

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PRATIQUES CLINIQUES, ASPIRATIONS PROFESSIONNELLES

ET POLITIQUES DE LA SANTÉ.

HISTOIRE DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

AU QUÉBEC, 1940-2005.

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN HISTOIRE

PAR

JULIEN PRUD'HOMME

NOVEMBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

La production de cette thèse est directement redevable à l'aide de mes directeurs, MM. Robert Gagnon et Yves Gingras, professeurs au département d'histoire de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) et membres du Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie (CIRST). M. Peter Twohig, professeur à la St. Mary's University et membre du Gorsebrooke Research Institute, a aussi généreusement apporté sa contribution intellectuelle à ce travail.

Il me faut remercier avec insistance le CIRST et son personnel pour le soutien apporté à mon travail. Mes travaux ont également bénéficié de l'aide financière du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) et de la Chaire de recherche du Canada sur l'histoire et la sociologie des sciences. Il importe aussi de souligner l'apport logistique de Mme Pauline Léveillé, du département d'histoire de l'UQÀM.

J'ai aussi reçu, lors de mes visites auprès de multiples ordres professionnels, établissements de soins et centres de documentation, l'appui enthousiaste et éclairé d'un grand nombre de professionnelles et de professionnels d'une remarquable ouverture d'esprit, sans qui la présente thèse n'aurait jamais vu le jour. Que tous et toutes reçoivent les plus vifs remerciements.

Enfin, j'aimerais remercier de tout cœur Paschale et Rémi pour leur support, leur amour et leur inspiration.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	ix
INTRODUCTION	1
Les professions paramédicales dans l'historiographie.....	4
Pratiques de la santé, sociologie des professions et étude des catégories.....	8
La sociologie des professions	11
Les savoirs professionnels... ..	17
...et leurs usages	19
Les catégories diagnostiques.....	21
Les acteurs.....	25
La recherche documentaire	29
La structure de l'exposé.....	32
PREMIÈRE PARTIE	
DES PROFESSIONS EN ÉMERGENCE, 1940-1970.....	35
CHAPITRE 1	
LE CONTEXTE SANITAIRE DE L'APRÈS-GUERRE	37
« Paramédicales » et médecins spécialistes	37
La physiothérapie et la réadaptation physique.....	42
La formation dans le sillage des médecins spécialistes	45
Deux cas de figure.....	48
Les pratiques cliniques à l'IRM: le cas des clientèles paralytiques.....	52
Les pratiques cliniques à l'OTRC: des paramédicales sans médecin.....	56

CHAPITRE 2	
LA RÉADAPTATION PHYSIQUE DANS L'ORBITE DES MÉDECINS.....	65
Les physiothérapeutes: entre l'appareil et le patient.....	65
Les ergothérapeutes: entre la thérapie et l'occupation.....	73
Les orthophonistes: entre l'élocution et le langage.....	85
CHAPITRE 3	
LE SECTEUR PSYCHOSOCIAL: EN QUÊTE D'UN RÔLE THÉRAPEUTIQUE	95
Les psychologues: entre les tests et la relation d'aide.....	95
Le travail social: entre la logistique et la santé.....	108
CHAPITRE 4	
LA QUÊTE DE PRIVILÈGES LÉGAUX.....	123
Les professions paramédicales et la quête de privilèges légaux.....	123
Les salaires et la donne syndicale.....	129
Auxiliaires ou substituts ?.....	134
CHAPITRE 5	
L'ÉMERGENCE DES PROFESSIONS D'APPAREILLAGE	139
Les « techniciens en inhalation »: oxygénation et thérapie inhalatoire.....	140
Mesure et prise en charge de l'audition: une pratique disputée.....	152
DEUXIÈME PARTIE	
EXTENSION ET DIVERSIFICATION DES PRATIQUES, 1970-1985	167
CHAPITRE 6	
LE SYSTÈME PROFESSIONNEL ET LES ÉCOLES DE FORMATION	169
Un nouveau cadre politique et légal: le Code des professions	169
Les corporations et le titre réservé.....	174
Les professions techniques: des trajectoires différentes.....	178

Les corporations comme acteurs publics	183
Du renfort: la réforme des programmes de formation	188

CHAPITRE 7

LES GRANDES RÉFORMES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ.....	197
Les effectifs paramédicaux: un nouvel ordre de grandeur	197
Un contexte de pratique en mutation	199
Le « système de santé »: une nouvelle mue des institutions	204
Les établissements de deuxième ligne	207
Les paramédicales et leurs établissements: des intérêts convergents.....	219
La situation des paramédicales: des positions différenciées	222
Les paramédicales et les agents non sanitaires	228

CHAPITRE 8

L'HORIZON DE LA PSYCHOTHÉRAPIE.....	233
Les travailleuses sociales et la contestation du sanitaire.....	235
Les aspirations des travailleuses sociales en milieu sanitaire	241
Les psychologues et la psychothérapie	248
Faire de la psychothérapie ou pas: une question de position	259

CHAPITRE 9

LES ATTRAITS DE LA PRATIQUE PRIVÉE.....	263
La psychothérapie privée: le « bien-être » psychologique et ses dimensions.....	264
La réadaptation physique et ses variances	270
Physiothérapie: du parrainage physiatrique au marché privé	275

CHAPITRE 10

EN RÉADAPTATION PHYSIQUE: LES LIMITES D'EXTENSIONS ÉCLATÉES ET EMPRUNTÉES.....	289
En physiothérapie: la thérapie manuelle et le rapport aux machines	290
En ergothérapie: de l'activité aux AVQ, et autres modalités variées	294

Des virages vers la psychologie: ergothérapeutes et orthophonistes.....	303
---	-----

CHAPITRE 11

UN NOUVEL USAGE DES MACHINES	315
------------------------------------	-----

Audioprothésistes et audiologistes: la guerre des machines.....	316
---	-----

L'audiologie en deuxième ligne: déborder la prothèse	324
--	-----

L'inhalothérapie: thérapeutique et autonomie en milieu hospitalier.....	329
---	-----

TROISIÈME PARTIE

L'EXTENSION DES CHAMPS DE PRATIQUE ET LE GAIN DE NOUVELLES POSITIONS, 1985-2005	341
--	-----

CHAPITRE 12

ORDRES PROFESSIONNELS, RECHERCHE CLINIQUE ET PÉNURIE DE MAIN-D'OEUVRE	343
--	-----

Les effectifs paramédicaux.....	343
---------------------------------	-----

Des corporations aux ordres: des appareils politiques.....	345
--	-----

Recherche universitaire et aspirations professionnelles	349
---	-----

Les rhétoriques de la pénurie.....	355
------------------------------------	-----

CHAPITRE 13

LES NOUVEAUX TERRITOIRES DE LA RÉADAPTATION PHYSIQUE... 363	
---	--

Le renouvellement d'anciennes catégories: prendre le train en marche	364
--	-----

En physiothérapie: l'investissement de catégories exogènes	367
--	-----

En ergothérapie: de l'activité réhabilitée aux problèmes cognitifs.....	372
---	-----

L'aiguillon de la réadaptation fonctionnelle	383
--	-----

En orthophonie: du langage à la communication	386
---	-----

Du diagnostic différentiel à la neuropsychologie	393
--	-----

Un lieu de convergence: l'exemple du traumatisme crânio-cérébral.....	399
---	-----

CHAPITRE 14	
LES RÉFORMES PUBLIQUES ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	405
Le contexte administratif des années 1990 et 2000	405
Associations de patients et catégories neuves	414
Des catégories en expansion continue.....	418
CHAPITRE 15	
LA PSYCHOTHÉRAPIE ET LA SANTÉ	425
En travail social: réconcilier la thérapie à la logistique	426
Les psychologues et la « sanitarisation » de la psychothérapie	433
La lutte politique pour la psychothérapie.....	440
Une comparaison: la physiothérapie et la réforme des médecines douces	446
CHAPITRE 16	
DÉBORDER LES MACHINES: UNE ASPIRATION AMBIGUË	451
De la déficience au handicap: la prothèse comme outil thérapeutique	452
L'audiologie: la réadaptation par l'appareillage	465
Les voies de l'inhalothérapie: thérapeutique et maîtrise technique.....	469
CONCLUSION.....	481
BIBLIOGRAPHIE	491
1. Sources	491
2. Études et monographies	519

RÉSUMÉ

La présente thèse décrit la transformation des pratiques de diagnostic et des champs d'expertise dans plusieurs professions paramédicales, en montrant en quoi ces transformations sont indissociables des stratégies d'avancement professionnel des acteurs. J'aborde l'évolution de huit groupes professionnels réunis en trois grappes : des professions à caractère psychosocial (psychologie, travail social), des professions de réadaptation physique (orthophonie, ergothérapie, physiothérapie) et des professions liées à l'appareillage (audiologie, audioprothèse, inhalothérapie).

Cette histoire compte trois périodes. De 1940 à 1970, les professionnelles intègrent le secteur de la santé à l'invitation de médecins hospitaliers de diverses spécialités. Ces médecins ne réfèrent alors que des patients sur lesquels ils gardent une pleine autorité, limitant le pouvoir d'initiative des paramédicales qui font office d'auxiliaires. De 1970 à 1985, la multiplication des positions en santé stimule l'appropriation par les professionnelles de nouveaux objets d'intervention, qui ne leur confèrent cependant qu'une position souvent ambiguë. À partir de 1985, plusieurs professions rehaussent leur statut de manière plus marquée par l'adoption de diagnostics élargis dont l'usage favorise la rapide expansion des clientèles sanitaires.

Les diagnostics et leurs usages se transforment ainsi dans un contexte où la recherche de positions d'autonomie s'accompagne d'un déplacement des champs d'expertise. L'obtention des positions convoitées dépend de l'aptitude à émettre des diagnostics qui rendent possible l'appropriation des cas. Cette évolution s'explique par l'émergence de nouvelles catégories issues du milieu scientifique, mais aussi par leur réception particulière en clinique, un même diagnostic pouvant faire l'objet d'usages variés selon les milieux. Enfin, l'État, en imposant au réseau de santé la forme d'un système différencié, exerce une pression involontaire en faveur de la multiplication des activités de soins.

Mots clés : Histoire, santé, paramédical, profession, réadaptation, diagnostic, physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychologie, travail social, audiologie, inhalothérapie.

INTRODUCTION

Les professions paramédicales, soignantes sans être infirmières ou médicales, ont transformé le monde de la santé. Dans les dernières décennies, ces quelques groupes d'abord restreints et épars, introduits dans les hôpitaux de l'après-guerre pour servir l'expansion des spécialités médicales, ont su se doter de personnalités propres par la conquête et l'invention de nouveaux rôles sanitaires. Ergothérapeutes, psychologues, audiologistes, elles incarnent un type de plus en plus courant d'expert des soins aux individus.

La progression numérique de ces groupes dans les dernières décennies est considérable. Au Québec, l'effectif total des professions étudiées ici est passé de quelques dizaines d'individus vers 1950 à 4700 en 1975, puis à plus de 26 000 personnes en 2005; à l'intérieur des seuls établissements publics, ces professionnelles de santé sont passées de quelques centaines en 1961 à près de 16 000 praticiennes en 2000, passant durant cette période d'un ratio d'une professionnelle pour 25 infirmières à une pour deux, et atteignant la parité avec le nombre de médecins. Dans la seule décennie 1990-2000, ce personnel soignant non infirmier et non médical a crû de 43% alors même que le nombre de médecins et d'infirmières restait quasi stationnaire et que le personnel cadre ou auxiliaire chutait du tiers¹. De 1975 à 2005, le budget public consacré aux professions paramédicales a pour sa part crû, en dollars constants, de pas moins de 719%, soit le second plus haut taux de croissance du réseau public durant cette période, après

¹ M. St-Pierre, *Le système de santé et des services sociaux du Québec. Une image chiffrée*, Québec, MSSS, 2001, cité par Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois, « Les personnels de la santé », V. Lemieux et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, PUL, 2003, p.239-241.

la hausse des dépenses de médicaments (+1393%)². Plus important, sans doute, la part des professions paramédicales dans l'ensemble du personnel de santé est passée, de 1961 à 2001, de 2 à 17% des effectifs soignants. C'est dire à quel point, par leur métamorphose, ces groupes contribuent de manière décisive au renouvellement tout azimut du marché de la santé.

Parce que leur étude a été généralement négligée, parce qu'elles n'ont pris que récemment de l'importance et que leur parcours n'épouse pas les mêmes rythmes que d'autres groupes mieux connus, un regard historique sur ces cliniciennes (il s'agit en grande majorité de femmes) devrait également nous aider à formuler des points de vue neufs sur l'évolution contemporaine de l'institution de la santé. Ce travail, qui embrasse par définition la seconde moitié du 20^e siècle, devrait contribuer à réinsérer l'analyse historique dans les discussions actuelles sur la santé; il devrait, à tout le moins, commencer à répondre au vœu de l'historien de la santé François Guérard qui, constatant le vide historiographique sur la période post-1960, faisait déjà remarquer, en 1999, qu'« il faudra bien pourtant en venir à faire le pont entre nos travaux et ceux des chercheurs d'autres disciplines sur les quarante dernières années³ ».

Ma thèse aborde l'évolution, dans le Québec de 1940 à 2005, de huit de ces professions paramédicales, ou « professions de santé » comme elles préfèrent aujourd'hui être appelées. Jetées en vrac, il s'agit des professions suivantes : l'audiologie, l'audioprothèse, l'ergothérapie, l'inhalothérapie, l'orthophonie, la physiothérapie, la psychologie et le travail social. Évidemment, une si large palette de groupes disparates exige certains regroupements et l'exposé sera

² En guise de comparaison, les sommes publiques consacrées à la rémunération des médecins n'ont, elles, crû « que » de 72%, toujours en dollars constants, Luc Bonneville et Jean-Guy Lacroix, « Une médication intensive des soins au Québec, 1975-2005 », *Recherches sociographiques*, 47, 2 (2006) : 321-334. Beaucoup plus économes en salaires, en médicaments et en matériel de pointe, les professions paramédicales étudiées ici continuent cependant de ne représenter qu'une portion relativement mineure du budget de la santé.

³ François Guérard, « Ville et santé au Québec. Un bilan de la recherche historiographique », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53, 1 (1999) : 43.

construit autour d'une division en trois grandes grappes de professionnelles, soit : les professions à caractère *psychosocial* (la psychologie et le travail social), les professions dites de *réadaptation physique* (les physiothérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes), et les groupes qu'on pourrait qualifier de *professions d'appareillage*, au sens où leur pratique prend généralement pour objets divers ensembles d'appareils comme en inhalothérapie, en audiologie ou en audioprothésie.

D'autres considérations précisent le terrain de l'enquête. Ainsi, hors quelques mises en contexte, je me concentrerai sur les pratiques proprement sanitaires de ces acteurs, quitte à négliger les activités de paramédicales hors du champ désigné de la santé, par exemple les travailleuses sociales des cours de justice ou les orthophonistes scolaires. Il doit donc être clair que cette thèse vise l'établissement d'une cartographie générale de la présence paramédicale dans le monde de la santé, et qu'on aurait tort d'en attendre l'équivalent d'une collection des monographies complètes de chacune des huit professions étudiées. En fait, après avoir mené des travaux monographiques lors de ma maîtrise, je passe aujourd'hui précisément à une plus vaste gamme de professions afin de répondre à la nécessité d'un dépassement de l'échelle des études de cas isolées, dans le but d'user de la comparaison pour situer les territoires paramédicaux sous l'angle des contacts interprofessionnels et de l'histoire du réseau de la santé. Enfin, d'autres impératifs théoriques, détaillés plus loin, me poussent à étudier tout particulièrement l'évolution des pratiques cliniques concrètes : à côté d'autres thèmes incontournables comme les politiques associatives et la formation académique, c'est donc surtout l'histoire des pratiques cliniques et des relations interprofessionnelles au travail qui donne sa cohérence à la présente thèse.

Ces quelques balises préliminaires posées, on peut maintenant situer l'étude des professions paramédicales dans l'historiographie québécoise des praticiens de la santé, avant de présenter le cadre théorique de la thèse proprement dit.

Les professions paramédicales dans l'historiographie

L'étude des professions soignantes non infirmières et non médicales demeure, au Québec comme ailleurs, un sentier peu fréquenté. Sans doute est-ce attribuable à la rareté plus générale des recherches portant sur la période postérieure à 1960, précisément celle où s'imposent les paramédicales. Les paramédicales sont aussi, à toutes fins pratiques, absentes de la littérature plus générale sur l'histoire de la santé. À l'exception d'une histoire de l'Institut de réadaptation de Montréal par Danielle Choquette, qui offre plusieurs informations factuelles, les nombreuses monographies d'hôpitaux existantes, écrites, certes, à partir de leurs propres préoccupations, n'accordent chacune guère plus d'une ou deux lignes aux professions paramédicales⁴. On peut en dire autant des histoires relatives aux facultés universitaires de médecine ou des institutions médicales ainsi que, par la force des choses, des essais de synthèse⁵. Du côté des autres sciences sociales, le silence à l'égard des paramédicales est tout aussi assourdissant : tout au plus peut-on compter sur le sociologue Gilles Dussault pour publier à intervalles réguliers certaines données démographiques de base⁶.

Au Québec, les travaux fondateurs sur le sujet ont été le fait de Nadia Fahmy-Eid et de son équipe, dont l'histoire comparée des diététistes et des physiothérapeutes au Québec et en Ontario de 1930 à 1980 a offert aux chercheurs

⁴ Danielle Choquette, *L'Institut de réadaptation de Montréal*, Montréal, IRM, 1999, 200p. V. Denis Goulet, *L'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Une histoire médicale*, Sillery, Septentrion, 2004, 174p. ; Denis Goulet et al., *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB, 1993, 452p.; François Rousseau, *La croix et le scalpel*, t. 2, 1892-1989, Sillery, Septentrion, 1994, 485p.; Terry Neville, *The Royal Vic*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1994, 276p.

⁵ Denis Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1843-1993*, Montréal, VLB, 1993, 502p., *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, CMQ, 1997, 263p. ; V. François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, 124p.

⁶ Gilles Dussault, « Les effectifs sanitaires au Québec » J. Dufresne et al. (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, 1985, Québec, PUQ, 1985, p.85-101; « La régulation des professions sanitaires », *Sociologie et sociétés*, 20, 2 (1988): 125-139; « Les producteurs de services sociosanitaires », V. Lemieux et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, PUL, 1994, p.193-212; et avec Carl-Ardy Dubois, *op.cit.*, 229-260.

le premier cadre de référence à partir duquel ébaucher des hypothèses de travail, et fourni d'utiles points de comparaison pour l'étude des professions voisines⁷.

