

Université de Montréal

De la moralité à l'éthique féminine:
l'expérience altruiste des infirmières québécoises

par
Valérie Dubé

11713384

Département d'anthropologie de l'Université de Montréal
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en anthropologie

1^{er} décembre 2005

© Valérie Dubé, 2005



AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

De la moralité à l'éthique féminine:
l'expérience altruiste des infirmières québécoises

présenté par:

Valérie Dubé

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Bob White
Président-rapporteur

Guy Lanoue
Directeur de recherche

Gilles Bibeau
Membre du jury

RÉSUMÉ

Ce mémoire a pour but de fournir une ébauche de l'expérience altruiste des infirmières à l'aide d'un regard anthropologique traversé par une perspective de genre. Il suggère d'observer une transformation, dans le Québec contemporain, de l'expérience morale du «devoir féminin» en une expérience éthique et féministe fondant le lien aux autres, ceci grâce à une emphase mise sur la partie du champ éthique se rapportant au plaisir. Une discussion théorique s'élabore autour des thèmes suivants: femmes et philosophie éthique; symbolique et dynamiques de pouvoir entourant le couple conceptuel féminin/ soin; historique des soins infirmiers au Québec, identité féminine et *care*. Sont ensuite présentés les résultats issus des entrevues et interprétés à la lumière d'une comparaison intergénérationnelle entre des infirmières de l'ancienne et de la nouvelle génération (50 ans et plus; 30 ans et moins.) Des résultats de cette comparaison, mis en relief à l'aide des éléments du corpus théorique, 2 choses ressortent. Il semble que l'usage du dispositif éthique soit assimilé comme un fait d'époque, peu importe l'âge: toutes parviennent à s'approprier la valeur de leurs soins en situant celle-ci dans l'unicité et l'intégrité de leur identité profonde, humaine et féminine (plutôt que dans un «devoir moral», social ou alors sexuel.) Toutefois, les jeunes infirmières s'affranchissent, «libèrent leur plaisir» en se tournant plutôt vers la sphère publique et remettent davantage en cause l'inconditionnalité de l'expérience relationnelle comme espace de réalisation éthique. Conclusion tirée, le rapport à l'autre éthique permet bel et bien un *empowerment* à spécificité féminine, mais les conditions du milieu infirmier ne sont toujours pas suffisantes à la pleine expansion de la volonté relationnelle des femmes soignantes.

MOTS CLÉS

genre/ pouvoir/ identité féminine/ féminisme/ soin/ symbolique maternelle/
corporalité/ humanisme

SUMMARY

The aim of this memoir is to provide insight into the altruistic experience of female nurses through an anthropological approach and a gender based perspective. It suggests a closer look at a transformation, in modern-day Quebec, of the experience of women's sense of "duty" into an ethical and feminist experience as the foundation to connecting with others, through emphasis placed on the ethics of pleasure. A theoretical discussion is constructed on the following themes: women and the philosophy of ethics; symbolism and power surrounding the conceptual grouping of women/care; history of nursing in Quebec; female identity and care. Thereafter are presented the results of interviews, interpreted with the added guidance of an intergenerational comparison (nurses over 50; less than 30). From the results of this comparison, highlighted by the elements of the theoretical corpus, two findings come forth. It seems that the employment of ethics transcends generations: all were able to appreciate the value of their care through their sense of identity, humanity and feminineness (rather than in a sense of moral duty, social or sexual). Even so, younger nurses are affirming themselves, "liberating their pleasure" by turning towards the public sphere and questioning the unconditional relational experience as being the space for ethical accomplishment. Conclusion drawn, the ethical relationship with others allows a specifically feminine empowerment, but the conditions in the nursing milieu still do not suffice to allow the full expression of nurses' aspirations in this sense.

KEY WORDS

gender / power / feminine identity / feminism / care / maternal symbolics /
corporality / humanism

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	p.1
---------------------	-----

I) PROBLÉMATIQUE ET PROCÉDURE

1. Hypothèse et objectifs	p.4
2. Cadre conceptuel	p.5
3. Méthodologie	p.8

II) DISCUSSION THÉORIQUE

1. Graciela Hierro et l'éthique du plaisir féminin

1.1 Éthique et féminisme au cœur des sciences morales	p.12
1.2 L'éthique et le vécu relationnel du genre féminin	
1.2.1 <i>L'amour</i>	p.21
1.2.2 <i>La passion</i>	p.23
1.2.3 <i>Le don</i>	p.25

2. Symboles et dynamiques entourant la femme soignante

2.1 Un féminin qui soigne, qui réprime, qui libère	
2.1.1 <i>Le genre féminin: une captivité</i>	p.30
2.1.2 <i>Structures de l'identité et image corporelle</i>	p.31
2.2 Corps sexué: «corps-pour-les-autres»	
2.2.1 <i>Corps maternel et «mère publique»</i>	p.36
2.2.2 <i>Corps érotisé: corps désiré et prohibé</i>	p.40
2.2.3 <i>Corps féminin: corps signalé</i>	p.42

2.3 Le milieu infirmier: un espace de conflits... et d'*empowerment*?

- 2.3.1 *Travail reproducteur et «pré-moderne»* _____ p.44
 2.3.2 *L'inconscient dans l'expérience, à l'intérieur et au-delà du milieu professionnel* _____ p.49

3. Le pouvoir

3.1 Les soins infirmiers: un *empowerment* au féminin? _____ p.55

3.2 Critique féministe de Michel Foucault: un rapport à soi et à l'autre reconsidéré

- 3.2.1 *Les soins infirmiers, le genre et le pouvoir foucauldien: un mélange difficile* _____ p.61
 3.2.2 *Le souci de soi à l'Âge classique* _____ p.66
 3.2.3 *Biais masculin et support inconditionnel des femmes* _____ p.70
 3.2.4 *De la spiritualité à la philosophie... un passage masculin?* _____ p.75
 3.2.5 *L'imaginaire puritain et un rapport sujet/ objet aux apparences nouvelles* _____ p.78
 3.2.6 *Les savoirs des femmes* _____ p.85

4. Genre, identité et performativité sexuelles en soins infirmiers

4.1 Les modalités du genre _____ p.91

4.2 Judith Butler: performativité de genre, ritualité et construction corporelle ___ p.96

5. Identité, statuts et rôles infirmiers: un historique

5.1 Un double visage culturel _____ p.102

5.2 Évolution de la formation, du contexte idéologique et des statuts infirmiers _____ p.105

5.3 Du simulacre féminin à la fierté féminine _____ p.112

6. Le *caring*

6.1 De quoi s'agit-il? _____ p.118

6.2 L'empathie au centre du *care* _____ p.122

III) INTERPRÉTATION DES DONNÉES DE TERRAIN

1. Remise en contexte et précisions _____ p.125

2. Présentation des données brutes et premier palier d'interprétation

2.1 Chez les plus âgées

2.1.1 Profil personnel _____ p.130

2.1.2 Expérience corporelle _____ p.132

2.1.3 Les soins et l'identité féminine: perceptions et expériences _____ p.134

2.2 Chez les plus jeunes

2.2.1 Profil et cheminement personnel _____ p.141

2.2.2 Expérience corporelle _____ p.143

2.2.3 Les soins et l'identité féminine: perceptions et expériences _____ p.144

2.3 Données écrites: un exercice révélateur _____ p.149

3. Interprétation des résultats: une expérience qui parle...

une conception théorique révisée _____ p.155

CONCLUSION _____ p.173

De la moralité à l'éthique féminine: l'expérience altruiste des infirmières québécoises

INTRODUCTION

Par ce travail, je tente d'effectuer une réflexion anthropologique vis-à-vis des infirmières québécoises en tant que groupe social contemporain, en tant que groupe professionnel spécifique dans sa dimension de genre (presque exclusivement féminin) et oeuvrant au sein d'un milieu social fortement chargé de symboles liés à cette dimension: l'hôpital, sanctuaire de corps souffrant et espérant soins, attention et présence à chaleur généralement dite maternelle.

Face aux changements de la modernité et ensuite face à la dite post-modernité relative à la réalité socioculturelle québécoise, face à la redéfinition de la féminité et de ses champs sociaux d'affirmation, où se situent et comment s'actualisent les infirmières? Autrement dit, ces femmes d'aujourd'hui, représentantes d'un des plus grands «stigmates» de l'histoire qui est celui du Féminin dédié à l'Autre, comment envisagent-elles leur liberté? Comment, en fait, constituent-elles leur subjectivité?

Par subjectivité, nous pouvons entendre une notion se rapportant aux critères d'unicité, d'auto réflexivité et dans une certaine mesure, de liberté et d'agir. Mais alors, dans le cas d'une investigation qui chercherait précisément à souligner la surcharge de féminité que renferme un travail comme celui d'infirmière, qui chercherait, dans un sens, à identifier ses espaces de «captivité générique», une telle version disons «optimiste» de la subjectivité ne serait-elle pas susceptible de laisser sans réponse bon nombre de questions importantes?

Dans ces circonstances, mon étude cherche à atteindre un double but. Démontrer, dans un premier temps, la *négation de soi* que peuvent comporter les

procédés identitaires et subjectifs des infirmières lorsque élaborés à travers une survalorisation de l'expérience altruiste, maternelle dans sa symbolisation profonde. Dans un second temps, considérer le *contenu intégral et vital* de cette expérience altruiste, celle-ci qui se traduit en comportements et attitudes correspondant, au-delà de la condition générique des infirmières, à elles-mêmes en tant qu'individus possédant des besoins et une auto affirmation propres. Envisagé sous cet angle, il s'agit ici de ne point verser dans le discours du féminisme de la différence qui pourrait tendre, à tort, vers une valorisation de la féminité pour ses «qualités et fonctions propres» de sensibilité, irrationalité, sensualité et don de soi. Ce qui incombe, au demeurant, est d'adopter une posture critique forcément féministe, mais *phénoménologique*, c'est-à-dire ancrée dans un projet de *traduction de l'expérience sensible*.

Et pourquoi un regard féministe? Avant toute chose, je dois réaffirmer l'approche centrale de ce travail qui n'est autre chose qu'une *perspective de genre appliquée à une anthropologie des infirmières*. Et comme le souligne l'anthropologue Marcella Lagarde¹, cette perspective, qui consiste en un effort de compréhension de la société sexuée, ne peut être abordée indépendamment du paradigme féministe qui à son tour, s'enracine dans la conception d'un paradigme du développement humain. Dans ce sens, les institutions de santé et à l'intérieur de celles-ci toutes les personnes qui travaillent à la reproduction de la société, avec toute la dimension de *relation à l'autre* qu'elles comportent, doivent être observées de près, évaluées dans leur apport vital aux femmes comme aux autres, et finalement consister en un espace d'action et de modification de nos conditions de genre, ceci dans l'interaction et la cohabitation². Car nombreuses et combien importantes sont les raisons d'élaborer et plus encore, de se réclamer d'une anthropologie de la femme aux objectifs, catégories et méthodes propres. L'anthropologie s'est certes déjà intéressée aux femmes et à la culture féminine, mais quelque chose reste encore à développer que je qualifierais de plus «effectif», de plus engagé: la proposition d'une anthropologie qui s'occupe des

¹ Marcella Lagarde y de los Ríos, *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia* (Madrid: horas y HORAS, 1996).

² *Ibid.*,47.

femmes comme sujets protagonistes de l'histoire, de *leur* histoire, une anthropologie qui puisse offrir à toutes les femmes *dans leur différence et leur unicité*, des outils de pensée et d'action pouvant leur permettre d'observer, d'expliquer, d'interpréter et peut-être contribuer à éradiquer leur oppression... Une anthropologie qui puisse, enfin, réaffirmer l'idée selon laquelle les humains sont d'abord et avant tout des produits de l'histoire, que la biologie (et avec elle la sexualité), *capturée à partir de la culture*, doit être prise en compte pour son énorme poids dans les attributions sociales et culturelles, et qu'il n'appartient qu'à nous de modifier toutes les «vérités» qui l'omettent³.

C'est donc ainsi que je voudrais parvenir à aborder les diverses postures, situations, mémoires et utopies des infirmières comme différentes versions *d'un même projet humain*. En s'appuyant d'emblée sur cette idée de projet ou de «mission humaine», l'on pourrait être facilement tenté d'associer le *care* à l'idée de vocation. Seulement cette notion de vocation, malgré ses revers de noblesse, s'enracine dans un schéma de pensée qui puise à la fois dans un déterminisme biologique et une conception «magique» du destin et de l'irréfutable. Mais bien que les termes et croyances entourant la vocation me laissent d'un côté perplexe, mon projet fondamental demeure celui d'attribuer un sens (d'y aspirer à tout le moins...), une raison d'être et une dignité à la dite culture féminine du rapport à l'autre.

C'est alors un parcours à travers l'univers des philosophies morales qui m'a offert l'opportunité d'entamer ce projet. Grâce à l'œuvre de Graciela Hierro, influente philosophe mexicaine, je me suis dirigée vers une démarche de distinction des différents attributs liés à la moralité et à l'éthique, toutes deux situées au fondement des plus grandes réflexions entourant l'action, la pensée et le devenir humains... situées, enfin et surtout, au fondement des considérations entourant le rapport à soi et à l'autre. Aux côtés, entre autres, de cette touchante et remarquable théoricienne du féminisme éthique, je propose donc une réflexion approfondie sur *le vécu relationnel du genre féminin*.

³ Marcela Lagarde y de los Ríos, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas* (México: UNAM, 1990), 60-63.

1) PROBLÉMATIQUE & PROCÉDURE

1. Hypothèse et objectifs

En m'intéressant à l'expérience altruiste des infirmières québécoises, j'ai voulu émettre l'hypothèse suivante: que le domaine des soins (communément appelé le *care*) puisse influencer, chez les personnes qui l'intègrent de façon soutenue, la construction d'une expertise éthique auto valorisante. L'étude visait à effectuer une comparaison intergénérationnelle entre des infirmières de l'ancienne et de la nouvelle génération (cinq0 et plus; trois0 ans et moins), dans le but d'identifier si oui ou non, une transformation se serait opérée au fil du temps dans les conceptions liées à la féminisation des soins médicaux. Cette transformation pourrait s'être caractérisée par *un passage de l'espace du «devoir-faire» féminin (fonction morale) vers l'espace du «vouloir, savoir et pouvoir-faire» féminin (fonction éthique).*

Parallèlement, le projet devait arriver à rendre compte d'une possible évolution au sein de la mentalité traditionnelle liée au métier d'infirmière, évolution conséquente à un changement global de société concernant la perception du travail féminin et l'éducation (familiale et professionnelle) accordée aux femmes québécoises depuis les débuts de la révolution féministe. Une plus grande latitude en ce qui concerne le choix d'étudier et de travailler, un accroissement de la valeur professionnelle au détriment de la dimension maternelle associée à l'attention médicale ainsi qu'une amélioration des conditions générales de travail et de vie des femmes québécoises, pourraient avoir contribué à faire du milieu infirmier un espace de création et d'accumulation d'une sorte de «capital éthique», de «pouvoir typiquement féminin» basé sur l'auto estime et la compétence plutôt que sur l'idée à saveur essentialiste de «vocation féminine».

De façon plus spécifique, la situation des infirmières devait être évaluée selon différents aspects de leur auto perception en tant que femmes aidantes, pouvant

aller du sentiment d'oppression au sentiment d'émancipation. Les champs d'analyse alors abordés devaient correspondre, je le souligne une fois de plus, à *une approche anthropologique avec perspective de genre*, et s'apparenter à ceci: identification du milieu hospitalier à une communauté de femmes intégrant et constituant une sous-culture spécifique; analyse de la charge symbolique liée à la présence corporelle de l'infirmière; recherche et analyse des différentes dynamiques de pouvoir présentes au sein du milieu hospitalier et conséquences de celles-ci sur la dignité et l'identité des infirmières; etc.

2. Cadre conceptuel

Hypothèse et objectifs étant posés, j'entamais ensuite l'élaboration du corpus théorique. Je précise d'entrée de jeu que la dimension théorique occupe un rôle de premier rang dans mon étude, et que par ceci je me trouve à m'éloigner quelque peu de l'«idéal anthropologique» qui consiste à placer le travail de terrain au point de départ de la démarche analytique. La réflexion théorico conceptuelle occupe un volume important au sein de mon travail, certes, mais il demeure bien clair que sans entrevues, sans l'analyse de discours sensibles et diversifiés, aucun investissement du réel à proprement parler n'aurait été possible ou même envisageable. Je précise simplement que pour ma part, l'usage du corps théorique ne devait ni primer ni seconder à l'analyse de terrain, mais devait plutôt l'introduire, la traverser, lui servir de support continu.

Ceci dit, le travail allait se structurer autour d'une notion fondamentale: *le genre*, catégorie sociale basée sur l'appartenance à un sexe ou l'autre et forme primaire de relations signifiantes de pouvoir. Véritable champ d'étude en soi, nombreux sont les auteurs qui s'y réfèrent ou s'y consacrent entièrement. J'ai laissé miroiter en introduction mon intérêt particulier porté à Gracia Hierro et à sa conception théorique d'une *éthique hédoniste de l'intérêt appliquée à la réflexion sur la condition féminine*. En déterminant les conditions propres au développement d'une

éthique de vie ayant pour principes inhérents le plaisir *et* la préoccupation pour le bien de l'autre, cette auteure adopte le type de posture féministe que je souhaite rejoindre dans mon étude: souligner, dans un premier temps, le caractère restrictif et aliénant de la morale traditionnelle qui attitre aux femmes le «devoir» et le «dessein» que leur consacre leur nature, mais permettre aussi, dans un second temps, aux espaces communément féminins de recouvrir une valeur éthique à caractère émancipateur dans la mesure où la recherche de plaisir, d'intégrité et d'autonomie se retrouve à la base de l'entreprise altruiste.

Je me suis également tournée vers le travail de l'anthropologue Marcela Lagarde (également mexicaine), pour la partie de mon travail qui cherchait à rappeler, à chaque plan de l'analyse, l'importance de considérer et de dévoiler la spécificité féminine des expériences rapportées par les informatrices. Pour expliquer dans quelle mesure le domaine des soins infirmiers, selon la mentalité traditionnelle de service indiscriminatoire et de vocation féminine, réfère *a priori* à la structure du devoir moral, j'ai tenu à intégrer certains des concepts fortement traités par l'auteure, comme par exemple celui de «mère publique», celui d'«être-pour-les-autres» (corps maternel et érotique), celui de «carence vitale féminine» ou encore celui qui distingue le «pouvoir-sur-les-autres» du «pouvoir-pour-vivre». Je considère ce dernier concept comme fondamental au soutien de mon hypothèse dans la mesure où il fournit les outils théoriques nécessaires à une démarche que je qualifierais de «féminisation du pouvoir» au détriment de la plus classique «déféminisation des sphères traditionnelles pour un meilleur accès des femmes au pouvoir». Enfin, ce même concept me permettait d'inclure une critique constructive de la vision foucauldienne du pouvoir, de son étude sur l'histoire de la sexualité et la culture du soi, et avec ceci une critique des divers écrits se rapportant au Puritanisme et à la subjectivité féminine de l'époque victorienne. Bref, il m'est apparu crucial d'aborder de façon élargie le concept de *pouvoir*.

Enfin, me tourner vers la littérature mexicaine (et Latino-américaine en général) pour tenter de comprendre une réalité québécoise (le passage de la «tradition» à la «post-modernité» des soins infirmiers) m'offrait la possibilité d'inclure un regard que je qualifierais de «sensible aux problèmes du réel», «sensible

à la tangibilité du vécu». Contrairement aux théoriciennes féministes nord-américaines et tout particulièrement américaines, qui bien souvent se retranchent dans le discours «abstrait» du patriarcat abordé dans sa radicalité politique, le féminisme mexicain s'insère dans les luttes sociales liées aux conjonctures post-coloniales, il recouvre forcément un caractère pragmatique et se centre dans un besoin disons plus «saillant» de redéfinition et de *prise en charge* de la condition féminine.

Outre le caractère maternisant et érotisant des procédés symboliques entourant l'image de l'infirmière ainsi que les dynamiques de pouvoir s'y rattachant, j'ai crû bon d'aborder la question du caractère performatif de la sexualité, concept sur lequel l'Américaine et philosophe du genre Judith Butler jette une lumière intéressante. Ses analyses concernant la ritualisation de la construction sexuelles me permettaient une fois de plus de mettre en relief, de réaffirmer ma proposition selon laquelle le vécu relationnel qu'expérimentent généralement les femmes *peut* correspondre à une volonté et à une codification singulières qui le rendraient indépendant, ou plutôt *parallèle* aux modalités restrictives liées à la normativité sexuelle.

Quant aux investigations déjà effectuées sur le thème de l'altruisme en milieu infirmier, la littérature concernant les sciences infirmières au Québec a pu me fournir une bonne illustration chronologique de l'évolution des mentalités dans le domaine des soins et de l'image féminine. On y retrouve notamment les grandes lignes historiques concernant la définition du statut et des tâches de l'infirmière, des données sur les conséquences professionnelles et identitaires du passage de la charité religieuse aux sciences et technologies dans le domaine tant du *care* que de la santé biomédicale, ou encore les caractéristiques propres au cheminement respectif des infirmières anglo et franco-canadiennes. Un regard recentré sur le *caring* devait finalement être jeté pour une compréhension du champ expérientiel auquel il renvoie aujourd'hui, et pour le retour qu'il permettait d'effectuer, comme catégorie analytique du rapport à l'autre féminin, sur bon nombre de notions abordées au cours de la discussion théorique.

3. Méthodologie

Mon travail de terrain a consisté à m'entretenir avec 14 individus de sexe féminin, pratiquant présentement ou ayant pratiqué dans le domaine des soins infirmiers. Il m'importe de souligner que l'étude ne visait point une représentativité à l'échelle nationale (le Québec compte plus de 40 000 infirmières et infirmiers...) mais plutôt locale. Je souhaitais dresser une ébauche de la nature de l'expérience altruiste d'un groupe d'infirmières rattachées à deux établissements hospitaliers, soit ceux d'Arthabaska et de St-Hyacinthe. Les infirmières pouvaient occuper (ou avoir occupé) divers départements (ce point ne devait pas être discriminatoire quant au choix des informatrices). L'échantillon allait alors se rapporter à une population exclusivement *francophone, neutre en termes de diversité ethnique et vivant en région*.

Ma procédure de recrutement a consisté à effectuer une visite à l'hôpital d'Arthabaska (j'ai obtenu une permission pour le département de chirurgie d'un jour) où j'ai pu remettre une série de demandes de participation avec description du projet. Deux semaines plus tard, je revenais collecter les consentements écrits selon la procédure officielle et fixais avec deux informatrices volontaires une date et un lieu d'entrevue. Les sept autres informatrices rattachées à l'hôpital d'Arthabaska ainsi que les cinq correspondant à l'hôpital de St-Hyacinthe m'ont toutes été référées par contact. Toutes les entrevues excepté une se sont déroulées au domicile des informatrices.

Les entretiens ont été de nature individuelle et ont eu une durée approximative d'une heure et quart. Les premières questions devaient servir à dresser un profil social de l'informatrice (âge, situation économique, matrimoniale et familiale, provenance ethnique, état de santé sommaire, type d'éducation reçue et communauté d'appartenance religieuse ou autre, etc). La suite de l'entrevue était de nature semi dirigée, avec des questions ouvertes laissant la place pour les récits, les rajouts, ainsi que des exercices écrits (ex.: «jetez d'un trait sur une feuille de papier vos cinq états d'âme les plus fréquents au retour du travail»).

Au niveau analytique maintenant, l'aspect qualitatif des données ainsi que l'absence relative de rigidité que privilégiait ma méthode (absence de questionnaire, ouverture des questions et incitation au récit, évitement de l'intimidation consécutive à un enregistrement et prise de notes plus élaborée *après* l'entrevue) devaient forcément m'acheminer vers une *analyse de contenu* (il ne s'agit pas d'une analyse statistique exhaustive). La stratégie de base consistait en le fait de démontrer *ou démentir* la prédominance, au sein de l'expérience des infirmières, du modèle hédoniste auto gratifiant sur celui de l'oppression générique (cette dernière notion se caractérisant par une infériorisation, un contrôle ou un usage du genre féminin, mais à titre de trait *imprégnant* l'expérience, *non la résumant*). Le profil social étant dressé, il s'agissait dans un premier temps de relever des discours révélateurs sur le plan de l'identité corporelle pour y détecter *ou non* la présence d'une charge sexuelle contribuant à réduire l'image et l'intervention de l'infirmière aux fonctions présumées «naturelles» du genre féminin (l'abnégation de soi au profit de l'autre, la non rationalité au profit de la sensibilité, etc). Les variables d'évaluation, autrement dit les questions abordées, pouvaient ressembler à ceci: sentiment de confort et de confiance envers l'image corporelle versus dévaluation; expériences vécues de harcèlement ou de non-respect de l'intégrité corporelle face aux patients ou alors aux médecins; etc.

Une seconde étape consistait à évaluer comment les infirmières perçoivent le caractère féminin de la morale relationnelle rattachée à leur travail. Par exemple, le *care* serait-il, plus qu'un «appel», un *besoin* dans la vie de ces femmes? Sommes-nous face à une ritualisation du genre sous la forme d'une performance, de la même façon que l'aborde Butler? Et si oui, observe-t-on une «volonté d'être femme et d'exercer un métier de femme» qui agit à la construction d'une fierté générique ou qui au contraire s'impose dans une dynamique «obligée» de conformité à caractère contraignant? À ce titre, l'infirmière pouvait être appelée à témoigner sur sa croyance plus ou moins grande en une «sagesse proprement féminine», sur sa vision des infirmiers ou encore sur la difficulté de se sentir «mère éternelle», à la maison comme au travail. Notons bien cependant que je n'aspirais point à une collecte de données «types» ou «souhaitables», ni à obtenir des réponses pointant de façon

explicite dans le sens de mon hypothèse. Je souhaitais parvenir à identifier une *atmosphère générale* quant à l'appréciation de l'expérience altruiste, celle-ci mise en relief à travers des discours francs et simples et donnant suite à des questions également simples, claires et couvrant des domaines diversifiés.

Ensuite, toutes ces données devaient être éventuellement réévaluées, mises en relief à la lumière de discours contrastants révélant *ou démentant* la présence d'un «orgueil du sens moral», une sorte de fierté reliée à la maîtrise du rapport humain. Je devais tenter de cerner le «ton» émis par les récits et réponses des infirmières, et identifier si le soin qu'elles portent constamment aux autres leur permettait effectivement d'accumuler le dit «capital éthique», de développer un savoir de l'autre qui, recherché et exercé au cœur d'une démarche libre et auto satisfaisante et au-delà d'une référence aux termes du «devoir féminin», se transforme en outil de vie et même en levier de pouvoir.

C'est finalement grâce à une comparaison intergénérationnelle que j'allais pouvoir intégrer tous les résultats obtenus suite aux entrevues individuelles à une perspective voulant inscrire l'expérience éthique des infirmières dans un schéma global de changement de société. Bref, si les jeunes infirmières s'apparentaient davantage que les plus âgées au modèle éthique proposé (hédoniste, non traditionnel sur le plan de la contrainte morale), mon hypothèse se voyait être sinon confirmée, du moins soutenue. Ceci devait signifier que la mentalité de «devoir charitable féminin» associée à la profession se serait atténuée en l'espace d'une seule génération, suivant ainsi l'évolution des mentalités en matière de genre de la société québécoise depuis les débuts de la révolution tranquille. Un résultat opposé pouvait, à l'inverse, laisser croire que face à cette dite évolution, le domaine infirmier aurait agi en chasse gardée du travail traditionnel féminin et aurait continué d'accueillir des femmes recherchant (entre autres choses) l'accomplissement au travers d'une conformité générique, sans souci *nécessaire* pour la découverte d'une intégrité basée sur une philosophie éthique. Gardant bien à l'esprit qu'une analyse anthropologique ne voit jamais tout en noir ou tout en blanc, il n'était toutefois pas exclu que le propos théorique soutenant mon hypothèse puisse s'avérer utopique en vertu de l'époque, que les deux générations étudiées s'avèrent trop rapprochées dans le temps pour qu'une différence notoire soit

identifiée entre les discours, ou encore pour établir des corrélations marquées entre l'aspect plus ou moins traditionnel du profil social, du parcours et du discours des infirmatrices. Je tiens néanmoins à préciser que la comparaison intergénérationnelle ne devait constituer *qu'un* axe d'analyse parmi d'autres.

Enfin, bien que j'aie réservé la présentation des résultats proprement dits pour le dernier chapitre, quelques références ponctuelles aux divers témoignages ont été distribuées au cours de la discussion théorique, pour qu'à partir des considérations théoriques s'ouvre peu à peu le tracé vers une conclusion anthropologique et une analyse sensible des données de terrain.

Et voilà qu'une fois réunies la pensée théorique et les données du terrain, je tenais entre mes mains un éventail sans fin d'impressions, de paroles, de sensations aux mille replis, interstices et subtilités. Sans pouvoir confirmer ni réfuter que les résultats obtenus correspondaient de façon nette à l'hypothèse émise (que le milieu infirmier aurait évolué, sous divers aspects et dans un rapport figuratif, de la moralité vers l'éthique féminine) je m'étais penchée sur une réalité au cœur de laquelle bon nombre de questions et thèmes auxquels je m'étais intéressée avaient effectivement pris vie, étaient parvenus à faire sens. Ce travail n'a d'autre prétention que d'avoir récolté d'abord idées, ensuite discours et d'avoir tenté d'y apposer une réflexion, tantôt rigoureuse, tantôt aventurière... J'espère, en outre, être parvenue à atteindre mon double objectif, qui était d'appliquer une anthropologie féministe à, d'un côté, la trame symbolico-discursive se rattachant au personnage social de l'infirmière et de l'autre, à la réalité sensible, tangible et personnelle de celle-ci.

II) DISCUSSION THÉORIQUE

1. Graciela Hierro et l'éthique du plaisir féminin

1.1 Éthique et féminisme au cœur des sciences morales:

Le point de départ de ma démarche consiste à introduire et à donner un cadre à la réflexion entourant la pratique féminine de l'altruisme, ceci au moyen d'une immersion dans le monde philosophique entourant la moralité. J'admets d'emblée que l'apport fortement philosophique des propos qui suivent laisse peu transparaître l'intention ultime d'une réflexion anthropologique, mais le fait est qu'au niveau conceptuel, l'approche philosophique constitue selon moi un préalable incontournable en vertu des termes abordés. Le projet anthropologique acquiert à mon sens toute son intégrité quand, au moment précis de la rencontre entre sa pensée fondatrice et les discours qu'il récolte, il saisit un sens et le fait émerger.

Ce que je propose donc ici est une part de ma pensée fondatrice, qui consiste en un parcours à travers une œuvre en deux volumes de Graciela Hierro, travail fascinant dans lequel l'auteure tente d'identifier les conditions d'accès à une éthique du plaisir destinée à l'usage des femmes. Bien que l'auteure soit infirmière de formation, elle n'y aborde pas de façon explicite le thème de l'altruisme en milieu infirmier. Son étude concerne néanmoins les modalités éthiques de l'altruisme *féminin*. Ceci dit, ce premier chapitre aura pour but de rapporter les grandes lignes de ce travail qui constitue, en réalité, le noyau dur de ma réflexion théorique. Je le mentionne et le souligne donc scrupuleusement, les lignes qui suivent consisteront, en grande partie, en une *référence générale* aux idées contenues dans *l'ensemble de ces deux ouvrages* intitulés *Éthique et féminisme*⁴ et *L'éthique du plaisir*⁵ (*Ética y feminismo*; *La ética del placer*), méthode qui, en un mot, renonce à toujours citer de façon précise des références spécifiques.

⁴ Graciela Hierro, *Ética y feminismo* (Mexico: UNAM, 1985).

⁵ Graciela Hierro, *La ética del placer* (Mexico: UNAM, 2001).

Le premier des deux volumes effectue une entrée en matière audacieuse en caressant le projet d'une *systematisation des sciences morales*. Pour l'auteure, ceci consiste en un effort de synthèse de ce qu'elle nomme les «règles du sens commun» (ou règles se rapportant à l'expérience morale de l'humanité) dans le but de les lier entre elles et de faciliter leur congruence. Consensus moral de l'humanité, oui, mais plus spécifiquement de l'humanité féminine... En gravitant autour du paradigme féministe, elle parvient à envisager la possibilité d'un projet éthique absolu, universel dans sa portée puisque sensible au réel masculin *et* féminin, mais plus encore, modulé à *partir* des aspects positifs du réel féminin. Cette proposition constitue la première clé de son raisonnement. La seconde se situe au niveau du *plaisir*, de l'expérience hédoniste comme condition nécessaire à l'accession du Bien dans un rapport intrinsèque.

Mais que doit-on entendre par «Bien» ou encore «aspects positifs» du vécu féminin?... C'est peu dire, l'univers des sciences morales s'apparente parfois à une ribambelle de terminologies enroulée sur elle-même et obligeant à un exercice de démêlage constant. Amorçons donc, pas à pas, cet exercice de «typologie» des termes et courants de la moralité auquel nous convoite Graciela Hierro.

L'éthique, et avec elle la morale, s'inscrivent dans un effort philosophique cherchant à rejoindre les fondements de l'humanité, ceci à travers un travail pour saisir la dialectique à l'œuvre entre son organisation sociopolitique et l'intelligence sensible des sujets qui la constituent. Les sciences morales cherchent à définir, à distinguer et surtout à donner un sens aux archétypes du bien et de la rectitude, en accordant primauté de l'un sur l'autre ou encore en y rattachant, dans un rapport causal ou alors implicite, l'idée du plaisir. Épicure, par exemple, voyait en ce dernier l'équivalent du Bien ultime convoité par toute action, alors que Bentham, lui, y associait davantage la vertu de la droiture.

L'hédonisme, autrement dit la posture morale qui consiste à poser le plaisir en première instance de toute action morale et de tout dessein humain, se raccorde aux termes des théories téléologiques qui voient en le bonheur le Bien intrinsèque. La

plupart des philosophies morales sont mixtes, c'est-à-dire qu'elles renferment un noyau téléologique mais aussi déontologique.

Graciela Hierro nous propose pour sa part un hédonisme éthique couplé d'une morale normative. Examinons d'abord la proposition hédoniste. Suivant sa conception, le plaisir ne doit pas correspondre à la définition de la rectitude mais plutôt au *critère* servant à déterminer la rectitude des règles. Selon elle, l'expérience du plaisir est celle qui est bonne en soi, et par plaisir il faut entendre l'absence de douleur, l'absence de ce qu'elle qualifie de «mal non nécessaire» par opposition au mal inévitable, inévitable mais potentiellement générateur d'expériences enrichissantes. Il faut ici considérer comme étant différents le bonheur, le plaisir implicite à l'expérience du bonheur et le bien, différents mais comme autant de traductions d'un même concept.

Vient ensuite l'aspect normatif de sa proposition, qui tient en l'idée d'une universalisation de l'obligation morale, idée qu'elle dit devoir à la contribution philosophique de Kant (l'idée kantienne d'absolu moral, mais à l'exclusion de son fondement qui voit en celui-ci la logique de non-contradiction, concept non approprié ici). Ce que Hierro croit possible de correspondre au «devoir absolu de l'humanité», c'est ce qu'elle nomme une «obligation de l'intérêt», de l'intérêt général qui se traduit par l'exercice et la promesse d'un maximum de bien à l'endroit d'un maximum de gens. L'idée paraît peut-être aussi farfelue que simpliste... il y a pourtant dans celle-ci quelque chose qui s'apparente à un tour de force. Voyons pourquoi.

Kant voit en la volonté même d'appliquer la règle (la rectitude), et non en le plaisir, l'essence de la vertu morale, croyant par ceci que les humains ne possèdent pas toujours les ressources leur permettant de déterminer s'ils sont ou non heureux. Hierro, de son côté, dresse les conditions propres à une éthique de l'intérêt se dirigeant tant vers l'autre qu'envers le soi propre, associe à l'idée de rectitude tout acte tendant à garantir le bien (le plaisir) du plus grand nombre (ce qui inclut nécessairement le soi). À première vue rien ne surprend, mais une boucle vient se refermer avec l'assertion suivante: que l'intérêt propre ne doit être sacrifié *que* s'il

entre en contradiction avec celui du plus grand nombre. Ceci trouve son sens dans la mesure où l'intérêt ou plaisir personnel ne peut être réel, ne peut être déployé, de toutes façons, qu'en présence et conscience de l'intérêt d'autrui. L'action morale, dit Kant, rend digne d'être heureux. Le plaisir et la déontologie (en d'autres termes, la sensation du bien et l'obligation au bien), dit Graciela Hierro, sont liés l'un et l'autre dans un rapport mutuellement inclusif. Leur congruence n'est pas dans la dignité ce que serait une sorte de bonus, elle est la condition par laquelle ils arrivent à *être* et à *signifier*. J'ajouterais à ceci que la dignité du bonheur, pour ma part, réside au fondement d'une autre notion sans laquelle aucun projet éthique ne peut prendre vie: la liberté.

La proposition centrale est donc celle d'un hédonisme du bien, sorte d'idiome théorique servant de mesure à l'application d'une éthique de l'intérêt. La posture de Hierro se place sous la catégorie des théories morales qui spécifient les principes sous-jacents aux opinions établies, ceci parce qu'elle tend vers une théorie qui se rencontre implicitement dans la moralité du sens commun. La catégorie s'y opposant, qui débute avec Spinoza et dont font partie les Stoïciens par exemple, se caractérise par l'idée selon laquelle l'être ne peut tendre vers le Bien intrinsèque, la vertu et l'action morale qu'au moyen d'une conversion spirituelle préalable. La posture adoptée par Hierro est plutôt aristotélicienne, et se rapporte à une vision qui suppose à la moralité du sens commun des principes et une volonté raisonnables. Raisonnables... mais selon quel gabarit?

C'est à ce titre que Hierro aspire à l'élaboration d'une méthode de systématisation des obligations morales. Ce qu'elle cherche à faire (et ce que je cherche à faire aussi), surtout, c'est d'élaborer une éthique normative capable de donner un fondement à la moralité féminine et aux croyances qui la sous-tendent, pouvant s'insérer à la réalité de n'importe quelle époque et de n'importe quelle culture, ce qui en revient à dire à la réalité de n'importe quelle femme... Drôle d'anthropologie? Audacieux? Oui. Mais comme mentionné au début du chapitre, ce sont deux concepts précis qui, de façon originale, viennent permettre d'envisager une

telle démarche: le plaisir inhérent et nécessaire à toute entreprise éthique et le principe universel de la déontologie morale. L'une comme l'autre, ces deux notions doivent être comprises dans une dimension bien précise que j'aborderai cette fois-ci de façon plus explicite, ce qui disons m'amène à un deuxième niveau d'analyse.

D'abord le plaisir. Ce que nous dit la théorie de l'éthique du plaisir, c'est qu'il ne s'agit pas de rechercher délibérément le plaisir mais d'entreprendre un travail *basé dans l'amour* qui permet implicitement d'anticiper le plaisir comme *sa conséquence*. Si le plaisir constitue le critère du projet éthique, l'amour correspond au projet lui-même (je me limiterai ici à cette remarque concernant l'amour, thème faisant l'objet de plus amples considérations dans la section suivant celle-ci). Enfin, il faut aussi distinguer l'idée freudienne de plaisir «instinctivement recherché» pour fuir la souffrance, du plaisir ressortissant d'une expérience appréciée parce qu'elle fait grandir.

La faisabilité, ensuite, d'un projet humain dans les termes du Devoir absolu, s'appuie sur l'universalisation d'un complexe normatif spécifique: celui des valeurs positives communément associées à la féminité. Et quelles sont ces valeurs? Ce sont celles qui, ni de près, ni de loin, ne sont susceptibles de servir à articuler une oppression à l'égard, à travers ou au moyen du genre féminin; ce sont celles qui correspondent à la promesse d'une contribution positive et maximale à la société, ceci à travers un développement humain intégral centré dans la réalisation affective et la continuité culturelle; ce sont celles qui, intégrées et actualisées *dans une même proportion pour les femmes et pour les hommes*, peuvent contribuer à mettre fin à la perception asymétrique des rôles sociaux (maternité versus création et dépense d'énergies servant au soutien de luttes hégémoniques); ce sont celles qui, avec elles, apportent une nouvelle conception du monde, une nouvelle base d'action et d'organisation... en un mot, un nouvel ordre intellectuel et moral. Nous parlons ici de douceur, de délicatesse, tendresse, sensibilité, patience, réceptivité et sens communautaire... nous parlons de valeurs positives puisque *humaines*, eu égard au genre féminin qu'on leur associe communément.

Le sens réel de l'utopie convoitée repose sur la croyance en une nouvelle culture de l'affectivité et sa reconnaissance comme universelle, sur une humanisation a-générique de l'archétype de l'amour maternel (comme projet de solidarité et de soin tant masculin que féminin) et surtout sur la foi en le potentiel créateur attribuable à un «vivre ensemble éthique» capable d'être senti, confirmé et sanctionné grâce à notre observation et nos expériences.

Ce que cherche à résoudre l'utopie, c'est l'embâcle dans laquelle aboutit inexorablement toute volonté normative humaine, tout projet moral qui se fonde dans un corps de vérités à prétention absolue mais qui au demeurant ne sont admises qu'*historiquement*. La morale du sens commun est constituée de codes qui varient culturellement et qui trouvent leur justification, leur légitimation et leur cohérence en se connectant aux normes et institutions de l'époque. Elle s'articule en ce sens à la doctrine de l'utilitarisme qui à son tour, si l'on demeure tourné vers une investigation des conditions propres à la réalité féminine, s'enracine dans la logique consensuelle et universelle de la *double moralité sexuelle*. Cette notion, à laquelle Hierro réfère ironiquement par l'expression de «pacte galant», se situe selon elle à l'origine même et aux confins de toute l'axiologie des hiérarchies liées aux relations interpersonnelles dans les sociétés patriarcales. Elle consiste en un mode de pensée et d'organisation transculturel centré sur le maintien des hégémonies masculines et orienté vers la spécialisation excluante de chacun des sexes. En somme, elle crée le genre et avec celui-ci une attribution asymétrique des rôles, traits de caractère, gestes et attitudes aux individus sexués qui par le fait même se voient investis ou alors privés de pouvoirs multiples sur eux-mêmes ou sur autrui. Bien au-delà de la sphère de la prescription sexuelle, elle consiste en un schéma de pensée binaire qui atteint un deuxième niveau moral, c'est-à-dire qu'elle traverse *tout le domaine de la conduite sanctionnée moralement*.

Cette prodigieuse investiture de la double moralité sexuelle atteint sa portée grâce à un conditionnement de la culture vis-à-vis de trois éléments combinés structurellement: l'élément biologique, l'équilibre de pouvoir entre les sexes et l'éducation féminine. Notons cependant que l'élément structuraliste, ici, n'intervient que dans un rapport figuratif; la perspective demeure constructiviste

puisque justement, le but visé est de *résoudre la problématique* à laquelle correspond l'opportunisme de la double moralité sexuelle (utilitarisme biaisé). Que l'oppression féminine soit maintenue grâce à l'apprentissage affectif et domestique des jeunes filles (apprentissage de l'esthétique, de l'émotif et de la passivité) et qu'elle soit à la fois niée et justifiée grâce à l'argument de leur constitution biologique (reproductive), n'a rien d'équivoque, du moins si l'on s'arrête aux sociétés occidentales... Par exemple, il semble aisé de fonder l'institutionnalisation du mariage monogamique non dans l'amour consacré par une fidélité «mutuelle», sinon dans la garantie de contrôle de la sexualité féminine que requiert l'homme dans sa nécessité de détenir les preuves tangibles de sa paternité sur la progéniture. La nécessité, de ce fait, d'une descendance légitime pour l'héritage de celui-ci, passe par la sauvegarde de la cohésion familiale et l'usage d'un instrument pouvant permettre de maintenir saine et sauve l'intégrité du patrimoine familiale: la chasteté féminine.

La dimension utilitaire de ce «consensus patriarcal» se traduit bien sûr par l'oppression féminine mais plus encore, acquiert toute sa virtuosité dans la «mystique féminine», cette hyperproduction symbolique qui, dans un «hymne à la passivité qui engendre» parvient à sanctifier, pour mieux la consacrer, l'Immanente Féminité. C'est ainsi que dans un continuum historico-culturel presque sans failles, la mystique féminine s'impose et arrive à conserver un trait de religiosité: en vénérant la sexualité féminine contrôlée, elle permet la manipulation de la capacité sexuelle des femmes. Mais lorsqu'il n'est point besoin de cette dernière, on passe de l'encensement du sexe féminin à son association au maléfice, au «serpent», à la pomme et au Pêché originel ou encore à l'hystérie et la névrose... L'histoire humaine est parsemée de ces manifestations patriarcales qui témoignent de *l'antagonisme des sexes*, l'antagonisme sexuel qui supporte tout autre antagonisme.

Mais n'entrons pas trop dans la rhétorique féministe... Ce qui nous concerne ici est la considération que fait Graciela Hierro de l'antagonisme inhérent à tout effort moral qui ne tient pas lieu et cause du biais sexiste qui *effectivement* le traverse de toute part. C'est bien dans cette optique qu'elle entend développer une idée originale qui pourrait harmoniser la fonction utilitaire de la moralité avec les

facteurs historiques qui la fondent, *sans que l'utilité ne soit déterminée à partir des critères de l'hégémonie masculine ou de toute autre forme d'hégémonie*. Car l'auteure n'écarte pas de sa théorie éthique l'aspect utilitaire, celui-ci qui, dans son fondement, soutient de façon positive que la rectitude des actions se détermine en fonction de ses conséquences, pour promouvoir le bien et éviter le mal général. Sa contribution essentielle tient au fait de déterminer un critère qui «normalise la distribution de l'utilité»... chic non?! Eh bien voilà, pour être véritablement «bonne» pour tous les humains et pour toutes les humaines, la morale doit en remettre à *sa fonction éthique* qui considère que «l'utile» l'est lorsqu'il produit *de l'intérêt*, et «intérêt» il n'est que lorsqu'il se traduit par *l'expérience du plaisir*, qui à son tour n'a de validité que lorsqu'elle intervient pour et auprès *du plus grand nombre*. Le critère recherché est donc le principe général suivant, simple, mais explicite: *le bonheur collectif comme fondement efficace et éthique des institutions sociales*.

Ainsi donc, la tâche éthique à laquelle Graciela Hierro convoite les femmes réside dans une multitude de projets à portée sociale, mais qui essentiellement atteignent leur expansion dans les modalités sensibles de la propre intériorité. Il faut d'abord libérer le plaisir des femmes pour qu'elles accèdent à une plate-forme éthique. La condition pour cette libération, et en l'occurrence la condition nécessaire pour atteindre la qualité de sujet libre et moral, consiste pour les femmes à s'approprier leur corps, à choisir et à tendre vers l'expansion de leurs désirs, aspirations et inclinaisons et surtout, *à en déterminer la mesure et le moyen*. L'auteure nomme ceci «la révolution copernicienne de l'éducation féminine», qui consiste en la séparation de la sexualité d'avec la procréation et qui culmine avec la possession effective de la propre vie dans sa totalité. L'éthique du plaisir est une éthique de la maturité, un travail mais surtout un état d'âme, une posture qui rejoint la tranquillité morale, ce qui insinue l'émergence simultanée du plaisir et du pouvoir dans un mouvement correspondant à la paix. C'est une éthique qui doit venir de l'intérieur et s'apparenter à l'être pour ce à quoi il correspond réellement, dans les rapports interpersonnels, dans l'espace et dans le temps. La perception du plaisir, par ailleurs, change selon les cycles de vie et les expériences vécues, si bien qu'une

pratique éthique centrée sur l'obligation au bonheur propre et d'autrui ne doit pas proposer de règles à suivre mais plutôt, je le répète, des critères pour développer la compréhension rationnelle des problèmes moraux et augmenter les possibilités intelligentes de les résoudre. Ici, le plaisir est central et apparaît sous la forme de deux aspirations essentielles aux femmes (bien que paradoxales): le plaisir altruiste et le plaisir égoïste; se protéger de l'extérieur mais aussi sauvegarder la force intérieure. L'entreprise éthique dont Hierro fait état consiste en une *proposition* philosophique, elle n'est pas explicitée dans sa composition ou ses limites car elle doit demeurer *la création singulière de chaque individu*. Autrement dit, chacun doit participer à la construction du monde dans lequel il souhaite vivre, en effectuant une organisation rationnelle et systématique de ses valeurs et idéaux de vie, selon les critères correspondant à son bonheur.

En terminant, Hierro souligne que la tâche urgente du féminisme éthique est de promouvoir une moralité centrée dans la sensibilité propre. En d'autres termes, construire une éthique *à partir de l'expérience* et la modéliser selon une vision de la moralité en accord avec le «sentir propre». Ce qui doit ressortir de toutes les considérations précédentes, c'est que selon *l'éthique hédoniste de l'intérêt* comme philosophie morale, l'obligation morale ne peut avoir de valeur ou même exister que lorsque tournée *vers l'autre et vers soi*. Sous cet angle, l'élimination de l'oppression féminine se convertit en le devoir moral des femmes, des femmes mais aussi des hommes... des humains.

