accréditation, les infirmières diplômées des soignantes dépourvues de formation¹³. L'idée d'établir un champ d'action exclusif et autonome, comme en médecine ou en dentisterie, n'est pas clairement définie. Qui plus est, même cette acception limitée ne fait pas l'unanimité parmi les infirmières : les études de Barbara Melosh et Susan Reverby ont montré le fossé qui sépare l'élite des soins infirmiers, issue de la classe moyenne supérieure, et les infirmières de terrain, d'origine plus modeste, qui aspirent moins à l'autonomie légale qu'à un bon emploi, tout simplement¹⁴. Les infirmières, pour cette raison, oscillent entre les modèles professionnel et syndical. Même si de nouveaux champs d'action, comme la santé publique ou la chirurgie¹⁵, suscitent l'enthousiasme

13. Voir Yolande Cohen et Michèle Dagenais, 1987 ; Diana Mansell et Diane Dodd, 2005.

14. Sur l'étude, trop souvent éludée, du travail en santé en tant que travail, voir Peter L. Twohig, *Labour in the Laboratory. Medical Laboratory Workers in the Maritimes*, Montréal : McGill-Queen's University Press, 2005 ; Barbara Melosh, "The Physician's Hand" : *Work Culture and Conflict in American Nursing*, Philadelphie : Temple University Press, 1982 ; Susan Reverby, *Ordered to Care. The Dilemma of American Nursing, 1850-1945*, Cambridge : Cambridge University Press, 1987.

15. Jessica M. Robbins, "Class Struggles in the Tubercular World : Nurses, Patients, and

des infirmières les plus favorables au professionnalisme, une prédilection plus répandue pour l'action syndicale rejette souvent au deuxième plan le projet d'un champ infirmier autonome face à la médecine¹⁶.

Les paramédicales, par contraste, adhèrent de manière plus unanime au projet professionnel, au point de concevoir une certaine méfiance envers le syndicalisme¹⁷. Cela devient surtout vrai après 1960. À mesure que les réformes de l'enseignement supérieur et du réseau de la santé leur en donnent les moyens, les associations de paramédicales mobilisent leurs membres autour de projets typiquement professionnels, comme la conquête de l'autonomie au travail et le droit d'évaluer seules les patients. Dans ce nouveau contexte, les paramédicales s'éloignent du modèle syndical qu'empruntent leurs consœurs infirmières et se regroupent plutôt autour de nouvelles corporations professionnelles (les ancêtres des « ordres » actuels) qui se consolident après l'adoption du Code des professions par Québec en 1973.

L'origine sociale des cliniciennes joue sûrement un rôle dans ces choix différenciés. Les paramédicales qui s'engagent le plus rapidement et le plus résolument dans la voie d'un professionnalisme univoque sont les orthophonistes, les psychologues et les ergothérapeutes, soit des professions au sein desquelles l'homogénéité sociale est assurée par un effectif réduit (dans le cas des orthophonistes et des ergothérapeutes) ou par l'exigence d'une scolarité prolongée (en orthophonie et en psychologie, où la maîtrise est obligatoire depuis le milieu du XX^e siècle). Au contraire, les professions les plus nombreuses et les plus faciles d'accès, comme la physiothérapie et le travail social, demeurent longtemps en proie aux mêmes tirailllements internes que les soins infirmiers. À partir des années 1980 cependant, l'ensemble de ces professions paramédicales semble acquis au professionnalisme : soutenues par des écoles universitaires qui se consacrent désormais à la recherche¹⁸, elles défendent toutes un projet professionnel proche de celui de la médecine, usant de nou-

of Intensive Care Units», *Nursing Research*, vol. 41, n° 1, 1992, p. 56-60 ; Arlene W. Keeling, « Blurring the Boundaries Between Medicine and Nursing : Coronary Care Nursing, circa the 1960s », *Nursing History Review*, n° 12, 2004, p. 139-164.

