

Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion

Francine Saillant

Volume 4, numéro 1, 1991

Femmes, savoir, santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/057627ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/057627ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (imprimé)

1705-9240 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Saillant, F. (1991). Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches féministes*, 4(1), 11–29. <https://doi.org/10.7202/057627ar>

Résumé de l'article

Ce texte présente une analyse des écrits des récentes années concernant le domaine des soins. Les dimensions suivantes sont examinées. On y définit d'abord les soins, quant à leur contenu dans leurs expressions professionnelles et domestiques, et l'articulation de ces pratiques d'entretien de la vie à la production de la santé. Au-delà de leur contenu, ces pratiques sont porteuses de valeurs morales qui mettent en évidence l'importance de l'engagement affectif et de la protection. Lorsqu'il est question d'aborder ces pratiques comme porteuses de savoirs, on note leur faible reconnaissance et ce, malgré les évidences anthropologiques qui tendent à montrer leur richesse et le capital qu'elles représentent quant à la survie des populations humaines. La dernière partie du texte interroge la crise actuelle dont les soins sont l'objet et les enjeux de leur disparition.

ARTICLES

Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion*

Francine Saillant

C'est au cours des années 1970 et 1980 que commence le débat entourant le problème de la désappropriation des femmes par rapport à leur corps et leur santé. Au cours de cette période, on s'est surtout intéressé aux processus et rapports sociaux impliqués dans la médicalisation des différents cycles reliés à la reproduction (contraception, maternité, ménopause), ainsi que sur les effets néfastes de l'interventionnisme biomédical sur la santé des femmes (Gaucher, Laurendeau et Trotter 1981; Saillant 1985). Dans toute l'Amérique du Nord et au-delà, pendant cette période de réflexion intense à l'intérieur du mouvement pour la santé des femmes, les analyses se firent nombreuses et des services de santé de type féministe se multiplièrent. Au Québec, notamment, plusieurs travaux ont porté sur l'analyse des changements en cours dans la biomédecine, et sur la signification et les dangers de ces changements pour l'autonomie et la santé des femmes.

Par rapport au domaine général de la santé et de la maladie, si les femmes, plus nombreuses que les hommes en tant que «bénéficiaires», «patientes» ou «clientes» sont l'objet des formes de plus en plus sophistiquées de la médicalisation (Guyon 1990), elles sont aussi des actrices de premier plan quand il s'agit de prodiguer des soins¹ de santé. Par les soins, elles contribuent directement à la production de la santé, incluant la promotion, la prévention, le maintien, le recouvrement, et la nature de cette contribution mérite une attention particulière. Les auteur-e-s des analyses publiées à partir des années 1970 ont insisté sur l'importance de cette contribution mais aussi sur sa dévaluation sociale, que cette contribution soit effective dans la communauté en général ou dans des institutions de santé. Compte tenu de la place prépondérante des femmes dans la prodigation des soins, il semble ici opportun d'examiner dans le détail les travaux des auteur-e-s ayant cherché à clarifier son contenu à la fois comme service et comme concept.

Dans un article portant sur l'évolution des soins de santé primaires, Collières notait que:

Les soins sont indispensables à la vie et semblent aller de soi. On n'en remarque pas l'absolue nécessité tant ils semblent relever de l'évidence ou de la banalité. Ils tissent la vie quotidienne et, ce faisant, préviennent la maladie. Ils sont autres que les soins médicaux, mais en cas de maladie ils précèdent, accompagnent les soins médicaux. Ils font l'objet de savoirs empiriques très élaborés. Or, la médicalisation et le professionnalisme ont pu rendre désuets les savoirs élémentaires construits autour des soins, ou laisser croire à leur vulgarité, ou les minimiser au point de les faire disparaître, ceci ayant des effets des plus dommageables sur la santé. Par le recours constant au personnel médical, les mères ont perdu des savoirs élémentaires de la vie quotidienne sans que l'instruction donnée aux professionnelles infirmières et aux médecins leur ait permis pour autant de maîtriser ces savoirs.

Collières 1988 : 7

Les soins seraient ainsi essentiels mais banalisés, pratiques omniprésentes mais dissimulées sous la médecine-spectacle, porteurs de savoirs mais sujets à la déqualification.

S'interroger sur la question des soins en tant qu'espace de savoirs et de pratiques spécifiques aux femmes comporte en fait un piège qui s'apparente beaucoup au débat entourant la maternité. Pendant de nombreuses années, le mouvement féministe s'est montré ambivalent face à cette dernière, dans la mesure où les luttes ont d'abord été menées dans l'esprit de la conquête de l'autonomie reproductive et d'une distanciation critique à opérer avec ce qu'il conviendrait d'appeler la contrainte à la maternité ou encore la maternité-destin. Pour cette raison, la maternité abordée comme espace bioculturel féminin et domaine de savoirs et de pratiques s'avérait un sujet pour le moins délicat, parce que marqué idéologiquement. Cette perception s'est peu à peu transformée au cours des années 1980 dans le contexte de l'arrivée des nouvelles technologies de la reproduction puisque maintenant, devant la menace que représente le contrôle absolu de tous les aspects de la reproduction de la part du pouvoir techno-médical, beaucoup de féministes considèrent plutôt la maternité comme une identité en péril qu'il faut à tout prix préserver et protéger (De Koninck 1990).

Le domaine des soins a sans doute suscité des réserves analogues puisque, dans le passé et dans le présent, dans leur vie domestique aussi bien que sur le marché du travail, les femmes y ont été contraintes. Cette association obligée des femmes à l'univers des soins a été souvent interprétée dans le mouvement féministe comme un jugement posé par les institutions patriarcales sur les soi-disant capacités naturelles des femmes à «s'occuper de l'autre». Dans cette ligne de pensée, de la même façon qu'on a établi le lien entre l'instinct maternel et la justification du confinement des femmes au maternage (Badinter 1980), une relation similaire existerait entre le maternage et les capacités à prendre soin des autres, quel que soit l'âge des femmes (Gaucher 1981). Ainsi, on a longtemps expliqué le confinement des femmes dans la société marchande à des fonctions de services dont une bonne part relève des soins, par le fait qu'elles détiendraient «naturellement» les qualités requises pour ces emplois. De plus, dans la réalité domestique, il était et il est toujours considéré comme normal que les responsabilités des soins incombent aux femmes, toutes les fois que la réalité l'exige et au-delà des responsabilités touchant la progéniture (ex.: maladie, handicap, etc.). Pour des raisons évidentes d'émancipation, le domaine des soins fut donc, à l'instar de la maternité, passé au crible de la critique idéologique, ce qui ne fut pas sans répercussion. Ainsi, alors que la profession infirmière constitua longtemps l'un des rares choix de carrière qui s'offraient aux femmes en dehors de la vie domestique, elle vient aujourd'hui dans les derniers rangs des options professionnelles retenues par les filles. De plus, partout dans le monde, on parle de pénurie d'infirmières.

Une fois que l'on a associé les soins au domaine du maternage, connaît-on pour autant les soins? Bien que marqués idéologiquement parce qu'ils représentent une réalité à laquelle est confrontée quotidiennement la très grande majorité des femmes, tout au moins dans leur vie privée, ils méritent certainement un questionnement théorique portant au-delà des critiques des premières heures du féminisme contemporain. Le présent texte constitue une synthèse des analyses récentes au sujet du phénomène du soin, provenant de différents champs et courants de pensée (anthropologie, soins infirmiers, féminisme, santé publique...), puis de nos propres observations cumulées depuis un certain nombre d'années au contact quotidien des infirmières dans le contexte d'un enseignement en anthropologie de la santé.