1.2 L'éthique et le vécu relationnel du genre féminin:

Il est bien connu que l'épanchement, l'entraide et la douceur sont stéréotypiquement (et non proprement) le fait des femmes. De tous temps, cette façon d'être dans le monde au travers des autres leur a valu reconnaissance, admiration et... surprotection. Car si, comme je le mentionnais un peu plus haut, la louange à l'égard de la beauté symbolique maternelle a souvent cédé le pas au mépris, c'est aussi la pitié et la réprimande qui peuvent être à l'assaut de ces belles qualités de cœur abhorrées par les femmes. On leur reproche alors «d'aimer trop», de s'oublier elles-mêmes ou encore d'être plus que fragiles mais bien «faibles», accaparantes, démunies et dépendantes. Cet aspect carencé et quelque peu péjoratif de la vie affective des femmes n'est certes pas négligeable, et je tâcherai d'ailleurs d'en faire l'observation au cours du prochain chapitre. Or pour l'instant, j'en suis toujours à cette première étape de ma démarche qui consiste d'emblée à *proposer autre chose* qu'une interprétation classique des carences et modes oppressifs liés à l'affectivité féminine, ce en quoi a par ailleurs consisté l'exposition de la théorie de l'éthique hédoniste de l'intérêt. La proposition éthique amène avec elle l'impératif de valoriser les espaces d'intervention et de manifestation de l'authenticité féminine, l'impératif d'effectuer *une nouvelle production symbolique des signes et archétypes féminins*.

1.2.1 L'amour:

Serait-il possible d'envisager l'amour comme un langage plutôt que comme un mouvement purement émotif engagé dans une perspective de don ou de sacrifice? Comme le rapporte Shulaimit Firestone⁶, les femmes auraient dans l'histoire centré leur existence sur l'amour plutôt que sur la création de la culture. Ainsi, l'amour se serait converti en le pivot de l'oppression féminine, ce qui rejoint l'explication freudienne de l'origine de la culture qui soutient que les hommes aient dû, pour que naisse cette dernière, déplacer la libido (rapport analogique qui fait de la hausse de la reconnaissance sociale la conséquence d'une baisse du vécu affectif). En échange, les

⁶ Citée dans Graciela Hierro, *Ética y feminismo*, 29.

femmes seraient supposément restées collées à la satisfaction amoureuse, la tendresse et l'approbation masculine. C'est pour ceci que selon Firestone, la culture masculine serait *le résultat de la force affective des femmes*⁷, contribution qui non seulement ne leur serait pas reconnue mais même, leur serait niée. Ce dénie n'est que trop clair, si l'on s'attarde ne serait-ce qu'un tout petit peu à la logique psychanalytique du devenir féminin: ce qui pour les hommes suppose un surpassement de la pure satisfaction libidinale constituée à l'intérieur de l'existence féminine l'objet précis de son immaturité, en ceci qu'une femme ne peut être réellement femme que par l'exercice biologique de la procréation (par sa maternité). Quoi qu'il en soit, l'objet de la remarque freudienne tient en la non réciprocité souhaitable *chez les hommes* entre impulsion sexuelle et amour, ce qui dans des termes disons «populaires» s'affirme de la façon suivante: les femmes recherchent la sexualité dans l'amour et les hommes recherchent l'amour dans la sexualité. L'amour, en fait, ne constituerait *jamais* chez les hommes le sens vital primordial. Alexandra Kollontay, à ce titre, affirme que pour être libres, les femmes doivent renoncer à l'amour comme *unique* sens de vie⁸.

Je crois pour ma part qu'il ne faut pas confondre le signifiant et le signifié... La pensée de Shulamit Firestone à l'égard de l'affectivité féminine a été critiquée pour son aspect quelque peu réductionniste, et comme je le crois aussi, la survalorisation de l'amour a certes quelque chose d'une pathologie, mais ceci dans la mesure où l'amour est perçu comme l'expression simple d'une émotion ou la canalisation somatisée d'un mal-être (et non comme un projet éthique, un mode de vie ou, justement, un *sens* de vie). En effet, l'amour ne doit pas totaliser la définition du bien-être et par ceci épuiser l'expérience même du plaisir; l'amour doit, dans une perspective éthique, être la traduction du *critère* hédoniste... nous y revenons. Faire de l'amour le sens vital de l'existence correspond à corroborer la trame sensible de nos désirs les plus profonds avec celle de l'humanité, correspond, en somme, à participer à l'édification du monde dans lequel nous souhaitons vivre. C'est pourquoi il est plus aisé d'envisager l'amour comme un langage, comme un mode d'être «dans

⁷ *Ibid.*, 30.

⁸ Citée dans Graciela Hierro, *Ética y feminismo*, 31.

et avec le monde» qui n'émerge qu'au cœur même de la relation interpersonnelle et du lien franchi entre la propre intériorité et celle de l'être aimé. C'est aussi pour ceci que la condition nécessaire à l'amour est l'auto amour, point d'encrage de toute aspiration sincère au plaisir. Qu'il soit ou non couplé de l'impulsion libidinale, qu'il soit ou non tronqué sous la forme d'une compensation ou d'une ligne de fuite face au mal-être affectif, l'amour est *fondamentalement* l'expression d'une force. Une force, même, que certains nomment «intelligence affective»... L'amour est un atout, une capacité qui, dans les avatars et bouleversements de l'émancipation féminine, n'a jamais réellement voulu être abandonné des femmes. Ce doit être qu'il est un outil plus qu'un fardeau, quoi qu'en dise Freud. Et quoi qu'en pense Freud encore, l'amour éthique, hédoniste et relationnel, est à mon sens la plus intègre, la plus digne et la plus grandiose des créations culturelles.

1.2.2 La passion:

Tout comme la survalorisation de l'amour, l'abandon passionnel généralement attribuable aux femmes peut être retenu pour sa dimension «excessive» ou «pathologique». Dans une perspicace étude consacrée à la littérature féminine et à la fiction romantique, Annik Houel nous livre quelques-unes des matrices psychosociales qui se cachent dans les replis secrets, dans le cri étouffé des «clichés à l'eau de rose» qui font, encore aujourd'hui, la part de vie d'innombrables femmes. Son compte rendu du «phénomène Harlequin» décrit le mal amoureux des femmes occidentales d'aujourd'hui, ceci dans un souci explicatif rejoignant une approche féministe. Elle soutient que la lectrice d'un Harlequin, malgré sa tendance à s'aliéner dans sa lecture, effectue un mouvement de recours à une sorte de tranquillisant. Le roman d'amour pré cuisiné devient alors pour elle un lieu de ressourcement, mais aussi le lieu même de sa fragilité: une problématique «narcissique» marquée par quelque chose qui ressemble à la haine de soi et à la dévalorisation qui lui est liée, et dont l'une des lignes de fuite les plus privilégiées est la survalorisation de l'amour. Ainsi, l'histoire psychique des femmes serait marquée par un manque sentimental

dont le comportement passionnel est le symptôme⁹. Remarquons cependant qu'il est ici question de la problématique passionnelle lorsque vécue au sein de la relation amoureuse. Fondamentalement, les paradigmes féminins de l'amour et de la passion éveillent mon intérêt dans la mesure où ils s'apparentent à un des sens les plus profonds de l'expérience altruiste des infirmières. Aux termes de cette remarque, c'est la notion de passion, un peu plus que l'amour, qui risque de servir à la compréhension d'une expression qui, sous diverses formes, émane régulièrement du discours des infirmières: «j'essaie de suivre mon cœur».

Dans son récit s'adressant à l'humanité (bien que dans un rapport plus direct, aux femmes), Graciela Hierro convoite hommes et femmes à accéder à une *connaissance passionnée*, à une conscience passionnelle pouvant servir de guide à l'action morale. Dans une citation faisant sciemment volte-face à la traditionnelle opposition raison / passion, Hierro nous rapporte les termes de Maria Zambrano à propos de la «raison passionnelle» dans laquelle:

*(...) est suivi le jeu de la propre conscience pour atteindre un savoir de l'âme qui découvre la figure que trace notre propre destin, dans un mouvement de loyauté à nous-mêmes, pour élever la possibilité de plaisir à l'échelle de critère de bonté de nos propres actions*¹⁰.

Évidemment, la passion toute seule n'est pas nécessairement consciente; elle recouvre toute sa substance éthique aux termes de l'action qu'elle engendre dans le plaisir et la liberté, ce qui la fait aspirer aux *idéaux personnels* bien plus qu'au devoir normatif et en ceci, la convertit en guide pour «l'atteinte du soi-même»... de la meilleure façon possible. La fibre passionnelle qu'est susceptible de renfermer l'éthique du *care* se mesure à la réflexion et à l'expérience affectives qui résident *au cœur même de la dynamique relationnelle* (caractéristique du lien entre patient et infirmière). Dans un même ordre d'idées, Eugenio Trias¹¹ affirme que «la passion est une positivité qui fonde l'action non comme handicap de la connaissance rationnelle sinon comme base empirique de celle-ci, considérant que toute philosophie appréciable est philosophie

⁹ Annik Houel, *Le roman d'amour et sa lectrice: une si longue passion: l'exemple Harlequin* (Paris: L'Harmattan, 1997), 10-12.

¹⁰ (Traduit par moi de l'espagnol), citée dans Graciela Hierro, *La ética del placer*, 77.

¹¹ (Traduit par moi de l'espagnol), cité dans Graciela Hierro, *La ética del placer*.

de l'expérience»¹². En effet, le savoir des femmes s'édifie généralement sur la base de l'expérience, et non seulement il est souhaitable et nécessaire aux femmes de reconnaître l'effectivité de leur devenir passionnel, mais plus encore, de découvrir les pouvoirs s'y rattachant. Le dit «devoir moral» qu'édifient et sollicitent bon nombre de femmes consiste en réalité en une entreprise pleinement éthique, dès lors qu'il s'affaire à unir la passion à la connaissance. Autrement dit, en fondant sa connaissance sur une volonté et un intérêt propres, l'infirmière développe et à la fois apprécie son expertise soignante, elle la célèbre, en quelque sorte, dans la passion et l'esthétisme.

1.2.3 Le don:

Ce sont (...) les Romains et les Grecs, qui, peut-être à la suite des Sémites du Nord et de l'Ouest, ont inventé la distinction des droits personnels et des droits réels, séparé la vente du don et de l'échange, isolé l'obligation morale et le contrat, et surtout conçu la différence qu'il y a entre les rites, les droits et les intérêts. Ce sont eux qui, par une véritable, grande et vénérable révolution ont dépassé toute cette moralité vieillie et cette économie du don trop chanceuse, trop dispendieuse et trop somptuaire, encombrée de considérations de personnes, incompatible avec le développement du marché, du commerce et de la production, et au fond, à l'époque, antiéconomique¹³.

Dans sa célèbre étude consacrée à l'économie du don et la morale contractuelle dans les sociétés dites archaïques, Marcel Mauss tente d'illustrer les rouages économiques et l'aspect intéressé d'un système d'échange forgé dans la pratique du don et du contre don. Comme je tenterai de le démontrer dans cette section, l'éthique relationnelle du vécu féminin risque de s'apparenter quelque peu (sans pour autant s'y enchâsser entièrement) à cette «moralité vieillie, encombrée de considérations de personnes»... risque, en fait, de s'y articuler davantage qu'à l'économie libérale qui «isole l'obligation morale de l'intérêt» et réussit alors à anéantir la première sans danger d'affecter le second, désormais tout puissant... De cet ouvrage, et pour ce qui nous intéresse, il faut retenir la déclaration suivante concernant le potlatch et les biens qui s'échangent accompagnés du «hau»

¹² *Ibid.*, 69.

¹³ Marcel Mauss, *Sociologie et anthropologie* (Paris: Presses universitaires de France, 1950), 238-9.

(sorte d'âme inhérente à l'objet donné qui, par celle-ci, «veut» revenir au donateur) et du «mana» (autorité que l'on détient mais que l'on perd si l'on ne rend pas):

De tous ces thèmes complexes et de cette multiplicité de choses sociales en mouvement, nous ne voulons ici ne considérer qu'un des traits, profond mais isolé: le caractère volontaire, pour ainsi dire, apparemment libre et gratuit, et cependant contraint et intéressé de ces prestations. Elles ont revêtu presque toujours la forme du présent, du cadeau offert généreusement même quand, dans ce geste qui accompagne la transaction, il n'y a que fiction, formalisme et mensonge social, et quand il y a, au fond, obligation et intérêt économique¹⁴.

D'abord mentionnons que le système dont fait état l'auteur exclut sensiblement les femmes qui, au cours des prestations, *constituent elles-mêmes des objets d'échange* et en outre, ne sont jamais garantes des pouvoirs réels qui s'y jouent, s'y acquièrent et s'y perdent à l'intérieur d'une dialectique politique, économique et symbolique *intra-patriarcale*. Quoi qu'il en soit, je me donne ici la tâche de dégager une dimension bien précise de la morale contractuelle, celle-là même que souligne Mauss: l'obligation. En fait, la question que je me pose est la suivante: jusqu'à quel point le vécu relationnel (féminin) peut-il s'en dégager? Se peut-il qu'un système de don particulier, et par ailleurs intéressé, soit à l'œuvre chez les humains mais plus spécifiquement parmi l'humanité féminine, un système, enfin, extérieur ou disons «parallèle» à l'obligation, à l'économie? Prenons pour exemple l'amour dit «inconditionnel» de la mère à l'endroit de son enfant qui, bien entendu, entraîne par son octroi un retour tout aussi inconditionnel de la part de l'enfant, mais toujours et *a priori* sous la forme d'amour, toujours et uniquement dans une volonté et un cadre *relationnels*.

Une jeune infirmière me disait, parlant de la reconnaissance des patients pour la qualité, la bonté et la beauté de ses soins, que c'était comme recevoir «la tape dans le dos ou le deuxième salaire». Parlait-elle de l'honneur ultimement recherché comme «la fin», derrière une entreprise altruiste entrevue comme «le moyen»? Je crois plutôt que la sensation du mérite puise son sens dans *la nécessité* qu'elle incarne: la reconnaissance est un contre don des soins accordés par l'infirmière, un contre don *nécessaire à la survie de l'équilibre relationnel*; le «retour» qui prend forme dans la reconnaissance n'a pas la «plus value» d'une contre-prestation

¹⁴ *Ibid.*, 147.

strictement économique, n'est pas un «gain» destiné à l'accumulation pour une dépense individuelle, il n'a de raison d'être qu'une fois réinvesti dans l'amour, dans la relation, dans le don. La reconnaissance face au *care* offre aux femmes qui s'en portent garantes un *pouvoir relationnel*. Ce pouvoir, célébré dans le plaisir et la passion, a certes quelque chose d'instrumental et de contingent, d'«économique» dans la mesure où son acquisition est préalable à sa «dépense», mais il ne peut être éprouvé pleinement par les infirmières que s'il correspond à ce qu'elles veulent et aiment faire, et parce que c'est (le rapport à l'autre, l'éthique du *care*) ce en quoi elles croient et aspirent comme monde. La reconnaissance, le salaire et les bonnes conditions de travail sont essentiels, mais non suffisants à la pleine expérience du pouvoir relationnel. Une dimension contemplative s'impose, contemplative du bien-être d'autrui, et c'est ce qui ressort lorsque j'entends une infirmière me dire «je me sens bien quand ils sont biens, ça me rejoint et ça me comble».

Souvent, le «don» féminin consiste en un service plus qu'en un bien matériel. On aime la femme pour ses soins et attentions, on la glorifie pour cet amour qu'on n'a pas tant l'impression qu'elle nous donne, car on le croit «en elle». Ainsi, le *caring* féminin apparaît davantage comme une émanation que comme un don, ce qui change l'appréhension du principe de contre don. En vivant constamment l'expérience du don-émanation (sans retour *attendu*), les femmes de tous temps ont appris à se construire une identité relationnelle sous les revers non de la gratuité, mais plutôt d'une volonté performative accomplissante d'un point de vue générique, accomplissante puisque aimée et glorifiée. Le retour en est l'amour social qui produit un «pouvoir-pour-vivre» (notion qui sera explicitée davantage au cours du prochain chapitre) non dans les termes du «mana» mais plutôt, comme je le mentionnais, dans les termes d'un pouvoir relationnel, d'une constante légitimité à «être avec les autres». Cette légitimité peut être située, *doit* être située, au sens où je l'entends, *en dehors* d'un système économique contractuel, conditionnel et conjoncturel (et par conséquent si fragile...)

Je crois pertinemment que l'éthique relationnelle attribuable au vécu

féminin n'a pas d'intérêt «propre» (plutôt un intérêt humain, «pour le soi *et* le plus nombreux») mais bien une *volonté*; elle ne cherche pas forcément le retour mérité du mouvement altruiste, elle cherche la création d'une sorte d'amour ambiant qui permet «d'être ensemble», permet de donner *et* de recevoir dans la sérénité et la sécurité, hors de l'obligation et de l'angoisse. Il ne s'agit pas réellement de gratuité ou d'*autosacrifice*, puisqu'à travers le soin des autres, ce qui est à l'œuvre est davantage *l'expression* d'un amour qu'une offrande ou l'hommage d'une dette. L'éthique de l'autre n'est pas «dispensé», il est activé, expérimenté, endormi ou éveillé, il est élaboré dans le plaisir lié à toute entreprise de création humaine qui se fonde sur la croyance en une utopie, sur la passion d'une quête intègre. Il est la création elle-même, sans cesse réaffirmée, du monde souhaité, rêvé, imaginé. Il ne peut que se situer à l'extérieur de l'économie puisqu'il constitue l'utopie même que nourrissent les carences et déséquilibres de celle-ci, les exploitations et exclusions qui fondent tant de nos souffrances. C'est pourquoi il est *éthique de l'intérêt commun*, recherche non d'un mouvement circulaire mais bien d'une harmonie statique, inébranlable, sans d'autre point d'équilibre que *la confiance* portée en le lien tissé avec l'Autre, en l'Ensemble. Utopie? Oui... Mais l'utopie ne serait-elle pas une version «en cache» de la réalité?

Bien sûr, le potlatch, par ses obligations de rendre, mais aussi de donner et de recevoir, permet la création d'alliances et de communion, mais ceci à l'intérieur d'un réseau et, je le répète, d'un système de pensée politico économique. Pour être soutenu, ce système doit se nourrir de quelque chose qui le transcende, d'une foi qui permette d'un côté de l'imaginer, de l'élaborer et le perpétrer, mais qui permette aussi de le supplanter pour remédier à ses failles et bévues. Si le potlatch permet l'établissement d'alliances au sein d'une communauté et entre les communautés, l'éthique du vécu relationnel permet à mon sens plus encore, permet la croyance même en la communauté. Mauss réitère avec cette remarque:

Au fond, ce sont des mélanges. On mêle les âmes dans les choses; on mêle les choses dans les âmes. On mêle les vies et voilà comment les personnes et les choses mêlées sortent chacune de sa sphère et se mêle: ce qui est précisément le

*contrat de l'échange*¹⁵.

Les «mélanges» illustrés par l'auteur n'ont que très peu d'écart avec l'idée que je tente d'exprimer. Ils font, en fait, l'allégorie d'une immense *rencontre*. Or, si rencontre il est au sein de l'échange, elle demeure circonstancielle, ponctuelle et, jusqu'à un certain point, accessoire au mouvement des choses et âmes qui, lui, s'affaire à desservir chacun des individus et groupes d'individus de la communauté dans leurs espaces respectifs, persistant ainsi à les isoler.

L'idée n'est pas de formuler une critique à l'égard de ce système; j'observe, en fait, *autre chose*. Si dans l'économie du don, tout est matière à transmission et à reddition, «tout va et vient comme s'il y avait échange constant d'une matière spirituelle comprenant choses et hommes»¹⁶, l'éthique du *caring* n'échange pas cette matière spirituelle: elle la crée (ou parfois la désactive, dans le contexte se rapportant au genre en Occident), elle s'y confie, s'y projette. Il ne s'agit pas de donner et de recevoir... La logique du don / contre don fait se mouvoir dans le temps et dans l'espace des objets et intentions qui n'ont de valeur que par la position qu'ils occupent au cœur d'un mouvement circulaire; l'éthique altruiste, elle, crée et recrée, fait apparaître et croître. L'une attend et acquitte, l'autre contribue, confie et contemple. Ce qui est *en soi* important pour cette partie du devenir féminin (féminin, mais dans un rapport typique, non exclusif) qui correspond à l'éthique relationnelle, n'est pas d'établir des alliances procurant statuts, pouvoirs et biens, *mais le fait même de se lier*. Le potlatch, avec le «mana» et le «hau», sont des *mécanismes nécessaires* à l'accomplissement d'une volonté tant utopique que pragmatique qui s'installe aux confins du sens humain, dans un rapport ontologique. Il ne s'agit pas de donner et de recevoir, mais de semer et récolter. Le don et le contre don, encore bien présents dans nos sociétés contemporaines, sont nécessaires... Malheureusement, ils ne sont pas *suffisants*.

¹⁵ *Ibid.*, 173.

¹⁶ *Ibid.*, 164.

2. Symboles et dynamiques entourant la femme soignante

2.1 Un féminin qui soigne, qui réprime, qui libère:

2.1.1 *Le genre féminin: une captivité:*

La majorité des théories féministes sont d'accord pour situer le locus de l'oppression féminine dans l'association entre sexualité procréative et genre. Cette considération se réfère, dans le cas des infirmières, au fait d'identifier leur travail (le soin porté à l'autre) comme une fonction propre à leur «être femme», leur être sexué. Il est clair qu'en performant sa fonction de travailleuse, l'infirmière affirme sa liberté et sa valeur économique par l'unique fait de se retrouver hors du foyer domestique. Mais une réflexion centrée sur une perspective de genre nous oblige à prendre en compte la réalité néanmoins captive de cette expérience générique et ceci, dans sa dimension radicale, c'est-à-dire comme point de départ de tout effort de compréhension de la réalité féminine, quelle qu'elle soit. Il m'apparaît convenable, dès lors, d'initier la réflexion avec la définition que fait Marcela Lagarde de la «catégorie captivité»:

La captivité est la catégorie anthropologique qui synthétise le fait culturel qui définit l'état des femmes dans le patriarcat : elle se concrétise politiquement dans la relation spécifique des femmes avec le pouvoir et se caractérise par la privation de liberté¹⁷.

Cette catégorie sert à l'élaboration d'une vision particulière de l'oppression féminine, celle qui définit les femmes comme des sujets opprimés *pour le seul fait d'être femmes*. Nous ne sommes pas en présence, ici, d'une oppression déterminée par «l'essence» des relations entre genres, mais plutôt en présence d'un multi-déterminisme de l'oppression: à travers les conceptions de la famille, de la propriété privée, de l'État et de ses innombrables institutions patriarcales, privées comme publiques. Le cas présent, par exemple, nous abordons l'espace des institutions de santé, encore aujourd'hui occupé par des femmes soignantes et «prédisposées» à une telle «fonction», d'un point de vue symbolico-culturel. En conséquence, tout le champ expérientiel de l'infirmière (qui comprend autant la vision sociale la plus

¹⁷ (Traduit par moi de l'espagnol), Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres...*, 151.

partagée à l'égard de son travail que l'intégration de ses symboles à l'intérieur du corps propre, en passant par l'hôpital, ses composantes matérielles et ses dimensions spatio-temporelles, ou encore le regard du patient «objet» des soins, etc). s'enracine dans la notion de «conformité au devoir féminin». En regard à cette caractéristique basique du travail défini comme fonction générique, nous nous trouvons dans le champ de l'expérience non éthique (qui comme nous l'avons vu précédemment, comporte l'idée d'un «vouloir, pouvoir et savoir-être») mais bien dans celui de la morale (qui se caractérise par l'idée de «devoir-être»¹⁸). Sur la base de cette considération vient s'exprimer une première ambiguïté en rapport à la subjectivité des femmes-infirmières: de quelle manière l'expérience de la liberté peut-elle s'actualiser à l'intérieur d'un contexte moral? Ou autrement dit, pouvons-nous douter, dans le cas des infirmières, de l'existence d'une liberté générique?

Si, d'un côté, il incombe de ne pas oublier que la situation des infirmières prend assise dans une double oppression radicale (pour le fait d'être femmes mais aussi d'être femmes soignantes), il ne faut cependant pas croire que leur expérience s'épuise, vient s'échouer au pied de cette seule équation. Aussi «immanente» ou «essentielle» soit l'image sur laquelle les infirmières s'appuient pour construire leur identité, il convient d'examiner quels sont les procédés qui permettent cette construction. Il faut se demander, également, dans quelle mesure l'infirmière elle-même, mais aussi son entourage (et en premier lieu le patient), profitent du contenu moral associé au soin féminin et le traduisent en expérience positive.

2.1.2 Structures de l'identité et image corporelle:

Pour bien comprendre en quoi consiste la situation vitale des infirmières, ce qui signifie la situation de vie qu'occupe chacune d'elles de façon unique et intègre, nous devons nous référer à un éventail de conditions se rapportant à l'identité (genre, origine ethnique, âge, situation professionnelle et économique, etc). qui, ensemble, convergent pour engendrer une expérience. Au cours de la présente section, je

¹⁸ *Ibid.*, 31.

tenterai d'examiner, de façon particulière, la dimension corporelle de cette expérience intégrale, ceci en ayant pour objectif de fournir une figure compréhensible du jeu dialectique qui s'insère entre la nature (je me réfère ici au corps humain comme entité vivante, vécue et sensible) et la culture. En tant que corps, âme et esprit interagissant de manière soutenue et incessante avec d'autres corps, l'infirmière peut être considérée comme le lieu spécifique, complexe et dense, d'exercice de cette dialectique.

Je propose, dans cette perspective, d'analyser cette «mécanique de la culture» structurante de l'identité, aux côtés de l'anthropologue et psychanalyste Juan Carlos Aguado. Portons d'emblée attention à la définition qu'il donne de l'identité, définition qui m'apparaît particulièrement utile et claire. Celle-ci consisterait en une dialectique à l'œuvre entre la reconnaissance de l'autre à partir de soi-même et de soi-même à partir de et à travers l'autre¹⁹. Pour compléter la première affirmation, il ajoute que «l'identité, vue d'un point de vue idéologique, constitue l'ensemble des évidences référées à soi-même»²⁰. À souligner ici, une conception spécifique de l'idéologie comme procédé de reproduction de la culture et de reconnaissance dans l'action, ou mieux dit, comme structure symbolique de l'action²¹. J'ajouterais, pour plus de matière, ce petit amalgame de réflexions concernant l'idéologie comme:

*(...) processus d'appropriation de l'entourage, et mouvement de recréation de la réalité au travers du flux entre signifié et appropriation de la réalité (...) production de sens qui intègre une relation inséparable entre sens de la réalité et sens de soi-même*²².

Pour donner un sens disons «englobant» à sa conception de processus idéologique de l'identification, l'auteur développe le concept d'*image corporelle*, qu'il définit de la façon suivante: un processus d'incorporation de la culture par le sujet, qui synthétise le développement de ce dernier et qui est en mouvement constant, qui implique les sentiments, l'ensemble des registres perceptifs et le procédé d'intégration du «moi»²³.

¹⁹ (Traduit par moi de l'espagnol), Juan Carlos Aguado, *Cuerpo humano, ideología e imagen corporal en el México contemporáneo* (México: UNAM, 1998), 10.

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*, 13.

²² *Ibid.*, 15-6.

²³ *Ibid.*, 25.

Permettez-moi d'expliquer pourquoi me semble appropriée une compréhension de ces aspects disons «organiques» de la subjectivité. Je suis d'accord avec l'idée d'Aguado qui voit le corps humain comme un espace de production de signifiés, à l'intérieur d'un temps et d'un espace déterminés, *qui toujours et nécessairement se réalise en interaction incessante avec l'autre*. C'est à partir et à l'entour de cette idée fondamentale que je situe cette interaction symbolisée, observable, analysable et intelligible grâce aux procédés ci-dessus mentionnés, au centre de mon effort de compréhension de la relation entre le sujet malade et le sujet soignant (l'infirmière). Je souhaite aborder la valeur, la charge symbolique des divers lieux et moments impliqués dans cette interaction. J'entends par ceci une infinité d'éléments se référant au milieu de travail des infirmières ainsi qu'à elles-mêmes, qu'il soit question de l'hôpital comme espace matériel signifiant, ou encore des corps assistés et soignés, traversés et construits par l'expérience de la sexualité, de la souffrance, de l'espérance, etc. Mais avant de déterminer quels sont ces nombreuses attribution symboliques, il m'apparaît pertinent d'examiner les procédés par lesquels ils se forment, qui leur donnent vie, consciemment autant qu'inconsciemment, à chaque instant.

Concernant, donc, la compréhension de ces procédés, je me suis laissée intriguer par le modèle des trois expériences du corps élaboré par Arturo Rico Bovio (modèle incorporé par Aguado dans son modèle de «logique organique» et complété par des considérations de Jean-Paul Sartre): premièrement, il existerait un *corps vécu* à partir duquel le sujet peut expérimenter, depuis la conscience jusqu'aux habitus, le fait sensible qui se traduit par la considération «mon corps existe»; dans un second temps existerait un *corps perçu* dont le sens se traduit par «mon corps est utilisé, est connu par mon prochain»; enfin, le *corps interprété* existerait pour soi-même, reconnu par l'autre à titre de corps²⁴.

Pour ce qui est de l'interaction spécifique infirmière / patient (celle que je souhaite mettre en évidence), j'aurais tendance à considérer comme prééminentes, dans les soins infirmiers, la seconde et la troisième expérience du corps. Autrement

²⁴ *Ibid.*, 9.

dit, elles constitueraient les axes centraux du développement de l'image corporelle des infirmières. Comme je le mentionnais précédemment, la condition fondamentale du soin infirmier consiste en une disposition constante au corps de l'autre, ce qui implique une certaine négation affective à soi-même ainsi qu'une réévaluation constante du propre corps. Dans ces circonstances, l'expérience «sentie» du propre corps (la première) se voit nécessairement interférée, investie par les deux autres, se voit constamment et, comme implicitement, sublimée. De son côté, la personne malade sent, regarde, attend et sollicite *de façon vitale* un corps dont la disponibilité inconditionnelle constitue la raison d'être et d'agir. À travers l'infirmière, il vit pour et par lui-même les trois expériences, mais dans des termes vitaux, il doit se fixer constamment sur la première et s'y investir.

Pour poursuivre avec Aguado, retenons que l'image corporelle définit le sujet «dans et pour l'action», qu'elle se présente pour ainsi dire comme une «image du faire» qui modèle la dynamique avec l'environnement (détermine les possibilités d'action) à travers un processus de sensation-perception. De plus, soulignons que, comme «incorporation de l'idéologie», l'image corporelle intègre le rôle positif de conservation à l'intérieur de la culture, ou autrement dit, permet la recréation de la pratique culturelle²⁵.

À partir de cet ensemble de considérations et en regard à la subjectivité, à la situation des infirmières, je ferais la proposition suivante: que le contexte de significations culturelles à l'intérieur duquel s'actualisent ces femmes correspond, dans le registre des perceptions sociales, à la démarche idéologique *d'association des fonctions sociales du care avec un genre*. Cette association se convertit en véritable caractère de l'identité tant pour les infirmières que pour les patients (et à l'échelle individuelle autant que groupale), ceci parce qu'elle éveille une sensation de certitude, de permanence et de vérité face à la réalité changeante et instable (la modernité et avec elle la redéfinition des rôles sexuels, la maladie et son potentiel angoissant, destructeur et déstabilisant). Abordé de la sorte, le milieu hospitalier, par

²⁵ *Ibid.*, 17-9.

la présence marquée de femmes soignantes à laquelle il renvoie, est perçu, projeté objectivement et expérimenté comme une tour gardée d'une structure signifiante fondamentale d'un point de vue de l'identité sociale: la division sexuelle du travail et sa pierre angulaire, l'attention maternelle vue comme vitale, exclusive et intouchable. Le couple symbolique unissant la notion de soin à celle de féminité conduit le sujet malade à l'incorporation (au travers de l'identification, de la paix rencontrée dans la reconnaissance) de l'évidence idéologique de féminité-présence-contact-espérance-guérison. Corrélativement, l'infirmière-femme se voit emportée par ce même mouvement d'auto reconnaissance «saine de par son caractère authentique». Au féminin qui opprime à l'intérieur du cercle de la moralité, se joint le féminin qui libère...

2.2 Corps sexué: «corps-pour-les-autres»:

A été mentionnée antérieurement l'importance particulière des symboles liés à la corporalité dans le cadre d'une analyse à l'endroit du milieu hospitalier. Mais ici, au-delà des corps souffrants et blessés dans leur dimension organique, je me préoccupe, plus spécifiquement encore, de la dimension *sexuelle* que comporte inévitablement l'expérience exacerbée d'un corps éprouvé, vulnérable et mis à nu. À travers une réflexion approfondie sur la condition spécifique des femmes en tant qu'«êtres-pour-les-autres», Marcela Lagarde nous livre, de nouveau, une série de propos fortement appropriés en ce qui a trait à notre thème, par une analyse anthropologique (avec perspective de genre) des infirmières. La présente section tentera donc de mettre en valeur quelques-uns de ces propos, tous dérivant d'une conception spécifique de la sexualité:

La sexualité dépasse le corps et l'individu: elle consiste en un ensemble de phénomènes bio-socio-culturels qui inclut les individus, les groupes et les relations sociales, les institutions, les conceptions du monde — systèmes de représentation, symbolisme, subjectivité, éthiques diverses, langages— et par dessus tout le pouvoir²⁶.

Cette définition sert à soutenir une idée de départ, celle qui se propose d'aborder l'hôpital (le milieu des soins infirmiers) comme un espace *surchargé de sexualité*, en raison du lien qu'établit la culture patriarcale entre sexe, procréation / reproduction et féminité (féminité de l'infirmière). De cette sexualité «exaltée», voyons maintenant quelles sont les composantes.

2.2.1 Corps maternel et «mère publique»:

Le corps de la femme est celui qui donne la vie, un corps historiquement perçu et construit pour porter, engendrer et soigner de façon vitale *les autres*. De «l'essence maternelle» qui identifie les femmes émane leur exploitation, leur *carence vitale* tenue au fait d'être dédiées à l'autre dès la tendre enfance et ceci à l'intérieur d'un schéma «instinctif» d'interprétation de leurs «fonctions» de genre. En soignant

²⁶ (Traduit par moi de l'espagnol), Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres...*, 185.

les patients, en empêchant la vie d'abandonner ces corps malades et, dans les circonstances, dépendants, l'infirmière, à chaque instant de sa vie professionnelle, continue de donner la vie. Son corps regardé, senti, écouté et espéré transmet le féminin à un niveau sensoriel: par des mains qui lavent, touchent tendrement et dorlotent, par une voix douce ou du moins réconfortante, par des mouvements et une présence visuelle soutenus dans le temps et dans l'espace, par un bruit de pas attendus, par la discrétion ou le silence... Comme corps maternel, immuable et vrai dans sa matérialité, porteur de confiance et de tranquillité, l'infirmière transmet *physiquement* sa sexualité et tout le poids symbolique de sa présence corporelle et morale. Bref, nous sommes en présence d'un féminin qui *fait partie intégrante d'un environnement perçu et vécu comme curateur*.

Cet «amour maternel» que nous cherchons de manière à la fois tangible et intangible, mais toujours avec avidité et dans un élan vital lorsque nous nous retrouvons en position de fragilité ou de carence, il est celui qui permet la croyance, la confiance en une mise à disposition sans failles de l'infirmière vue comme «mère universelle». Mère «par essence», parfaite et unique, mais aussi *mère publique*, mère substitutive, intemporelle et dupliquée. Lagarde abhorre une vision de la maternité qui se définit comme une réalité collective, amplifiée. Selon cette conception, peuvent être placées sous la catégorie «mère» toutes les femmes qui conçoivent, portent, accouchent, ou tout simplement soignent dans des termes vitaux des personnes, quelles qu'elles soient. Comme avec l'enfant, l'infirmière établit un dialogue corporel vital avec le patient, sujet d'interpellation constante. Elle exerce avec lui un contact peau à peau inévitable, elle va jusqu'à le laver et l'alimenter, et elle le maintient en équilibre non seulement grâce à ses soins physiques et tactiles, mais aussi par sa seule présence, fontaine sensorielle et symbolique d'énergie vivifiante. En conséquence, le soin infirmier peut être considéré, en partie, comme une expérience de la *dépendance vitale* que rejoint chaque femme en se liant à l'autre, un autre qui, réciproquement, la nécessite. Par son travail, l'infirmière (elle particulièrement, et dans de larges proportions) peut atteindre une plénitude générique. «La nécessité de mater», nous dit Lagarde, «ne se trouve pas même

satisfaite par le fait d'avoir des enfants. Sa carence et son besoin (de la femme) sont, par conséquent, inépuisables et permanents²⁷.

Si, d'une part, le métier d'infirmière recouvre un potentiel de valorisation dû à son «authenticité générique» (sa valeur maternelle profonde), il peut, d'autre part, inspirer une certaine méprise. Les soins de l'infirmière sont pleinement, explicitement maternels, mais sa qualité de travailleuse, connue et rationalisée par le patient-client-non-unique, peut interférer dans le regard qu'il porte sur elle dans un effort pour rencontrer la «pureté qui guérit». Quelque chose l'œdipien, ici, qui vient rejoindre le paradigme du mépris envers le sexe féminin, ou encore une frustration collective, latente, ancrée dans l'inconscient affectif de chacun, face à la maternité attaquée, instrumentalisée, tachée dans son immanence. L'infirmière est rémunérée, elle est limitée dans son temps à cause du manque de personnel, disponible pour tous et à la fois pour personne de manière totale et exclusive, sujette à l'erreur et à l'impatience. Et surtout, elle est libre de garder une distance professionnelle dans l'exercice de ses soins, libre de se préserver pour ne pas franchir le pas de l'engagement affectif et intime avec l'être soigné. Par conséquent, sa position est fragile: au moment même où est reconnue, où est consacrée la légitimité et la nécessité de sa personne économique et professionnelle, simultanément, cette valeur se voit niée. Bref, dans un sens figuratif, la morale «supplante» l'éthique, la soignante *professionnelle* est dépréciée, méprisée ou niée pour son atteinte à l'exigence publique d'une maternité «instinctive», constante et sans failles... Voulu «intouchable», le féminin meurtri, démythifié, met en position d'abus toute l'humanité, et avec elle la propre condition vitale du patient.

Selon cette figure (quelque peu exacerbée, nous en conviendrons...), est toujours en état d'équilibre incertain la condition du malade face à cette mère «suppléante», temporaire, «imparfaite» qu'est l'infirmière, toujours dans son regard interfère l'ambivalence qui oppose le potentiel de mépris et la nécessité vitale. C'est aux abords de ce déséquilibre inconfortable que se présente le phénomène du patient

²⁷ *Ibid.*, 389.

«prisonnier de la main de fer maternelle», du patient victime de l'abus de pouvoir de la personne soignante. Une infirmière que j'interrogeais prenait conscience de ce phénomène en affirmant: «quand les patients me posent des questions, ils sont en position de vulnérabilité et je sens que j'ai un certain pouvoir... et je sais que ça peut être abusif». C'est ainsi que de simples phrases telles que «non monsieur, la prochaine dose de morphine est pour plus tard» ou encore «madame, c'est mon heure de dîner, me permettriez-vous de vous accompagner à la toilette un peu plus tôt que prévu?»... peuvent du coup éveiller le sentiment misogyne (majoritairement inconscient, nous en conviendrons). De concert avec la dépréciation féminine primaire, est facilitée la frustration face à une attention qui ne répond pas à l'attente (pour ne pas dire l'exigence) de soins dignes d'une maternité *réelle*.

Alors, pour affronter le danger du mépris et son corrélatif, l'auto dépréciation, l'infirmière peut arriver à occulter, à oublier partiellement sa position de travailleuse publique et rémunérée, en entretenant l'idée de sa propre *vocation* au soin vital, la croyance en la «structure maternelle» de sa propre destinée. Elle peut aussi compenser les effets de sa carence en s'en remettant à la matière brute de sa valeur féminine, en se «laissant guider» par un trait forcément positif de son «être femme»: la fameuse intuition féminine. Une informatrice me faisait part à cet effet du «petit quelque chose de plus» que possédaient selon elle les infirmières par rapport aux infirmiers, et qu'elle situait justement dans cette intuition. Pierre Bourdieu indique ce qu'il croit être la qualité illusoire de ce concept, en qualifiant celui-ci d'outil pour l'idéologie androcentriste servant à régir un féminin toujours disposé à l'autre, naturellement et instinctivement à l'affût des besoins d'autrui²⁸. Enfin, aussi «fantaisiste» ou «illusoire» soit la croyance vis-à-vis de l'intuition féminine, je crois que nous pouvons dire qu'il s'agit d'une «fantaisie utile» pour l'infirmière qui tente d'affronter l'ironie de sa condition: atteindre le plus possible la plénitude maternelle... une plénitude telle qu'elle excède et déborde, laissant celle qui l'incarne diminuée, incomplète.

Cette partie de l'analyse théorique a voulu mettre en lumière la substance

²⁸ Pierre Bourdieu, *La dominación masculina*, (Barcelona: Anagrama, 2000).

maternelle généralement associée au métier, au rôle d'infirmière. En traitant le sujet sous des angles divers, parfois opposés les uns aux autres et parfois caricaturés, le but recherché n'était rien de plus qu'une exploration du champ symbolique correspondant au rapport à l'autre féminin et à la critique féministe qui s'y rattache, elle aussi, de diverses façons. Je termine en précisant que cette approche, qui demeure un préambule théorique, m'est apparue sinon étrangère, du moins éloignée du discours qu'abhorrent les infirmières en rapport au rapprochement à effectuer entre les soins infirmiers et la notion de maternité, rapprochement qui, pour la plupart d'entre elles (parmi celles que j'ai interrogées), fait l'objet d'une réticence. Toujours est-il qu'un des objectifs de cette étude est justement de déterminer dans quelle mesure une analyse théorique avec perspective de genre peut prévaloir à la saisie et à la compréhension de données tangibles portant sur un réel féminin «tel que tel», dans sa sensibilité et son authenticité mais possiblement, aussi, dans son caractère subversif.

2.2.2 *Corps érotisé: corps désiré et prohibé:*

Il est évident que quelque chose d'intime existe dans l'échange qui se produit entre une infirmière et un patient fragilisé dans ses fonctions primaires, souvent à moitié nu et exposé à un contact direct (avec elle) de sa peau, des membres, ses organes déficients. L'intensité de l'expérience corporelle intime attribuable au travail d'infirmière peut laisser imaginer qu'elle-même perçoit, quotidiennement et de manière soutenue, le caractère érotique de son milieu de travail, et plus encore, de sa propre condition (de son image corporelle). Uni au caractère «sacré» de la maternité, l'érotisme associé au corps féminin complète la figure mythique de l'être-pour-les-autres. Encore aujourd'hui (et comment!...), les femmes expérimentent leur propre corps à travers une multitude de normes et prescriptions qui, comme le note la théoricienne Marta Lamas²⁹, sont liées à leur *rôle de genre*. Mais en proposant l'idée selon laquelle les infirmières expérimentent *consciemment* la charge érotique de leur

²⁹ Marta Lamas, dir., *El genero. La construcción cultural de la diferencia sexual* (México: UNAM, 1996).

corps et de leur être, m'apparaît encore plus efficiente l'explication d'Esther Corona Vargas qui qualifie l'*identité de genre* d'«expérience privée du rôle de genre», ce dernier étant vu à son tour comme «l'expression publique de l'identité» et consistant en un ensemble de prescriptions et proscriptions liées au corps, implicites ou explicites et en relation avec le genre³⁰.

Poursuivant selon cette conception, j'effectue la proposition suivante: considérant que l'érotisme consiste en «la rencontre intime et positive entre un homme et une femme»³¹, nous pourrions penser, encore une fois dans des termes figuratifs, que l'infirmière exerce, en quelque sorte, un consentement perpétuellement répété pour un érotisme fantasmatique, dans la mesure où elle reconnaît son potentiel attrayant mais qu'elle sait qu'elle ne peut ni ne doit se donner, se livrer. Bien entendu, cette réflexion ne tient la route que dans le cas (ou disons plus spécifiquement) où le patient est de sexe masculin. En d'autres termes, il s'agit ici d'une dialectique entre l'objet désiré et prohibé, désiré et craint. De cette dialectique peut émerger une autre relation interactive, un autre jeu intersubjectif. Je m'explique.

L'hospitalisation, en tant qu'expérience de guérison, de souffrance, de vie et de mort, doit forcément se convertir en une épreuve au cœur de laquelle la superstition, le symbolisme et la foi sont sollicités et vécus de façon vitale et accentuée. J'irais même jusqu'à imaginer que, sur cette toile de fond mystique, quasi «spirituelle», s'enclenche toute une expérience morale que le malade vit dans un mouvement d'auto protection débouchant sur sa propre guérison... L'uniforme de l'infirmière, très souvent composé d'un pantalon de coton et d'une chemise d'une simplicité neutre, presque déféminisante, agit, plus qu'autrement, à ne point révéler les attributs féminins. Par son corps suppurant l'immanence, sobrement vêtu et entouré d'un décor d'une égale sobriété, l'infirmière occupe le lieu central d'un paysage tranquillisant et énergisant de par son apparence épurée, émanant une sorte de «vérité vivifiante». Vivifiante, mais seulement à l'intérieur d'une dynamique symbolique spécifique: la présence érotisée de la femme soignante pourra se

³⁰ Esther Corona Vargas, *Antología de la sexualidad humana, tomo 1* (México: Miguel Ángel Pomia, 1998), 302.

³¹ (Traduit par moi de l'espagnol), Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres...*, 265.

sublimier, pourra se convertir en agent positif de guérison uniquement à l'intérieur des limites morales où le patient arrive à lui résister, s'accordant de ce fait avec le Bien rédempteur, avec son propre salut... sa propre guérison. L'image est quelque peu tordue, mais vient selon moi toucher à une partie des procédés entourant la somatisation et les états d'âme relatifs à la présence féminine.

2.2.3 Corps féminin: corps signalé:

Pour terminer en ce qui concerne la symbolique corporelle de l'infirmière *en tant que corps féminin*, je voudrais effectuer une brève intrusion au cœur d'une théorie originale, celle de l'auteur José Lorite³², dans laquelle il se réfère à la femme comme au sexe «signalé», «re-présenté». Son travail consiste en une révision des étapes de l'évolution de l'espèce humaine, démarche qui l'amène à mettre l'accent sur le passage d'une relation médiate de l'humain avec son environnement à une relation d'immédiateté avec celui-ci, passage qui serait une des conséquences de l'invention et de l'utilisation des instruments et du langage. Avec ce passage, dit-il, serait intervenu le changement le plus important à l'intérieur de l'espèce (le plus «humanisant»), la faisant passer *d'un monde signalé à un monde signifié* (en chargeant immédiatement les choses de sens grâce à l'usage de catégories langagières, d'outils symboliques). En dépit de ce changement, la femelle sapiens, en continuant d'être associée à ses fonctions bio reproductives (à des éléments médiats) serait demeurée le référent à un ordre «non aléatoire», éternel et abstrait dans son essentialité³³ :

(...) la femme continue d'être abordée re-présentativement selon un ordre qui, logiquement, devrait avoir été surpassé³⁴ (...) Nous pourrions donc penser que l'homme n'a pas surpassé le stade de mâle en maintenant celle-ci dans un espace de signes, c'est-à-dire dans une dynamique de signaux —de «positions», de «regards», de «fonctions»— de femelle exprimés culturellement³⁵.

«Fonctions», «positions», «regards»... Le «féminin-simulacre culturel» dont nous parle José Lorite me semble s'approcher de la figure soignante, communicatrice

³² José Lorite, *El orden del femenino, origen de un simulacro cultural* (España: Antropos, 1987).

³³ *Ibid.*

³⁴ (Traduit par moi de l'espagnol), *Ibid.*, 64.

³⁵ *Ibid.*, 69.

d'une image, de bruits, d'odeurs et de mouvements tranquilisants, qui *apparaît* en séquences régulières et répétées, en réponse au cycle des besoins corporels du malade ou bien au timbre qu'a sonné celui-ci pour l'appeler, dans un moment aigu de douleur. Pour parler selon les termes de l'auteur, l'infirmière serait celle qui emmène le malade dans «l'espace de l'éternel» et l'éloigne de «l'aléatoire» de la maladie qui menace son corps déséquilibré. Avant même d'être symbolisé et interprété, son corps est perçu, signalé dans l'unique sexualité de sa présence, *immédiatement* stimulante de vie.