En parallèle, la thèse de doctorat menée par Johanne Collin sur l'histoire de la profession pharmaceutique entre 1940 et 1980, quoiqu'elle porte sur des professionnels demeurés en marge de l'activité soignante directe, a aussi introduit des éléments d'analyse nouveaux. Là où les travaux de Fahmy-Eid, comme ceux d'autres auteures canadiennes comme Ruby Heap sur les physiothérapeutes ontariennes ou Tracey Adams sur les hygiénistes dentaires⁸, élucident des questions relatives à l'organisation de la formation et aux luttes associatives, Collin soulève des questions sur le contenu concret du travail et ses liens avec l'évolution du statut professionnel, en traitant notamment de la salarisation du travail et de l'abandon par les pharmaciens des tâches de préparation des médicaments⁹. Mes propres travaux de maîtrise sur l'histoire de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec ont cherché à avancer un peu plus loin dans cette voie, en étudiant les déplacements successifs du champ d'intervention des orthophonistes et leurs liens avec des aspirations à un statut professionnel privilégié¹⁰.

⁷ Nadia Fahmy-Eid et al., *Femmes, santé et professions*, Montréal, Fides, 1997, 364p, qui fut précédé d'un certain nombre d'articles: avec Aline Charles, « La diététique et la physiothérapie face au problème des frontières interprofessionnelles (1950-1980) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 47, 3 (1994) : 377-408 et « La diététique et la physiothérapie en quête d'une pratique exclusive au Québec, 1950-1980 », *Histoire sociale – Social History*, 26, 51 (1993) : 95-113; avec Lucie Piché « À la recherche d'un statut professionnel dans le champ paramédical. Le cas de la diététique, de la physiothérapie et de la technologie médicale (1940-1973) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 45, 3 (1992) : 375-401; avec Johanne Collin, « Savoir et pouvoir dans l'univers des disciplines paramédicales. La formation en physiothérapie et en diététique à l'Université McGill, 1940-1970 », *Histoire sociale – Social History*, 22, 43 (1989) : 35-63;

⁸ Ruby Heap, « Physiotherapy's Quest for Professional Status in Ontario, 1950-1980 », *Canadian Bulletin of Medicine History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 12 (1995) : 69-99; Tracey Adams, « Inter-professional conflict and professionalization. Dentistry and dental hygiene in Ontario », *Social Science and Medicine*, 58 (2004) : 2243-2252.

⁹ Johanne Collin, *Changement d'ordonnance*, Montréal, Boréal, 1995, 239p.

¹⁰ J'y aborde aussi indirectement la situation des audioprothésistes. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec, 1940-2005*, Montréal, PUQ, 2005,

Ces quelques écrits, tous publiés après 1989, constituent l'intégralité de la littérature québécoise sur les professions paramédicales. Au Canada anglais, outre les travaux déjà cités, l'historiographie se révèle tout aussi mince, tout comme aux États-Unis et en Europe¹¹. De plus, à l'exception de mes propres recherches, dont la portée reste limitée, aucun de ces travaux n'aborde les années postérieures à 1980, pourtant les plus décisives dans l'histoire de ces professions.

D'autres travaux se révèlent évidemment utiles; faute d'un cadre d'analyse qui rende compte de la situation de soignants non infirmiers et non médicaux, leur apport à l'histoire paramédicale demeure néanmoins indirect et essentiellement factuel. Un certain nombre d'auteurs ont ainsi abordé l'histoire de la psychologie et du travail social, le plus souvent au sujet des pratiques universitaires en ces domaines, mais abordent peu la situation de ces professionnels au sein du système de santé¹². Des écrits portent aussi sur les grandes réformes de la santé durant la seconde moitié du 20^e siècle et sur leur contexte social et économique, ces

168p.; «Diagnostics, stratégies professionnelles et politiques de la santé», *Recherches sociographiques*, 47, 2, (2006) : 253-275; «La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 56, 3 (2003) : 329-356; «Local and Selective Appropriation», *Journal of Canadian Studies / Revue d'études canadiennes*, 41, 3 (2007) : 150-165. À tout cela, on peut aussi ajouter le récent ouvrage de François Hudon, *Histoire de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1954-2004*, Montréal, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 2004, 287p.

¹¹ On peut tout de même évoquer le travail de Rémi Remondière qui a produit une étude comparée des physiothérapeutes françaises et québécoises, «Une naissance conjointe : l'émergence de la kinésithérapie en France et l'installation de la physiothérapie au Québec», *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire médicale*, 15 (1998) : 153-187.

¹² Jacques Rousseau, «L'implantation de la profession de travailleur social», *Recherches sociographiques*, 19, 2 (1978) : 171-187; L.-H. Groulx, «De la vocation féminine à l'expertise féministe. Essai sur l'évolution du service social au Québec, 1939-1990», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49, 3 (1996) : 357-394. Pour un exemple daté mais encore représentatif de la littérature américaine sur l'histoire du travail social, v. Roy Lubove, *The Professional Altruist*, New York, Atheneum, 1983, 291p. En ce qui concerne l'histoire québécoise de la psychologie et de ses frontières au Québec et au Canada, v. Nicolas Marchand, *Entre praticiens et chercheurs. Une histoire des psychologues au Canada*, thèse de doctorat (histoire), UQÀM, 2002, 322p., et André Dupras et Hélène Dionne, «L'émergence de la sexologie au Québec», *Scientia canadensis*, 11, 2 (1987) : 90-108.

phénomènes étant généralement appréhendés du point de vue de l'État et des politiques publiques¹³.

Enfin, l'imposante littérature québécoise et anglo-saxonne sur l'histoire sociale des infirmières se révèle d'un grand intérêt. Bien que la plupart des études ne débordent guère la première moitié du 20^e siècle et que certaines se concentrent sur les stratégies associatives¹⁴, plusieurs abordent de front des questions pertinentes pour l'histoire des paramédicales, comme l'attitude des médecins face aux autres soignantes ou encore le contenu technique du travail infirmier et son impact sur la division du travail sanitaire¹⁵. Peter Twohig, notamment, a bien décrit la constitution de nouvelles professions soignantes à partir de spécialisations techniques du travail infirmier dans des hôpitaux canadiens du

¹³ Frédéric Lesemann, *Du pain et des services*, Laval, Saint-Martin, 1981, 232p.; Marc Renaud, « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique" », Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec, XIXe-XXe siècles*, Montréal, Boréal, 1995, pp 189-217; Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, PUM, 1988, 513p; Benoît Gaumer, Georges Desrosiers et Othmar Keel, *Histoire du Service de santé de la Ville de Montréal, 1865-1975*, Sainte-Foy, IQRC, 2002, 277p., et *La santé publique au Québec*, Montréal, PUM, 1998, 187p.; Paul-André Linteau et al, *Histoire du Québec contemporain*, t.2, *Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1989 (1979), 834p.

¹⁴ Yolande Cohen, *Profession infirmière*, Montréal, PUM, 2000, 320p. On trouve aussi plusieurs travaux d'intérêt sur l'histoire de la formation infirmière dont, au Canada : Yolande Cohen et al., *Les sciences infirmières*, Montréal, PUM, 2002, 327p.; Peter Twohig et al., *Challenge and change. A History of the Dalhousie School of Nursing, 1949-1989*, Halifax, Fernwood / Dalhousie University, 1998, 144p.

¹⁵ Kathryn McPherson, *Bedside Matters. The Transformation of Canadian Nursing, 1900-1990*, Toronto, OUP, 1996, 343p.; Esther Lamontagne, *Histoire des savoir-faire infirmiers au Québec de 1870 à 1970*, mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1999, 126p.; Yolande Cohen, « La contribution des Sœurs de la Charité à la modernisation de l'hôpital Notre-Dame, 1880-1940 », *Canadian Historical Review*, 77, 2 (1996) : 185-220; Julie Fairman, « Watchful Vigilance: Nursing Care, Technology, and the Development of Intensive Care Units », *Nursing Research*, 41, 1 (1992): 56-60, et « Alternate Visions: The Nurse-Technology Relationship in the Context of the History of Technology », *Nursing History Review*, 6 (1998): 129-146; Cynthia Toman, « Blood Work: Canadian Nursing and Blood Transfusion, 1942-1990 », *Nursing History Review*, 9 (2001): 51-78; « Almonte's Great Train Disaster: Shaping Nurses' Roles and Civilian Use of Blood Transfusion », *Canadian Bulletin of Medical History*, 21, 1 (2004): 145-157; « 'Body Work' : Nurses and the Delegation of Medical Technology at the Ottawa Civic Hospital, 1947-1972 », *Scientia canadensis*, 29, 2 (2006) : 155-175.

milieu du 20^e siècle¹⁶, un travail qui offre de multiples points de comparaison avec l'émergence des professions d'appareillage.

Inversement, l'histoire des infirmières bénéficiera sans doute des bases de comparaison qu'offre l'étude des paramédicales, ces « autres » professionnelles féminines des soins. Le fait que l'histoire des praticiennes féminines de la santé ait été presque exclusivement limitée aux infirmières a en effet poussé plusieurs auteures à expliquer la situation de ces dernières, souvent difficile, par leur seule féminité, jugée constitutive du nursing¹⁷. Bien que je n'engage pas ici un dialogue direct avec cette littérature, il est plausible que l'étude des professions paramédicales, féminines mais qui diffèrent radicalement du modèle infirmier par leurs comportements et leurs trajectoires, puisse mettre en valeur le poids relatif d'autres dynamiques que le genre dans la division des territoires de la santé.

Pour faire de l'étude des paramédicales une occasion de repenser quelque peu nos regards sur les professions de santé, il importe de s'appuyer sur des perspectives théoriques claires. On consacra donc les prochaines pages à préciser les choix qui structurent la présente thèse.

Pratiques de la santé, sociologie des professions et étude des catégories

Cette thèse accorde beaucoup d'attention au contenu des pratiques cliniques. L'historiographie, en fait, s'attarde peu au travail concret des cliniciens, notamment paramédicaux. Pour cette raison, la majorité des études

¹⁶ Peter Twohig, *Labour in the Laboratory: Medical Laboratory Workers in the Maritimes*. Montréal, MQUP, 2005; « Education, Expertise, Experience and the Making of Hospital Workers in Canada, 1920-1960 », *Scientia canadensis*, 29, 2 (2006) : 131-153.

¹⁷ Une tendance visible depuis le classique de Anne Witz (1981) jusque dans l'historiographie québécoise récente telle que synthétisée par Denyse Baillargeon, « Praticiennes et patientes. Les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53, 1 (1999) : 48-51. Pour un exemple canadien, voir Mary Kinnear pour qui les rapports de domination entre professions et l'autorité des médecins et administrateurs sur les infirmières « has less to do with the work nurses perform and much more to do with the nurses's gender », *In Subordination*, Montréal, MQUP, 1995, p.100.

semble présumer que chaque groupe remplit un rôle fixe et naturel, qui change peu au cours des années. Au Canada, c'est seulement récemment que les travaux de Twohig ont montré à quel point, pourtant, les fonctions des divers travailleurs hospitaliers s'étaient transformées au cours du 20^e siècle¹⁸; mon propre travail de maîtrise abondait dans le même sens, cette fois en associant le développement de nouvelles tâches aux aspirations des cliniciennes elles-mêmes. Je m'y attardais surtout à l'implantation de nouvelles catégories diagnostiques par les orthophonistes québécoises qui s'approprièrent par cette voie de nouvelles clientèles et améliorèrent ainsi leur statut professionnel.

C'est cet intérêt pour le diagnostic qui fait le mieux le lien entre l'histoire des professions étudiées ici et une autre littérature, soit l'historiographie de la médecine. L'histoire des diagnostics constitue en effet le fil conducteur choisi par certains auteurs pour aborder l'émergence de territoires spécialisés de la médecine, comme dans les travaux de l'historien néerlandais Ad Prins sur l'Alzheimer, ou de Keith Wailoo ou Stéphane Piché sur l'hématologie¹⁹. Déjà, en 1992, c'est aussi en pensant à l'histoire de la médecine que Denis Goulet et André Paradis prêchaient pour une histoire des processus de spécialisation et de l'application des méthodes diagnostiques au Québec²⁰. Encore peu nombreux, ces travaux ont en commun de chercher, par le recours à l'histoire, à dénaturer la division, voire l'existence, des territoires médicaux en soulignant l'importance des pratiques de diagnostic dans la conquête de nouvelles positions dans le domaine de la santé.

¹⁸ Peter Twohig, *op.cit.*

¹⁹ Ad Prins, *Aging and Expertise. Alzheimer's Disease and the medical professions, 1930-1980*, thèse de doctorat (histoire), Université d'Amsterdam, 1998, 315p.; Keith Wailoo, *Drawing Blood. Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1997; Sébastien Piché, *Histoire de la spécialisation médicale au Québec. Le cas de la naissance de l'hématologie à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1920-1960*, mémoire de maîtrise (histoire), UQAM, 1999, 113p.

²⁰ Denis Goulet et André Paradis, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec*, Montréal, VLB, 1992, p.24.

En abordant ainsi l'histoire des professions médicales, ou paramédicales, sous l'angle de la conquête et surtout de la création de positions dans le partage des tâches sanitaires, on se trouve à contribuer aussi à l'histoire de la « médicalisation » des sociétés occidentales, définie comme la délégation aux autorités médicales de certains pouvoirs d'encadrement. Vivace en France²¹, l'analyse de la médicalisation décrit comment la création ou l'extension de catégories diagnostiques favorise la dévolution de problèmes divers aux experts de la santé, pour qui l'imposition de leur autorité en ces domaines constitue autant une conquête professionnelle qu'un fait médical²².

Surtout, cet intérêt croisé pour le statut des acteurs et leur usage des diagnostics me permet, ici, d'insérer l'étude des paramédicales à des perspectives plus larges, celles de la sociologie des professions. La manœuvre n'est pas nouvelle. Dans un article sur l'histoire récente des pédiatres étasuniens, Sydney Halpern avançait déjà, en 1990, comment une étude de la médicalisation comme extension des frontières médicales pouvait mener à une analyse posée dans les termes de la sociologie des professions²³. Cette littérature, fondée sur le constat de l'existence de positions dominantes ou privilégiées sur le marché du travail, consiste à expliquer l'existence de pareilles positions par la pratique des acteurs qui les rendent possibles.

L'analyse proposée ici s'attache donc à deux termes particuliers : l'étude des acteurs professionnels et celle de leurs usages des diagnostics. Après

²¹ Pour une collection de textes représentatifs de cette approche, voir les collectifs suivants : Pierre Aïach et Didier Fassin (dir.), *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, 364p.; Pierre Aïach et Daniel Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998, 282p. Au Québec, les textes les plus proches de cette mouvance remontent à Jacques Dufresne et al., *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, PUQ, 1985, 1245p.

²² Didier Fassin, « Les politiques de la médicalisation », P.Aïach et D.Delanoë (dir.), *op.cit.*, p.1-13; Robert Castel, « Introduction », E. Goffman, *Asiles*, Paris, Minit, 1968, p.19; Gilles Thérien, « Santé, maladie, guérison », J. Dufresne et al., *op.cit.*, p.93-94.

²³ Sydney Halpern, « Medicalization as Professional Process : Postwar Trends in Pediatrics », *Journal of Health and Social Behavior*, 31 (1990) : 28-30.

quelques précisions sur les apports de la sociologie des professions, on formulera ainsi des considérations sur l'étude historique des diagnostics.

La sociologie des professions

La première ambiguïté dans l'étude des professions réside dans l'emploi du mot « profession » lui-même. Les sciences humaines empruntent à la langue anglaise l'usage de ce terme pour désigner une catégorie restreinte de métiers pourvus d'un prestige social particulier, assorti de privilèges légaux²⁴. Les sources de cette distinction, cependant, ne font pas l'unanimité et varient au fil des décennies.

Maître fondateur de sa discipline, Émile Durkheim est aussi le premier sociologue reconnu à traiter des groupements professionnels, dans lesquels il inclut les ouvriers qualifiés. Y reconnaissant d'abord une certaine forme d'éthique, l'auteur du *De la division du travail social* (1893) voit dans ces groupes la future unité morale du monde industriel en construction²⁵. Il est suivi en ce sens par une constellation de sociologues, notamment britanniques, qui, tout en resserrant le concept autour des « grandes professions » (médecins, avocats), continuent, au début du 20^e siècle, d'y voir le mortier de la société nouvelle²⁶.

Les professions, pourtant, ne représentent pas encore un objet d'étude *per se* et demeurent, jusqu'aux années 1930-1940, le prolongement de topiques plus larges. Ce sont les fonctionnalistes américains, Talcott Parsons à leur tête (dont

²⁴ À la différence de la langue française, où le mot peut désigner n'importe quelle occupation rétribuée.

²⁵ Émile Durkheim, *De la division du travail social*, Paris, PUF, 1967, p.vi-viii. Herbert Spencer, contemporain et grand rival de Durkheim, reproduit à sa manière une attitude analogue, v. Elliot Freidson, *Professional Powers*, Chicago, UCP, 1986, p.27

²⁶ V. le couple Webb (1917), cité par Elliot Freidson, *op.cit.*, ou Alexander Carr-Saunders chez qui les grandes professions constituent, avec la famille et l'église, les « centres of resistance to crude forces which threaten steady and peaceful evolution », *The Professions*, Oxford, Clarendon, 1933, p. 497.

l'œuvre maîtresse, *The Social System*, paraît en 1951), qui érigent les premiers une véritable sociologie des professions en s'appuyant sur un imposant matériel empirique qui donne sa substance au phénomène. Inspiré par Durkheim, Parsons fait des grandes professions, comme le génie, le ciment de la *Great Society* qu'il croit contempler en Amérique. Peut-être en raison de cette attribution d'un rôle privilégié, le principal intérêt de la sociologie fonctionnaliste semble alors de distinguer qui est un « vrai » professionnel et qui ne l'est pas. Jusqu'aux années 1960, l'entreprise sociologique reste ainsi essentiellement taxonomique, intéressée à définir la profession par un certain nombre de traits (utilité publique, éthique, savoir abstrait, contrôle du travail) pour ensuite classer les diverses occupations ou les situer dans un continuum dont une seule extrémité, la « véritable profession », est d'ailleurs connue²⁷.

Après 1960, l'imagerie fonctionnaliste fait l'objet de sévères critiques. Qualifiée de « mythologie », elle est progressivement rejetée en tant qu'idéologie conservatrice qui ferait l'économie des questions de pouvoir et de domination. À travers cette critique, on attaque souvent, parfois durement, les professions elles-mêmes dont on déconstruit les prétentions pour en montrer le caractère intéressé. À cette fin, on cesse de parler du statut professionnel comme d'une position naturelle pour la décrire plutôt comme la conquête, conjoncturelle, d'un pouvoir. La profession commence alors à être perçue comme une action collective, située dans le temps²⁸.

²⁷ V. Danilo Martucelli, « Talcott Parsons, ou la tentation de l'intégration parfaite », *Sociologies de la modernité*, Paris, Gallimard, 1999, pp 67-108; Keith MacDonald, *The Sociology of Professions*, Londres, SAGE, 1995, p.3; Randalf Collins, « Changing conceptions in the sociology of the professions », R. Torstendhal et M. Burrage (dir.), *The Formation of Professions*, Londres, SAGE, 1990, p.11-14.