Nous nous efforcerons d'abord de circonscrire et de définir le domaine des soins sous l'angle des pratiques diversifiées qu'ils regroupent et des exigences qu'ils sous-tendent, pour ensuite tenter de situer et d'analyser les contradictions qui marquent leur pratique, et leur crise, dans le contexte des sociétés modernes et industrialisées. Il est important de noter que notre contribution ne vise point à définir le soin infirmier en tant que tel, qui est un domaine professionnel spécialisé, ce qui serait l'objet d'une toute autre discussion; nous nous intéressons plutôt au phénomène du soin quelle que soit son expression sociale. Les exemples choisis pour cette discussion seront limités à la société québécoise et aux sociétés industrialisées. La conclusion, très brève, ouvrira sur des pistes de réflexion quant à l'apport des soins aux sociétés modernes et aux institutions de santé et au risque qu'impliquerait leur disparition.

La pratique des soins

Contenu des activités reliées à l'exercice des soins

Nous tenterons maintenant de décrire et de circonscrire le contenu des activités reliées à l'exercice des soins, de la façon la plus englobante possible, en considérant en premier lieu les activités accomplies de façon routinière par la grande majorité des femmes et, en second lieu, les activités confiées à des personnes rémunérées, que ces activités soient ou non jugées comme spécialisées.

Chez les experts et les expertes du domaine sociosanitaire, la famille est souvent appréhendée en tant qu'unité de base et lieu de production sociale de la santé (Litman 1974). Souvent aussi, elle est reconnue comme l'unité privilégiée de la reproduction sociale. À l'instar des féministes ayant développé le concept de production domestique, nous considérerons la famille comme un lieu de production (Vandelac 1985) et plus particulièrement comme un lieu de production des êtres humains (Dandurand 1981)². Dans cette perspective, la production de la santé (Therrien 1987) est une finalité essentielle de la famille, entendue comme unité de production des êtres humains, car elle assure en quelque sorte «la qualité du produit». Les tâches directement liées à la production des êtres humains dans les sociétés industrialisées incluent le maternage, l'assistance aux besoins des membres de la maisonnée et le travail ménager, tâches qui sont «confiées» aux femmes³. Au niveau de la communauté élargie et de la famille, il est possible d'appréhender le domaine des soins comme l'ensemble des pratiques sociales contribuant à la production de la santé et comme pratiques d'entretien de la vie. Toutefois, ces notions de production des êtres humains, d'entretien de la vie et de production de la santé sont dans la réalité concrète hautement connexes et apparaissent difficilement analysables séparément.

Les activités d'entretien de la vie que sont les soins (l'expression est de Collières 1985) incluraient le maternage, l'assistance-socialisation des enfants, l'assistance aux personnes dépendantes autres que les enfants et de larges portions du travail ménager qu'effectuent les femmes dans le contexte de la production domestique. Il est socialement attendu des femmes qu'elles remplissent ces tâches qui leur sont culturellement assignées et qui représentent le travail informel et non monnayé qui est effectué au niveau de la famille. Par rapport à l'expérience quotidienne des femmes, ces tâches, comme le souligne

à bon escient Graham (1985 : 26), existent à la fois sur la base d'une division sexuelle du travail et d'une séparation entre l'institution et la communauté. Les notions de «genre» (*gender*) et de «privé» (*privacy*) marquent donc essentiellement la pratique des soins.

Dans son essai sur la contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux, Therrien (1987 : 43-54), s'appuyant sur Graham (1985), propose d'inclure parmi les activités associées à cette «contribution informelle» à la production de la santé, que nous considérons comme relevant du domaine des soins, des tâches d'entretien mais aussi d'éducation.

En ce qui concerne les tâches d'éducation, on reconnaîtra que les femmes jouent un rôle de premier plan dans la transmission de valeurs, d'attitudes, d'habitudes et de savoirs favorisant la santé et le bien-être; l'élevage des enfants implique par exemple qu'on apprenne à ces derniers des habitudes alimentaires et d'hygiène corporelle. Ainsi, comme le note elle-même Graham:

En établissant des standards dans des domaines comme ceux de l'alimentation et de l'hygiène, les femmes ne font pas que produire les conditions nécessaires à la santé dans le sens limité de la biologie, elles transmettent aussi une culture dans laquelle santé et maladie deviennent intelligibles (Traduction libre).

Graham 1985 : 26

Les gestes du maternage qui tissent les bases du lien humain, ne transmettent pas seulement l'amour et l'affection nécessaires au développement, ils imprègnent également le corps de l'enfant, entre autres par la médiation du toucher (en le baignant, l'habillant, le portant), des codes culturels qui sont des clés pour la socialisation. Ainsi, la mère supplée aux besoins de base de l'enfant, contribue à sa santé mais aussi elle transmet par encodage, imitation, apprentissage certains des éléments clés de l'environnement socioculturel.

Si les tâches du maternage et de l'éducation à la santé sont nombreuses et variées, elles ne sont pas les seules à relever du domaine des soins. On doit également leur ajouter les tâches d'entretien direct des corps et la préoccupation constante du bien-être global des membres de la famille; par exemple, préparer et servir des repas, dispenser directement des soins corporels (incluant le traitement de bien des maladies), laver des vêtements, créer un climat chaleureux et sécuritaire dans la maisonnée. L'entretien et le bien-être psychologique des proches par la régulation des échanges et le maintien du réseau familial, l'attention aux besoins corporels quotidiens, sont également du domaine général des soins.

Les activités d'entretien de la vie sont aussi les tâches d'assistance qui s'ajoutent au quotidien des femmes «lorsqu'il y a problème» : en tant que mères, épouses, filles, belles-filles, celles-ci s'occupent aussi de la santé des leurs dans des circonstances spécifiques où le handicap, la maladie mentale ou physique, la vieillesse ou quelque forme de dépendance, de courte ou de longue durée, frappe l'un des membres de la famille. Elles jouent alors un rôle de premier plan dans la reconnaissance des symptômes et leur identification (autodiagnostic), dans la décision de recours à des ressources formelles, dans les démarches entreprises pour l'utilisation de ces ressources et dans la négociation avec ces dernières, dans le traitement à la maison (*self care*), ainsi que dans le soutien occasionnel

ou journalier de personnes en difficulté au sein de la famille immédiate ou dans la famille étendue.

Ainsi, selon certaines enquêtes citées par Levin (1981), spécialiste reconnu de la question des soins à domicile⁴, dans plus de 60 % des situations de la vie quotidienne impliquant un problème de santé, la mère serait l'actrice de premier plan dans la décision de recours à l'aide formelle. De plus, toujours selon le même auteur, la proportion de soins dispensés sans intervention professionnelle atteindrait dans la communauté des pourcentages élevés, variant de 65 à 85 %. Plusieurs de ces affirmations se trouvent corroborées par les résultats d'une enquête récente du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il s'agit d'une recension exhaustive des écrits à propos de l'aide fournie par les proches aux aîné-e-s. Les auteur-e-s ont montré qu'entre 70 et 80 % de ces soins de santé sont donnés par la famille, en particulier par les femmes (Garant et Bolduc 1990 : 15 et 33).