16. Sur le cas québécois, voir André Pettat, *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montréal : Boréal, 1989, p. 171-177 ; Yolande Cohen, *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2000, p. 283-291. Voir aussi David Coburn, « Professionalization and Proletarianization : Medicine, Nursing, and Chiropractic in Historical Perspective », *Labour/Le Travail*, n° 34, 1994, p. 153-154 ; Davie E. Gray, « Militancy, Unionism, and Gender Ideology : A Study of Hospital Nurses », *Work and Occupations*, vol. 16, n° 2, 1989, p. 137-152.

17. Lucie Piché et Nadia Fahmy-Eid, « À la recherche de la physiothérapie et de la technologie champ paramédical. Le cas de la diététique, de la physiothérapie et de la technologie médicale (1940-1973) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 45, n° 3, 1992, p. 380-391 ; Nadia Fahmy-Eid et al., 1997, p. 209-233.

18. François Hudon, *Histoire de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1954-2004*, Montréal : Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 2004 ; Julien Prud'homme, « La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession.

veaux diagnostics, rassemblant elles-mêmes leurs clientèles, et décrétant les frontières d'espaces de pratique affranchis de la concurrence ou de l'autorité d'autrui, y compris des médecins – à des lieues de la réalité ou des revendications infirmières.

Ce constat n'autorise aucun jugement sur les choix infirmiers. Il est d'ailleurs loin d'être sûr que la voie choisie par les paramédicales soit en tous points la plus désirable pour le réseau de la santé¹⁹. Il serait de plus hasardeux d'expliquer les destins différents des infirmières et des paramédicales par leurs seuls choix stratégiques. Forcé est cependant de constater que le réseau de la santé ouvre, après 1970, la porte à des trajectoires féminines qui tranchent avec celle des soins infirmiers.

LE CARE ET L'ARCHÉTYPE DE LA FEMME SOIGNANTE

Dans son ouvrage sur les rapports de genre entre les dentistes et les hygiénistes dentaires au Canada, Tracey L. Adams a bien montré comment des hommes du début du XX^e siècle ont fait le choix explicite de faire appel à des femmes pour s'assurer d'avoir des auxiliaires plus dociles et moins menaçantes²⁰. De manière générale, l'analyse féministe a bien établi en quoi les stratégies d'exclusion et de subordination mises au point par les premières professions masculines ont été conçues pour s'appliquer spécifiquement aux femmes et pour les confiner à des tâches de soutien jugées proprement « féminines ». Le couple médecin-infirmière, institué à la fin du XIX^e siècle, offre la figure exemplaire d'une telle division du travail. Dans cette veine, des soignantes comme les infirmières, les hygiénistes dentaires ou les sages-femmes auraient intégré des traits dits féminins comme la compassion, l'attrait pour les rapports humains et un penchant pour l'accompagnement plutôt que la guérison (le *care* plutôt que le *cure*) pour en faire de leur propre identité, présentée comme complémentaire (et donc non concurrente) à celle des hommes²¹. Dans certains cas, cela se serait d'ailleurs révélé une assez bonne stratégie pour assurer aux femmes une place spéciale dans l'espace public²².

Ce modèle sied toutefois bien mal aux paramédicales. Celles-ci, on l'a vu, ne souhaitent pas se définir en complémentarité, mais en analogie avec la médecine

dont elles copient le projet professionnel. Or, un visage féminin dessert une telle aspiration et les paramédicales le comprennent rapidement. On ne peut s'empêcher de relever leur refus constant de se définir par des traits jugés féminins, comme la chaleur humaine ou le dévouement, ce qui les éloigne du monde infirmier²³; en 1960, les représentantes des physiothérapeutes militent ouvertement pour recruter des hommes dans la profession afin de rehausser l'image de la physiothérapie²⁴. De manière générale, les orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues et physiothérapeutes de la seconde moitié du XX^e siècle ne se définissent à peu près jamais par leur sexe ou ses attributs allégués. Au contraire, elles tendent à se comporter, pourrait-on dire, « comme des hommes », c'est-à-dire à calquer leurs discours et leurs revendications sur le modèle médical. Ce faisant, elles ne se moulent pas à des archétypes sexués, mais plutôt aux exigences structurelles qu'impose le type de position recherchée, à la manière des autres femmes qui tentent de percer un milieu masculin comme la dentisterie, dans la même période²⁵.