²⁸ À la même époque, en France, « la problématique marxiste des classes sociales l'emporte sur celle de la stratification. Les professions sont peu abordées, si ce n'est dans la tentative de les relier à la question des classes moyennes ou des intellectuels », comme chez M. Foucault et I. Illich; Jacques Saliba, « Les paradigmes des professions de santé », P. Aïach et D. Fassin, *op.cit.*, p.49.

Cette dernière idée demeure conceptuellement floue jusqu'aux clarifications apportées par Magali Larson dans son ouvrage *The Rise of Professionalism*, paru en 1977. Larson y note que les divers traits d'une profession particulière n'ont rien de fixe, sinon qu'ils établissent les frontières du champ d'action du groupe. S'inspirant de Max Weber, Larson théorise non pas la profession mais le « projet professionnel » de « clôture sociale », par lequel un groupe cherche à s'assurer l'exclusivité d'un segment du marché des services grâce à la conquête d'un monopole légal, à l'aide d'appuis politiques et en se réclamant d'attributs typés comme une éthique ostentatoire du service public et un « savoir relativement abstrait », critère moderne de la qualification. Le savoir scientifique, académique, participerait ainsi à cet entrelacs éminemment politique²⁹.

L'objet d'étude a alors considérablement évolué depuis Parsons, et ce à trois égards. D'une part, le groupe professionnel n'est plus le strict prolongement d'une structure sociale unifiée et stable, mais un objet historique personnalisé, confronté à un environnement changeant. D'autre part, passée de statut à projet, la profession est devenue un objet dynamique. Comme le note Catherine Paradeise, il ne s'agit plus de « départager le bon grain de l'ivraie » mais de passer de la sociologie parsonienne des professions à l'étude de la « professionnalisation des marchés du travail³⁰. » Enfin, dans ce contexte, le contrôle professionnel du marché n'est plus conçu comme une situation rare mais comme une aspiration commune : le concept de profession devient alors pertinent pour l'étude d'un vaste ensemble de groupes désireux d'être reconnus comme professionnels, ce qui étend le champ de la recherche à des métiers jusque là négligés ou en pleine expansion.

²⁹ Magali Sarfati-Larson, *The Rise of Professionalism*, Berkeley, UCP, 1977, v. p.x-xvii, 9-18; Keith MacDonald, *op.cit.*, p.8-12, 23-35, 66, 97.

³⁰ Catherine Paradeise, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et société*, 20, 2 (1988) : 9-21.

Le cadre théorique proposé par Larson fait date et la plus grande partie de la littérature des années 1980 et 1990 s'en déclare directement tributaire. C'est le cas, au Québec, des travaux de Nadia Fahmy-Eid et de ses collaboratrices, tout comme, en définitive, de ceux de Yolande Cohen sur les infirmières. Très attachée à l'étude de critères assez formels, comme les stratégies associatives ou le contenu officiel de la formation, cette approche fait le choix de privilégier l'étude de la négociation politique au détriment d'une analyse du travail proprement dit et de l'exercice quotidien de la profession³¹. Si elle montre bien le caractère politique des conquêtes légales, cette approche, en contrepartie, tend donc à naturaliser le contenu du travail qui justifie ces entreprises, débouchant le plus souvent sur le récit conventionnel d'une course à obstacles, où des professions aux caractéristiques préétablies, occupant une niche préalablement définie du marché du travail, finissent par décrocher certaines des formes de reconnaissance officielle devant objectivement être rattachées à leur position³². Bien fondés, ces récits n'en négligent pas moins la question de la transformation du travail concret et de son rapport aux aspirations professionnelles.

C'est en abordant cet autre versant du problème que s'impose, surtout après 1980, le spécialiste du milieu médical Elliot Freidson. Tout en exploitant lui aussi le lexique du projet professionnel et de la clôture sociale, Freidson propose une approche différente de celle de Larson. Il remarque au préalable que le mot « professionnel » n'est pas d'abord un terme sociologique mais un « folk-concept », soit un mot « évaluatif » d'usage courant dont « tous les groupes

³¹ Pressé de promouvoir son propre cadre conceptuel sur la question, Abbott soumet, sous ce motif, Larson à une critique très sévère; Andrew Abbott, *The System of Professions*, Chicago, UCP, 1988, p.214; Keith MacDonald, *op.cit.*

³² On trouvera un exemple de tels récits chez : Paul Miranti, *Accountancy Comes of Age*, Chapel Hill, UNC Press, 1990, 275p.; André Grelon, « L'évolution de la profession d'ingénieur en France dans les années 1930 », André Grelon (dir.), *Les ingénieurs de la crise*, Paris, EHSS, 1986; Gary Previts et Barbara Merino, *A History of Accountancy in the United States*, Columbus, OSUP, 1998, 577p.; Jean Delisle, *Les alchimistes des langues*, Ottawa, PUO, 1990, 446p.; Louise Gagnon-Arguin, *L'archivistique*, Sainte-Foy, PUQ, 1992, 229p.; Magali Sarfatti Larson, *op.cit.*; Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op.cit.*

formant des métiers... sont amenés à se servir³³ » dans leurs rapports avec les autres. Se défiant sur cette base d'une définition trop instituée, Freidson se reporte sur le terrain de la pratique pour y observer la manière dont les gens, au travail, entrent en relation autour de l'idée professionnelle. Relationnelle, la perspective de Freidson touche les thèmes de l'« organized autonomy » en milieu de travail : il traite des échanges, de l'objectivation du client ou des mécanismes de la reconnaissance entre les praticiens, dont le diplôme ne représente qu'un rouage. Le visage politique et institué de la profession esquissé par Larson se double donc, chez Freidson, des situations de travail expérimentées par des acteurs concrets.

Il reste à s'interroger sur les rapports entre ces deux faces de la profession, qui ne coïncident pas en toutes choses. Larson supposait déjà un certain écart entre la pratique et ses cadres formels. Comme Freidson, elle se contente d'expliquer ce décalage par une différenciation hiérarchique entre le commun de la profession et ses « élites »³⁴. Cette explication, toutefois, laisse plusieurs questions en plan : comment, par exemple, le praticien use-t-il des productions scientifiques ou des dispositions administratives ou légales relatives à son travail ?

À cet égard, l'auteur Andrew Abbott, figure importante de la sociologie des professions depuis la parution, en 1988, de son ouvrage *The System of Professions*, offre une utile alternative, en deux volets. D'abord, Abbott choisit de parler non pas de la profession mais de la « vie professionnelle », qu'il définit comme un « lien entre une profession et son exercice » (« link between a profession and its work »), son programme consistant ainsi à étudier la création de ce lien dans la pratique journalière (« to analyse how this link is created in

³³ Elliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p.13.; *Professionalism Reborn*, Chicago, UCP, 1994, p.47-92, et *Professional Powers*, *op.cit.*, p.35. Randolf Collins souligne l'importance de l'héritage wébérien dans ce domaine, « Market closure and the conflict theory of the professions », R. Torstendhal et M. Burrage (dir.), *op.cit.*, p.24-25.

³⁴ Magali Sarfati-Larson, *op.cit.*, p.6.; Elliot Freidson, *La profession médicale*, *op.cit.*, p.57-96.

work ») dans ses aspects formels et informels³⁵. Souple, cette approche englobe les deux faces de la profession et met en scène leurs interrelations, en soulignant leur réunion au cœur du travail pratique. Vue sous cet angle, l'histoire professionnelle demeure une lutte, mais une lutte qui ne commence ni ne se termine au niveau politique, et qui débute au contraire en grande part avec la construction d'une identité distinctive au travail³⁶.

Ensuite, Abbott suggère de s'attacher à la manière dont les politiques corporatives et le travail concret se conjuguent pour assurer à une profession des frontières qui la distinguent des groupes voisins ou concurrents. C'est d'ailleurs cette quête dynamique et constante de différenciation qui caractériserait les groupes dits professionnels. Ce postulat est lourd de conséquence car il modifie la mise en récit à deux égards. D'une part, il rend compte du fait que le champ d'activité d'un groupe n'est en rien préétabli mais qu'il puisse se déplacer selon les aléas des rivalités interprofessionnelles, le seul trait réellement invariant de la profession étant son aspiration à un statut différencié. D'autre part, dans cette optique, Abbott suggère que l'histoire d'une profession ne devient compréhensible que si l'on observe ses rapports avec les autres groupes environnants. Pour la présente thèse, c'est cette exigence qui a justifié le passage de l'étude de cas à l'analyse d'un « secteur » paramédical où entrent en contact une vaste gamme de groupes professionnels.

On verra donc ici comment les paramédicales consolident leur identité professionnelle en transformant leurs pratiques et leurs champs d'intérêts au contact d'autres professionnels et de milieux divers. Pour préciser l'insertion à ce

³⁵ Andrew Abbott, *op.cit.*, p.20.

³⁶ C'est le cas chez Abbott, où toute lutte a pour objet principal la « consolidation de la routine » dans les relations de travail, comme chez Lubove pour qui le « statut professionnel » des travailleuses sociales repose d'abord sur le contrôle de leurs tâches dans les hôpitaux. Christian Delporte, travaillant sur les journalistes français, et William Arney, étudiant les obstétriciens britanniques, suggèrent même que c'est la préservation d'une telle position fonctionnelle qui devient le siège de « l'identité collective » et de l'organisation corporative des professionnels; Christian Delporte, *Les journalistes en France, 1880-1950*, Paris, Seuil, 1999; William Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago, UCP, 1982; Andrew Abbott, *op.cit.*, p.254s.

cadre d'une étude du travail concret, on prendra maintenant le soin d'explorer l'apport de la sociologie des professions à l'analyse de deux thèmes précis : l'évolution des diagnostics utilisés en clinique et la pluralité de leurs usages individuels.

Les savoirs professionnels...

Dans leur course aux territoires différenciés, exclusifs, les membres des diverses professions justifient leurs demandes par leur maîtrise d'un savoir particulier, qui les distingue et qui doit les soustraire tant à la concurrence qu'à la supervision d'autrui. En raison de cette assise dans un savoir spécial, il est devenu banal de qualifier les professions de *knowledge-based occupations*³⁷.

Mais de quel savoir s'agit-il ? On sait que les métiers de techniciens, même les plus indispensables, n'accèdent pas, par définition, à la considération et aux privilèges du statut professionnel. Pour l'en distinguer, on dira donc du savoir professionnel qu'il est « plus abstrait », académique, universitaire, les groupes professionnels faisant grand cas de ce degré relatif d'« abstraction ». La recherche sociologique, pourtant, n'associe celle-ci ni à une demande plus pressante, ni à un surcroît d'efficacité³⁸. Pourquoi, dès lors, un corpus « relativement abstrait » serait-il préalable à la reconnaissance professionnelle?

Les professionnels n'appuient pas leurs revendications sur le droit collectif des travailleurs, comme dans le discours syndical, mais plutôt sur l'exclusivité de

³⁷ V. Ronald Numbers, « The Fall and Rise of the American Medical Profession », N. Hatch (dir.), *The Professions in American History*, Notre-Dame, UNDP, 1988, p.63; Gilles Dussault, « Les idéologies des professions libérales au Québec, 1940-1975 », F. Dumont et al. (dir.), *Idéologies au Canada français, 1940-1976*, t. II, *Les mouvements sociaux – Les syndicats*, Québec, PUL, 1981, p.50-54; Elliot Freidson, *La profession médicale*, op.cit., p.207; Keith MacDonald, op.cit., p.160.

³⁸ Par ailleurs, des études universitaires prolongées ne suffisent pas, à elles seules, à conférer un statut professionnel; Randolph Collins, « Changing conceptions... », op.cit., pp 18-20; cf. Elliot Freidson, op.cit., p.88.

leur compétence, qui doit les soustraire au jugement d'autrui et à la concurrence ou à la substitution par du personnel moins qualifié³⁹. En réclamant le contrôle de leur propre travail, les professionnels revendiquent donc surtout le droit de définir eux-mêmes les besoins de leurs clients et les tâches qui y sont associées; dans le domaine de la santé, c'est cet acte de définition des problèmes à résoudre qui porte le nom de « diagnostic ». Or, pour définir en toute autonomie, le langage utilisé doit atteindre un niveau de généralité, d'abstraction, suffisant pour redéfinir son objet sur la base d'un vocabulaire propre, exclusif à la profession. « Abstrait » en ce sens qu'il doit reformuler à l'écart du sens commun, ce langage, les catégories employées à cette fin distinctive, sont normalement tirés de la sphère scientifique qui, par sa dynamique disciplinaire, se prête par nature assez bien à la délimitation de territoires exclusifs. C'est le cas à tout le moins de la science telle que décrite par Kuhn : qu'est-ce que la « science normale » sinon la stipulation d'une ontologie originale et des méthodes usitées pour y accéder ?⁴⁰

La profession se caractérise par cette revendication du pouvoir de définir ses propres problèmes par l'usage d'un langage scientifique. La capacité des professionnelles à définir les problèmes rencontrés détermine en effet la manière dont les tâches afférentes à ces problèmes seront elles-mêmes définies et distribuées. Dans le milieu de la santé, le contrôle et l'usage des diagnostics sont pour cette raison souvent au cœur des luttes pour la reconnaissance professionnelle, dans la mesure où, en milieu de travail concret, ces rivalités se présentent souvent comme une lutte pour l'accès à la clientèle.

³⁹ Gilles Dussault, *op.cit.*, p.55, et « Les producteurs de services sociosanitaires », *op.cit.*, 209; Catherine Paradeise, *loc.cit.*, p.13.

⁴⁰ V. Thomas Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983, pp 29-44. C'est aussi la lecture de Aant Elzinga, pour qui « science is meant to help define territories for exclusive control », « The knowledge aspect of professionalization », R. Torstendahl et M. Burrage (dir.), *op.cit.*, p.171. De même, la science normale se présente comme le modèle du savoir professionnel en ce qu'elle est aussi programmatique, ne fournissant pas qu'un champ mais aussi un certain allant en construisant ses objets sous la forme de problèmes à régler, bâtis sur mesure pour les capacités de la profession ou de la discipline, et si possible urgents; Thomas Kuhn, *op.cit.*, p.45-70; Andrew Abbott, *op.cit.*, p.58.

... et leurs usages

Les diagnostics utilisés par les professionnels sont des produits de la science, dont l'usage se transmet par l'enseignement universitaire ou d'autres voies de formation. On pourrait ainsi n'étudier les diagnostics que du strict point de vue de leur production et de leur diffusion académique. Cette approche, cependant, laisserait plusieurs questions sans réponses.

Malgré l'influence réelle des discours académiques, plusieurs études indiquent que les pratiques courantes des professionnelles sur le terrain ne présentent souvent « que de très lointains rapports avec leur formation respective⁴¹ ». Pour Freidson, cette distance est telle que les traits du praticien « tiennent moins à la formation qu'au milieu social où l'individu travaille une fois ses études achevées » : « ce que l'on fait est moins le résultat d'intériorisations antérieures que du poids de la situation [de travail]⁴² ». Cet écart relatif entre formation et pratique concernerait tout particulièrement l'exercice des savoirs, suffisamment pour que Freidson en conclue que « the actual substance of the knowledge that is ultimately involved in influencing human activities is different from the formal knowledge that is asserted by academics and other authorities⁴³ ».

Bien sûr, l'importante différence de nature entre la tâche journalière et la production scientifique implique d'emblée que l'usage concret des catégories apprises en contexte académique requière du professionnel une bonne dose d'interprétation. En effet, par rapport au travail du scientifique qui cherche à « créer » ou formuler des problèmes abstraits, la pratique courante consiste plutôt à recevoir charge de problèmes concrets, d'ailleurs souvent déjà identifiés par le profane comme indésirables. De plus, là où la science se donne pour objet des

⁴¹ Le tout est détaillé par Freidson dans *La profession médicale, op.cit.*, p.98-99.

⁴² Elliot Freidson, *Professional Powers, op.cit.*, p.xi. V. Magali Sarfati-Larson, « À propos des professionnels et des experts... », *Sociologie et société*, 20, 2 (1988) : 39.

⁴³ Elliot Freidson, *op.cit.*

paradigmes unifiés ou des populations statistiques, le professionnel fait l'expérience de l'infinie variation des clientèles⁴⁴.

Mais le plus important, comme le suggère Abbott, est que, sur le terrain, l'exercice concret du savoir, pour aider le professionnel à tenir son rang, se distingue en ce qu'il doit entraîner immédiatement une action exécutoire, comme, en santé, le passage de tests ou la prescription de traitements. En toutes situations, le statut du professionnel au travail tient ainsi à cette capacité non seulement de reformuler un problème, mais surtout de conférer à cette formulation, à son diagnostic, un caractère décisionnel. En clinique, un diagnostic devrait donc permettre au professionnel de prendre en charge le patient visé en produisant ce que Abbott appelle les « signs and attributes of the professions' making something of a problem⁴⁵ ». Dans cette entreprise, le vocabulaire scientifique structure moins la pratique qu'il ne lui en fournit l'aliment (tests, modèles, jargons) en offrant un cadre langagier dans lequel chaque praticien en situation puise les éléments pertinents aux conditions particulières de son milieu de travail⁴⁶. Cela implique notamment qu'une même catégorie puisse prendre un sens différent selon les conditions locales (concurrence, clientèles, etc.) de l'un ou l'autre milieu.

On a donc précisé jusqu'ici ce dont il sera question dans l'étude des paramédicales québécoises et pourquoi il en sera question. D'une part, on verra comment les paramédicales transforment le contenu de leur propre travail, parce que ces menées me semblent être le moteur tant des entreprises professionnelles que des changements les plus notables dans la division du travail. D'autre part, on s'attardera au contenu des catégories diagnostiques utilisées, qui sont la pierre d'assise des tentatives professionnelles d'établir des territoires distinctifs. Enfin,

⁴⁴ V. Jacques Saliba, *op.cit.*

⁴⁵ Andrew Abbott, *op.cit.*, p.20.

⁴⁶ Lennart Svensson, « Knowledge as a professional resource », Rolf Torstendhal et Michael Burrage (dir.), *Professions in Theory and History*, 1990, p.56-64. V. Donald Schön, *The Reflective Practitioner*, New York, Basic Books, 1983, 374p.; Robert Castel, *op.cit.*, p.16.

on cherchera à discerner l'usage précis de ces catégories en milieu de travail, dans la mesure où c'est leur exercice concret qui traduit le mieux les conditions réelles de la pratique professionnelle.

Dans le milieu de la santé, les « catégories » étudiées seront les diagnostics utilisés par les praticiennes pour interpréter les problèmes de leurs patients. Après les apports généraux de la sociologie des professions, il reste maintenant à préciser les traits du concept de « diagnostic » en ce qu'il a de plus spécifiquement ancré au monde de la médecine et de la santé. Les prochaines pages ont donc pour but d'envisager à cette fin les suggestions de l'histoire de la médecine.