Ces soins se situent à l'interface de la communauté dans laquelle s'insère la famille et des ressources formelles des services de santé dispensés par l'État. Dans une foule de circonstances, des plus ordinaires aux plus problématiques, l'État compte sur ce savoir-être et ce savoir-faire «naturel» des femmes dans la communauté pour «prendre soin», c'est-à-dire entretenir, supporter et aider les personnes dépendantes.

La pratique des soins entendue comme ensemble d'activités d'entretien de la vie ne se limite pas, toutefois, au contexte familial; elle englobe aussi les tâches d'assistance aux personnes dépendantes, effectuées par des femmes ouvrières et non spécialisées à qui on les confie dans la communauté elle-même (soins à domicile) et à l'intérieur des institutions hospitalières, comme celles des femmes préposées au ménage, à l'hygiène de base ou à l'alimentation des malades. Ces femmes remplissent des tâches similaires à celles effectuées au niveau des familles mais elles reçoivent pour cela un salaire; dans ce cas, on a déjà qualifié ces tâches de maternage mal payé (Gaucher 1981).

Au-delà de la famille, les soins s'inscrivent aussi dans la communauté élargie. Lamoureux et Lesemann (1989), parlant du rapport de complémentarité développé et souhaité entre les services de santé institués par l'État et ceux qui sont mis sur pied par la communauté, notent par exemple la place occupée par les programmes de maintien à domicile auxquels nous faisons ci-dessus référence, mais aussi la place occupée par les ressources d'entraide et de soutien, de type bénévole ou semi-bénévole. Ces ressources prolongent en quelque sorte les fonctions soignantes de la famille et sont là encore majoritairement prises en charge par des femmes.

Les tâches d'entretien de la vie peuvent aussi prendre la forme de soins spécialisés, tels qu'on les retrouve dans la pratique contemporaine du nursing. Cette profession féminine, dans son acception traditionnelle, a pour fonction générale les tâches spécialisées reliées à la production de la santé, et nécessitant une formation et des compétences reconnues par des collègues, des écoles ou des facultés, sanctionnées par des organismes étatiques représentant le bien du public. Les soins infirmiers (ou nursing, comme on le dit en Amérique du Nord), tout comme les soins de santé prodigués dans la famille, incluent l'éducation de la santé et la prévention de la maladie, l'assistance et le traitement des personnes malades dépendantes. Le caractère spécialisé de cette forme de pratique n'en fait pas pour autant un exercice complètement indépendant des autres formes de soins

présentées jusqu'ici. Au contraire, l'histoire du nursing et de la santé publique montre à quel point les soins infirmiers furent d'abord enracinés dans la famille et dans la communauté.

Au dix-neuvième siècle, naît la profession infirmière; la montée du capitalisme transforme alors peu à peu l'unité domestique que constitue la famille, et les épidémies se multiplient, attribuables entre autres à une hygiène déficiente et à la densité démographique accrue entraînée par l'urbanisation. Les infirmières viennent d'abord combler un besoin en main-d'oeuvre pour des soins que la famille ne peut plus dispenser. Pendant cette même période, on observe le pouvoir montant de la profession médicale et la multiplication des institutions hospitalières qui transformeront en profondeur les représentations et la pratique des soins (Coburn 1988). Diverses activités propres au champ domestique et relevant des soins (ex. : alimentation, maternage, éducation à l'hygiène, support psychologique, traitements apportés au corps malade) deviendront, dans le contexte de la professionnalisation, du scientisme et de la dominance de la biomédecine, des savoirs d'expert-e-s cherchant à se substituer aux premiers (puériculture, diététique). Dans ce contexte, les soins dans la famille, puis les soins infirmiers se verront usurper progressivement leurs compétences au profit de la multiplication des nouveaux professionnels.

Ce qu'exige la pratique des soins

L'examen d'un problème particulier, celui des exigences morales s'attachant à la pratique des soins, permet d'une part de comprendre avec plus de précision la continuité existant entre les expressions domestiques et professionnelles de cette pratique, et peut-être, d'autre part, de contourner le problème de la définition de cette pratique sous l'angle unique de son contenu empirique. L'examen des valeurs et des attitudes qui lui sont inhérentes semble pour cela une avenue intéressante.

Dans un article où Tronto (1989) tente de réhabiliter et de spécifier le soin en tant que concept, l'auteure montre que dans la langue anglaise, deux expressions sont couramment utilisées lorsqu'on se réfère à son idée: *caring of* et *caring for*, lesquelles renvoient dans les faits à la traditionnelle différenciation selon le genre dans nos sociétés (Scott 1988). On dira par exemple que l'homme démontre qu'il se préoccupe de sa famille en fonction du travail qu'il fait, des valeurs matérielles qu'il détient et accumule dans le but de veiller au bien-être des siens; c'est ici le sens de *caring of*. Par ailleurs, la femme se préoccupera directement de sa famille par un ensemble de soins qu'elle dispensera de façon directe aux siens, selon le sens de *caring for*. En fonction de la présente discussion, ce second sens renvoie directement à la phénoménologie du soin. La pratique des soins (*caring for*) suppose, comme on le verra, un travail qui implique une forme spécifique d'engagement moral.

Les soins (*caring for*) regroupent, comme nous l'avons vu, une multitude d'activités dans la famille, la communauté et les institutions de santé. Ils exigent, toujours selon Tronto, quel que soit d'ailleurs le sexe de la personne qui les prodigue, la continuité, l'engagement et la responsabilité. Ils sont essentiellement de nature relationnelle, parce qu'ils impliquent toujours au moins deux personnes dont l'une a des besoins spécifiques. En fait, les soins se concrétisent également en fonction d'une nécessité, et plus exactement

d'un devoir ou d'une obligation générés dans une relation où des êtres sont socialement dépendants d'autres êtres.

Le thème du «souci constant» se retrouve d'ailleurs dans l'étymologie première du mot soin. D'après Bloch et Von Wartug (1968, article «soin»), le mot soin serait apparu au douzième siècle et, jusqu'au seizième siècle, on lui aurait donné le sens de «avoir des soucis», «être préoccupé». Le Littré (édition 1878) note son origine douteuse, dans laquelle plusieurs voient d'ailleurs un dérivé du bas-latin *sunnis, sunnia, sonia*, qui signifie empêchement juridique, d'où l'idée «de s'arrêter à une affaire difficile, de soin». Le Littré montre l'étendue des significations du mot soin, lequel peut prendre les acceptions de 1) attention, application de l'esprit à faire quelque chose; 2) charge, devoir de prendre soin de quelque chose, d'y veiller; 3) souci, inquiétude, préoccupation; 4) sollicitude; 5) services qu'on rend à quelqu'un, attention qu'on a pour lui.

Pour sa part, Graham considère que deux caractéristiques supplémentaires permettent de spécifier les exigences de la pratique des soins : leur aspect continu, comme le pense aussi Tronto, mais aussi leur aspect ultime. En effet :

Le soin devient une expérience dans laquelle chaque femme s'identifie elle-même comme la première et la dernière personne sur qui on puisse compter, et au delà de laquelle il n'y plus de recours possible (Traduction libre).

Graham 1985 : 35

Tronto propose également trois autres dimensions qui décrivent les exigences de la pratique des soins : l'attention, l'altérité et la singularité. Le soin de l'autre exige d'abord une attitude morale et un savoir (donc un jugement) sur ses besoins. Cette attitude morale peut se reconnaître selon l'attention et le souci portés à l'environnement humain qui dépend de nous. La question de la dépendance est fondamentale dans la mesure où la notion de soin implique aussi une conception de l'être humain comme être social dont la survie dépend de son environnement proche. Enfin, les soins sont prodigués dans un contexte toujours singulier et spécifique.