2.3 Le milieu infirmier: un espace de conflits... et d'*empowerment*?:

2.3.1 Travail reproducteur et «*pré-moderne*»:

Être infirmière signifie occuper une profession, un travail rémunéré faisant partie de la sphère publique et plus visible que celui de la femme au foyer. Quoi qu'il en soit, ceci n'est pas suffisant pour qu'il soit dépouillé de la qualification qu'on lui attribue communément: une extension du travail domestique et maternel, du rôle générique des femmes. Pour reprendre les mots, toujours, de Marcela Lagarde, le travail féminin peut être décrit comme une reproduction des êtres particulier à l'intérieur de procédés qui correspondent à une réactualisation quotidienne des conditions qui leurs sont vitales. Le métier d'infirmière, soutient-elle, est un dérivé vu comme «naturel» des occupations conçues comme reproductives, qui dépend d'une conception a-historique et naturaliste qui annule le travail des femmes en ne le considérant point comme une séparation créative de la nature³⁶. Suivant cette conception, le travail d'une infirmière reste confondu entre sa qualité reproductrice (son «essence», l'«abstraction» de son image) et la tangibilité de sa qualité émancipatrice (du fait d'être rémunéré et d'être reconnu comme appartenant au domaine public). Mais la question que je me pose est la suivante: pour le cas spécifique de cette profession, cette confusion est-elle réellement pressentie?... à une époque et à l'intérieur d'un pays (le Canada) pour lequel la norme n'est plus à l'exclusivité de l'expérience féminine limitée dans l'enceinte domestique du foyer, et pour lequel, dans ces conditions, la féminisation persistante des soins infirmiers se présente plutôt comme une résistance du travail féminin reproducteur face à la modernité... En fait, l'ensemble de ma démarche consiste justement en le fait de dire que la profession d'infirmière ne se rattache pas seulement à la sphère de la reproduction sociale, sinon qu'à celle de la production, *production de processus bio-psycho-culturels réels*, bien que perçus comme reproducteurs. L'image corporelle de l'infirmière renferme en elle-même, comme nous l'avons vu, une série de symboles d'immanence et, conjointement, comme sa corrélation, son opposition, l'action transcendante (positive) de ceux-ci. Cette idée s'accorde avec le propos de Lagarde

³⁶ Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres...*, 116-7.

qui soutient que les infirmières travaillent non seulement avec la matérialité des corps mais également avec la subjectivité, et qu'en ce sens ce n'est pas seulement une force de travail qu'elles déploient à l'endroit des patients, mais une véritable *force vitale* qu'elles leur transmettent. Selon moi, la valeur de cette assertion, ou autrement dit le questionnement fondamental qu'elle engendre, est à situer au niveau du paradoxe qu'elle dévoile: positive et profitable pour le patient, la force vitale qui émerge de la présence *féminine* de l'infirmière est, pour cette dernière, une cause, un axe de sa captivité générique. Sous cet angle, dépouillée de sa valeur créative, cette énergie affective et curative que produit l'infirmière ne peut qu'alimenter l'autre et simultanément la vider elle-même d'une partie de sa force subjective, de son potentiel émancipateur.

Il faut aussi reconnaître qu'à l'intérieur du processus d'émancipation féminine, le travail rémunéré n'arrange pas tout, ne guérit pas tout. Pour ce qui est de l'infirmierie comme milieu professionnel, la conjoncture contemporaine du monde patriarcal qui affronte la féminisation du travail n'est pas une réalité prééminente. En effet, cette profession a de tous temps été placée sous la catégorie de vocation féminine. C'est une profession qui, à l'heure actuelle, possède toujours l'attribut d'occupation traditionnelle, occupe toujours une position de «contre-modernité» (si l'on se réfère à la version libérale de la vision féministe du travail). Travail subalterne dans un langage classiciste et doublement inférieurisé de par le symbole maternel auquel il réfère, il intègre toujours un domaine abritant le paradigme de l'obéissance générique: infériorité des soins de l'infirmière face aux requêtes et diagnostics du médecin; infériorité face au bistouri du chirurgien qui agit directement, concrètement, *immédiatement*; face au pouvoir «métaphysique» et infaillible des technologies biomédicales mises à disposition des corps malades, et desquelles l'infirmière n'est souvent vue que comme une intermédiaire; face aux exigences du patient qui exerce un certain pouvoir culturel et «iconique» sur l'infirmière; face, enfin, au jugement de Dieu, à la fatalité du destin du malade. Dans son entité, le travail intermédiaire de l'infirmière se convertit en ce que Bourdieu nomme un ensemble d'«inclinations», d'«habitus» féminins subjacents et indirects, subséquents à l'ordre symbolique

androcentriste qui n'accorde de valeur positive et «bonne» qu'aux actions transcendantes («phalliques» dans des termes freudiens). Ces inclinations, positives ou négatives, s'enracinent dans la constitution cosmologique de notre monde, celle-ci qui se base sur une asymétrie générique qui englobe toutes les sphères symboliques de notre univers humain³⁷.

Même à l'heure où les professions sont reconnues en fonction de la formation pratique et académique qui les précède, est toujours à l'œuvre la croyance la croyance selon laquelle une «bonne infirmière» l'est par vocation. Prenons pour exemple le commentaire que me faisait une infirmière dans la cinquantaine à propos de l'emploi du terme «vocation»: «la vocation», disait-elle, «ça n'existe plus, on n'en parle plus... mais je crois qu'une bonne infirmière doit l'avoir». Tout se passe comme si, malgré l'aspect «démodé» de la figure missionnaire des infirmières, cette dernière demeurerait en vigueur ne serait-ce que de manière indirecte, dans une volonté et une sensation générales s'accrochant à la valeur identitaire féminine du métier. Toujours est-il qu'une allusion au schéma vocatif (ainsi qu'aux termes de rôle, d'identité et de devoir féminins auxquels il renvoie), fait en sorte que l'erreur professionnelle recouvre la valeur d'une erreur générique et se voit doublement réprimée, puisqu'en celle-ci il n'y a pas que l'infirmière qui se retrouve coupable, mais aussi *la femme derrière l'uniforme*.

S'ajoutent au poids générique du rôle de l'infirmière toutes les tensions liées à la dimension spatio-temporelle de son milieu de travail. Si nous sommes d'accord pour voir l'espace comme un réseau de significations que le sujet établit avec les autres et les choses, et ensuite le temps comme le mouvement de ces signifiés³⁸, nous conviendrons qu'il s'agit ici d'une *dynamique totalisante* qui absorbe l'individu de manière globale et ininterrompue. Dans un hôpital, le temps autant que l'espace peuvent être restreints et restreignants (un nombre sans cesse diminué d'infirmières face à un nombre maximal de patients, matériel ou bien insuffisant ou bien désuet et défectueux, promiscuité entre les patients et par conséquent restriction de l'espace

³⁷ Pierre Bourdieu, *La dominación masculina.*, 59.

³⁸ Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres...*, 28.

d'intervention, neutralité suffocante des couleurs, odeurs chimiques et hygiène précaire, manque d'ambiance sonore, etc). Malgré tout, l'infirmière se doit d'être capable de maîtriser parfaitement et tels qu'ils sont les éléments spatio-temporels de son milieu de travail, étant donnée sa responsabilité envers les patients, responsabilité qui, d'un point de vue tant idéologique que concret, demeure *vitale*. Elle se doit d'observer un certain silence, une certaine distance, respect, efficacité, délicatesse, attention et prévention.

Je mentionnerais aussi, dans le champ des difficultés reliées à la carrière professionnelle féminine (quelle qu'elle soit), ce que Mabel Burin nomme le «toit de verre»³⁹, c'est-à-dire l'ensemble des obstacles qu'une femme rencontrera presque inévitablement sur son chemin vers l'auto réalisation à travers le travail, cette limite «invisible» et inattendue à laquelle, jour après jour, elle se voit confrontée. Le métier d'infirmière ne permet pas de plus grande revendication qu'une indépendance et un prestige relatifs à une position au demeurant subalterne. Ces catégories de l'auto estime (davantage le prestige que l'indépendance) sont certes bien existantes, mais elles correspondent à un type de pouvoir que je dirais «de domination» ou, disons, de pouvoir permis à l'intérieur d'un cadre hiérarchique et qui se distingue du pouvoir-pour-vivre sans prétention à la domination, du pouvoir *sur la propre existence*⁴⁰. Si l'on part de cette distinction, l'affirmation de l'infirmière devient possible grâce à l'exercice d'une auto reconnaissance qui selon moi excède en importance et en efficacité la reconnaissance venant de l'extérieur (le prestige, l'attribution d'un pouvoir *sur l'autre*). Cette démarche subjective ne peut être que nécessaire pour l'infirmière, si l'on considère que le dit «toit de verre» ne surmonte pas seulement son identité professionnelle, limitée et limitative et quotidiennement renouvelée, mais s'étend au dessus de sa vie intime, de son espace privé (par cela même qu'il se rattache à l'identité).

Mais revenons à la position de l'infirmière à l'intérieur de la modernité. En considérant le travail comme «une réponse aux nécessités qui changent

³⁹ Mabel Burin, «Género femenino y psicoanálisis. El techo de cristal», *Catálogos, Revistas Claves*, Nro. 17-18 (Argentina), 1999.

⁴⁰ (Traduit par moi de l'espagnol), Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres...*, 185.

historiquement»⁴¹, nous pouvons supposer que sa situation professionnelle s'est «fixée», s'est «stigmatisée» en quelque sorte sous la catégorie des impondérables historiques (ces impondérables qui si souvent se réfèrent au genre...) Aux yeux du patient, l'infirmière-femme contemporaine projette une image forcément ambiguë. Pourquoi? Selon l'auteur Emiliano Galende, en comparaison avec autrefois, «la sensibilité actuelle est davantage déterminée et influencée par les images que par la représentation des mots»⁴². En parlant, un peu simplement nous en conviendrons, de «représentation des mots», l'auteur veut forcément faire allusion à des «catégories», à cette version du langage qui, contrairement aux signes et symboles visuels, est plus contingente et risque moins de transcender l'espace et le temps dans une sorte de continuité qui s'auto suffit, au-delà de notre volonté communicative. Pensons simplement à la surreprésentation de la «femme sexuelle désirable», invitante et provocante de laquelle est saturée la publicité ambiante... Envahi par ces images présumant représentatives de la «nouvelle femme», de la «femme moderne», le regard que le patient porte sur l'infirmière «chaste et humble» ne peut se déprendre d'une certaine sensation d'anachronisme. Galende poursuit:

La psychanalyse, comme les luttes féministes, la théorie et la politique actuelle, doit prendre en compte cette nouvelle situation culturelle, dans laquelle l'avant-garde n'est plus celle qui libère la créativité rationnelle sinon cette nouvelle «avant-garde figurative», par laquelle l'image est le médium efficace dans la construction des nouveaux sens et nouvelles valeurs»⁴³.

Ainsi projeté ce regard stigmatisé sur la femme qu'est l'infirmière, c'est toute sa subjectivité féminine qui se voit compromise. Considérant que la vie des infirmières est disons «saturée» de l'expérience altruiste à caractère plus ou moins maternel (dans un rapport tant privé que public, ce qui limite, du point de vue du genre, l'hétérogénéité de leur expérience féminine quotidienne), pouvons-nous dire que l'infirmière est mise au rancart de ces nouvelles possibilités subjectives et créatrices qu'apporte avec elle la modernité? Autrement dit, les infirmières se sentent-elles étrangères aux contributions des femmes à la modernité? En se référant aux conflits de la modernité que doivent affronter les femmes de la post-révolution féministe,

⁴¹ *Ibid.*, 112.

⁴² (Traduit par moi de l'espagnol), Emiliano Galende, *Sexo y amor* (Argentina: Paidós, 2001), 143.

⁴³ *Ibid.*

Marta Lamas propose une vision «en trois temps» de la condition féminine contemporaine, du point de vue de l'émancipation. Selon elle, il existerait à l'heure actuelle trois «profils» de femmes: les femmes pré-modernes, modernes et post-modernes. Suivant sa conception, il serait aisé de classifier les infirmières sous la catégorie des femmes pré-modernes, considérant la composante traditionnelle et subalterne de leur occupation. Bon... il est clair que malgré les apparences de «taxinomie évolutionniste» que revêt sa pensée, l'auteure ne fait qu'exprimer dans un sens figuratif le caractère multidimensionnel du paysage féminin de notre temps. Mais pour ma part, je préfère envisager les infirmières sous l'angle de leur *intégralité* (intégralité dans la contemporanéité), et considérer qu'elles intègrent à différents niveaux mais surtout de différentes façons, les nouvelles possibilités de la configuration générique actuelle. Une allusion de plus au travail de Lagarde me permet de référer, en terminant, à la notion de «synchrétisme générique», réalité à la fois contradictoire et dynamisante de nos sociétés:

Nous, les femmes, nous mouvons entre exigences, louanges et réprobations qui sont fonctions de contenus existentiels, modernes et traditionnels. L'auto estime féminine, très complexe, est un dérivé de ce synchrétisme générique⁴⁴.

2.3.2 L'inconscient dans l'expérience, à l'intérieur et au-delà du milieu professionnel:

Nous venons d'examiner les diverses formes d'obstacles susceptibles d'intégrer l'expérience des infirmières à l'intérieur même de leur environnement de travail. Mais aussi, il convient d'aborder le travail comme un espace d'apprentissage, comme une expérience à l'intérieur de laquelle naissent, se modifient et se reproduisent différents signifiés au travers de procédés qui relèvent de l'inconscient et de *l'embodiment*, qui interviennent dans tous les champs de la vie quotidienne et au-delà, donc, de l'espace professionnel. C'est à ce titre qu'il m'apparaît pertinent d'aller puiser quelques ressources propres à la psychanalyse, à sa perspective et sa méthode.

⁴⁴ (Traduit par moi de l'espagnol), Marcela Lagarde y de los Ríos, *Claves feministas para la autoestima de las mujeres* (Madrid: horas y HORAS, 2000), 36.

La psychanalyse freudienne accorde une importance cruciale à la castration radicale du sujet féminin, et de ce fait à la carence qui caractérise sa constitution. Destinée à assumer un développement carencé, la fillette (et plus tard la femme) organise sa vie en fonction de l'autre, cherche dans la maternité une expérience cathartique, libératrice d'angoisse⁴⁵. Nous pourrions étendre le sens de ces propos à l'interaction infirmière / patient⁴⁶ ou encore à la constitution psychoaffective du patient pris isolément, mais je me limiterai ici à l'analyse du contenu psychanalytique de l'expérience maternante *de l'infirmière*.

Dans un premier temps, je propose la possibilité d'une réaffirmation amplificatrice de la carence féminine de l'infirmière (où, au-delà de la démarche cathartique, le soin porté à l'autre agirait à réaffirmer la dépendance vitale), exercée à travers un travail de re-création (dans une double proportion, donc) du vécu maternel au-delà des limites de la sphère privée, de la cellule familiale.

Vous me permettez, dans un second temps, un petit aparté philosophique quelque peu aventurier... Je voudrais, pour un moment, porter mon regard sur la partie la plus radicale de la théorie psychanalytique, celle qui se rapporte à l'inconscient «humain» lié à la «Loi du Père». Dans un ouvrage dédié à la compréhension du «complexe monothéiste patriarcal», Paul Verhaeghe nous parle de la disparition, dans nos sociétés modernes, du père-patriarche (du «père originel», du «surmoi», de l'«idéal du moi»), symbole originel de l'Autorité, disparition faisant en sorte que les enfants auraient perdu leur pôle d'identification principal⁴⁷. Debout devant une réalité «vague» (disparition des vérités religieuses, redéfinition des rôles

⁴⁵ Françoise Dolto, *Sexualidad femenina. La libido genital y su destino femenino* (España: Paidós, 2001), 86.

⁴⁶ Cette interaction est un lieu propice à la recréation de la scène de l'œdipe, avec tout ce que ceci implique de stimulation libidinale, d'expérience vitale ritualisée (pensons au contact primaire avec le sein maternel), de nécessité de se lier à l'infirmière-mère-désirée et interdite, etc. À prime abord, cette recréation de la dynamique œdipienne me semble assez plausible chez le patient (quoique sous des formes et dans des proportions variables). Il est également évident que la situation œdipienne est à relier directement avec l'idée de la peur et du mépris entourant le «sexe inférieur», le simulacre féminin que représente l'infirmière.

⁴⁷ Paul Verhaeghe, *El amor en los tiempos de soledad. Tres ensayos sobre el deseo y las pulsiones* (Barcelona: Paidós, 2001), 99.

sexuels et émancipation féminine, etc.), le sujet moderne chercherait à recréer un monde reconnaissable, intelligible et prévisible qui puisse réduire au minimum la peur de l'inconnu⁴⁸. Voilà une idée qui nous ramène à la thèse d'Aguado et sa recherche d'«évidences idéologiques», à celle de Lorite et sa «fuite devant l'aléatoire»... à toutes ces impressions concernant l'«essence féminine» que l'infirmière retrouve à l'intérieur d'elle-même, arrive à réanimer à partir (entre autres) de son travail et à sentir quotidiennement comme un appui sûr, un tracé clair, comme une référence subjective de tout instant. Pour donner un exemple concret, l'on pourrait croire qu'un tel mécanisme tranquillisant (tant conscient qu'inconscient) a su constituer une ressource face aux difficultés d'intégration et d'acceptation de la double journée de travail, si caractéristique des femmes occidentales de notre temps...

Mais il convient de préciser que Verhaeghe aborde l'idée d'Autorité (paternelle) perdue avec l'objectif de critiquer Freud et sa conception de l'autorité comme «mécanisme d'application du pouvoir». Il soutient qu'à l'inverse, le pouvoir consiste en *un des mécanismes d'application de l'autorité*, que celle-ci est nécessaire en tant qu'agente d'identification du sujet mais ne l'est point en tant qu'outil de contrôle entre sujets distincts. Enfin, le plus intéressant avec la thèse de Verhaeghe, c'est qu'il nous invite à voir la recherche de références fixes comme *une* des manières (la plus classique) pour le sujet contemporain d'agir à l'intérieur d'un monde en constant processus de changement⁴⁹. En parlant de la perte de l'Autorité paternelle, Verhaeghe stipule, enfin, l'idée selon laquelle un changement se serait opéré à l'intérieur des structures psychiques du sujet historique⁵⁰. Eisler introduit la notion d'«union matrimoniale sacrée» située au centre de l'organisation symbolique de l'ordre ancien (sans rapports de dominance), parle de la relation érotique alors

⁴⁸ *Ibid.*, 122.

⁴⁹ En effet, l'auteur soutient que la Loi patriarcale aurait surgi à une étape ultérieure par rapport aux sociétés dites «matri» (le présumé clan matrilineaire préhistorique sans notion de dominance appartenant à un genre)⁴⁹, comme le suggère également Riane Eisler dans sa thèse sur les sociétés anciennes «égalitaires et pacifiques» (*Sex, Myth and the Politics of the Body*, 1995).

⁵⁰ Je serais portée, pour ma part, à imaginer un scénario semblable en regard à la construction historique de l'identité de genre. D'un côté peut intervenir la solution classique: l'infirmière atténue le manque de conviction collective ainsi que son propre déséquilibre en croyant à l'essence juste et bonne de son travail; d'un autre côté, elle peut choisir de déconstruire l'idée même du déséquilibre psychosocial et orienter l'expérience de son travail en dehors d'une conception essentialiste. En d'autres termes, elle peut tuer la Loi du Père et attribuer un sens de solidarité soins, faire de sa vie professionnelle un retour plus ou moins intentionnel à l'ordre pré-patriarcal.

valorisée entre l'homme et la femme qui aurait rendu possible l'harmonisation des relations humaines et leur non hiérarchisation⁵¹. Bien que sa théorie se projette dans un horizon quelque peu lointain et qu'elle se rapporte à des données difficiles à documenter, elle m'est apparue intéressante en ceci qu'elle me permet d'envisager une nouvelle signification du lien infirmière / patient (dans un rapport semblable au lien mère / enfant ou encore femme / homme) alors vu comme la traduction d'un *plaisir social et humain* éprouvé par le fait d'entrer en relation, plutôt que comme le produit d'une «propension» féminine à se lier aux autres. En fait, la proposition est simple: au cœur de son inconscient profond, le sujet historique féminin *cherche quelque chose*.

Qu'elles soient ou non à «contresens» de la modernité, les infirmières doivent donner un sens à leur identité et à leur rôle de genre... en un mot, à leur vie de femme. Ceci, elles le font en jetant nécessairement sur leur travail un regard, une intention *propre*. Je termine sur le thème en précisant qu'il ne s'agit pas de processus inconscients «causés» par la condition générique (surtout maternelle) des infirmières mais bien de processus susceptibles de *caractériser* ou d'*accompagner* leur expérience, susceptibles, enfin, d'introduire tant leur milieu de travail que les autres sphères de leur vie de femme contemporaine.

Mais revenons, juste avant de clore ce chapitre, sur une des premières idées que j'y ai exposées, celle d'un auto abandon vécu de manière plus ou moins consciente et importante chez l'infirmière dévouée, disposée à l'autre. Partant de cette idée, je me suis questionnée sur la nécessité que pouvait, peut-être, éprouver celle-ci, de compenser le vide de l'abandon par une recherche d'attention au sein de son entourage social et familial. Je me réfère une fois de plus à des attitudes ou somatisations corporelles formulées par des mécanismes inconscients de protection et d'auto soins. J'ai tenté d'investiguer sur le sujet dans mes entrevues (sans toutefois formuler de question biaisée comme par exemple «est-ce qu'un manque de soins portés à vous-même a pu vous rendre davantage dépendante de vos amitiés ou de votre conjoint?»). Il m'a semblé, d'abord, qu'aucune auto négligence *flagrante* n'était le fait de ces femmes, jeunes et moins jeunes, et qu'elles semblaient plutôt «avoir

⁵¹ *Ibid.*

appris à s'occuper d'elles-mêmes» en vieillissant, suite au départ des enfants ou alors suite à une épreuve (maladie, période dépressive). Une seule attribuait à son travail une certaine responsabilité dans l'avènement de son *burn-out*, en déclarant que son mariage avait été difficile, que c'était surtout elle qui s'était occupée des enfants, qu'elle s'occupait des autres dans son travail et faisait du bénévolat... qu'il n'y avait, enfin, pas d'espace pour elle. Une seconde informatrice, qui avait débuté sa ménopause très jeune, soit aux abords de la quarantaine, avait traversé une dépression majeure qui l'avait poussée à prendre de ces fameuses hormones pour femmes ménopausées que, treize ans plus tard, elle prenait encore, soutenant que «les hormones l'avaient sauvée». Par ailleurs, la très grande majorité des informatrices âgées de cinquante ans et plus ont déclaré avoir consommé des hormones d'œstrogène. À la lumière de ces données concernant la ménopause, se pourrait-il que de nombreuses infirmières québécoises aient développé diverses maladies, faiblesses ou déséquilibres tant psychiques que physiologiques, comme des systèmes leur permettant de se centrer sur elles-mêmes, de revenir à elles-mêmes, en appelant l'attention, en sollicitant soins et médication? Se pourrait-il, enfin, que se retrouvant face à la même incapacité que cette femme à affronter la dépression à travers l'usage de sa seule volonté ou encore de ressources puisées à l'intérieur d'elle-même, la plupart des infirmières aient privilégié une aide *extérieure*, ce qui implique une affirmation publique de la souffrance?

La négligence envers soi-même envisagée comme une forme de négation du soi est une réalité difficile à percevoir, à admettre et surtout à traduire dans des termes tangibles. Que cette même informatrice qui traversa une dépression latente étalée sur plus de dix ans arrive à déclarer, sur un ton sincère et rayonnant d'authenticité, «j'ai une vie modeste et j'aime ça... je suis une personne de service, c'est ma mission, ça me comble», ne rend pas aisée l'analogie entre soins infirmiers, négation de soi et problèmes de santé... bien que le lien soit facile à effectuer et mérite au demeurant une attention certaine. Une investigation entourant les répercussions de l'auto abandon infirmier (un excès d'attention envers les autres combiné aux conditions matérielles difficiles du travail) doit nécessairement se pencher sur la vie privée de ces femmes, sur les conditions de leur subjectivité, leur

auto estime et finalement leur santé mentale et corporelle.

Une dernière notion m'est apparue intéressante à explorer, celle de *la peur* vécue dans un cadre hospitalier et susceptible de produire des effets négatifs sur l'équilibre psychique des infirmières. Je me réfère ici à la peur face à la maladie continuellement côtoyée, face à la mort et face au danger de contracter une multitude d'infections. Je pense aussi à la peur face à l'erreur professionnelle qui à tout instant peut être fatale, face à la réprobation des patients comme à celle des médecins. Une infirmière travaille avec la vie et la mort, doit intérioriser la peur et l'élever à l'échelle de composante de sa compétence professionnelle de telle façon que son appréhension de l'autre devienne implicitement chargée de préoccupation et d'inquiétude, procédé qui, pensais-je, ne peut profiter qu'à la personne assistée et non à elle-même (l'infirmière).

De façon surprenante, le thème de la peur ne revenait que très rarement sur les lèvres des informatrices lorsque venait le temps d'exprimer leurs insatisfactions face aux conditions propres à leur métier. Mais plus intéressant encore, fut mentionnée à quelques reprises la satisfaction d'avoir su «apprivoiser la mort», d'avoir désamorcé la peur s'y rattachant et d'avoir pu, le cas échéant, développer un atout, un outil de vie s'avérant extrêmement précieux lors d'épreuves impliquant bien sûr la mort, mais aussi la souffrance d'un être aimé. Un outil précieux, aussi, si l'on pense simplement à la souffrance sociale qui quotidiennement nous entoure, nous interpelle, nous frappe par sa dureté souvent arbitraire et incompréhensible. Quelque part, nous sommes en présence d'un pouvoir, un pouvoir qui se mesure aux possibilités de vie qu'il procure à ces femmes qui, oeuvrant à travers les autres, s'octroient une place au sein d'un monde qu'elles arrivent à comprendre et à explorer de façon positive, épanouissante et utile... de façon éthique.

Ceci dit, nous arrivons enfin au moment d'aborder le pouvoir, cette composante cruciale du rapport à l'autre sexuellement construit que je tenterai d'explorer d'un point de vue essentiellement critique, dans le chapitre qui suit immédiatement.

3. Le pouvoir

3.1 Les soins infirmiers: un *empowerment* au féminin?:

Pour commencer, revenons sur certaines notions clés abordées précédemment, question de bien situer la position qu'occupe l'infirmière dans le rapport qu'elle investit avec son patient. Celle-ci se convertit en être-pour-les-autres, complètement disposée au soin des patients qui, par ailleurs, requièrent sa présence de façon vitale. Dans ce sens, pratiquement tout ce qu'elle fait et représente accentue le contenu de son identité féminine. En se liant à l'autre dans une dynamique de responsabilité vitale, l'infirmière *s'accomplit à travers cet autre*, évite la frustration générique due à la carence de sa constitution, à sa dépendance vitale ou, dit de façon plus drastique, à sa «servitude volontaire»⁵². Nous pourrions supposer qu'en quelque sorte, elle sent que sa capacité de soigner corporellement et affectivement les autres constitue une portion des connaissances, de la sagesse propre à son genre. Partant de ceci, il est aisé de croire que l'infirmière jouit d'un privilège, celui de pouvoir expérimenter et développer un pouvoir de type maternel. Par la force vitale qu'elle génère, elle se construit elle-même et retire une gratification qui lui permet d'acquérir et d'accumuler de la confiance en elle, en d'autres termes du pouvoir sur sa propre existence (la notion de pouvoir est ici abordée dans le sens d'une *affirmation du sujet*). L'infirmière personnifie une contradiction qui s'enracine dans son identité sexuelle: une exaltation positive des attributs érotiques et maternels de son image corporelle qui se convertit en le locus de sa captivité générique (sa sexualité comme caractère éminent de son rôle culturel), mais qui constitue parallèlement un axe fondamental de son auto identification, de son auto affirmation.

Je me demande, maintenant, dans quelle mesure l'affirmation subjective des infirmières comporte un potentiel de pouvoir... À mon avis, ce que nous appelons "*empowerment*" est parfois susceptible d'être confondu avec le concept même de «subjectivité». Je m'explique. À première vue, la notion de procédé subjectif ne peut

⁵² Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres...*, 163.

se prêter à une «accentuation» ou à une «diminution» (dans le même sens que le terme d'*empowerment* réfère à une augmentation ou accumulation de pouvoir), puisque chacun détient une subjectivité propre qui se construit et se modifie, mais en aucun cas ne peut être «qualifiée» ou encore moins «quantifiée». Selon moi, cette assertion n'est pas que juste, et pour m'exprimer je m'appuierai sur un exemple historique.

Dans un travail portant sur la sexualité et la confession religieuse à l'époque de la Contre-réforme en Europe occidentale, Adelina Sarrion nous parle du rôle important qu'a joué le Concile de Trente en «attribuant» aux femmes une âme. Pour le sujet catholique vivant à cette époque, pécheur «par essence», était possible la rédemption, le salut grâce à l'unique moyen de la confession (confession au prêtre des péchés quotidiens, surtout ceux «de la chair»), de l'auto vérification et auto purification quotidiennement répétée⁵³. L'obligation d'exercer la confession *tant pour les hommes que pour les femmes* a été un des premiers signes, dans l'histoire de l'Église catholique, de considération des femmes comme *sujets* ayant accès au pardon et au chemin vers le paradis, ayant accès à une constitution morale selon des modalités étant propres à elles. Tout ceci, par l'unique fait de leur concéder une capacité à l'auto conscience... Et pourquoi ce détour au cœur d'une époque aussi lointaine?... enfin pour donner une figure de la *plasticité historique de la subjectivité féminine*. La confession a permis aux femmes, dans un sens, de se constituer en tant que sujets historiques *reconnus* (par la société mais aussi par elles-mêmes, à l'intérieur du monde catholique).

Mais revenons aux infirmières. Je propose un parallèle entre la pratique des soins infirmiers et cette dimension d'*exonération quotidienne* qui, vers la fin du Moyen-Âge, a permis aux femmes de pratiquer la confession. Bien que cinq siècles se soient écoulés, bien que nous appartenions à un cadre politico culturel (le Québec, société occidentale, oui, mais somme toute éloignée du paysage culturel du Moyen-Âge européen) dépouillé dans une large mesure de son ancienne emprise religieuse

⁵³ Adelina Sarrion, *Sexualidad y confesión. La solicitud ante el tribunal del Santo Oficio (siglos XVI-XIX)* (Madrid: Alianza Universidad, 1994).

ainsi qu'à un État Providence responsable (selon certains) de la déresponsabilisation des individus envers leur communauté et leurs «devoirs moraux», en dépit de tout ceci je considère qu'il est légitime de dire que toutes les femmes, peu importe la culture d'origine et le domaine d'occupation, continuent d'être celles qui, à un moment ou l'autre de leur histoire, appliquent les morales sociales de charité, de soin et de compassion. Plus encore, nous pouvons supposer qu'en réponse aux conjonctures communément admises de la modernité (individualisme, athéisme, indépendance), les actes relevant de l'humanisme sont considérés par certaines personnes (principalement par les femmes) comme étant indispensables et liées à un sens aigu de l'autre, à une capacité *personnelle et exceptionnelle* d'exercer le bien. Vu sous cet angle, l'humanisme moderne comporterait un caractère d'unicité, de liberté et dans le cas des femmes, d'orgueil générique. Les infirmières incarnent cette bonté exceptionnelle *choisie*. D'une telle impression de «raffinement», d'auto perception en qualité d'«êtres bons»... elles ne peuvent que retirer les vertus d'un *empowerment*.

Mabel Burin et Irene Meler ont également effectué un parcours à travers l'histoire subjective des femmes. Leur travail me permet de souligner un second point: le passage historique de la femme valorisée économiquement à la femme valorisée à travers la quasi-exclusivité de sa morale maternelle. Le passage en question correspondrait au moment où les principes religieux auraient cessé d'appartenir à une catégorie hégémonique, cédant ainsi le pas à une valorisation sans cesse grandissante du *travail productif*: la nouvelle éthique occidentale érigée à partir de la Révolution industrielle, qui concède au travail extra domestique la qualité exclusive de «vrai travail»; la fin de l'ancienne maisonnée médiévale qui était unité de production et de consommation et qui achève de se transformer avec l'avènement de la famille nucléaire; le textile et avec lui la fin, dans la famille préindustrielle agricole, de la participation des femmes à la production des biens et denrées essentiels; la constitution de la famille nucléaire comme espace relationnel stricte et entraînant la spécificité grandissante des fonctions émotionnelles de la femme; la *création*, en un mot, de la «sacro sainte morale maternelle» qui atteint son paroxysme avec le Puritanisme anglais du XIXe siècle... la création d'un modèle de femmes-

mères occupant une situation isolée, exclue et excluente⁵⁴.

Conformément à ce processus historique d'intériorisation gratifiante de l'idéal maternel (par les femmes), dans quelle mesure la valeur économique du travail féminin peut-elle se démarquer de cette dimension morale survalorisée, presque sacralisée? Comme je le mentionnais antérieurement, les travaux qui possèdent une valeur domestique ou maternelle sont vus et valorisés à travers leur caractère reproductif, en dépit du fait qu'ils comportent une dimension productive de première importance (production de soins, production d'énergie vitale). Si, derrière le «privilege», derrière l'«exclusivité» de l'expérience maternelle demeure occultée toute la partie productive du travail des infirmières et toute sa part de potentiel affranchissant (qu'il s'agisse du salaire ou alors de l'indépendance sociale et économique que favorise le fait simple de travailler), dans quelle mesure pouvons-nous parler d'*empowerment*?

Revenons au point de départ... Il faut d'abord clarifier ce que nous entendons par «pouvoir». J'ai déjà signalé la différence qu'établit Marcela Lagarde entre les pouvoirs dits «de dominance» et les pouvoirs-pour-vivre. Elle précise aussi que «la carence oblige un lien dépendant avec celui qui domine», et que même dans ces conditions, «les sujets carencés peuvent posséder, générer et exercer des pouvoirs d'affirmation»⁵⁵. Ces propos m'amènent à analyser la situation des infirmières de la façon suivante: la configuration sociale de leur entourage professionnel porte à croire que ceux qui détiennent un pouvoir de dominance sont *les autres* (les médecins, les patients, la famille des patients et les visiteurs), dans la mesure où ce sont eux qui sont en position de les réprimander, d'exiger d'elles. De son côté, le patient exerce un pouvoir particulièrement attractif sur l'infirmière (malgré l'état de dépendance et de fragilité dans lequel il se retrouve) du simple fait de solliciter des soins vitaux, soins qui pour l'infirmière se convertissent en responsabilité à caractère potentiellement aliénant. Je crois qu'il serait un tantinet excessif de dire que les infirmières peuvent user de leur responsabilité vitale envers les malades comme d'un pouvoir que l'on

⁵⁴ Mabel Burin, Irene Meler, *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad* (Argentina: Paidós, 2001), 74-5.

⁵⁵ (Traduit par moi de l'espagnol), Marcela Lagarde, *Género y feminismo...*, 69.

applique de façon arbitraire, et que les patients se sentent réellement menacés et à la merci de leurs «mauvaises intentions»... Non, la réalité s'apparente davantage au fait de dire que les infirmières ont des *devoirs* à l'endroit des patients-clients, et qu'en conséquence il est impossible de parler de responsabilité contrôlante. Je classerais plutôt le potentiel d'*empowerment* de l'infirmière du côté des pouvoirs d'affirmation sur soi-même en tant que procédé subjectif. Par exemple, pour se maintenir à l'intérieur d'une dynamique professionnelle et préserver son espace intime (et de loin... son équilibre psychoaffectif) elle peut user de mécanismes empathiques et si nécessaire apathiques (disons face à une attitude de non respect de la part d'un patient) pour se distancier suffisamment de l'être sollicitant: ne pas discuter trop longuement, conserver un ton de voix neutre ou au besoin ferme, savoir dire «un peu plus tard mademoiselle» ou simplement «non». Pratiquement toutes les infirmières que j'ai interrogées disaient trouver essentielle l'imposition de limites claires à l'engagement personnel qui s'exprime au travers du *care*. Au-delà de l'oedipe et de la dynamique rapprochement / éloignement; désir / renoncement, c'est d'*engagement humain* dont il est question, engagement qui, comme me faisait remarquer une informatrice, «peut être sans fin»...

Enfin, j'attire l'attention sur une dernière version du pouvoir «au féminin» pouvant se rapporter à la réalité infirmière: la sororité. Homonyme de fraternité, la sororité correspond à l'aide mutuelle que requièrent les femmes pour augmenter leurs possibilités d'action et combattre le mépris et la violence exprimés envers leur genre. Toutes les infirmières partagent une réalité commune (bien que multiforme) qui leur permet d'élaborer une identité groupale basée sur l'expérience professionnelle d'un côté, et de l'autre sur leur condition générique.

Au Québec, le métier d'infirmière est un travail syndiqué intégré à la sphère institutionnelle de la santé publique. En 1999, la cohésion entre les infirmières et infirmiers québécois (qui à mon avis constituent un véritable groupe socioculturel, indispensable dans son rôle et regroupant un nombre élevé de personnes) fut suffisamment forte pour donner lieu à un des plus importants mouvements de grève jamais déclenchés dans l'histoire des soins infirmiers (21 jours consécutifs). La grève

fut structurée de façon à ce qu'elle ne puisse affecter gravement la prestation des soins de santé (relais de grève), ce qui se comprend bien... Malgré tout, chacune et chacun dût remettre une part en argent une fois la grève terminée... pour dérangements majeurs de la société civile. Le milieu hospitalier est probablement un des milieux de travail les plus hostiles à toute forme de subversion, de transgression, de résistance et même d'initiative comme outils pragmatiques pour l'affirmation civile. La sororité consiste justement en une stratégie de subversion (générique). Elle peut se présenter sous différentes formes, mais elle a assurément quelque rôle à jouer au sein d'un milieu professionnel traditionnel et à prédominance féminine comme celui de l'infirmier.

3.2 Critique féministe de Michel Foucault: un rapport à soi et à l'autre reconsidéré:

3.2.1 Les soins infirmiers, le genre et le pouvoir foucauldien: un mélange difficile:

Jusqu'à maintenant, l'occasion ne m'a pas été donnée d'aborder la thèse de Foucault sur le pouvoir puisqu'à première vue, elle ne rend compte que d'une partie spécifique de la dialectique de pouvoir exercée à l'intérieur du milieu hospitalier, laissant ainsi confuse toute la dimension de genre (celle-là même qui concerne les infirmières, d'après l'optique que je privilégie). Sa contribution philosophique en rapport à la société disciplinaire (où la culture se voit imprégnée de micro technologies de contrôle au service d'un savoir qui engendre du pouvoir) est d'une importance capitale, voire même incontournable. Mais sa validité demeure, à mon sens, nivelée à l'analyse d'un sujet a-générique, en plus de se prêter davantage à l'étude *du patient* vu comme objet de connaissance. Par son étude à propos de l'histoire de la sexualité, Foucault est venu mettre en lumière ces modalités de la société disciplinaire occidentale qui, au XIXe siècle, ont pris une expansion impressionnante. Ainsi, à travers une problématique constante de l'environnement articulée à une valorisation différentielle de cet environnement en relation au corps de l'individu, ce dernier s'est vu devenir de plus en plus fragilisé face à ce qui l'entourait, s'est vu investi et impliqué dans une foule de mécanismes positifs destinés au contrôle et à la connaissance de son corps, mécanismes producteurs de savoir, générateurs de pouvoir, multiplicateurs de discours et inducteurs de plaisir⁵⁶.

Comme je le mentionnais antérieurement, le corps du malade, immobilisé dans son lit d'hôpital, est exposé dans sa dimension la plus intime, est regardé, étudié et touché en tant que corps sexuel. La «sexualité-fragilité-pathologie» dont nous parle Foucault invite à la recherche, à l'élaboration incessante de vérité, une vérité qui pour sa part sert au soutien de discours pourvoyeurs de pouvoir. Mais dans un hôpital, où et vers qui s'oriente l'élaboration de vérité? Bien que l'auteur soutienne que le pouvoir ne se retrouve jamais en position fixe, que toujours il change de pôle et que,

⁵⁶ Michel Foucault, *La volonté de savoir* (Paris: Gallimard, 1976).

dans un jeu dialectique, «il se met à surgir de partout», manifestement, il situe l'incorporation des discours vrais *dans le corps du patient* qui devient un outil pour la science, soumis au diagnostique «catégorisant et pathologiste» du médecin, au contrôle biológico-spacio-temporel de l'infirmière sur ses cycles vitaux, à l'effort étatique d'institutionnalisation des services de santé et de concentration politico sociale du secret médical, etc.

Mais alors, qu'en est-il de la certitude tranquillisante que le patient cherche et retrouve dans «l'essence curatrice et équilibrante» que personnifie l'infirmière? Qu'en est-il de la sexualité de la femme soignante qui, ici, soigne plus qu'elle ne fragilise, du simple fait d'émaner d'un corps féminin, moral «en soi»?...

En fait, la question n'est pas d'identifier qui, de l'infirmière et du patient, est le plus opprimé des deux... Non, il s'agit en réalité de positionner *le sens* du caractère sexuel et naturalisé de l'infirmière (origine de son oppression) à l'extérieur du dispositif sexuel que nous propose Foucault. En d'autres termes, situer la captivité de genre à l'extérieur de ce que le philosophe appelle «une économie basée sur une volonté de savoir», économie qui traverse les corps par l'entremise de discours changeants et instables. Car oui, la sexualité de l'infirmière est introduite dans des discours entourant son rôle et son image qui à leur tour, produisent d'autres discours générateurs d'expérience... Mais *toute femme* est associée à sa sexualité dès sa naissance et c'est au travers de celle-ci qu'elle se construit incessamment, c'est elle qu'elle expérimente *comme point de départ de sa condition, quelle qu'elle soit*. Qu'elle soit infirmière, photographe ou directrice d'entreprise, une femme est et demeure maternisée et érotisée. Même en arrivant à démontrer que l'infirmière génère des informations, un discours et finalement un contrôle sur des corps-objets de préoccupation, nous demeurerions face à une classe de «pouvoirs» simultanément et dialectiquement liés à sa capacité relationnelle (accomplissement à travers l'autre à l'intérieur d'une dynamique de dépendance vitale), disposition qui renvoie implicitement à une notion de *vulnérabilité générique*⁵⁷. C'est pourquoi il m'apparaît nécessaire de prendre en compte les données de la thèse foucauldienne, mais en y

⁵⁷ Marcela Lagarde, *Génreo y feminisme...*, 207.

superposant une perspective de genre qui puisse nous permettre de centrer notre attention sur le personnage de l'infirmière en tant qu'objet de savoir, oui, mais aussi objet de plaisir et d'attention maternelle *toujours* disposé, *toujours* exposé à la sollicitation, et enfin modulé autour d'un discours de genre *statique*.

Dans son entreprise analytique du pouvoir, Foucault pose, dès le premier tome de *L'histoire de la sexualité*, la distinction qu'il incombe d'effectuer entre une «théorie du pouvoir» et un «exercice de détermination des instruments qui permettent de l'analyser»⁵⁸. Cette précision quant à la seconde méthode qu'il privilégie, l'amène à souligner toutes les formes de pouvoir généralement évoquées qui ne l'intéressent point, qu'il considère comme inappropriées dans le cadre de son analyse:

*Par pouvoir, je ne veux pas dire «le Pouvoir», comme ensemble d'institutions et d'appareils qui garantissent la sujétion des citoyens dans un État donné. Par pouvoir, je n'entends pas non plus un mode d'assujettissement, qui par opposition à la violence, aurait la forme de la règle. Enfin, je n'entends pas un système général de domination exercée par un élément ou un groupe sur un autre, et dont les effets, par dérivations successives, traversent le corps social tout entier*⁵⁹.

Et lui-même de poursuivre:

*Par pouvoir, il me semble qu'il faut comprendre d'abord la multiplicité des rapports de force qui sont immanents au domaine où ils s'exercent, et sont constitutifs de leur organisation (...). La condition de possibilité du pouvoir, en tous cas le point de vue qui permet de rendre intelligible son exercice, jusqu'en ses effets les plus «périphériques», (...) il ne faut pas la chercher dans l'existence première d'un point central, dans un foyer unique de souveraineté d'où rayonneraient des formes dérivées et descendantes; c'est le socle mouvant des rapports de force qui induisent sans cesse, par leur inégalité, des états de pouvoir, mais toujours locaux et instables*⁶⁰.

En fait, l'auteur m'enlève les mots de la bouche... Je dirais que tout ce qu'il mentionne à l'intérieur de ces deux assertions est vrai... sauf pour le pouvoir relatif au genre. Se pourrait-il qu'il ne l'ait pas vu?... Malgré l'admiration sans bornes que je porte à cet auteur et particulièrement aux outils analytiques qu'il nous a livrés pour comprendre le pouvoir, je dirais que oui. Je m'explique. La seule observation qui voit dans la domination des hommes sur les femmes un fait universel, malgré que dans des proportions variables, est suffisante pour considérer comme étant profondément

⁵⁸ Michel Foucault, *La volonté de savoir*. 109.

⁵⁹ *Ibid.* 121.

⁶⁰ *Ibid.* 121-2.

légitime la croyance en un principe dénommé «l'antagonisme des sexes» (précédemment mentionné). Brièvement, celui-ci s'exprime sous la forme d'un principe *ontologique*, c'est-à-dire situé au commencement même de l'histoire humaine; il relève de l'attribution, à tout fait de transcendance, d'une position supérieure par rapport aux faits relatifs au statut d'immanence, consacrant ainsi à l'être masculin une supériorité de constitution (corporelle en sa base) par rapport à la femme; étant donnée l'asymétrie radicale qu'il pose, il est l'antagonisme le plus vieux et le plus solide de tous, et il est le seul susceptible d'en supporter d'autres...

Bien sûr, Foucault sourcillerait à la vue de ces propos, comme d'ailleurs sourcillent tous ceux qui souffrent d'une allergie aiguë à l'endroit du concept de patriarcat... Mais il ne s'agit pas tant, ici, de mesurer l'acuité de ce concept en tant que réalité somme toute multiforme et changeante. Il s'agit plutôt d'admettre sa nature englobante et jusqu'à maintenant inaliénable. Il n'est pas possible, à mon avis, dans un effort d'application de la méthode foucauldienne à une analyse du pouvoir relatif au genre, de dénombrer les «éléments constitutifs» de ce pouvoir et partant, de lui suggérer une «organisation». Il y a une seule asymétrie ($\text{♀} < \text{♂}$), et c'est *autour* de celle-ci, ou sinon *avec* celle-ci, que s'organisent les autres rapports de force. Le rapport de force homme / femme (je précise de nouveau qu'il n'est pas ici question de son degré ou de sa forme selon la culture et les époques) n'est pas un «socle mouvant» qui induit des «états de pouvoir locaux et instables». Le degré changeant du pouvoir de l'homme sur la femme n'est pas le sceau de son instabilité inhérente, car *le sens* du rapport n'est jamais inversé ou altéré, il n'en est que diminué ou augmenté. Si «locales» et «particulières» sont les formes de domination du genre (violence, commandement, interdit d'accès aux institutions et activités porteuses de capital politique, limitation des libertés de parole, corporelles et de mouvement, symbolisation discriminatoire, etc.), toujours un même rapport oppresseur / opprimée demeure au centre, et de lui dérivent ou avec lui s'ajoutent d'autres rapports de force, eux, «périphériques».

Toutes les formes de pouvoir rejetées par Foucault sont celles qui caractérisent le patriarcat: ensemble d'institutions et d'appareils qui garantissent la

sujétion des *citoyennes* dans *un état* donné et, dans *tout État* (au Québec aussi, bien que dans de moindres proportions); un mode d'assujettissement tenant lieu de règle ou alors de convention universelle; enfin, le système *le plus général* de domination exercée par une catégorie sociale sur une autre, et dont les effets, par dérivations successives, traversent bel et bien le corps social tout entier (car le corps social est avant tout masculin, est *globalement* masculin).

Foucault répondrait peut-être à ceci qu'il ne faut *justement pas* penser le rapport de force homme / femme dans les termes du patriarcat, qu'il ne faut pas le voir comme une réalité englobante mais plutôt comme un fait de pouvoir *surgissant de partout*⁶¹. Or, c'est bien ceci que je n'arrive pas à croire... L'antagonisme des sexes n'a pas besoin de surgir, *il est*, si profondément encre dans tout ce que nous sommes d'humain qu'il fut de tous temps rejeté comme fait d'histoire ou d'idéologie. Par moments, j'arrive à croire qu'un jour il ne sera plus... mais alors il ne sera plus du tout. La domination masculine est et sera soit englobante, soit inexistante. Enfin, c'est-ce que je crois...

Je propose l'hypothèse d'un «mode féminin de rapport au monde» pouvant ramener l'individu à soi (au souci d'elle-même) mais par le biais d'une *discipline du mérite à l'endroit des autres*, et ce, sur une base ininterrompue plutôt que spacio-temporellement posée et encadrée. En fait, cette «discipline du mérite» trouverait sa spécificité dans sa comparaison avec les disciplines du soi masculines qui cherchent à rejoindre la tempérance *dans un rapport de pouvoir*: pouvoir sur les forces irrationnelles de son être propre, contenance et maintien du pouvoir détenu à l'endroit de l'autre.

Je crois que la clé de compréhension de cette différence tient à ce que Diane Lamoureux appelle «une façon d'être au monde sans se l'approprier»⁶². Les femmes emploieraient (par contrainte ou suite à l'apprentissage, plus que par nature, je crois, enfin peut-être qu'un jour saurons-nous le déterminer...) des moyens d'affirmation de leur existence (la parole, par exemple) qui les feraient se poser en tant que sujets de

⁶¹ *Ibid.*, 122.

⁶² Diane Lamoureux, *Entre le féminin et le féminisme* (Québec: Université Laval, 1991), 140.

leur vie, mais sans rapport d'appropriation à l'endroit d'un objet extérieur. Elles choisiraient des modes d'apparition et de co-naissance dans la sphère publique comme lieu de dialogue, comme lieu de la connaissance par rapport à soi et aux autres⁶³. En retour, le pouvoir «au masculin» aurait un rapport plus étroit avec l'idée d'*appropriation*, de possession plus ou moins complète et consciente d'un objet *convoité*.