Les catégories diagnostiques

Pour plusieurs historiens de la médecine, le diagnostic constitue bien le cœur des systèmes de catégorisation employés en santé, tant dans la recherche que dans la pratique courante. Dans mon travail, la catégorie diagnostique, qui ne se limite pas au sens légal du mot, se définit comme une sélection de symptômes assemblés autour d'une étiologie de manière à constituer une entité discrète⁴⁷.

L'« étiologie » d'un mal est la cause primaire qui lui est attribuée et qui définit sa nature : on attribue une étiologie en désignant un trait symptomatique particulier comme le siège ou l'indicateur principal du problème. Il s'agit là d'un choix, une même palette de symptômes pouvant être qualifiée différemment selon l'étiologie qu'on lui attribue. Wailoo en a offert un bon exemple en racontant comment, au 19^e et au 20^e siècles, un certain profil de langueur généralisée a pu être défini tour à tour comme une maladie du sang (une anémie), un trouble de la rate ou un désordre neurologique (la neurasthénie), selon l'identité des praticiens; surtout, souligne-t-il, quand les hématologues parviennent momentanément à

⁴⁷ V. Lester King, *Medical Thinking*, Princeton, PUP, 1982, p.91, v. p.19-29.

imposer leur définition du mal comme une « anémie pernicieuse » sur la base d'indicateurs hématologiques, les autres symptômes ne prirent alors qu'une importance secondaire dans la définition du problème et de son traitement, dévolu aux hématologues⁴⁸.

Par ailleurs, l'assemblage des catégories autour d'un noyau étiologique consolide leur caractère discret en rendant le profil identifié formellement distinct de toute autre condition, tant de la normalité que des autres diagnostics⁴⁹. Ces catégories discrètes ont une histoire, comme en témoigne l'étude de Barbara Sicherman sur la neurasthénie : produite par l'assemblage de symptômes restés disparates jusqu'en 1869, celle-ci connaît pendant un temps une fortune certaine avant de voir après 1900, son usage se dissiper au profit d'autres diagnostics entre lesquels sont redistribués ses symptômes, la catégorie cessant tout simplement d'exister. L'existence et la signification d'une catégorie donnée dépendent ainsi surtout de ses utilisateurs et du contexte de son utilisation⁵⁰.

Si les catégories diagnostiques sont des objets historiques, elles doivent donc être étudiées dans leur contexte. Or, le principal élément de contexte tient à ce que les diagnostics constituent des points d'ancrage de l'identité des acteurs qui en font usage. Comme on l'a dit, la fonction pratique d'un diagnostic donné est de rendre impératif un certain cours d'action : chaque diagnostic implique une voie particulière de traitement qui attribue à l'un ou l'autre spécialiste un rôle prééminent. À ce titre, le diagnostic, en plus d'influer sur l'interprétation des

⁴⁸ Keith Wailoo, *op.cit.*, p.24, 115-119.

⁴⁹ Stanley Reiser, *Medicine and the Reign of Technology*, Cambridge, CUP, 1979, p.29-30, 43-44, 55, 144; Ian Hacking, *Mad Travellers*, Charlottesville, UPV, 1998, p.11.

⁵⁰ Barbara Sicherman, « The Uses of a Diagnosis. Doctors, Patients, and Neurasthenia », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 32, 1 (1977) : 33-54.

maux, détermine ainsi largement les relations entre individus dans le milieu de la santé⁵¹.

Wailoo suggérait ainsi à quel point l'identité des spécialistes et celle des maladies étaient « mutuellement constitutives », en montrant comment l'attribution d'étiologies hématologiques avait servi aux médecins de cette spécialité à se tailler une place, d'ailleurs toujours changeante, au cours du 20^e siècle. Il indique, par exemple, comment les hématologues du début du siècle transforment les conceptions de l'anémie pour en faire, d'un problème hygiéniste, un diagnostic à l'étiologie biomoléculaire dorénavant adaptée à l'économie du travail hospitalier plutôt qu'à la réforme sociale; plus tard, la spécialité connaît des reculs quand des carences en globules blancs cessent d'être définies comme une maladie du sang pour être associées à un cancer, la leucémie, et passent sous la juridiction des médecins oncologues. L'historien Ad Prins, pour sa part, indique aussi comment certains profils psychotiques de « sénilité » ont été soustraits à la juridiction des psychologues par des reformulations en termes neuropathologiques rattachées au diagnostic d'Alzheimer, entraînant un déplacement de la clientèle au profit des médecins neurologues⁵².

On a évoqué plus tôt l'écart séparant la formulation officielle des catégories diagnostiques et leur usage concret. Dans son étude sur l'Alzheimer, Prins souligne comment, malgré l'importance de l'étiologie neurologique dans la définition canonique qui en assure la légitimité, le diagnostic d'Alzheimer est généralement posé en clinique sans les investigations neurologiques usitées en

⁵¹ *Ibid.*, p.3-10, 51, 89; Stanley Reiser, *op.cit.*, 227; Allan Hanson, « Des examens à l'infini », Arlette Lafay (dir.), *Le statut du malade, XVIe-XXe siècle*, Paris, L'Harmattan, 1991, p.129-137.

⁵² Ad Prins, *op.cit.*, chapitres 2 et 3; Keith Wailoo, *op.cit.*, 6-10, 27-30, 68. Comme l'indique le philosophe Ian Hacking, le fait d'étudier les diagnostics utilisés en les considérant comme socialement construits n'implique pas qu'on remette en cause la réalité de telle ou telle condition, mais qu'on étudie les idées construites à leur sujet, « avec leurs connotations » et leurs interprétations. Par exemple, il ne s'agirait pas, pour prendre l'exemple d'une catégorie historiquement élastique, de nier la condition des enfants considérés aujourd'hui comme autistes ou dysphasiques mais d'évoquer comme un fait humain et construit la médicalisation de leur situation, *The Social Construction of What ?*, Cambridge, HUP, 1999, p.14, 22-27.

laboratoire. J'ai moi-même émis des remarques similaires à propos du diagnostic de dysphasie par les orthophonistes après 1985, et plusieurs autres historiens de la médecine ont souligné en quoi les diagnostics peuvent prendre en clinique une signification sensiblement différente des écrits académiques qui assurent leur légitimité⁵³.

Cette appropriation pratique des catégories et techniques diagnostiques est influencée par l'environnement de travail immédiat des cliniciens. À ce titre, le concept d'un décalage dans l'interprétation des catégories n'est pas employé ici pour souligner les écarts relatifs entre la science et la clinique, un sujet qui requerrait plus de raffinement, mais servira plutôt à mettre en relief les écarts qui séparent les milieux cliniques entre eux, afin de souligner le fait qu'une même catégorie, à une époque donnée, peut faire l'objet d'usage différents et même divergents selon les milieux d'exercice. En plus des écarts entre les traditions de chaque milieu et les clientèles rencontrées, on mettra ici l'accent sur l'idée que la concurrence entre les professionnels influence de manière notable l'interprétation et l'usage des catégories : mes travaux précédents, par exemple, ont ainsi montré que les orthophonistes québécoises des années 1990 tendent à donner au diagnostic de dysphasie un sens d'autant plus large que leurs milieux d'exercice les mettent en compétition avec d'autres professionnels, issus de la psychologie ou de la psychopédagogie⁵⁴.

⁵³ Christopher Crenner, « Diagnosis and Authority in the Early Twentieth-Century Medical Practice of Richard C. Cabot », *Bulletin of the History of Medicine*, 76 (2002) : 32, 45; Tom Jagtenberg, *The Social Construction of Science*, Dordrecht, Reidel, 1983, p.15-16, 50-62; Jean-Pierre Dupuy, « Le médicament dans la relation médecin-malade », Luciano Bozzinni (dir.), *Médecine et société*, Montréal, Saint-Martin, 1981, p.375-376; Ad Prins, *op.cit.*, 126, 187; Barbara Sicherman, *op.cit.*, p.37, 54.

⁵⁴ Keith Wailoo montre aussi les spécialistes du foie élaguer, dans les années 1930, de vastes catégories de symptômes pour justifier leur prise en charge de certains cas particuliers, *op.cit.*, p.121-128.

Les acteurs

Si la présente thèse doit s'attarder à l'usage concret des catégories diagnostiques, il importe donc de dire quelques mots sur les acteurs qui s'agitent sur la scène, et sur les implications de l'enjeu diagnostique sur leurs actions. Par ces remarques sur les protagonistes, on achèvera de situer certaines pistes de recherche.

Les principaux acteurs en cause sont évidemment les professionnels de la santé eux-mêmes. D'un point de vue strictement sociologique, la formulation et l'attribution des diagnostics se présentent entre leurs mains comme d'importants outils stratégiques dans le cadre d'une concurrence interprofessionnelle pour la prise en charge des patients. Bien sûr, rien n'oblige à conclure au cynisme : on pourrait ne décrire cette propension de chacun à annexer des symptômes à sa propre expertise que comme une simple attitude de type disciplinaire ou axiologique, qui pousse chacun à approfondir les rouages de sa propre démarche sans autre arrière-pensée⁵⁵. Cela dit, il ne faut pas oublier, comme l'indique Prins, que les professionnels demeurent tout de même conscients d'opérer la répartition d'un certain pouvoir quand ils usent de diagnostics, ce qui en fait des acteurs « compétents » à cet égard⁵⁶.

Comme il a été dit, l'attribution d'un diagnostic particulier est un gage de prééminence professionnelle parce qu'il informe la suite des opérations : décider du diagnostic d'un patient revient à décider des traitements à lui dispenser et des autres intervenants appelés ou non à collaborer au cas. Pour cette raison, le principal enjeu, pour un professionnel dans un milieu donné, est souvent de se voir référer le patient le plus tôt possible pour devenir le premier à lui attribuer un diagnostic qui en déterminera le statut et établira qui, parmi les autres soignants, y

⁵⁵ Telle que décrite par Kuhn (*op.cit.*, p.40-77, 82-99) par exemple, mais on pourrait aussi se tourner vers certains textes de Gaston Bachelard, *Essai sur la connaissance approchée*, Paris, Vrin, 1981, p.7-24, et *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 1986, p.6.

⁵⁶ Ad Prins, *op.cit.*, 24ss.

aura accès et à quelles conditions. Le fait d'occuper le premier rang de la chaîne représente un important levier de pouvoir car il permet de contrôler l'accès au patient des autres professionnels situés en aval. Dans mes travaux précédents, c'est cette chaîne d'identification et de référence que j'ai baptisée « filière de référence », un terme qui reviendra souvent dans l'exposé.

Au départ, la monopolisation de ces positions de choix par les médecins se révèle en soi un puissant incitatif à la médicalisation, ou à ce qu'on pourrait appeler ici la « sanitisation », c'est-à-dire l'extension du champ d'exercice des experts de la santé, médicaux ou paramédicaux. En effet, pour les groupes soignants dominés par des médecins, la quête pour l'autonomie peut passer, non par un affrontement frontal, mais plutôt par l'annexion au monde sanitaire de nouveaux objets, que de nouvelles filières de référence dirigent vers les paramédicales plutôt que les médecins. La montée des professions paramédicales passe ainsi largement par la création de nouveaux territoires sanitaires et de nouvelles tâches⁵⁷. Il est important de demeurer attentif à ces extensions qui s'opèrent souvent de manière pacifique, par contournement, pourrait-on dire, des juridictions établies. Moins spectaculaires que les cas plus visibles de conflits frontaux, ces élargissements nous renseignent cependant mieux sur les mécanismes les plus implicites, et souvent les plus décisifs, de l'expansion et de la différenciation des territoires de la santé.

Les praticiens de la santé sont aussi en contact avec d'autres acteurs que leurs seuls concurrents. D'évidence, ils interagissent avec des patients, qui peuvent eux aussi se montrer actifs dans le jeu des catégories et des dénominations⁵⁸. Souvent négligés par l'historiographie, les groupes de patients

⁵⁷ Tandis que les relations interprofessionnelles sont souvent plus stables dans les domaines établis de plus longue date, v. Luciano Bozzini « L'expertise et la hiérarchie sanitaires en question », L. Bozzini (dir.), *op.cit.*, p.401-412.

⁵⁸ Ian Hacking qualifie de « nominalisme dynamique » le jeu d'interactions induit par la distribution de catégories identitaires entre des acteurs sociaux, en l'occurrence professionnels et patients mais également chercheurs et administrateurs; Ian Hacking, *The Social Construction...*, *op.cit.*, p.27-34, 52-60, 103ss ; *Mad Travellers*, *op.cit.*, p.2.

sont difficiles à circonscrire et se manifestent le plus visiblement par le biais d'associations d'usagers dont la représentativité est difficile à établir. De plus, il est malaisé de bien situer un groupe d'usagers sans avoir au préalable cartographié les cadres sanitaires au sein desquels ils s'établissent, et sans avoir remonté la genèse des diagnostics autour desquels se rassemblent les patients. Dans l'immédiat, mon propre travail ne comblera pas les nombreuses failles de l'histoire des patients, quoiqu'on soulignera ici et là leurs résistances ou leurs appuis aux entreprises sanitaires ; tout au plus peut-on espérer que le portrait dressé ici du paysage paramédical, en mettant l'accent sur les diagnostics, offrira quelques pistes à une telle histoire.

Enfin, une dernière catégorie d'acteurs structure l'environnement institutionnel dans lequel évoluent les praticiens de la santé : il s'agit des administrations hospitalières et gouvernementales. Le fait, pour des professionnels, d'évoluer dans les cadres administratifs de grandes organisations, souvent à titre de salariés, est d'ailleurs un fait récent propre à la seconde moitié du 20^e siècle, en rupture avec le modèle de la profession libérale qui s'était imposé à la fin du 19^e siècle⁵⁹. Dans les années 1950, des sociologues aussi différents que Robert Merton et Charles W. Mills avaient interprété ce passage au salariat comme un signe avant-coureur de la disparition des professionnels, une thèse encore périodiquement relayée par ceux qui croient assister à une « déprofessionnalisation » des marchés du travail⁶⁰. Cette thèse était fondée sur l'idée que l'introduction d'une forme de dépendance salariale ne pouvait qu'entraîner l'érosion de la capacité du professionnel à définir le contenu de son travail, et donc une dévaluation de son statut.

⁵⁹ V. Nathan Hatch, « The Professions in a Democratic Culture », N. Hatch (dir.), *op.cit.*, p.7; Klas Åmark, « Open cartels and social closure », Rolf Torstendahl et Michael Burrage (dir.), *op.cit.*, p.96.

⁶⁰ Keith MacDonald, *op.cit.*, p.61-63; Charles W. Mills, *Les cols blancs*, Paris, Maspero, 1966, p.135-168.

On verra dans les pages qui suivent que je ne partage pas cet avis. Avec le recul, il semble au contraire que, même salariés au sein de grandes organisations, les professionnels n'abdiquent pas leur autonomie, à tout le moins pas en ce qui concerne l'acte le plus structurant de leur pratique, le contrôle du diagnostic. Cette persistance tient à la capacité des professionnels d'entretenir leur autonomie, mais aussi à la nature même de la gouverne administrative qui, en réalité, consolide cette autonomie. En fait, comme la compétence managériale tend elle-même à se « professionnaliser », au sens fort, elle tend à borner son action aux objets qui lui sont propres et à se désintéresser de ceux qu'elle devrait partager, y compris des actes sanitaires des cliniciens. Concrètement, si l'organisation générale de la force de travail (salaires, conditions de travail, etc.) est bien sous l'autorité des administrateurs, la définition du contenu des tâches proprement dites, et surtout des actes diagnostiques, demeure le monopole exclusif des professionnels des soins. Très tôt, c'est même une caractéristique des groupes professionnels que la distinction, sur leurs lieux de travail, entre le concept de gestion de la main-d'œuvre (*labour*) par l'administrateur et celui d'accomplissement des tâches (*work*), dont le contenu reste à la discrétion des praticiens et que les décisions administratives touchent rarement directement⁶¹.

Concrètement, comme le sociologue Gilles Dussault l'a d'ailleurs maintes fois souligné, cette réserve est manifeste dans le comportement des responsables de la gestion du réseau québécois de la santé, qui se montrent relativement indifférents au contenu des actes sanitaires eux-mêmes, qu'ils ne compilent ou n'évaluent que rarement. Une latitude qui, en matière de diagnostic, fait des professionnels de la santé les seuls maîtres de la définition des besoins de santé.

⁶¹ James I. Gow, *Histoire de l'administration publique québécoise, 1867-1970*, Montréal, PUM, 1986, p.140; Herbert Northcott, « Threats to Medicare », B. Bolaria et H. Dickinson (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p.68-78; Michel O'Neill, « Les départements de santé communautaire », *Recherches sociographiques*, 24, 2 (1983) : 187; Elliot Freidson, *La profession médicale*, *op.cit.*, p.32-56, 134-155; Klas Åmark, *op.cit.*, p.96-97.

La recherche documentaire

Les pistes de recherche privilégiées ici ayant été éclaircies, on peut en résumer les traits saillants. Je pars du principe que l'idée de « profession » ne désigne pas une qualité intrinsèque mais plutôt la recherche d'une position privilégiée par un groupe occupationnel. En santé, l'obtention des positions convoitées dépend de l'aptitude à émettre des diagnostics qui rendent possible l'appropriation de cas et une certaine prise sur les filières par lesquelles transitent les patients. Ces diagnostics ont une histoire intimement liée à celle des professionnels qui en usent, des usages qui varient non seulement dans le temps mais aussi selon les milieux de travail en fonction des aléas locaux de la concurrence entre professions. C'est d'ailleurs l'influence des rapports interprofessionnels sur l'usage des diagnostics et la construction de clientèles qui justifie l'étude d'une large palette de groupes. Pour cette raison, on prêtera une attention soutenue à l'impact différentiel des contextes de pratique sur l'usage des diagnostics. Dans cet ordre d'idée, la cohabitation de professions diverses, même concurrentes, n'entraîne pas nécessairement des conflits frontaux mais, dans bien des cas, stimule plutôt la médicalisation, ou sanitarisaiton, de nouveaux objets par des professionnelles qui étendent ainsi plus sûrement leur champ d'action. Enfin, cette extension des territoires de la santé n'est que faiblement entravée, et se révèle même favorisée, par un contexte administratif peu regardant à l'égard du contenu des actes sanitaires et surtout de leur évolution.

C'est donc dans cet entrelacs de questions liées qu'on tissera l'histoire des professions paramédicales au Québec après 1940. À cette fin, plusieurs types de sources ont été mis à contribution.

Les sources documentaires les plus évidentes sont les archives et publications des sept ordres professionnels chargés de réguler et représenter les groupes à l'étude. Ces documents sont de diverses natures. Les rapports annuels et procès-verbaux offrent des points de vue approfondis sur l'histoire associative de chaque profession et contiennent de précieuses données statistiques et

démographiques. Les nombreux mémoires et autres documents produits au fil des années rendent également compte des intérêts défendus par les représentants de chaque profession. Une correspondance parfois incidente offre des renseignements inédits sur des organismes tiers, comme les universités.