En vérité, il paraît excessif d'affirmer que les paramédicales se conduisent « comme des hommes » quand elles se délestent du *care*. Il vaudrait mieux suggérer que l'association du *care* au genre féminin, qui teinte si fortement l'histoire infirmière, n'est pas une constante, les archétypes de genre pouvant changer selon les contextes. Dans certains cas, de fait, il n'est pas du tout clair que le *care* soit une attribution féminine stable. L'histoire des soins psychiatriques connaît l'existence de préposés masculins au rôle comparable à celui des infirmières²⁶. À cet exemple, on pourrait ajouter ceux des éducateurs physiques qui tentent de pénétrer le marché du massage thérapeutique au début du XX^e siècle²⁷, ou encore des « préposés-éducateurs » des foyers pour handicapés, qui seront bousculés après 1970 par l'arrivée de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychologues. On obtiendrait ainsi une collection de métiers d'homme définis par un savoir-être proche du *care*, et délogés par des femmes ayant adopté le modèle médical de la professionnalisation. Si ces exemples ne remettent en cause ni le rôle de l'opposition entre le *cure* et le *care* dans la division

23. Un tel refus du *care* par des intervenantes féminines avait déjà été observé par Regina Kunzel, « The Professionalization of Benevolence : Evangelicals and Social Workers in the Florence Crittenton Homes, 1915 to 1945 », *Journal of Social History*, vol. 22, n° 1, 1988, p. 21-43.

24. Nadia Fahmy-Eid et al., 1997, p. 59-60.

25. Tracey L. Adams, « Feminization of Professions : The Case of Women in Dentistry », *Canadian Journal of Sociology*, vol. 30, n° 1, 2005, p. 71-94, surtout p. 85-88.

26. Veryl Tipliski évoque ainsi l'existence de préposés masculins dans les asiles canadiens au début du XX^e siècle, et le fait que seules leurs équivalentes féminines ont pu accéder à une forme de professionnalisation par l'intermédiaire du *nursing* psychiatrique, 2004, p. 256-259, 265. Voir aussi Patrick Connor, « Neither Courage nor Perseverance Enough : Attendants at the Asylum for the Insane, Kingston, 1877-1905 », *Ontario History*, vol. 88, n° 4, 1996, p. 251-272 ; James Moran, « Keepers of the Insane : The Role of Attendants at the Toronto Provincial Asylum, 1875-1905 », *Histoire sociale/Social History*, vol. 28, n° 55, 1995, p. 51-75.

27. François Hudon, 2004, p. 22.

19. Daniel Salhani et Ian Coulter, « The Politics of Interprofessional Working and the Struggle for Professional Autonomy in Nursing », *Social Science and Medicine*, n° 68, 2009, p. 1221-1228.

20. Tracey L. Adams, *A Dentist and a Gentleman. Gender and the Rise of Dentistry in Ontario*, Montréal et Kingston : McGill-Queen's University Press, 2000.

21. Anne Witz, *Professions and Patriarchy*, New York : Routledge, 1992 ; Cynthia Cockburn, *Machinery of Dominance. Women, Men and Technical Know-How*, Boston : Northeastern University Press, 1988 ; David Coburn, 1994, p. 139-162 ; Celia Davies, « The Sociology of Professions and the Profession of Gender », *Sociology*, vol. 30, n° 4, 1996, p. 661-678.

22. Yolande Cohen, 2008 ; Yolande Cohen et Louise Bienvenue, « Émergence de l'identité professionnelle chez les infirmières québécoises, 1890-1927 », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, n° 11, 1994, p. 119-151.

des tâches soignantes, ni son caractère sexué dans plusieurs cas évidents et durables comme celui des infirmières, ils attirent cependant l'attention sur l'instabilité, c'est-à-dire l'historicité, d'associations sexuées qui varient selon le contexte.

