

Les religieuses qui soignent Naissance de l'infirmière moderne, 1900-1930

Matthieu Brejon de Lavergnée

Émulations - Revue de sciences sociales, 2021, n° 38, « Catholicisme et pratiques médicales. Approches socio-historiques (XXe-XXIe siècles) ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/brejon>

Pour citer cet article

Matthieu Brejon de Lavergnée, « Les religieuses qui soignent. Naissance de l'infirmière moderne, 1900-1930 », *Émulations*, n° 38, Mise en ligne le 6 juillet 2021.
DOI : 10.14428/emulations.038.02

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

Les religieuses qui soignent

Naissance de l'infirmière moderne, 1900-1930

Matthieu Brejon de Lavergnée¹

[Résumé] Si le rôle des religieuses soignantes a été largement étudié concernant le XIX^e siècle, tel n'est pas le cas pour le XX^e siècle où le modèle français médicalisation/laïcisation a conduit à privilégier l'émergence des infirmières laïques aux dépens des religieuses. Or celles-ci vont accompagner le mouvement de médicalisation de l'hôpital et de professionnalisation de ses métiers. Les facteurs qui y concourent semblent être : la pression politique qui contraint à se former et à gagner les certificats puis diplômes d'infirmière ; l'évolution des fronts sanitaires avec la tuberculose et les sanatoriums après la Première Guerre mondiale ; un consensus de genre entre médecins (hommes) et infirmières (femmes) accepté par les religieuses et soutenu par les administrations hospitalières. De plus, l'insistance sur la formation professionnelle met aussi à mal, après une génération d'efforts, la définition de la vocation comme la distinction entre personnels religieux et laïques au sein de l'hôpital. Les associations d'infirmières comme le syndicalisme hospitalier révèlent ces tensions.

Mots-clés : écoles d'infirmières, hôpitaux français, professionnalisation, sœurs de Saint-Vincent-de-Paul.

Caring Religious Women. The Beginnings of Modern Nursing, 1900-1930

[Abstract] 19th century caring religious women have been widely studied, more so than those of the 20th century. Indeed, the French paradigm of medicalization/laicization had led to an emphasis being put on the history of lay nurses rather than nuns, despite the latter's role in the professionalization of hospitals.

This paper argues that it is essential to focus on religious women if we want to better understand the birth of modern nursing in France. The reasons for this are: the legal obligation and political emphasis put on training and diplomas; the new nursing battle-fronts to cure tuberculosis after World War I; a gender divide accepted both by doctors (male) and nurses (female) and supported by hospital authorities. Moreover this configuration also raised issues about the changing identities of women who were asked to be both nuns and nurses (or nurses and nuns), as well blurring the age-old separation between religious and lay medical personnel. Nurses' professional groups and trade unions reveal these tensions.

Keywords: nursing schools, hospitals, professionalization, sisters of St. Vincent de Paul, France.

Introduction

Dans un article qui fit date, Jacques Léonard (1977) – qui venait de soutenir une importante thèse d'État sur les médecins de l'Ouest (Léonard, 1978 [1976]) – traitait des « religieuses qui soignent » au XIX^e siècle. Malgré des conflits récurrents avec les médecins, il concluait que la guerre n'avait pas eu lieu entre « cornettes et caducées » et même, en bien des provinces rurales, que les deux ne faisaient « pas trop mauvais ménage ».

¹ DePaul University, Chicago, USA.

Quelque temps plus tard, Claude Langlois (1984) établissait, dans une magistrale thèse d'État sur le « catholicisme au féminin », le poids statistique des religieuses dans la société française. À leur suite, les historiens de la santé et du religieux ont montré comment les bonnes sœurs ont répondu à la demande de médicalisation du XIX^e siècle (Faure, 1999 ; Jusseume, 2016). Ce « concordat social » tient alors à une configuration assistantielle libérale qui repose sur la collaboration, le plus souvent à l'échelle locale, entre pouvoirs publics et acteurs privés, en particulier associatif – hommes et dames groupés au sein d'« œuvres » – et congréganiste (Brejon de Lavergnée, 2017). À moindre coût, les religieuses fournissent un personnel formé, discipliné, moralement sûr, capable de tenir hôpitaux, hospices, orphelinats, maisons de charité et bureaux de bienfaisance, pharmacies même.

Le XX^e siècle paraît le parent pauvre de ces études, comme si l'historiographie française avait intégré le paradigme républicain modernisation/laïcisation à l'origine de l'expulsion des religieux et religieuses des écoles publiques puis de tout enseignement, entre 1879 et 1904. Aux côtés de l'instituteur et de l'institutrice laïques formés dans les écoles normales émergent les infirmières, ces « saintes laïques » de la III^e République (Leroux-Hugon, 1992). Mais ce modèle parisien de l'Assistance publique (Lalouette, 2007) constitue plutôt une exception dans le paysage français où c'est surtout par épuisement des vocations que les religieuses finissent par quitter les hôpitaux, dans les années 1960-1970 seulement (Marec, 2005). Cependant, il reste encore très largement à montrer comment les religieuses ont pu se maintenir, c'est-à-dire en acceptant la médicalisation des soins et la professionnalisation du métier d'infirmière. Bien qu'elles fassent une place aux cornettes², les histoires des infirmières restent très générales (Knibiehler, 2011 [1984]) et l'on ne dispose pas sur les religieuses d'étude équivalente à celle, remarquable, d'un Christian Chevandier (2011) sur les infirmières laïques à Paris entre 1900 et 1950.

Les Filles de la Charité, connues aussi sous le nom de sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, peuvent nous fournir un tel observatoire. Au nombre de 8 000 en France sur 38 000 dans le monde en 1925, elles constituent la congrégation la plus nombreuse et la plus massivement investie dans le domaine des soins, aussi bien de proximité qu'en hôpital. Une sur deux est alors au contact des malades (Brejon de Lavergnée, 2018³). Naturellement, les situations sont contrastées entre les grands hôpitaux urbains et les hospices des petites communes rurales, entre les sœurs diplômées exerçant en salle de chirurgie et les simples filles de salle et buandières. Mais l'on peut néanmoins tracer des lignes d'évolution permettant de réfléchir à la manière dont les religieuses qui soignent ont accompagné la naissance de l'infirmière moderne en France, du premier certificat en 1902 au décret de 1938. On montrera le rôle clé joué par la contrainte – ce n'est pas de gaieté de cœur que les religieuses acceptent ce qui apparaît au début comme une

² La cornette est la coiffe emblématique des Filles de la Charité, deux ailes blanches largement relevées sur les côtés au XX^e siècle. Elle disparaît du costume religieux en 1964.

³ Le lecteur intéressé trouvera dans cet ouvrage une présentation plus aboutie des sources utilisées dans cet article.

politique anticléricale. Sous la houlette d'une supérieure générale infirmière, Mathilde Inchelin – élue en 1922 l'année même du décret instituant un diplôme d'État –, les Filles de la Charité prennent néanmoins au sérieux le défi de la professionnalisation. Celui-ci devait conduire à des redéfinitions douloureuses de la vocation, alors que les soins ne justifient plus vraiment la distinction entre religieuses et laïques. Associations professionnelles et syndicalisme hospitalier révèlent ces tensions qui mettent à mal l'identité de la religieuse infirmière. On tentera, *in fine*, de récapituler les questions posées par l'affirmation d'une profession au croisement d'enjeux médicaux, religieux et politiques.

1. La menace des laïcisations

Du certificat en 1902 aux brevets de capacité en 1922, les Filles de la Charité relèvent le défi de la professionnalisation imposé par l'État.