La majorité des ordres publient également, au moins depuis 1975 ou 1980, des revues professionnelles à l'attention de leurs membres. Très souvent farcies de témoignages cliniques, ces revues ouvrent une première porte sur l'activité clinique concrète des professionnelles au travail. Bien qu'un texte isolé ne puisse être considéré d'emblée comme représentatif (certains, par exemple, étant taillés sur mesure pour susciter l'émulation des lecteurs), l'impressionnant volume d'articles produit chaque année par chaque revue contribue, par effet d'accumulation, à esquisser certains traits de la pratique dans une grande variété de milieux. Parce qu'il existe très peu de séries quantitatives utilisables pour décrire la pratique clinique, le cumul d'un grand nombre de portraits qui, additionnés, offrent quelques esquisses de la situation clinique, a de manière générale constitué ma principale méthode de travail.

Pour m'approcher de la pratique et documenter plus finement la variété des usages entre les milieux de travail, j'ai aussi compulsé les archives, rapports annuels et centres de documentation d'une large sélection d'établissements de soins. Cette sélection comprend : a) les trois grands centres de réadaptation physique de l'Île de Montréal, soit le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, et l'Institut de réadaptation de Montréal ; b) l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, qui conserve les archives de ses trois composantes, anciennement d'importants centres de réadaptation de la région de Québec, soit le Centre Cardinal-Villeneuve, le Centre François-Charron, et l'Institut des sourds de Charlesbourg ; c) deux centres de réadaptation couvrant les régions limitrophes de Montréal, soit le Centre montréalais de réadaptation et le Centre de réadaptation Le Bouclier, qui couvre les Laurentides et la région de Lanaudière ; d) l'hôpital Notre-Dame de Montréal. À cela on peut ajouter que mes travaux de maîtrise m'avaient déjà

mené dans les archives d'établissements montréalais comme l'Institut Raymond-Dewar (spécialisé en déficience auditive) et le centre hospitalier de réadaptation Villa Medica.

Cette sélection d'établissements comprend certains biais qui découlent de choix conscients visant l'optimisation du temps consacré à la recherche. En premier lieu, on y trouve presque exclusivement des centres de réadaptation spécialisés en déficience physique, par opposition, par exemple, à des centres hospitaliers de première ligne ou à des centres de réadaptation en déficience intellectuelle. La raison en est que les centres de réadaptation en déficience physique offrent de loin la plus grande concentration de professionnelles paramédicales et que c'est souvent dans ces centres que les pratiques les plus originales de celles-ci ont été le mieux déployées. Comme la plupart des professions étudiées ici le sont pour la première fois, ou presque, il semblait judicieux de s'attaquer en priorité au noyau de leur développement. Il importe aussi de garder en tête que les autres archives et périodiques consultés complètent assez largement le tableau par d'innombrables descriptions des situations prévalant en hôpital, en CLSC ou dans d'autres milieux de pratique.

En second lieu, les établissements visités sont concentrés dans les villes de Montréal et Québec. Là encore, il s'agit d'un choix : la pratique dans ces grands centres étant à la fois plus ancienne et plus concentrée, le rapport coûts / bénéfices militait en faveur de leurs fonds documentaires. Là aussi, les inconvénients de ce choix sont d'ailleurs atténués par l'étude d'autres sources et l'usage d'archives de deux centres de la périphérie de Montréal qui, tout particulièrement celui de Laurentides – Lanaudière, offrent tout de même des cas de centres régionaux⁶².

J'ai finalement utilisé les archives de certaines écoles universitaires, essentiellement de l'Université de Montréal. Ce dépouillement fort partiel n'avait

⁶² Dans tous les cas, il demeure vrai que des recherches plus poussées dans les établissements de villes régionales comme Sherbrooke, Gatineau et, peut-être surtout, Chicoutimi, présenteraient un grand intérêt pour le futur.

qu'un but indicatif; parce que l'université demeure un milieu distinct de la pratique et pourvu de son propre mouvement, et parce qu'une topographie des espaces disciplinaires de l'université requiert ses codes propres, j'ai préféré repousser au post-doctorat une étude réellement approfondie de la présence paramédicale dans les universités. Par ailleurs, mes choix théoriques et mon expérience de l'histoire de l'orthophonie suggéraient également de dresser un portrait de la pratique clinique avant de formuler des hypothèses sur les rapports entre les dynamiques propres à l'université et les histoires professionnelles. Ce choix d'aborder, à terme, les universités à partir d'une étude de la pratique, alors que l'inverse est plus répandu, me semblait aussi la voie à suivre pour accréditer l'idée que l'histoire de la pratique peut avoir sa densité propre.

Cela dit, il était évidemment hors de question de ne pas traiter du tout de la formation universitaire ou de la recherche, qui sont des piliers de toute profession. C'eut été s'imposer un angle mort trop important. C'est pourquoi, en plus de documenter l'émergence des différentes écoles de formation au Québec, j'ai approfondi le cas des de l'Université de Montréal en y compulsant les annuaires et les archives de l'École de réadaptation, de l'École d'orthophonie et d'audiologie, de l'École de service social et du département de psychologie. Sans donner prise à un réel portrait de l'activité universitaire, ce matériel a permis la reconstitution de l'évolution des curriculums et des effectifs professoraux, et a fourni quelques repères pour situer de manière indicative les relations changeantes des diverses professions avec leurs établissements de formation.

La structure de l'exposé

En excluant la présente introduction, cette thèse se divise en seize chapitres répartis en trois périodes chronologiques. Dans chaque période, des chapitres sont consacrés à chacune des trois grandes grappes de professions établies plus tôt, soit les professions de réadaptation physique (la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie), les professions psychosociales (la psychologie et

le travail social) et les professions d'appareillage (l'audioprothèse, l'audiologie et l'inhalothérapie). Le contexte de chaque période est également brossé par des chapitres décrivant l'évolution du réseau de la santé et des écoles de formation, ainsi que la transformation du régime professionnel québécois et des corporations qui défendent les intérêts paramédicaux.

L'étude d'une large palette de professions sert bien l'étude des rapports interprofessionnels, offre des occasions de comparaison et jette les bases d'une cartographie étendue du secteur paramédical. Elle permet aussi de jeter des regards multiples sur le fait professionnel et paramédical. Ainsi, l'histoire des professions de réadaptation physique met en valeur le poids de catégories très formalisées, ainsi que leur impact sur la division des tâches et l'évolution récente du réseau de la santé. Le cas des professions psychosociales, pour sa part, souligne les particularités du monde sanitaire et le mouvement de ses frontières. Enfin, les professions d'appareillage témoignent de la généralisation de l'idée professionnelle à une vaste gamme de groupes, et de la situation parfois ambiguë de certains acteurs à son contact.

Les trois périodes chronologiques, pour leur part, ont été découpées pour suivre le rythme des mutations institutionnelles du monde québécois de la santé, mutations que les trajectoires paramédicales tendent d'ailleurs à épouser fidèlement. La première période décrit les origines des groupes professionnels et du monde sanitaire québécois, depuis la fin du 19^e siècle mais surtout après la Seconde Guerre mondiale, jusqu'à la fin des années 1960. La seconde période court de 1970 à 1985 et met en scène des groupes paramédicaux arrivant à maturité dans ce qui, sous l'effet des grandes réformes publiques des années 1960 et 1970, se présente désormais comme le « réseau » québécois de la santé. Enfin, la troisième période couvre les années 1985-2005, pendant lesquelles le monde de la santé connaît des mutations à peine moins conséquentes que dans les années antérieures, et auxquelles les paramédicales s'insèrent avec agressivité.

PREMIÈRE PARTIE

DES PROFESSIONS EN ÉMERGENCE, 1940-1970

CHAPITRE 1

LE CONTEXTE SANITAIRE DE L'APRÈS-GUERRE

Les premières tâches d'ordre para- ou péri-médical ont été attribuées à des infirmières. Ce n'est qu'au milieu du siècle que l'implantation d'une nouvelle génération de médecins spécialistes précipite l'entrée en scène de professions paramédicales non infirmières. Cette arrivée des paramédicales survient dans un univers de la santé en pleine mutation : après un survol du contexte, on proposera une image préliminaire des territoires de la santé dans lesquels s'aventurent les paramédicales, en s'éclairant du cas de deux établissements phares de la réadaptation physique québécoise. Cette comparaison mettra en place les cadres des chapitres à venir et soulignera le poids de la présence de médecins spécialistes sur l'organisation du travail.

« Paramédicales » et médecins spécialistes

Dès la fin du 19^e siècle, de plus en plus de médecins hospitaliers, soucieux de professionnaliser la pratique des soins et d'asseoir leurs prérogatives, manifestent une volonté concertée de présider à la direction des services infirmiers et à la création d'écoles de « *nursing* ». Ce mouvement, amorcé au cours des années 1880 dans le milieu anglo-protestant, se fait jour, au Canada français, à l'hôpital Notre-Dame de

Montréal où les médecins fondent, en 1899, une école de gardes-malades. Ils y dispensent une formation essentiellement pratique qui laisse une grande place à l'apprentissage « sur le tas » et aux tâches d'intendance. Les futures infirmières apprennent à l'hôpital même leur métier de technicienne généraliste, dirigée par le « docteur » : aux yeux des médecins, la « professionnalisation » de ces femmes ne signifie donc pas qu'elles accèdent au statut de professionnelle, mais qu'elles apprennent à s'incorporer aux exigences d'un univers de travail régi par des médecins¹.

Durant les années 1910, l'apparition d'études supérieures « connexes au nursing » et la mobilité réduite des infirmières à l'intérieur de l'hôpital offrent les indices d'une complexification et d'une division accrue de leurs tâches, qui délimitent des champs d'intervention et de compétences précis. Nombre de secteurs tendent dès lors à s'autonomiser et on assiste à l'apparition du vocable « paramédical », qui désigne alors des infirmières spécialisées, assignées à des tâches spécifiques sous la direction d'un médecin. Ces tâches comprennent surtout la manipulation de machines de diagnostic ou la tenue des dispensaires. En 1938, à Notre-Dame, 18 infirmières sur 48 remplissent ainsi des tâches particulières, distinctes, selon les registres, des « soins généraux ». D'autre part, lentement, les infirmières spécialisées ou non s'approprient plus ou moins consciemment un certain nombre d'actes professionnels exercés jusque-là par des médecins, comme les prises de sang ou les injections intraveineuses².

Le travail d'infirmière, fortement encadré par les médecins, offre cependant peu d'opportunités d'autonomie et de véritable reconnaissance professionnelle.

¹ Peter Twohig, *Organizing the bench*, *op.cit.*; Yolande Cohen, « La contribution des Sœurs Grises... », *loc.cit.*, p.187-198, 211-216.

² *Ibid.*, p.195-205 Lucie Piché et Nadia Fahmy-Eid, *loc.cit.*, 375-376; Cynthia Toman, « 'Body Work' », *op.cit.*

L'expansion du domaine de la santé pousse donc, après 1914, les filières féminines d'emploi à s'élargir vers le développement de nouveaux secteurs, comme celui des « masseuses » thérapeutiques. Ces disciplines, dont les membres aspirent au statut de professionnel, émergent d'abord hors des murs de l'hôpital mais, à partir des années 1940, l'éclatement des connaissances et l'imposition du salariat favorisent une spécialisation accélérée de la main-d'œuvre soignante. La porte du monde hospitalier s'ouvre alors à ces nouveaux groupes auxquels se transpose définitivement l'épithète « paramédical ».

Si les hôpitaux, après 1940, doivent ainsi compter sur les services de nouveaux corps d'emploi, c'est que leur clientèle croît beaucoup et vite. Depuis les années 1920 et 1930, des régimes publics favorisent l'accès aux soins pour les nécessiteux ou les accidentés du travail, tandis que le retour à la prospérité après 1939 voit la pénétration accrue de l'assurance santé privée dans la classe moyenne. Les hôpitaux eux-mêmes, dont la construction est stimulée par le Plan national d'hygiène du gouvernement fédéral après 1948, se multiplient : de 79 en 1932, le nombre d'hôpitaux au Québec passe à 122 en 1955, puis à 187 en 1970, tandis que le nombre de lits par tranche de 1000 habitants passe de 2,4 à 5,2, puis à 6 durant cette période³. Enfin, en 1961, l'adhésion du Québec au programme fédéral d'assurance hospitalisation facilite l'accès des particuliers à l'hôpital en assurant la couverture publique d'une partie des coûts des soins qui y sont dispensés.

Pendant ces années, la médicalisation de l'accouchement et d'une multitude d'autres conditions, ainsi que la concentration de la population en milieu urbain, gonflent aussi la demande de soins hospitaliers. Au Québec, le taux annuel d'admissions à l'hôpital passe de 37,4 à 99,1 pour mille habitants entre 1932 et 1955;

³ Pierre Bergeron et France Gagnon, « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformation », V. Lemieux *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, PUL, 2003, p.16.

alors que 7,3 % des naissances et 21,2 % des décès avaient lieu à l'hôpital en 1931, ces taux s'élèvent respectivement à 92,3 % et 55,5 % en 1961, et continuent de progresser après la Révolution tranquille⁴.

Une autre facette de ce boom de la fréquentation hospitalière tient à ce que les médecins ont eux-mêmes accru leurs activités tenues à l'hôpital, délaissant progressivement la pratique en cabinet pour investir les hôpitaux. Ceux-ci leur donnent en effet accès à de multiples équipements, devenus trop onéreux pour la pratique de cabinet, ainsi qu'à une clientèle autrement plus massive et concentrée qui, conjuguée au progrès des sciences et des techniques, favorise le développement d'activités spécialisées comme la neurochirurgie ou l'otolaryngologie. Très vite, ces spécialités pèsent un poids croissant dans la pratique de la médecine : au Québec, alors que le nombre total de médecins connaît une hausse rapide, la part des spécialistes dans le corps médical passe de 22,5% en 1951, à 40% en 1961, puis à 54,4% en 1971⁵. Sources de prestige et de revenus, ces « services de spécialités » voient d'ailleurs leur multiplication encouragée par la plupart des administrations hospitalières⁶.

Or, les médecins spécialistes qui animent ces services n'ont pas besoin que d'équipement, mais aussi d'un personnel auxiliaire hautement spécialisé. Si certains

⁴ V. François Guérard, « Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 48, 3 (1995) : 379-385; Claudine Pierre-Deschênes, « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 (1981) : 382-384, 396; François Rousseau, *op.cit.*, p.211, 217, 266.

⁵ En fait, le renversement des proportions est tel que, de 1951 à 1971, le nombre de médecins généralistes décroît en nombres absolus alors même que l'effectif médical total grimpe de près de 30%. Le recul des omnipraticiens pousse ceux-ci à se réunir en 1962 dans la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour lutter contre l'érosion de leur statut professionnel. Gilles Dussault, « Les médecins au Québec (1940-1970) », *Recherches sociographiques*, 16, 1 (1975) : 70-73.

⁶ Pour l'exemple de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, v. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1943, p.30 ; 1960, p.63 ; 1961, p.27.

continuent à employer des infirmières, d'autres préfèrent embaucher dès les années 1940, les quelques « paramédicales » disponibles au Québec. L'émergence et la diffusion des professions paramédicales au Québec sont ainsi largement le fruit de cet appel de médecins spécialistes à les assister à l'hôpital. À leur appel, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes, orthophonistes et psychologues envahissent rapidement ces îlots de sécurité économique et de reconnaissance sociale que sont les hôpitaux. De 1953 à 1967, alors que le personnel hospitalier est multiplié par quatre, le nombre de représentantes des nouvelles disciplines se multiplie par huit, passant de 7% à 20% des salariés des hôpitaux publics; en guise d'exemple, le nombre de physiothérapeutes à l'emploi des hôpitaux publics passe de 38 à 361, dont plus de 90% de femmes⁷. Cela dit, avant 1970, leur poids relatif dans les effectifs de santé demeure modeste : en 1961, l'intégralité du personnel soignant non technicien, non infirmier et non médical ne représente pas plus de 800 personnes, soit à peine 2% de l'ensemble du personnel soignant des hôpitaux – les infirmières comptant pour 47% du personnel et les médecins, 15%⁸.

Pour les paramédicales, l'entrée dans le milieu hospitalier a aussi son prix, qui consiste à abdiquer leur autonomie professionnelle pour rejoindre, à titre d'auxiliaires, l'orbite de l'autorité médicale; plusieurs paramédicales cherchent d'ailleurs très tôt à étendre leur rayon d'action pour s'en affranchir. Pour saisir la nature de l'environnement d'accueil créé par les médecins spécialistes, qui ont aussi leur histoire, il vaut la peine de s'attarder au cas particulier de la spécialité médicale la plus déterminante dans la trajectoire des professions de réadaptation physique, soit la psychiatrie ou médecine physique.

⁷ Nadia Fahmy-Eid et Johanne Collin, *loc.cit.*, p.36-37; Nadia Fahmy-Eid et Aline Charles, *loc.cit.*, p.98.

⁸ Tiré de Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op.cit.*, p.41, 44.

La psychiatrie et la réadaptation physique

Au début de la Seconde Guerre mondiale, il existe déjà des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes au Québec et au Canada, surtout anglophones. Quelle que soit leur langue maternelle, elles demeurent cependant plutôt rares, principalement à cause, comme on le verra plus loin, de la quasi inexistence de programmes canadiens de formation. Dans le Québec de 1940, on ne compte ainsi que quelques dizaines de ces thérapeutes, majoritairement anglophones et concentrées à Montréal; parmi elles, on compte à peine une demi-douzaine d'orthophonistes, dont les plus visibles sont souvent autodidactes⁹.

Avant la Seconde Guerre mondiale, ces groupes évoluent par ailleurs dans des domaines relativement divergents qui ne présagent en rien une éventuelle rencontre sur le terrain de la réadaptation physique. Si les physiothérapeutes appartiennent déjà de plein droit au domaine sanitaire, le rapport à la santé des ergothérapeutes et orthophonistes paraît à l'époque bien indirect. C'est principalement à l'appel d'une catégorie particulière de médecins spécialistes, les psychiatres, que ces deux groupes canalisent leur pratique dans les établissements de soins, pour y rencontrer les physiothérapeutes aux carrefours de la réadaptation physique.

La psychiatrie, ou médecine physique, est une spécialité consacrée à la réadaptation des handicapés et qui émerge tout particulièrement à l'occasion de la Seconde Guerre mondiale. Les représentants de cette jeune discipline médicale entendent se distinguer de la médecine classique en aménageant la réadaptation des malades souffrant d'incapacité motrice, notamment les personnes paraplégiques ou hémiplegiques. Ils promeuvent pour ce faire une approche globale qui rassemble,

⁹ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, op.cit., p.21-24.

sous leur fêrule, plusieurs disciplines auxiliaires dont la physiothérapie, la fabrication d'orthèses et de prothèses, l'ergothérapie, l'orthophonie et le travail social¹⁰.