On peut relever un cas supplémentaire, particulièrement frappant : celui des premières années d'existence d'une autre profession de santé, l'inhalothérapie²⁸. D'abord appelé « thérapie inhalatoire », ce métier naît de la généralisation, dans les hôpitaux du milieu du XX^e siècle, d'appareils d'oxygénation artificielle manipulés par des préposés particuliers. Après 1950, les tâches de ces préposés se diversifient pour englober à la fois la gestion d'un matériel délicat (cylindres d'oxygène, etc.) et l'administration de médicaments par voie respiratoire, que ce soit sous forme d'aérosol ou par masque. Les médecins les plus directement concernés par ce secteur d'activité, comme les anesthésistes, prennent dans les années 1960 l'initiative d'exiger une certification pour ces préposés et d'animer des écoles de « thérapie-inhalation » pour encadrer leur formation. Sous leur patronage, l'École de technologie en thérapie par inhalation (ETTI), sous la direction du médecin Roméo Soucy, ouvre ses portes à Montréal en 1964. Elle prend vite la forme d'un programme technique au nouveau cégep de Rosemont, qui inspire la création de programmes similaires dans d'autres collèges entre 1969 et 1975. Les diplômés précèdent en retour les contours d'un groupe mieux défini qui se dote de ses propres associations, comme la Canadian Association of Inhalation Therapists (CAIT) en 1964, puis, à l'échelle provinciale, la Corporation des techniciens en inhalothérapie du Québec (CTIQ) en 1967. Les premiers inscrits à l'ETTI sont en large part des techniciens déjà expérimentés venus chercher un diplôme et un complément de formation. Il s'agit en fait souvent d'infirmiers et essentiellement d'hommes²⁹, peut-être en raison des lourdes charges que représente la manipulation de cylindres d'oxygène. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, l'inhalothérapie offre ainsi l'exemple d'un métier d'homme. Or, de ce fait, elle brouille les cartes classiques de la division sexuelle du travail en milieu hospitalier, à deux points de vue.

D'une part, l'envol de ce métier masculin est menacé par une concurrence féminine aux qualifications mieux établies et reconnues – en l'occurrence, la concurrence infirmière. Omniprésentes au chevet des malades, les infirmières sont elles aussi aptes à surveiller les appareils, à observer les réactions du patient ou à poser

28. Pour un exposé plus complet sur l'émergence de cette spécialité, voir Julien Prud'homme, 2007, p. 139-152.

29. En 1964, la religieuse directrice du *nursing* de l'Hôpital d'Youville de Noranda s'enquiert « d'un cours en oxygénothérapie pour infirmiers ». Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), dossier « Historique de l'OPIQ », lettre de sœur Saint-Pasteur à L. Lamoureux. Bien que la Corporation professionnelle des infirmières de la province de Québec, créée en 1946, refuse d'admettre les hommes au permis d'exercice jusqu'en 1969, « il faut noter cependant qu'à compter du début des années 1960, certaines écoles admettent quelques candidats de sexe masculin et leur décernent des diplômes ». Johanne Daigle, 1991, p. 80, note de bas de page 3.

des gestes d'urgence impliquant l'emploi de machines, comme l'oxygénation d'urgence ou l'aspiration des trachéotomisés. Il n'est donc pas rare, surtout quand le technicien est absent, de voir le médecin déléguer lui-même aux infirmières l'appareillage du patient pour s'épargner, selon les mots du Dr Soucy, « d'effectuer lui-même des procédures accaparantes et longues³⁰ ». À terme, la compétence des infirmières et leur présence continue au chevet du patient risquent de cantonner les techniciens diplômés au strict entretien du parc de machines, ce qui mine leur statut d'emploi.