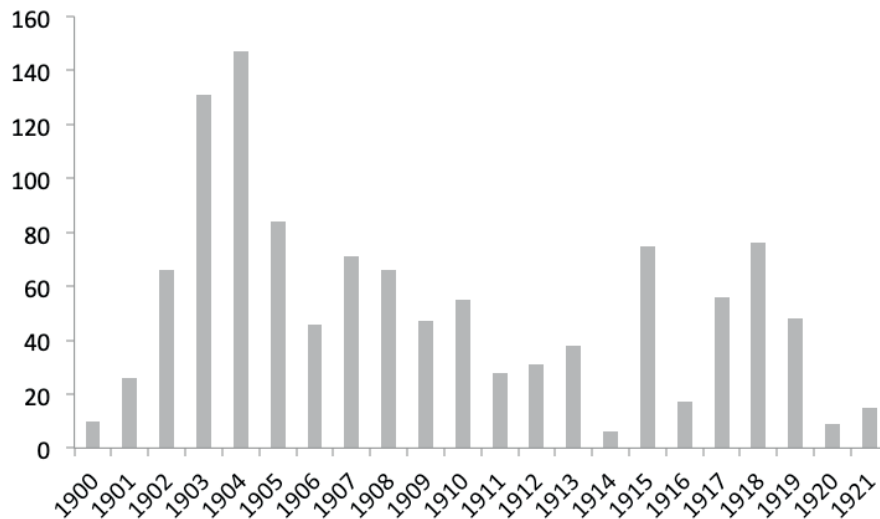


FIGURE 1 : DIPLÔMES D'INFIRMIÈRE DES FILLES DE LA CHARITÉ, 1900-1921⁴.

Ce sont 1148 diplômes qui sont acquis sous le régime de la circulaire Combes (1902-1922), qui commence à vrai dire un peu plus tôt avec la circulaire de 1899, même si celle-ci n'a eu que peu d'effet. Le contexte de départ est marqué par la menace de laïcisation massive des hôpitaux, sur le modèle parisien, comme le montre l'envolée des statistiques en 1903-1904 où 278 sœurs passent en formation, soit plus d'une sur quatre.

La circulaire de 1902 n'est en effet pas sans arrière-pensées, et l'on peut y lire en creux le portrait de la religieuse dénoncé au nom du progrès : « Plus la science progresse, plus apparaît l'importance du rôle de l'infirmière ; plus il devient manifeste que, pour remplir ce rôle, le bon vouloir, le dévouement, l'abnégation même ne suffisent pas : il

⁴ Archives des Filles de la Charité (maison mère, Paris) [AFCP], 137 : diplômes d'infirmière, carnet, 1900-1921.

y faut de plus une instruction technique⁵. » C'était sans compter la détermination des religieuses à ne pas se laisser retirer les malades après les enfants, alors que la première vague de laïcisation des écoles publiques des années 1880 a repris de plus belle au début des années 1900 (Sorrel, 2003). Face à la pression législative et fiscale, les religieuses peuvent toutefois compter sur le soutien des administrateurs d'hôpitaux et des maisons de charité. Le mouvement retombe ensuite, le diplôme n'étant pas obligatoire et la crainte des expulsions s'affaiblissant. Quatorze écoles d'infirmières sont ainsi créées avant 1905, mais seulement neuf entre 1905 et 1928 (Chevandier, 2009 : 202). Une reprise apparaît nettement à l'heure du premier conflit mondial et dans l'immédiat après-guerre, alors que les besoins sont criants, tant dans les hôpitaux et ambulances de campagne pendant la guerre que dans le contexte de reconstruction qui passe par la lutte contre la tuberculose.

Les Filles de la Charité investissent d'abord le diplôme d'infirmière de la Croix-Rouge, probablement au dispensaire-école créé en 1899 à Paris dans le quartier de Plaisance. La première promotion de 1900 compte dix sœurs, dont six de la maison mère et deux de l'hôpital d'Elbeuf sur lequel le maire radical fait planer une menace d'expulsion (Verdier, 1995). Trois sessions ont lieu en mars, juin et octobre 1901 où l'on retrouve à nouveau quatre sœurs d'Elbeuf. En mars 1902, trente-huit sœurs avaient été diplômées, principalement issues des maisons de charité parisiennes plus menacées, mais aussi de quelques hôpitaux de province comme Vichy ou Clermont-Ferrand.

À partir de 1902, l'hôpital parisien Saint-Joseph prend le relais et centralise la formation des Filles de la Charité. Les supérieures d'hôpitaux et de maisons de charité rechignent cependant à envoyer leurs sœurs qui manquent alors dans les services⁶ Saint-Joseph forme quatre-vingt-neuf sœurs entre 1902 et 1905. L'une d'elles se souvient : « On étudiait le soir, elle [sœur Inchelin] interrogeait, répétait les cours, emboîtait les os d'un vieux squelette, pensait "Prospérine" du laboratoire, faisait légèrement les pointes de feu ou apprenait à donner des lavements au bock et non au clysopompe, etc.⁷ » En fait, ces trois mois de formation sanctionnés par un examen non officiel ne font rapidement plus le poids face aux « écoles » mises en place dans les hôpitaux publics. Celles-ci présentent un double avantage : la formation a lieu sur place, évitant de désorganiser les services par une absence prolongée à Paris, et le diplôme a une valeur légale.

Les premières promotions sont celles de l'hôtel-Dieu d'Amiens (novembre 1902), de l'hôpital Saint-Jacques à Toulouse (juillet 1903), des hôpitaux Saint-Éloi et général de Montpellier (septembre 1903), de l'hôpital général à Angers (juillet 1904), Saint-André à Bordeaux (automne 1904). Les débuts sont assez hésitants, car les hôpitaux sont censés couvrir eux-mêmes les dépenses. On attend des médecins, intéressés à la formation des

⁵ Circulaire aux préfets du 28 octobre 1902, publiée au *Journal officiel* le 30 octobre.

⁶ AFCP, 1939, lettres des sœurs servantes à la supérieure générale : Saint-Omer (26 février 1903), Guise (28 février 1903), Compiègne (1^{er} mars 1903), etc.

⁷ AFCP, 8, « Conférence tenue à l'hôpital Saint-Joseph sur les vertus de notre vénérée mère Inchelin », janvier 1941.

« auxiliaires vraiment capables de les seconder », qu'ils donnent des cours bénévolement. « Ces Messieurs viennent ou ne viennent pas, note la supérieure de l'hôtel-Dieu de Laon, arrivent à l'heure ou sont en retard, tout cela leur est indifférent et les pauvres sœurs sont là à se morfondre en les attendant⁸ ! » C'est finalement le chirurgien qui finit par donner les cours préparatoires aux examens. La plupart de ces écoles n'eurent qu'une existence éphémère, les hôpitaux se contentant d'un effort massif, mais non répété.