3.2.2 *Le souci de soi à l'Âge classique:*

En dépit de l'aspect quelque peu inadéquat de la thèse foucauldienne par rapport aux femmes et à la situation précise des infirmières, le philosophe a captivé mon attention avec son travail entourant *le concept de soi*, concept approprié, cette fois, pour la compréhension de son homonyme qu'est *le concept de l'autre*, fondamental dans ma démarche analytique à l'égard de l'altruisme infirmier. Cette notion a fait l'objet d'une étude approfondie de la part du philosophe qui, dans une série de trois ouvrages consacrés à l'histoire de la sexualité, s'est penché sur des textes philosophiques de la Grèce et de la Rome classiques afin d'en dégager une analyse singulière. Le troisième volume de la trilogie, intitulé *Le souci de soi*, est celui qui me servira d'appui principal dans cet exercice analytique que je souhaite consacrer à la recherche d'un rapport analogique entre *le rapport de soi à soi au masculin, versus le rapport de soi à l'autre au féminin*.

Une fois énoncée, cette analogie de genre revêt rapidement les allures d'une dichotomisation réductrice et arbitraire entre les termes de «l'égoïsme» et de «l'altruisme». Or, mon objectif est justement d'outrepasser cette impression, de saisir quelques unes des subtilités conceptuelles qui traversent de toute part le champ analytique du rapport sujet / objet, et parmi celles-ci des notions telles que l'individualisme, l'histoire du point de vue de l'ontologie des genres, la morale chrétienne ou l'idéologie puritaine, l'âme, le corps, le pouvoir, etc. Je propose, avec ceci, un regard refocalisé sur un féminin tantôt mis en veilleuse, tantôt sous-entendu,

⁶³ *Ibid.*

mais surtout et toujours «prétendu tel que tel» dans les écrits philosophiques et historiques à faible dimension herméneutique. C'est à cet endroit que Foucault m'est apparu extrêmement intéressant. Car, comme je le mentionnais en début de section, malgré la méthode historique que nous a léguée son oeuvre colossale, son travail prodigieux, malgré sa découverte, pour le moins précoce dans le monde de la philosophie, concernant précisément l'herméneutique d'un sujet transcrivant l'histoire dans sa nature discontinue, il me semble que sa parole soit elle-même transpercée du biais analytique masculin de «systématisation de l'altérité féminine». Il ne s'agit pas ici de condamner la réflexivité inhérente à l'écriture de l'auteur-homme (tout mon travail est bel et bien coloré et supporté par la transparence de ma nature sexuée), mais de souligner, en ce qui concerne le genre, l'appartenance de son analyse à une logique non de réflexivité, mais plutôt de négation et d'omission (plus ou moins partielle). En s'intéressant aux pratiques de la sexualité, c'est bien dans l'épicentre des rapports de genre *comme lieu d'incubation d'une des plus fondamentales formes de pouvoir* que le philosophe s'engageait. Mais en se détournant du rapport à l'autre pour effectuer le «retour à soi» (qu'il semble identifier comme son objectif didactique), l'auteur s'accorde, à mon avis, un privilège délicat et déroutant.

Cependant, cette critique n'altère en rien les fabuleuses ressources que nous fournit Michel Foucault pour la réflexion féministe et l'étude du lien inaliénable entre hommes et femmes, du rapport entre l'individualité du sujet et le monde qu'il intègre (couple, famille, institutions, communauté culturelle, sociétale, humaine..), du rapport, enfin, entre la connaissance qu'il convoite et la spiritualité qu'il pratique. Car malgré sa dénomination de «philosophe», l'auteur ne me semble que trop rapproché de la démarche anthropologique lorsqu'il déplace le lieu de son investigation de la connaissance objective, ou de la philosophie strictement analytique, *vers le sujet*, en essayant de le replacer «dans le domaine historique des pratiques et des processus où il n'a pas cessé de se transformer»⁶⁴.

⁶⁴ Michel Foucault, cité dans Jean-Claude Eslin, «Un visage inconnu de Michel Foucault à propos de l'herméneutique du sujet», *Esprit*, Janvier 2002, 75.

Mais il est à mon avis prioritaire de faire la démonstration du souci de soi (tel qu'exposé par l'analyse foucauldienne) comme étant un concept dont l'accès est considérablement oblitéré pour l'existence féminine, ceci dans des proportions changeantes selon les époques. Je crois en outre qu'aujourd'hui, malgré une émancipation féminine aux antipodes de l'époque classique et un brouillage sensible des rapports sexués à soi et à l'autre, la dichotomie demeure qui assure au masculin une plus grande latéralité dans la faisabilité d'une discipline «du soi pour soi». Dans nos cultures occidentales, somme toute chrétiennes et parsemées d'initiatives féminines de charité et de soutien communautaire, cultures de publicité où l'image et l'exposition du corps féminin n'en finissent plus de menacer la pérennité «admise» de la femme libérée, je me demande... *pour qui* disposons-nous de notre corps et de notre âme?

Morale? Mode de vie? Art du quotidien? Culture?... Qu'est-il ce retour à soi auquel, à travers le volet «concret» de la philosophie classique, Foucault nous convoite? Un peu de tout ceci... mais d'abord une pratique, un exercice ascétique qu'il convient de situer du côté des *disciplines du soi*. Ce que nous dit Foucault concernant le rapport à soi historiquement déterminé, c'est essentiellement ceci: que «l'individu-sujet n'émerge jamais qu'au carrefour d'une technique de domination et d'une technique de soi»⁶⁵. Il tente, autour de cette appréciation, de nous indiquer l'importance du rapport à soi dans sa dimension technique, celui-ci qui aurait, à un moment dans l'histoire ancienne mais aussi à un quelconque moment au cours de notre époque moderne, changé quelque peu la donne politique en ne réduisant plus la sexualité à une entreprise de normalisation des conduites par un pouvoir (extérieur à l'individu) disciplinaire⁶⁶. Ce que nous explique l'auteur, c'est qu'au lieu de répondre à un resserrement du code défini au moyen d'actes prohibés (ce qui constituerait une technique de domination sur la vie privée des gens de la part des hommes de pouvoir), la sexualité peut constituer une «conversion à soi», la manière pour l'individu de se constituer *lui-même* comme sujet moral, comme «victime» autant que

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ *Ibid.*

comme «complice» du pouvoir.

Il est donc question, ici, d'un principe particulier de l'individualisme. Annoncés avec Socrate, les modes de vie basés sur la culture de soi sont historicisés par Foucault qui en relate les trois formes principales: platonicienne, stoïcienne et chrétienne, qui s'élaborent, dans l'ordre, sur les principes de la connaissance de soi, du soin porté à soi comme objectif singulier et outrepassant l'accès à la connaissance, et enfin d'un souci de soi comme terme adverse à la subjectivation morale. Bien que ces trois formes méritent d'être respectivement observées de près, je me concentrerai sur la seconde. Je précise également que mon effort d'analyse ne concernera pas les pratiques sexuelles dans un sens classificatoire ou encore descriptif, pas plus qu'elles ne seront l'objet principal de mon intérêt. Rapidement, voici une ébauche de la culture de soi stoïcienne dans le cadre d'une analyse entourant l'exercice de la sexualité: le plaisir sexuel constitue une des substances éthiques de l'expérience de soi; cette dernière n'est pas simplement celle d'une force maîtrisée, mais bien celle *d'un plaisir que l'on prend à soi-même*; il faut parvenir à lutter contre la force du désir et ses excès, parvenir à la souveraineté de notre être sur lui-même à travers un combat qui met l'accent sur notre fragilité en tant qu'être de nature, ce qui implique une protection et un soin de sa propre personne; ce souci de l'âme et du corps s'exerce à travers diverses disciplines, allant de l'austérité sexuelle (par exemple, éviter les «vaines dépenses» de sperme) au savoir concernant le déchiffrement des rêves, en passant par les régimes alimentaires ou encore la maîtrise et la compréhension saines du lien conjugal, etc. Ainsi regroupés, ces éléments constitutifs du souci de soi comme «art de vivre» permettront à l'individu de devenir libre et serein, de mettre fin à son asservissement envers les choses et pratiques «inutiles» de son existence, de se présenter à ses amis en tant qu'être franc, être éprouvé, examiné, contrôlé, et ainsi d'établir avec ses semblables des relations interpersonnelles garantes d'un meilleur «vivre ensemble»⁶⁷.

Il faut bien comprendre ce qui motive Foucault dans son intérêt pour la

⁶⁷ Michel Foucault, *Le souci de soi* (Paris: Gallimard, 1984), 62-94.

philosophie classique concernant la sexualité et la morale subjective dont je viens d'effectuer le portrait (très sommaire, nous en conviendrons). En réalité, il tente de comprendre son époque, et il considère que la philosophie des Anciens a su développer des principes qui sont demeurés jusqu'à nos jours pertinents⁶⁸. Or, je suis d'avis que ce «rappel à soi» dont Foucault se fait le relais mérite une observation d'un point de vue du genre, ce point de vue auquel l'auteur reconnaissait sans aucun doute une valeur mais dont, selon moi, il a fait l'économie dans la perspective d'une *réactualisation critique* du sujet abordé.

3.2.3 Biais masculin et support inconditionnel des femmes:

Dans un court texte consacré à l'herméneutique du sujet, Jean-Claude Eslin récapitule et met en lumière certains points de l'analyse foucauldienne du souci de soi qui devraient, selon lui, faire l'objet d'une attention particulière. Paradoxalement, plusieurs de ces éléments dont il souligne la force d'un point de vue épistémologique, me sont apparus particulièrement lourds d'une rhétorique basée sur une présomption de la sujétion féminine... ce qui revient à dire que je les considère, de mon côté, particulièrement fragiles. Mais avant de me référer à ces quelques points et à leur ambiguïté constituante (le dénie de leur caractère *masculin et non humain*), je laisse la parole à Foucault lui-même qui, dans *L'usage des plaisirs*, nous ouvre les yeux sur la notion du genre... avant de les refermer presque aussitôt:

La tempérance chez les moralistes grecs de l'époque classique était prescrite aux deux partenaires de la vie matrimoniale; mais elle relevait chez chacun d'eux d'un mode différent de rapport à soi. La vertu de la femme constituait le corrélatif et la garantie d'une conduite de soumission; l'austérité masculine relevait d'une éthique de la domination qui se limite⁶⁹.

Ce ne pourrait être plus clair, la domination «de soi sur soi» dans la sexualité chez les hommes Grecs passe inévitablement par la domination de l'autre, qui est et ne peut être nul autre que la femme. L'ascétisme sexuel ne correspond pas à la vie sexuelle commune, mais à une discipline du soi agissant en conformité au statut respectif de

⁶⁸ Jean-Claude Eslin, «Un visage inconnu de Michel Foucault...», 2.

⁶⁹ Michel Foucault, *L'usage des plaisirs* (Paris: Gallimard, 1976), 203.

chaque sexe. Ceci étant posé, il est absolument légitime d'interpréter l'ensemble de l'univers symbolique élaboré par cette philosophie comme étant imprégné du biais, et je dirais même plus de l'exclusivité d'un réel masculin qui, déjà à l'époque, avait entamé de s'appropriier l'élaboration et la représentation du corps social. Mais visiblement, l'auteur n'y voit pas un obstacle suffisamment considérable pour l'empêcher d'isoler la splendeur spirituelle de la morale classique des postulats prodigieusement sexistes.

J'en reviens à Jean-Claude Eslin et à l'analyse privilégiée qu'il accorde au modèle canonique stoïcien du souci de soi. D'abord, l'auteur semble noter un certain aspect «évolutif» entre ce modèle et celui qui le précède, le modèle platonicien: alors que ce dernier appelle l'individu à «se connaître soi-même pour être en mesure de gouverner les autres», le second témoigne d'un souci pour soi-même comme fin en soi. De l'art de gouverner, on passe à l'art de vivre. Ainsi, en se satisfaisant de ce que l'on est et en apprenant à s'aimer, on parvient à rejoindre «l'immanence du monde» en modélisant notre rapport à celui-ci sans ambitions susceptibles d'excéder notre nature⁷⁰.

À l'époque impériale, la cité n'existe plus selon Foucault. Est-ce suffisant pour affirmer la mort des formes de gouvernance basées sur le statut social telles que l'esclavagisme ou encore l'autorité sur l'épouse? Absolument pas. Si le stoïcisme n'a pas pour but ultime le gouvernement de l'autre, néanmoins ce gouvernement existe toujours. Pourrions-nous ainsi traduire le retour à soi du nouveau penchant stoïcien comme le fait de... ne même plus se soucier de ceux que l'on gouverne? Je me pose la question... Quant au caractère immanent lié à ce mode particulier de rapport à la vérité, je crois qu'il ne peut être admis qu'à travers une mise en perspective de l'aspect transcendant de l'existence humaine. À ce titre, le stoïcisme n'annonce rien d'autre, il me semble, qu'une forme d'affirmation hautaine de l'existence individuelle, ceci dans un rapport entièrement subjectif à l'égard du monde extérieur et des objets de désir qu'il renferme, ces objets qui doivent devenir ceux que l'on

⁷⁰ Jean-Claude Eslin, «Un visage inconnu de Michel Foucault...», 5.

engendre plutôt que ceux qui nous engendrent. Il n'est ici question que de *transcendance* pure et simple, et dans une perspective ontologique... que de masculinité⁷¹.

Aussi, si le stoïcisme est à penser en termes de «devoir», si, comme Foucault le prétend, «la souveraineté de soi sur soi se manifeste de plus en plus dans la pratique des devoirs à l'égard des autres et surtout d'un respect à l'égard des épouses (...) l'intensification du souci de soi va de pair (...) avec la valorisation de l'autre»⁷²... le souci n'en est que davantage retourné vers soi et vers l'ultime souveraineté qu'il convient d'atteindre *à travers* cette «stylistique du lien individuel». Il s'agit bien *d'art* de vivre, un art qui, en donnant à l'amour pour l'épouse et au partage de vie au sein du couple une valeur amplifiée, s'inscrit à mon avis dans une démarche d'atomisation grandissante de l'individu par rapport à sa communauté, démarche qui déplace le lieu de réalisation de celui-ci (mâle) de la cité au couple-espace-privé. Je crois qu'il faut y voir le signe d'un individualisme grandissant qui se dessine au sein du monde romain dans le cadre de la féodalisation toujours croissante de l'Empire, plutôt que celui d'une valorisation de la femme pour sa valeur propre en dehors de ce qu'elle représente en termes d'*objet* d'accomplissement.

En fait, la question que pose Eslin est aussi celle que je pose moi: comment, à quelles conditions peut-on penser la vérité? Bien sûr, la réponse qu'il cherche ne se situe pas dans mon champ d'intérêt... je me demande, moi, si nous pouvons poursuivre d'investiguer le réel *au masculin*. En se référant à un exposé de Foucault concernant l'originalité du schéma stoïcien, l'auteur nous livre une citation qui se situe au centre des mes préoccupations:

*Il me semble que dans l'ascèse païenne, il s'agit de se rejoindre soi-même avec, comme moment essentiel, non l'objectivation de soi dans un discours vrai (l'aveu, la confession chrétienne), mais au contraire, la subjectivation d'un discours vrai dans un exercice de soi sur soi*⁷³.

Si cet auteur (comme quantité d'autres auteurs de tradition occidentale et *essentiellement* masculine) semble attribuer une valeur plus «vraie» à la

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Michel Foucault, *Le souci de soi*, 199.

⁷³ Jean-Claude Eslin, «Un visage inconnu de Michel Foucault...», 80.

subjectivation plutôt qu'à l'objectivation de l'être individuel, c'est bien dans une perspective «admise» ou «assumée» de l'existence humaine comme lieu d'*affirmation de l'individu face à l'autre* (version reconnue de la transcendance), et non comme espace de *réalisation de l'être par et avec l'autre*. En d'autres termes, serait-il possible d'envisager la transcendance, la souveraineté ou alors la liberté humaines dans les termes d'un souci de soi n'étant possible et «vrai» qu'à la suite d'un souci de l'autre véritable, inévitable et tout aussi ultime que celui à l'égard de soi? Pouvons-nous envisager l'histoire sans égard à un «vivre ensemble» qui de tous temps *fut* puisqu'il était inévitable, bien au-devant de l'effort qui voulait se consacrer à une modulation de notre rapport au monde? Pourrions-nous émettre l'hypothèse d'un rapport sujet / objet de tous temps établi dans un rapport asymétrique puisque de tous temps pensé, écrit et élaboré par les hommes?, à l'inverse d'une intégration foncièrement *humaine* du rapport à l'autre en tant que réalité harmonisée au rapport à soi, tout aussi exigeante que gratifiante... chez les femmes?

Je crois qu'il nous incombe aujourd'hui de réviser nos perceptions à l'égard de la soi disant «nature humaine fondamentalement individualiste» ou «égoïste», version explicative de l'Homme qui a depuis toujours mérité une plus ample attention de la part des philosophes de l'existence et qui n'a, de ce fait, jamais pu proposer *le concept de l'autre* dans des termes différents de ceux du «devoir» et du «sacrifice». Et si cette figure du Soi ultime n'était pas plus fondamentale que celle que l'on s'acharne à lui opposer, c'est-à-dire celle de *l'autre comme étant une partie inaliénable de nous?* Ce mouvement que je tente d'illustrer, cette façon d'être dans le monde caractérisée par un certain don de soi ressenti comme *vital, autant pour soi que pour l'autre*, s'il est vrai qu'il s'accorde à la nature ontologique (et non structurale ou biologico cognitive) des femmes, alors nous devons admettre qu'il est le fait commun de la moitié de l'humanité, qu'il est, donc, tout aussi inhérent à la nature humaine que l'est la culture de soi.

Mais il n'en demeure pas moins que la culture de soi masculine (et non le groupe social des hommes), et corrélativement, l'individualisme comme une de ses

versions subséquentes, chez les hommes comme chez les femmes, a eu dans l'histoire une position privilégiée. Privilégiée dans deux sens: d'abord, elle a été le fait d'un sexe plus que de l'autre; ensuite, eut égard au silence qui a toujours régné sur le souci de l'autre comme mode de vie (partie de l'existence au féminin), elle a occupé une place plus effective (et à certains égards nocive) au sein de la vie en société. En émettant la possibilité d'un rapport sujet / objet ontologiquement harmonique plutôt qu'asymétrique et duel, la question se pose inévitablement sur le fait pourtant réel de cette division entre le soi et l'autre, cette division entre le «rôle de la femme» et le «rôle de l'homme», et sur l'autre fait, tout aussi réel et actuel, de la difficulté des humains à donner ou aider sans l'exercice d'une conversion ou d'un sacrifice conscient. Je crois, en réalité, que *le pouvoir conséquent à l'antagonisme des sexes* (tel qu'abordé en début de section) tient lieu d'explication à toutes ces questions.

En terminant, pour ajouter à ce qui m'appert être une accentuation des pouvoirs «légitimes» mais radicalement masculins, j'émetts une interrogation sur l'aspect pragmatique du souci de soi qui, avec les Stoïciens, fait l'objet d'une intensification. Il s'agit de se demander, tout simplement (pour ne pas dire tout bêtement...), ceci: comment pouvoir conjurer une augmentation des soins portés à soi-même, avec toute l'énergie et le temps qu'implique un tel type d'engagement, avec la vie de tous les jours, avec les tâches reliées à la vie domestique autant que publique, communautaire, familiale? Simple... grâce au support «naturel» des femmes... Mais enfin, comment une philosophie s'appliquant à démontrer la valeur inégalable et incommensurable du dessein des hommes à s'occuper d'eux-mêmes, peut-elle ne pas appeler à un désintéressement de l'autre? En déclarant qu'il n'y a pas lieu de croire en une forme historiquement admise de «philosophie de l'égoïsme», Foucault et Eslin, à mon sens, déclarent plus qu'ils ne développent l'assertion du «vivre ensemble» stoïcien. Il est même surprenant que l'histoire ait donné à l'adjectif «stoïque» (si l'on s'en tient à la définition actuelle) le sens d'un «sacrifice de soi impassible», car si sacrifice il y a, il est en regard aux excès susceptibles de ternir ou de ramollir *la vertu personnelle* et ce, *au moyen de l'autre* qui, comme corrélat de l'entreprise personnelle (libre et masculine) agit au soutien inconditionnel d'une

souveraineté de l'un réifiée et solidifiée.

3.2.4 De la spiritualité à la philosophie... un passage masculin?:

Je voudrais maintenant explorer, d'un point de vue féministe, ce que Foucault observe comme étant une scission historique entre philosophie et spiritualité. Comme le rapporte Eslin toujours, le souci de soi en tant que principe millénaire de la culture antique aurait été effacé par le moment cartésien, par la philosophie au sens où nous l'entendons aujourd'hui. À travers ses études entourant l'histoire de la sexualité, Foucault aurait remis à jour cette idée selon laquelle une opposition se serait créée entre la philosophie au sens moderne, devenue purement intellectuelle, et la spiritualité, dont il nous a livré la définition suivante: «la recherche, la pratique, l'expérience par laquelle le sujet opère sur lui-même les transformations nécessaires pour avoir accès à la vérité»⁷⁴. Ainsi, les ascèses, les purifications et les renoncements, enfin le prix à payer pour accéder à la vérité, n'aurait plus de place dans la philosophie autant moderne que contemporaine. En requalifiant historiquement le «connais-toi toi-même», Descartes aurait répondu oui à la question suivante: le sujet peut-il avoir, *tel qu'il est*, droit à la vérité⁷⁵?

En posant ainsi cette division épistémologique entre philosophie et spiritualité, Foucault (comme Eslin) établit le fait, quant à moi quelque peu arbitraire, suivant: que si transformation l'individu doit effectuer dans sa prétention à la «vérité» ou à l'«éternel», elle ne peut s'exercer que dans un rapport de soi à soi. Bien sûr, que la spiritualité consiste, en comparaison avec la philosophie, en une pratique et un mode particuliers de vie plutôt qu'en une pensée pure ou un discours métaphysique, ceci implique nécessairement qu'elle *aboutisse* dans le socle de l'individualité, à l'intérieur des frontières du corps ou encore de celles du comportement individuel. Mais il m'apparaît tout à fait envisageable que cette transformation, ultimement personnelle, s'effectue aux détours d'une expérience de l'autre, à travers un mode de vie «aux côtés de l'altérité», comme dans un mouvement en boucle englobant sans

⁷⁴ *Ibid.*, 77.

⁷⁵ *Ibid.*

cesse notre existence propre et celle des êtres qui nous entourent, qui sont ceux que nous affrontons autant que ceux que nous soignons et aimons.

Partant de ceci, je fais la suggestion suivante: n'étant pas «habilitées», ou plutôt interpellées par le discours et l'enseignement que livrait la culture de soi, les femmes auraient possiblement évolué «en marge» de l'histoire dans sa réalité divisée (par le «moment» cartésien). Cette scission entre pensée philosophique et pratique spirituelle, «entre la tête et le cœur», ou encore entre le corps pensant et l'âme», ne les aurait peut-être pas concernées de manière aussi sensible que les hommes, puisque le fait de leur vie était justement celui du mouvement de l'*eros*⁷⁶, celui d'un retour à soi constamment exercé à *travers une dialectique de mérite impliquant l'autre*, celui donc, d'une transformation constante de l'être. Je crois qu'il ne peut être question, cependant, d'une «discipline» de soi comme au sens de l'*askêsis*⁷⁷ (travail sur soi chez les Stoïciens) car, je le répète, celui-ci était réservé aux hommes. Ces derniers, au demeurant, devaient le vivre de la sorte car le but recherché était bel et bien celui d'atteindre la vertu personnelle, vertu pensée et conçue comme contrôle sur soi. De leur côté, les femmes étaient assignées (sans qu'il le fut remarqué ou souligné) au mouvement de l'*eros* (amour) dans une logique de l'«allant de soi», sans dimension sacrificielle et sans l'idée de conversion. Or, au-delà de l'amour parental (pour ne pas employer la terminologie de la «maternité»), les femmes effectuaient à mon avis cette conversion quotidienne de l'être aimant et soignant, mais plus encore, de l'être *devant aimer et devant soigner* l'autre. Ainsi, se sentant elles-mêmes destinées à l'altruisme de façon «naturelle», elles auraient de tous temps vécu l'*eros* de leur existence comme un fait ne relevant point de leur choix, ne relevant point, donc, d'un «travail honorable» revêtant la forme d'une discipline proprement personnelle. Elles l'auraient vécu, en outre, sans le sentiment *nécessaire* d'un don de soi «sacrificiel», ce qui peut clairement être mis en relief dans le fait que toute la pastorale et les infrastructures de dévouement social, comme autant de prescriptions de la morale

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ *Ibid.*

chrétienne, aient été majoritairement, au cours de l'histoire, supportées par des femmes.

Dans cette perspective, la morale chrétienne aurait elle aussi échappé, d'une certaine façon, à la scission historique qui prétendument aurait détourné les humains de leur dessein spirituel en les écrasant sous le triomphe de la Raison. Jean-Claude Eslin, comme plusieurs autres, s'empresseraient peut-être de ne pas considérer ma remarque à propos, ceci en déclarant simplement que le Christianisme n'est pas une morale mais une religion... Évidemment, puisque l'histoire a fait des femmes le plus grand réceptacle du message du Christ, puisque ce message est au Pardon, à l'Amour et à l'oubli de soi ce que le soin de soi et l'honneur sont à l'homme... il a bien vite fallu en dénier le caractère moral, et surtout, la probabilité d'une vertu véritable pouvant s'y rattacher...

Serait-ce de dire que les femmes posséderaient davantage que les hommes l'attribut (d'autant plus honorable qu'il leur serait naturel) de la spiritualité? Je n'en suis pas certaine, car, je le souligne une fois de plus, il est possible que la distinction entre un certain souci de soi versus un souci de l'autre soit le fruit d'une *analogie historiquement créée* entre l'attribution du rôle de l'un (l'homme) mis en relation *et permis* par l'attribution d'un rôle à l'autre (la femme). Il s'agit en fait d'imaginer une extension du principe de division sexuelle du travail à un principe de division sexuelle des desseins de l'âme... Une histoire «marginale» existerait donc, une «histoire de femmes»...une histoire des femmes, qui, plutôt que de mettre en scène *dans un premier temps* la spiritualité, et *dans un second temps* la philosophie, aurait fait de l'individualité féminine un lieu de rencontre *perpétuelle* de ces deux dimensions qu'on s'acharne à vouloir diviser entre les êtres de sexe différent, comme au sein même de l'être humain. L'une des deux, cependant, aurait été par Elle davantage apprivoisée. Je me permets de terminer avec une citation longue d'Annik Houel, qui ne témoigne que trop bien de mon propos:

La prise en compte des femmes ne s'est faite dans un premier temps qu'au titre de l'histoire de ces «classes muettes» que les historiens des mentalités, comme Philippe Ariès ou Jean-François Flandrin, ont promue ces dernières décennies. Les classes muettes sont les classes ignorées de notre histoire, plus bruyante des faits de guerre et de politique que des faits du quotidien qui pourtant les sous-

tendent, mais laissent peu de traces. Cette notion de classes muettes, silencieuses, a permis de reconsidérer la place des femmes par le biais de ce à quoi elles sont assignées, la famille, la reproduction et la sexualité. L'histoire des femmes a alors pu mettre en avant la question des rapports entre les sexes qui fondent les conditions des différentes formes d'exploitation dont elles sont l'objet, et refuser ainsi leur marginalisation dans des thèmes considérés comme «naturellement» féminins, telle l'histoire de la maternité, de l'amour, etc⁷⁸.

3.2.5 L'imaginaire puritain et un rapport sujet / objet aux apparences nouvelles:

Ainsi, l'existence masculine serait articulée autour d'un rapport à l'autre teinté de pouvoir et appréhendé dans les termes de la conquête. Mais à la conquête s'ajoute le renoncement, lorsqu'à l'époque des Lumières se dessine le personnage du parfait *gentleman*, l'homme déchiré entre sa raison et sa passion. Foucault lui-même en fait le témoignage lorsqu'il déclare que «la conduite morale, en matière de plaisir, est sous-tendue par une bataille pour le pouvoir»⁷⁹. Quel pouvoir?... celui au dessus de la force *interne* de «l'homme de désir»⁸⁰ qui est parvenu à la *tempérance*, vertu masculine au sens plein... Mais le plus intéressant est à situer dans cette citation:

Un jour viendra où le paradigme le plus souvent utilisé pour illustrer la vertu sexuelle sera celui de la femme (...) la sauvegarde de la virginité, la fidélité aux engagements et aux vœux constitueront alors l'épreuve type de la vertu. Cette figure, certes, n'est pas inconnue dans l'Antiquité; mais il semble bien que l'homme, le chef, le maître capable de maîtriser lui-même son propre appétit dans le moment où son pouvoir sur autrui lui donne la possibilité d'en user à son gré, représente mieux, pour la pensée grecque, un modèle de ce qu'est, en sa nature propre, la vertu de tempérance⁸¹.

Ce jour dont parle Foucault, ce moment où le paradigme de la vertu se déplace dans la femme, je crois pouvoir dire qu'il correspond au XIXe siècle occidental. L'idéologie puritaine (la culture bourgeoise du XIXe siècle) m'est apparue extrêmement pertinente dans le cadre de ce travail, puisqu'elle consiste en une mise en scène formidable d'une multitude d'éléments susceptibles de se rapporter à la condition et à la situation de genre de la femme soignante: désir, sexualité, rapport sujet / objet, rapport homme / femme, vertu morale, univers privé et domestique,

⁷⁸ Annik Houel. *Le roman d'amour et sa lectrice...*, 17.

⁷⁹ Michel Foucault. *L'usage des plaisirs*, 76.

⁸⁰ *Ibid.*, 12.

⁸¹ *Ibid.*, 76.

passion, raison, individu, etc. De nombreux auteurs et auteures se sont penchés sur cette période historique de la morale occidentale à propos de laquelle, en vérité, la littérature foisonne. Je tenterai alors, ici, de livrer un condensé de ces multiples études à caractère autant historique que politique et féministe... m'éloignant quelque peu de Foucault, le temps de ce parcours.

Ce qui démarque le *gentleman* de cette époque, c'est l'apparente *négation* publique qu'il recherche des passions et désirs (notamment sexuels) associés à son existence mortelle, plutôt que leur seule tempérance⁸². La causalité, ou du moins le lien patent qui existe entre ce changement de «but» et celui du lieu d'affirmation de la vertu morale (non le lieu de réalisation, qui demeure la personne masculine), m'apparaît clair: il convient de combattre encore plus ces forces viles qui amoindrissent l'honorable existence de l'individu libre, compte tenu du fait qu'elles viennent maintenant de l'extérieur, qu'elles sont *en la femme*.

Il ne faut pas oublier que nous sommes en présence d'États chrétiens (ce thème concerne surtout l'Angleterre mais aussi les Etats-Unis), héritiers d'une culture de renoncement aux plaisirs du corps en dehors de l'objectif de reproduction. Quoi qu'il en soit, s'il est question de renoncement, de victoire entière sur l'univers des «basses passions» qui sont celles du corps et de l'individualité, celles qui n'ont plus rien à voir avec «l'éternel» convoité se situant maintenant aux confins d'un «Tout» spirituel transcendant les limites individuelles et matérielles de la vie, l'homme puritain du XIXe siècle ne peut ni arriver, ni aspirer à bafouer coûte que coûte la totalité des plaisirs de son existence⁸³... Avant toute chose, il convient de préciser que le renoncement du *gentleman* à ses passions fait partie d'une entreprise de réunification de son être, d'extermination de la lutte entre les antagonismes (raison / passion) dont il est le lieu d'incubation. Non pas que l'homme victorien doive se détourner de son être profond et intime en raison du déséquilibre qu'il incarne, non; au contraire, il doit s'y intéresser particulièrement et tâcher de le rééquilibrer car, au cœur de l'idéologie puritaine, il n'y a rien de plus grandiose et de plus important que la vertu personnelle (supériorité de l'espace privé par rapport à l'espace public).

⁸² Shirley Robin, *The Gentleman in Trollope: Individuality and Moral Conduct* (Cambridge: Harvard University Press, 1982), 38.

⁸³ *Ibid.*, 44.

Les conjonctures socio-historiques sont multiples qui amènent la classe moyenne anglaise, vers le milieu du XIXe siècle, à rechercher la «modération domestique» comme pierre angulaire de son existence morale, par opposition à l'aristocratie qui mène la vie somptueuse à travers une consommation excessive. À cette époque, caractérisée par une indifférence des milieux riches à l'égard de la classe laborieuse pauvre, un renouveau évangélique vient proposer un certain «espace médian» au sein de ce paysage socio-économique divisé, vient offrir une possibilité d'existence digne pour les «moyens» de ce monde qui sauraient répondre à l'appel de la lutte quotidienne pour le «salut» de l'âme. Une solide croyance religieuse mêlée à l'espoir passionné en un futur émancipé que propose celle-ci, sera au centre du dessein de l'individu puritain qui verra son rôle social devenir celui de l'homme aidant, de l'humaniste empli de compassion pour les «faibles» et démunis de la société: le mendiant, le prisonnier, l'animal, l'enfant... la femme⁸⁴.

C'est aussi l'époque où le discours marxiste entourant la lutte des classes vient s'insérer parmi les aspirations économiques et symboliques de l'homme moyen. Certains refusent la division nette entre travail et capital mais s'en inspirent toutefois en revendiquant, désormais pour eux-mêmes, le droit au statut de pourvoyeur: l'employeur moyen peut désormais aspirer à devenir non seulement le pourvoyeur de sa femme, de ses enfants et de ses servants mais aussi celui de ses travailleurs. Corrélativement, cette situation, accompagnée du climat de compassion chrétienne (abordé ci-dessus), contribue à renforcer le sentiment de paternalisme de ces hommes devenus davantage que pères et époux, devenus maîtres et gardiens⁸⁵. Enfin, par son souci développé pour les catégories sociales marginalisées, le sujet masculin arrive à *individualiser* sa valeur politique et sociale, arrive à entrevoir et à systématiser sa domination *sur le social*.

C'est sur cette toile de fond religieuse et socio-économique que se dessine un profil spécifique de la morale sociale occidentale. Celle-ci trouve pour lieu de réalisation l'espace privé et domestique à l'intérieur duquel se vit un rapport, avec en

⁸⁴ Catherine Hall, Leonore Davidoff, dir., *Family Fortunes: Men and Women in the English Middle-Class, 1780-1850* (Chicago: University of Chicago Press, 1987), 23-25.

⁸⁵ *Ibid.*, 21.

son centre une reconfiguration du désir de l'homme pour son épouse, du sujet envers un «objet subjectivé». La multiplicité des symboles liés à l'homme vertueux (par exemple la parole et le geste galants) gravitent désormais autour de la forme culturellement valorisée du désir pour une femme subjective, c'est-à-dire respectable *pour les qualités propres à son esprit plutôt qu'à son corps*. La perception millénaire de la femme «objet de désir maléfique et envoûtant» cède alors la place à une symbolique de la femme «sujet de désir». Pour «devenir» subjectives, néanmoins, les femmes ont dû exercer un effort de subjectivation, elles ont dû, en d'autres termes, enfilet l'étoffe devant leur permettre d'exercer avec perspicacité leur rôle nouveau: prendre le relais des disciplines du soi (auparavant associées à l'univers masculin) et devenir la personnification de la tempérance convoitée par l'homme, devenir les agents contrôlants de leur désir sexuel, ceci en tâchant de s'exposer en êtres à la fois sobres et intelligents. À première vue, cela ressemble à un véritable renversement de la dialectique de base des rapports homme / femme: une femme n'est plus que l'altérité; *elle est un sujet altérant* (elle altère le sujet masculin en le guidant et en le façonnant).

Mais les choses ne sont pas si simples. D'abord, cette nouvelle idéologie de la conduite féminine n'est pas nécessairement développée par les femmes elles-mêmes... on se l'imagine bien. L'essentiel des «enseignements» qui leur sont alors prodigués est le fait d'une sorte d'hégémonie culturelle produite et comprise, entre autres, dans ce qu'on appelle les "*conduct books*", ouvrages littéralement prescriptifs que les femmes lisent avec passion, parfois écrits par des femmes, oui, mais souvent, aussi, par des hommes. En plus des livres de conduite, la littérature courtoise joue également un rôle-clé dans l'assignation des nouvelles vertus à la femme puritaine (et corrélativement à l'homme). Essentiellement, il faut y voir une *redéfinition du désir* mettant l'emphase sur une *accentuation de la différence sexuelle*, la création d'un «amour puritain» construit sur une *harmonisation des qualités morales spécifiques au sexe*, celles-ci étant envisagées comme *les versants passif et actif d'un même trait caractériel*⁸⁶. Armstrong et Tannenhouse nous donnent un exemple de ce symbolisme

⁸⁶ Nancy Armstrong, *Desire and Domestic Fiction : a Political History of the Novel* (New-York: Oxford University Press, 1987), 4-9.

toujours asymétrique, mais cette fois à travers les dimensions domestique, sociale et économique (question d'élargir le concept):

Husband	Wife
<i>Gather them together and save them</i>	
<i>Travel, seek a living</i>	<i>Keep the house</i>
<i>Get money and provisions</i>	<i>Do not vainly spend it</i>
<i>Deal with many men</i>	<i>Talk with few</i>
<i>Be skilful in talk</i>	<i>Boast in silence</i>
<i>Be a giver</i>	<i>Be a saver</i>
<i>Apparel yourself as you may</i>	<i>Apparel yourself as it becomes</i>
<i>you</i>	
<i>Dispatch all things out of outdoors</i>	<i>Oversee and give order within</i> ⁸⁷

En termes de redéfinition des rôles... il n'y a donc pas de quoi en faire un plat. Toutefois, certains auteurs, comme d'ailleurs Armstrong et Tennenhouse, voient dans l'imaginaire puritain un réservoir de ressources symboliques qui auraient servi de «vecteurs de pouvoir» pour les femmes du XIXe siècle (si l'on traduit les prescriptions puritaines en termes d'outils de contrôle de l'existence masculine). D'autres, par ailleurs (Catherine Hall, Mary P. Ryan), traitent du sujet sous un angle semblable mais sans pour autant y voir le fait d'un réel *empowerment* de la classe sociale des femmes. Car au fond, ce que l'on croit être une nouvelle «subjectivation» des femmes n'est en fait que la possibilité qu'on leur «offre» de se redéfinir elles-mêmes encore et toujours comme des objets: elles demeurent le lieu à *travers lequel l'homme érige sa vertu propre*, elles pratiquent une discipline de l'image, du paraître et de l'être qui dépend certes d'elles, mais qui est destinée, toujours, à l'usage masculin.

Dans un texte qui traite d'un fait similaire à l'Angleterre puritaine, mais cette fois aux États-unis, Mary P. Ryan nous parle du culte montant de la domesticité, aux alentours de la même époque, pour mettre en lumière cette illusion quant à une substantielle mise en valeur sociopolitique de la «femme subjective». Elle explique que l'espace domestique, la vie privée à ce moment survalorisée, vient exercer une sorte de force d'attraction sur le domaine public occupé par les hommes, ces derniers qui alors vivent un certain désengagement à l'égard de leur rôle public

⁸⁷ Nancy Armstrong, Leonard Tennenhouse, dir., *Ideology of Conduct: Essay on Literature and the History of Sexuality* (New-York: Methuen, 1987), 8.

d'«élaborateurs de la raison morale» au sens Habermassien⁸⁸, étant donnée la personnification désormais féminine de la vertu sociale. Selon elle, ce transfert de responsabilités morales aurait occasionné un renforcement sensible des différents segments de domination du public mâle, celui-ci se voyant d'autant plus libre et dépouillé de sa «tâche» morale à l'endroit de la communauté⁸⁹.

Pour terminer avec cette partie qui se voulait un contraste avec la subjectivation strictement masculine des Anciens, suggérée (mais non mise en valeur selon cet axe) par Foucault, je bouclerais la boucle à l'aide de ce passage de *Surveiller et punir* cité dans *The Imaginary Puritan (...)*, qui fournit une figure particulière de la transition entre ce qu'il appelle la «communauté pure» et la «société disciplinée», cette dernière qui contribue à moduler le sujet en même temps qu'elle parvient à tirer profit de sa subjectivation spécifique:

If it is true that the leper gave rise to rituals of exclusion, which to a certain extent provided the model for and general form of the great Confinement, then the plague gave rise to disciplinary projects... The leper and his separation; the plague and its segmentations. The first is marked, the second analysed and distributed. (...) The first is that of a pure community, the second that of a disciplined society⁹⁰.

Si l'on s'en tient à la perspective foucauldienne, il se serait produit un «entre-deux» historique situé aux alentours du XVIIe siècle, qui aurait vu grandir cette tendance sociale à individualiser les gens et les choses en leur attribuant une fonction spécifique⁹¹ (spécifique au genre, pour ce qui nous intéresse ici). Ainsi donc... le lépreux exclu serait à la femme hellénique ce que le pesteux potentiellement «utilisable et disciplinable» serait à la femme puritaine...

Si l'idéologie puritaine a échoué dans son l'élaboration du nouveau «sujet de désir» féminin, c'est parce qu'elle a fait, selon moi, la même erreur que Foucault dans sa façon d'envisager et de reconnaître les critères de la subjectivité morale: le

⁸⁸ Jurgen Habermas, *L'espace public* (Paris: Payot, 1962).

⁸⁹ Mary P. Ryan, *Habermas and the Public Sphere* (Cambridge: Craig Calhoun, 1992), 271.

⁹⁰ Michel Foucault, cité dans Nancy Armstrong, *The Imaginary Puritan: Literature, Intellectual Labor, and the Origins of Personal Life* (New-York: Routledge, 1992), 89.

⁹¹ *Ibid.*, 3.

dénie de tout un réel féminin *a priori* moral et tourné vers l'autre (un *a priori* à valeur constructiviste et historique, non bio essentialiste), un réel nié mais pourtant investi... pour son éternel usage. En consacrant une section toute entière à l'analyse foucauldienne du pouvoir et de la culture du soi ainsi qu'aux modalités du rapport sujet / objet propres au XIXe siècle (période correspondant par ailleurs à la découverte foucauldienne de la sexualité modélisée et contrôlée par et pour la société disciplinaire), j'ai voulu mettre en valeur l'importance d'une critique «au féminin» de toute étude touchant de près ou de loin aux thèmes de la morale, de la sexualité et de l'*empowerment*. On ne peut pas étudier la sexualité sans porter une attention *égale* aux femmes et aux hommes... ceci m'apparaît d'une clarté cristalline. Pourtant. L'assertion de "*man's proudest glory is his head; a woman is her heart*"⁹² a été trop longtemps suffisante pour fournir une figure «acceptable» de cet univers asymétrique qui nous divise plus qu'il ne nous définit. Acceptable pour qui?... Tout ce que je me suis appliquée à proposer, c'est cet engagement (que le féminisme post-libéral réclame à l'endroit de tous ceux et celles qui souhaitent faire un compte-rendu honnête et lucide de leur société, bref une "*thick description*" anthropologique) qui consiste à ne plus faire des femmes «la question» ou «le problème», «l'Autre», et de savoir discerner, dans un même ordre d'idées, les études humaines des études masculines *de facto*⁹³.

S'il est dit que la «découverte» de la subjectivité appartient à Foucault et à Freud qui attribuèrent la qualité de «sujet» à l'individu qui se convertit en *agent moral*, s'il est dit que la plus grande contribution de la psychanalyse tient au fait d'affirmer que les facteurs qui interviennent dans la vie psychique acquièrent le sens existentiel que leur donne le sujet lui-même (comme l'a dit Simone De Beauvoir)⁹⁴... il nous incombe alors de s'intéresser au sens qu'attribuent *elles-mêmes* les femmes à leur expérience altruiste. Pour comprendre ce que sont pour nous les autres, il faut

⁹² Citée dans Catherine Hall, *White, male and middle class: explorations in feminism and history* (New-York: Routledge, 1992), 13.

⁹³ Caplan, Pat, "Engendering knowledge", dans Shirley Ardener, dir., *Persona and powers of women in diverse cultures: essays in commemoration of Audrey I. Richards, Phyllis Kaberry and Barbara E.* (New-York: St. Martin Press, 1992). 80.

⁹⁴ Citée dans Graciela Hierro, *Ética y feminismo*, 30.

saisir ce qu'est le soi; mais pour bien comprendre le soi... certains ont en outre négligé de s'intéresser aux autres.

En m'intéressant aux infirmières et au rapport à l'autre qui, pour elles, tient lieu de pain quotidien, je ne pouvais m'imaginer que ce dernier n'aille pas de pair avec une quelconque culture de soi s'y arrimant et lui servant de soutien, d'impulsion. De cette impression somme toute «générale», je ne pouvais aspirer qu'à obtenir d'autres impressions, je ne pouvais rechercher «l'indice» capable de soutenir l'intuition, ni espérer plus que l'obtention de toutes petites confessions perdues dans un océan de secrets... un océan, surtout, de sens, et une infinité de manières de les analyser. Quoi qu'il en soit, au-delà les nuances et disparités analytiques, des discours récoltés s'est dégagé davantage de plaisir, de satisfaction et de spiritualité que de lassitude ou de frustration due au fait (dans des ternes analytiques bien sûr) de n'être qu'un «objet» de service face à un «sujet» malade, citoyen-client. Je parle des infirmières en parlant de culture féminine, culture altruiste, culture éthique... je parle de la sincérité et de l'authenticité que j'ai bel et bien senties chez ces femmes et qui à mon avis, sont des dispositifs nécessaires et inhérents à toute entreprise d'*humanité*, quelle qu'en soit la féminité...

3.2.6 Les savoirs des femmes:

En articulant le savoir à la sexualité et aux modalités de normalisation entourant l'individu comme objet de connaissance, Foucault cherchait à illustrer les conditions culturelles propres à *l'émergence du pouvoir*. Comme nous l'avons vu, cette volonté de savoir qui caractérise l'entreprise disciplinaire du XIXe siècle (à l'oeuvre dans les institutions biomédicale, carcérale, militaire et scolaire) est l'expression du pouvoir dans sa dimension appropriative, dans sa version principalement masculine. En effet, le pouvoir dont parle Foucault se traduit dans les termes du contrôle, de la surveillance et de la normalisation, dispositifs à l'entour desquels le sujet se construit, réprime ou approuve, se soumet ou résiste. Mais se pourrait-il qu'entre les mailles de toutes ces micro technologies de pouvoir, que parallèlement à cette volonté de savoir qui cherche à connaître, à définir l'individu

pour sa «catégorie opérationnelle», existe une autre volonté, une autre démarche de savoir? Plutôt que de connaître pour mieux contrôler, pourrions-nous vouloir connaître pour mieux aider?

Dans un article intitulé «Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs», l'anthropologue québécoise Francine Saillant s'est penchée sur la nouvelle économie de nos systèmes de santé «restructurés» (pensons au virage ambulatoire et au transfert à domicile de certains soins d'hospitalisation), caractérisés par une rationalisation des systèmes techniques et un clivage accentué entre les valeurs du maternage et du *caring* et celles de la techno science. Nous vivons dans un contexte économique et médical qui veut, pour stimuler la prise en charge collective et communautaire de la souffrance, de la vie et de la mort, redonner de l'importance aux savoirs profanes et aux aidants dits «naturels». De tous temps les femmes ont développé des savoirs locaux qui n'étaient pas perçus comme universels, mais que la politique et la culture universalisaient au besoin, en les naturalisant. Même hors contexte professionnel (hors du milieu infirmier par exemple), les femmes sont honorées ou requises pour leur savoir «éclectique» ou leur «éthique de sollicitude»⁹⁵:

*(.). des savoirs naturalisés, c'est-à-dire jugés comme une ressource sociale théoriquement disponible et associée à la communauté ou à la famille, ou aux femmes, l'un à large spectre (le maternage et le caring, moins variables dans le temps et enchâssés dans l'identité «être femme»), l'autre à spectre plus réduit, contraint par la contingence et davantage dépendant des autres savoirs en circulation et en compétition*⁹⁶.

*(.). Le principe est simple: chaque fois que les ressources médicales et socio sanitaires furent rares ou peu accessibles, les femmes semblaient alors savantes: il en fut ainsi au Québec avant l'arrivée des hygiénistes vers 1920, avant l'arrivée des médecins accoucheurs dans les campagnes des années 1930, avant l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie mises en place entre les années 1960 et 1970, et maintenant avec le virage ambulatoire. Au contraire, quand les ressources médicales et socio sanitaires sont nombreuses et accessibles, les femmes et leurs savoirs sont considérés comme des entités douteuses et contestables*⁹⁷.

Mais comme je le soulignais un peu plus haut, les infirmières interrogées ne m'ont

⁹⁵ Francine Saillant, «Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs», Francine Saillant, Manon Boulianne, dir., *Transformations sociales, genre et santé* (Québec: L'Harmattan, 2003), 264-270.

⁹⁶ *Ibid.*, 270.

⁹⁷ *Ibid.*, 268.

pas semblé empressées d'associer leur savoir, leur expertise professionnelle à une aptitude ou disposition maternelle au sens stricte. D'autres rajouteraient que le savoir infirmier n'a rien d'une acquisition de connaissances sur la base d'une transmission culturelle de savoirs profanes. Mais voilà, la profession d'infirmière s'est justement développée, a acquis de la notoriété dans et par les changements qu'a apportés la modernité dans l'élaboration et l'interprétation du savoir qui, comme le souligne Saillant, n'est plus une catégorie universelle. L'auteure rapporte trois changements majeurs: la fin du grand partage entre science et tradition (entre les savoirs, donc, de la science occidentale et ceux des «autres» sciences); la fin de la science basée sur l'observation et le discours d'un seul genre, le genre masculin (la science androcentrée qui s'enracine dans une «conquête» du savoir); et enfin l'importance grandissante accordée à l'interprétation et au langage dans le processus même de la connaissance⁹⁸.