D'abord développée en Angleterre et aux États-Unis, la médecine physique vise d'abord le traitement des personnes amputées et connaît à l'occasion de la guerre un essor réel, quoique limité par le nombre de spécialistes. Au Canada, les premiers programmes complets de psychiatrie sont introduits dans des établissements relevant du ministère fédéral des Anciens combattants, qui crée au Québec deux hôpitaux destinés aux vétérans para- et quadraplégiques, l'un situé à Saint-Augustin-de-Desmaures, en banlieue de Québec, et l'autre à Sainte-Anne-de-Bellevue, près de Montréal¹¹.

L'un des principaux apôtres canadiens de la médecine physique est le Dr Gustave Gingras, ancien médecin militaire qui se méritera, par son infatigable travail de promotion et de pédagogie, une renommée internationale et qui joue un rôle clef dans l'émergence de la psychiatrie au Québec. Ayant notamment travaillé au Queen Mary's Veterans Hospital de Montréal, Gingras rassemble une équipe de fidèles collaborateurs, tous médecins, avec qui il entend instituer la pratique de la réadaptation au Québec et en étendre l'action aux populations civiles¹². Soutenu par des groupes philanthropiques comme le Rotary Club, il fonde, en 1949, l'Institut de réhabilitation de Montréal (IRM) dont il fait le principal lieu de formation en

¹⁰ Gustave Gingras, *Combats pour la survie*, Paris, Robert Laffont / Opera Mundi, 1975, p.119-121.

¹¹ Sur le rôle du ministère des Anciens combattants dans le développement de la spécialisation médicale et des liens entre les hôpitaux et les facultés universitaires de médecine au Canada, voir l'excellent texte de Mary Tremblay, « The Right to the Best Medical Care : Dr. W. P. Warner and the Canadian Department of Veteran Affairs, 1945-1955 », *Canadian Bulletin of Medicine History / Bulletin d'histoire de la médecine*, 15 (1998) : 3-25. Sur les hôpitaux du ministère au Québec, v. Montreal Rehabilitation Survey Committee, *Re-Establishment of Disabled Persons*, Montréal, Sun Life, décembre 1949, p.48, 133.

¹² V. *ibid.*, p.15.

physiatrie au Canada. Dès sa fondation, on trouve à l'Institut plusieurs physiothérapeutes, quelques « thérapeutes occupationnelles » et une orthophoniste : ces paramédicales, toutes des femmes, travaillent dans des équipes interdisciplinaires aux structures plutôt lâches, mais toujours soumises à l'autorité du psychiatre¹³.

Dans les années 1950, Gingras supervise de près ou de loin la création d'une bonne dizaine de services spécialisés dans des milieux aussi divers que l'hôpital Pasteur de Montréal, l'hôpital Notre-Dame de Montréal, le Jewish General Hospital, l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi, l'Hôtel-Dieu d'Alma, l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, l'hôpital Laval de Québec, la Clinique de réhabilitation de Québec et d'autres établissements où sont fondés des services de psychiatrie, souvent par des médecins eux-mêmes formés à l'IRM¹⁴. Ce rôle prééminent de Gingras et de l'Institut dans la diffusion de la psychiatrie au Québec assure la reproduction aux quatre coins de la province du modèle de pratique préconisé à l'IRM, y compris en ce qui concerne l'usage des paramédicales. Or, ce modèle, s'il ouvre bien les portes de l'hôpital à ces dernières, exige leur subordination au médecin, surtout de celles oeuvrant sur la réadaptation physique, secteur d'expertise privilégié du psychiatre. Selon les principes énoncés par Gingras, les physiothérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes ne doivent rencontrer les patients que sur prescription médicale et, dans le cas de la physiothérapie, sous la supervision du médecin¹⁵. À bien des reprises, Gingras exprime l'idée que les actes posés par les paramédicales constituent en fait un exercice de la médecine, propre au seul psychiatre qui ne fait que les

¹³ Danielle Choquette, *op.cit.*, p.16-39.

¹⁴ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1953, p.2; 1958, p.1, 9; 1959, p.8; 1960, p.17; 1963, p.27; v. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, dossier « Mémoire : Royal Commission on Health Services », Gustave Gingras *et al.*, *Brief on Physical Medicine and Rehabilitation prepared for the CMA (Quebec Division)*, décembre 1961, p.5.

¹⁵ *Ibid.*, p.2 ; Archives de l'Université de Montréal, boîte 5952, dossier : « Centre médical – École de réhabilitation », Gustave Gingras, « Aspect industriel de la réadaptation », mai 1962, 6p.

déléguer, et dont l'autorité doit recouvrir la totalité de ce « grand tout homogène », selon ses mots, qu'est la réadaptation physique¹⁶.

Cette représentation des paramédicales comme un prolongement du bras médical, un peu à l'instar des infirmières, résume bien l'esprit dans lequel ces médecins orientent la nouvelle pratique de ces professionnelles, mais aussi créent les programmes de formation qui doivent assurer leur pérennité.

La formation dans le sillage des médecins spécialistes

Dans les grands hôpitaux de Montréal, comme de Toronto d'ailleurs, l'expansion rapide de la physiothérapie suscite une demande aiguë d'auxiliaires paramédicales¹⁷. Des médecins proches des facultés universitaires entreprennent d'organiser la formation de ces auxiliaires. Bien que l'on y reviendra au chapitre suivant, il vaut la peine de dresser un portrait d'ensemble qui mette bien en relief le rôle des médecins spécialistes. En 1943, le physiatre Guy Fisk, du Montreal General Hospital, se fait ainsi l'instigateur de la création d'une école de physiothérapie à l'Université McGill, qui, en 1950, devient avec l'ajout de cours d'ergothérapie la School of Physiotherapy and Occupational Therapy dont Fisk assure la direction

¹⁶ Archives de l'Institut de réadaptation de Montréal, dossier « Gustave Gingras », Gustave Gingras, *La médecine physique et réadaptation*, IRM, Montréal, [1970-1973], 2p.; Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1960, p.5-6; 1969.

¹⁷ À Montréal en 1950, « We do not know of a single French-speaking physiotherapist with the qualifications of a university degree and three years' study », tandis que « at present, there is only one English-speaking speech therapist in the Province and no French-speaking ones », en réponse à quoi on lance déjà l'idée d'établir les programmes de formation appropriés à l'Université de Montréal. Malgré une situation matérielle détestable, la préoccupation la plus lancinante du document est la formation d'un personnel de réadaptation qualifié, prioritairement en physiothérapie, mais aussi en physiothérapie, ergothérapie et orthophonie, dont l'absence contrarie sérieusement le projet de reproduire au Canada une physiothérapie telle qu'elle se développe en Angleterre et aux USA. Royal Society for Cripples, *Rehabilitation Society for Cripples*, Montréal, Royal Society for Cripples, juin 1950, p.6-7.

jusqu'en 1974¹⁸. Du côté francophone, c'est Gustave Gingras lui-même qui met sur pied, en 1954, l'École de physiothérapie et de thérapie occupationnelle, sise au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal; en 1956, l'équipe du Dr Gingras y ajoute un programme parallèle d'« orthophonie et audiologie », le premier au Canada d'ailleurs, l'École prenant alors le nom d'École de réhabilitation de l'Université de Montréal (ÉRUM), que Gingras dirigera jusqu'en 1976. En 1963, l'Université McGill crée à son tour un programme anglophone d'orthophonie et d'audiologie, cette fois sous la direction de médecins otorhinolaryngologistes du Royal Victoria Hospital. Ce genre d'initiative médicale en matière de formation est enfin reproduit avec la création, en 1964-1965, de l'École de réhabilitation de l'Université Laval, à Québec, avec l'apport du personnel de l'ÉRUM : cette école, qui offre un diplôme en physiothérapie auquel s'ajoute un programme d'ergothérapie en 1968, sera elle aussi dirigée par un médecin jusqu'en 1974¹⁹.

À leur création, ces écoles ont pour fonction d'offrir une certaine stabilité aux médecins des établissements de réadaptation en matière de main-d'œuvre auxiliaire. L'IRM qui, au début des années 1950, peinait à s'assurer les services d'une poignée de thérapeutes, peut ainsi compter, dès 1962, sur les services de 14 physiothérapeutes, 6 ergothérapeutes et 3 orthophonistes. Aux yeux des fondateurs, ces écoles jouent d'ailleurs d'abord et avant tout ce rôle de pépinières d'auxiliaires réclamées par les physiatres. À ce titre, la formation témoigne de l'idée que se font les physiatres du rôle des paramédicales : un rôle d'auxiliaire, justement, qui, dépourvue de rôle décisionnel, ne nécessite pas un degré important de spécialisation ou de formation théorique, et dont l'horizon s'arrête aux frontières de la médecine générale. À

¹⁸ Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op.cit.*, p.100-106. À l'Université de Toronto, les programmes d'ergothérapie et de physiothérapie, jusque là sous la direction conjointe d'associations professionnelles et du Department of University Extension de l'institution, sont rattachés en 1950 à la Faculté de médecine qui les fusionnent en un seul diplôme conjoint auquel « on ajoute davantage de cours à contenu médical », François Hudon, *op.cit.*, p.24-28.

¹⁹ *Ibid.*, p.62, 74.

l'ÉRUM, les programmes se composent en plus grande part d'un tronc commun d'enseignement médical de base (anatomie et pathologie générales, mais aussi chimie et histologie) assuré par des médecins, et consacrent peu de temps aux savoirs théoriques propres à chaque discipline. Dans le programme d'orthophonie de 1956, par exemple, qui s'étend sur deux années, les rudiments de médecine générale occupent 50% des heures de cours, tandis que les cours spécifiques à l'orthophonie, comme l'étude du bégaiement, n'occupent que 26% des heures de cours²⁰. La situation est similaire dans le programme conjoint de physiothérapie et de thérapie occupationnelle où la part des cours spécialisés varie de 21 à 26% selon les années et le profil choisi par l'étudiante²¹.

Mal pourvu en ancrages théoriques autonomes, l'apprentissage du métier passe donc surtout par les stages : à l'ÉRUM, même en faisant abstraction des internats qui couronnent la formation, ceux-ci occupent de 50 à 66% des programmes de chaque discipline entre 1954 et 1966. Lieu d'apprentissage de premier ordre, le stage, lorsqu'il est intensif et détaché de tout socle théorique autonome, n'en consolide pas moins le statut strictement technique de pratiques transmises, sous la supervision des médecins hospitaliers, comme un simple chirurgien de la psychiatrie.

Il est utile de souligner ces contraintes car plusieurs paramédicales s'en montrent elles-mêmes fort insatisfaites. On assiste même à des conflits ouverts : en 1961, l'orthophoniste Germaine Huot est congédiée par le Dr Gingras pour avoir enrôlé ses étudiantes dans la formulation de revendications pour un enseignement

²⁰ Julien Prud'homme, « La formation universitaire... », *op.cit.*, p.337-339.

²¹ Annuaire de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1956.

plus spécialisé, une situation qui se répète en 1966 tandis que des départs en ergothérapie surviennent aussi à l'ÉRUM à la même époque²².

On constate aussi des divergences entre paramédicales et médecins sur le terrain de la pratique clinique. Pour qualifier ces conflits, il est intéressant de comparer les usages dans différents centres, d'autant que les physiatres, quoique dominants, n'ont pas le monopole de la réadaptation physique. À Montréal même, à côté d'un IRM fortement médicalisé, on trouve bientôt un autre établissement où la prise médicale se fait moins prégnante, et où éclot, au moins brièvement, un modèle parallèle de pratique de la réadaptation physique : il s'agit de l'Occupational Therapy and Rehabilitation Center (OTRC), entré en opération en 1951. La comparaison entre ces deux établissements offrira un portrait préliminaire de la réadaptation physique dans le Montréal d'après-guerre, servant de mise en bouche en montrant concrètement comment les paramédicales aménagent différemment leur pratique selon la présence ou non d'une autorité médicale directe et comment seront abordées ces questions dans les chapitres à venir.

Deux cas de figure

L'émergence de petits centres de réadaptation comme l'IRM ou l'OTRC s'inscrit dans un contexte où l'offre sanitaire est modelée par deux tendances décisives : l'explosion du nombre de lits hospitaliers soutenue par la demande générale et les soutiens divers de l'État, et l'arrivée sur le marché d'une multitude de petits hôpitaux privés et de ces nouveaux acteurs que sont les assureurs, privés mais

²² Pour le détail des tensions entre médecins et orthophonistes à l'ÉRUM de 1956 à 1976, v. Julien Prud'homme, « La formation universitaire... », *op.cit.*

aussi publics comme la Commission des accidents de travail, créée en 1928²³. Ces assureurs, qui ont tout intérêt à accélérer le retour au travail de « leurs » patients, se montrent ouverts à toute initiative de réinsertion sociale et surtout économique des malades et des handicapés. Cette préoccupation est partagée par divers organismes charitables pour des raisons morales, mais aussi financières dans la mesure où ces œuvres assument elles aussi les coûts de l'entretien des malades ou accidentés rendus inactifs.

C'est en faisant miroiter cet objectif d'insertion à l'emploi que le Dr Gingras se gagne les soutiens philanthropiques nécessaires à la mise sur pied de l'IRM qui naît en fait, en 1949, sous l'appellation de Rehabilitation Society for Crippled, ne prenant le nom d'« Institut » qu'en 1954²⁴. L'« approche globale » des physiatres a alors pour signification d'intégrer au territoire médical les activités de remise à l'emploi des handicapés²⁵.

En parallèle, un autre projet de réadaptation naît en quelque sorte du cheminement inverse, c'est-à-dire de l'ajout ou de l'attribution d'un rôle sanitaire à des activités déjà existantes de remise à l'emploi des inactifs. Cette vision émerge d'un centre montréalais d'abord nommé l'Occupational Therapy Center, un « atelier protégé » destiné à l'emploi supervisé d'handicapés, créé en 1937 par la fusion de l'Industrial Institute for Epileptics et de la section de thérapie occupationnelle du Victorian Order of Nurses. Vers 1946, des thérapeutes occupationnelles comme

²³ Aline Charles, François Guérard et Yvan Rousseau, « L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec, 1939-1960 », *Études d'histoire religieuse*, 69 (2003) : 33-34, 47; Michelle Comeau, *Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française de 1930 à 1950*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1989, p.44-45.

²⁴ Lorsque l'épidémie de poliomyélite sert de tremplin à de premières activités de recherche. Institut de réadaptation de Montréal, *Orientations 1991-1995*, Montréal, IRM, 1991, p.2.

²⁵ Montreal Rehabilitation Survey Committee, *Re-Establishment of Disabled Persons*, Montréal, Sun Life, décembre 1949, p.5, 19, 24. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1962, p.21.

Constance Lethbridge et Joan Hosack²⁶, soutenues par l'éminent médecin John C. Meakins, à la fois le doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill et haut représentant du ministère des Anciens combattants, soumettent au Montreal Council of Social Agencies le projet d'étendre le mandat du centre à la réadaptation globale des handicapés civils. Après une vaste consultation, le conseil accepte le projet qui, en 1951, mène à la création de l'Occupational Therapy and Rehabilitation Center (OTRC). Pourvu d'un mandat qui ajoute des interventions « physiques, mentales et psychosociales » à ses visées classiques d'employabilité, le centre se dote de nouveaux équipements, de nouvelles méthodes d'opération et, surtout, de nouvelles professionnelles : dès 1952, le Centre emploie une équipe comptant deux thérapeutes occupationnelles, deux physiothérapeutes et une orthophoniste. Signe d'un modèle d'organisation différent de l'IRM, la direction exécutive du centre revient non à un médecin mais à l'instigatrice du projet, Constance Lethbridge²⁷.

Les différences entre l'IRM et l'OTRC se manifestent de multiples manières. Sur le plan du financement, par exemple, l'IRM mise très vite sur le développement d'activités de recherche en collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, tandis que la direction de l'OTRC mise plutôt sur la charité des philanthropes et des agences sociales, un trait cependant atténué par l'obtention de financement par l'assurance hospitalisation après 1961²⁸. Les sources de référence de

²⁶ Devenue Joan Bernd, Hossack jouera plus tard un rôle important à la Canadian Association of Occupational Therapy.

²⁷ En 1968, le centre prend d'ailleurs le nom de Centre de réadaptation Lethbridge, puis Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.i, 1-2, 6 ; 1955, p.22 ; 1961, p.12-13; 1963, p.8-9. Sur la démarche du Montreal Council of Social Agencies, voir Montreal Rehabilitation Survey Committee, *Re-Establishment of Disabled Persons*, Montréal, Sun Life, décembre 1949, 146p.

²⁸ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1951, p.i, 1, 8-10; 1952, p.1-3, 7; 1953, p.6; 1955, p.18-21; 1956, p.7; 1958, p.1-3; 1959, p.3, 7; 1961, p.2; 1963, p.3; Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1960, p.iv, 5; 1961, p.v, 14; 1968, p.3; 1969, p.4 ; 1972, p.3.

la clientèle sont également différentes. Alors que l'achalandage des deux établissements augmente rapidement, la majorité des patients de l'IRM vient des cabinets de médecins, dont la part de références monte de 52 à 63% entre 1954 et 1971, tandis que l'OTRC accueille surtout des clients référés par des hôpitaux et, dans la première moitié des années 1960, de la Commission des accidents de travail qui lui réfère alors plusieurs centaines de cas par année²⁹.

Ces différences, entre un institut fermement ancré dans l'espace médical³⁰ et un centre qui cherche plutôt sa voie depuis l'espace institutionnel de l'assistance sociale, se révèlent aussi dans l'organisation du travail clinique et la place qu'y occupent les paramédicales. Le partage des tâches d'évaluation est fort évocateur. À l'OTRC, en 1955-1956, le nombre d'évaluations réalisées par des physiothérapeutes correspond à 48% du nombre total de patients admis, et à 37,5% chez les ergothérapeutes; les paramédicales de l'OTRC réalisent donc l'évaluation de près de la moitié de l'ensemble des patients de l'établissement. Par contraste, à l'IRM en 1963-1965, le nombre d'évaluations réalisées par des physiothérapeutes ne correspond qu'à 2%, non de la totalité de la clientèle de l'établissement mais seulement des patients rencontrés au service même de physiothérapie; en ergothérapie, le même taux ne s'élève qu'à 9%³¹.

²⁹ L'IRM passe de moins de 300 cas actifs en 1951 à près de 2700 en 1959, puis se stabilise à environ 2800 à la fin des années 1960; l'OTRC, plus modeste, passe d'une centaine de cas rencontrés en 1952 à 800 en 1957, pour ensuite voir sa clientèle exploser à 1300 et même 1600 cas par an entre 1959 et 1966, avant de revenir à un flux plus régulier compris entre 800 et 1200 cas annuels à la fin des années 1960. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1951 à 1970; Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951-1970.

³⁰ Gingras, en plus d'entretenir des contacts réguliers avec des représentants du ministère de la Santé, remplira d'ailleurs l'office de président de l'Association des hôpitaux de la province de Québec en 1963, puis de président du Collège des médecins de 1966 à 1972.

³¹ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1963-1965, Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1955-1956.

Bien que partiels, ces chiffres justifient un regard plus attentif sur le contenu des pratiques cliniques. À des fins exploratoires, prenons ici le cas des pratiques relatives aux clientèles atteintes de formes diverses de paralysie, une population importante à l'IRM comme à l'OTRC.