2. Deux modèles de formation

Bordeaux offre un cas bien documenté où s'affrontent deux conceptions du modèle infirmier (Schultheiss, 2001). Soutenue par le maire, le docteur Paul-Louis Lande, la directrice de l'école d'infirmières de la Maison de santé protestante veut s'inspirer du modèle anglais où les *nurses* sont recrutées au sein de la *middle class*, dont la moralité paraît plus assurée, ainsi que l'aptitude à assimiler une réelle formation, que les filles des milieux populaires (Diebolt, Fouché, 2011). Dans sa thèse de médecine de la faculté de Montpellier, Anna-Émilie Hamilton avait sévèrement jugé aussi bien les infirmières des hôpitaux parisiens laïcisés que les religieuses⁹. Les Filles de la Charité voient d'un très mauvais œil l'introduction des « cheftaines » de la MSP au sein de l'hôpital Saint-André, peu désireuses de placer leurs élèves sous l'autorité de laïques. Elles sont soutenues par une partie de la commission de l'hôpital et des républicains modérés du conseil municipal qui craignent une laïcisation rampante du personnel, tout comme par les médecins de la Réunion médico-chirurgicale qui tiennent à leur pouvoir médical au sein de l'hôpital. Le modèle d'autorité Lande-Hamilton repose en effet sur une chaîne garde-malade/directrice/administrateurs, tandis que les médecins lui opposent infirmières laïques/sœurs directrices de salle/médecins. Un compromis est finalement trouvé en 1904. L'école aura deux sections : l'une à l'hôpital du Tondu pour les élèves infirmières laïques – sur le modèle de la MSP –, l'autre à l'hôpital Saint-André pour les congréganistes.

L'école bordelaise est l'une des rares à se conformer à la circulaire de 1902, avec qui plus est deux années de formation : 173 Filles de la Charité y sont passées de 1904 à 1921. Toutefois, si l'école forme plus de religieuses que de laïques à ses débuts, la proportion s'est déjà inversée à la veille de la Première Guerre mondiale¹⁰. Toutes n'en reçoivent pas moins la même formation : « instruction théorique » par les médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux la première année, sanctionnée par un examen qui donne accès à la deuxième année d'« instruction pratique ». Un certificat d'aptitude professionnelle est alors délivré. Les cours sont les suivants : anatomie et physiologie (8 leçons),

⁸ AFCP, 1939, lettre de la sœur servante à la supérieure générale, Laon, 7 mars 1903.

⁹ HAMILTON A.-E. (1900), *Considérations sur les infirmières des hôpitaux*, thèse, n° 55, Montpellier, impr. centrale du Midi.

¹⁰ 1905-1909 : 53 % de religieuses pour 47 % de laïques (pour 23 diplômées par an) ; 1915-1919 : 29 % de religieuses pour 71 % de laïques (pour 22 diplômées par an), d'après Pierre Guillaume (2006).

santé et hygiène (6 leçons), affections médicales (5 leçons), affections chirurgicales (5 leçons), soins généraux à donner aux malades et aux blessés (4 leçons), soins médicaux (6 leçons), soins chirurgicaux (6 leçons), bandages et appareils (20 à 24 leçons), petite pharmacie (4 à 6 leçons)¹¹. En réalité, le service de salle commence dès la première année, aussi bien de jour que de nuit. C'est le lieu d'apprentissages pratiques (faire les lits, la toilette des malades, rédiger le rapport de nuit), mais aussi d'intériorisation des hiérarchies de l'hôpital : seule la cheftaine suit la visite du chef de service et consigne ses ordres sur une ardoise (médications, régime alimentaire), tandis qu'infirmières et élèves doivent « se tenir prêtes à accourir au premier appel ».

Un autre modèle de formation, extra-hospitalier, s'est également développé. La Croix-Rouge anime en province un réseau de dispensaires-écoles qui fournit aux cornettes des maisons de charité ou des petits hôpitaux la possibilité d'obtenir le diplôme reconnu de la Société de secours aux blessés militaires. Trois cent cinquante-cinq d'entre elles sont ainsi formées, soit 31 % des sœurs diplômées de 1900 à 1921. La formation est plus légère : quatre mois de cours théoriques et pratiques sanctionnés par un diplôme simple d'« infirmière ». L'examen comprend quatre épreuves : un écrit et un oral (médecine, chirurgie et hygiène), une épreuve pratique et une épreuve de pansements. Deux années d'études supplémentaires, sous forme d'une deuxième formation de quatre mois et d'exercice en hôpital ou dispensaire, permettent de présenter le diplôme supérieur de « surveillante » (mêmes épreuves, plus physiologie, pharmacie et administration hospitalière¹²).

À Paris, les Filles de la Charité devaient aussi mettre sur pied une importante école, rue de la Glacière (XIII^e arrondissement), portant le nom d'hôpital-école Heine-Fould du nom des donateurs philanthropes. Cette importante maison comptait dix-sept sœurs et quatorze employées à la veille de 1914. On y trouve un orphelinat de soixante lits, un patronage de 300 jeunes filles, une crèche de trente berceaux et un fourneau économique. Les sœurs disposent d'une pharmacie, visitent à domicile et consultent au dispensaire-hôpital qui assure la formation pratique de l'école d'infirmières grâce à ses trente lits¹³. Témoignant de préoccupations tant sanitaires que sociales, l'école veut fournir à des « femmes de condition modeste le moyen de gagner honnêtement leur vie, et de faire œuvre utile¹⁴ ». Aussi les listes de promotions mêlent-elles demoiselles, quelques dames et sœurs de différentes congrégations.

L'organisation est calquée sur les écoles d'hôpitaux. Les cours théoriques de première année sont donnés par les médecins et chirurgiens du dispensaire. Ils sont répartis, d'après le programme de 1917, en deux degrés, outre des cours facultatifs d'administration hospitalière :

¹¹ AFCP, 2003, *Hospices civils de Bordeaux. École d'infirmières. Règlements*, Bordeaux, impr. Ragot, 1904 ; « Programme du service de l'école des gardes-malades de l'hôpital Saint-André », 9 p., s.d. [1904].

¹² AFCP, 1990, *Société de secours aux blessés militaires. Croix-Rouge française. Dispensaires-écoles des dames infirmières pour le temps de guerre. Règlement général*, Paris, 19 rue Matignon, 1909, 19 p.

¹³ AFCP, 79/2, visite de la sœur Froidefond, 9-13 décembre 1914.

¹⁴ AFCP, 2015, dispensaire-hôpital Heine-Fould : diplômes de l'école d'infirmières professionnelles, registre, 1905-1926.

Cours de premier degré (généraux)	Cours de deuxième degré (spécialités)	Cours supplémentaires (facultatifs)
Anatomie et physiologie	Ophthalmologie	Administration et gestion hospitalière
Chirurgie	Oto-rhino-laryngologie	Comptabilité
Hygiène et applications médicales	Massage	Sténographie et dactylographie
Pathologie médicale	Électrothérapie	Cuisine à l'usage des malades
Hygiène de la tuberculose	Puériculture	
Cours pratique de bandage et d'instruments		

FIGURE 2 : COURS DE L'ÉCOLE D'INFIRMIÈRES DE LA RUE DE LA GLACIÈRE (PARIS XIII^e) EN 1917¹⁵.

Chaque cours comporte entre dix et vingt leçons. L'examen donne accès à l'année de pratique. Les monitrices sont les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, elles-mêmes diplômées de l'école, placées sous l'autorité de leur consœur directrice. Les élèves passent dans les différents services. Elles finissent par un stage dans un hôpital plus important, le plus souvent à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Saint-Joseph, à Necker ou à la SSBM. Les cours facultatifs révèlent aussi une certaine fluidité entre métiers qui tendent à se féminiser (Gardey, 2001). Au même moment, les syndicats féminins catholiques auxquels les religieuses sont associées (Syndicats de l'Abbaye et Fédération des Capucines) répondent aussi par la formation professionnelle et l'enseignement ménager à une demande croissante de main-d'œuvre féminine dans les emplois de service (Chabot, 2003).