Nous sommes donc en présence de nouveaux contextes qui, me semble-t-il, ne peuvent que contribuer à forger de nouvelles expériences éthiques. Prenons par exemple l'évolution, dans les hôpitaux québécois, en matière de soins périnataux. Depuis un certain nombre d'années déjà, les nouveaux-nés sont accompagnés de leur maman dès les premières heures de leur vie, dans des chambres aménagées et décorées en circonstance, plutôt que d'être systématiquement placés dans des incubateurs à la pouponnière et séparés de leurs parents. Il m'apparaît envisageable que ce genre d'évolution puisse avoir entraîné une plus grande facilité à choisir d'oeuvrer dans le *care* pour des raisons éthiques influencées et appuyées par un environnement plus éthique, plus humain. C'est, par ailleurs, de cette même volonté d'humanisation des naissances qu'est né l'engouement pour la profession de sage-femme qui, de l'arrivée des accompagnantes de naissance en milieu hospitalier au début des années 80, à la création récente d'une formation de sage-femme de niveau universitaire, fut le témoignage d'une volonté propre aux femmes de se réapproprier les procédés de la mise au monde, fut la proposition d'une alternative à caractère démedicalisant dirigée envers la communauté féminine et infantile *pour son bien-*

⁹⁸ *Ibid.*, 263.

être. Ce que cherche à faire ce genre d'initiative, c'est apporter une «valeur ajoutée» aux ressources et relation humaines, «une contribution au bien-être social, à la démocratie de proximité et aux solidarités locales et relationnelles»⁹⁹. Francine Saillant, une fois de plus, nous éclaire sur cette réalité:

Le savoir de la sage-femme, par les normes qu'il dégage, acquiert par son éclectisme et l'expérience, aux yeux des femmes et des couples, un statut d'autorité. Le concept d'autoritative knowledge a été développé par Brigitte Jordan (1997) pour décrire le caractère hiérarchique accordé à différents corpus de savoir, en particulier ceux qui privilégient le savoir des experts aux dépens du savoir des profanes (...). Une relation de pouvoir peut alors s'installer entre la sage-femme et les couples, mais elle n'est pas à sens unique contrairement à ce qui a été montré dans la relation médecin-patient (Lock et Gordon 1988; Martin 1987)¹⁰⁰.

Et quels sont les savoirs des femmes? Quels sont ceux des infirmières? Je n'ai, certes, pas posé la question précise aux infirmières à savoir quels étaient les types de savoir qu'elles avaient l'impression d'intégrer, de promouvoir et de transmettre. Je les ai toutefois questionnées sur leur croyance en une supposée «sagesse féminine», sur l'apport féminin que pouvait contenir leur savoir et quelle pouvait en être la portée. Toutes les répondantes, les deux groupes d'âge confondus, ont eu la même réaction «en deux temps», c'est-à-dire qu'à prime abord elles semblaient confuses, semblaient perplexes à répondre de cette expertise proprement féminine qu'elles me demandaient de préciser, de suggérer plus clairement; je tentais alors de leur figurer ce que pouvait être un savoir, une culture développée et transmise entre femmes, et c'est alors qu'après un moment d'arrêt, elles acquiesçaient en souriant : «oui, c'est sûr, il y a quelque chose de différent d'avec les hommes, on ne pense pas pareil, on ne sent pas pareil». Nous pouvons stipuler, dans un second temps, que leur savoir professionnel a une valeur institutionnelle (ni local, ni inspiré d'une tradition orale par exemple) et qu'il est fondé dans l'expérience (des stages en milieu infirmier sont essentiels à la formation). Aussi, lorsque plusieurs, jeunes comme plus âgées, me disent accorder une importance particulière au processus d'autonomisation du patient par la transmission constante d'informations sur son état et de conseils aidant à son

⁹⁹ Geneviève Cresson, «Restructuration du système de santé, aide et soins à domicile en France», dans Francine Saillant, Manon Boulianne, dir., *Transformations sociales, genre et santé* (Québec: L'Harmattan, 2003), 177.

¹⁰⁰ Francine Saillant, «Le mouvement des femmes...», 253-4.

rétablissement, ou encore par l'exercice d'un soin responsabilisant et évitant le «catinage» excessif (expression populaire souvent employée par les infirmières qui signifie une attitude, une propension à dorloter) ou la prise en charge totale, on sent bien qu'elles ne veulent pas faire de leur expertise soignante un mode de contrôle sur l'être soigné... on sent qu'elles travaillent véritablement à son rétablissement. Et quand l'une d'entre elles, 24 ans, me dit «le bac., ça m'a aidé non seulement à bien faire mon travail, mais à comprendre ce que je fais, pourquoi je le fais (...). je veux pas être au chevet toute ma vie», ce que je remarque est l'aspiration à un savoir réel et une volonté à être plus qu'une exécutante. Plusieurs, encore, elles me parlent de l'atout que représente pour elles une instruction dans le domaine médical (pour les «trucs» dont elles disposent de façon privilégiée à l'endroit de leur santé et de leur autonomie médicale, ainsi que pour la santé de leurs enfants). Pour toutes les infirmières interrogées, leur métier consistait en une de leurs fiertés principales. Plusieurs, surtout les jeunes, semblaient ambitieuses et disaient vouloir connaître de nouvelles méthodes de travail, disaient vouloir «en apprendre toujours plus». Par chance me dis-je... car, comme me le mentionnait une jeune infirmière en service depuis quatre ans, les manoeuvres et qualifications techniques qui augmentent et complexifient la tâche de l'infirmière le font à une vitesse telle, qu'elle avait pu remarquer une augmentation notable de la charge de travail au cours de ses quatre seules années de pratique.

Le *caring* est un des deux volets de la profession d'infirmière, l'autre étant le volet médico-technique, et toutes les informatrices m'ont dit tenir au second ce comme au premier, m'ont dit prendre plaisir à savoir manoeuvrer de nouveaux instruments médicaux. Toutefois, et comme me l'exprima l'une d'entre elles, 24 ans, au-delà de la qualité des équipements techniques, des traitements et de l'environnement hospitalier, pour certains patients et certaines conditions de souffrance, «rien ne remplace un bon «T.L.C.», un “*tender loving care*”... Le *caring* serait moins reconnu en tant que savoir qu'en tant que savoir-être¹⁰¹.

À cet effet, et pour resituer ma pensée dans la question entourant le pouvoir

¹⁰¹ *Ibid.*, 269.

analogue au savoir, je me permets d'avancer la proposition suivante: se pourrait-il, justement, qu'aucun savoir ne puisse être humainement valide sans un recours à la notion de savoir-être? Le *caring* infirmier, ce savoir professionnel et avec lui toute l'axiologie politico morale du savoir-être féminin, se présente à mes yeux comme un savoir ne faisant point appel à la même volonté de savoir dont parlait Foucault: un savoir qui s'apprend, s'active et se transmet *par nécessité, sensibilité et procédé identitaire* (ce dernier point, c'est-à-dire l'axe identitaire relatif au *care* féminin sera abordé plus spécifiquement dans le chapitre suivant); un savoir basé sur un mode de vie intersubjectif, sur une conviction préalable du pouvoir relationnel de l'Homme et non sur le pouvoir de conviction que sous-tend le «savoir-pouvoir» comme technique de contrôle social. Et pour compléter dans l'analogie, je dirais qu'entre «volonté de savoir» et savoir à proprement parler, le *caring* occuperait au préalable le locus *de la volonté*. Volonté d'«être avec» en se liant, volonté morale pour le dispositif d'harmonisation sociale auquel il s'apparente, volonté éthique pour l'état de paix et de satisfaction que procurent une attitude et une intention conformes à l'humanité telle que désirée, rêvée et espérée par le sujet même de cette volonté. La sensibilité contenue dans la propension altruiste renvoie à plus qu'un savoir rationalisable, mais elle est au demeurant état et conscience, elle doit être maintenue avec authenticité et rigueur, doit constamment arriver à renouveler son sens... ce qui en un sens la fait être expertise.

4. Genre, identité et performativité sexuelles en soins infirmiers

4.1 Les modalités du genre:

En avançant l'hypothèse d'une possible «évolution éthique» dans les motivations des infirmières d'aujourd'hui à oeuvrer dans un milieu traditionnellement associé à la moralité féminine, ce que je cherchais à identifier n'était nul autre qu'une modification socioculturelle de genre. Je me permets ici de reporter la discussion sur la catégorie analytique du genre, question d'en comprendre les modalités spécifiques ainsi que la portée théorique, et enfin arriver à faire de l'étude sur la culture infirmière *une étude de genre*.

Dès ses premiers balbutiements, l'anthropologie classique allait s'intéresser à la question du genre en tentant de comprendre l'asymétrie qui, dans tout peuple étudié, opposait les hommes et les femmes en leur attribuant rôles, «fonctions» économiques et pouvoirs distincts, asymétrie constante mais qui, selon le lieu, variait en proportion et surtout en signification. Ce qui en outre devait être observé comme une constante, c'est la différence entre ce qui était *considéré comme féminin*, et ce qui était *considéré comme masculin*¹⁰². En plus de servir d'archétype à l'analyse des différences interculturelles attribuables aux schémas et phénomènes transculturels, la réflexion de genre allait contribuer à faire de l'anthropologie un chef de file du débat nature / culture (et, le cas échéant, de la réflexion entourant les oppositions public / privé, économique / domestique, production culturelle / reproduction sociale, intérêt particulier / bien social, etc). Laissez-moi effectuer un bref rappel de la notion de «système sexe / genre» qu'a mise en lumière l'anthropologue espagnole Gayle Rubin:

(..). le système sexe / genre est un ensemble d'arrangements à partir desquels une société transforme la sexualité biologique en produits de l'activité humaine; à partir de ces «produits» culturels, chaque société arme un système sexe / genre, ou mieux dit, un ensemble de normes à partir desquelles la matière crue

¹⁰² Marta Lamas, «La antropología feminista y la categoría "genero"», dans Marta Lamas, dir., *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (México: UNAM: Miguel Angel Porrua, 1996), 108.

*du sexe humain et de la procréation est modelée pour l'intervention sociale, et satisfaite de manière conventionnelle, peu importe qu'à d'autres yeux il en soit ou non étrange*¹⁰³.

Claude Lévis-Strauss est un des premiers anthropologues à avoir soulevé le fait éminent du trafic des femmes dans les sociétés dites traditionnelles, en qualifiant l'échange des femmes (matrimonial entre autres) de «premier acte culturel qui régleme la prohibition de l'inceste». Rubin, à son tour, approfondit la question en abordant le trafic des femmes comme un trafic *économique*, et signale le fait que pour les hommes et les femmes, la signification d'une même pratique, d'un même moment économique demeure différentielle (les hommes ont *a priori* des droits sur les femmes, qu'elles, n'ont pas ni sur eux ni sur elles-mêmes), c'est pourquoi elle refuse l'hypothèse selon laquelle l'oppression des femmes trouve son explication dans des questions économiques, celles-ci qui finalement seraient secondaires et dérivées¹⁰⁴. Nous avons parlé de l'antagonisme des sexes et de la construction historique d'une oppression féminine incluant les termes et modalités de l'oppression humaine. Si, à son tour, l'association sexe / genre correspond au système pivot de cette oppression, la manière avec laquelle chaque culture accepte ou refuse la non correspondance entre sexe et genre, elle, varie. La division en genres de nos sociétés se base dans l'anatomie des personnes et suppose, au-delà de l'interprétation des faits biologiques du sexe, des manières distinctes de sentir, d'agir et d'être¹⁰⁵.

Et maintenant, que peut-on dire à propos de la définition de la féminité au Québec? Qu'est ce que le genre, pour les femmes de chez nous, suggère ou ne suggère plus, construit ou déconstruit, associe ou dissocie? Pour les infirmières québécoises, qu'est-ce qu'a voulu dire, veut et voudra dire la traditionnelle congruence entre les termes de féminité, maternité et *care*? En d'autres termes, dans quelle mesure les infirmières *s'identifient-elles* à cette congruence, mais plus encore, quels en sont les enjeux, pour elles et pour les autres? Les enjeux du genre, pour

¹⁰³ (Traduit par moi de l'espagnol), *Ibid.*, 116.

¹⁰⁴ *Ibid.*, 117.

¹⁰⁵ *Ibid.*, 111.

Lévi-Strauss, étaient ceux d'un système de prohibitions; pour Freud, ceux d'un système symbolique; pour Judith Butler (qui suivra dans la prochaine section), un système de restrictions et de ritualité...

Mais avant d'ouvrir le débat sur les enjeux propres à l'identité de genre, je voudrais m'attarder sur ses modalités spécifiques d'acquisition, d'assignation et d'actualisation. L'anthropologue mexicaine Marta Lamas soutient que dans la construction des comportements socioculturels, l'acquisition d'une identité de genre est plus importante que la charge génétique, hormonale ou biologique de l'être sexué (sa proposition s'inspire, entre autres, des résultats d'une étude effectuée en 1955¹⁰⁶ auprès de sujets ayant vécu une distorsion de leur identité sexuelle¹⁰⁷). Ce qui rend intéressante la contribution théorique de cette auteure, c'est l'exposition qu'elle fait des *trois instances de base du genre*.

La première, nommée *assignation* ou *attribution de genre*, se réaliserait au moment même où naît le bébé et que sont donnés à voir ses organes génitaux (et où l'oeil est le seul juge). La seconde instance serait *l'identité de genre*, et s'établirait *grosso modo* à l'âge du langage (entre deux et trois ans), avant même la compréhension rationnelle de la différence anatomique entre garçon et fille. Véritable structure de l'expérience vitale, l'identité générique se convertirait en une sorte de tamis au travers duquel passent *toutes* les expériences, autour de laquelle s'élabore tout le développement de l'enfant. Finalement, *le rôle de genre* se formerait conformément aux normes et prescriptions que dicte la culture à l'égard des comportements masculin et féminin. Si l'on s'en tient à la «chronologie du genre» de Lamas, c'est à l'étape du rôle de genre qu'interviendrait la dichotomie sexuelle excluante, divisante et hiérarchisante (pensons à la division sexuelle du travail qui, bien que variable dans ses représentations et considérations symboliques, demeure aux yeux des anthropologues un procédé transculturel). Le rôle de genre, ici, serait «l'élément conditionné» qui agirait à limiter les potentialités humaines des personnes en stimulant ou réprimant les comportements en fonction de leur adéquation de

¹⁰⁶ Étude effectuée par le psychologue Robert Stoller, résultats parus dans *Sex and Gender* et cités dans Marta Lamas, «La antropología feminista y la categoria "genero"».

¹⁰⁷ L'étude fait la démonstration de cas pour qui l'assignation de genre a «failli» en raison de la confusion à laquelle portaient les caractéristiques externes de leur appareil génital et qui, en outre, ont depuis leur naissance vécu les expériences, rites et coutumes attribuables à un sexe spécifique.

genre¹⁰⁸.

Maintenant, en quoi m'est-elle apparue utile cette distinction des diverses instances du genre? Deux raisons. D'abord, je crois plus que pertinent de savoir discerner les contributions de l'«identité» d'un côté, et de l'autre celles du «rôle» à l'intégration d'une culture spécifique (ici, la culture féminine) qui, bien qu'imbriquées mutuellement, sont *deux facettes* d'un même cursus que l'on s'acharne trop souvent à fusionner plutôt que de tenter d'en observer l'articulation, la dialectique.

Par exemple, l'une de mes informatrices, forte de ses trois0 années d'expérience, me déclarait suite à ma question concernant sa perception de son expérience altruiste, «être en accord avec son essence profonde». Cette femme au penchant flagrant pour un *care* approfondi (elle disait passer pour une «catineuse» aux yeux des autres infirmières et avouait elle-même son catinage, avec fierté et sérénité) pourrait facilement, aux premiers égards, servir de modèle à l'énonciation du paradigme politique de l'oppression féminine, celui de la figure maternelle émergeant d'un rôle de genre profondément «assumé». Cependant, ce qu'elle m'a transmis et inspiré à travers sa déclaration et à travers, par ailleurs, l'ensemble de son discours et de ses attitudes étincelantes de sensibilité, ce fut surtout le sentiment d'une *intégrité profonde*, d'une identité non pas «assumée» mais plutôt *rejointe*. Ce qu'elle appelait son «essence profonde» m'apparaissait correspondre, au-delà des pressions liées à la normativité sociale de l'«être femme», à un processus personnel d'introspection lié aux enjeux et à la fantasmagorie de sa propre biographie. Il m'a semblé qu'en parlant d'«essence», elle ne voulait aucunement se référer à sa biologie ni même à une éventuelle fierté féminine, mais à elle-même *comme personne unique* avec des valeurs et des convictions profondes la faisant être ce qu'elle est, de façon intégrale (dans ses valeurs humaines, son développement corporel, son expérience maternelle, ses comportements et opinions concernant le *care* au travail, ses périodes de maladie, son cheminement conjugal, psychologique et spirituel). Le genre et la sexualité sont du matériel d'interprétation et d'analyse symbolique. C'est pourquoi

¹⁰⁸ Marta Lamas, «La antropología feminista y la categoria “genero”», 112-4.

les gens partent si souvent de leur identité sexuelle pour comprendre leurs propres expériences et les convictions dans lesquelles elles s'enracinent... et avec raison! Sans ignorer le jeu politique encouru par la prescription de genre et l'importance de celui-ci dans la constitution même de la corporalité et de la subjectivité, je crois qu'il conviendrait mieux, parfois, de *s'attarder* davantage sur cette instance du genre qu'est l'identité: identité féminine, identité humaine, identité profonde.

La seconde raison de mon intérêt pour l'exposé de Lamas, c'est cette possibilité qu'elle nous offre d'envisager le rôle de genre comme un «moment subséquent» à l'identité de genre. L'identité est certes quelque chose que l'on acquiert, mais elle est également celle que l'on convoite, celle que l'on protège et transforme dans une sorte de quête à soi-même qui, selon moi, s'affranchit dans les replis de l'intime et peut parvenir à se retrancher de la recherche d'un rôle socialement encadré et admis. En fait, je crois que l'identité féminine, pour l'esthétisme que lui confèrent ses attributs conventionnels d'humanisme et de douceur, se présente, dans tout le panorama de l'expérience générique, comme «le passe-partout dans le trousseau»: la restriction, la prohibition et le tabou, comme autant d'éléments contraignant le développement subjectif autour d'un système sexe / genre générateur d'oppression, peuvent à mon sens être surpassés par une volonté «d'être ce que l'on croit être», «d'être ce en quoi l'on croit». Voyons maintenant ce qu'en dit Judith Butler...

4.2 Judith Butler: performativité de genre, ritualité et construction corporelle:

Le travail de Judith Butler (analyste littéraire américaine et théoricienne du genre) concernant la performativité sexuelle m'est apparu fort à propos dans le cadre de ma recherche, et ce, pour deux raisons essentielles. D'abord, mon étude à l'endroit de l'altruisme infirmier s'intéresse, dans son ensemble, aux modalités grâce auxquelles les femmes peuvent arriver à se démettre de certaines «tâches morales» attribuables à leur genre, peuvent arriver à performer leur sexualité autrement qu'à travers la restriction, c'est-à-dire au moyen d'un dispositif éthique. Le principe de performativité sexuelle renvoie à la *façon* avec laquelle la féminité incorpore la moralité et ses éléments constitutifs, c'est pourquoi il m'apparaît important de l'aborder (ou d'en aborder au moins une version, celle de Butler) puisqu'il permet de fournir une *explication*, une *démonstration* de l'insertion de la moralité au cœur de la subjectivité féminine, phénomène qui jusqu'à maintenant est demeuré au stade de *l'affirmation*.

Ensuite, la posture analytique de l'auteure, avec entre autres le rappel qu'elle fait du travail de Luce Irigaray concernant la nécessité patriarcale de l'exclusion féminine (qui sera abordée sous peu), est pour moi un exemple cette approche féministe qui, souvent, élabore une rhétorique qui, un peu trop facilement et drastiquement, dépouille la culture féminine des pouvoirs susceptibles de s'y rattacher positivement. Autrement dit, Butler me fournit une analyse d'un concept extrêmement pertinent pour la compréhension de la *mise en scène* de la féminité soignante (la performativité sexuelle), mais cette analyse se situe à la base de ce que je cherche précisément à déconstruire: l'idée d'une subjectivité féminine «contredite» et «restreinte» dans et par la performance sexuelle. Ceci dit, avant de déconstruire une idée, il faut d'abord la comprendre.

Le propos de Butler renvoie beaucoup à la conception foucauldienne du pouvoir dans son effet formatif, constitutif de la matérialité, de «l'intelligibilité» du corps. En mettant en valeur le lien entre matérialité et langage, en dévoilant les modalités par lesquelles un corps qui signifie existe, «importe», elle tente d'élaborer

une théorie constructiviste du corps qui met l'accent sur la performativité de genre *en tant que ritualisation de la restriction sexuelle*. Pour bien comprendre sa posture analytique, voyons tout de suite sous quel angle elle observe la performativité sexuelle:

La performativité n'est ni libre jeu ni auto présentation théâtrale; elle ne peut non plus s'assimiler à une notion de performance dans le sens de réalisation. De plus, la restriction n'est pas nécessairement ce qui fixe une limite à la performativité; la restriction est, bien avant, ce qui soutient et donne une impulsion à la performativité¹⁰⁹.

(..).

La dimension «performative» de la construction est précisément la répétition forcée de normes (..) une répétition régularisée et obligée de normes. Et elle n'est pas une répétition réalisée par le sujet; cette répétition est celle qui habilite le sujet et constitue la condition temporelle de ce sujet (..). la «réalisation» n'est pas un «acte» ou événement singulier, sinon qu'une production ritualisée, un rite réalisé sous la pression et à travers la restriction, grâce à la force de la prohibition et au tabou¹¹⁰.

(..).

(..) assumer une position sexuée en revient à s'identifier à une position marquée à l'intérieur d'une sphère symbolique et (..) s'identifier implique d'imaginer la possibilité de se rapprocher de ce lieu symbolique¹¹¹.

La toute dernière citation, particulièrement, me ramène à ma remarque quant au fait de distinguer les instances du genre d'identité et de rôle. En faisant coïncider le rapprochement d'un lieu symbolique (l'identification sexuelle) au fait d'assumer une position sexuée (le rôle sexuel), Butler, selon mon interprétation, renvoie l'identification à un processus d'assujettissement, fait *préexister* le lieu symbolique ainsi que le tracé devant y conduire par rapport à un sujet qui, lui, ne peut émerger qu'au moment où lui est «assignée» la place qui lui était *au préalable* réservée. Plutôt que d'être «atteint», «trouvé», le lieu symbolique ne pourrait-il pas être *convoité* ou même, peut-être, *créé*? Avant d'engager une justification périlleuse de ce qui pourrait être perçu comme une conception naïve ou alors erronée de ma part, laissez-moi exposer, un peu plus en détail, cette conception que je fais correspondre, ici, à l'expérience altruiste des infirmières identifiées au lieu symbolique de la *féminité soignante*.

¹⁰⁹(Traduit par moi de la version espagnole), Judith Butler, *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»* (México: Paidós, 1993), 145.

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ *Ibid.*, 147.

Dans quelque chose qui s'apparente à une figure de style... je me demande si, ce modèle, qui semble mettre l'altruisme «au service» d'une performativité «inévitabile» car arrimée à des procédés culturels (ici, la prohibition et le tabou liés à l'idée d'une féminité «non maternelle, trop rationnelle, incomplète ou non assumée»), ne pourrait pas, en fait, permettre d'imaginer l'inverse: une performativité «au service» de l'altruisme, celui-ci recherché tant préalablement qu'ultimement (un mouvement), et générateur pour ses propres besoins d'une culture symbolique qui, elle, réserverait une «place» symbolique aux sujets (les infirmières) qui, *en aidant*, assumeraient une position sexuée (et non l'inverse, qui reviendrait au fait d'assumer une position sexuée en aidant). Le tout simultanément, bien entendu, mais dans une optique où c'est la «culture de l'autre» qui créerait la restriction, restriction au pouvoir-contrôle, ce dernier qui, à la limite, serait l'objet d'opposition nécessaire à la culture altruiste, lui tiendrait lieu de justification et d'impulsion. Ce portrait quelque peu émoussé d'une culture relationnelle oeuvrant «en marge» de l'économie normative et performative du pouvoir (Foucault et Butler) ne cherche qu'à rappeler, ou disons à proposer timidement... que les besoins de la culture (ceux-ci que le sujet social met en scène) ne sont pas que ceux du patriarcat.

Certains s'empresseront de me dire que je n'ai point saisi l'analyse de Butler, ni, par l'entremise, celle de Foucault, et que j'ai tort de considérer, sur la base de leur argumentation, la restriction comme une impulsion *externe* à l'individu qui lui, ne serait qu'un «réceptacle» de pouvoir... Car sur ce point, les deux auteurs demeurent strictes: le corps n'est pas une matérialité indépendante et investie par des relations de pouvoir qui lui seraient extérieures; le corps est ceci même par quoi arrivent à coexister la matérialisation et l'investiture du pouvoir¹¹². En fait, ce que je tente de faire n'est pas d'émettre une analogie entre d'un côté, l'identité (sexuelle) comme procédé «indépendant» puisque «interne» et de l'autre, le rôle (sexuel) traduit comme un assujettissement singulier face à des pressions «externes»... non. Comme il a été question dans le second chapitre de ce travail, il est évident que la ritualisation de la féminité en milieu infirmier constitue une part

¹¹² *Ibid.*, 64.

importante, d'un point de vue politico analytique, de la condition et de la situation vitale des infirmières-femmes. Cette reproduction quotidienne de symboles liés à la féminité peut appeler à une forme de «naturalisation» des aptitudes féminines de *care*, faire en sorte que les infirmières *se constituent* comme étant «disposées à», émergent *comme infirmières et / ou comme femmes* au croisement de techniques patriarcales de gouvernance de leur corps (par exemple, petites ou grandes répressions face à la nature «indiscreète» de l'uniforme, de la voix, des gestes, de l'attitude face au médecin, etc). et de leur capacité reproductive (ici, *reproduction sociale* par le maintien en vie de la ressource humaine, de la force de travail). Le pouvoir comme constituante de la corporalité et de la personnification sociale de l'infirmière est certes une idée ruisselante d'intérêt et de potentiel... Cependant, c'est autre chose qui m'intéresse ici.

Butler qualifie la production de sexualité de «réitération de normes hégémoniques»¹¹³, ce qui, dans la situation ci exposée, renverrait à l'hégémonie masculine, au patriarcat. Je me demande, pour ma part, s'il ne serait pas possible d'envisager l'existence d'une «autre» hégémonie, d'une contre hégémonie «au féminin» incarnée dans la volonté relationnelle des infirmières, dans l'entreprise altruiste comme mode d'affirmation au monde, comme modalité éthique élaborée dans le plaisir et soutenue par un pouvoir-pour-vivre. L'idée d'une sorte de «non-lieu» du pouvoir attribuable au vécu relationnel des femmes rejoint à un moment le travail de Butler lorsqu'elle entame un questionnement sur les limites du procédé de matérialisation dans et par le pouvoir que nous suggère Foucault:

*Parfois il apparaît que, pour Foucault, le corps possède une matérialité qui est ontologiquement distincte des relations de pouvoir qui considèrent ce corps comme un lieu d'investitures*¹¹⁴.

(..).

Dans la mesure où Foucault décrit le processus de matérialisation comme une investiture du discours et du pouvoir, il se concentre sur la dimension productive et formative du pouvoir. Mais nous devons nous demander, nous, qu'est ce qui circonscrit la sphère de ce qui est matérialisable et s'il y a des modalités de matérialisation, comme le suggère Aristote et comme Althusser s'empresse de le

¹¹³ *Ibid.*, 162.

¹¹⁴ *Ibid.*, 62.

souligner. Dans quelle mesure la matérialisation est-elle régie par des principes d'intelligibilité qui requièrent et instituent un terrain d'inintelligibilité radicale qui résiste directement à la matérialisation ou qui demeure radicalement dématérialisé? L'effort effectué par Foucault pour élaborer réciproquement les notions de discours et matérialité ne résulterait pas, peut-être, inefficace pour expliquer, non seulement ce qui demeure exclu des économies de l'intelligibilité discursive qu'il décrit, mais bien ce qui doit être exclu pour que de telles économies fonctionnent comme un système auto soutenable¹¹⁵.

Cette sphère a-symbolique ou *inintelligible* dont elle nous parle correspond au féminin tel que schématisé par Luce Irigaray¹¹⁶ (abordée par Butler). Je dirais que la vision d'Irigaray, en somme fort intéressante, vient s'inclure dans ma conception mais sans pour autant la rejoindre explicitement. Si, dans son exposé¹¹⁷, se voit niée au féminin la qualité de référent symbolique potentiel¹¹⁸, l'argumentation demeure ancrée dans une rhétorique féministe qui recherche l'oppression féminine dans sa condition radicale de «non être». Au devant de ce que le réel féminin «n'est pas» aux yeux de l'hégémonie masculine qui s'acharne à l'exclure pour ses propres besoins, il m'apparaît urgent d'investiguer le champ *de l'être* féminin dans son intégrité, sa singularité effective, dans *sa capacité de subversion du réel masculin*.

Butler, encore, réfère à Lacan et Foucault pour parler de la Loi, de l'Autorité qui *assigne* au sujet sa position symbolique, son rôle sexuel en limitant, confinant et prohibant un certain nombre d'actes, de pratiques et de sujets, mais ceci en provoquant une *occasion discursive* qui renferme un potentiel de résistance, re-signification et auto subversion face à elle-même (face la Loi). Ainsi, l'incapacité de «citer» la Loi ou de l'exemplifier correctement, complètement, serait non seulement la condition mobilisatrice de la citation mais plus encore, sa conséquence sanctionnable: étant donné le fait que la Loi doit se perpétrer pour demeurer une référence autoritaire, elle réitère perpétuellement la possibilité de son propre échec¹¹⁹. Nous voilà revenus dans les bas fonds analytiques de l'inconscient originel... mais

¹¹⁵ *Ibid.*, 65.

¹¹⁶ *Ibid.*, 66-79.

¹¹⁷ Dans un essai critique intitulé *L'hystérie de Platon*, Irigaray formule la proposition originale d'un «réceptacle féminin» conçu comme l'extérieur constitutif de l'économie binaire phallogocentrique, comme sa propre nécessité non thématizable (dans sa matérialité). En fait, pour éviter toute possibilité de ressemblance ou de rapprochement entre le féminin et le masculin, Platon aurait introduit, dans sa philosophie métaphysique, un réceptacle féminin auquel il serait interdit et impossible de s'apparenter, puisque celui-ci n'appartiendrait à aucune forme, à aucune condition ontologique.

¹¹⁸ Luce Irigaray, dans Judith Butler, *Cuerpos que importan...*, 166.

bon, ce qu'il faut voir ici est la proposition d'une subversion féminine nécessaire au maintien de l'Autorité patriarcale. Seulement vu de la sorte, il me semble qu'il est davantage question de *résistance* que de «subversion» réelle, car le sujet féminin «affranchi» ne se dégage pas du pouvoir de la Loi, il en est une constituante, un produit. Quand je parle de capacité subversive, je me réfère à la possibilité d'un *renversement réel* de la Loi, où le sujet relationnel, éthique (ici, le sujet féminin incarné dans l'infirmière), *crée* l'occasion discursive nécessaire à sa justification, fait de l'économie politique du pouvoir-contrôle un pôle de non identification, un pôle non de résistance mais bien d'immoralité, de non loyauté.

Prenons l'exemple du terme de «vocation» qui, aux dires de cette informatrice citée précédemment, ne serait plus employé mais demeurerait ancré dans une sorte de sensation, de croyance en l'humanité «spéciale» des personnes oeuvrant dans le *care*. Il ne faut pas oublier le fait que, face à la modernité, les femmes «réfèrent à d'autres lois», «changent la citation», fait qui répond aussi à de nouvelles nécessités culturelles concernant la différenciation sexuelle et les espaces professionnels et identitaires (la nécessité, par exemple, d'afficher une certaine solidarité professionnelle, une certaine sororité entre infirmières pour arriver à se maintenir à l'échelle des revendications sociales en matière de statuts et de conditions de travail). Mais s'il est convenable de dire que la vocation se retrouve aujourd'hui dans une nouvelle «occasion discursive», je ne crois pas qu'il ne s'agisse que d'un fait de résistance et d'émancipation politique. Bien entendu, en faisant disparaître la vocation du discours, les infirmières ont «dénaturé» leur expertise et par le fait même désamorcé un des instruments de leur oppression; mais plus encore, en sortant du champ discursif, la vocation s'est peut-être vue glisser dans un spectre de sensations et de sensibilités, s'est peut-être dégagee d'un carcan politique pour (enfin!) laisser émerger la volonté relationnelle des infirmières, *en dehors* de la normativité sexuelle qui avait toujours prétendu la produire. Plus qu'une résistance, plus qu'une performance conforme à la sexualité sociale: une vision à part, *une foi* en d'autre chose...

5. Identité, statuts et rôles infirmiers: un historique

5.1 Un double visage culturel:

Du côté tant de mes intérêts analytiques que des données recueillies sur le terrain, la dimension ethnique ne m'est pas apparue cruciale dans la démarche que j'engageais, c'est-à-dire une tentative de compréhension éclairée de l'expérience altruiste infirmière ainsi que de la dimension féminine s'y rattachant. Comme il a été exposé dans la problématique, mon groupe d'étude se rapporte à des femmes vivant en région, certaines dans une petite ville, d'autres en campagne, toutes francophones et toutes, selon leurs dires, catholiques croyantes. Bien que cette composante franco-catholique n'apparaisse pas majeure d'un point de vue identitaire, il m'a semblé important de retracer les caractéristiques propres au développement de l'infirmierie franco et anglo-canadienne. Tout le présent chapitre, par ailleurs, a pour but de récapituler les conditions socio-historiques ayant contribué à la formation et aux transformations du métier d'infirmière et ce, dans une perspective de compréhension des discours véhiculés dans le domaine.

Cette partie de mon travail, donc, offre peu d'interprétations, de critiques ou de propositions originales de ma part; elle consiste, en fait, à référer à un répertoire d'ouvrages «résumant» le contexte infirmier et son évolution, bref, une revue de littérature concernant l'infirmierie au Québec. Il ne s'agit ni d'une anthropologie rigoureuse, ni d'une étape analytique rejoignant de près l'hypothèse ou les objectifs fondamentaux de ce travail. Toutefois, cerner les conditions propres au cheminement des infirmières québécoises m'a permis de comprendre plus facilement leur situation actuelle et de définir certains paramètres pour la comparaison intergénérationnelle, en plus de me rapprocher d'une analyse spécifiquement tournée vers les infirmières comme professionnelles, qui jusqu'à maintenant ont beaucoup été abordées pour l'aspect «femme» de leur personne. Je me suis principalement (non uniquement) appuyée sur un document d'André Petitat intitulé *Les infirmières: de la vocation à la profession* qui, un peu de la même façon que lors du premier chapitre de ce travail (portant sur l'éthique féministe de Graciela Hierro), sera ici rapporté dans ses grandes

lignes et consistera en un cadre de référence général (les références apparaîtront cette fois sous une forme combinée et non de façon isolée et systématique chaque fois qu'une information est tirée des propos de l'auteur).

Pour revenir, donc, au parcours respectif des infirmières anglo et franco-canadiennes, soulignons d'entrée de jeu que l'«opposition» franco / anglo rejoint ou plus encore traduit, dans un rapport analogique, une opposition historique entre l'entreprise infirmière religieuse et l'entreprise infirmière laïque ou «neutre». Au Québec, la constitution d'un champ d'intervention pour soins infirmiers s'est pendant longtemps déroulée sous le signe de la confrontation, comme sous les apparences d'une lutte territoriale. Par exemple, lorsque, en 1920, les anglophones prennent l'initiative de créer une loi sur les infirmières, initiative suite à laquelle l'AGMEP voit le jour (Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec), certaines congrégations catholiques ont alors peur de voir la loi régir la charité et peur de la «neutralité» d'une association contrôlée par des anglophones, ce qui les pousse à créer une organisation concurrente, l'AGMCL (Association des gardes-malades catholiques licenciées de la Province de Québec¹²⁰). Sans pour autant que chaque initiative provenant d'un côté engage une riposte venant de l'autre, les visions et les façons de faire des milieux anglophone et francophone se distinguent sous plusieurs aspects, fondamentaux au départ mais qui au fil du temps viendront à s'estomper. Voyons quels sont-ils.

Dans la formation de l'infirmière catholique de la fin du XIXe siècle et du début du XXe, les principes de hiérarchie et d'autorité sont sacrés. L'image dominante de l'hospitalière (religieuse en charge de la formation) est celle de la mère, compatissante, souriante, prête à accueillir les confidences, prompte à encourager et à distribuer les compliments, mais intransigeante en matière de tradition et de règlements. La figure matriarcale bienveillante est sensiblement la même dans la formation anglophone, mais avec des accents plus professionnalistes et une plus grande participation des élèves (l'élite du *nursing* anglophone, d'ailleurs, vient se

¹²⁰ André Petitot, *Les infirmières: de la vocation à la profession* (Montréal: Boréal, 1989), 66-7.

former plus rapidement et en plus grand nombre). Dans les écoles francophones, un réseau d'encadrement et de surveillance est omniprésent et l'éducation religieuse est intégrée à la vie scolaire et hospitalière. La «grande famille catholique» s'apparente à un espace communautaire relativement fermé à l'intérieur duquel rituels et fêtes communautaires s'affairent régulièrement à souligner les desseins du travail et du devoir chrétiens. Si l'on s'intéresse à la chronologie des grandes initiatives en matière de formation, de réforme hygiéniste ou alors de définition du cadre professionnel, nous pouvons dire que les pionnières anglo-protestantes ont en général pris les devants. En fait, leur discours professionnaliste s'élabore avec le support du mouvement féminin réformateur et semble chercher à répondre à une fonction sociale précise. L'idéologie anglophone puise sa force dans un pragmatisme conquérant alors que la conception franco-catholique des soins infirmiers est d'abord apostolique et scientifique¹²¹. Nous avons affaire, finalement, à différentes volontés, à différentes «ambiances» d'intervention: une individualisation et un libéralisme plus poussé chez les anglophones; un effort soutenu d'intégration morale et religieuse chez les francophones. Elles ont en commun, cependant, une volonté de dispenser plus qu'une formation fonctionnelle, mais bien une formation intégrale étendue au style de vie, aux normes de la vie, à la présentation de soi, aux relations avec les hommes, etc. Et comme nous le verrons dans la section qui suit, la religion, quelle qu'elle soit, perdra peu à peu du terrain dans le domaine des soins au Québec, et l'influence anglophone s'amenuisera¹²².

¹²¹ Yolande Cohen, *Profession infirmière: genèse d'une discipline: histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal* (Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2002), 164.

¹²² André Petitat, *Les infirmières: de la vocation à la profession.*, 66-7, 164, 208, 248-9, 276, 325.

5.2 Évolution de la formation, du contexte idéologique et des statuts infirmiers:

En véritables «multinationales de la charité»¹²³, diverses congrégations religieuses construisent au Québec, entre 1850 et 1960, d'imposants réseaux de santé. À lire André Petitat, comme d'ailleurs tous les écrits se rapportant à l'évolution des soins infirmiers au Québec, l'histoire des infirmières en est une de pionnières chrétiennes, de mission colonisatrice, féminine mais surtout religieuse. C'est aussi une histoire des pouvoirs qui, jadis, se rattachaient à la religion et à sa «main mise charitable». Dans un schéma faisant penser aux micro technologies de pouvoir et résistance exposées par Foucault dans son analyse de la discipline hospitalière, dans les hôpitaux catholiques, l'âme de l'étudiante infirmière fait l'objet, jusque dans les années -0 même, d'une attention minutieuse. On ne supporte pas qu'elle ait des «problèmes spirituels», l'accent est mis sur l'importance d'un langage et d'un maintien irréprochables, l'uniforme distingue et harmonise tout à la fois (dignité, sobriété, pureté, etc). À travers le décorum et un rigide langage du corps et du costume, l'infirmière doit arriver à contrôler ses impulsions et ses rires trop bruyants, doit s'effacer et tenter de rejoindre les standards tout en conservant le sourire, la douceur et le dévouement. À ce véritable système de contrôle des corps et des apparences (brassards distincts et coiffes de couleur attestant le grade de chacune, robes longues et ajustées, etc), les infirmières tentent, dans les années 70, de s'opposer en protestant, entre autres, contre le tablier qui évoque l'image des servantes de bonne famille ou encore, en livrant une petite «guerre du pantalon»¹²⁴.

Outre ses épisodes de répression et de résistance corporelle, l'histoire des infirmières est aussi celle d'une recherche pour une identité commune possédant les outils nécessaires à son affirmation, à sa reconnaissance, celle d'un travail constant pointant vers la définition de la profession, de son idéologie et de son champ d'action. Une quête, aussi, vers l'avancement et dans une certaine mesure vers l'émancipation féminine, qui peut être mise en valeur dans le travail exceptionnel de

¹²³ *Ibid.*, 50-1.

¹²⁴ *Ibid.*, 250-4.

la Britannique Florence Nightingale, véritable figure légendaire qui, dans la deuxième moitié du XIXe siècle, est à l'avant-garde du mouvement hygiéniste et se fait porteuse d'un message de rationalisation des soins infirmiers. Convoitant les femmes à se «réveiller» et à étendre leurs activités au-delà du foyer domestique, elle prétend que l'empirisme et la tradition ne suffisent plus, que «l'empirisme passe devant la simple intention charitable» et que «la foi doit s'armer de science, de rigueur, de système»¹²⁵. Les conséquences de ce message seront d'une importance majeure, en regard à la figure religieuse des infirmières mais en particulier en ce qui concerne leur formation et leur volonté de *professionnalisation*.

Les écoles d'infirmières, à l'origine de la formation académique, sont intégrées aux hôpitaux et dirigées par des congrégations religieuses. L'obtention d'un diplôme reconnu deviendra le point de ralliement de cette quête pour une scolarisation formelle mettant l'accent sur deux aspects de la formation: l'instruction (savoir-faire infirmier) et l'éducation (préparation morale, à la discipline du corps et de l'âme). De 1940 à 1960, les médecins se spécialisent et sont incorporés de nouvelles professions paramédicales, les tâches d'entretien et les soins de base s'acheminant en partie vers les aides et auxiliaires. Même si sa profession n'est pas mise en cause, on peut dire que l'infirmière se sent encerclée de toute part. Mais les soins infirmiers entament de suivre ce mouvement de spécialisation et dès 1944, à la faveur d'une démocratisation sexuelle des études médicales et paramédicales au Québec, les universités offrent des certificats et des possibilités de spécialisation en psychiatrie, pédiatrie et obstétrique. Des instituts religieux hospitaliers, forts de la longue tradition de soin des hospitalières de St-Joseph, on passe à des affiliations avec les facultés de médecine universitaires. D'abord à McGill et ensuite à l'Université de Montréal, apparaissent à tour de rôle le baccalauréat en *nursing* (1947), la maîtrise (1960) et le doctorat (1990). La spécialisation universitaire est rendue possible grâce aux pressions d'associations multiples, du côté anglophone comme du côté francophone, au niveau tant provincial que fédéral (certaines voulant contrecarrer la volonté des autres ou faire contrepoids à une vision trop «laïque» ou

¹²⁵ *Ibid.*, 62-4.

alors trop «libérale»), grâce, aussi, à la constitution d'une organisation et d'une idéologie de plus en plus corporatives dans les années 60. Ce qui se dessine est la lutte graduelle pour un diplôme, bien sûr, mais aussi pour un titre et son enregistrement. Au Canada, les infirmières diplômées de l'Ontario sont les premières (1908) à obtenir la protection de leur titre (*trained nurses*) et 14 ans plus tard, toutes les provinces, dont le Québec (1920), adoptent les mêmes dispositions. Quelques décennies plus tard, grâce à de nouvelles lois, les infirmières se rapprochent de l'exercice exclusif de leur profession. Les Québécoises se trouvent cette fois en tête du mouvement lorsqu'en 1946, une loi leur reconnaît un champ semi exclusif à partager avec les aides auxiliaires, et une fois de plus en 1973, en première mondiale, lorsqu'elles obtiennent un monopole fondé sur une définition générale de la profession. On avance, on recule, on s'affronte, on s'unit... c'est un cheminement de longue haleine qui s'étale de 1920 à 1997, année où toutes les infirmières se voient obligées de s'inscrire à l'AIPQ (Association des Infirmière de la Province de Québec, formée à la faveur de la loi de 1946) qui élit, pour la première fois de son histoire, une présidente francophone. Pour les anglophones, qui jusqu'en 1939 étaient majoritaires, c'est un reflux qui s'amorce et qui ira en s'accroissant de concert avec l'incroyable croissance des effectifs infirmiers dans les années 60 et 70¹²⁶.

Au niveau, maintenant, de l'idéologie de l'infirmier et des savoirs relatifs au *care*, deux phénomènes se produisent: une évolution de la vision concernant les structures de travail et une modification du rôle et surtout des tâches de l'infirmière qui doit s'adapter à un accroissement extraordinaire des biotechnologies médicales. Une première tendance dans la formation consiste à parfaire l'idéal d'une affirmation professionnelle en répondant, par un accent mis sur les sciences pures, aux nouvelles exigences technoscientifiques. De concert avec une augmentation de l'apport théorique, une seconde tendance se voit négliger les sciences pures et porter un intérêt accru pour les sciences humaines (psychologie, sociologie, histoire du *nursing*, éthique professionnelle, service social, éducation en santé, etc). Une troisième tendance correspond à la multiplication, parallèlement à la spécialisation

¹²⁶ *Ibid.*, 60-2, 72, 76-7, 180, 187.

médicale, des disciplines enseignées (dermatologie, urologie, métabolisme, neurologie, soins intensifs, etc). En quatrième tendance, la barre des conditions d'admission est élevée et en cinquième, une séparation plus nette est insérée entre les périodes d'étude et de service. La sixième tendance consiste finalement à autonomiser les savoirs infirmiers à l'égard des savoirs médicaux, ceci au travers de la création de stages systématiques encadrés avec l'arrivée de l'institutrice clinique, ce qui achemine la formation infirmière vers sa plus importante mutation: le passage au réseau public d'enseignement. Une réforme majeure met alors sur pied une technique au niveau collégial, des études professionnelles au niveau du secondaire et une formation davantage technologique et scientifique à l'université. Les grands perdants de cette réforme sont les hôpitaux ainsi que les congrégations religieuses ; les gagnants, les étudiantes et l'État. On passe de la cellule hiérarchisée d'«ouvrières» dirigées par l'hospitalière au travail d'équipe qui décentralise les responsabilités, en passant par l'engouement pour les soins intégraux ou *total patient*, sorte de retour au *care* à travers une redéfinition et une revalorisation de celui-ci garantissant des responsabilités accrues mais dans une optique de rapprochement du patient et d'attention marquée pour les soins globaux ou *primary nursing*. Enfin, comme dans une perspective de consécration de la priorité académique par rapport à l'empirisme traditionnel, le programme collégial de 1968-1976 prévoit deux fois moins d'heures d'apprentissage en cours, laboratoires et stages (surtout) que dans les écoles d'infirmières où il incombait aux étudiantes d'effectuer une période considérable de services hospitaliers¹²⁷.

Tout comme le *care* qui se voit à un moment délaissé et à l'autre revalorisé, la professionnalisation s'harmonise et à la fois se heurte aux spécialisations technoscientifiques. La complexification des procédures engendre une augmentation de la durée quotidienne des soins et, pour reprendre les termes d'une expression anglaise sur l'état des soins, on passe du *care* au *cure*¹²⁸. Une petite remarque, ici, concernant les commentaires de mes informatrices à propos de l'augmentation et de

¹²⁷ *Ibid.*, 156, 187.

¹²⁸ *Ibid.*, 165.

la complexification des tâches au travail. Toutes, sans exception, disent dépenser des efforts considérables pour se tenir à jour en matière de méthodes et d'outils technologiques. Toutes attestent manquer de temps pour le *care*, pour un contact plus direct et plus personnalisé avec le patient, plusieurs se disent insatisfaites et même tristes, frustrées de «ne pas avoir tout fait ce qu'elles auraient aimé faire» lorsqu'elles reviennent chez elles. «Avant, nous disent les plus vieilles, il paraît que les infirmières avaient le temps de tricoter sur leur quart de travail» me dit une jeune infirmière... «Maintenant, on commence dans le jus et on finit dans le jus». Ces commentaires mettent également en lumière un phénomène marqué dans le milieu hospitalier: la pénurie d'infirmières. Déjà apparente à l'époque de la deuxième Guerre mondiale, celle-ci ne s'est jamais réellement résorbée. La complexification des soins en est une cause importante, mais d'autres éléments, qui apparaissent au cours des années 50, y contribuent également: la contraction de la journée de travail, l'introduction des quarts de huit heures, l'extension de l'enseignement clinique et des heures de théorie, et enfin l'exceptionnelle croissance des hôpitaux¹²⁹.