Notons que les exigences ici discutées sont en parfaite concordance avec les dimensions de l'éthique des soins présentées par Lauritzen (1989) qui s'inspire des travaux de Gilligan (1982) et Noddings (1984). Se situant à l'intérieur d'un débat dans lequel sont recherchées les bases d'une nouvelle éthique ancrée dans l'expérience des femmes, particulièrement l'expérience de la maternité, il formule les éléments nodaux de ce qu'il nomme «une éthique du soin et de la compassion». On note en particulier la valorisation d'éléments tels que la protection, l'engagement moral et émotif, l'interdépendance.

De façon remarquable, l'étude récente de Garant et Bolduc (1990 : 42) présente plusieurs faits à propos des soins prodigués par les proches aux aîné-e-s qui confirment les remarques précédentes. Les auteur-e-s relatent entre autres de nombreuses recherches faisant état de l'engagement moral exigé par les soins conçus comme responsabilité englobante. Les femmes donneraient plus de soins personnels et seraient impliquées surtout dans les tâches qui nécessitent la forme d'engagement émotif la plus intense. Comparativement, les aidants masculins «accordent de l'assistance pour des tâches qui sont émotivement moins engageantes et d'une fréquence moins grande» (*ibidem*). On a aussi noté que l'abandon d'un aîné, un phénomène qui serait plutôt rare, suit la plupart du

temps un «engagement intensif prolongé» (*idem* : 24) de la part des aidants naturels et un épuisement.

Deux aspects peu souvent évoqués parmi les exigences des soins concernent la position de liminalité et le contact quotidien avec des aspects de la vie socioculturelle qui relèvent des tabous. Comme le note Ungerson (1983), on a peu considéré la dimension des soins qu'implique l'entretien des «forces nonproductives» et de catégories d'individus en proie à l'exclusion et à la mort sociale. Le contact quotidien avec le handicap, la vieillesse, la folie, et avec l'envers d'un monde qui se construit sur la négation de ces réalités rappelle la position de liminalité et de médiation des soignantes. Les exclu-e-s de la vie productive ne sont ni tout à fait dans le monde ni à l'extérieur, et les personnes qui les soignent font à la fois partie de cet univers tout en explorant les moyens d'en débusquer les trappes. Aussi, le corps malade produit ses symboles : que penser du fait que l'on confie surtout aux femmes la manipulation des déchets du corps?

La plupart des auteur-e-s reconnaissent à quel point les soins nécessitent du temps. Mais le temps des soins ne saurait être examiné uniquement dans ses dimensions quantitatives. En effet, il interpelle bien plus un temps intérieur, vécu, fonction d'un intense engagement affectif et moral. Cette dimension subtile du monde soignant échappe trop souvent aux évaluations de type administratif lorsqu'il est question d'identifier les besoins d'une institution de santé ou les capacités du milieu naturel à «prendre en charge».

Les soins porteurs de savoirs

Un jugement de non-savoir

Les systèmes de santé modernes, tels qu'on les trouve dans les grands pays industrialisés, se sont entre autres développés sur la base d'objectifs humanitaires qui sous-tendent l'acceptation du principe de droit à la santé pour tous et ce, bien que ces systèmes soient producteurs d'inégalités de divers types quant à leur accessibilité. Aussi, tous et toutes ne sont pas égaux devant la maladie et la mort. C'est toutefois à partir des années cinquante, c'est-à-dire avec l'essor économique qui a suivi la deuxième guerre mondiale, que ces systèmes ont été à la base d'une forte concentration de ressources économiques, humaines et intellectuelles dont une bonne part forme le pouvoir médical et ses ramifications.

La place occupée par le domaine des soins à l'intérieur et à l'extérieur des systèmes de santé modernes ne peut être intelligible qu'en fonction de l'évolution des connaissances et des pratiques qui sont à la base de ce pouvoir médical. La division sexuelle du travail qui marque la pratique des soins tels qu'ils prennent forme dans les sociétés modernes ne constitue que l'un des processus de séparation, produit du pouvoir médical. En effet, de nombreux auteur-e-s ont montré que le savoir médical s'est également construit sur la base d'une séparation du corps et de l'esprit (Aakster 1986). Par exemple, avec la levée des interdictions sur l'autopsie, la maladie a été peu à peu conçue comme le résultat de lésions anatomiques visibles à l'intérieur du corps; on délaisse alors les conceptions traditionnelles et cosmo-religieuses de l'explication du mal (Foucault 1971). Aussi, ce pouvoir s'est-il constitué historiquement en séparant les activités d'entretien de la vie (*care*), de celles qui

sont de l'ordre de la «réparation instrumentale du corps malade» (*cure*) (Collières 1985, 1986; Collières et Diébolt 1988). Le corps, objet de la maladie aux mains de la biomédecine, est devenu également objet d'un regard qui objective, réifie, évalue, traite, répare, mais qui ne soigne pas. Ces principaux processus disjonctifs sont à l'origine de la culture médico-hospitalière contemporaine et de la division sexuelle du travail sociosanitaire. Ils ont de même conduit à la dévaluation des soins en tant que pratiques porteuses de savoirs. En effet, bien qu'il s'agisse d'un domaine de pratiques distinct de la pratique médicale, il existe aussi bien comme rapport social inégal et subordonné. La majorité des auteur-e-s ont vu dans cette subordination une bonne part des explications de la dévaluation sociale des soins (sous-estimation économique, conditions d'exploitation de la main-d'oeuvre, rejet dans le privé et l'informel, banalisation). Le problème de cette subordination ouvre la discussion sur le problème de l'autonomie des soins comme domaine de pratique spécifique, mais surtout comme pratiques porteuses de savoir.

Dans son article sur l'auto-soin (*self care*), Levin (1981) souligne qu'en dépit de leur importance quantitative, et parce qu'elles sont assimilées à la vie quotidienne, ces pratiques ont été le plus souvent ignorées; par exemple, le *self care*, surtout lorsqu'il s'appuie sur les connaissances issues de la tradition orale, à titre de «savoir populaire», est considéré par les experts comme de l'empirisme débridé où se mêlent «superstitions», «savoirs de bonnes femmes» et «charlatanisme». Un tel jugement existe tout autant chez les professionnels de la santé que chez certains spécialistes des sciences sociales qui ont analysé les systèmes de santé.

Les savoirs médicaux se sont élaborés sur la base d'une exclusion des savoirs féminins traditionnels, des savoirs englobant la pratique des soins; c'est un fait de plus en plus connu aujourd'hui entre autres par des travaux tels que ceux de Ehrenreich (1982), Oakley (1976)⁵. Un exemple souvent relevé est celui de la puériculture que l'on a substituée aux savoirs maternels. Dans le contexte de la société québécoise, Laurendeau note que:

À l'intérieur même d'une société qui a été marquée par l'industrialisation et l'urbanisation, les pratiques de maternage se sont modifiées de telle sorte que la responsabilité des mères à l'égard des enfants n'a fait que croître alors que leur marge d'autonomie, quant à leur façon d'élever leurs enfants, a été sérieusement réduite. Alors qu'autrefois les mères détenaient une certaine autorité dans la maisonnée, aujourd'hui cette autorité est le fait des spécialistes défenseurs de l'enfance. La puériculture, la pédiatrie et la psychologie infantile marquent la fin du contrôle maternel sur l'élevage des enfants.