3. L'effet accélérateur de la lutte contre la tuberculose

La Première Guerre mondiale suscite, on le sait, un climat d'« union sacrée » qui suspend la politique de laïcisation et le mouvement d'exil des congrégations d'avant-guerre (Boniface, 2014). Une soixantaine de Filles de la Charité répond en août 1914 à l'appel aux femmes françaises du président du Conseil, René Viviani, en rejoignant les ambulances de la Croix-Rouge dans l'est de la France où l'offensive est attendue. Maladie des pauvres et des villes (Guillaume, 1986), la tuberculose connaît un regain à la faveur de la guerre. Affaiblis par les conditions de la guerre de tranchées, les soldats « réformés n° 2 » rentrent dans leur famille qu'ils contribuent à contaminer. Sous impulsion américaine (American Field Service, Croix-Rouge, Fondation Rockefeller), relayée par les pouvoirs publics français (lois Bourgeois de 1916 et Honnorat de 1919), des dispensaires sont établis et des infirmières-visiteuses formées, un peu dans la confusion toutefois.

¹⁵ AFCP, 392/3, *Programme des cours d'infirmières faits à l'hôpital-école Heine Fould. Paris. 35, rue de la Glacière. Année 1917, prospectus, 8 p.*

Le nouveau climat politique conduit à associer les religieuses aux initiatives tant publiques que privées (Dessertine, Faure, 1988). Cent quinze passent le certificat d'études de lutte antituberculeuse, principalement à Paris en 1917-1918 – dont toutes les sœurs de l'hôpital Saint-Joseph – et à Bordeaux en 1919-1920¹⁶. L'élan se poursuit après-guerre avec le diplôme de visiteuse d'hygiène. Le vocabulaire est alors tout militaire. Le bacille est le nouvel ennemi à abattre. En 1920, la maréchale Foch crée une « association de préservation antituberculeuse », dite Association d'hygiène sociale, pour les familles pauvres du VI^e arrondissement de Paris, reconnue d'utilité publique en 1922. Elle invoque « l'union sacrée » pour rassembler « le voile des infirmières et la cornette des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul » sous la houlette commune du médecin¹⁷.

Le dispensaire de la rue Saint-André-des-Arts est chargé de l'assistance médicale gratuite tandis que l'association, dont les membres bienfaiteurs appartiennent à la bonne société parisienne, finance la partie charitable : allocations aux pères privés de travail pendant leur cure, secours pour une nourriture de meilleure qualité et plus abondante, placement en sanatorium et préventorium, vestiaire, fourniture de travail à domicile pour les femmes, rapatriement des enfants à la campagne, bref le répertoire charitable classique mis au goût du jour ; il s'agit de lutter contre la tuberculose, fléau social autant que sanitaire. Le don par Mme Brugnion du château de Beaujeu (Haute-Saône), entouré de quatorze hectares, permet d'établir un préventorium de cent lits pour fillettes pré-tuberculeuses de cinq à douze ans. Les enfants sont copieusement nourris par les neuf sœurs qui rayonnent aussi dans la paroisse : visite des pauvres malades, patronage, catéchisme¹⁸. Partout en France, d'Arcachon (Gironde) à Briançon (Hautes-Alpes), de Palavas (Hérault) à Cabourg (Calvados), les sœurs transforment leurs maisons à la campagne en « préventorium », « sanatorium », « sanatorium marin », « aérium », colonie de « cure d'air » ou de « cure marine », ou encore en « dispensaires antituberculeux », soit une vingtaine de maisons en 1930¹⁹. D'autres congrégations participent au mouvement, comme les sœurs de la Présentation de Tours (Henry, 2007). L'ordre et la propreté, qui relèvent du vocabulaire classique, l'hygiène et le bon air plus neufs, constituent un motif récurrent des rapports d'inspection.

La guerre et l'union sacrée, aussi bien que la lutte contre la tuberculose, fonctionnent ainsi sur un double registre, comme contexte mobilisateur et comme répertoire de sens pour les acteurs. Les besoins du moment accélèrent la professionnalisation infirmière grâce à la mise entre parenthèses de l'idéologie combiste. L'intervention philanthropique américaine y contribue, tant parce qu'elle voit dans l'Europe un champ réformateur où appliquer ses méthodes hygiénistes que parce que le métier d'infirmière s'est construit plus tôt outre-Atlantique en réponse à des enjeux de concurrence écono-

¹⁶ AFCP, reg. 137 et 2015, cités.

¹⁷ AFCP, 1990, *Compte rendu des travaux et de l'organisation de l'association de préservation antituberculeuse dite Association d'hygiène sociale du VI^e arrondissement de Paris...*, Paris, impr. réunies, s.d. [1928].

¹⁸ AFCP, 82/3, visite de la sœur Duviau, 11 mars 1927.

¹⁹ *Établissements des Filles de la Charité de Saint-Vincent-de-Paul. France et maisons principales de l'étranger*, Paris, impr. Dumoulin, 1930.

mique entre hôpitaux plus qu'entre statuts religieux ou laïcs. Mais c'est aussi un répertoire nouveau de sens qui se déploie dans une formidable association/confusion entre les registres sanitaire et social propices à l'action religieuse : le « pauvre malade » cher à la Réforme catholique au XVII^e siècle est toujours de saison à l'heure de la « sanitari-sation du social », soulignée dans le contexte lyonnais par Axelle Brodiez-Dolino (2013).

4. La morale professionnelle de l'infirmière

Si la définition du métier d'infirmière repose essentiellement sur des compétences techniques, les religieuses insistent aussi sur leur complément moral. Elles sont ici en terrain « naturel ». Sœur Mathilde Inchelin (1861-1940) devait particulièrement s'y atteler au sein de l'hôpital Saint-Joseph dont elle est supérieure de 1900 à 1922, puis de 1928 à sa mort. Elle y délivre des cours de « morale professionnelle ».

La question d'un manuel est évoquée dès 1903 pour remplacer celui de l'anticlérical Bourneville dont on se servait dans les premières écoles d'infirmières²⁰. Un certain abbé Charles Vincq, qui a suivi les premiers cours de Saint-Joseph, fait une proposition à la communauté qui est refusée²¹. Soumis à un médecin, celui-ci trouve que l'infirmière y empiète sur le terrain du diagnostic. Véronique Leroux-Hugon (1987 : 61-62) a en effet montré qu'avec la spécialisation des services, les actes techniques se multiplient et sont abandonnés aux infirmières tandis que les médecins se réservent les actes plus nobles et le diagnostic. Le supérieur général, M. Fiat, repousse quant à lui « avec indignation la pensée des gravures » dans la pure tradition de réserve imposée aux religieuses, même soignantes, à l'égard du sexe²². On voit à quelles réserves masculines, corporatives d'un côté, cléricales de l'autre, se heurte l'affirmation de la profession d'infirmière. En 1914, sœur Inchelin travaille à un projet qui n'aboutit pas et ce n'est qu'en 1935 que paraît le *Manuel des Filles de la Charité servantes des pauvres malades à l'hôpital et dans la visite à domicile* (191 pages). L'ouvrage évacue complètement l'aspect technique ; à vrai dire, c'est surtout un manuel de déontologie qui est un peu le pendant de la *Morale professionnelle de l'infirmière* (1926) de Léonie Chaptal. Il vise avant tout à définir le rôle de l'infirmière, sa responsabilité vis-à-vis des malades et du corps médical. La conscience professionnelle, qui passe par un souci constant de sa formation, est un élément essentiel de l'éthique de l'infirmière. Mais l'ouvrage vise aussi à l'articuler avec l'identité de Fille de la Charité. Celle-ci tient en un certain nombre d'attitudes : vigilance, prière,

²⁰ Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909), libre-penseur militant de la génération scientifique formée par la Faculté de médecine de Paris sous le Second Empire, est l'un des plus ardents promoteurs de la laïcisation des hôpitaux au conseil municipal de Paris où il siège de 1876 à 1883. Il signe dans le même sens de nombreux articles pour *Le Progrès médical* et s'en prend particulièrement aux Filles de la Charité, si présentes dans la capitale, voyant en elles « l'ordre le plus puissant, le plus hostile aux idées modernes et le plus récalcitrant aux ordres de l'administration » (discours à l'école d'infirmières de la Salpêtrière, 1883, cité par Jacqueline Lalouette, 2007 : 64). Il avait publié en 1878 un *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière*, plusieurs fois réédité.