Et puis il y a la syndicalisation, le féminisme et les mouvements sociaux. La syndicalisation infirmière demeure fort modeste jusque dans les années 50, quelque peu handicapée par l'idéologie professionnelle et les représentations religieuses, limitée, aussi, par des budgets sans marge de manœuvre. Elle devient, dans les années 60 et 70, un phénomène de masse grâce, entre autres, à l'intervention de l'État qui, encore aujourd'hui, alimente un peu sans le vouloir la dynamique d'unification des syndicats infirmiers, dont les particularismes ont fini par s'estomper. Au-delà de l'action corporative et syndicale, les revendications étudiantes, les activités culturelles et sportives qui, peu à peu, se voient intégrées aux formations, sont la démonstration d'une volonté générale d'émancipation, d'affirmation et d'autonomie qui, chez les infirmières comme chez la plupart des groupes professionnels à partir de la Révolution tranquille, ne fait pas exception. Quant à la question des salaires et des conditions de travail, qui n'émergera que timidement autour des années 30, elle a longtemps été passée sous silence au sein de la profession, tellement restait

¹²⁹ *Ibid.*, 164.

profondément ancrée dans les mentalités la mystique du travail féminin apostolique et bénévole¹³⁰. Par exemple, dans un document datant pourtant de la fin des années huit0, Martine Eloy déplore, chiffres à l'appui, les piètres conditions dans lesquelles se retrouvent de trop nombreuses infirmières. En raison soit de la pénurie de personnel, du manque d'espace ou de matériel adéquat, sinon face à des attitudes d'indifférence, de condescendance et de contrôle du côté des médecins ou encore de l'administration, des pourcentages importants d'infirmières (plus de neuf0% dans plus d'une catégorie) se voient souffrir de différentes affectations: problèmes biomécaniques au niveau du dos, des jambes et des pieds; problèmes de sommeil; problèmes psychophysiques liés au stress ou à une expérience d'agression; absence de consultation lorsque des changements sont apportés; climat de surveillance; impossibilité d'utiliser le meilleur de sa capacité; etc¹³¹.

En fin de compte, qu'est-il advenu de l'enveloppe religieuse (surtout catholique) qui retenait de sa douce poigne la mission hospitalière? Nous le devinerons... elle s'est peu à peu rompue, détrônant avec elle l'infirmière de sa position stratégique entre le sacré et le profane. La poussée du personnel laïc, la montée des hôpitaux laïcs anglophones, l'intervention massive de l'État et le recours de plus en plus élargi aux assurances ont eu raison d'elle. Alors qu'à l'époque de la Révolution industrielle, le désengagement de l'État face à la question sociale couplé à la ferveur du libéralisme économique (destructeur des rapports communautaires, alors que l'Église ne cesse de s'en réclamer) permettaient à l'Église de canaliser toutes les initiatives charitables, de tisser une présence capillaire, celle-ci s'est d'abord vu perdre le monopole des soins pour finalement ne plus y avoir le moindre droit de regard. En gérant les appareils de santé avec autonomie et influence, les religieuses pouvaient s'assurer un certain prestige, à tout le moins une reconnaissance qui, sans doute, favorisait les vocations, rendait plus acceptable le choix de vivre une vie austère vouée à l'adoration et au service d'autrui¹³². Mais dès 1955, les vocations

¹³⁰ *Ibid.*, 80, 271, 285.

¹³¹ Martine Eloy, *Femmes et santé: prendre la parole, prendre notre place* (Montréal: Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, 1986), 11-3.

¹³² André Petitat, *Les infirmières: de la vocation à la profession*, 49, 54, 58, 310.

défaillent et les religieuses sont désormais assignées à des tâches spécifiques... sous la direction des médecins¹³³. Les structures et politiques religieuses ont disparu. Pouvons-nous en dire autant de la «mission féminine» et de la «mission charitable», du discours et des images que ces figures ont produits à l'égard de l'infirmière? Une question à large spectre rejoignant les horizons de l'imaginaire social... difficile à répondre. Néanmoins, il est intéressant de parcourir cet univers discursif qui, dans toutes ses exubérances, fait l'objet de la section suivante.

¹³³ Yolande Cohen, *Profession infirmière: genèse d'une discipline...*, 116.

5.3 Du simulacre féminin à la fierté féminine:

Le portrait de celle que l'on nomme à tour de rôle «garde-malade», «aide maternelle», «*nurse*», «infirmière», s'est bien entendu modifié au fil des années tant dans un rapport concret (l'uniforme par exemple) que sur le plan discursif. Quel discours? Essentiellement le discours chrétien, mais aussi celui des médecins qui se sont souvent accommodés de la mentalité traditionnelle de «féminité de service» ou celui, enfin, des infirmières elles-mêmes qui à un moment où l'autre ont élevé leur voix pour ou contre l'idée de «devoir féminin». Puisque mon étude s'intéresse à un possible passage de ce dit devoir à une intervention infirmière (et féminine) basée davantage sur le pouvoir, le vouloir et le savoir, il m'a semblé intéressant d'observer les mentalités en vigueur sous l'ancienne charte, question de jeter les bases d'une analyse disons plus saillante des changements à l'égard de la symbolique du personnage (l'infirmière).

Mon échantillon se rapportant à deux groupes d'âge sensiblement rapprochés, une exploration des vieux discours concernant la mission infirmière devait me servir d'outil pour la détermination de «ce qui n'est plus» mais aussi pour saisir la teneur historique de certains propos dans un sens traditionnels (bien qu'actuels), et enfin pour arriver à déterminer dans quelle mesure le groupe des plus âgées (50 ans et plus) pouvait être considéré comme un groupe «relais» ou «transitoire» s'interposant entre l'ancien et le nouveau modèle. En parcourant les écrits, donc, de cet ancien modèle (surtout années 50), j'ai été frappée par le pouvoir envoûtant d'un discours «fait sur mesure» abhorrant les «qualités d'état» d'un simulacre sans personnalité (l'infirmière idéale), d'une sorte d'ange anonyme qui se dédouble en copies sur un fond de ouate synthétique... Dans une sorte de paradoxe, une sorte d'«admiration intransigeante», on met l'accent sur les «vertus» d'obéissance et de discrétion de l'infirmière mais aussi sur l'estime, le respect et plus encore sur *l'amour* que l'on éprouve socialement à son endroit. Fait notoire, une section d'un ouvrage est intitulée «De la beauté de la profession d'infirmière». Le terme «beauté» confère à la profession le mérite d'une contemplation qui a certes de quoi «raviver les vocations», mais comprenons bien qu'à aucun moment l'infirmière

ne peut *elle-même* se réclamer de ce mouvement contemplatif, celui-ci qui vient de l'extérieur et qui, en déployant ses louanges, expose ses conditions, exige, sanctionne. La sagesse de l'infirmière se maintient dans une prudente moyenne entre deux excès qui circonscrivent les frontières de sa «perfection»: ne jamais rien oser ou, au contraire, se croire tout permis. La profession d'infirmière est «belle» dans la mesure où elle correspond *parfaitement* à l'image et aux desseins qu'on lui prétend. Ainsi, même dans cet ouvrage qui me semblait particulièrement tourné vers une démarche contemplative, même couverte de roses, l'infirmière y est définie par *sa subordination*, par l'apanage de *son devoir* qui vient, comme dans un moment de lucidité, supplanter l'enchantement céleste. En plus d'insister sur la gratuité fondamentale du dévouement, la narration rappelle sans cesse le ton de voix ferme de l'Autorité morale qui convoite au devoir chrétien *et féminin*. L'infirmière se meut dans un espace moral, *dans l'espace du devoir-faire*. Trois grandes «vertus d'état» se retrouvent à la base du cursus vocationnel de la femme soignante: l'obéissance au médecin, le dévouement et la discrétion. À noter d'abord, deux des trois termes renvoient à une position de subordination. Mais plus intéressant encore, on les dispose selon un ordre hiérarchique qui accorde à l'obéissance la première place! On met en garde l'humble infirmière de «jouer son petit médecin» ou alors de suivre à tort «sa froide raison» au détriment de «son vrai coeur dévoué». Le message est clair: il vaut mieux beaucoup de dévouement et une science «ordinaire» que peu de dévouement et beaucoup de science¹³⁴...

André Petitat, toujours, nous plonge dans la didactique à la fois envoûtante et... étourdissante... des écrits religieux à propos de l'infirmierie, qui usent généreusement d'images, de formules, de symboles et de métaphores «qui établissent en un éclair une multitude de liens, qui saisissent le quotidien, le nouveau et l'exceptionnel dans un filet de sens, qui le transposent analogiquement dans un monde de résonances, comme dans un gloria avec chœur et orgue»¹³⁵:

Les infirmières et les auxiliaires sont «les ouvrières d'une même oeuvre»; elles

¹³⁴ René Boigelot, *L'infirmière et sa mission dans le monde moderne* (Bruxelles: Action familiale, 1957), 14-6, 36-8.

¹³⁵ André Petitat, *Les infirmières: de la vocation à la profession.*, 306-7.

«collaborent à l'oeuvre de Dieu». Chacune «apporte sa pierre à l'édifice moral et intellectuel». L'esprit d'entraide est «fraternel». Étudiantes et infirmières maintiennent «le levain dans la pâte» et passent par «le creuset de l'épreuve». «Servantes des pauvres», elles s'inclinent devant «les desseins insondables de la Providence». Il leur faut parfois «traverser le désert avant d'arriver à la terre promise», ou, s'écorcher dans des «buissons d'épines». Elle a «vu l'étoile, l'idéal»; c'est surtout «moralement qu'elle a ses élégances», et elle se livre à un «apostolat du bon exemple» tout en «s'abandonnant à la Providence». Elle a «pitié de cette foule», de ces «membres souffrants du Christ». Elle est la «charité qui passe», embrassant «une vie hérissée de sacrifices», un «travail obscur», un «travail dans l'ombre». «Semeuse de charité et de joie», elle fait le «don de soi dans la joie», «s'oublie pour soulager», «se donne généreusement», dans un «esprit de sacrifice». Ce dévouement charitable est en même temps «épanouissement de la vie surnaturelle», «épanouissement d'une vie chrétienne». L'infirmière acquiert «le sens du Beau, du Vrai, du Bien». Elle «tient fermement la lampe allumée». Elle est elle-même un «rayon de soleil». «Rayonne-t-elle?» s'inquiète un questionnaire d'évaluation. Oui, elle «rayonne l'esprit du Seigneur», elle «rayonne la vie chrétienne»¹³⁶.

Comme le questionnaire... je m'inquiète. Par contre, j'ai presque les larmes aux yeux... Car quand on y pense, tout ceci est véritablement «beau», véritablement touchant. Malgré le retour cadencé de la consigne sacrificielle, n'y a-t-il pas, ici, la promesse d'un réel *salut*? Il est aisé d'imaginer, il me semble, qu'à l'écoute d'un tel appel raisonnant la gloire, la dignité et la perfection, de nombreuses infirmières aient éprouvé un réel *plaisir* à oeuvrer dans un domaine où, «par la force des choses», l'harmonie se réalise entre l'individu et l'humanité, entre le soi et l'autre, entre la morale instaurée et l'éthique d'une volonté propre.

Il est cependant clair que la splendeur du discours n'a pas toujours correspondu à l'expérience réelle que faisaient les infirmières de leur métier. Les mentalités, en outre, se sont modifiées énormément. Partout et à l'entour des mêmes années, avec l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, avec une crise générale de la famille et avec l'arrivée des assurances qui vient évincer les notions de don et de travail gratuit, l'hypertrophie du «don comme sacrifice» s'écroule. Avec l'apostolat du service féminin, nous avons affaire à une construction spirituo-temporelle du sens qui ne supporte pas n'importe quel chambardement, n'importe quelle incursion... Avec le désengagement de l'Église dans le social, c'est une crise

¹³⁶ *Ibid.*, 306.

d'identité qui, dans un sens, a frappé le monde infirmier. D'abord, l'origine des étudiantes n'a plus rien à voir avec le portrait de la jeune fille «bien née» de la uneère moitié du siècle, issue de l'élite socio-économique (fille de professionnels, industriels, commerçants et rentiers), remarquable pour «l'honorabilité de sa famille» et pour «la noblesse de son idéal»; à la fin des années 60, ce sont les filles d'ouvriers qui viennent en tête... De plus nombreux chemins professionnels se sont ouverts aux femmes, mais malgré l'émancipation professionnelle de la communauté féminine, la communauté infirmière, elle, ne s'est jamais masculinisée. Pourrions-nous conclure, comme le fait Petitat, non pas à une redistribution équilibrée du domaine médical entre femmes et hommes, mais bien à une *tendance* à la féminisation de ce champ¹³⁷?

Cette observation peut paraître aller de soi, mais l'intérêt de celle-ci se trouve non pas dans l'attestation des pourcentages correspondant à l'appartenance générique du *care*, mais bien plus, à l'inverse, dans le phénomène *d'appartenance du care au genre féminin*. J'établis, par cette proposition, un lien patent avec la question que pose Marilyn Friedman¹³⁸ à propos des particularités de genre que présentent l'interprétation et l'application de la morale: plutôt que de se poser la question "*morality is gendered?*", ne devrions-nous pas nous demander si "*gender is moralized?*"¹³⁹... même chose, me direz-vous. Je ne crois pas. Car si, justement, une «priorité» était à attribuer au discours moral de la mission infirmière (féminine, chrétienne) sur l'«inclinaison féminine» de celle-ci qui, répondant à l'appel, accourt... comment pourrions-nous expliquer que, même l'écho de l'appel ayant cessé de résonner (le discours s'étant transformé dans une large mesure), elle accourt toujours? Malgré les changements, le discours est longtemps resté dominé par la vocation. C'est bien parce que ce terme renvoie à la capacité émotionnelle des femmes que, bien que n'apparaissant plus sur les lèvres, on lui réserve encore une place parmi les «inexplicables», parmi les «non dits» des croyances et du cœur (comme nous le voyions dans le chapitre précédent avec le commentaire d'une informatrice à propos de la «nécessité» persistance de ce concept quelque peu

¹³⁷ *Ibid.*, 58, 76-7, 314.

¹³⁸ Marilyn Friedman, citée dans Helga Kuhse, *Caring: Nurses, Women and Ethics* (Oxford; Maldon: Blackwell Publications, 1997).

¹³⁹ *Ibid.*, 111.

démodé). Si l'on se tourne une fois de plus vers l'histoire des procédés identitaires correspondant aux infirmières catholiques, on se rend compte d'une chose: bien qu'à partir d'un moment il n'ait plus été question, dans l'engagement infirmier franco-catholique, de dévouement pour autrui à proprement parler mais bien de prise en charge collective pour l'avenir (ce qui correspond davantage, dans l'histoire, au modèle anglophone), une distinction demeure: même dégagé de son caractère confessionnel, le modèle identitaire canadien français reste prégnant: laïcité et science, d'accord, mais *féminité et ancrage national*. La féminité et le maternage comme bases du *care* serait un trait caractéristique de l'idéologie infirmière québécoise. Évidemment, à l'époque où la vocation montre des signes d'épuisement, cette dimension générique de l'identité infirmière fait l'objet d'une appropriation opportuniste de la part des médecins qui, face à la mouvance professionnaliste et à la redéfinition des statuts infirmiers, reviennent sans cesse sur le caractère féminin de la pratique infirmière. Avec l'argument du genre, ils peuvent contrôler le degré de professionnalisme «acceptable» pour les infirmières, tout en se faisant les vigilants gardiens de la sacro-sainte mission féminine¹⁴⁰:

(..). débarrassée du contrôle des communautés religieuses et du travail domestique, l'infirmière éduquée pourra devenir l'adjointe d'autant plus éclairée du médecin que c'est lui qui s'est approprié sa formation (...). L'image nouvelle de l'infirmière restera celle d'une femme subordonnée et dévouée, à laquelle on accepte de concéder l'autonomie indispensable à la professionnalisation, et donc à l'efficacité des soins qu'elle dispensera aux patients¹⁴¹.

Quoi qu'il en soit, à travers les avatars de l'évolution des rôles et savoirs infirmiers et malgré la mobilité identitaire de l'infirmière québécoise contemporaine (pluralisme ethnique, pluralisme de valeurs, de visions, de croyances), l'identification féminine semble avoir été, plus qu'une épine dans le pied des pionnières et militantes, *un point de ralliement*. En réalité, nous sommes en présence d'un vieux débat... En regard aux «vertus cardinales» des femmes, alors que les unes voient le *care* comme un «privilege épistémique» propre aux femmes (terme employé par Helen Bequaert Holmes¹⁴²), il peut aussi être vu comme une sorte de «cage en or», de «prison

¹⁴⁰ André Petitat, *Les infirmières: de la vocation à la profession.*, 173, 250.

¹⁴¹ *Ibid.*, 179.

¹⁴² Citée dans Helga Kuhse, *Caring: Nurses, Women and Ethics*, 96-7.

familière». En somme, la sexualisation du *care* est un thème qui n'est pas prêt d'être résolu... Oppression ou privilège?, ritualisation de l'Autorité restrictive ou *empowerment* à saveur hédoniste, à teneur éthique?... En fait, ne devrions-nous pas nous tourner *vers le care infirmier lui-même* et tenter d'en comprendre les modalités, les fondements? Allons-y donc.

6. Le *caring*

6.1 De quoi s'agit-il?:

Soigner, c'est aux premiers abords s'occuper de, entretenir, chérir, atteindre, toucher. L'esprit du soin, c'est le geste mêlé au sentiment, c'est un croisement entre la compassion et le dévouement à autrui, la douceur et le calme, l'amour et la gaieté, la discrétion et la patience, mais aussi la fermeté, la détermination, parfois même l'intransigeance. Le soin est à lier, dans un sens, à une sorte de logique magico religieuse qui fait de *l'intention* la chose qui importe. Il est aussi, d'un autre côté, un désir d'aider, un projet qui pour réussir, doit s'armer de certaines dispositions nécessaires (techniques disciplinaires). Mais comme nous le rappelle Petitat, il ne faut pas oublier la signification des mots "*to nurse, to nourish*"¹⁴³. Soigner, nourrir... répondre aux besoins primaires et apporter l'attention, le sentiment de protection et d'*enlacement* que recherchent les êtres souffrants, peu importe leur maladie ou leur degré d'inconfort. C'est le "*tender loving care*" évoqué par cette informatrice qui me dit «être bien quand ils sont bien»... c'est la passion relationnelle (abordée dans le premier chapitre), c'est l'Amour avec un grand A, qu'il n'importe pas toujours de nommer... Dans le langage propre à la santé et à ses différentes catégories de savoirs, le *caring* est vu comme le «pôle accompagnement et lien» alors que le «pôle contrôle et autonomie» serait celui des techno sciences¹⁴⁴.

Pourtant, bienheureux soit le cœur qui se lie et accompagne (sur le plan physique, émotionnel et spirituel), le concept moderne de *care* vise, à partir des années 70, à extraire les soins de la sphère du domestique et du charitable et à instituer un champ de compétences académiques reconnu. La devise *caritas et scientia* devient *scientia et caritas*¹⁴⁵. Nous savons, dès lors, qu'il n'est plus question de «donner sa vie pour l'humanité souffrante en le Christ». Il reste que la volonté d'attribuer des soins directs, d'observer un contact, de la tendresse et un suivi personnalisé n'a jamais été abandonnée par les infirmières, n'a jamais, disons, été *en*

¹⁴³ André Petitat, *Les infirmières: de la vocation à la profession.*, 326.

¹⁴⁴ Francine Saillant, « Le mouvement des femmes... », 264.

¹⁴⁵ André Petitat, *Les infirmières: de la vocation à la profession.*, 257, 305.

soi remise en cause (dans mes entrevues, toutes, jeunes et moins jeunes, disent espérer une plus grande place pour exercer le *care* dans leur travail, disaient regretter ne pas pouvoir être plus attentionnées).

En fait, ce qui provoque le regret d'une pratique professionnelle impersonnelle ou a-relationnelle, c'est précisément la sensation de ne pas être comblé *du fait de ne pas avoir su combler l'autre*. Nous en revenons, ici, à la conception philosophique de Graciela Hierro qui identifie l'éthique comme une fonction spécifique de la morale, celle par qui le plaisir de l'un se lie au plaisir de l'autre, celle qui fait de l'appréciation du bien (le plaisir) une appréciation de l'intérêt commun impliquant le soi et l'autre, simultanément, *implicitement* (éthique «de l'intérêt», utilitariste, hédoniste). À juste titre, nous entrons dans le règne éthique du moment où le *care*, comme le fait remarquer Helga Kuhse, ne se limite pas qu'à une relation et une attitude mais à une relation *possédant un objet*. L'auteure (qui s'intéresse au soin infirmier) poursuit en spécifiant qu'il serait trop simple de placer cet objet dans l'unique patient. Le *caring*, selon elle, se rattache à deux sens: il est une disposition, un acte (aider ou habiliter à, être alerte aux besoins, etc.); il concerne une sensibilité, une inclination (se sentir concerné, compassion, empathie¹⁴⁶). C'est surtout le second sens, dans le cadre de mon étude entourant le vécu relationnel des femmes, qui m'intéresse.

Il m'a été donné de me questionner sur la nécessité d'un «retour du don» ou encore sur l'importance de déterminer une «raison» spécifique (définir l'objet) à la volonté relationnelle (qui, comme je l'ai suggéré jusqu'à maintenant, pourrait exister autrement, pourrait correspondre à un mode de rapport au monde inconditionnel, intuitif, quasi impulsif). Dans une optique semblable, Kuhse questionne la nature de cet objet (en s'appuyant sur les propos d'une autre auteure qu'elle critique): "Noddings¹⁴⁷ sees the caring relationship as ethically basic. She would therefore deny that care needs an object, over and above the maintenance of the caring relationship itself"¹⁴⁸. Kuhse relance Noddings en lui répondant tout simplement: "The object of

¹⁴⁶ Helga Kuhse, *Caring: Nurses, Women and Ethics*, 158.

¹⁴⁷ Abordée dans Helga Kuhse, *Caring: Nurses, Women and Ethics*.

¹⁴⁸ *Ibid.*, 159.

*care is the relationship. It is its maintenance that is of basic moral significance*¹⁴⁹. Si donc le *care* est son propre objet, il ne peut alors, en lui-même, ne trouver aucune limite... «Un engagement humain, ça peut être sans fin» me disait-on... L'«irrationalité» du *care*, de la relation signifiante «dans et par elle-même» peut donner l'impression qu'ainsi constitué, le *care* ne peut qu'occasionner des problèmes d'impartialité (entre les patients) ou encore de discordance entre la volonté relationnelle propre à l'infirmière, presque hermétique, et la déontologie d'un établissement hospitalier, par exemple.

Mais voilà: c'est à cet endroit qu'intervient la posture éthique. L'épanchement de l'infirmière pour autrui, cette cadence qui la fait valser sans cesse entre sa raison d'être (comme professionnelle du soin, comme femme, comme personne humaine) et le bien-être du patient qui est «humanité souffrante», c'est un pas sans cesse franchi vers la communauté désirée, c'est une démarche contenue et, oui, impartiale, qui doit sa dignité et sa franchise à l'intérêt commun qu'elle désert, au «sens du juste» qu'elle veut répartir honorablement. Vue sous cet angle, l'éthique du *care* parvient à se rapprocher de l'axiologie des vertus morales à prétention universelle, celles que l'on dit centrées sur un effort politique «supra individuel» (la justice par exemple) et surpassant les «vertus primitives du coeur». Doit-elle s'en rapprocher? La question serait plutôt: «doit-elle s'en distinguer?... Oui et non. Non, car du moment où le *care* appartient à une démarche éthique, il *est* politique, il *est* un dessein universel. Oui, car les modalités par lesquelles il émerge en tant que force de l'être, en tant qu'impulsion relationnelle du mouvement subjectif, sont distinctes de celles qui poussent l'individu au «devoir moral», à cette «tâche politique» (historiquement masculine) que Jürgen Habermas¹⁵⁰ qualifierait «d'élaboration de la raison morale». Shopenhauer et Freud prétendaient que les femmes possédaient un «défaut fondamental», celui de ne pas avoir le sens de la justice... «Les femmes», disait Freud, «sont moins prêtes à assumer les grandes exigences de la vie (..) sont plus souvent influencées dans leurs jugements par des sentiments d'affection ou

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Jürgen Habermas, *L'espace public* (Paris: Payot, 1962).

d'hostilité»¹⁵¹. Plus tard, dans la foulée des philosophies matérialiste et utilitariste inspirées par Marx et Stuart Mill, certaines théoriciennes du féminisme ont voulu statuer sur l'inverse: que non seulement les vertus féminines étaient complémentaires de celles des hommes mais qu'elles les surpassaient en importance et en noblesse¹⁵². Inférieur ou supérieur?... Sans négliger le débat... disons surtout *différent*. Et pour expliciter davantage sur ce point, j'aimerais léguer la parole une dernière fois à Kuhse qui, pour illustrer la profonde singularité du *care* vis-à-vis des principes moraux issus de la «culture rationnelle», emprunte la proposition de Carol Gilligan concernant les femmes et leur «*different voice*»¹⁵³:

*The public activities of men, in distinction from the more private activities of women, did not primarily involve care for "concrete others", but rather dealing with strangers. The suggestion is that different moral approaches exist – a "care approach" in the private realm and an impartialist "justice approach" in the public realm (...). It is true that many women today are occupying roles in the public sphere. It is, however, also true that women are still the primary care-givers, not only when it comes to the delivery of care in the private sphere of the family, but also in public life. Nursing is, of course, an example of this*¹⁵⁴.

(..).

*Gilligan asserts that her research has shown that there are two different moral "languages" – a language of impartiality or "justice" and a relational language of "care" to, as she puts it, "encode disparate experiences of self and social relationships". The "different voice", that of care, her research had found, was mostly associated with women*¹⁵⁵.

(..).

*Gilligan claims that there is an alternative female ethics (...). Men and women, she suggests, approach ethics differently and follow different paths towards moral maturity. The "different voice" used predominantly by women is not based on impartial principles of justice, but on care and responsibility within personal relationships*¹⁵⁶.

(..).

*(..). even if there are some serious doubts about Gilligan's research, and acknowledging that the empirical question about gender differences in moral reasoning has not been resolved, the fact remains that the association of women with care has not only a long history but also a strong continuing appeal. By unenuefhuitneuf, In a Different Voice had sold troissix0,000 copies, and females readers of the book report that the gender differences postulated by Gilligan "resonate"... thoroughly with their own experience*¹⁵⁷.

¹⁵¹ *Ibid.*, 94.

¹⁵² *Ibid.*, 94-5.

¹⁵³ Carol Gilligan, citée dans *Caring: Nurses, Women and Ethics*, 111.

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ *Ibid.*, 99.

¹⁵⁶ *Ibid.*, 101.

¹⁵⁷ *Ibid.*, 105.

6.2 L'empathie au centre du *care*:

Dans un manuel scolaire récent (1998) consacré à la relation d'aide en soins infirmiers, on dépeint l'image d'une infirmière qui, loin d'être une sainte, est une personne apprenant à son rythme, devant s'estimer, sachant fixer ses objectifs et les évaluer elle-même. Deux principes m'y sont apparus centraux dans l'enseignement du savoir-être infirmier: l'humanisme et surtout l'empathie. Le premier (l'humanisme) semble être au fondement du second (l'empathie) qui constitue son mécanisme, qui est préconisé comme son mode d'application privilégié¹⁵⁸.

On nous met d'abord en garde contre une «vieille» conception de l'humanisme qui achemine vers une définition réductionniste des soins comme émanant de la simple bonté, patience et compassion de l'infirmière envers le genre humain, et qui comprend le danger de nier le potentiel humain du patient en plus d'engendrer des conduites déshumanisantes (infantiliser un patient par exemple¹⁵⁹).

On met aussi l'accent sur l'aspect «communication» et «être en relation» du métier. En intégrant diverses formes de communication (fonctionnelle, thérapeutique, pédagogique), l'infirmière acquiert des outils qui interviennent au-delà de la seule présence bienfaitrice: observer un contact visuel, garder une distance idéale, adopter des comportements qui favorisent l'écoute comme l'incitation légère, l'accentuation et la formulation de questions ouvertes, fermées, de clarification, etc. (communication fonctionnelle¹⁶⁰).

En plus d'enseigner comment communiquer, on informe sur la façon de s'impliquer. À travers un exposé portant sur «l'utilisation thérapeutique de soi», on définit la relation d'aide comme un engagement réciproque et personnel de la part de l'infirmière, comme un travail orienté tant envers autrui qu'envers soi-même: «La croissance personnelle de l'infirmière se trouve intimement liée à la démarche

¹⁵⁸Odette Patenaude, *Au coeur des soins infirmiers. Guide d'apprentissage de la relation d'aide* (Contre-Coeur: Point tournant, 1998), 36.

¹⁵⁹*Ibid.*

¹⁶⁰*Ibid.*, 11.

thérapeutique qu'elle engage avec le patient»; «C'est en *prenant conscience de ses sentiments et de ses conflits intérieurs* que l'infirmière parviendra à accepter ses limites»; «Pour maintenir et intégrer dans notre pratique quotidienne une véritable attitude de respect des clients, il nous faut d'abord faire preuve d'honnêteté envers nous-mêmes»¹⁶¹.

Ouverture à soi-même, authenticité, utilisation du «je»... ce sont ici les consignes propices à l'adoption d'une *attitude empathique*. Qu'est-ce que l'empathie?:

L'empathie est avant tout une manière d'être qui se manifeste par une capacité d'être avec l'autre totalement de façon à comprendre ce qu'il vit d'unique. Certaines recherches ont identifié plus d'une forme d'empathie. Egan décrit d'abord l'empathie affective comme étant «l'aptitude à être émotionnellement touché par l'état d'une autre personne». Puis, l'empathie fonctionnelle qui est «la capacité de comprendre l'état, la situation, le cadre de référence ou le point de vue d'une autre personne»¹⁶².

Selon Carls Rogers, l'empathie est lorsque la personne aidante:

(..). éprouve une compréhension exacte du monde du client comme si elle le percevait de l'intérieur. Sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité du «comme si» –telle est l'empathie¹⁶³.

Pour Gerard Egan, c'est:

(..). l'aptitude à pénétrer dans l'univers d'autrui, à comprendre celui-ci et à communiquer cette compréhension. Elle est une «manière d'être» (..), une façon d'être avec les autres et de saisir les nuances et la complexité de leur monde¹⁶⁴.

De ces diverses versions de l'empathie, je retiendrais trois choses essentielles: ce qu'elle a de «comme si» (qui évacue l'image de la *nurse* effacée, guidée par l'oubli de soi); ce qu'elle a d'une *aptitude* (qui renvoie aux notions de savoir et de professionnalisation); et ce qu'elle a d'une *disposition* (qui renvoie à la volonté relationnelle et au savoir-être humain comme qualité fondamentale, universelle). En unissant les démarches pour le bien-être d'autrui et pour la croissance personnelle (le rapport à soi et à l'autre), en se présentant comme une manière «d'être avec» basée sur

¹⁶¹ *Ibid.*, 32, 35-6, 43.

¹⁶² *Ibid.*, 31.

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ *Ibid.*

la compréhension et le respect des limites d'engagement, l'empathie vient rejoindre la quasi totalité des volets de ma proposition concernant l'évolution de la pratique infirmière vers un *espace éthique* d'intervention. J'ai choisi de l'aborder à la toute fin de la discussion théorique pour mettre en valeur la facilité avec laquelle elle s'impose comme élément de synthèse. Fait encore plus intéressant, l'empathie est le terme qu'il m'a été donné d'entendre le plus souvent lors de mes entrevues, parmi les deux générations mais avec une insistance particulière chez les plus jeunes. J'en ai déduit que cette notion-référence devait être placée au centre de la formation scolaire mais qu'aussi, elle devait avoir quelque chose d'authentique et de pratique pour ces femmes qui, s'appuyant régulièrement sur elle, cherchaient à m'exprimer et à me décrire leur savoir.

Je termine en soulignant un autre point qui, de façon récurrente, revenait dans les discours concernant les objectifs professionnels: l'autonomie du patient. Un peu dans la même optique que le «comme si» de la démarche empathique, le *care* «qui accompagne» est préconisé par rapport au *care* «qui prend en charge». Dans les discours comme dans les livres scolaires, la mentalité exposée quant au rôle «contemporain» de l'infirmière est celle d'une responsabilité à rendre le patient autonome¹⁶⁵. Les plus jeunes m'ont semblées un tantinet plus fidèles, plus attachées à cette partie de leur rôle professionnel que l'une d'elles me traduisait par une phrase toute simple et assez explicite (envers un patient virtuel): «Je ne suis pas ta mère». Quelques unes soutenaient aussi l'importance première de transmettre au patient l'information essentielle à *sa propre* remise sur pied. Finalement, on sent que ce qui caractérise leur engagement professionnel est davantage un mélange d'affirmation personnelle et de responsabilité humaine (l'empathie) qu'un mélange de compassion et d'*autosacrifice*.

¹⁶⁵ Nicole Bizier, *De la pensée au geste* (Ville Mont-Royal: Décarie Maloine, 1992), 18.

III) INTERPRÉTATION DES DONNÉES DE TERRAIN

1. Remise en contexte et précisions

À l'aide d'un vaste parcours théorique, je me suis penchée sur un ensemble de concepts susceptibles d'éclairer la condition symbolique, politique, historique et identitaire de l'infirmière en tant que femme et professionnelle du soin. Ainsi, il a été question de la charge sexuelle liée à sa présence, de l'image et de la sensation maternelles auxquelles elle renvoie, de la catégorie analytique du genre abordée sous l'angle du pouvoir, du rapport à soi et à l'autre, de la performativité sexuelle, et enfin du panorama historique recouvrant les conditions de sa professionnalisation et de son rapport au *care*.

Mais comme objectif ultime, la compréhension de la condition et des différentes affectations génériques de la réalité infirmière devait servir à postuler les termes d'une distinction (hypothétique) plus ou moins marquée entre devoir et vouloir, entre reproduction et production culturelle, entre vertu «naturelle» et vertu de savoir... *entre restriction morale et volonté éthique*. La question qui s'esquissait en fond était essentiellement à caractère philosophique: pouvons-nous croire en *un passage*, au sein de la communauté féminine infirmière, *d'une intervention morale à une intervention éthique*? Pouvons-nous dire que *le plaisir* relatif au fait de *se lier en aidant* se serait accentué dans la pratique infirmière? Enfin, pouvons-nous croire qu'une "*different voice*", qu'une façon particulière d'être dans le monde existe, qui correspond à *l'expérience relationnelle*, qui rejoint historiquement les femmes et qui, pour la force vitale qu'elle libère autant qu'elle procure, implique *nécessairement* la condition de plaisir?...

Dans cette dernière partie, qui se consacre à l'analyse des données de terrain (ainsi qu'à la description des profils personnels pour chaque groupe d'âge interrogé),

je tenterai de refocaliser ma réflexion sur les éléments constitutifs de l'hypothèse, c'est-à-dire sur la série de questions fondamentales exposée ci-dessus. Sans revenir de façon explicite sur tous les aspects de la théorie éthique de Graciela Hierro (qui a été exposée dans son détail lors du premier chapitre dans le but de comprendre sa proposition de la façon la plus complète possible, même si une partie de celle-ci débordait le cadre de la présente recherche), j'observerai une démarche féministe qui, de façon spécifique, m'a été inspirée par les grandes lignes de sa pensée, m'a fourni les outils appropriés pour une analyse «toute en nuances» d'une réalité contemporaine en apparence traditionnelle, celle de la femme soignante, celle de l'altruisme en milieu infirmier.

Mais commençons par quelques précisions. D'abord, il était évident que le caractère largement théorique de ma démarche, le postulat féministe de la perspective de genre ainsi que les nombreuses appréhensions symboliques à l'endroit des infirmières vues comme catégorie féminine et sociale, allaient me jeter sur la piste d'une analyse *politique* de leur expérience. Or, l'anthropologie post-moderne, et plus précisément l'approche phénoménologique, cherche à situer l'expérience subjective au point de départ de toute configuration culturelle, cherche à rappeler la constante dialectique qui unit le sujet à son environnement dans une contribution *mutuelle* et une circularité interdisant toute forme de déterminisme ou d'analyse causale. Selon cette logique, le sujet est politisé dès le moment même où l'on s'y intéresse, car on posant notre regard sur lui, en le nommant, en le catégorisant, on masque le portrait «mobile et friable» de son expérience vue comme phénomène intégral et unique. Cette politisation du sujet est vue par la phénoménologie comme un fait inévitable, oui, mais à la fois comme une démarche condamnable. Plus encore, un travail parfaitement phénoménologique nierait la possibilité d'analyser les discours à partir de notions théoriques qui schématiserait le sujet, qui, justement, le politiseraient avant même qu'il n'émerge, avant même qu'il ne se livre, ne se dévoile (à travers, entre autres, le langage). À ceci je répondrais deux choses.

Premièrement, en ce qui concerne ma recherche, les différentes étapes qui m'ont menée à elle et ont déterminé son déroulement ne me permettaient pas

d'envisager une analyse phénoménologique au sens plein (par exemple le fait d'avoir formulé, avant la démarche de terrain, une hypothèse claire et basée sur un raisonnement théorique, plutôt que d'avoir simplement formulé une question). Mais comme je le disais en introduction, cette façon de faire ne devait point me limiter dans la mesure où j'acceptais de voir l'hypothèse réfutée sur le terrain, dans la mesure où à partir et autour d'elle je laissais d'autres questions venir, d'autres notions faire sens.

De plus, la perspective de genre m'était chère dans ce travail que je souhaitais texturer d'une forme certaine d'engagement; dès lors, je me suis proposée de réaffirmer ma posture féministe (ce qui impliquait *de facto* une exploration théorique à saveur politique) tout en saisissant les discours sensibles dans une perspective de révision, de «second regard». En un mot, je me suis fixée l'objectif un peu audacieux de *réconcilier le politique et l'expérience*.

Ensuite, puisque l'intention de ma recherche était de voir si une expérience à teneur traditionnellement féminine pouvait persister à l'intérieur d'une même division sexuelle tout en acquérant de nouvelles significations, je ne m'intéressais ni ne m'attendais à voir disparaître, dans les discours des plus jeunes, la terminologie du féminin dévoué et «au service»; je devais me pencher sur les diverses formes de canalisation de cette dévotion à autrui, j'espérais, en quelque sorte, retrouver une sorte d'«affranchissement sensible et personnalisé». Je voulais vérifier si le *care* d'aujourd'hui (professionnel et profane), couplé à de nouvelles formes d'affirmation de la féminité, pouvait avoir libéré de nouvelles forces, de nouvelles formes d'être et de sentir (le plaisir, par exemple, de participer de façon libre et consciente à la création d'un monde humain, qui vient supplanter la sensation de conformité sexuelle davantage «réconfortante» et «sécurisante» que plaisante et valorisante). Je voulais me garder de mettre en marche le «détecteur d'oppression féminine»... J'espérais, si possible, détecter autre chose, et arriver à sortir du débat politique entourant la division sexuelle du travail.

Aussi, puisque le thème de ma recherche renvoyait de façon plus spécifique

à la culture féminine qu'à la culture professionnelle, il me fallait déterminer la valeur plus ou moins traditionnelle *d'un ensemble* d'expériences de vie se rattachant à l'identité et au rôle de genre et forcément interconnectées les unes aux autres. C'est pourquoi mon investigation ne s'est pas limitée aux diverses traductions de l'expérience altruiste et féminine à l'intérieur du rôle d'infirmière; je voulais saisir des contextes appartenant à l'ensemble du réel féminin et relationnel de ces femmes. En d'autres termes, je voulais m'intéresser à leur vie professionnelle mais aussi extraprofessionnelle (situation conjugale et familiale, maternité, degré de soin porté à soi-même dans la vie de tous les jours, fiertés personnelles, confiance en soi, croyances religieuses, etc).

Dans ces circonstances, les données recueillies ne m'ont pas acheminée vers une analyse extrêmement détaillée et définie des propos relatifs à la signification du *care* ou encore à la moralité versus l'éthique relationnelle. Toujours est-il que je n'espérais pas le contraire étant donnée la dimension réduite de cette étude, et ma démarche m'a surtout permis d'établir des liens entre la perception des soins dans leur valeur féminine (entre autres) et la biographie de ces femmes, m'a permis de calibrer certaines expressions liées au métier en mettant celles-ci en relief grâce à un réservoir d'autant plus vaste de sensations et d'opinions vis-à-vis du rôle de chacune d'elles, femme, dans la société.

Enfin, certaines considérations sont à faire quant à la comparaison intergénérationnelle. Tout d'abord, je me suis vite rendue compte que s'il y avait lieu d'observer un décalage entre une pratique infirmière d'un côté «au service» (lignée morale) et de l'autre «au nom d'un choix, d'une conviction» (lignée éthique), il n'était que très peu visible entre les deux groupes d'âge interrogés. Un tel décalage était certes prégnant entre les données bibliographiques portant sur la garde-malade du tournant du siècle et celles des manuels scolaires de la dernière décennie, mais dans l'actualité, les divergences observées entre les mentalités des deux générations (50 ans et plus; 30 ans et moins) me sont apparues plutôt subtiles. Il était évident que les visions avaient évolué, mais un des buts de cette recherche était de documenter, en récits écrits et en paroles, certains aspects de l'expérience féminine qui faisaient en

sorte que parallèlement à la modernisation des soins... quelque chose était aussi resté pareil. Les générations interrogées étaient *toutes deux* subséquentes à la Révolution tranquille (du moins les années correspondant à leur pratique professionnelle) et avaient *toutes deux* été touchées soit par les grandes réformes scolaires soit par la révolution féministe et les bouleversements qui s'en sont suivis dans la structure des rapports familiaux, conjugaux, etc. Je me trouvais donc en présence de deux groupes sociaux qui correspondaient bel et bien à deux «moments» distincts sur l'échelle évolutive des mentalités en soins infirmiers, mais il ne s'agissait pas de deux extrémités: face aux plus jeunes qui, si je peux m'exprimer ainsi, occupaient le pôle de «l'extrême modernité», les plus âgées se trouvaient à occuper une «zone tampon», une zone de transition (enfin, c'est ce qu'il m'a semblé..). Sans pour autant empêcher la comparaison intergénérationnelle, cet «entre-deux» (appartenant à la génération des *baby boomers*) m'a forcée à effectuer une analyse comparative beaucoup plus nuancée que ce à quoi je ne m'étais attendue.

Enfin, outre l'immense subtilité des différences relevées entre les deux groupes, ce sont aussi *les ressemblances* qui, souvent, révélaient quelque chose d'inattendu, de significatif. La similitude souvent rencontrée entre les diverses expériences relatées m'a conduite, dès le départ, à briser ma «pensée binaire» et à me détourner du regard dichotomique que je m'apprêtais à poser au moment du terrain. De plus, l'aspect «ressemblances» des résultats liés à la comparaison intergénérationnelle m'a permis d'accorder une valeur et une signification différentes à certaines des propositions entourant mon hypothèse, ce qui bien sûr enrichissait l'analyse mais en plus me dégageait du carcan d'une conclusion qui simplement «confirme» ou «réfute». Différences, ressemblances, profils, expériences... nous les avons nommés et observés, il est maintenant temps de les interpréter.

2. Présentation des données brutes et premier palier d'interprétation

2.1 Chez les plus âgées:

Comme je le mentionnais un peu plus haut, mes entrevues ont été construites de façon à recueillir des informations sur une diversité de domaines se rapportant à l'expérience personnelle, féminine et relationnelle des infirmières. La structure des l'entretiens comprenait trois sections portant respectivement sur: le profil et le cheminement personnel; l'expérience corporelle; les perceptions et expériences se rapportant au soin et à l'identité féminine. Les données qui suivent seront présentées par section et suivant l'ordre ci exposé.

2.1.1 Profil personnel:

Commençons d'abord par la situation conjugale et familiale. Cinq informatrices sur sept sont mariées ou l'on été (deux sont divorcées) et toutes, sauf une, ont des enfants. Le nombre d'enfants varie surtout entre une et deux, sauf dans deux cas où ils sont au nombre de quatre et de cinq. L'âge à la naissance du premier enfant est quand même variable mais ne descend jamais plus bas que 21 ans (varie entre 21 et 31 ans). Concernant la dynamique conjugale, la plupart font état d'une division traditionnelle (sexuelle) des tâches domestiques et du soin des enfants. Mais dans l'ensemble, elles disent vivre et avoir bénéficié d'une relation de couple saine et respectueuse ainsi que d'une bonne présence du conjoint dans l'éducation des enfants. Plusieurs ont travaillé à temps partiel pour arriver à être davantage auprès des enfants. Une seule, divorcée, dit avoir souffert d'une relation conjugale très traditionnelle, inégale et non valorisante: «Avant j'étais «la femme de»... maintenant je suis moi».

Au niveau des origines maintenant, deux seulement ont grandi dans la grande région montréalaise (mais l'ont quitté depuis environ 30 ans), contrairement à

toutes les autres qui sont nées et habitent à Victoriaville ou St-Hyacinthe ou dans les régions environnantes. Deux seulement ont grandi en campagne et confient avoir reçu une éducation des plus traditionnelles, l'une d'entre elles atteste même que pour son père, étudier c'était «ne pas être comme le vrai monde». En fait, c'est l'ensemble des informatrices qui dit avoir reçu une éducation traditionnelle et toutes (sauf une, celle ci mentionnée) font correspondre à celle-ci leur acquisition de «belles valeurs». Lorsque je leur demandais dans quelle mesure elles croyaient que leur éducation et leur famille étaient intervenues dans leur choix d'étudier et de travailler dans le domaine des soins infirmiers, toutes soutenaient que c'était d'abord et avant tout leur choix, qu'à l'époque l'éventail des professions accessibles aux filles n'était pas très large (on devenait infirmière ou alors enseignante ou secrétaire) mais qu'elles étaient «tournées vers les autres par nature», qu'elles aimaient prendre soin des autres déjà toutes jeunes ou encore qu'elles en avaient hérité la tâche (en tant qu'aînée de la famille..). Une seule disait être attirée par le volet médical de la profession.

Le curriculum de la formation est quant à lui assez classique: quatre (les quatre plus âgées) ont été formées dans les écoles d'infirmières (intégrées dans les hôpitaux) puisque comme elles le soulignent, «il n'y avait pas d'autre alternative»; les trois autres ont suivi la technique au collégial, pour deux d'entre elles alors même qu'elle voyait le jour et pour la troisième à l'âge de 31 ans, pour un retour aux études en 1985. À noter, aucune n'a suivi de formation universitaire.

Quant au cheminement professionnel, les départements occupés sont surtout la chirurgie, la pédiatrie et la médecine adulte, sauf un cas en salle d'opération et un autre en soins prolongés. Pour exprimer les préférences quant aux diverses spécialités, les commentaires varient entre une sensibilité face à la souffrance, la vie et la mort, la charge de travail, le travail d'équipe plus ou moins possible et la place disponible pour le *care*. La plupart s'imaginaient bien dans les départements qu'elles ont finalement occupés et ne manifestent pas de déception ou de regrets de n'avoir pas pu faire autre chose (sauf peut-être celle qui était davantage que les autres attirée par la médecine, qui aurait sûrement apprécié vivre «l'adrénaline de l'urgence», et

une autre qui, sans grand désappointement apparent, dit avoir voulu suivre une spécialisation en cardiologie mais avoir dû y renoncer parce qu'elle avait dû déménager). Enfin, deux sont retraitées.

En outre, toutes les informatrices se disent croyantes (catholiques), deux d'entre elles sont particulièrement pratiquantes et se trouvent à être impliquées soit dans un groupe spirituel (Cursillo) soit auprès d'une congrégation religieuse à vocation infirmière et charitable (les Hospitalières de St-Joseph).

2.1.2 Expérience corporelle:

Question de «crever l'abcès» et de passer à autre chose... je débute cette section de l'entrevue par la question la plus délicate, soit «avez-vous déjà vécu une expérience d'agression sexuelle ou de non respect de votre intégrité physique» (en précisant qu'elles étaient dans leur droit de ne point répondre). À cette question, une seule a ressenti un malaise et a répondu par l'affirmative en me confessant que longtemps elle a «gardé ça en dedans» mais que suite à son divorce qui lui a permis de se libérer, de s'affirmer, «ça a fini par sortir» (l'événement n'était pas survenu en milieu de travail). Une autre m'a mentionné, sans grand malaise et avec même un petit rictus, avoir été l'objet d'un attouchement venant d'un patient, mais «rien de traumatisant»... Quant au fait de savoir si au travail elles se sentaient vulnérables en tant que femmes, la réponse a été unanime: non.

Le rapport au corps m'est apparu assez similaire entre les informatrices: toutes (sauf une) se disent un peu complexées mais en même temps bien dans leur peau. On voit que ce sont des femmes qui ont appris à prendre soin d'elles avec le temps (maturité, les enfants sont partis..). que ce soit sur le plan esthétique ou alors au niveau d'une alimentation saine, etc. Deux d'entre elles avouent s'occuper moins d'elles-mêmes que des autres, que la famille mais aussi le travail y sont pour quelque chose. L'une de celles-ci, ayant toute sa vie porté une bonne partie du poids de la famille mais surtout des finances, ne s'est toujours que très peu offert et dit «avoir

manqué d'espaces pour elle» tout en précisant, cependant, «j'ai une vie modeste et j'aime ça». Une autre (celle qui n'a pas d'enfants) s'entraîne beaucoup et dit l'avoir fait toute sa vie, affirme ne pas être complexée et prendre le temps de s'occuper de sa santé.

Les périodes de maladie sévère ne semblent avoir été le lot d'aucune, sauf dans le cas d'une infirmière qui me disait que suite au refus de l'hôpital de payer la formation relative au déplacement des patients, elle avait été victime d'une entorse lombaire. Une autre, du même établissement, me signalait que c'est seulement en réponse aux pressions de la CSST que l'hôpital avait tout récemment convenu d'offrir obligatoirement la formation. Du côté de la santé psychologique, deux ont vécu le *burn out* qu'elles associent un peu au travail mais surtout à une situation de vie générale regroupant une multiplicité de facteurs irritants (implications trop nombreuses, bénévolat, charge des enfants, mariage difficile, etc). Une seule affirme avoir traversé une dépression majeure mais semble vouloir exclure l'influence du travail dans l'avènement de celle-ci, soulignant surtout la lourdeur et la longueur de sa ménopause. À l'exception d'une seule informatrice qui en parle avec le sourire, la ménopause semble par ailleurs avoir été plutôt dure pour l'ensemble du groupe qui affirme avoir pris des hormones et avoir vécu cette période de «difficilement» à «très mal».