Laurendeau 1985 : 337

S'il est un domaine professionnel où l'on a tenté de considérer les soins sous l'angle des savoirs qui leur seraient propres, c'est bien celui du nursing. Cependant, le rapport ambigu des infirmières à leur propre savoir est tout à fait symptomatique de la difficulté de penser le soin et du statut problématique de ce dernier lorsqu'il est question de l'appréhender non seulement en tant que pratique mais aussi en tant que connaissance. Le texte fondateur du domaine des soins infirmiers, *Notes on Nursing – publié en 1859 –*, de Florence Nightingale (1980), était d'abord destiné aux femmes, celles qui devaient prendre soin des jeunes enfants et des malades. Pour son auteure, le nursing constituait un ensemble de compétences et de connaissances que toute femme devait posséder; elle s'opposa

longtemps à ce que l'on accorde la même autonomie à la profession infirmière qu'à la profession médicale et aux autres professions sociosanitaires en émergence à son époque. Il faudra attendre les années 1950 pour que se développe de façon plus consistante la recherche en soins infirmiers. Pendant de nombreuses années, la recherche porta principalement sur les infirmières et la formation, tandis que « le soin » (à titre de concept), au coeur même de la légitimité de cette profession, demeura longtemps une catégorie conceptuelle résiduelle. Il semble que les connaissances acquises sur la base de la pratique des soins infirmiers atteignent difficilement le degré de formalisation nécessaire pour qu'on leur donne le statut de connaissances dignes d'entrer au chapitre des sciences nobles...⁶

Chez les analystes des systèmes de santé, Graham (1985) a montré que des catégories comme celles de « *primary health care system* », « *lay health care system* », tendent à effacer la spécificité de la contribution des femmes à la production de la santé car elles distancient et neutralisent cette contribution, qui se perd alors dans la routine et la banalité des activités quotidiennes. Les soins ne deviennent alors « pensables » que dans leur rapport de dépendance au système de santé, à titre d'appendice.

Un regard anthropologique porté sur les soins

Au-delà de la crédibilité pour le moins limitée dont jouissent les soins, et du jugement de banalité et de non-savoir dont ils sont l'objet, des recherches anthropologiques permettent de développer une toute autre perspective, notamment en ce qui concerne le statut et la fonction de ces savoirs. Nous relèverons ici, parmi ce courant de recherches, deux exemples.

Nous avons souligné les phénomènes de substitution dont les soins ont été l'objet dans le contexte de la montée des savoirs des expert-e-s. Les études portant sur le contenu et la spécificité des pratiques domestiques reliées au corps et à la santé pour la période précédant la montée des expert-e-s et le tournant historique vers la médicalisation (de la fin du dix-neuvième siècle jusqu'à la première moitié du vingtième siècle) apportent un éclairage particulier en ce qui concerne le problème des savoirs dont les soins sont porteurs. Entre autres, mentionnons à cet effet des recherches actuelles portant sur les contenus et les structures des recettes de médecine populaire qui furent transmises oralement dans les familles en France et au Québec, probablement surtout par les femmes⁷, recettes qui constituent un ensemble significatif quant à une bonne part des pratiques de soins. Les recherches de Loux (1978, 1988) et nos propres recherches (Saillant 1990, 1991) montrent que contrairement au jugement d'obsolescence et de banalisation dont ces recettes ont été l'objet (aussi de la part des anthropologues), ces dernières recèlent des savoirs dont la cohérence et l'efficacité doivent être examinées en relation au contexte culturel qui leur est spécifique. Elles révèlent une expertise large, mieux connue toutefois dans toutes les sphères directement reliées à la vie reproductive : allaitement, grossesse, accouchement, soins au jeune enfant, menstruations, ménopause, mais qui s'étend aussi à une multitude d'autres domaines, incluant la prévention et le traitement des maladies courantes.

D'autres recherches, celles-là conduites par Madeleine Leininger, infirmière et anthropologue, ont contribué largement à la réflexion sur le statut et la fonction des soins dans les diverses cultures. D'abord préoccupée par le problème de la dispensation des soins

infirmiers dans le contexte multiculturel de la société américaine, elle a voulu apporter aux infirmières les moyens de développer une sensibilité aux différents aspects de la culture dans le contexte de l'intervention. Elle est à l'origine de la légitimation d'un nouveau savoir, le nursing transculturel (Leininger 1978), qui est à la jonction des sciences anthropologiques et des sciences infirmières. L'un des aspects originaux de sa démarche a été de critiquer le caractère ethnocentrique des soins infirmiers (*nursing care*), toutes les cultures ne partageant pas les mêmes conceptions à ce sujet. Elle a montré que le concept de soin, tel qu'élaboré par les expert-e-s du soin infirmier, tendait à être imprégné des valeurs propres au professionnalisme, au scientisme et à la culture hospitalière. À l'origine de très nombreux travaux ethnologiques sur les soins tels qu'ils se manifestent dans différentes cultures, elle a aussi tenté de circonscrire, sur la base d'une démarche comparative systématique, les aspects essentiels c'est-à-dire universels du soin. En anthropologie, Leininger est dans les faits la seule théoricienne à s'être penchée sur une telle question en mettant l'accent sur l'importance du soin comme facteur de développement et d'évolution des sociétés, et comme élément critique de la survie des populations humaines.

La comparaison systématique des activités reliées à la pratique des soins dans une trentaine de populations de cultures différentes a permis de démontrer leur caractère universel, malgré la variabilité de leur expression. Par exemple le toucher, les remèdes domestiques apportés aux malades, ou encore les circonstances qui seront jugées comme nécessitant des soins, sont très différents d'une société à l'autre (Leininger 1978, 1988). Cependant, dans la plupart des populations et cultures observées, l'emphase est quand même placée sur les fonctions de protection, d'aide et de support.

Les soins en crise ou l'existence d'un double lien

Un certain nombre d'arguments ont été apportés jusqu'à maintenant concernant la valeur des soins : notons leur importance quantitative dans les sphères privées et publiques de la vie sociale, la diversité des formes de leur expression, les exigences morales élevées que suppose leur exercice, leur caractère essentiel pour l'entretien de la vie et la production de la santé, la richesse des savoirs qu'ils recèlent et leur rôle primordial dans l'évolution et la survie des populations humaines. Malgré cela, ils sont devenus dans le contexte des sociétés modernes et industrialisées, un domaine distinct mais dont la reconnaissance, l'autonomie et le statut sont plus que problématiques. À cela, il faut ajouter la crise dont ils sont l'objet; cette crise semble d'autant plus inquiétante que si l'on accorde difficilement aux soins le statut de connaissances, on les considère toutefois essentiels et indispensables. Par rapport aux systèmes de santé, les soins sont ce que l'économie domestique est à l'économie marchande: la main-d'oeuvre gratuite ou sous-payée sur laquelle tous les systèmes de santé comptent et qui, paradoxalement, fait qu'ils se maintiennent et se reproduisent, et ce, quelle que soit la part du budget national investi dans les réseaux publics.