²¹ L'ouvrage parut néanmoins sous le titre *Manuel des hospitalières et des gardes-malades* (Poussielgue, 1904, VIII-540 p., fig.) et connut de multiples rééditions jusqu'en 1939.

²² AFCP, 2015, affaires légales, séance du 15 février 1903. La question des accouchements est l'un de ces sujets sensibles (Jusseume, 2012).

mortification, modestie, réserve, détachement des choses de la terre, patience, maîtrise de soi, abnégation, énergie, constance dans l'effort, discrétion, silence, ordre, ponctualité, douceur, compassion, cordialité, etc. Dans la version laïque de Léonie Chaptal, cela donne : sincérité, loyauté, droiture de conscience, bonté, sympathie, courage du devoir, silence, patience, etc. Les vieilles règles de saint Vincent de Paul font l'objet d'une relecture pour, par exemple, déduire des prescriptions sur le « silence » la notion de « secret professionnel ». Dans ses cours de morale professionnelle, sœur Inchelin cherchait à unir métier et vocation au sein d'une belle formule : c'est une « profession d'amour²³ ».

5. L'insuffisante formation des religieuses soignantes dans les années 1930

Les années 1930 devaient voir les Filles de la Charité reprendre l'effort de formation sous la contrainte législative. Un décret du 27 avril 1933 offre aux hospitalières justifiant un certain nombre d'années d'exercice de passer l'examen de récupération du diplôme d'État. Les exigences s'accroissent encore en 1937-1938 avec l'obligation d'être diplômée dans les trois ans, tandis que le baccalauréat ou le brevet supérieur sont exigés à l'entrée des écoles d'infirmières. Une nouvelle fois cependant, un examen de récupération est ouvert aux infirmières justifiant dix ans d'exercice. Le monde catholique est mobilisé. Lors du Congrès international des infirmières catholiques, qui se tient à Rome en 1935, les Filles de la Charité annoncent l'ouverture de leur école de l'hôpital Saint-Joseph à toutes les communautés hospitalières. En 1936, le décret *Constans ac Sedula* encourage la formation des religieuses. « Voudrions-nous aujourd'hui que Dieu caché dans les pauvres fût mieux soigné par des infirmières laïques que par ses épouses ? » interroge la revue de la Compagnie, *Les Échos*, en septembre 1938. La difficulté rencontrée par les religieuses dans les hôpitaux tient au nombre croissant d'infirmières laïques diplômées, aux moindres compétences des sœurs qui ont gagné leur diplôme par équivalence ou récupération, aux carences enfin de leur formation initiale (en orthographe, en calcul) que révèlent les premiers examens d'entrée aux écoles en 1941²⁴.

Ces difficultés sont toutefois palpables dès les années 1920 dans les grands hôpitaux. À Montpellier, par exemple, les cornettes desservent l'hôpital général et l'hôpital Saint-Éloi, dotés de 850 lits pour le premier, 700 pour le second. Ils connaissent un important développement avec modernisation des services et construction de bâtiments. Face à ces structures gourmandes en personnel, les supérieures essaient de placer au moins une sœur par service, non sans difficulté lorsque celles-ci tombent malades ou que les professeurs les jugent incompetentes.

²³ AFGP, 8, « Morale professionnelle. Hôpital Saint-Joseph. Années 1938-1939 », cahier ms.

²⁴ *Les Rayons*, décembre 1941, p. 219.

Les notes personnelles des sœurs consignées dans les rapports d'inspection de la communauté permettent de se faire une idée plus précise de leurs réelles compétences²⁵.

Âge	1926	1935
< 30	4	11
31-40	9	12
41-50	5	6
51-60	7	3
61-70	9	4
> 70	6	6
Total	40	42

FIGURE 3 : RÉPARTITION PAR ÂGE DES FILLES DE LA CHARITÉ DE L'HÔPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER EN 1926 ET 1935.

Si le nombre de sœurs reste constant à l'hôpital Saint-Éloi dans l'entre-deux-guerres, on observe un net rajeunissement. La moyenne d'âge passe de 52 ans et 28 de vocation à 44 ans et 19 de vocation. Seules dix-sept sœurs présentes en 1926 sont toujours là en 1935, soit vingt-cinq sœurs nouvelles. L'important *turn-over* transforme les équilibres démographiques au sein de l'hôpital : les sœurs de 50-70 ans diminuent fortement au profit des 25-40 ans. La perte sèche d'*expérience* liée à l'âge est compensée par un net accroissement de *compétence*, comme le révèle la figure ci-dessous.

Instruction	1926	1935
bonne	14	16
moyenne	3	14
élémentaire	11	6
faible	11	5
non renseigné	1	1
Total	40	42

FIGURE 4 : NIVEAU D'INSTRUCTION DES FILLES DE LA CHARITÉ DE L'HÔPITAL SAINT-ÉLOI EN 1926 ET 1935.

Alors que la moitié des sœurs a une instruction élémentaire ou faible en 1926, les deux tiers affichent une bonne ou moyenne instruction en 1935. Ceci ne signifie pas pour autant que les sœurs de 1926 soient sans diplôme. Douze des sœurs qui ont gagné leur diplôme d'infirmière à Saint-Éloi en 1903 sont encore là ; or six d'entre elles sont considérées comme faibles. Mais seules deux jeunes sœurs de 25 et 26 ans préparent le brevet de capacité professionnelle, plus exigeant, créé en 1922. L'une est à la pouponnière, l'autre au service de chirurgie enfant. En 1935, la situation est radicalement différente. Vingt-quatre sœurs sont désormais diplômées : seize ont obtenu le titre d'in-

²⁵ AFCP, 78/2, 83/6, 87/6 : douze rapports de visite pour l'hôpital Saint-Éloi et l'hôpital général, 1902-1935.

firmière hospitalière diplômée d'État que l'une d'elles cumule avec celui de visiteuse d'hygiène sociale, quatre l'ont obtenu par équivalence et quatre par récupération. Elles sont placées dans les services de médecine et chirurgie, mais aussi d'opérations, cancérologie, gynécologie, veille de nuit, tandis que les sœurs sans diplôme se trouvent dans les services généraux (buanderie, lingerie, cuisine, communauté) ou aux « étudiantes et stagiaires » de l'école d'infirmières.

Bref, à la veille de la Deuxième Guerre mondiale, dans un grand hôpital universitaire, les sœurs soignantes sont toutes des infirmières diplômées. Dans une congrégation où les sœurs circulent à l'échelle nationale, cet effort se fait néanmoins au détriment d'autres hôpitaux moins prestigieux comme celui d'Angers qui cumule une fonction d'hospice. Au milieu des années 1930, cette grosse maison compte plus de 2 000 lits, près de 70 sœurs, 30 médecins et chirurgiens, 120 infirmières, 50 infirmiers, 60 employés dans les services généraux. « L'autorité des Sœurs décline chaque jour, note la visitatrice en 1936, et le personnel administratif et infirmier les respecte moins²⁶. » Une des raisons pointées est l'insuffisante compétence des sœurs : la supérieure, sœur Briffaut, « s'épuise en combinaisons pour satisfaire les docteurs ».