Les pratiques cliniques à l'IRM : le cas de la clientèle paralytique

À l'IRM, les médecins sont responsables de l'admission, de l'évaluation puis de la réévaluation périodique des besoins de chaque patient. Comme le répète, en 1962, le bras droit de Gingras, c'est l'évaluation médicale qui détermine la référence à tel ou tel service de l'Institut³². Si les physiatres, par des échanges de bons procédés, offrent un accès assez libéral à leur clientèle aux médecins d'autres spécialités, qui trouvent à l'Institut de quoi diversifier leurs propres pratiques³³, ils concentrent cependant le travail des paramédicales autour d'un nombre limité de clientèles, en l'occurrence les cas de prédilection de la médecine physique sur lesquels les physiatres gardent le contrôle le plus étroit.

Dans les années d'après-guerre, cette population se compose principalement d'adultes limités sur le plan moteur par des atteintes dites neurologiques, comme des blessures à la moelle épinière (ou « blessures médullaires ») entraînant des para- ou quadruplégies, ou encore des cas d'hémiplégies consécutifs à des « attaques », ou accidents cérébro-vasculaires (ACV). Ces clientèles adultes ont en commun d'exiger des paramédicales des interventions intensives et parfois répétitives à des fins d'entraînement, requérant peu d'évaluations et visant le rétablissement de fonctions

³² Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1953, p.6; 1954; 1960, p.1, 9, 1962, p.21, 25; 1963, p.21; 1964, p.20; 1969, p.14.

³³ Notamment des psychiatres et des orthopédistes. *Ibid.*, 1958, p.7; 1961, p.2, 7; 1962, p.13, 49; 1963, p.19-20, 26-30, 38; 1964, p.27-29, 52; 1967, p.6.

proprement physiques, le tout à une certaine proximité du médecin. Le service destiné aux paraplégiques, par exemple, occupe huit physiothérapeutes et cinq ergothérapeutes sous la supervision de quatre médecins, un ratio assez élevé, et prévoit des soins paramédicaux très intensifs, soit de trois à quatre traitements quotidiens par patient³⁴.

Le cas de la clientèle hémiplegique est intéressant, car les séquelles possibles d'un ACV sont variables et peuvent donc, en principe, donner lieu à une vaste gamme d'interventions. Le fait que les physiatres décident au préalable de la référence ou non des patients aux divers services prend alors toute son importance car, de 1963 à 1973, environ 30% des hémiplegiques de l'IRM ne sont jamais référés aux paramédicales³⁵. Dans le cas des patients référés, le moment du congé dépend encore du médecin dont les critères d'évaluation peuvent diverger de l'opinion des paramédicales : les balises fixées en termes d'employabilité par la direction médicale peuvent, par exemple, ne pas rejoindre celles du service de physiothérapie, qui préfère mesurer le succès d'une intervention en termes d'amélioration de la marche ou de l'équilibre selon une échelle développée par les thérapeutes du service³⁶.

La situation des orthophonistes auprès des hémiplegiques « aphasiques », l'essentiel de leur clientèle, est particulièrement ambiguë. En effet, la notion d'« aphasie », qui désigne la majorité des problèmes de langage chez cette clientèle, prend à l'IRM un sens relativement étroit pour l'époque. Limitée, dans les écrits de l'Institut, à des problèmes moteurs liés à l'articulation et associés à la dysarthrie ou à la paralysie faciale, elle ne s'étend par contre pas de manière nette aux troubles

³⁴ Il en est d'ailleurs à peu près de même auprès de la clientèle amputée. *Ibid.*, 1964, p.44-45; 1970, p.7; Archives de l'Institut de réadaptation de Montréal, dossier « CH Reine-Marie », Centre des paraplégiques de Montréal, *Le Centre des paraplégiques de Montréal*, Montréal, Queen Mary Veterans' Hospital, avril 1970, p.3-4.

³⁵ Katherine Ladd, *Rehabilitation of Hemiplegia*, Montréal, IRM, 1977, p.2, 35.

³⁶ *Ibid.*, p.1-3, 6.

d'accès lexical ou de syntaxe, qui débordent la compétence du physiatre et sur lesquels l'orthophoniste aurait donc toute autorité. Fondue aux troubles physiques proches du secteur d'autorité du physiatre, l'aphasie, telle que définie par les physiatres, entraîne dans ce contexte la prescription médicale, comme en physiothérapie, de traitements encore très intensifs (un à deux traitements journaliers par patient) à un nombre réduit de patients, principalement à des fins d'entraînement³⁷.

Cette situation ne satisfait pas toutes les orthophonistes en place. J'ai décrit ailleurs³⁸ comment la première responsable de l'orthophonie à l'IRM, Germaine Huot avait entrepris, en 1957, de diversifier la clientèle en envoyant ses stagiaires de l'ÉRUM exécuter des dépistages dans les écoles primaires de la région. Cette entreprise n'entre pas dans les vues médicales car, après le congédiement de Huot en 1961, la direction de l'IRM resserre la pratique orthophonique autour des adultes aphasiques et interrompt temporairement les traitements aux jeunes bègues lancés en 1957. En 1963-1964, la direction étouffe à nouveau une initiative de l'époque Huot : les orthophonistes avaient commencé à faire accepter en nombre croissant des cas anatomiques mais non moteurs, souvent des enfants référés par des chirurgiens ou des oto-rhino-laryngologistes. Le bureau médical, qui s'oppose à ces diversions, exige clairement que « le service d'orthophonie consacre *de nouveau* la majorité de ses efforts au traitement des patients présentant une pathologie *concomitante à un handicap moteur* » à l'exclusion toute particulière des « cas de bégaiement, dysphonie fonctionnelle, déglutition infantile, fissure palatine et bec-de-lièvre, de même que les enfants présentant des troubles du langage ou de l'articulation à l'état

³⁷ *Ibid.*, p. xlvii-xlviii, 25-26, 57; Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1953, p.8; 1964, p.72.

³⁸ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes...*, *op.cit.*, p.43-45 ; *Histoire de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, 1956-2002*, Montréal, CIRST, 2006, p.23-24.

isolé³⁹ ». En 1965, les physiatres ayant rétabli leur autorité, les aphasiques et autres problèmes dysarthriques représentent à nouveau la « presque totalité » de la clientèle en orthophonie⁴⁰.

Cette prédilection pour les enfants, dans un milieu où les médecins s'intéressent d'abord aux adultes, n'est pas propre aux orthophonistes; en 1953, le service d'ergothérapie de l'IRM avait d'ailleurs été ouvert par une thérapeute de l'hôpital Pasteur qui, avant d'être réaffectée à la demande de Gingras, se consacrait déjà à des cas d'enfants. L'intérêt des paramédicales pour les enfants est parfois favorisé par certains choix de l'IRM lui-même : à l'occasion de l'épidémie de poliomyélite de 1954, puis du terrible épisode de la thalidomide en 1962⁴¹, l'IRM convainc l'État provincial de lui confier des subsides d'urgence pour accueillir un grand nombre de jeunes enfants souffrant de problèmes moteurs divers, largement référés aux bons soins des paramédicales. Cette nouvelle population justifie des expérimentations qui étendent le champ d'action de celles-ci. En 1963-1964, la présence d'enfants de la thalidomide entraîne ainsi au service d'ergothérapie la mise sur pied, tour à tour, d'une section consacrée aux « activités domestiques et soins des enfants », d'un entraînement à l'usage de prothèses adaptées et d'équipements de jeu, des innovations notables pour ce service dont la principale composante spécialisée jusque là concerne la fabrication de petites orthèses. À terme, certaines activités de

³⁹ Mes italiques. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1964, 72, v. 1962, p.55, 1963, p.68.

⁴⁰ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1965.

⁴¹ Un médicament à l'attention des mères avait alors provoqué la naissance de milliers d'enfants souffrant de difformités dans l'ensemble du monde occidental, dont plusieurs centaines de cas au Québec.

groupe à visées thérapeutiques d'abord organisées à l'attention de ces enfants sont même réintroduites auprès de la clientèle plus classique des hémiplegiques adultes⁴².

Ces épisodes d'admission massive d'enfants demeurent cependant ponctuels. Bien que les fonds spéciaux consentis par l'État contribuent au décollage de l'IRM, il reste que le contact avec une population infantile reste pour les physiatres d'alors moins naturel que la réadaptation adulte telle que développée pendant la guerre. Leur autorité sur cette clientèle est aussi moins sûre : en 1964, l'établissement de relations avec l'hôpital Sainte-Justine pour enfants nécessite ainsi plusieurs clarifications entre les physiatres de l'IRM et le personnel de Sainte-Justine, un problème pourtant assez rare pour l'Institut. Dès 1965, la direction de l'Institut entend se recentrer autour de projets à l'attention de ses clientèles traditionnelles, notamment des paraplégiques⁴³.

Les pratiques cliniques à l'OTRC : des paramédicales sans médecins

Pour voir le jour, l'OTRC a dû convaincre ses bailleurs de fonds qu'il visait essentiellement la réinsertion au travail des handicapés. Devant les assemblées annuelles et les parterres de philanthropes, Constance Lethbridge met constamment de l'avant les cas concrets mais exemplaires de patients, comme Mme T. ou le petit

⁴² Le scénario d'une extension des activités paramédicales auprès de la clientèle infantile est d'ailleurs aussi visible chez les psychologues de l'Institut, à qui le travail auprès des enfants permet de déborder leurs tâches courantes d'évaluation de l'employabilité pour endosser un rôle plus thérapeutique. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1953, p.7; 1958, p.4; 1959, p.4; 1960, p.11; 1963, p.33, 39-43; 1964, 9-10, 37-39, 54; 1969; 1970, p.7; 1974; 1977.

⁴³ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1962, p.11-13, 22; 1963, p.20; 1964, p.25; 1965; 1969, p.1; 1970, 1; 1977; Institut de réadaptation de Montréal, *Orientations 1991-1995*, Montréal, IRM, 1991, p.2; Archives de l'Institut de réadaptation de Montréal, dossier « CH Reine-Marie », Lettre de M. Dubé à M. Foster, 11 juillet 1972, et Centre des paraplégiques de Montréal, *op.cit.*, p.3.

Jimmy, à qui le Centre a permis de revenir à l'emploi⁴⁴. En promettant des retours au travail, Lethbridge attire d'ailleurs non seulement des fonds mais aussi la référence de nombreux cas en provenance des agences sociales ou de la Commission des accidents de travail. Cela dit, bien qu'il compte des ateliers de charpenterie et de couture, l'OTRC se distingue des ateliers protégés existants en ce que le produit fini du travail effectué aux ateliers ne constitue par un objectif en soi mais une modalité de réentraînement, ce qui qualifie le Centre comme un établissement de soins⁴⁵.

Dans les faits, Lethbridge et son équipe caressent des visées thérapeutiques plus larges, qui débordent la seule employabilité. À titre de non médecins, et comme leurs soutiens n'appartiennent pas au monde de la santé, elles demeurent cependant circonspectes devant leurs bailleurs de fonds pour qui le retour à l'emploi reste la principale préoccupation. Elles n'en commencent pas moins un travail de pédagogie auprès des philanthropes, faisant progresser l'idée que « there are some patients for whom job placement is not the goal of treatment » et que « we feel that assisting people back to their maximum physical usefulness is just as exciting⁴⁶ ». Progressivement, on présente comme des succès la réadaptation de patients demeurés non employables mais ayant « achieved their maximum physical capabilities⁴⁷ », diffusant ainsi l'idée d'une pratique qui outrepassé la seule employabilité.

⁴⁴ Les cas bénéficiant d'un cours professionnel semblent très surreprésentés dans les exemples donnés par Lethbridge à son assemblée de bienfaiteurs, où, après l'évocation de quelques cas exemplaires, elle fait ensuite seulement état de « seven other of our rehabilitants... taking various courses », rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1956, p.5; 1951, p.1-3; 1952, p.9; 1954, p.3.

⁴⁵ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.3-5; 1955, p.16-17; 1956, p.1; 1957, p.3-4; 1958, p.4-5; 1959, p.6; 1960, p.5; 1961, p.5-6; 1962, p.4; 1963, p.4; 1965, p.9.

⁴⁶ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.i; 1952, p.5, 13; 1954, p.5-7; 1955, p.19-20; 1956, p.7; 1959, p.7-10.

⁴⁷ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1958, p.4.

Sur le terrain, les ergothérapeutes et physiothérapeutes à la tête de l'OTRC créent, dès 1958, de nouveaux services dont l'objet n'est pas le retour à l'emploi. De 1958 à 1964, une clinique de soir assure ainsi le suivi d'anciens patients revenus en emploi de manière satisfaisante mais qu'on veut tout de même suivre en ergothérapie, physiothérapie et orthophonie pour leur permettre d'atteindre un « maximum peak of physical efficiency⁴⁸ ». Un nouveau service à domicile, dirigé par une physiothérapeute, donne aussi accès à de nouvelles clientèles sanitaires de paralysie cérébrale et de sclérose en plaque, référés par les infirmières visiteuses du Victorian Order of Nurses et de la Société des infirmières visiteuses. Très vite, ce service sert aussi de corridor de références de divers hôpitaux vers le Centre, surtout après l'arrivée de l'assurance hospitalisation. Ce service assure la multiplication mais aussi, et surtout, la diversification de la clientèle référée aux paramédicales de l'OTRC, et bien qu'il entraîne, après 1960, l'apparition de listes d'attente et un épuisant surcroît de travail, Lethbridge et son équipe en défendent avec énergie le maintien et le développement⁴⁹. En 1970, la vocation proprement sanitaire du Centre paraît devenue évidente alors qu'une successeure de Lethbridge, une physiothérapeute, annonce que « notre objectif... est de devenir un organisme de réadaptation encore plus complet » afin de « traiter les infirmités mentales aussi bien que physiques [et] la population âgée⁵⁰ ».

Ce virage progressif de l'OTRC vers des visées uniquement sanitaires témoigne de la capacité des paramédicales du Centre à faire évoluer leur pratique en

⁴⁸ En 1962, 25% des patients vus de soir sont retournés en clinique de jour pour des traitements d'appoint, insérant ces objectifs extra-vocationnels dans la pratique courante; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1956, p.7; 1957, p.3-6; 1958, p.1; 1959, p.8; 1960, p.2; 1962, p.2; 1963, p.3.

⁴⁹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1958, p. 6-7; 1959, p.8-10, 1961, p.iv, 1, 3, 8; 1962, p.ii, 1-2; 1963, p.3; 1968, 5-6; 1969, p.1.

⁵⁰ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1970, p.4, 1971, p.5-6; 1972, p.4-5.

sélectionnant leurs clientèles et leurs objectifs. En l'occurrence, le fait d'avoir initialement transformé l'atelier protégé de l'OTC en centre de réadaptation, puis d'avoir assuré la sanitariséation du nouvel OTRC, permet aux paramédicales de s'octroyer des tâches qui mettent mieux en valeur leurs compétences de thérapeutes que les tâches plus classiques de réentraînement à l'emploi, courantes à la même époque dans d'autres établissements voués à l'employabilité⁵¹.

En contrôle des filières de référence de l'OTRC, les paramédicales y rencontrent aussi une clientèle plus diversifiée que leurs consœurs employées en psychiatrie. Dès sa première année d'existence, les thérapeutes du Centre disent avoir vu « quelques 38 différents types de handicaps » découlant d'accidents ou de maladies, mais aussi de « désordres émotionnels⁵² ». La variété des cas admis par les paramédicales s'accompagne d'une gamme plus large de modalités d'interventions : paralysés cérébraux à qui les ergothérapeutes apprennent à utiliser les transports publics, une jeune sourde à qui l'orthophoniste enseigne la lecture sur les lèvres, tuberculeux usés par une longue hospitalisation et sortis de leur prostration par l'usage ciblé de la musique ou de l'artisanat en ergothérapie... Le travail d'équipe des paramédicales donne parfois aux unes l'accès aux patients des autres qu'elles n'auraient pas vus ailleurs, comme des cas d'arthrite ou d'« atrophie musculaire » qui ne sont vus dans les hôpitaux qu'en physiothérapie mais qui, au Centre, rencontrent aussi l'ergothérapeute. Enfin, même auprès des clientèles plus classiques de paraplégiques ou d'hémiplégiques, les physiothérapeutes et les orthophonistes formulent elles-mêmes leurs objectifs et, maîtresses des congés, peuvent plus à loisir

⁵¹ En guise d'exemple, un service similaire créé à l'hôpital des Laurentides en 1963 et visant l'employabilité des patients est dirigé par un ingénieur et se compose d'infirmières plutôt que d'ergothérapeutes, Maurice Girard, « Entraînement socioprofessionnel : hôpital des Laurentides », *Le malade mental, le travail et la société*, Saint-Jean-de-Dieu, Montréal, 1967, p.25-33; Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.2 ; 1952, p.4.

⁵² Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.i, 2; 1954, p.1; 1957, p.2.

décrire leur pratique comme des « processus continus » exigeant plus de temps qu'ailleurs⁵³.

Cette latitude dans le choix des patients et des modalités d'intervention est rendue possible par une organisation du travail où les paramédicales elles-mêmes, et non des médecins, tiennent le haut du pavé. Lorsque la direction du Centre oriente son action vers les clientèles sanitaires, elle s'adresse d'ailleurs en priorité à des acteurs non médicaux pour en obtenir des références, par exemple des travailleuses sociales, des infirmières visiteuses et des associations de patients⁵⁴.

Il reste qu'en s'insérant dans les territoires sanitaires, tout particulièrement en acceptant des patients venus d'hôpitaux, le Centre rend inévitable le contact avec l'autorité médicale. Un premier souci est d'éviter de se poser en concurrent : année après année, Lethbridge réitère l'engagement de l'OTRC à attendre l'autorisation du médecin traitant et à garder celui-ci au courant des traitements mis en œuvre⁵⁵. Ces accommodements n'ont cependant guère d'incidence immédiate sur l'action thérapeutique et, de 1951 à 1958, chaque patient fait l'objet, dès son admission, d'une évaluation complète des représentantes de chaque profession⁵⁶. À la fin de la décennie, toutefois, la présence de l'autorité médicale se fait brusquement plus

⁵³ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.4; 1952, p.8-9; 1954, p.6; 1955, p.15-16; 1956, p.4-5; 1959, p.10.

⁵⁴ Œuvrant dans les domaines de la paralysie cérébrale, de la sclérose en plaques, de l'épilepsie ou de l'enfance handicapée. Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.3; 1952, p.10; 1954, p.8; 1955, p.10-11, 19; 1956, p.6; 1957, p.5; 1959, p.6-7.

⁵⁵ Elle doit aussi assurer de manière répétée que le Centre se limitera à la clientèle adulte afin de ne pas concurrencer les services existants à l'hôpital Sainte-Justine et au Montreal Children's Hospital, rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.2; 1952, p.4-5, 16; 1953, p.3; 1954, p.3-4, 1955, p.12, 17; 1958, p.6; 1960, p.1; 1964, p.3. Il s'agit d'un enjeu sensible car, dans l'après-guerre, les hôpitaux souffrent particulièrement de la compétition des cabinets et petits hôpitaux privés qui se multiplient depuis 1940, Aline Charles, François Guérard et Yvan Rousseau, *op.cit.*, p.33-34.