Quant à la perception du rôle que joue le corps dans le métier (le corps et ses images, ses fonctions), j'ai entre autres voulu savoir ce que des infirmières ayant pour plusieurs connu la coiffe et le tablier pensaient de l'uniforme et de la place que celui-ci devait accorder à la démonstration des attributs féminins. La réponse a été unanime: ce qui importe est le confort et un minimum de décence, de propreté, et la féminité n'a pas besoin d'être dissimulée si elle se maintient à l'intérieur de ce cadre discret qui, par ailleurs, impose le respect. Toutes s'opposent au jeans à l'exception d'une seule qui l'apprécie et l'adopte. Je leur ai ensuite demandé qu'est-ce qui, parmi les gestes et fonctions corporels liés au soin, était selon elles susceptible de produire le plus grand effet sur un patient. En réponse à cette question, le sourire est sorti bon

premier suivi d'un ensemble d'attitudes reliées davantage à une qualité d'état et de présence qu'à des fonctions spécifiquement corporelles ou «sensorielles» (confiance, douceur, calme, etc). Une infirmière a toutefois insisté sur le toucher, celle-là même qui parmi toutes les entrevues m'a fourni le discours le plus «passionné» je dirais, à propos du *care*. Pour donner une idée du type de soins qu'elle préconisait tout en déplorant le manque de temps qui empêche les infirmières d'aujourd'hui d'appliquer une telle approche, je termine en transcrivant la description qu'elle m'a fait de sa «routine type» à la fin d'un quart de travail (qu'elle devait parfois prendre du temps supplémentaire (non rémunéré) pour accomplir..). Donc au coucher du patient: allonger sur le dos; faire bouger les jambes; faire prendre des respirations; laver le dos et les fesses; mettre de la poudre sur les fesses; changer la lèze; retourner sur le côté; mettre un oreiller sur le dos et entre les jambes; reconforter, caresser; et enfin signaler «si vous avez encore besoin vous m'appellez et je reviens!».

2.1.3 Les soins et l'identité féminine: perceptions et expériences:

Les récits associés à la troisième partie des entrevues m'ont permis d'approfondir sur trois aspects de l'expérience des infirmières, soit les diverses visions et approches se rapportant à l'expertise de chacune, les perceptions multiples face à leur environnement professionnel et aux enjeux s'y rattachant, et enfin la position de chacune face à la «question féminine» des soins.

Concernant, d'abord, l'expertise personnelle, j'ai voulu savoir quelle évaluation les infirmières faisaient d'elles-mêmes, de leurs propres qualités et compétences. Je leur ai tout d'abord demandé si elles considéraient avoir confiance en elles. Deux ont répondu oui et une non, alors que plus de la moitié se sont limitées à qualifier leur confiance en elles de «moyenne». Quant à l'auto évaluation de leurs compétences professionnelles, toutes ont dit qu'elles s'estimaient compétentes et qu'elles considéraient qu'elles étaient «à leur place» dans ce métier.

Un peu dans la même lignée, je leur ai demandé qu'est-ce qu'elles considéraient être leurs plus grands acquis, leurs plus grandes fiertés personnelles. La

plupart m'ont parlé de leurs enfants et / ou petits enfants (une s'est même levée pour me les montrer en photo) mais aussi de leur travail dont plusieurs me disent avoir conscience de la «bonne image» qu'il projette en société. Une des informatrices, souriante, visiblement heureuse et déclarant avoir été constamment satisfaite dans sa vie de couple, professionnelle et maternelle, m'a dit «ma plus grande fierté, c'est d'avoir toujours pu vivre selon mes valeurs. On change pas le monde mais on a tous un rôle à y jouer».

Je m'intéressais à savoir si le fait de constamment aider les autres dans leur métier amenait les infirmières à aider même en dehors de celui-ci, bref, si leur expertise et leur propension au *care* les faisaient occuper un rôle de ressource humaine dans leur environnement social. Dans l'ensemble, elles m'ont dit que c'était surtout les gens qui venaient vers elles pour réclamer leurs conseils (famille et amis qui se questionnent sur un «petit bobo») et contrairement à ce que je croyais, leur vécu altruiste de tous les jours ne semble pas faire d'elles des femmes beaucoup plus impliquées que d'autres dans leur communauté ou environnement social. Autrement dit, elles se disent portées vers les autres *depuis toujours* et le métier n'est pas nécessairement responsable du développement de leur altruisme... elles «sont» comme ça. Aussi, lorsque je leur ai demandé si elles croyaient qu'elles auraient été autrement si elles avaient exercé une autre profession, les réponses obtenues ont été tant affirmatives que négatives. Négatives puisque comme mentionné ci-dessus, elles «sont par nature» tournées vers les autres et selon leurs dires, cette qualité serait restée au fondement de ce qu'elles sont peu importe le métier qu'elles auraient fait. Affirmatives cette fois, en raison des outils de vie qu'elles disent avoir effectivement acquis grâce à leur métier d'infirmière: valorisation du fait d'être responsable de vies humaines, apprentissage et diminution de la peur face à la mort, capacité d'évaluation éthique (l'une me cite l'exemple de l'avortement), tolérance et valeurs humaines du fait de côtoyer sans cesse la souffrance.

Une autre série de questions renvoyait à l'interprétation spécifique du *care* et de ses diverses implications. Pour commencer, et comme je l'ai à un moment indiqué, toutes sans exception sont d'accord pour dire que pour se préserver, l'infirmière doit imposer des limites à son engagement humain. Le terme de

l'empathie est d'ailleurs souvent emprunté pour exprimer l'idée selon laquelle l'engagement est essentiel en soins infirmiers, mais pas n'importe quel engagement. Au niveau communicationnel maintenant, je les ai questionnées sur ce qu'elles croyaient être la chose la plus importante à transmettre à un patient. «Lui faire comprendre qu'il est unique», «le sécuriser en lui démontrant que l'infirmière qui s'occupe de lui a confiance en elle», «le guider de façon à ce qu'il devienne autonome» ou encore «répondre à ses besoins fondamentaux» sont autant d'exemples de réponses qui traduisent la perception somme toute variable des infirmières vis-à-vis des buts fondamentaux du soin.

Question d'aller disons «droit au but», je leur ai aussi posé la question suivante: «de quelle façon définissez-vous votre expérience altruiste?». Les paroles recueillies me sont apparues d'une grande richesse... En général, les termes employés affichent une correspondance certaine, si je puis m'exprimer ainsi, avec le profil personnel de la personne et le type d'attitude préconisée au travail (sans pour autant, je précise, qu'une telle observation renvoie systématiquement à une analyse causale).

Par exemple, une des informatrices m'a semblé se démarquer de par la force de son caractère, de par sa détermination, par le fermeté et la franchise de ses propos et convictions. Elle n'est pas mariée, elle est celle qui s'entraîne beaucoup et dit ne pas être complexée, celle aussi qui accorde le plus d'importance au processus d'autonomisation du patient. Cette même informatrice, toujours est-il, a insisté sur l'importance de ne point définir l'altruisme en soins infirmiers comme un autosacrifice: «je veux rendre service à l'humanité souffrante mais sans y laisser ma peau... je ne suis pas quelqu'un qui ménage la chèvre et le chou». D'un autre côté, l'informatrice qui affiche les plus grandes affinités avec la vision du soin comme dévotion charitable et démonstration inconditionnelle de "*tender loving care*" (celle qui se dit «catineuse», et qui me décrit sa routine au coucher d'un patient) m'a décrit, sans hésiter un instant, son expérience altruiste par cette courte phrase (citée dans un chapitre antérieur): «je suis en respect avec mon essence profonde». Enfin dans l'ensemble, reviennent souvent des expressions telles que «c'était comme naturel» ou encore, dans un rapport moins fréquent cependant, «c'est valorisant».

Maintenant, voyons un peu quelles sont les observations que font les infirmières dans la cinquantaine à l'égard de leur environnement professionnel. Premièrement, quelle est leur satisfaction générale quant aux conditions de travail? À cet effet, l'argument de la surcharge de travail et surtout de la vitesse excessive à laquelle sont incorporées de nouvelles tâches techniques revient de façon assez généralisée. Trop de patients, trop d'exigences et souvent peu de reconnaissance... L'une déclare que «si la vocation n'est pas morte la vision du métier, elle, s'est banalisée... parfois, les patients sont comme à l'hôtel». Sous un angle différent, une autre affirme sentir que les patients sont de plus en plus reconnaissants mais que c'est la société qui valorise moins qu'avant le métier. Autrement, elles sont en général satisfaites de leurs conditions salariales sauf dans deux cas où elles réclament l'application de l'équité salariale ou encore une augmentation du salaire disant que «ça vaut plus». En outre, on se plaint un peu des horaires difficiles (quarts de soir et de nuit).

J'ai abordé la question des rapports hiérarchiques en milieu médical dans le but de déterminer jusqu'à quel point les infirmières pouvaient se sentir impliquées dans ceux-ci, si cette réalité les touchait et comment, puis enfin qu'est-ce qu'elles en pensaient. Alors que l'une me déclare «ça n'a pas vraiment changé, ça ne me dérange pas vraiment, on a été formées comme ça», une autre affirme «ça a tellement changé... avant les médecins étaient comme des Dieux!». La même disparité dans les visions transparaît dans les témoignages à l'endroit des différences de comportement entre les médecins-femmes et les médecins-hommes, bien que dans la grande majorité des cas il soit admis que les médecins-femmes ont une attitude un peu plus respectueuse. Disons qu'en général elles remarquent une amélioration dans les rapports entre médecins et infirmières ainsi qu'entre les infirmières et les auxiliaires depuis l'arrivée de la structure en travail d'équipe, et elles s'en disent satisfaites. Elles sont toutes d'avis qu'une définition de tâches claire pour chacun des membres d'une équipe de travail est essentielle, mais que les rapports de pouvoir sont peu souhaitables. À plus d'une reprise on insiste sur l'idée selon laquelle le processus de guérison des patients ne peut être garanti que par l'intervention concertée d'un ensemble de compétences et que «c'est avant tout un travail d'équipe».

Question d'aller une seconde fois «droit au but»... je leur ai demandé de me parler de leurs coéquipières plus jeunes et de m'indiquer quelles étaient leurs observations et opinions à propos de leurs façons de faire, leur mentalité, leur discours. Elles n'ont en général rien à redire sur la droiture et la sincérité de leur volonté à bien soigner. Elles notent cependant certaines choses que l'on pourrait peut-être qualifier de «critiques», bien qu'au départ il ne s'agisse que d'observations et que dans les faits elles n'empruntent pas de façon si marquée le ton de la réprimande. Mais voyons voir. Si je me réfère à un ensemble de commentaires isolés, les plus jeunes infirmières seraient «plus combatives» (avec la Direction de l'hôpital par exemple), elles auraient tendance à «argumenter davantage avec les autres» (notamment les plus âgées), elles seraient «plus près de leur définition de tâches», «catineraient moins» et enfin afficheraient une certaine «déresponsabilisation», un certain «désengagement» à l'égard du processus global de guérison.

En dernière partie de cette présentation des témoignages associés au groupe d'infirmières les plus âgées, voici un aperçu des différentes opinions et croyances que celles-ci partagent à l'égard du principe féminin communément associé aux soins infirmiers. En premier lieu, j'ai voulu clarifier dans quelle mesure, pour elles, le parallèle unissant les concepts du soin et de la maternité pouvait encore être en vigueur aujourd'hui. J'avoue avoir été un peu surprise en constatant que toutes, à l'exception d'une seule qui déplore la perte du lien fort entre les deux concepts (celle que j'ai considéré être la plus encline à un *caring* de type vocationnel et charitable), s'entendent pour dire que le *care* et la maternité sont deux choses bien distinctes. Quelques unes acceptent à tout le moins qu'une certaine analogie existe entre les deux, d'autres vont plus loin et rejettent le parallèle (sans discours pour autant enflammé, précisons).

Je les ai ensuite questionnées sur leur croyance plus ou moins grande en une «sagesse proprement féminine» et dans un même ordre d'idées, sur leur impression quant au fait qu'une partie de leur expertise soit potentiellement due à leur «être femme». À cet effet, j'ai senti dans pratiquement tous les témoignages une même ambiguïté, en ce sens que toutes semblaient portées à répondre dans une sorte d'élan

naturel que oui, l'humanisme avait quelque chose de féminin, et par la suite elles révisaient le diagnostique pour finalement revenir à leur première impression dans ce que je dirais être un consensus entre la raison et l'intuition. Cette incertitude m'a donné l'impression qu'à un moment, la croyance en un savoir proprement féminin leur permettait de s'attribuer une force, une fierté et qu'à un autre moment, elles prenaient conscience des préjugés et autres formes d'oppression associées à cette «vieille mentalité», puis repoussaient l'idée. Toutes étaient d'accord pour dire que la culture avait sa part de responsabilité dans l'attribution des rôles sexuels et que le *caring* était surtout une aptitude *humaine*. Mais toutes ont également soutenu que la nature y était aussi pour quelque chose et que l'altruisme, l'humanisme, «c'est en nous les femmes».

Donnant suite à leurs commentaires concernant l'aspect «humain» du *care*, je leur ai demandé ce qu'elles pensaient des infirmiers et de leurs compétences. Dans des termes encore une fois nuancés, les opinions se rejoignaient une fois de plus et chacune me disait croire en leur grand potentiel en remarquant toutefois qu'ils se distinguaient sur certains points des infirmières. Pour reprendre certaines des expressions employées, les infirmiers «seraient plus près de la technique», «auraient moins d'intuition», «manqueraient un peu de finition», «n'auraient pas le même type de sensibilité» et «feraient davantage preuve d'humour» dans leur approche avec le patient.

Et finalement, que pensent-elles du féminisme? À ce titre les témoignages varient assez, quoique la vision générale est beaucoup plus positive que négative. Fait intéressant, l'informatrice en apparence la plus «conservatrice» dans sa vision des soins (celle, encore, qui repousse le moins le parallèle entre soin et maternité) est celle qui a le plus milité en faveur de la cause féministe. La moins «traditionnelle» (celle qui dit «ne pas ménager la chèvre et le chou»), de son côté, soutient qu'à la suite de ses voyages elle a réalisé qu'on «se plaignait la bouche pleine» et qu'en fait, il fallait juste «prendre sa place». Chacune réclame une plus ample égalité à l'égard des hommes, l'une soutient qu'«on a encore beaucoup de chemin à faire» mais en même temps, on se sent très près d'un féminisme de la différence qui convoite l'égalité mais non la similitude des rôles sexuels: «je ne veux pas faire les affaires des

autres juste pour dire que je les fais quand au fond j'en ai même pas envie». On sent parfois une certaine réticence au fait de se dire clairement en faveur du féminisme, mais toujours en toile de fond, on perçoit un appui: «le féminisme», me dit une informatrice, «ne devrait pas être une fin en soi mais plutôt une rampe de lancement vers meilleur». Aucune, en conclusion, ne croit que le féminisme a engendré des changements dans l'identité et l'attitude des infirmières qui pourraient avoir occasionné des conséquences néfastes sur la qualité des soins promulgués aux patients.

2.2 Chez les plus jeunes:

Considérant que les témoignages des deux groupes d'âge affichent une similarité impressionnante dans la majorité des thèmes abordés en entrevue, je me contenterai dans cette section de noter ce qui, sommairement, m'a semblé chez les plus jeunes s'apparenter particulièrement ou alors se différencier des discours de leurs compatriotes plus âgées (je rappelle ici qu'il ne s'agit pour l'instant que de la présentation des données brutes).

2.2.1 Profil et cheminement personnel:

Visiblement, le mariage n'est plus monnaie courante chez les jeunes femmes de 30 ans et moins. Une seule est mariée, quatre sont célibataires et deux sont en relation avec la même personne depuis 11 et 15 ans mais ne sont pas mariées. La majorité ont des enfants au nombre d'un ou deux (les quatre plus âgées du groupes), les trois plus jeunes n'en ont pas. Fait surprenant pour celles qui connaissent la maternité, la moyenne d'âge à la naissance du premier enfant est inférieure par rapport à l'autre groupe (24,3 ans chez les plus jeunes face à 25,6 ans chez les plus âgées). Autre fait quelque peu inattendu, il ne semble pas y avoir de corrélation positive entre l'aspect plus ou moins traditionnel du lien conjugal (mariée ou pas) et la présence, plus ou moins traditionnelle encore une fois, du conjoint dans l'éducation des enfants. Une seule (celle qui est mariée) semble assez convaincue de la participation équitable de son mari dans l'éducation de leurs enfants, deux ne critiquent pas la paternité de leur conjoint mais admettent cependant qu'il est moins impliqué qu'elles dans le soin porté aux enfants, soin qu'elles disent être divisé, dans leur cas, de façon bien traditionnelle. Enfin, une est monoparentale (le père étant parti lors de la grossesse et n'ayant jamais rencontré son fils). Au niveau de la dynamique conjugale maintenant, dans l'ensemble elles disent vivre des relations respectueuses et égalitaires (une cependant n'a jamais eu de copain et les deux autres célibataires réfèrent à leurs anciennes relations) mais au niveau domestique, la majorité fonctionnent traditionnellement. Malgré certaines

expériences conjugales difficiles (par exemple la vie monoparentale et l'abandon pendant la grossesse ou encore le côtoiement de la drogue), je n'ai à aucun moment senti de frustration face aux hommes fréquentés.

Toutes les informatrices sont originaires de la région de Victoriaville et y vivent, à l'exception d'une (région de St-Hyacinthe). Une seule s'est établie en campagne. Sans grande différence avec les plus âgées, elles ont toutes reçu une éducation qu'elles qualifient pour la plupart de «traditionnelle mais ouverte». Elles parlent aussi de «belles valeurs» familiales, une précise toutefois qu'elle a surtout été éduquée par son père et qu'elle a plutôt acquis ses valeurs personnelles auprès de ses amis. Elles soutiennent toutes également que leur décision d'aller étudier en soins infirmiers relevait d'un choix personnel bien qu'elles aient eu pour certaines un modèle (leur mère, leur soeur, leur tante). Leurs parents les ont toutes beaucoup encouragées et soutenues dans leur choix et plus d'une affirmant: «ils ont voulu que j'aie des chances qu'eux n'ont pas eues».

Le degré de la formation scolaire est le point sur lequel les jeunes infirmières se distinguent le plus de celles de la génération précédente. Six informatrices sur sept ont soit fait le baccalauréat, sont en train de le faire ou le projettent sérieusement (par certificats cumulés) tout en travaillant! L'une d'entre elles m'a même dit vouloir poursuivre jusqu'à la maîtrise. Elles disent vouloir s'ouvrir des portes et acquérir la spécialisation qui, à les entendre, constitue une part importante de leur auto valorisation. J'ai déjà mentionné, dans un chapitre précédent, cette phrase significative venant d'une jeune informatrice de 24 ans: «je ne veux pas être au chevet toute ma vie!» Ce qui frappe également dans le cas des jeunes infirmières, c'est cet intérêt marqué qu'elles ont pour le volet médical si on met en relief avec «l'appel du *care*» plus présent un peu chez les plus âgées.

Pour ce qui est du département d'occupation, elles sont toutes dans la «jeunesse» de leur carrière et sont en conséquence toutes volantes (couvrent plusieurs départements). Les points sur lesquels elles se basent pour exprimer leurs motivations

et préférences quant au département «idéal» à occuper se rapprochent sensiblement des points soulignés par les plus âgées: temps disponible pour le *care*, niveau de *challenge* (en salle d'opération par exemple), intérêt pour les enfants, satisfaction à voir le patient évoluer tout au long de son suivi et contact avec les familles (soins intensifs) ou encore éloignement face à la souffrance (salle d'accouchement ou chirurgie d'un jour).

Et, enfin, dernier point quelque peu inattendu, toutes les jeunes infirmières que j'ai interrogées m'ont affirmé être croyantes (catholiques). La plupart se disent par contre peu ou non pratiquantes, l'une d'entre elles me dit «croire à sa façon». Mais dans l'ensemble, les réponses traduisent clairement que leur confession est bel et bien *catholique*.

2.2.2 Expérience corporelle:

En réponse à la question délicate concernant l'éventualité d'une expérience passée d'agression ou de non-respect de l'intimité sexuelle, une seule a avoué l'avoir vécu une fois au travail et ne pas avoir apprécié du tout, sans cependant qu'elle en soit restée marquée profondément. Deux autres ont fait mot d'une telle expérience mais cette fois en dehors du travail et une des deux m'a confié en avoir beaucoup souffert, m'a dit s'être vue complètement affectée dans son estime d'elle-même et ce durant toute la période de ses études. C'est suite au fait d'avoir consulté et d'avoir enfin pu obtenir un poste d'infirmière qu'elle m'a dit avoir repris confiance en elle, être entrée en contact avec les autres et être parvenue à rétablir sa capacité de communication. Comme c'était le cas avec les 50 ans et plus, la plupart des jeunes ne se sentent pas vulnérables au travail du fait d'être des femmes (l'une dit même «je suis habituée, je travaille dans un bar!»), quoi qu'on note, particulièrement chez trois d'entre elles, une certaine «conscience» de la chose (par exemple, une me dit qu'elle sent que les patients ont une vision des infirmières comme étant «sexys»).

Du côté de la santé et du rapport personnel au corps, les jeunes s'expriment

d'une façon semblable aux plus âgées: elles ont de petits complexes mais sans plus, encore une fois une se démarque par sa discipline à s'entraîner plusieurs fois par semaine, les autres disent s'occuper d'elles mais ne pas non plus être ascètes (ne mangent pas mal, soignent un peu leur apparence mais restent «naturelles»). En un mot, elles ne se négligent pas mais d'un autre côté, elles ne sont ni des «granols» ni des «canons de beauté», si je puis m'exprimer ainsi... Celles qui ont des enfants soulignent toutefois «passer parfois en deuxième». Deux disent avoir connu une période de maladie mais n'en tiennent pas le travail responsable, une a connu la dépression et s'est tristement rendue jusqu'à effectuer une tentative de suicide (dépression situationnelle pendant la période d'études). Enfin aucune n'a connu de *burn out*.

Quant aux perceptions de chacune concernant le rôle de l'image et des fonctions corporelles dans la pratique infirmière, j'ai recueilli des discours semblables à ceux de l'autre groupe générationnel à l'égard de l'uniforme et des attributs féminins devant ou non en faire partie (on mise sur le confort et la décence, une apparence plutôt neutre mais pas nécessairement asexuée). Elles accordent elles aussi, finalement, une importance particulière au sourire et à la fonction du toucher dans le langage corporel propice à l'octroi de bons soins, et une des informatrices mentionne l'importance d'observer des «gestes maternels».

2.2.3 Les soins et l'identité féminine: perceptions et expériences:

La façon qu'ont les jeunes d'interpréter leur propre compétence ainsi que les différentes implications liées à leur expertise altruiste ressemble et à la fois se distingue de celle de leurs collègues aînées, comme tout le reste quoi... D'abord, elles ont une confiance en elles qu'elles qualifient aussi de «moyenne» mais précisent souvent qu'elles voudraient l'améliorer. Leurs plus grandes fiertés sont leur couple et leurs enfants pour celles qui en ont, mais c'est de loin le travail et le fait d'avoir accompli des études qui viennent, de la façon la plus générale, s'afficher comme point d'ancrage de la valorisation personnelle. En effet, j'ai pu noter que pour la

majorité d'entre elles (quatre surtout), l'acquisition d'une autonomie financière, la recherche de performance ainsi que le désir de se démarquer occupaient une place de choix dans leurs motivations et fiertés rattachées à la profession (notons que cet aspect est beaucoup moins présent dans les discours des plus âgées). De plus, elles s'estiment toutes être de bonnes infirmières mais rajoutent souvent «je veux en savoir plus» ou encore «j'ai une soif de connaissances». Il n'y a pas que les jeunes qui m'ont dit vouloir s'améliorer, mais disons qu'elles insistent sur ce point de façon particulière.

Encore une fois, les deux groupes d'âge se rejoignent par rapport à la question de l'engagement humain dans les soins infirmiers: toutes les jeunes sont d'accord pour dire qu'il faut savoir y faire attention, qu'il faut être capable de marquer une limite. Sur la façon fondamentale, maintenant, d'effectuer un bon suivi du malade, il m'est apparu clair que les plus jeunes axaient surtout leur démarche sur le fait de favoriser et de développer son autonomie.

À propos de l'expertise reliée à leur altruisme professionnel, toutes s'entendent pour dire que leur rôle d'infirmière fait l'objet de sollicitudes de la part de leur entourage social et familial et que parfois, «ça fatigue un peu mais en même ça fait plaisir». Par contre, comme c'est le cas chez les plus âgées, cette expertise humaine et professionnelle qui les fait être quotidiennement impliquées auprès des autres n'engendre pas nécessairement chez elles une volonté plus marquée de s'impliquer sur le plan humanitaire ou sociocommunautaire. En effet, aucune ne se dit impliquée mais plusieurs rajoutent que ce n'est pas par manque de volonté mais bien par manque de temps... Face à elles-mêmes cependant, l'expérience quotidienne du soin semble leur procurer divers outils de vie comme par exemple le fait d'apprendre à apprivoiser la souffrance ou encore la capacité à entrer en relation: «ça m'a aidée à entrer en contact avec les autres, ça m'a appris à être humaine... c'est utile d'être humain!».

Autour, enfin, de la définition qu'elles font elles-mêmes de leur propre expérience altruiste, elles se démarquent de l'autre génération sur un aspect spécifique: l'accent mis sur la valorisation, sur «la tape dans le dos ou la seconde paye». Les infirmières dans la cinquantaine m'ont bien sûr elles aussi parlé de

l'aspect valorisant du métier, mais contrairement aux plus jeunes, c'est un point qu'elles abordent avec disons moins d'empressement. Comment dire... il ne m'a pas semblé que les jeunes «recherchaient» nécessairement et davantage le «retour» qu'est la valorisation mais plutôt qu'elles en «prenaient compte» un peu plus, qu'elles la «saisissaient» avec un peu plus d'enthousiasme. Outre la valorisation, j'ai senti chez une informatrice la présence du *plaisir* associé au simple fait d'aider: «j'aime ça, je veux aider, je suis là pour ça!». Chez une autre, j'ai senti la volonté de fixer des limites: «j'ai tendance à m'oublier pour aider les autres... mais m'en demande pas trop!».

Voyons un peu ce qui en est des perceptions à l'égard de l'entourage professionnel et des enjeux du milieu de travail. Certaines mentionnent l'inexistence persistante de l'équité salariale, d'autres se plaignent des horaires difficiles mais ce qui revient le plus souvent est encore une fois et sans contredit l'aspect «surcharge de travail» et «complexification des tâches». Les jeunes voudraient elles aussi avoir plus de temps pour le soin direct et non seulement elles n'en ont pas mais elles soutiennent que c'est bel et bien de pire en pire à ce niveau. Une informatrice apporte aussi un point nouveau, soit le fait que le baccalauréat ne soit pas suffisamment reconnu par rapport à la formation technique pour garantir l'octroi d'une rémunération légèrement supérieure pour un même poste (elle mentionne par ailleurs qu'elle et d'autres bachelières sont en train d'effectuer des pressions à Arthabaska pour l'obtention de la reconnaissance en question).

La question des rapports hiérarchiques en milieu hospitalier m'a semblé toucher davantage les jeunes infirmières que les plus anciennes. Elles précisent elles aussi que le travail d'équipe est fondamental à l'application des soins dans leur globalité et à la conservation d'un climat de travail sain, efficace et harmonieux. Mais la critique a quelque chose de plus prégnant à l'endroit de la «toute puissance» dont peuvent parfois faire preuve les médecins à l'égard des infirmières ou encore dans l'attribution des diagnostics. On sent qu'elles sont un peu plus «dérangées» par la manifestation de certains pouvoirs de statuts et qu'elles sont plus promptes à y réagir.

Cette forme d'affirmation, cette volonté d'affranchissement face à la vieille

mentalité infirmière de service in discriminatoire est également visible dans l'interprétation que font les jeunes du travail et de l'attitude de leurs coéquipières plus âgées. Elles admettent en général qu'elles se sont «adaptées» aux changements de mentalité et aux nouvelles techniques de travail mais une grande majorité des infirmières emploient à un moment ou l'autre des termes comme «plus dociles» ou «plus au service» (envers les médecins ou envers l'hôpital comme tel) pour décrire ce qu'elles considèrent être une caractéristique propre aux infirmières de la génération précédente: «nous, on a une vie en dehors de l'hôpital.»

Les opinions et croyances à l'égard de l'imagerie féminine associée au soin m'ont laissée quelque peu stupéfaite... Je croyais relever dans ce domaine des différences considérables entre les deux groupes d'âge, ce qui non seulement n'a pas été le cas mais même, je dirais que les opinions quant à la «question féminine» en infirmerie est le plus gros point en commun. D'abord en ce qui concerne le fameux parallèle maternité / *care*, les jeunes manifestent en générale le même rejet. Il est certes évident que plusieurs d'entre elles n'ont pas encore connu la maternité, mais disons qu'on sent une opposition semblable aux plus âgées (et même plus stricte à certains moments) dans le sens d'un refus à relier les deux termes au même espace *conceptuel* (et non *expérientiel*). En hésitant à envisager l'infirmerie comme une extension de la maternité, c'est la conviction professionnelle de la propre expertise qui vient faire écho, chez les jeunes comme chez les moins jeunes.

Quand je leur ai posé la question à propos du postulat féminin relié à l'expertise humaine, j'ai retrouvé la même ambivalence rencontrée chez les plus âgées à vouloir d'abord approuver le postulat, ensuite le questionner puis de nouveau l'approuver. Deux m'ont affirmé croire en l'aspect «construit» de celui-ci mais toutes ont finalement soutenu qu'il y avait forcément «un petit quelque chose de féminin» dans la capacité à humaniser. Des expressions telles que «dans les gènes» ou «biologique» sont même employées.

Et pour conclure, la vision du féminisme est en général très bonne, l'une me dit même que le féminisme ne peut qu'avoir contribué à améliorer l'image de l'infirmière et le respect porté à son endroit, et c'est généralement un féminisme «de

l'égalité» qui est abhorré (même chose que dans l'autre groupe). Toutefois, deux informatrices, les deux qui semblaient se démarquer le plus quant la fermeté de leur caractère, m'ont semblé manifester un petit signe d'agacement suite à la question «que pensez-vous du féminisme?» Ce que j'ai cru voir dans cette réaction est une volonté de préserver l'individualité en l'empêchant de se fondre dans une sorte d'homogénéité identitaire appelée «femmes», une volonté de croire qu'on ne doit son indépendance, ses acquis et ses aptitudes qu'à soi-même.

2.3 Données écrites: un exercice révélateur:

Après m'être entretenue verbalement avec les infirmières sur un ensemble de réalités concrètes issues de leur expérience affective, corporelle et professionnelle, j'ai voulu joindre à la trame discursive des témoignages oraux un autre élément d'investigation, soit une partie «questionnaire» prenant la forme de quatre exercices écrits et ayant pour but de débusquer de nouvelles sensations et interprétations langagières jusqu'à présent dissimulées. Un des axes importants de cette recherche consistait à effectuer un bilan des diverses traductions qui, sur le plan discursif et expérientiel, pouvaient aujourd'hui être faites de l'univers symbolique lié à la terminologie de l'éthique, de la moralité, de l'altruisme et du principe vocationnel. Or, c'est précisément à l'endroit de cette terminologie et de sa dimension théorique qu'il m'a fallu être discrète au cours des entrevues puisque je devais m'efforcer de formuler des questions qui, d'un côté, seraient le moins possible suggestives et de l'autre, ne risqueraient pas d'égarer les informatrices dans un labyrinthe de concepts à dimension trop intellectuelle. C'est pour remédier à cette problématique que j'ai alors opté pour l'élaboration de cette partie «questionnaire» qui donnerait la possibilité aux informatrices d'entrer en contact avec cette terminologie, de prendre le temps nécessaire pour y apposer une réflexion et laisserait émerger certaines sensations, certaines introspections à propos d'elles-mêmes que la spontanéité des questions orales n'avait peut-être pas permises. De mon côté, l'exercice devait me permettre de calibrer la valeur discursive de certaines affirmations orales avec celle qui émergerait d'une terminologie analogue mais exprimée à l'écrit. À ma grande satisfaction, la démarche a porté fruit.

Avant d'exposer les résultats, voici d'abord une description brève du contenu des exercices. Le premier et le deuxième exercice consistaient en une courte consigne où je demandais à mon interlocutrice d'écrire d'un trait trois mots la décrivant et ensuite trois mots décrivant ses états d'âme les plus fréquents au retour du travail (mis à part la fatigue..). Le troisième exercice, où étaient placés l'un en dessous de l'autre les termes de «morale», «humanisme», «altruisme»,

«philanthropie», «éthique», «charité» et «don de soi», demandait d'accorder une valeur, sur une échelle de une à sept, à chacun de ces termes selon le degré d'«inspiration» qu'il procurait («sept» pour très inspirant). Enfin le quatre exercice demandait de relier trois termes placés dans une colonne à gauche avec trois conceptions de ces termes placées dans la colonne de droite. Les trois termes étaient ceux de «passion», «vocation» et «mission» et les informatrices devaient déterminer si chacun était «ancré dans le corps», «ancré dans le coeur» ou alors «ancré dans un projet personnel».

Les termes employés pour se décrire soi-même dans le premier exercice m'ont fait remarquer que les infirmières âgées de 50 ans et plus étaient particulièrement portées à référer à des qualités à propension «humaine», c'est-à-dire à des qualités qui ne peuvent puiser leur sens que dans un renvoi systématique à l'appréciation d'autrui. Quatre informatrices sur sept s'affichent alors (entre autres) comme étant respectivement une personne «aimante», «généreuse», «à l'écoute», «profondément humaine», «patiente», «compréhensive» ou encore «à la recherche d'équilibre» et voulant «éviter les conflits». L'informatrice qui s'apparente le plus au langage professionnaliste (celle qui disait vouloir aider l'humanité souffrante mais sans pour autant y laisser sa peau) est celle qui se réfère le moins à cette catégorie de qualificatifs et se décrit dès lors comme personne «curieuse», «active» et «déterminée». Chez les plus jeunes, cet aspect de l'auto perception exprimant en quelque sorte le mouvement du soi vers l'autre est également représenté mais dans un rapport un peu moins marqué: trois s'y réfèrent dont une qui emploie les termes de «généreuse» et «dévouée»; les deux autres utilisent exclusivement l'expression «gentillesse».

Le second exercice m'a amenée à conclure qu'en dépit d'une satisfaction «généralement bonne» exprimée à l'égard des soins infirmiers comme espace de réalisation personnelle et professionnelle, nombreuses étaient les infirmières, jeunes comme moins jeunes, à éprouver une sensation de désillusion face à un métier qu'elles rêvaient d'occuper pour la beauté et la noblesse d'un rapport humain qui,

finalement, se voyait réduit à une aspiration quasi utopique et montrant de plus en plus de signes d'asphyxie. Sur les 14 infirmières entretenues, seulement deux n'ont pas inscrit au moins un commentaire faisant état d'une sensation négative au retour du travail. Des sentiments positifs tels que «fierté», «valorisation» et «satisfaction» sont bel et bien notés dans un rapport d'au moins un commentaire sur trois par la plupart des informatrices, mais en même temps, sur 35 commentaires recueillis en tout (certaines en inscrivaient moins que trois), 17 ont une connotation péjorative (à peu de choses près la moitié!). Dans cinq cas il y a plus de points négatifs que positifs (deux sur trois) et dans trois de ceux-ci même, aucun des trois commentaires annotés ne peut *absolument* être considéré comme positif. Littéralement retranscrits, voici les termes employés pour ces trois cas: «stress», «insatisfaction», «valorisation (pas toujours)»; «insatisfaite», «neutre», «frustrée»; «regrets», «un peu d'anxiété», «parfois de l'accomplissement et du contentement». Il est aussi stupéfiant de retrouver des termes à connotation plutôt lourde tels que «désillusion», «découragement», «tristesse», «épuisement» ou encore «impuissance»... Enfin, c'est en résumé chez les jeunes que le mécontentement se fait sentir de la façon la plus marquée.

J'attendais beaucoup du quatre exercice car c'est grâce à celui-ci que j'espérais pouvoir enfin obtenir un son de cloche de la part des informatrices à propos de la compréhension et de l'interprétation qu'elles faisaient de cet ensemble de concepts liés à l'altruisme, concepts dont il me fallait définir la contemporanéité et desquels j'avais tant cherché à cerner la signification distinctive. Les sept termes que j'avais sélectionnés possédaient un sens respectif qui devait arriver à se tailler une place aux différents échelons d'une échelle de valeurs reliant jusque dans ses deux extrémités le «pôle éthique» au «pôle moral» (selon bien sûr le schéma de mon hypothèse). J'ai d'abord été curieuse de voir quelle cote chaque groupe d'âge avait attribuée aux termes «morale» et «éthique». Pour les deux groupes, la morale est classée en cinquième position en moyenne alors que l'éthique est exactement équivalente dans la moyenne des cotes (3,857 chez les deux groupes!) mais pas au niveau de sa position par rapport aux autres termes: en fait, nonobstant le fait que

l'éthique soit en général assez mal classée (rarement classée parmi les trois premiers termes les plus inspirants et renvoyant pour certaines à l'idée courante de «code déontologique»), cette notion est somme toute nettement plus populaire chez les jeunes qui lui accordent en moyenne la quatre position alors que les plus âgées lui accordent la septième... la dernière position. Une seule informatrice, 24 ans, place l'éthique en première position, celle dont le discours s'apparentait, à mon avis et de la façon la plus «suggestive», au paradigme théorique de l'éthique du plaisir féminin. C'est aussi la seule qui organise l'ensemble des termes dans l'ordre exact que j'avais moi-même privilégié en m'appuyant sur ce même paradigme... Un seule cas me dirait-on... et qui ne veut peut-être rien dire. En fait, il n'y a ici qu'une observation et il est par ailleurs bien possible que très peu d'éléments exposés et interprétés dans cette section ne puissent prétendre à autre chose qu'à une valeur heuristique. J'essaie à tout le moins de faire parler les données de façon à évaluer si le modèle éthique proposé dans le présent travail fait ne serait-ce que le moindrement écho à la réalité des infirmières... Je ne cherche donc pas d'explications causales ni d'affirmations nettes, je ne suis qu'à l'affût des échos. Mais ceci dit, je poursuis... Que la morale soit sensiblement perçue de la même manière par les deux groupes d'âge n'est pas une chose qui m'a énormément surprise car en réalité, contrairement aux vieilles conceptions entourant l'idée de charité et d'autosacrifice (la charité et le don de soi correspondant pour ma part aux deux notions les plus rapprochées du «pôle moral»), le terme «morale» n'a pas fait l'objet d'une réévaluation aussi forte au cours des années. De plus, je ne pouvais pas m'attendre à ce que les informatrices voient dans cette notion les mêmes implications philosophiques que celles que j'avais considérées au moment d'émettre mon hypothèse (qu'elles la voient comme une notion qui renverrait à l'espace du devoir-faire contrairement à la fonction éthique qui permettrait plus spécifiquement d'accéder au vouloir-faire). Cinq informatrices sur sept du groupe des 50 ans et plus classent le don de soi parmi les trois meilleurs positions alors que chez les jeunes quatre sur sept lui attribuent une des trois cotes les plus basses. Toujours chez les plus âgées, les deux informatrices s'approchant le plus du langage professionnaliste sont celles chez qui le don de soi inspire le moins alors que chez celles qui se rapprochent davantage du langage maternel, celles aussi qui me

sont apparues les plus «spirituelles», ce terme obtient une très bonne moyenne. La charité est vraiment impopulaire chez les jeunes (la plus basse moyenne de cotes obtenue parmi tous les termes). Enfin l'humanisme, l'altruisme et la philanthropie bénéficient généralement d'une bonne appréciation parmi les deux groupes d'âge mais c'est l'humanisme qui l'emporte chez les plus jeunes et la philanthropie chez les plus âgées. En spéculant un peu mais quand même à titre d'observation, je me suis interrogée à savoir si la philanthropie n'avait peut-être pas fortement inspiré les plus âgées en raison du terme «amour» qui l'accompagnait entre parenthèses (amour pour l'être humain, pour l'autre). Difficile de savoir... En résumé donc, voici les résultats complets en ordre décroissant pour les deux groupes d'âge. Chez les 50 ans et plus: philanthropie / humanisme / altruisme / don de soi / morale / charité / éthique. Chez les moins de 30 ans: humanisme / philanthropie / altruisme / éthique / morale / don de soi / charité.

La dernière activité avait pour but d'identifier le «lieu symbolique» au creux duquel pouvait bien émerger, s'actualiser mais surtout se ressentir le désir d'aider que chaque infirmière avait exprimé à un moment ou l'autre de l'entrevue. Il s'agissait également de vérifier dans quelle mesure le concept de vocation pouvait, encore aujourd'hui, surgir des langages comme de la sphère explicative des «impondérables biologiques», des «à tout prix» que sont les concepts de destin et d'essence féminine par exemple. En construisant l'activité, j'avais en tête le schéma suivant: le lieu du corps renverrait aux principes de l'inné, de l'incontournable et de l'impulsif, se manifesterait au travers d'un «appel» et par conséquent risquerait d'être associé au terme de *vocation*; le lieu du coeur serait le réceptacle des affects, de l'amour et de l'épanchement humain mais aussi celui des émotions et du désir, ce qui ferait de lui le lieu d'ancrage de la *passion*; enfin le projet personnel serait la traduction des aspirations conscientes, contenues et concrètes du sujet qui met en scène sa volonté et par le fait même poursuit une quête, poursuit une *mission*. Cinq infirmières ont effectué les mêmes associations que moi (sans nécessairement en conclure qu'elles ont raisonné dans les mêmes termes que moi), trois âgées de 30 ans et moins et deux de plus de 50 ans. 11 personnes ont donc approché le désir d'aider et ses diverses

traductions d'une autre façon, certaines se sont même vues «tricher» les associations pour faire correspondre leurs perceptions aux éléments constitutifs de l'exercice: par exemple, l'informatrice à laquelle j'ai plusieurs fois référé pour parler de la version charitable et vocationnelle des soins, âgée de 51 ans, a passé outre les notions de corps et de projet personnel pour aller droit au but et signifier que pour elle, «passion», «vocation» et «mission» ne s'inscrivaient nulle part ailleurs que dans *le coeur*. Deux autres informatrices, une dans chaque groupe, ont associé au coeur et au projet personnel chacun des trois termes en négligeant de ce fait de référer au corps. À ce titre encore, je me serais attendue à ce que les jeunes «boudent» le corps un peu plus que leurs consœurs plus âgées en raison de ses référents quelque peu essentialistes et davantage rattachées à l'ancienne charte. Mais ça n'a pas été le cas, même qu'une personne de plus dans le groupe des jeunes a fait du corps le point d'ancrage de la vocation. Les jeunes femmes d'aujourd'hui sont assurément outillées pour ne point percevoir leur corps uniquement comme un lieu de devoir, d'obligation et de conformité générique... Mais justement, ce corps, n'auraient-elles pas appris à se le réapproprier, à daigner le regarder?

Voilà qui complète la présentation des données de terrain... Entrons enfin dans l'analyse de ce que je dirais être «un résultat aux mille visages», un sanctuaire de sensations, de perceptions... et de propositions.

3. Interprétation des résultats: une expérience qui parle... une conception théorique révisée

Je débute en rappelant que l'analyse des données propres à l'expérience altruiste des infirmières devait chercher à rejoindre la capsule théorique fondamentale à l'hypothèse de départ: le rapport qui unit tout en les distinguant les notions d'éthique et de moralité et qui sert de démonstration aux modalités d'affirmation du vécu relationnel féminin dans son évolution et sa contemporanéité. Je précise aussi que mon interprétation des divers témoignages a parfois dû s'effectuer autour de citations isolées qui, de ce fait, me renvoyaient à des significations et impressions à caractère tout aussi isolé. J'ai toutefois tenté de retirer de ces multiples sensations dispersées non pas des généralités, mais disons des constats, des observations à caractère déductif qui, au moins partiellement, étaient susceptibles de faire sens dans l'analyse des résultats pour chacun des groupes générationnels.

En postulant la possibilité d'un passage des soins infirmiers vers la modernité qui se serait traduit par une intégration de celui-ci à l'espace de réalisation du pouvoir, vouloir et savoir-faire relationnel, je stipulais une vision de l'éthique qui correspondait à associer celle-ci à une nouvelle façon d'être dans le monde *avec* le monde. Pour être «éthique et moderne», le rapport à l'autre mis en scène à travers les récits des infirmières devait laisser entrevoir une intégration personnalisée des divers termes de l'éthique à leur auto perception en tant que femmes, professionnelles et citoyennes. Ces termes de l'éthique devaient se traduire par une manière de contribuer au bonheur de l'autre qui inclut nécessairement une contribution au bonheur propre et qui émerge dès l'instant où *est libéré le plaisir* de l'un du fait de créer et de contempler le plaisir de l'autre. Ainsi, volonté, capacité et expertise altruiste (vouloir, pouvoir et savoir-faire) devaient être les conditions par lesquelles les infirmières seraient arrivées à favoriser, expérimenter, maintenir, protéger et même amplifier la relation d'aide *dans le plaisir*. En effet, c'est essentiellement le plaisir (et les différentes dispositions prises pour le garantir) qui se trouvait à distinguer le rapport à l'autre moral du rapport à l'autre éthique vus comme deux

approches différentes de la relation intersubjective. Trois postulats devaient me servir à poser, pour ensuite les observer, les conditions par lesquelles l'éthique risquait de se présenter, je croyais, de façon peut-être plus marquée chez les jeunes infirmières que chez les plus âgées. Voyons quels étaient ces postulats et comment, après m'être penchée sur la signification des expériences rapportées lors des témoignages, je me suis vue dans l'obligation de corriger le tir à plusieurs égards.

En premier lieu, j'imaginai que les motivations entourant la volonté de vivre dans un rapport à l'autre soutenu, autrement dit la motivation d'aller étudier en soins infirmiers, aurait eu chez les jeunes quelque chose de plus «personnalisé», serait venu davantage d'une conviction intérieure et d'une recherche d'intégrité «libre et autonome» (plus propice, dans ce sens, à la libération du plaisir) que d'une pression extérieure encourageant la conformité générique par la poursuite d'une identité et d'un «devoir» féminins. Dans la discussion théorique, j'ai inclus un chapitre portant sur la performativité de genre qui avait pour but d'évaluer les limites d'un modèle qui interprète le genre comme une *reproduction* de symboles culturels (sexuels) sous l'impulsion de la *restriction*; j'y ai proposé un modèle distinct qui aborde plutôt le *care* comme une *création culturelle*, comme une entreprise de *production d'énergie vitale et d'élaboration consciente du monde souhaité* sous l'impulsion d'une *volonté*. Cette proposition, je la faisais à l'endroit du monde infirmier comme espace privilégié pour l'élaboration d'un tel modèle, mais dans l'optique, je précise, où cet environnement privilégié *se serait développé* et correspondrait davantage à la réalité actuelle que passée. Une volonté relationnelle aurait toujours existé et plus particulièrement chez les femmes décidant d'oeuvrer dans le *care*, mais peut-être était-il juste d'envisager que les jeunes infirmières avaient bénéficié d'un cheminement (familial, scolaire, culturel) et intégraient un environnement où *de plus nombreuses conditions permettaient sa réalisation*.

Or, l'exploration du profil et du cheminement personnel des infirmières m'a donné à voir une réalité très semblable entre les deux générations en ce qui a trait au type d'éducation reçue (traditionnelle dans les deux cas, avec des petites différences bien sûr mais rien que je ne puisse sincèrement considérer comme vraiment

significatif). La même similarité apparaît à propos du degré d'influence de la famille et des valeurs reçues sur le choix de carrière (les plus âgées ne semblent pas avoir été plus poussées à choisir un «vrai métier féminin» que les jeunes, et toutes les informatrices, en somme, affirment sans hésiter que leur choix était très personnel).

Par contre, il est évident que malgré qu'en apparence les motivations quant au choix de carrière soient à peu de choses près identiques chez les deux groupes, elles ne le sont pas totalement... Considérons seulement le fait qu'à l'époque où les plus âgées ont débuté leurs études, l'éventail des professions accessibles aux jeunes femmes était passablement mince alors que pour les jeunes, la décision de devenir infirmière ne pouvait que correspondre à un choix ciblé et orienté sur des préférences et aspirations précises (l'accessibilité féminine aux études étant beaucoup plus diversifiée aujourd'hui). Aussi, l'intérêt envers le volet médical étant plus marqué chez les jeunes, il faut admettre que l'aspiration stricte à une pratique basée sur l'expérience relationnelle (l'altruisme) n'a pas la même exclusivité que celle qu'on retrouve chez la plupart de leurs collègues plus âgées.