Docteur en médecine	1
Diplôme par études	7
Diplôme par équivalence	20
Diplôme par récupération	14
Croix-Rouge	1
Sœurs en études	3
Sans diplôme	20
Sœurs âgées au repos	2
Total	68

FIGURE 5: DIPLOMES D'INFIRMIÈRE DES FILLES DE LA CHARITÉ À L'HÔPITAL-HOSPICE D'ANGERS EN 1936.

Entre les sœurs diplômées par études, plus jeunes et peu nombreuses, et le gros des effectifs, les sœurs sans diplôme ou par équivalence, les différences sont profondes. Mais c'est parmi celles-ci que se recrutent les sœurs affectées aux services généraux ou placées aux salles de « vieillards » hommes ou femmes. L'école d'infirmières, dirigée par sœur Anne-Marie Desgruelles – 34 ans, huit de vocation et docteur en médecine – compte trente-trois élèves dont seulement huit religieuses et trois Filles de la Charité. C'est dire combien les cornettes perdent du terrain sur tous les fronts.

Une autre raison du recul des sœurs au sein de l'hôpital est la syndicalisation croissante du personnel qui rejette de plus en plus l'autorité religieuse au nom de la légitimité professionnelle. Le manuel de 1935 invite les sœurs à beaucoup de tact, conseils renouvelés à l'heure du Front populaire. Bien que les personnels hospitaliers n'aient

²⁶ AFCP, 86/1, visite de sœur Lebrun, 17-22 août 1936.

pas participé aux grèves du printemps 1936, l'hôpital d'Angers connaît quelques remous : « L'état actuel des esprits crée des difficultés sans nombre à nos sœurs. Environ 2/3 des employés ont adhéré aux syndicats chrétiens (CFTC), l'autre tiers à la CGT [...]. Déjà plusieurs conflits se sont élevés, et menacent de continuer. Le rôle de nos sœurs doit être d'une extrême prudence²⁷. » La syndicalisation, ancienne dans le milieu hospitalier, connaît alors une nette accélération aussi bien à la Fédération CGT des services publics et des services de santé qu'à la Fédération des syndicats professionnels des services hospitaliers et sociaux de la CFTC, récemment constituée (Chevandier, 2009 : 162).

L'horizon n'est pas rassurant pour les religieuses qui soignent. Un arrêté du 9 avril 1939 envisage en effet la généralisation des écoles d'infirmières dans les hôpitaux de plus de cent lits, ce qui entraînerait une « multiplication des diplômées » laïques :

Actuellement les sœurs sont toujours considérées comme chefs de service dans leurs salles, et le personnel subalterne, filles de salle, infirmiers, se prête volontiers à rendre les services qu'elles lui demandent. Mais en serait-il de même si tout ce personnel possédait le diplôme d'État ? Pourquoi la sœur aurait-elle le droit de le commander, si celui-ci possédait un diplôme équivalent²⁸ ?

6. La mise à mal des sphères séparées

Les Filles de la Charité sont ici dans une impasse. Rien en effet ne justifie plus une telle hiérarchie entre femmes dans un hôpital où une même fonction (infirmière), garantie par une formation et un diplôme identiques, l'emporte sur le statut (religieux/laïc). Les religieuses se sont toujours définies jusqu'alors par la distanciation : espaces réservés, habit, langage et gestuelle distincts, absence de familiarité, carrières propres. La proximité au sein de l'hôpital avec d'autres personnels suscite néanmoins des conflits de territoire et de compétence qui s'inscrivent dans le temps long. Les chirurgiens au XVII^e siècle, les pharmaciens aux XVIII^e et XIX^e siècles, les économes puis les directeurs au XIX^e siècle revendiquent un espace dont ils excluent les sœurs, qui doivent en outre témoigner de la déférence attendue par les hiérarchies masculines de l'hôpital. Le manuel de 1935 est sans ambiguïté : aux administrateurs, on doit une « entière subordination ». La profession d'infirmière présente au XX^e siècle une évolution un peu différente. Une fois passé le climat laïciste du début du siècle, finalement marginal hormis à Paris qui fait figure d'exception dans le paysage hospitalier, il s'agit plutôt d'intégrer compétences professionnelles et vertus congréganistes, le consensus reposant sur la définition d'un métier féminin qui n'empiète pas sur les espaces masculins, en particulier celui des médecins. On observe des évolutions similaires chez les infirmières visiteuses laïques (Dessertine, 2013). Les Filles de la Charité doivent ainsi accepter une représentation féminine de leur métier, là où elles avaient plutôt l'habitude d'exalter les vertus viriles – sur le modèle religieux de la « femme forte » – des sœurs soignantes.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Les Échos*, août 1939.

Le processus d'uniformisation genrée et professionnelle de l'infirmière est conforté par l'apparition d'associations professionnelles. Nées dans des milieux laïques, fortement structurées, développant une identité propre, elles visent à regrouper toutes les infirmières concurrençant le cadre congréganiste qui structure la vie des seules religieuses soignantes.

Le premier moment est celui de la Grande Guerre. Les besoins en personnel médical comme la priorité donnée à la lutte contre la tuberculose conduisent à la formation de l'Association des infirmières visiteuses de France. Celle-ci rassemble des infirmières diplômées, laïques comme religieuses, dont elle se propose de compléter la formation théorique et pratique de soins à domicile. Ses infirmières visitent les malades indigents désignés par les bureaux de bienfaisance, les hôpitaux ou les dispensaires, luttent contre les fléaux que sont la tuberculose et l'alcoolisme par l'éducation hygiéniste des familles visitées, les conseillent sur leurs droits et les orientent vers les services *ad hoc* (mutualités, assurances, retraites, œuvres d'assistance, etc.). L'organisation locale de l'association, sous la houlette de chefs d'équipe par arrondissement, a conduit certaines Filles de la Charité à s'y associer. Mais l'association demande en 1915 l'adhésion massive des sœurs parisiennes. La Compagnie répond « que les Filles de la Charité visitant les pauvres depuis près de trois siècles, d'après les règles que leur a tracées saint Vincent, ne peuvent s'en écarter pour se conformer aux statuts et règlements de l'association ». Le poids de l'histoire, la totale disproportion entre une communauté reconnue et une nouvelle venue dans le champ des soins, une concurrence évidente sur le terrain de la visite à domicile conduisent à une prudente distance²⁹.