Plus saisissant encore, l'inhalothérapie offre, entre 1965 et 1975, l'exemple d'un métier masculin adossé très clairement et très explicitement aux attributs du *care*. Souvent issus des soins infirmiers, les techniciens tiennent un discours très proche de celui des infirmières. Lorsqu'ils se définissent eux-mêmes, ils n'exaltent pas leurs compétences uniques, même techniques, mais plutôt leur zèle et leurs qualités humaines. Les leaders de la CAIT incitent ainsi leurs membres à se distinguer d'abord par leur dévouement et leur compassion. « Peu importe les connaissances techniques que nous pouvons posséder », dit le président québécois de la CAIT, le technicien doit faire sa place « habillé proprement avec sourire aux lèvres et paroles encourageantes³¹ » pour accomplir « un travail intelligent et intègre, basé sur la loi morale³² ». En 1969, la CTIQ adopte un code d'éthique empreint de cette vocation « basée sur des valeurs morales » faites de « gentillesse, patience, compréhension » et de soumission à l'égard du médecin, que le bon technicien fait « primer sur son bien-être personnel³³ ». Ce cocktail de ralliement inconditionnel au médecin et de minimisation de l'expertise dans la représentation de soi s'arrime à la vision qu'ont les médecins eux-mêmes de leur personnel technique : comme le racontera le Dr Soucy lors de la sélection des candidats à l'ETTI, « mon choix n'était pas basé sur les diplômés ou les qualifications académiques [*sic*], mais je choisisais d'abord des personnes de cœur³⁴ ».

À côté d'orthophonistes et d'ergothérapeutes qui se conduisent au même moment « comme des hommes » en adoptant le modèle médical d'expertise professionnelle, on trouve ainsi des techniciens mâles qui se mettent en scène « comme des femmes » en privilégiant les qualités humaines associées au *care*. Pour les inhalothérapeutes québécois de cette époque, la proximité fonctionnelle avec le travail infirmier semble

30. Archives de l'OPIQ, dossier 1200-04-00/A, Roméo Soucy et Marcel Verschelden, *Mémoire concernant l'organisation de l'école française des techniciens en thérapie par inhalation*, mars 1964, non paginé.

31. Archives de l'OPIQ, dossier « Historique de l'OPIQ », *Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire*, mai 1965.

32. Archives de l'OPIQ, dossier 1200-03-00/A, lettre de R. Robinson à J. Gélinas, 19 mai 1967.

33. Le code d'éthique, inspiré de celui de l'American Association of Inhalation Therapists, ne sera modernisé qu'en 1979. Archives de l'OPIQ, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, Code éthique, [1969], non paginé; dossier « Historique de l'OPIQ »; lettre circulaire de R. Merry, 1964.

34. *Inhalo-Scope*, vol. 7, n° 2, juillet 1989, p. 16.

phonie ou la psychologie permet à plusieurs femmes de se retrouver du bon côté des transformations du monde du travail³⁷. De l'avis de plusieurs, cela ne serait pas, ou du moins pas aussi clairement, le cas des soins infirmiers soumis à une menace constante de déqualification³⁸.

Vu sous cet angle, cependant, l'apport paramédical au travail féminin relève moins de l'histoire spécifique des femmes soignantes que d'un réalignement global des marchés du travail qualifié, tous secteurs confondus. Sans doute faut-il y voir un exemple de ce phénomène plus général qu'est l'accès massif des femmes aux nouvelles positions de « professionnel salarié » qui se multiplient avec l'essor de l'État-providence et des grandes bureaucraties privées après 1960. Alors que perdurent les entraves familiales et domestiques au travail féminin, le professionnalisme salarié offre aux femmes qui y aspirent des positions prisées, où les inconvénients de la féminité paraissent moins prononcés que sur le marché des professions libérales³⁹. La profession médicale, devenue quasi salariée avec l'avènement d'un payeur public unique, malgré ses dénégations, connaît d'ailleurs le même phénomène : la part de femmes dans le corps médical, d'un maigre 8 % en 1976, augmente ensuite de manière notable pour atteindre un peu plus de 20 % en 1990, puis 38 % en 2007⁴⁰.

L'inégalité entre les sexes ne disparaît pas pour autant des marchés du travail, y compris en santé. Entre autres choses, une réelle inégalité salariale persiste et les métiers féminins de la santé demeurent nettement moins lucratifs que plusieurs

1992, p. 128-156; Judy Wajcman, « Patriarchy, Technology, and Conceptions of Skill », *Work and Occupations*, vol. 18, n° 1, 1991, p. 29-45.

37. Selon certains, et toutes proportions gardées, les métiers du droit auraient joué eux aussi un rôle comparable. Charlotte Chiu et Kevin Leicht, « When Does Feminization Increase Equality? The Case of Lawyers », *Law and Society Review*, vol. 33, n° 3, 1999, p. 557-594.