Un bon exemple est celui de la contribution attendue de la famille (entendre, des femmes) dans le contexte du désengagement actuel de l'État Providence par rapport aux services de santé. L'un des remèdes commodes de la faillite de l'État Providence est la main-d'oeuvre, le savoir-être et le savoir-faire «naturel» des femmes par rapport aux

personnes dépendantes ayant besoin de soins. Dans des termes élégants mais trompeurs, on parle de plus en plus d'interface entre la famille, la communauté et les services de santé. Le désengagement de l'État, qui se légitime souvent par des discours progressistes sur la désinstitutionnalisation, invoquant les capacités des communautés et des sociétés à se «prendre en charge» se traduit bien souvent par une absence de services. La «famille», ou encore les «ressources communautaires» et «bénévoles» sont alors interpellées, sans bien sûr que l'on fasse appel aux femmes de façon explicite, bien qu'elles soient les premières concernées. Les recherches de Garant et Bolduc (1990 : 33) ont d'ailleurs montré que non seulement les aidants naturels sont la plupart du temps des femmes, mais qu'il s'agit aussi de personnes prenant seules cette charge, le partage réel des responsabilités entre plusieurs membres d'une même famille s'avérant plutôt exceptionnel. Les aidantes principales qui assument cette charge ont de plus tendance à considérer cette forme d'assistance comme une responsabilité individuelle plutôt que collective (*idem* : 54). Bien que cette recherche concerne d'abord les personnes âgées, peu de raisons permettent de croire qu'il en serait autrement pour d'autres segments de la population nécessitant le même type d'aide. Les transformations inhérentes au rôle de malade, dans le contexte de la prévalence élevée des maladies chroniques, est un facteur qui contribue de plus à la crise: alors qu'on exige de ces malades l'hyperautonomie et la compétence devant le handicap, cette exigence apparaît irréaliste pour plusieurs personnes qui nécessitent des soins continus. Les effets de la désinstitutionnalisation dans le domaine de la santé mentale sont sur ce point très bien documentés. Par ailleurs, on parle de plus en plus de l'épuisement des ressources communautaires, de l'incapacité de la famille à répondre à tous les besoins que l'État ne peut ou ne sait plus prendre en charge. Les effets de stress seraient par exemple plus importants chez les femmes que chez les hommes qui prennent à charge une personne âgée. Considérant les exigences morales des soins que les femmes tendent à respecter dans ces situations, Garant et Bolduc ont remarqué que «les femmes expérimenteraient plus de culpabilité et ressentiraient une responsabilité plus grande pour le bien-être du parent ou du conjoint» (1990 : 48). Elles exprimeraient également des niveaux de stress plus élevés que les hommes, plus enclins à la distance physique et émotive (*ibidem*).

Cette crise des soins n'est pas seulement perceptible au niveau du «secteur informel» des services de santé. Elle touche aussi, et de façon très grave, les milieux institutionnels où il est question d'une crise de la «main-d'oeuvre infirmière», souvent analysée à tort dans des termes strictement économiques ou administratifs. Il est vrai que l'État hésite de plus en plus à investir significativement dans les ressources infirmières, ce qui se traduit par une précarisation accrue des conditions de travail des infirmières (multiplication des postes à temps partiel, des postes temporaires et sur appel, plafonnement des salaires), un phénomène qui d'ailleurs se retrouve dans plusieurs pays occidentaux. L'alourdissement des clientèles dans les milieux institutionnels à vocation aiguë ou chronique, un effet direct de la désinstitutionnalisation et des politiques de court séjour imposées pour des motifs économiques, s'ajoutant à la pénurie de main-d'oeuvre et au vieillissement de la force de travail, conduisent à ce que les conditions de l'exercice du soin deviennent, dans certains milieux, à la limite du supportable. Les grèves d'infirmières qu'on a connues en 1989 au Canada et en France sont une conséquence directe de cette situation.

La coordination infirmière qui a eu lieu en 1989, analysée récemment par Kergoat *et al.* (1990), représentait une mobilisation massive de la main-d'oeuvre infirmière à travers toute la France, dans laquelle on revendiquait clairement une amélioration des conditions de travail (hausse salariale, possibilités de carrière, etc.) mais, d'abord et avant tout, la revalorisation de l'image traditionnelle de l'infirmière. Le slogan «Ni bonnes, ni nonnes, ni connes», à lui seul en dit long sur la nature de cette révolte sans précédent et sur le refus du triple héritage légué par l'histoire. Kergoat et ses collaboratrices ont remarqué à quel point cette coordination était articulée autour des problèmes d'identité positive et d'affirmation professionnelle, un aspect plutôt nouveau dans l'histoire du syndicalisme. Le désir de bien faire son travail dans des conditions acceptables, et selon un salaire signifiant une reconnaissance sociale accrue, la remise en question d'une médecine à deux vitesses, la recherche de soins de qualité, étaient au coeur des revendications. Le désir de bien soigner s'articulait intimement à la revendication d'une identité professionnelle exprimée sous les angles de la compétence technique (entre autres les actes médicaux délégués) et d'un champ d'activité autonome (les soins). Mais «comment valoriser dans un même temps l'aspect technique qui bénéficie d'une image positive mais est délégué par les médecins hommes et celui, autonome, des relations humaines mais marqué négativement par les aptitudes féminines» (Chauvenet, citée par Kergoat 1990 : 22). Cette contradiction ramène une fois de plus au centre du problème le marquage sexué des soins et la confusion existant entre les qualités désirables pour l'infirmière, liées aux «aptitudes naturelles des femmes» (acquises par apprentissage dans l'univers reproductif...), et ses qualifications professionnelles. En fait, les infirmières, en s'identifiant au pôle soins de la profession, qui est en fait l'espace réel d'autonomie dont elles disposent, se trouvent du coup à mettre de l'avant l'importance de «la relation au malade», de «l'humanisation», de «leurs capacités relationnelles», et par conséquent, les exigences morales des soins. L'analyse de Kergoat montre clairement la difficulté de séparer dans ce cas le privé et le public, d'entrer dans le rapport salarial et surtout d'opérer le passage des qualités naturelles aux qualités professionnelles.

Par ailleurs, un autre aspect de ces conditions difficiles d'exercice des soins est cet avis, partagé par le plus grand nombre des infirmières, que dans la réalité «on n'a plus le temps de soigner». On se plaint régulièrement d'être à la remorque de la bureaucratie et de la technique. Dans les situations les plus critiques, la pratique infirmière se réduirait de plus en plus à son pôle technique et à un service considéré comme déshumanisé. Certains milieux privilégieraient une forme de taylorisation du travail infirmier, qui se traduit par une fragmentation de la tâche qui va à l'encontre même de la nature englobante des soins et de ses exigences morales. Au Québec, cette même situation a conduit nombre d'infirmières à explorer des formes alternatives d'autonomie et à investir les divers mouvements d'humanisation de la santé à l'intérieur des institutions (Leclerc et Rousseau 1990) comme à l'extérieur (Auger 1990); mais beaucoup fuient aussi la profession, considérant qu'elles ne peuvent plus soigner. Il semble enfin que l'État consente à investir dans la main-d'oeuvre infirmière dans la mesure où cet investissement s'articulera à l'orientation actuelle des institutions de santé, orientations qui tendent de plus en plus à exclure les soins (*care*), nécessitant du temps de travail infirmier qu'on juge un luxe que la société n'a plus les

moyens de se payer. La conséquence ultime d'un tel état de fait pourrait être une tendance à l'exclusion graduelle des soins du domaine public et son renvoi dans les limbes du privé.