L'entre-deux-guerres voit deux associations concurrentes tenter d'attirer les religieuses soignantes : l'Association nationale des infirmières diplômées de l'État français (ANIDEF) de Léonie Chaptal et l'Union catholique des services de santé et des services sociaux (UCSS) de Marie de Liron d'Airoles (Diebolt, 2012). À la première, une cinquantaine de Filles de la Charité a adhéré à titre personnel. Sa fondatrice, Mlle Chaptal (1873-1937), est une femme d'œuvres typique de la bourgeoisie catholique et sociale parisienne. Son frère, Emmanuel-Anatole, est curé dans le quartier de Plaisance où il travaille de concert avec Léonie tandis que leur sœur aînée Renée a pris la cornette en 1893 (Rater-Garcette, 1996 : 74-82). Léonie est diplômée de la Croix-Rouge depuis 1899. Elle obtient aussi son certificat d'aptitude en 1903, mais, face à la médiocrité de la formation de l'Assistance publique de Paris, elle crée sa propre « maison-école » d'infirmières en 1905. Renée est en paroisse à Saint-Merry lorsqu'elle suit les cours de l'école des Filles de la Charité de la Glacière. Elle obtient avec mention son diplôme de la Croix-Rouge en 1907 et celui d'infirmière après deux ans d'études en 1909. Nul doute de la forte proximité des deux sœurs. Néanmoins, malgré les liens avérés de Léonie avec de nombreuses Filles de la Charité, l'association végète faute de recrues alors que les activités qu'elle propose (conférences, visites d'hôpitaux, publication d'un bulletin) ne sont pas

²⁹ AFCP, 1958, dossier « Association des infirmières visiteuses de France » : statuts, comptes rendus, notes, 1914-1915.

d'un grand intérêt pour les sœurs. Celles-ci posent aussi la question confessionnelle : « Une religieuse peut-elle faire partie d'une association neutre ? » L'Union de Marie d'Airoles réunit au contraire toutes les garanties de ce côté-là puisqu'elle prétend s'occuper des « intérêts religieux, moraux et professionnels de ses membres ». Mais l'objectif catholique clairement affiché comme un moyen de reconquête du monde des soins n'apporte rien à la Compagnie, qui assure elle-même l'encadrement religieux de ses sœurs. Dans les deux cas, on voit que c'est moins la question professionnelle ou même religieuse qui fait problème qu'un principe d'unité : ces organisations présentent le risque d'une autorité concurrente face aux sœurs censées trouver dans leur communauté la réponse à tous leurs besoins. Les Filles de la Charité, quoiqu'infirmières, se pensent d'abord en termes de corps. Néanmoins, les adhésions individuelles, comme la participation des sœurs aux congrès internationaux des associations catholiques d'infirmières à Rome en 1935 et à Londres en 1937, puis à celui des infirmières diplômées d'État en 1939, contribuent à relativiser la frontière entre la cornette des religieuses et la voile des infirmières laïques. Le processus d'uniformisation par le métier mine peu à peu le principe de différenciation fondateur de la vie consacrée.

Conclusion

Les religieuses qui soignent ont relevé en France le défi de la professionnalisation imposé par les pouvoirs publics, contribuant à l'avènement de l'infirmière moderne. Trois moments sont clairement apparus. Les années 1900-1914 s'ouvrent sur les combats pour la laïcisation de l'hôpital, tempérés toutefois par les habitudes d'accommodement des milieux réformateurs qui tiennent à distance le politique pour mieux conjuguer action publique et privée. Une « étonnante zone de trêve », écrit Christian Topalov (2019 : 295), au cœur de laquelle les sœurs de Saint-Vincent de Paul conservent une position clé. Si l'obtention d'un brevet, sur le modèle de l'enseignement une génération plus tôt, demeure relativement facile, il contraint les hôpitaux employeurs des sœurs à un effort sans précédent de formation. À côté de ce modèle hospitalier existent aussi des formations indépendantes assurées par la Croix-Rouge ou les congrégations elles-mêmes. Les années 1914-1930, au cours desquelles la guerre et la lutte contre la tuberculose forment à la fois un contexte accélérateur et un registre de sens pour les acteurs et actrices, voient la professionnalisation se renforcer. Passée l'urgence, il n'est plus possible de se contenter d'« infirmières improvisées³⁰ ». Le brevet de capacité professionnelle offrant le titre d'infirmière diplômée de l'État français (1922) consacre aussi bien la voie hospitalière promue jusqu'ici et la sanitarisation du social – on parle alors d'« hygiène sociale » – avec les infirmières-visiteuses (Henry, 2009). Les religieuses se coulent aisément dans ces deux moules, celui de l'hôpital où elles se sont maintenues et celui des soins à domicile ou en dispensaire qu'elles pratiquent depuis longtemps. Les années 1930 sont marquées par un nouveau seuil de professionnalisation sous

³⁰ Rapport au président de la République française du ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, Paul Strauss, le 27 juin 1922, in *Journal officiel*, 1^{er} juillet 1923.

la contrainte du politique : obligation du diplôme, hausse des exigences, séparation nette des infirmières et des assistantes sociales en 1938 (Bouquet, 1994 ; Pascal, 2014). Les religieuses hospitalières sont sous haute pression, entre médecins qui réclament des sœurs de plus en plus compétentes, infirmières laïques en nombre croissant qui se structurent en associations et syndicats et revendiquent leur juste place dans les services, et différenciation du « malade » et du « pauvre » qui relèvent désormais de deux professions (l'infirmière et l'assistante sociale) plutôt que d'une seule profession/vocation (la religieuse infirmière).

Les enjeux de l'émergence du métier d'infirmière au premier XX^e siècle se situent ainsi à plusieurs niveaux pour les « religieuses qui soignent ». Le premier est de *socio-histoire des professions*. Comment les religieuses s'insèrent-elles dans la définition progressive d'un métier par l'État républicain qui vient bouleverser les équilibres antérieurs hérités du concordat social napoléonien ? Elles se trouvent prises entre (1) les exigences croissantes de formation garanties par un diplôme dont elles ne maîtrisent pas l'attribution ; (2) les attentes genrées des médecins qui contribuent à la féminisation du métier d'infirmière (soumission et nature féminine du soin) ; (3) les revendications de reconnaissance et d'égalité de carrière des infirmières laïques organisées en associations professionnelles et syndicats. Ces trois fronts prennent à rebours une longue tradition de relative autonomie des religieuses qui était la contrepartie de leur faible coût social : formation *in situ* assurée par les sœurs expérimentées, gestion du personnel par les congrégations, partage du pouvoir médical et administratif au sein des hôpitaux, stricte séparation des religieuses et du personnel laïque féminin subalterne (Brejon de Lavergnée, 2019). Les religieuses ont dans l'ensemble témoigné d'une formidable capacité d'adaptation face à l'État et aux médecins – deux autorités avec lesquelles elles traitent de longue date –, habituées à remplir une mission de « service public ». Elles jouent le jeu de la formation et acceptent l'autorité croissante des médecins à mesure que l'hôpital devient une machine à soigner plus qu'un outil de gestion des vulnérabilités sociales. Reste cependant aveugle dans notre analyse la question du salaire et des carrières, essentielle pourtant à une réflexion sur la professionnalisation ; il faudrait pouvoir l'observer à l'échelle des archives des hôpitaux. Dans quelle mesure les trajectoires des infirmières religieuses et laïques se différencient-elles ? Observe-t-on des convergences ?

Le deuxième enjeu est celui de *sécularisation interne du catholicisme français*. Les religieuses eurent en effet plus de mal à repenser leur place face au troisième acteur, les infirmières laïques et diplômées dont le nombre croissant témoigne de la tertiarisation de l'économie et de la généralisation d'un travail féminin de plus en plus qualifié (Battagliola, 2008). Souvent chrétiennes elles-mêmes, formées dans les écoles de sœurs, ces jeunes femmes n'ont désormais plus besoin de prendre la cornette pour exercer leur métier. Organisées en associations et syndicats, elles se forgent une identité de corps dont les religieuses s'excluent volontairement, car elles disposent, à travers leur congrégation, de leur propre structure de régulation. Mais si la formation et l'entrée

dans le métier sont identiques, si les tâches soignantes sont les mêmes, qu'est-ce qui distingue encore une religieuse infirmière de sa consœur laïque ? La professionnalisation a indéniablement contribué à brouiller la frontière entre religieux et laïcs alors que la première vocation est encore considérée comme plus parfaite par l'Église catholique. « C'est plutôt une infirmière qu'une Fille de la Charité » notait, réprobatrice, une visitatrice au sujet d'une sœur de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris, en 1917. Réciproquement, infirmières et assistantes sociales laïques envisagent souvent leur métier comme une vocation et restent célibataires, contribuant à relativiser la ligne de partage avec les religieuses (Knibiehler, 1980 : 30). Une autre laïcisation de fond s'est toutefois amorcée dans le rapport des soignantes à leurs publics : à une logique confessionnelle d'accompagnement des malades – encore qu'une certaine prudence était de mise dans les hôpitaux civils et militaires publics dès le XIX^e siècle – se substitue une logique laïcisée de genre. La profession d'infirmière n'est plus une affaire de « bonne sœur », mais un métier de femme laïque tenue à des soins et à une éthique. Ce serait une autre étude toutefois que d'observer les effets de cette laïcisation sur la relation soignant/patient.