38. Un thème récurrent depuis la publication des textes classiques. Voir Boston Nurses' Group, « The False Promise: Professionalism in Nursing », *Science for the People*, mai-juin 1978, p. 20-34 et juillet-août 1978, p. 23-33; David Wagner, « The Proletarianization of Nursing in the United States, 1932-1946 », *International Journal of Health Services*, n° 10, 1980, p. 271-290.

39. C'est du moins ce qu'avancent plusieurs études de cas sur la pharmacie et la dentisterie. Wendy Bottero, « The Changing Face of the Professions: Gender and Explanations of Women's Entry into Pharmacy », *Work, Employment and Society*, vol. 6, n° 3, 1992, p. 329-346; Johanne Collin, *Changement d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980*, Montréal : Boréal, 1995; Tracey L. Adams, 2005, p. 71-94. La psychologie échappe toutefois à cette logique puisque sa féminisation survient alors que se généralise la pratique en privé, la part de psychologues œuvrant en cabinet passant de 21,5 à 36 % entre 1990 et 2007.

40. André-Pierre Contandriopoulos et Marc-André Fournier, *Féminisation de la pratique médicale et transformation de la pratique au Québec*, Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 2007.

avoir pesé plus lourd dans la mise en place des traits professionnels que l'appartenance effective à l'un ou l'autre sexe. Même limité, cet exemple se compare à d'autres cas, comme l'éducateur physique et le préposé aux handicapés, dont il faudra un jour prendre la mesure précise.

LES PROFESSIONNELLES DES SOINS ET LE MARCHÉ DU TRAVAIL AU XX^e SIÈCLE

Le cas des inhalothérapeutes, cela dit, est aussi limité dans le temps. Assez vite, en effet, la création de diplômes formels s'accompagne d'une rapide féminisation du groupe. De 1964 à 1969, l'ETTI décerne 73 diplômes, dont 8 à des femmes (11 %), avant d'en remettre 44, dont 18 à des femmes (41 %), dans la seule année 1970. La part de femmes parmi les diplômés augmente ensuite rapidement et, à la fin des années 1970, l'effectif de la CTIQ est déjà aux deux tiers féminin.

Cette féminisation touche l'ensemble de la main-d'œuvre paramédicale. En orthophonie et en ergothérapie, la proportion de femmes, qui depuis toujours avoisinait déjà les 90 %, augmente encore après 1970. La physiothérapie, exceptionnellement, suit le chemin inverse — la part de femmes baisse de 92 à 81,5 % entre 1976 et 1989 —, mais demeure largement féminine. La psychologie et le travail social, professions plutôt mixtes jusque-là, comptent de plus en plus de femmes. À la Corporation des travailleuses sociales, le poids total des femmes passe de 46 % en 1975 à 75 % en 1986, puis à 84 % en 2007. En psychologie, la part de femmes psychologues passe de 34 % en 1966 à 58 % en 1990, puis à 70 % en 2006. Cette confirmation du visage féminin des professions paramédicales est attribuable à l'entrée massive des femmes à l'université après 1960, mais aussi à la tendance des étudiantes à se concentrer dans des secteurs précis comme la santé³⁵.

Si on jumelle cette tendance aux gains professionnels évoqués plus tôt, on constate que les professions paramédicales jouent un rôle singulier sur le marché du travail féminin après 1970. Alors que la ghettoisation renouvelée de l'emploi se révèle souvent défavorable aux femmes, comme dans la vente au détail ou le soutien administratif³⁶, la féminisation de métiers en pleine ascension comme l'ortho-

35. Johanne Collin, « La dynamique des rapports de sexe à l'université, 1940-1980 », *Histoire sociale/Social History*, vol. 19, n° 38, 1986, p. 365-385. Des données plus lacunaires suggèrent qu'au sein même de ces professions, les femmes tendent aussi à se concentrer dans les établissements de santé. En 1976, les femmes ne représentent que 50 % des travailleurs sociaux inscrits à leur corporation, mais comptent pour 73 % des effectifs de services sociaux du réseau public; en 1966, les femmes psychologues représentent 43 % des membres de leur profession, mais 63 % des psychologues travaillant dans le secteur de la santé. Julien Prud'homme, 2007, p. 199.