Conclusion

La description des pratiques de soins effectuées majoritairement par les femmes et l'analyse de leurs présupposés ont permis d'en constater l'omniprésence dans les sphères privées et publiques de la vie sociale, leur rôle prépondérant dans la production de la santé et la centralité du corps en regard de la nécessité de sa protection dans le contexte des diverses formes de dépendance, de handicap et de maladie. Au-delà de leur contenu, l'examen de leurs présupposés a montré l'importance des valeurs et attitudes reliées à l'engagement moral qu'implique leur exercice.

Par rapport aux soins, les femmes reçoivent un double message, puisqu'elles sont à la fois considérées comme une main-d'oeuvre sans expertise et des expert-e-s sur qui l'on compte. Les soins tendent à être assimilés à un non-savoir, dans leurs expressions domestiques aussi bien que professionnelles et ce, malgré les évidences anthropologiques de la richesse des savoirs qu'ils recèlent, et leur contribution non seulement à la production de la santé, mais à la survie et à l'évolution des populations.

Plusieurs signes suggèrent actuellement la possibilité d'une crise marquant l'univers des soins. Comment ne pas interroger, pour ne retenir que cet exemple, les conditions dans lesquelles les capacités de prise en charge des aîné-e-s par la communauté doivent être interprétées comme le fait de femmes prenant seules cette responsabilité, acceptant des niveaux de stress difficilement contournables? Il y a là une contradiction évidente à parler de prise en charge communautaire quand ces tâches sont minimalement socialisées. Comment ne pas questionner de la même manière la difficulté croissante des ressources professionnelles, les infirmières notamment, à exercer les soins et les nombreux malaises qui sévissent dans ces milieux depuis un certain nombre d'années? La précarité dans laquelle se trouvent ces pratiques conduira-t-elle à leur effacement? Les enjeux sociétaux entourant le domaine des soins produiront-ils leur disparition pure et simple? On peut en effet se demander jusqu'à quel point les caractéristiques et exigences des soins sont compatibles avec les valeurs montantes de la société marchande et des systèmes de santé moderne, puisque le soin est, d'abord et avant tout, lien humain. Les valeurs morales plusieurs fois évoquées, notamment l'engagement dans la continuité et l'acceptation conjointe de l'altérité et de la dépendance, la reconnaissance des besoins de protection du corps total, s'accordent mal à des réalités comme l'individualisme triomphant, le morcellement du travail sociosanitaire, le temps institutionnel, etc.

Nous évoquions, en introduction, la similitude des perceptions entourant la maternité et les soins. Les soins, tout comme la maternité, sont-ils en péril?

*Francine Saillant
École des sciences infirmières
Université Laval*

Notes

- * Ce texte constitue une version remaniée d'une conférence prononcée dans le cadre de l'Atelier international sur les Femmes et le développement, Université Laval, juin 1990. Par ailleurs, ce dernier s'inscrit dans le contexte d'une réflexion théorique développée dans le cadre d'un programme de recherches supporté par le CRSH et le FCAR portant sur les pratiques thérapeutiques traditionnelles au Québec. Les personnes suivantes doivent être remerciées pour leurs commentaires aux différentes versions de ce manuscrit : Marie-Claude Niel, Nicole Rousseau, Françoise Loux, Jean-Pierre Castelain et Nadia Fahmy-Eid.
1. Lorsqu'il sera question de la pratique des soins, nous utiliserons la forme plurielle. Dans les cas où nous référerons au concept ou à la phénoménologie du soin, nous conserverons plutôt le singulier.
 2. Dandurand (1981) considère la famille comme le lieu de production et de reproduction des êtres humains. Presque toutes les sociétés humaines connues ont organisé socialement la production des êtres humains, la conception à l'âge adulte, du moins en ce qui touche le «maternage» (*mothering*) c'est-à-dire la procréation et l'«assistance-socialisation» à l'enfant dépendant, dans le cadre de la famille, nucléaire ou étendue, ou encore imbriquée dans un système de parenté. Des sociétés ont organisé le troisième aspect de cette production, l'«assistance-socialisation» de l'enfant, après la prime enfance et jusqu'à l'âge adulte, hors de la famille biologique.
 3. Dans le procès de production des êtres humains, le maternage inclut la procréation et l'assistance des êtres humains tandis que le travail ménager inclut le soin puis l'entretien de la famille et du ménage (Dandurand 1981 : 101).
 4. Pour Levin, l'auto-prise en charge sanitaire, ou *self care*, constitue un processus dans lequel les gens travaillent pour leur propre compte à la promotion de la santé et à la prévention des maladies ainsi qu'à leur détection et à leur traitement, au niveau de la prestation des soins de santé primaire dans le cadre du système de santé. L'expression auto-prise en charge sanitaire «désigne des activités qui, à côté des soins que s'administre l'individu, englobent des services assurés au niveau de la famille, de la famille étendue, des amis, des groupes de non-spécialistes bénévoles (par exemple le personnel des centres d'assistance aux victimes de viol), de groupes d'aide mutuelle, d'auto-assistance et d'organisation religieuse, voire dans certains cas, l'ensemble d'un quartier, d'une tribu ou d'un village. En d'autres termes, il peut s'agir de toutes les ressources, autres que les services professionnels de santé, auxquels nous pouvons faire appel pour obtenir une aide au sens d'un service direct (par exemple des soins au lit du malade et ou un soutien et une protection sur le plan psychologique et social)» (Levin 1981 : 209).
 5. «Le conflit entre la sagesse traditionnelle des femmes et l'expertise mâle portait sur le droit de soigner. Sauf pour les plus nanties, l'art de guérir avait toujours été, par tradition, la prérogative des femmes. L'acte de guérir était lié au maternage; il combinait sagesse et soins, tendresse et habiletés. [...] Les femmes qui avaient des dons de guérisseuses n'étaient pas seulement des sages-femmes soignant d'autres femmes, mais des «généralistes», des naturistes et des conseillères au service des hommes comme des femmes. [...] La guérisseuse opérait à l'intérieur d'un réseau de partage d'informations et d'appui mutuel. [...] Aussi, le triomphe de la profession médicale exclusivement masculine a-t-il une signification capitale dans notre histoire: il allait détruire les réseaux de collaboration entre femmes, laissant celles-ci dans un état d'isolement et de dépendance totale». Et encore : «En fait, la sage-femme ou sorcière, selon la définition des autorités, possédait une foule de remèdes qui avaient fait leurs preuves au cours des ans. *Li Liber Simplicis Medicinae*, compendium des méthodes naturelles de guérison écrit par sainte Hildegarde de Bingen (1098-1178), nous donne une idée de l'étendue des connaissances des guérisseuses au début du Moyen-Âge. Son livre énumère les propriétés curatives de 213 variétés de plantes et de 55 arbres, en plus de douzaines de dérivés minéraux et animaux. Il ne fait aucun doute que la plupart des remèdes des sorcières-guérisseuses étaient purement magiques comme, par exemple, l'utilisation d'amulettes et de charmes mais d'autres ont passé avec succès l'épreuve de la médecine scientifique moderne: les agents anti-inflammatoires, les analgésiques et les médicaments facilitant la digestion. Les sages-femmes utilisaient l'ergot pour soulager les douleurs de l'accouchement à une époque où l'Église soutenait que ces douleurs étaient le juste châtement de Dieu pour le péché originel d'Eve. On utilise encore de nos jours des dérivés de l'ergot pour accélérer l'accouchement et faciliter le rétablissement de la mère. La belladone, utilisée encore aujourd'hui comme antispasmodique, servait à l'époque aux sages-femmes pour réduire les

contractions utérines afin d'éviter des avortements spontanés. La digitale, utilisée aujourd'hui dans le traitement de certaines maladies cardiaques, fut découverte, dit-on, par une sorcière anglaise» (Ehrenreich 1982 : 47).