Bibliographie

- BATTAGLIOLA F. (2008), *Histoire du travail des femmes*, Paris, La Découverte (« Repères »).
- BONIFACE X. (2014), *Histoire religieuse de la Grande Guerre*, Paris, Fayard.
- BOUQUET B. (1994), « La professionnalisation du service social (1900-1939) : de la naissance dans le creuset philanthropique à l'intégration dans les politiques sociales », in C. BEC, C. DUPRAT, J.-N. LUC, J.-G. PETIT (éd.), *Philanthropies et politiques sociales en Europe (XVIII^e-XX^e siècle)*, Paris, Economica (« Historiques [Anthropos] »), p. 213-224.
- BREJON DE LAVERGNÉE M. (2017), « Une politique sans État ? Charité catholique et régulation de la pauvreté à Paris au XIX^e siècle », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, vol. 109, n° 4, p. 9-31.
- BREJON DE LAVERGNÉE M. (2018), *Le temps des cornettes. Histoire des Filles de la Charité, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Fayard.
- BREJON DE LAVERGNÉE M. (2019), « Un care charitable ? Enquête sur le travail des religieuses en milieu urbain au XIX^e siècle », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 49, p. 69-92.
- BRODIEZ-DOLINO A. (2013), *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRS Éditions.
- CHABOT J. (2003), *Les débuts du syndicalisme féminin chrétien en France (1899-1944)*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
- CHEVANDIER C. (2009), *L'hôpital dans la France du XX^e siècle*, Paris, Perrin.
- CHEVANDIER C. (2011), *Infirmières parisiennes. 1900-1950. Émergence d'une profession*, Paris, Publications de la Sorbonne.

- DESSERTINE D. (2013), « Les infirmières-visiteuses de la lutte antituberculeuse en France (1900-1930) », *Enfance, santé et société. Recueil d'articles, Chrétiens et Sociétés* (« Documents et Mémoires », 18), p. 211-224.
- DESSERTINE D., FAURE O. (1988), *Combattre la tuberculose*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.
- DIEBOLT E. (2012), « Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière », *Recherches en soins infirmiers*, vol. 109, n° 2, p. 93-107.
- DIEBOLT E., FOUCHÉ N. (2011), *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938)*, Paris, Éditions Publibook Université (« Histoires contemporaines »).
- FAURE O. (1999), « Les religieuses hospitalières entre médecine et religion en France au XIX^e siècle », in I. VON BUELTZINGSLOEWEN, D. PELLETIER (dir.), *La charité en pratique. Chrétiens français et allemands sur le terrain social, XIX^e-XX^e siècle*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg (« Les mondes germaniques »), p. 53-64.
- GARDEY D. (2001), *La dactylographe et l'expéditionnaire. Histoire des employés de bureau, 1890-1930*, Paris, Belin (« Histoire et société. Modernités »).
- GUILLAUME P. (1986), *Du désespoir au salut. Les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Aubier.
- GUILLAUME P. (2006), « La laïcisation rampante des hôpitaux de Bordeaux », in J. LALOUETTE (dir.), *L'hôpital entre religions et laïcité du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Letouzey & Ané (« Mémoire chrétienne au présent »), p. 103-116.
- HENRY S. (2007), « Le sanatorium marin des Grandes-Dalles dans l'entre-deux-guerres », in Y. MAREC (dir.), *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen Âge à nos jours*, Mont-Saint-Aignan, Publications des universités de Rouen et du Havre (« Histoire & patrimoines »), p. 367-397.
- HENRY S. (2009), « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire*, vol. 5. En ligne. URL : <http://genrehistoire.revues.org/836>.
- JUSSEAUME A. (2012), « Soigner des femmes en couches, un interdit levé pour rechristianiser ? Des sœurs auprès des parturientes au XIX^e siècle », *Chrétiens et sociétés*, vol. 19. En ligne. URL : <http://journals.openedition.org/chretienssocietes/3342>.
- JUSSEAUME A. (2016), *Soin et société dans le Paris du XIX^e siècle. Les congrégations religieuses féminines et le souci des pauvres*, thèse de doctorat en histoire, Paris, Institut d'études politiques de Paris.
- KNIBIEHLER Y. (1980), *Nous, les assistantes sociales. Naissance d'une profession, 30 ans de souvenirs d'assistantes sociales françaises, 1930-1960*, Paris, Aubier-Montaigne (« Collection historique »).
- KNIBIEHLER Y. (2011 [1984]), *Histoire des infirmières en France au XX^e siècle*, Paris, Pluriel.

- LALOUETTE J. (2007), « L'Assistance publique de Paris et la charité catholique. Chronique d'une séparation (1878-1908) », in F. DÉMIER, C. BARILLE (dir.), *Les maux et les soins. Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Paris, Action artistique de la ville de Paris, p. 63-74.
- LANGLOIS C. (1984), *Le catholicisme au féminin. Les congrégations françaises à supérieure générale au XIX^e siècle*, Paris, Cerf (« Cerf-Histoire »).
- LÉONARD J. (1978 [1976]), *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris, Honoré Champion.
- LÉONARD J. (1977), « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au XIX^e siècle », *Annales ESC*, vol. 32, n° 5, p. 887-907.
- LEROUX-HUGON V. (1987), « L'infirmière au début du XX^e siècle : nouveau métier et tâches traditionnelles », *Le Mouvement social*, n° 140, p. 55-68.
- LEROUX-HUGON V. (1992), *Des saintes laïques. Les infirmières à l'aube de la Troisième République*, Paris, Sciences en situation.
- MAREC Y. (dir.) (2005), *Les hôpitaux de Rouen du Moyen Âge à nos jours. Dix siècles de protection sociale*, Rouen, Éditions PTC.
- PASCAL H. (2014), *Histoire du travail social en France, de la fin du XIX^e siècle à nos jours*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique (« Politiques et interventions sociales »).
- RATER-GARCETTE C. (1996), *La professionnalisation du travail social. Action sociale, syndicalisme, formation (1880-1920)*, Paris, L'Harmattan (« Technologie de l'action sociale »).
- SCHULTHEISS K. (2001), *Bodies and Souls. Politics and the Professionalization of nursing in France, 1880-1922*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- SORREL C. (2003), *La République contre les congrégations. Histoire d'une passion française (1899-1914)*, Paris, Cerf (« Cerf-Histoire »).
- TOPALOV C. (dir.) (2019), *Philanthropes en 1900. Londres, New York, Paris, Genève*, Ivry-sur-Seine, Créaphis éditions.
- VERDIER N. (1995), « La laïcisation de l'hôpital-hospice d'Elbeuf en 1906 », in B. PLONGERON, P. GUILLAUME (dir.), *De la charité à l'action sociale. Religion et société*, Paris, Éditions du Comité des travaux historiques et scientifiques, p. 397-405.