36. Thomas L. Steiger et Mark Wardell, « Gender and Employment in the Service Sector », *Social Problems*, vol. 42, n° 1, 1995, p. 91-123; Jon Lorence, « Service Sector Growth and Metropolitan Occupational Sex Segregation », *Work and Occupations*, vol. 19, n° 2,

occupations masculines comparables. Pire : au sein même des professions paramédicales, on remarque, en 1985, que les hommes physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues et travailleurs sociaux gagnent en moyenne de 18 à 25 % plus que leurs collègues pratiquant la même profession⁴¹. Cela dit, malgré ces iniquités salariales bien réelles, les paramédicales ne profitent pas moins de leur nombre et des ouvertures d'un monde de la santé en pleine effervescence pour renouveler leur propre place dans l'économie des soins. Elles y sèment ainsi les germes d'une nette amélioration de leur statut.

CONCLUSION

Il y a plusieurs années, Mary Kinnear plaiderait pour une histoire comparée des divers métiers féminins afin d'identifier les « conditions démographiques, économiques et culturelles communément partagées entre ces groupes⁴² ». En santé, cette entreprise exige de remettre en question une vision du travail féminin basée sur le seul cas des infirmières. L'expérience des psychologues, des orthophonistes ou des ergothérapeutes, par exemple, montre bien qu'on peut voir – du moins en ce qui concerne la seconde moitié du XX^e siècle – un nombre conséquent de femmes jouer, en pleine lumière, un rôle éminent, sans avoir à se glisser entre les mailles du système ou à exercer leur influence « en silence et en marge des pouvoirs traditionnels⁴³ ». Le cas des inhalothérapeutes rappelle, lui, la fluidité des rôles dits sexuels ; si les rapports sociaux de sexe sont bien « construits », comme on dit souvent, il faut admettre qu'ils puissent être changeants, comme l'est aussi le rôle du genre sur les dynamiques du marché du travail.

Ces constats peuvent modifier de manière positive notre manière d'aborder l'histoire infirmière. Le cas paramédical nous rappelle qu'après 1940, et surtout après 1970, la carrière infirmière devient une option parmi un éventail plus large d'autres métiers résolument « féminins » eux aussi – et non seulement des métiers ouverts aux femmes. Il nous rappelle aussi que les stratégies associatives des infirmières doivent être vues comme des choix conscients à des moments où d'autres professions de femmes prennent des voies très différentes. On ne peut expliquer ces choix divergents qu'en tenant compte de la composition de chaque groupe, ou encore de contraintes structurelles qui ne se limitent pas qu'au genre. Par-delà le poids d'héritages qui remontent au XIX^e siècle, on peut aussi en dire autant de l'association persistante des infirmières au *care*.

41. Pat Armstrong et Hugh Armstrong, « Sex and the Professions in Canada », *Journal of Canadian Studies*, vol. 27, n° 1, 1992, p. 118-135. Voir Dominique Gauchet, *Le maternage mal salarié. Travail sexué et discrimination salariale en milieu hospitalier*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1983.
42. Mary Kinnear, *In Subordination. Professional Women, 1870-1970*, Montréal et Kingston : McGill-Queen's University Press, 1995, p. 152.
43. Julie Fairman et Patricia D'Antonio, « Reimagining Nursing's Place in the History of Clinical Practice », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 63, n° 4, 2008, p. 445-446.

Tout cela, en fait, nous rappelle surtout que l'histoire des infirmières depuis le milieu du XX^e siècle reste encore largement à écrire. Alors que les historiennes des soins infirmiers nous ont offert sur les années 1850-1950 des analyses étoffées et d'un grand raffinement, peu a encore été dit sur les décennies plus récentes. C'est pourtant durant ces années que le travail féminin en santé a connu une diversification que peu de gens avaient prévue – surtout pas le Dr Gingras et ses confrères.