Toujours est-il que dans l'ensemble, si la nature des motivations varie un peu entre les deux groupes, la *provenance* des motivations, elle, ne semble pas diverger. Dans tous les cas il est question d'une motivation et d'une conviction *intérieures* à vivre et à travailler de façon humaine et pour l'humanité. Et si les plus âgées sont celles chez qui devait transparaître le plus cette influence sur le corps et la subjectivité morale de la mentalité traditionnelle de service in discriminatoire (la moralité restrictive, l'«externalité» originelle de la volonté relationnelle), il n'y a pas vraiment lieu d'en faire cas si l'on s'attarde sur la sincérité avec laquelle une bonne partie d'entre elles affirment «être ce qu'elles sont» en aidant, dans une démarche que je ferais correspondre à la fameuse expression «suivre son coeur». La similarité, entre les deux générations, des impressions et croyances quant à la dite prédisposition des femmes à aider que leur confrère leur capacité émotionnelle, est un indicateur de plus du fait que les infirmières attribuent leur expertise altruiste aux qualités intrinsèques *de leur être profond* (femme et humaine) davantage qu'à une «tâche» sociale ou morale et ici, cette impression est bel et bien trans-générationnelle.

Comparées aux jeunes, les plus anciennes ont, il faut quand même en

convenir, un rapport un peu plus privilégié avec le discours moral rattaché à l'ancienne mentalité, et de ceci je peux donner un exemple en me référant à trois affirmations que m'a faites à un moment une infirmière âgée de 54 ans (affirmations qui offrent une certaine traduction du contexte discursif pouvant correspondre à «l'espace moral»): «j'aime être au service» (..). «mes valeurs éthiques et humaines ne se détachent pas de mon éducation judéo-chrétienne et de ma sensibilité spirituelle» (..). «ils disent que cette année il va y avoir 2000 infirmières de plus sur le marché du travail et que dans seulement deux ans, 15 % vont probablement avoir quitté pour les contraintes... nous, les infirmières de ma génération, on restait, on avait en quelque sorte un sentiment de devoir». Par rapport à ces affirmations qui traduisent si je puis dire une position d'«allégeance» face aux conventions et requêtes de la moralité sociale, je suis finalement arrivée à comprendre ceci: les infirmières dont le langage s'apparente à l'expérience morale dans sa dimension «contraignante» ou alors «performative» (un peu plus souvent elles appartiennent à la génération des cinquante ans et plus mais pas toujours, certaines jeunes empruntent aussi, parfois, le langage de la moralité traditionnelle) s'inscrivent bel et bien dans un *rapport* avec celle-ci et non dans une attitude de *souscription* à son égard. Le discours moral traditionnel serait en quelque sorte un bassin à l'intérieur duquel elles vont puiser un sens qu'elles *canalisent* de façon à faire du «devoir moral» qu'on leur assigne non seulement *leur* devoir mais plus encore, *leur désir le plus profond*. Certains me diront que la performativité sexuelle ne renvoie à rien d'autre qu'à ceci précisément, mais je ne crois pas que ce soit si simple... car *ce qui prime* pour ces femmes ne m'a pas semblé être la valorisation ou alors le réconfort identitaire conséquent au fait de se rapprocher d'un lieu symbolique (ici, le «féminin aidant»). Ce qui, j'insiste, m'a paru être au centre de leur vécu altruiste, c'est le désir de contribuer au bien-être des patients et de pouvoir *contempler* ce bien-être, de pouvoir assister à sa consécration. Je reviendrai un peu plus loin sur la façon avec laquelle les infirmières plus âgées canalisent leur rapport à la moralité de façon à en faire une *véritable expérience éthique*, mais pour l'instant, je me contente d'affirmer que mon impression de départ quant à une distinction générationnelle démontrant l'aspect plus «contraint» et plus «conditionné» de leur volonté altruiste n'était pas significative de la réalité.

Lorsqu'une infirmière, 51 ans, emploie pour se décrire les termes «profondément humaine», «passionnée» et «en paix avec moi-même»... n'est-il pas question, ici, et de façon franchement évidente... d'éthique du plaisir?

Le second postulat autour duquel je procédais pour envisager l'idée selon laquelle une approche éthique, tant sur le plan socio affectif que professionnel, permettait peut-être un peu plus aux jeunes infirmières d'harmoniser et de systématiser leur expérience altruiste de façon à ce qu'elle se maintienne et s'amplifie, ce postulat donc, consistait à croire que *les outils* nécessaires à cette systématisation éthique étaient *inhérents* au vécu altruiste, pouvaient surgir *du milieu infirmier lui-même* et surtout, pouvaient servir à *en alimenter et à en revaloriser le principe relationnel*. Un peu comme dans un mouvement en boucle qui créerait une dialectique d'auto soutien entre les conditions «éthico modernes» du travail et le travail lui-même, l'infirmière «deviendrait moderne», libérée et privilégiée qu'elle serait *dans et par le dispositif relationnel*.

Tout ceci paraît peut-être un peu abstrait... Pour concrétiser, alors, ma pensée, voici quelques exemples de ce que je considérais être des outils propres à libérer le soin de ses contraintes et de son «poids moral»: l'affranchissement des normes corporelles et vestimentaires qui, au fil des ans, a permis aux infirmières de se réapproprier leur image, leur confort corporel et par l'entremise, leur soin, grâce au port d'un uniforme plus décontracté et plus distancé du portrait de la femme de chambre «sexy et soumise»; la diminution en heures des quarts de travail, l'accès à du matériel de travail plus adéquat et plus efficace, la réforme des soins qui a favorisé la nouvelle vision du soin global et le processus d'autonomisation du patient, bref tout un ensemble de conditions améliorées qui, tout en valorisant l'initiative et la responsabilité clinique au sein du rôle de l'infirmière, ont pu dégager celle-ci de sa «sainte mission» de femme prête à tout sauver, à tout prendre en charge... prête à s'oublier quitte à aller au-delà de ses objectifs et de ses forces; enfin, une attitude plus ouverte et plus respectueuse à l'égard des infirmières, un comportement moins interpellant et moins gouvernant de la part tant des collègues médecins que des patients qui, suite aux répercussions du discours féministe et à l'évolution des

mentalités en matière de rôles féminins, ont peu à peu cessé d'incarner les gardiens de la moralité qui surveillent, contrôlent, utilisent ou exploitent le corps et l'âme de la femme soignante.

Cet ensemble de conditions modernes et propices à l'exercice d'un soin plus sain pour l'aidante a assurément joué un rôle essentiel dans le fait que, face au déséquilibre entre diminution des effectifs infirmiers et augmentation du nombre de malades (en raison surtout d'une meilleure accessibilité sociale aux soins hospitaliers), les infirmières soient arrivées à «tenir le coup». Mais encore... Ce que j'ai remarqué en m'entretenant avec 14 d'entre elles, c'est d'abord que la surcharge des tâches et les complexifications techniques semblent rattraper, en critiques et en insatisfactions exprimées, les améliorations éthiques sur le thème de la subalternité féminine et de l'obligation morale dont leur a fait bénéficier la modernité. À quelques reprises, aussi, jeunes et moins jeunes semblent émettre une opinion plutôt pessimiste quant à ce que j'aurais estimé être une plus grande valorisation du rôle de l'infirmière due à un meilleur accès aux «outils éthiques» dont je viens de faire la démonstration; la belle vision sociale à l'endroit de «l'honorable infirmière» se serait, selon certaines, banalisée avec le temps. Mais surtout, c'est autour de cette idée de contexte éthique auto suffisant qui soutient et facilite le dispositif relationnel tout en y puisant force, valorisation et plaisir, que j'ai dû me repositionner et tout spécifiquement, ce qui justement m'y a conduite, en ce qui concerne les jeunes. Ce qui semble en effet se dérouler du côté de la jeunesse infirmière, contrairement à une facilité plus grande à soutenir une pratique infirmière basée dans une relation d'aide équilibrée, valorisante et plaisante, c'est plutôt une tendance à exprimer les limites de l'investissement personnel *dans le caring lui-même*, dans l'engagement humain comme espace de réalisation, oui, mais aussi comme vecteur d'un découragement et d'un épuisement qu'elles ne sont plus prêtes à endosser. Autrement dit, les jeunes infirmières, dans un rapport un peu plus marqué que les plus âgées, manifestent, parfois, un rejet plus ou moins partiel non du caractère positif et fortement éthique du *care* comme tel, mais bien du potentiel inconditionnellement libérateur et hédoniste de celui-ci. À cet effet, une informatrice de 28 ans m'avouait, malgré sa vision de l'altruisme comme quelque chose de «valorisant», «important» et «qui fait du bien», ne pas être comblée

par son métier et envisageait la possibilité de changer de domaine: «il manque de personnel, tu cours tout le temps, t'as l'impression d'avoir mal travaillé». S'il est aussi vrai, comme me le signifiait une autre informatrice déjà citée, que dans deux ans 15% des plus récentes infirmières diplômées auront quitté la profession en raison des contraintes, comment est-il possible de croire que le contexte éthique de l'infirmier moderne soit davantage «favorable» à une expérience enrichissante de l'altruisme qu'au temps où la moralité judéo-chrétienne façonnait les vocations? Les deux dernières remarques, cependant, expriment en réalité la désillusion conséquente au fait de ne pas pouvoir mettre pleinement en oeuvre la capacité relationnelle, en fait ne renvoient pas nécessairement à une limitation, à une diminution de la volonté altruiste chez les jeunes... Par contre, lorsqu'une d'entre elles déclare «je ne veux pas être au chevet toute ma vie (...). ce que tu peux faire toi-même fais-le toi-même, je suis pas ta mère» (faisant comme si elle s'adressait à un patient), ce que j'aperçois est, comment dire, non pas du désengagement humain mais bien un désengagement face au caractère absolu et auto suffisant de l'expérience altruiste. Les infirmières de 30 ans et moins, en outre, ont, dans leur vie de jeunes femmes contemporaines, une subjectivité morale et une façon bien à elles de prendre les devants à travers des choix qui, de manière concrète et délibérée, viennent rejoindre ce segment hédoniste de l'éthique féminine duquel j'ai longuement tenté de faire la démonstration. Seulement pour le constater, il faut regarder, oui, du côté de leur expérience altruiste... mais aussi au-delà. J'expliquerai un peu plus loin en quoi consiste cet espace de réalisation éthique spécifique aux jeunes infirmières, mais pour l'instant, voyons à quoi correspond le troisième postulat... et le troisième réajustement conceptuel.

Les nouvelles circonstances professionnelles qui entourent le rapport à l'autre entrepris par les infirmières d'aujourd'hui (l'influence réduite de la moralité restrictive sur la volonté altruiste personnelle ainsi que l'accès à de nouveaux outils susceptibles de rendre plus équilibrée la relation d'aide, pour référer aux deux postulats précédents) devaient, à mon sens, permettre à celles-ci de recentrer la valeur de leur oeuvre *dans leur soi profond*. En arrivant à *jouir* de l'oeuvre altruiste, les

infirmières se trouvaient potentiellement à rejoindre le critère hédoniste de l'éthique qui se situe dans *l'amour*, et, tel que je l'ai exprimé lors du premier chapitre de ce travail, l'amour correspond à corroborer la trame sensible des désirs personnels les plus profonds avec celle de l'humanité. Et comme aussi nous l'indique Graciela Hierro:

*La condition nécessaire à l'amour est l'auto amour, point d'ancrage de toute tentative de recherche de plaisir. Pour l'obtenir il est nécessaire de conserver l'attention constante au centre de notre être dans tout ce que nous faisons*¹⁶⁶.

Comme l'empathie telle que décrite dans les manuels scolaires d'infirmier, un regard tourné vers l'autre dans une intention sincère d'amour, de compassion, est aussi un regard tourné vers le soi dans une perspective d'enrichissement personnel et même... d'*empowerment* personnel. Voilà alors où je veux en venir: en formulant l'hypothèse d'une évolution de l'altruisme infirmier de la moralité vers l'éthique féminine, je postulais la possibilité d'une intégration graduelle des conditions nécessaires à *l'accumulation d'un capital éthique* aidant à l'émergence, au maintien et à la recréation perpétuelle de la capacité relationnelle, du *pouvoir* relationnel. Je présumais, dès lors, qu'en bénéficiant de ce dit capital éthique, les infirmières étaient en mesure de s'armer d'un réel pouvoir-pour-vivre utile à leur épanouissement professionnel mais plus encore, utile dans tous les espaces de leur vie de femme.

Il est certain que l'expérience humaine propre aux soins infirmiers a quelque chose d'une «plus-value» dans le cheminement psychoaffectif des femmes qui occupent ce métier. Toutefois, il ne m'a pas été si aisé de constater, auprès des infirmières avec lesquelles je me suis entretenue, la dite «accumulation» de cette plus-value *au sein* de l'espace professionnel. Autrement dit, les informatrices n'ont pas été particulièrement démonstratives à cet égard, ne m'ont pas semblé si empressées de répondre par l'affirmative lorsque que je leur ai demandé si leur métier était en quelque sorte à la source d'une grande partie de leurs «atouts de vie», de leurs qualités humaines ou encore de leur capacité d'affirmation et de réalisation personnelles. Bien entendu, plusieurs informatrices étant en service depuis moins de cinq ans, il leur était difficile de s'exprimer sur ce qu'elles croyaient être ou ne pas être des acquisitions proprement professionnelles. Aussi, comme je l'ai mentionné

¹⁶⁶ (Traduit par moi de l'espagnol), Graciela Hierro, *La ética del placer*, 13-4.

dans la présentation des données brutes, ce n'est pas non plus comme si les infirmières me disaient ne rien avoir appris ou acquis à travers leur travail; elles ont appris à apprivoiser une part des émotions difficiles liées à la mort et à la souffrance, elles ont amélioré leur capacité de communication, etc. Mais disons que ce qui se démarque dans les témoignages à l'endroit de la capacité émotionnelle et relationnelle, c'est *l'origine* de celle-ci qu'elles situent *dans leur être profond*. Ainsi, une partie de la proposition de Hierro (et de la mienne) se voit ici illustrée dans l'idée de «conserver l'attention constante au centre de l'être dans tout ce qui est fait». Mais je tiens à préciser que ce qui m'a le plus frappée dans les discours des infirmières, et peu importe l'âge, c'est la croyance selon laquelle leur disposition relationnelle est ancrée *dans leur nature* et *coûte que coûte*, qu'elle est là «de toutes façons», et que l'agir professionnel *n'est pas* son lieu d'émergence. Elles sont *prédisposée* à aider, peu importe ce que leur procure leur expérience professionnelle en termes d'atouts humains ou alors en termes de capacité à «l'auto amour», de capacité à «regarder vers soi». Encore une fois, la vision commune quand au fondement «au moins un peu féminin» du *care* est ici bien significative.

C'est donc ainsi que je me suis retrouvée devant une série de résultats qui m'obligeaient à repeindre certains traits du portrait conceptuel dressé au départ. Quels sont ces traits qu'il m'a fallu corriger? Deux essentiellement. D'abord, les représentations tangibles associées à la formulation philosophique de l'éthique du plaisir féminin ne semblent pas s'inscrire autant que je le croyais à l'intérieur de la logique d'auto soutien qui encadre le concept de vécu relationnel. Ensuite, partant du fait que cette première observation prend pied dans l'analyse de l'expérience des jeunes infirmières tout particulièrement, et pour également d'autres raisons que j'exposerai sous peu, j'en suis arrivée à la conclusion que contrairement à ma proposition de départ, ce sont principalement les infirmières de 50 ans et plus qui offrent une figure sensible et perceptible de l'éthique-hédoniste-utilitariste-féministe (pour reprendre dans sa totalité l'axiologie morale proposée et préconisée par Graciela Hierro) comme *moyen* pour sentir, comprendre et exprimer leur volonté relationnelle.

En fait, ce n'est pas qu'il était impertinent de vouloir isoler l'éthique par rapport à la morale ou encore de s'imaginer que l'effritement du principe vocationnel (jadis basé dans la croyance en une «nature» et un «devoir» féminins) avait permis aux infirmières d'expérimenter avec toujours plus de plaisir et de souplesse leur désir d'aider... non. Ce qui fondamentalement est ressorti de mon analyse de terrain, c'est je dirais un détail, un point précis dans la proposition théorique de Hierro dont l'importance m'avait échappée et qui, entre les interstices des récits et des révélations, a refait surface: à la base, mais surtout dans les circonstances d'une recherche portant sur les modalités spécifiques du vécu relationnel (mon projet), l'éthique du plaisir féminin n'est pas un principe que l'on doit considérer aux premiers abords comme une «approche». L'éthique, telle qu'elle m'est apparue dans l'expérience altruiste des infirmières, n'est ni un «projet», ni une «acquisition» sous forme de «capital», ni même une «expérience» au sens plein... L'éthique est *quelque chose à quoi on a recours* en tant que *fonction*... Fonction de la moralité, dans la moralité... fonction morale.

Dans une manoeuvre qui pourrait peut-être faire croire à un mélange d'imposture et de jonglerie théorique, j'ai rejoint les termes de ce que je confère être un véritable consensus entre d'une part, les différents éléments de mon corpus théorique et d'autre part, le corpus théorique lui-même et l'expérience sensible. Je constatais désormais que dans un des deux groupes générationnels, celui des plus âgées, les infirmières observaient quelque chose qui pourrait s'apparenter à un dialogue un peu plus soutenu avec leur être moral, en d'autres termes, elles puisaient davantage que les plus jeunes dans le «bassin symbolique» de la moralité traditionnelle *tout en étant celles qui recouraient le plus à la fonction éthique à l'intérieur de leur entreprise relationnelle*. En concevant la possibilité d'un véritable rapport *dialectique* entre l'espace-temps moral et l'espace-temps éthique qui, plutôt que de s'opposer ou encore de se succéder, s'interposeraient *sur un même palier générationnel* et dans une perspective *diachronique*, ce que je découvrais était l'importance du critère *utilitariste* de l'éthique du plaisir. Les infirmières de 50 ans et plus, dans leur identité de femmes aidantes, semblent *user* davantage du dispositif

éthique... Pourquoi? Comment? Voyons voir.

Je dois d'abord illustrer ce qui m'a fait croire que les plus âgées font davantage appel au dispositif éthique pour mener à bien leur expérience relationnelle. En fait, c'est l'intensité de leur expérience relationnelle elle-même qui traduit chez elles l'usage du dispositif, qui fait croire en une canalisation plus complète de la culture altruiste (et de ses éléments constitutifs) vers une culture de soi. Cette maîtrise du lien entre les cultures du soi et de l'autre, entre ces deux systèmes de sens que je persiste à croire entrelacés, se poserait ici (chez les plus âgées) comme, d'une part, une réponse à un besoin plus marqué de s'adapter au nouveau contexte infirmier (moins centré dans le *care*, plus pressé, plus mécanique qu'avant) *sans détourner la priorité du care* et d'autre part, comme une démarche de maturité.

Fondamentalement, c'est dans une démarche que je dirais être *de spiritualité* que ces femmes travaillent au maintien de leur volonté et expérience altruistes en *intériorisant* celles-ci et par le fait même, *en se les appropriant*. Je me réfère, ici, à une conception particulière de la spiritualité. D'abord, je rejette, dans le contexte que j'aborde ici, la vision de Marcela Lagarde à l'égard de la spiritualité des femmes comme *carence* basée soit dans un besoin de religiosité face aux dangers du monde extérieur et face à la «nostalgie de la mère» qui entraîne une recherche constante de Vérité / Autorité paternelle¹⁶⁷, soit dans un rapport subjectif à la fantaisie, la magie et la foi comme traductions sensibles de l'«externalité de la volonté féminine»¹⁶⁸. Je rejette également, comme d'ailleurs je l'ai fait lors de ma réflexion critique à l'égard de la pensée foucauldienne (troisième chapitre), l'idée d'aborder la spiritualité comme une conversion du soi pour atteindre la Vérité ou encore une recherche du lien à soi-même (plaisir pris à soi-même) au travers d'une discipline qui cherche à contenir les désirs et vellétés de pouvoir. Pour moi, l'attitude spirituelle des infirmières plus âgées est à voir non dans une «carence» (qui expliquerait le fait qu'elles cherchent un peu moins à se dégager de l'espace symbolique valorisant le «don de soi chrétien»... qu'elle en auraient «besoin») ou

¹⁶⁷ Marcela Lagarde, *Los cautiverios de las mujeres...*, 175.

¹⁶⁸ *Ibid*, 310.

dans une discipline de contenance liée au rapport entre soi et l'autre, mais bien dans une maîtrise constamment réaffirmée de ce rapport, une réinsertion incessante du soi au coeur de celui-ci. Cette femme de 54 ans qui me dit «je suis une personne au service, j'ai une vie modeste et j'aime ça» ou encore «je suis bien quand ils sont bien... c'est ma mission et ça me comble», et cette autre surtout, 51 ans, qui me dit «en aidant, je suis en respect avec son essence profonde»... dénotent un rapport à la spiritualité qui est tout sauf un abandon de soi à une Vérité «externe» qu'il faut atteindre pour s'y réfugier. Ces femmes inscrivent leur expérience altruiste dans un rapport à *l'intime*, elles sont en constante *négociation* avec leur soi-même et avec les éléments constitutifs de la culture morale dans laquelle elles ont grandi, évolué et à laquelle elles ont répondu en l'intériorisant, en l'incorporant à leur «être femme». «Mes valeurs éthiques humaines ne se détachent pas de mon éducation judéo-chrétienne et de ma sensibilité spirituelle», me dit encore cette même infirmière... et je ne peux m'empêcher de voir dans son affirmation l'expression de cette union sensible entre «devoir moral» et «vouloir éthique», entre l'être aidant et l'être accompli, rejoint.

En intériorisant, donc, le devoir ou la prédisposition altruiste de façon à ce qu'elle émerge de la volonté propre, en ramenant le *care* à l'univers intime et privé des désirs, les infirmières plus âgées m'ont donné l'impression qu'elles entretenaient une relation un peu plus exclusive et précieuse que les jeunes avec «leur» *care*. Une certaine *appropriation*, je dirais, de l'expérience relationnelle, transparaît chez elles. Contrairement aux plus jeunes qui prolongent leurs études, qui sont plus ambitieuses à acquérir une spécialisation ou encore à obtenir de meilleures conditions de travail et une meilleure reconnaissance du milieu face à leurs compétences, contrairement à une diversité un peu plus marquée chez elles dans leurs champs d'intérêts (certaines sont un peu plus intéressées par la médecine et la science, d'autres affirment vouloir occuper des postes au niveau de l'organisation et de la planification ou encore... affirment «avoir une vie en dehors de l'hôpital»), les plus âgées concentrent davantage leur attention, leur satisfaction et leurs revendications *du côté du care comme tel*. Non pas qu'elles se «contentent» de celui-ci, mais plutôt qu'elles font de

lui l'espace privilégié et «protégé» où se réalise, se déploie leur force vitale.

Pour fournir une autre explication ou disons une autre figure, je dirais en quelque sorte que les jeunes sont plus à la recherche d'occasions, d'expériences précises et nouvelles, qu'elles sont plus à l'affût des diverses avenues que leur propose leur environnement professionnel et social ainsi que leur époque, alors que les plus âgées chercheraient plutôt à trouver l'harmonie au coeur même du vécu relationnel dont elles disposent, ce vécu qui est un peu venu à elles et qu'elles ont apprivoisé en le personnalisant, en l'aimant, en s'y projetant. Les plus anciennes seraient un peu plus dans «l'être» que dans «l'agir», non pas qu'elles se réalisent en dehors de l'action mais qu'elles tendent, d'une certaine façon, vers un repli identitaire d'une expérience (l'expérience altruiste) qui pour les jeunes vient chercher davantage dans la praxis. J'ai pourtant prétendu, me direz-vous, que les deux groupes d'âges attribuaient à leur «nature profonde» l'origine de leur capacité humaine et émotionnelle... c'est vrai.

Ce que je tente simplement d'illustrer, c'est la présence, un peu plus manifeste du côté des jeunes, d'une ouverture vers une plus grande diversité d'espaces de réalisation personnelle: l'être profond des jeunes infirmières est bel et bien le lieu d'incubation de leur volonté relationnelle, mais la relation que celles-ci entretiennent avec cet être profond et cette volonté relationnelle n'est pas d'une aussi grande proximité, n'est pas la même «symbiose» que l'on retrouve chez les plus anciennes. Je tente également, par cette observation, de revenir sur cette distinction que faisait Marta Lamas entre les instances du genre du *rôle* et de l'*identité* sexuelles (dernier chapitre de la discussion théorique).

Mettant un peu de côté la composante sexuelle de la proposition (qui a bien sûr une valeur mais qui pour le cas présent, n'est pas de première importance), partons du fait que les deux groupes d'âges font de l'humanisme un de leurs plus profonds référents identitaires (l'humanisme renvoie à leur «être femme» mais surtout... à leur «être humain»). Les plus âgées feraient du procédé identitaire le canal privilégié de leur expérience altruiste alors que les jeunes isoleraient, dans un certain sens, cette partie de leur identité (qui est l'expérience altruiste) en lui taillant une place au sein d'un espace subjectif plus diversifié, plus mobile et moins inébranlable,

cet espace qui est celui de l'expression publique de l'identité... celui du «rôle» (rôle de genre, rôle culturel, politique, moral). Pendant que nous y sommes, voyons donc ce qui en est de cette «expression publique de l'identité»... voyons ce qui se passe du côté de l'éthique du plaisir féminin chez les jeunes.

En situant l'usage du dispositif éthique chez les 50 ans et plus dans l'expression d'une spiritualité intime, je me suis trouvée à démontrer le caractère *privé* de la manifestation, de la libération de leur plaisir relationnel. Du côté des jeunes infirmières, c'est plutôt à une manifestation *publique* que renvoie le recours à l'éthique, et c'est davantage une entreprise *politique* que spirituelle qu'il implique. Mais avant toute chose, je voudrais préciser que l'interprétation que j'ai faite de l'expérience altruiste des 50 ans et plus par rapport à mon hypothèse de départ n'exclut pas totalement les jeunes infirmières: une grande partie de leurs récits a souvent rejoint le sens des récits des plus âgées, quelque soit le thème abordé. Mais la question était surtout de trouver ce qui distinguait les deux groupes, et à cet égard, comme je le disais, je me suis rendue compte que les jeunes étaient moins portées à utiliser la fonction éthique *dans et pour le maintien de leur volonté altruiste*. Elles semblent plutôt diriger leur désir d'affirmation ainsi que leur recherche de plaisir et de valorisation (ce qui rejoint les critères utilitariste et hédoniste de l'éthique) vers la sphère publique qu'elles investissent *parallèlement* à leur engagement humain. Cet engagement humain (critère éthique en soi, critère utilitariste «de l'intérêt»), lui, vient rejoindre leur espace identitaire privé. Ainsi donc, le rapport chez elles entre «espace moral» et «espace éthique» en est plus un de synchronie que de diachronie... Bon, je dois, j'en conviens, ramener tout ceci à un peu de concret. Les exemples de cet investissement par les jeunes de la sphère publique ne sont pas si nombreux et en réalité, ont déjà été mentionnés: une volonté manifeste de pousser plus loin la scolarisation et la spécialisation clinique; une recherche d'indépendance financière; une attitude plus combative et entreprenante à l'égard des codes et structures de pensée de l'établissement hospitalier, à l'égard des collègues de travail ou encore de la direction; enfin, une tendance plus marquée à vouloir «avoir une vie en dehors de l'hôpital»...

Maintenant, ce qui confère son caractère politique à l'usage que les jeunes font de la fonction éthique est la position qu'elles se trouvent à occuper dans ce qu'on appelle communément «l'évolution de la condition féminine». Pour expliquer qu'est-ce que j'entends par ceci, je dois ramener la réflexion sur deux bonnes vieilles notions associées à la pensée féministe: l'oppression et l'émancipation féminines. Le fait que les jeunes infirmières sollicitent en apparence une plus grande diversité d'expériences reliées à leur désir d'affirmation et de réalisation personnelles (le *care* est une de ces expériences), le fait aussi que certaines manifestent un rejet plus ou moins partiel du *care* vu comme expérience bonne et souhaitable «à tout prix», met en lumière, selon moi, un microphénomène de résistance. En imposant leurs limites face à un contexte infirmier qui paralyse le soin en le surchargeant et en l'encerclant de toute part, elles se protègent contre cette partie de l'oppression féminine qui correspond à l'usage: usage abusif de leur féminité dans sa capacité émotive, usage leur volonté relationnelle. Elles se protègent, en fait, contre l'intrusion du Pouvoir (pouvoir patriarcal, pouvoir de la moralité traditionnelle qui assigne aux femmes le dessein d'aider) au cœur de cette volonté d'aider qui leur est si chère. Je rappelle cependant que le pouvoir dont je parle ici n'est pas une version du pouvoir foucauldien, il est extérieur et subséquent à la force relationnelle, n'est pas sa condition d'émergence mais bien une entrave à celle-ci. Car c'est bien de *capacité* relationnelle dont il est question, cette capacité qu'elles veulent non seulement préserver mais aussi défendre pour ce qu'elle est réellement, dans ses débordements, ses déroutes mais surtout ses limites. En refusant de surestimer cette capacité ainsi que la valeur morale qui s'y rattache, elles s'affranchissent d'une partie de leur rôle, de leur obligation de genre qu'elles projettent à l'extérieur des frontières de leur subjectivité (alors que les plus âgées se protègent et se réalisent davantage en l'intériorisant). En un mot, elles s'émancipent, elles acquièrent par cette démarche un réel pouvoir-pour-vivre, une réelle *capacité de vivre* proportionnelle aux ressources qui leurs sont propres.

L'éthique, enfin, se réalise dans un second volet politique propre au mode d'affirmation féminine des jeunes infirmières: l'*empowerment* que ce dernier permet

à la *communauté féminine* de développer, à travers le déploiement, la «promotion» d'une culture *hédoniste* de l'altruisme féminin. Par leurs actions et leur discours valorisants à l'égard d'un altruisme «équilibré» (féminin mais aussi humain, noble et beau dans ses fondements mais aussi limité aux forces et capacités respectives à chacune et chacun), les jeunes infirmières contribuent, pour rappeler les propos de Graciela Hierro, à la plus urgente tâche éthique et féministe des femmes: atteindre une moralité centrée dans la sensibilité propre et par ceci éliminer l'oppression féminine.

Si l'on résume pour ainsi dire l'ensemble des résultats interprétés à la lumière de l'hypothèse fondamentale de ce travail, ce qui ressort est le constat suivant: les infirmières âgées de 50 ans et plus ont, dans leur expérience professionnelle principalement, davantage recours à la fonction éthique de la morale relationnelle par rapport aux 30 ans et moins qui, elles, s'y rattachent moins et s'affichent sur le plan éthique et féministe autrement que par une systématisation de l'expérience relationnelle. Serait-ce de dire qu'avec la modernité et les nouvelles possibilités de réalisation offertes aux femmes, la fonction éthique de la moralité ne serait plus aussi utile à la démarche altruiste? Pas nécessairement... J'ai à un moment mentionné que si le recours des plus âgées au dispositif éthique était d'un côté une réponse pratique à une plus grande et plus ancienne nécessité de négociation avec les termes et conventions de l'espace moral, ce recours, d'un autre côté, devait être considéré pour son inscription dans une démarche de *maturité*. Hierro décrit l'éthique féministe du plaisir comme une éthique de la liberté et de la maturité¹⁶⁹, et décrit à son tour la maturité comme un sentiment mystique de transcendance, de spiritualité et d'union avec le Tout¹⁷⁰. Il m'apparaît clair que les infirmières qui ont au moins cinquante ans et qui ont pour certaines plus de 30 années d'expérience dans le domaine des soins, déterminent un sens qu'elles attribuent à leur vécu altruiste comme le fruit mûr d'un long apprentissage. Les plus anciennes infirmières ont traversé de plus nombreuses «occasions relationnelles», elles connaissent plus la maternité, elles

¹⁶⁹ Graciela Hierro, *La ética del placer*, 21.

¹⁷⁰ *Ibid.*, 25.

bénéficient d'une accumulation plus importante d'expériences où il leur a fallu choisir comment, qui, dans quelle intention et jusqu'où aider, où il leur a fallu déterminer la nécessité, pour leur réconfort, leur bonheur et leur satisfaction propres, de recourir à une intériorisation spirituelle de leur oeuvre morale... de recourir à «leur» fonction éthique. Elles ne se sont pas qu'«habituées» à l'usage de cette fonction, elles s'en sont servies en développant une façon bien à elles de s'y habituer: elles se sont appropriées la dignité et la profonde intériorité de leur capacité humaine. Car au fond, le passage ou l'échange qui s'effectue entre les espaces distincts de la moralité et de l'éthique féminines, s'il en est un, est à observer non pas au sein d'une évolution strictement générationnelle (comme je le croyais au départ), mais bien au sein d'un parcours à travers les différents *cycles de vie propres à chacune et chacun*. C'est bien normal, les plus jeunes regardent vers l'avenir et s'y projettent, construisent, aspirent, alors que les plus âgées regardent plus derrière elles et cherchent un peu moins à refaçonner leurs espaces de vie. Elles effectuent un bilan, une rétrospective. Cette infirmière qui disait «être en respect avec son essence profonde» m'a demandé, lorsque j'ai eu terminé l'entrevue avec elle, si je n'avais pas d'objection à lui envoyer par la poste mes feuilles de prise de note. Elle disait qu'en relisant la transcription de son témoignage elle pourrait, plus tard, peut-être, se souvenir et comprendre où elle en était à ce moment de sa vie. Sa requête m'a touchée et m'a donné cette impression de spiritualité, de recherche passionnée pour atteindre le soi dans sa singularité profonde et à travers un cheminement graduel, à travers une croissance. Le plaisir lié à l'épanouissement moral ne s'explique ni ne se mesure uniquement à l'échelle d'une comparaison intergénérationnelle et dans des termes quantitatifs. La perception même du plaisir change selon l'âge et selon les différentes étapes, épreuves et expériences de vie. Et si, comme l'entend Hierro, l'éthique se définit comme «la façon de résoudre positivement les problèmes pratiques que nous rencontrons (...). le projet fondamental que chaque personne détermine pour donner sens et valeur à son existence»¹⁷¹, elle est un outil à la hauteur et «à la saveur» de chacune et chacun.

¹⁷¹ (Traduit par moi de l'espagnol), *Ibid.*, 129.

Quelque part, je pourrais présumer qu'en m'entretenant de nouveau avec les jeunes infirmières dans 20, 30 ans peut-être, j'obtiendrais, qui sait, des résultats semblables à ceux obtenus auprès des plus âgées, je remarquerais peut-être chez elles cette même intériorisation de l'expérience altruiste et un recours accru au dispositif éthique pour maintenir la volonté relationnelle et... Mais bon, bien que je conçoive finalement qu'une comparaison intra-générationnelle eût été plus adaptée qu'une comparaison intergénérationnelle en regard au thème abordé et à la question posée, je crois somme toute que le rapport un peu plus grand entretenu par les plus âgées avec la moralité traditionnelle, son langage, ses conventions... et ses limites, a quelque chose à voir, ne serait-ce qu'en vertu du décalage flagrant qui s'installe entre les deux groupes au niveau de l'ambition académique et professionnelle, avec la génération d'un point de vue de l'époque. Je crois, en fin de compte, que les jeunes infirmières, en tant que jeunes femmes, sont aujourd'hui plus disposées et plus promptes à s'engager sur une plate-forme éthique où le plaisir relationnel et tous les types de plaisirs, féminins autant qu'humains, sont schématisés autour d'un langage et d'une expérience qui permettent sa libération un peu plus facilement.

CONCLUSION

La fonction éthique de la sagesse féminine se situe dans la connaissance et la compréhension des possibilités de plaisir comme action libératrice et sens de vie. Elle parcourt les étapes du développement moral et transforme le sens de l'amour, du travail et du pouvoir, tel que compris traditionnellement par les femmes. Ce qu'il nous incombe est d'inventer une forme nouvelle d'actualisation pour les femmes, qui inclut la relation humaine, l'harmonie avec la nature et la soif de transcendance mue par l'amour (Hierro)¹⁷².

(..).

Du désir maternel surgissent les affects qui nous réitèrent l'échec de prétendre établir des unions éternelles qui vont au-delà de la seule valide, avec soi-même. À partir de la blessure initiale nous savons que jamais nous n'aurons de «mère suffisante» (French). Nous devons réfléchir sur l'enseignement que porte avec lui le mythe pour créer les imaginaires qui conduisent aux rencontres, bien que fugaces, avec l'unité perdue. Inventer les rites qui anticipent les pratiques et visualiser les utopies qui dévoilent la possibilité de l'union, en ultime instance, avec nous-mêmes à partir de l'ordre symbolique de la mère construit à travers l'expérience et sa médiation avec le nouveau langage (Murano)¹⁷³.

Les infirmières sont le portrait vivant de «l'utopie qui dévoile la possibilité de l'union», sont la voix déployée et écorchée du désir maternel qu'elles rebaptisent à leur façon, chacune, dans cette «soif de transcendance mue par l'amour», dans ce «mythe» qui est le leur, profond et unique, échec et victoire. C'est à l'utopie d'un réel humain «parallèle» que j'ai en quelque sorte dédié ce travail, un réel basé dans l'absolu de la relation intersubjective que les femmes ont historiquement entretenue dans le silence et l'obligation, mais aussi dans la paix et le plaisir sincère. Un réel construit autour de l'interaction *inévitabile* qui s'exerce entre les sujets humains produits *et* créateurs de leur histoire, un vécu relationnel qui, en réalité... il m'appert du moins... rejoint les termes fondamentaux de ce qu'on dit être «la phénoménologie». Me rapprocher de l'expérience altruiste des femmes soignantes m'a permis d'entrer en contact avec cette version quelque peu ignorée de la liberté humaine qui s'enracine dans l'affranchissement de l'être relationnel et le bonheur *ontologiquement vrai* conséquent à l'amour, au don et à la raison passionnelle. Si l'expérience de cette harmonie éthique entre les desseins du soi et de l'autre ne s'est

¹⁷² *Ibid.*, 143.

¹⁷³ *Ibid.*, 13.

pas montrée à moi dans la même splendeur, dans la même systématisme que je lui avais conceptuellement et préalablement accordée, elle m'a cependant permis d'entrevoir les moyens grâce auxquels les infirmières arrivent à s'en rapprocher ou décident alors de s'en éloigner, pour s'armer et se rejoindre elles-mêmes ultimement, authentiquement, humblement.

J'ai voulu aborder le thème de l'altruisme infirmier et féminin à travers une réflexion anthropologique centrée dans l'analyse de la culture symbolique du genre et ce, dans une perspective visant à retrancher cette partie de la critique féministe qui s'intéresse à la construction féminine *au-delà de sa condition*. Bien sûr, il m'a fallu parcourir la cosmologie du genre pour comprendre et concevoir toute la portée interprétative des associations symboliques à l'origine de l'oppression féminine (carence et dépendance vitale des femmes, maternisation et érotisation de l'objet féminin comme signe, comme simulacre historiquement investi et nié, etc). Mais derrière cette approche qui me semblait cerner plus que dévoiler l'expérience féminine, j'avais la conviction qu'il était possible et nécessaire de s'intéresser aux forces et privilèges découlant de la volonté relationnelle des femmes. C'est probablement en réponse à cette conviction que je me suis laissée charmer par une approche philosophique qui cherchait à découvrir les fondements d'une dignité humaine *à partir et autour des vertus communément associées à la féminité*. Il n'est bien entendu pas facile de convertir les termes traditionnellement associés à l'oppression féminine (dont la volonté relationnelle est un exemple) en des atouts potentiels pour un *empowerment* féminin... Néanmoins, j'ai persisté à envisager la possibilité de cette conversion, et c'est auprès de la philosophie éthique de Graciela Hierro que j'ai opté de le faire. Les infirmières qui ont bien voulu contribuer à ma recherche m'ont fourni, à travers la tangibilité de leurs récits et expériences, un ensemble de manifestations pratiques et sensibles de cette éthique du plaisir féminin qui n'est nul autre qu'une *autonomie morale* face aux représentations publiques et socioculturelles associées à leur oeuvre altruiste, «assignées» à leur subjectivité féminine. Car la représentation culturelle du féminin, qu'elle soit dictée comme ligne de conduite ou alors puisée à même les sources du Romantisme, qu'elle s'évertue à

briller dans les mythes autant que dans les consciences qui la bercent et parfois la font renaître dans une ritualité accentuante, qu'elle soit institutionnalisée, à l'état diffus ou encore bafouée... elle demeure représentation, c'est-à-dire produite et reçue, donnée à voir et à être. Si la féminité se voit un jour affranchie, c'est qu'alors elle aura réussi à être et à faire sans agent interceptant, propulsée par sa seule nature et dans un «non donné» existentiel... qui n'attend qu'elle seule.

Je crois pertinemment que les femmes peuvent arriver à se dé-représenter sans quitter les sphères traditionnelles de leur genre. Elles le font de manières diversifiées et dans le cas des infirmières que j'ai interrogées, c'est surtout le type d'outils utilisés qui varie mais aussi, il faut en convenir, l'intensité de la dé-représentation qui change selon l'âge, les cycles de vie traversés et les possibilités de réalisation personnelle qu'offre l'époque. Personnellement, j'appartiens à la génération des «femmes émancipées», je suis fille d'une mère (infirmière...) qui a vécu la révolution féministe des années 70, la transition jusqu'à aujourd'hui d'une époque où devenir infirmière était encore une des seules options professionnelles pour les femmes. Bref, je crois que nous vivons et avons vécu des changements d'une importance majeure en regard au travail féminin et aux libertés génériques, ce qui m'a portée à croire que le milieu infirmier ne pouvait avoir été étranger à ces changements, malgré son caractère traditionnel.

Je me suis intéressée à savoir si les soins infirmiers n'avaient pas vu naître une nouvelle «tendance», tendance chez jeunes femmes d'aujourd'hui à choisir une profession basée dans le soin des autres pour des raisons disons un peu moins conventionnelles, et à l'intérieur de procédés subjectifs basés dans l'autoréflexivité. Je me suis intéressée, finalement, à savoir si le milieu infirmier ne permettait pas un tout petit peu plus qu'autrefois la construction d'identités féminines dignes et libres... à l'intérieur de quelque chose qui pourrait ressembler à l'humilité. Un tout petit peu... en effet. Mais sans trompettes ni tambours, j'opterais pour conclure que si l'éthique est un dispositif qui a bel et bien son utilité auprès des infirmières plus âgées qui, grâce à lui, parviennent à se réapproprier leur expérience altruiste en intériorisant la force qui lui est propre, le «privilege d'époque» qui confère aux jeunes leur capacité

de réalisation éthique est surtout à voir en dehors de la sphère du *care*, se dégage quelque peu de l'autonomie du modèle relationnel. En un mot, le milieu infirmier, malgré sa modernisation, n'offre pas les conditions nécessaires à l'octroi d'un soin satisfaisant... n'offre pas les conditions nécessaires à la concrétisation de l'utopie.

Y aurait-il, en quelque sorte, une «faillite de sens» à associer à la réticence, un peu plus marquée chez les jeunes, de «se donner corps et âme» pour leurs patients, «pour le bien de l'humanité souffrante» et en dépit des mauvaises conditions de travail? C'est la question que pose l'Autorité morale qui assigne aux femmes un critère, une «clause spéciale» à remplir pour atteindre la qualité d'être moral, la qualité de «sujet» proprement dit... et à cette question, les infirmières ont répondu non.

En terminant, si l'interprétation des données expérientielles de cette recherche a pu paraître à certains endroits surchargée de considérations théoriques, il en aura été ainsi... un peu malgré moi. Car en réalité, l'objectif que visait ce travail se situait précisément dans le fait d'atteindre, ne serait-ce que du bout des doigts, les fondements philosophiques exprimés dans la théorie de l'éthique du plaisir féminin au coeur même de l'expérience concrète des infirmières. Je voulais vérifier dans quelle mesure il était possible de faire éclater cette frontière qui isole le langage conceptuel du langage sensible, qui sépare le politique et l'expérience... Que la valeur relative à cette investigation puisse s'exprimer dans ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire une exploration philosophique harmonisée à une interprétation anthropologique d'un segment bien précis de l'expérience féminine, l'altruisme... est tout ce que j'aurai souhaité. L'amplitude de la réalité sensible et discursive à laquelle renvoie l'affinité historique des femmes pour le soin est en elle-même une promesse, la promesse que, en termes de regards et de questions à poser sur la nature et le devenir de cette affinité, la source est inépuisable.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Aguado, Juan Carlos. 1998. *Cuerpo humano, ideología e imagen corporal en el México contemporáneo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- 2- Ardener, Shirley, dir. 1992. *Persona and Powers of Women in Diverse Cultures: Essays in Commemoration of Audrey I. Richards, Phyllis Kaberry and Barbara E.* New-York: St. Martin Press.
- 3- Armstrong, Nancy. 1987. *Desire and Domestic Fiction: a Political History of the Novel*. New-York: Oxford University Press.
- 4- Armstrong, Nancy. 1992. *The Imaginary Puritan: Literature, Intellectual Labor, and the Origins of Personal Life*. New-York: Routledge.
- 5- Armstrong, Nancy et Leonard Tennenhouse, dir. 1987. *Ideology of Conduct: Essay on Literature and the History of Sexuality*. New-York: Methuen.
- 6- Bizier, Nicole. 1992. *De la pensée au geste*. Ville Mont-Royal: Décarie Maloine.
- 7- Boigelot, René. 1957. *L'infirmière et sa mission dans le monde moderne*. Bruxelles: Action familiale.
- 8- Bourdieu, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama; 1998. *La domination masculine*. Paris: Éditions du Seuil.
- 9- Burin, Mabel. 1999. «Género femenino y psicoanálisis. El techo de cristal». *Catálogos, Revistas Claves*. Nro. 17-18.
- 10- Burin, Mabel et Irene Meler. 2001. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Argentina: Paidós.
- 11- Butler, Judith. 1993. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. México: Paidós ; 1993. *Bodies that matter: On the Discursive Limits of the "Sex"*. New-York ; Routledge: London.
- 12- Cohen, Yolande. 2002. *Profession infirmière: genèse d'une discipline: histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- 13- Dolto, Françoise. 2001. *Sexualidad femenina. La libido genital y su destino femenino*. España: Paidós; 1987. *Libido féminine*. Carrère; Vertiges du Nord: Paris.

- 14- Eisler, Riane. 1999. *Sexo, mitos y política del cuerpo*. México: PAX México; 1995. *Sex, Myth and the Politics of the Bodie*. San Francisco: Harper.
- 15- Eloy, Martine. 1986. *Femmes et santé: prendre la parole, prendre notre place*. Montréal: Fédération québécoise des infirmières et infirmiers.
- 16- Eslin, Jean-Claude. 2002. «Un visage inconnue de Michel Foucault à propos de l'herméneutique du sujet». *Esprit* (janvier).
- 17- Foucault, Michel. 1976. *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- 18- Foucault, Michel. 1984. *Le souci de soi*. Paris: Gallimard.
- 19- Foucault, Michel. 1976. *L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard.
- 20- Galende, Emiliano. 2001. *Sexo y amor*. Argentina Paidós.
- 21- Habermas, Jürgen. 1962. *L'espace public*. Paris: Payot.
- 22- Hall, Catherine. 1992. *White, Male and Middle Class: Explorations in Feminism and History*. New-York: Routledge.
- 23- Hall, Catherine et Leonore Davidoff, dir. 1987. *Family Fortunes: Men and Women in the English Middle-Class, 1780-1850*. Chicago: University of Chicago Press.
- 24- Hierro, Graciela. 1985. *Ética y feminismo*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.
- 25- Hierro, Graciela. 2001. *La ética del placer*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.
- 26- Houel, Annik. 1997. *Le roman d'amour et sa lectrice: une si longue passion: l'exemple Harlequin*. Paris: L'Harmattan.
- 27- Kuhse, Helga. 1997. *Caring: Nurses, Women and Ethics*. Oxford: Maldon: Blackwell Publications.
- 28- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 1996. *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: horas y HORAS.
- 29- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 1990. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México.
- 30- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 2000. *Claves feministas para la autoestima de*

las mujeres. Madrid: horas y HORAS.

- 31- Lamas, Marta, dir. 1996. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; Miguel Angel Porrúa.
- 32- Lamoureux, Diane. 1991. *Entre le féminin et le féminisme*. Québec: Université Laval.
- 33- Lorite, José. 1987. *El orden del femenino, origen de un simulacro cultural*. España: Antropos.
- 34- Mauss, Marcel. 1950. *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- 35- Patenaude, Odette. 1998. *Au coeur des soins infirmiers. Guide d'apprentissage de la relation d'aide*. Contre-Coeur: Point tournant.
- 36- Petitat, André. 1989. *Les infirmières: de la vocation à la profession*. Montréal: Boréal.
- 37- Robin, Shirley. 1982. *The Gentleman in Trollope: Individuality and Moral Conduct*. Cambridge: Harvard University Press.
- 38- Ryan, Mary P. 1992. *Habermas and the Public Sphere*. Cambridge: Craig Calhoun.
- 39- Saillant, Francine et Manon Boulianne, dir. 2003. *Transformations sociales, genre et santé*. Québec: L'Harmattan.
- 40- Sarrion, Adelina. 1994. *Sexualidad y confesión. La solicitud ante el tribunal del Santo Oficio (siglos XVI-XIX)*. Madrid: Alianza Universidad.
- 41- Vargas, Esther Corona. 1998. *Antología de la sexualidad humana, tomo uno*. México: Miguel Ángel Pomia.
- 42- Verhaeghe, Paul. 2001. *El amor en los tiempos de soledad. Tres ensayos sobre el deseo y las pulsiones*. Barcelona: Paidós; 2000. *L'amour au temps de la solitude*. Paris: Denoel.