6. Les informations concernant Florence Nightingale m'ont été transmises par Nicole Rousseau (communication personnelle). Par ailleurs, sur la question de la reconnaissance du savoir infirmier, il n'est qu'à voir les difficultés qu'ont les infirmières universitaires à faire accepter leur champ de savoir comme une catégorie autonome parmi les organismes subventionnaires.
7. On doit ici préciser que ce rôle des femmes dans la préparation, l'application et la transmission des recettes doit être clarifié et approfondi.

RÉFÉRENCES

AAKSTER, C. W.

- 1986 «Concepts in Alternative Medicine», *Social Science and Medicine*, 22,2 : 210-216.

AUGER, Sylvie

- 1990 «Pratique infirmière et holisme», *Revue internationale d'action communautaire*, 24,64 : 57-62.

BADINTER, Élisabeth

- 1980 *L'amour en plus*. Paris, Flammarion (Champs).

BLOCH, O. et W. Von Wartug

- 1968 *Dictionnaire étymologique de la langue française*. Paris, PUF.

COBURN, David

- 1988 «The Development of Canadian Nursing: Professionalization and Proletarianization», *International Journal of Health Services*, 18,3 : 437-456.

COLLIERES, Marie-Françoise

- 1985 *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, Interéditions.
- 1986 «Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers», *International Journal of Nursing Studies*, 23,2 : 95-112.
- 1988 «Évolution des soins de santé primaires», CEEIEC, RIP, *Infirmière enseignante*, 2 : 4-13.

COLLIERES, Marie-Françoise et Évelyne Diébolt

- 1988 *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*. Cahiers de l'AMIEC, 10.

- DANDURAND, Renée
1981 «Famille du capitalisme et production des êtres humains», *Sociologie et sociétés*, XIII, 2 : 95-111.
- DE KONINCK, Maria
1990 «La normalisation de la césarienne, la résultante des rapports femmes-experts», *Anthropologie et sociétés*, 14,1 : 25-42.
- EHRENREICH, Barbara et Deirdre English
1982 *Des experts et des femmes*. Montréal, Saint-Martin.
- FORTIN, Andrée
1987 *Histoires de familles et de réseaux*. Montréal, Saint-Martin.
- FOUCAULT, Michel
1971 *Naissance de la clinique*. Paris, PUF.
- GARANT, Louise et Mario Bolduc
1990 *L'aide par les proches: mythes et réalités*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, Gouvernement du Québec.
- GAUCHER, Dominique
1981 «La vraie nature féminine ou les dessous de la division du travail hospitalier» in L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et Llambias-Wolf, *Médecine et société : les années 80*. Montréal, Saint-Martin : 137-187.
- GAUCHER, Dominique, France Laurendeau et Louise-Hélène Trottier
1981 «Parler de la vie. L'apport des femmes à la sociologie de la santé», *Sociologie et société*, XIII,2 : 139-152.
- GILLIGAN, Carol
1982 *In a different voice*. Cambridge (Mass.) : Harvard University Press.
- GRAHAM, Hilary
1985 «Providers, Negotiators and Mediators: Women as the Hidden Carers» in Virginia Olesen, *Women, Health and Healing. Toward a New Perspective*. London, Tavistock.
- GUYON, Louise
1990 *Quand les femmes parlent de leur santé*. Québec, Les publications du Québec.
- KERGOAT, Danièle, Françoise Imbert *et al.*
1990 *Les infirmières et leur coordination*. Paris, CNRS, IRESCO, GEDISST.

- LAMOUREUX, Jocelyne et Frédéric Lesemann
1989 «L'interface entre les services sociaux publics et les ressources communautaires au Québec», *Sciences sociales et santé*, VII,4 : 49-67.
- LAURENDEAU, France
1985 «Types de sociétés et de prises en charge: la professionnalisation de l'élevage des enfants», in Jacques Dufresne (sous la direction de), Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. Montréal, Québec, Lyon, Presses de l'Université du Québec, Presses de l'Université de Lyon, Institut Québécois de la recherche sur la culture : 333-347.
- LAURITZEN, Paul
1989 «A Feminist Ethic and the New Romanticism-Mothering as a Model of Moral Relations», *Hypatia*, 4,2 : 29-44.
- LECLERC, Denyse et Nicole Rousseau
1990 «Soigner autrement en milieu hospitalier», *Nursing Québec*, 10,1 : 50-57.
- LEININGER, Madeleine
1978 *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Practices*. New York, Wiley & Sons.
1988 *Caring. An Essential Human Need*. Proceedings of the Three National Caring Conferences. Détroit, Wayne State University Press.
- LEVIN, Lowell S.
1981 «Prendre en charge sa propre santé: une arme à double tranchant», *Forum mondial de la santé*, 2,2 : 208-217.
- LITMAN, Theodor J.
1974 «The Family as a Basic Unit in Health and Medical Care: a Social Behavioral Overview», *Social Science and Medicine*, 8 : 495-519.
- LOUX, Françoise
1978 *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris, Flammarion.
- LOUX, Françoise et Philippe Richard
1988 «Le sang dans les recettes de médecine populaire», *Mentatités*, 1,1 : 125-139.
- NIGHTINGALE, Florence
1980 *Notes on Nursing. What it is and What it is Not*. Edinburgh, Churchill Livingstone.

NODDINGS, Nel

1984 *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley, University of California Press.

OAKLEY, Ann

1976 «Wisewoman and Medicine Man: Changes in the Management of Childbirth». Mitchell, J., Oakley, A. *The Righths and Wrongs of Women*. London, Harmondsworth, Penguin Books, 59-71.

SAILLANT, Francine

1985 «Le mouvement pour la santé des femmes», in Jacques Dufresne (sous la direction de), Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. Montréal, Québec, Lyon, Presses de l'Université du Québec, Presses de l'Université de Lyon, Institut Québécois de la recherche sur la culture : 215-232.

1990 «Les recettes de médecine populaire, pertinence anthropologique et clinique», *Anthropologie et sociétés*, 14,1 : 93-115.

1991 «Le soin du rhume et de la grippe dans les recettes québécoises de médecine populaire». À paraître dans *Ethnologie française*.

SCOTT, Joan

1988 «Genre: une catégorie utile dans l'analyse historique», *Les cahiers du Grif*, 37/38 : 125-153.

THERRIEN, Rita

1987 *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux..* Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique n° 8, Gouvernement du Québec.

TRONTO, Joan C.

1989 «Women and Caring; What Can Feminists Learn about Morality from Caring?». Alison, M. Jaggar and Susan, R. Bordo. *Gender, Body and Knowledge*, London, Rutgers University Press, pp.172-187.

UNGERSON, Clare

1983 «Women and Caring : skills, tasks and taboos.» Gamarnikow Eva et al. *The Public and the Private*. London, Heinemann.

VANDELAC, Louise, Diane Bélisle, Anne Gauthier et Yolande Pinard

1985 *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique*. Montréal, Saint-Martin.