⁵⁶ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1952, p.5; 1958, 8.

concrète avec l'arrivée, malgré Lethbridge, d'un médecin physiatre au sein de l'OTRC.

On compte en fait un médecin dans l'équipe du Centre dès 1954 : il s'agit alors d'un omnipraticien embauché pour réaliser certaines évaluations spécifiques et servir de liaison avec les médecins traitants, et son influence sur les activités courantes semble limitée. Malgré cela, sa présence n'est pas le fait de Lethbridge⁵⁷ mais du conseil d'administration de l'OTRC, et plus précisément du comité médical consultatif qui, en vertu des statuts du Centre, conseille les administrateurs et sur lequel siège notamment l'influent physiatre Guy Fisk. En 1957, le conseil d'administration annonce qu'il projette, à la suggestion du comité médical, l'embauche d'un médecin physiatre, malgré les réserves de Lethbridge qui affirme que l'OTRC remplit déjà parfaitement ses obligations et préférerait que la responsabilité médicale des cas demeure entre les mains, plus éloignées, des médecins référents des hôpitaux ou des cabinets. Passant outre ces réticences, le comité médical confirme, en 1958, l'embauche du physiatre britannique K. A. Sowden, qui travaillera aussi en parallèle au Royal Victoria Hospital et à la Faculté de médecine de l'Université McGill, soit la sphère d'influence naturelle du Dr Fisk⁵⁸.

L'arrivée du nouveau physiatre a, selon les mots de Lethbridge, « a marked impact on the entire program⁵⁹ ». En 1959, le rapport annuel du Centre décrit un nouveau mode d'opération dans lequel, pour la première fois, « the focus of treatment is determined by the medical department », le patient n'étant qu'ensuite « assigné » aux autres professionnelles dont le rôle a déjà été défini par le physiatre Sowden qui

⁵⁷ Celle-ci émet au contraire la crainte devant le conseil que la présence de médecins sur le plancher de l'OTRC ne refroidisse l'enthousiasme des médecins référents, rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1957, p.6.

⁵⁸ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1954, p.3, 6; 1955, p.1; 1957, p.3-6; 1958, p.1.

⁵⁹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1958, p.5.

spécifie dorénavant, entre autres choses, la fréquence de chaque traitement et le moment des congés⁶⁰. Dans les années qui suivent, cette nouvelle prise médicale, qui rapproche l'OTRC du modèle psychiatrique, est affirmée par l'arrivée de deux autres psychiatres auxquels s'ajoute un consultant en psychiatrie⁶¹.

Les rapports annuels de cette époque sont aussi les premiers à laisser filtrer des allusions à une coopération interprofessionnelle difficile, signe que les paramédicales en place n'accueillent pas toutes de bonne grâce l'évolution de leur pratique. Dès 1958, tant Lethbridge que Sowden tentent, chacun à sa manière, de conjurer un malaise évident, la première en rappelant la nécessité d'une responsabilité partagée de la thérapie et le second en précisant « what a psychiatrist is and what he does⁶² ». Après la mort de Lethbridge, en 1963, l'influence des paramédicales connaît un nouveau recul. La nouvelle directrice exécutive, Évelyne Tipson, physiothérapeute et proche de Lethbridge, cesse d'être en charge de la rédaction du rapport annuel, que Lethbridge avait longtemps utilisé comme tribune pour mettre en valeur le travail des diverses professions. En 1964, le Centre abolit ensuite le comité technique consultatif, qui faisait pendant au comité médical en réunissant des représentantes paramédicales comme la pionnière de l'orthophonie Mary Cardozo⁶³. En 1969, on assiste peut-être à un baroud d'honneur, que le laconisme des sources rend toutefois difficile à décrypter : après que Tipson eût remis une démission « surprise », sa remplaçante intérimaire, la physiothérapeute Christyn Frost, tente une dernière fois d'imposer à l'agenda les divergences au sein du Centre, qu'elle explique

⁶⁰ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1958, p.5; 1959, p.7; 1960, p.2; 1961, p.1 ; 1963, p.2 ; 1964, p.5.

⁶¹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1965, p.3; 1967, p.3.

⁶² Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1958, p.8-10; 1959, p.6.

⁶³ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1963-1968.

par l'existence de « plusieurs versions du mot 'réadaptation'⁶⁴ ». Peine perdue car, en 1971, c'est un nouveau directeur qui, louant au contraire la « coordination du personnel professionnel » par les médecins, resserre encore le processus d'admission autour du diagnostic médical⁶⁵.

On a tâché, dans ce chapitre, de situer certains traits fondamentaux de la réadaptation physique des années d'après-guerre en mettant de l'avant ses institutions phares, la position qu'y occupent ses principaux acteurs et les angles d'analyse qu'offre un tel panorama. On a ainsi vu comment le statut aménagé par les médecins spécialistes pour les paramédicales ne sourit pas à toutes, et comment celles-ci cherchent à déborder le champ d'action des physiatres en sélectionnant, sur le terrain, des clientèles mettant en valeur une plus large palette de compétences plus distinctives et éloignées de la médecine. Des facteurs locaux relatifs au cadre de la pratique jouent un rôle important dans ces entreprises, qui demeurent précaires et peu durables. Ce paysage mieux campé permet maintenant d'explorer plus en détail les trajectoires des trois professions paramédicales de réadaptation physique, soit l'orthophonie, l'ergothérapie et la physiothérapie, afin d'en faire un portrait plus complet mais aussi d'y repérer les germes d'un changement potentiel.

⁶⁴ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1969, p.5-6 ; 1970, p.3.

⁶⁵ *Ibid.*, 1971, p.4-5.

CHAPITRE 2

LA RÉADAPTATION PHYSIQUE DANS L'ORBITE DES MÉDECINS

S'il est un trait commun aux trois professions de réadaptation physique étudiées ici, c'est bien leur façon d'émerger chacune de territoires épars avant d'être canalisées vers le sillage des médecins spécialistes après 1945. Ce changement de trajectoire, informé par la création de nouveaux programmes de formation, ne va d'ailleurs pas sans certaines ruptures avec les pratiques d'avant-guerre. Si cette entrée dans l'orbite de la médecine a son prix, elle n'en demeure pas moins le véritable acte fondateur des groupes paramédicaux à qui elle assure, pour la première fois, des positions stables dans les territoires de la santé. Parce que dépendante de l'initiative médicale, cette position neuve pousse aussi les paramédicales à osciller en permanence, dans leur pratique, entre les cadres convenus par les médecins et leurs propres aspirations à un rôle plus distinctif.

Les physiothérapeutes : entre l'appareil et le patient

Les racines contemporaines de ce qu'on appelle aujourd'hui la physiothérapie plongent dans l'Europe de la fin du 19^e siècle. De premières écoles de formation apparaissent à Paris en 1883, tandis que, en Angleterre, des infirmières rompues à l'usage thérapeutique des massages fondent, en 1894, la Society of Trained Masseuses, qui prend rapidement le nom plus complet de Society of Massage and Remedial Gymnastics. Au début du 20^e siècle, quelques unes de ces « infirmières masseuses » britanniques traversent l'océan pour

travailler dans des hôpitaux des États-Unis, mais aussi de Montréal et Toronto : au Québec, la première en date serait Esther Asplet, qui entre au service du Montreal General Hospital en 1909. Dans les années 1910, un petit nombre d'infirmières masseuses suit les traces d'Asplet, certaines trouvant un emploi dans les hôpitaux pour enfants où elles mêlent, sous direction médicale, massages et exercices correctifs auprès de cas de scoliose, fracture, poliomyélite ou paralysie. On trouve également sur le marché un autre profil de praticiens, celui d'éducateurs physiques mâles ayant inséré l'usage des massages à leur pratique; selon l'historien François Hudon, certains d'entre eux exercent en milieu hospitalier sous la direction de médecins militaires auprès d'une clientèle adulte. Dans leur cas comme dans celui des infirmières, cependant, les places en hôpital demeurent rares et la plupart exercent en pratique privée¹.

Cet état de choses se modifie temporairement pendant la Première Guerre mondiale. La Commission des hôpitaux militaires, sans doute à la demande de médecins militaires, décide alors de canaliser la pratique du « massage et gymnastique corrective », organisant d'urgence des formations accélérées à l'Université McGill et à l'Université de Toronto. Ces cursus permettent la création d'un contingent de 250 physiothérapeutes certifiées, dont la majorité est envoyée en Angleterre pour traiter des cas de problèmes pulmonaires ou de séquelles de la typhoïde. De ce groupe émerge un projet associatif. Une association torontoise de diplômées apparaît en 1915, suivie de la Montreal Society of Trained Masseuses en 1918; en 1920, les deux sociétés fusionnent pour former la Canadian Association of Masseuses and Remedial Gymnastics, qui devient la Canadian Physiotherapy Association (CPA) en 1935. Ces associations connaissent toutefois un creux dès la fin de la guerre car, une fois démobilisées, les physiothérapeutes trouvent peu d'emplois dans les hôpitaux civils².

¹ Asplet travaillera aussi au Montreal Children's Hospital ; François Hudon, *op.cit.*, p.22-25; Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op.cit.*, p.48-49.

² *Ibid.*, p.49-50; Rémi Remondière, *op.cit.*, p.160-164.

Après 1920, le centre de gravité de ce qui prend nom de physiothérapie, ou « physical therapy », se déplace pour tourner de plus en plus, en milieu hospitalier du moins, autour de l'usage d'appareils, comme des machines d'électrothérapie ou des bains tourbillons de divers formats (on parle d'« hydrothérapie ») à des fins thérapeutiques auprès de cas de paralysie ou de fracture. Ces traitements sont dispensés sur prescription médicale et il n'est pas sûr qu'ils emploient les mêmes thérapeutes que pendant la Grande Guerre ; c'est ce que suggère la CPA qui cherche à limiter l'exercice de la physiothérapie aux seules détentrices du diplôme et se plaint de ce que des actes jugés physiothérapeutiques soient confiés à des infirmières. De fait, ce recentrage autour du maniement d'appareils dilue l'originalité de la physiothérapie en la rangeant aux côtés d'autres techniques hospitalières qui, comme la radiologie, sont le plus souvent déléguées à des infirmières³. À l'hôpital Notre-Dame de Montréal, en 1938, les actes de physiothérapie sont ainsi compilés sous la rubrique « électro-physio-radiothérapie » puis, en 1945, « radio-physiothérapie », les appareils étant logés au sein du même service que ceux de radiothérapie. Les préposées aux appareils de physiothérapie sont alors qualifiées, sans plus de précisions, de « techniciennes d'expérience » dont la fonction est de « facilite[r] le travail et augmente[r] le rendement du personnel médical⁴ ».

De nouvelles pratiques apparaissent après 1945. À l'hôpital Notre-Dame, la création, en 1950, d'un sous-service plus autonome de physiothérapie se traduit par l'introduction d'actes inédits comme la massothérapie et la « mécano-thérapie⁵ », les massages comptant pour plus du quart des actes posés en

³ Peter Twohig, *Labour in the Laboratory, op.cit.* ; « Education, Expertise, Experience and the Making of Hospital Workers in Canada, 1920-1960 », *Scientia canadensis*, 29, 2 (2006) ; Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op.cit.*, p.62-69 ; Rémi Remondière, *op.cit.*, p.161-167. Dans l'ouvrage du médecin Charles Ireland intitulé *Modern Physical Therapy Technique*, le terme « physical therapy » ne renvoie qu'aux usages de l'électricité (Charles Ireland, *Modern Physical Therapy Technique*, [n.e.], Columbus (Ohio), 1932, 412p.).

⁴ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1943, p.74, 87 ; 1945, p.52-53, 59 ; 1948, p.33, 78 ; 1949, p.52 ; 1951, p.95 ; 1952, p.75, 113.

⁵ Le terme « mécano-thérapie » désigne l'emploi d'appareils d'entraînement physique, comme des bicyclettes stationnaires ou des machines de musculation. Avec le temps, le terme

1953, aux côtés de l'« électrologie » qui demeure tout de même au cœur de la pratique. Cette même année, le service de nursing de l'hôpital indique aussi, pour la première fois, que « le service de physiothérapie enseigne à nos élèves des méthodes » de manipulation des patients⁶. Il est tentant de croire que l'apparition de ces activités correspond en fait à l'arrivée de nouvelles thérapeutes; de manière générale, il n'est pas certain que des liens de continuité solides relient la physiothérapie de la Première Guerre mondiale à la pratique émergente de la Seconde.

Sur le plan du personnel impliqué, l'apparition de nouvelles pratiques accompagne en effet la création des nouvelles écoles, qui changent le visage de la profession. L'entre-deux-guerres avait formé peu de diplômées : les formations accélérées ayant été abolies après la Grande Guerre, il faut attendre 1929 avant qu'un nouveau diplôme n'apparaisse à l'Université de Toronto, au Department of University Extension comme ç'avait été le cas en 1914. Cette école ne forme alors toutefois qu'un petit nombre de diplômées et, alors qu'on comptait 250 physiothérapeutes certifiées en 1918, on n'en compte plus qu'une centaine dans les hôpitaux du Canada au début des années 1950. En fait, une plus large diffusion de l'enseignement devra passer par le parrainage des facultés de médecine. Au Québec, ce parrainage, comme on l'a vu, est le fait de médecins physiatres qui président à la création, en 1943, d'un diplôme de deux ans à l'Université McGill, puis, en 1954, à celle d'un programme conjoint de deux années en physiothérapie et ergothérapie à l'Université de Montréal ; en 1962, l'École de réhabilitation de l'Université de Montréal offre ensuite un diplôme de trois ans spécialisé en physiothérapie, qui servira de modèle au programme de l'École de réhabilitation de l'Université Laval qui ouvre ses portes en 1965.

« électrothérapie » en vient parfois à désigner des traitements à base de lumière infrarouge, de micro-ondes ou d'ultrasons ; Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents*, Montréal, IRM, [1962-1965], p.16-17.

⁶ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1947, p.78 ; 1948, p.57 ; 1950, p.91 ; 1951, p.94 ; 1953, p.106, 174.

Les diplômées de ces nouveaux programmes renouvellent vite la composition de la profession : tandis que l'on peut estimer, vers 1950, à vingt ou trente le nombre de physiothérapeutes québécoises réparties dans 17 établissements majoritairement anglophones et montréalais, on en dénombre en 1972 près de 450 réparties dans la plupart des régions du Québec. Plusieurs des figures marquantes de la physiothérapie de cette époque, comme Carol Morency, Edith Ascott McCrimmon ou Jean Gordon, ont été formées dans ces programmes, ou parfois en Angleterre, plutôt que dans les programmes canadiens d'avant-guerre⁷.

Ces diplômées pratiquent une physiothérapie différente, axée sur l'usage de l'exercice physique plutôt que des appareils ou des massages. En 1965, les exercices physiques représentent ainsi 47% des actes de physiothérapie posés à l'IRM, contre 20% pour l'usage d'appareils de thermothérapie ou d'hydrothérapie, et seulement 6% pour les massages; à l'OTRC, la part de l'exercice physique est encore plus grande, représentant 88% des actes posés contre environ 10% pour l'usage d'appareils d'hydro- ou d'électrothérapie et un nombre infime de massages⁸. Les appareils eux-mêmes sont mis de plus en plus au service de l'exercice thérapeutique. En hydrothérapie, par exemple, le traditionnel bain tourbillon, qui n'est au fond qu'une sorte de massage automatique, se complète progressivement d'un usage de la « Hubbard tank », un réservoir dans lequel le patient, immergé jusqu'au cou, est désormais convié à réaliser des exercices de gymnastique aquatique.

Cette tendance générale se manifeste différemment selon les lieux de pratique, où elle comble de manière inégale les aspirations des thérapeutes. À l'OTRC, l'usage thérapeutique de l'exercice monopolise peu d'équipement et

⁷ François Hudon, op.cit., p.219 ; v. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974 ; *Physio-Québec*, 9, 4 (novembre 1984) : 5 ; 11, 2 (juin 1986) : 4-8 ; 15, 3 (décembre 1990) : 13.

⁸ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1965 ; Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1952-1967.

comporte surtout des exercices de marche ou de gymnastique au sol sous la supervision de la physiothérapeute; l'usage d'appareils, dits de « mécano-thérapie », est plutôt minimal et catégorisé à part de la « rééducation physique » proprement dite. Même une fois pourvues d'une honnête collection d'appareils, les physiothérapeutes du Centre continuent de se consacrer plutôt au développement d'activités usant peu de la médiation par des machines, comme des exercices de « natation correctrice » en piscine⁹. Réalisés par les patients sous l'œil de la physiothérapeute, ces exercices sont du même coup évalués par cette dernière : par une appréciation de la force musculaire, de la coordination et de l'amplitude des mouvements de chaque patient, la physiothérapeute de l'OTRC émet alors des pronostics qui, transmis à l'ergothérapeute et au conseiller en orientation professionnelle, ont une forte incidence sur la suite du programme de soins¹⁰.

À l'IRM, plus représentatif des milieux médicaux, l'exercice thérapeutique se confond plus à la « mécano-thérapie », c'est-à-dire à l'emploi de machines d'entraînement comme les bicyclettes stationnaires, les appareils à traction cervicale ou les modules Guthrie-Smith (un dispositif de suspension permettant de travailler en défiant la gravité), qui s'ajoutent aux poids, barres parallèles et faux escaliers ainsi qu'à l'hydrothérapie. Il n'est pas anodin que cette vision de l'exercice s'accompagne d'une prise médicale beaucoup plus serrée sur le travail des thérapeutes. À l'IRM, contrairement à l'OTRC, il revient au médecin de prescrire un programme d'exercice en précisant la fréquence des traitements et ses modalités. Cette prescription écrite peut être d'autant plus précise que le recours à des appareils rend plus formelle l'organisation du traitement : de la même manière qu'il prescrit le degré de chaleur ou l'intensité des machines à ultrasons et d'électrothérapie, le médecin peut ainsi indiquer à distance à la physiothérapeute

⁹ *Ibid.*, 1955, p.13 ; 1959, p.8 ; 1964, p.5 ; 1965, p.5 ; 1969, p.7 ; 1970, p.1.

¹⁰ Prenant notamment une portée normative: si un patient ne s'améliore pas assez, ou pas assez vite, selon les promesses de sa condition physique évaluée par la physiothérapeute, il sera référé à la travailleuse sociale qui mettra en doute sa motivation et la qualité de sa coopération ; *idib.*, 1952, p.12; 1953; 1954 ; 1955, p.2, 13-14.

le nombre de répétitions d'un exercice, le type d'exercice ou de poussée requis (« passifs, isométriques, actifs assistés, contre résistance, etc. ») ainsi que la restriction, quantifiée en pourcentage, de mise en charge sur une jambe lors de la rééducation à la marche¹¹.

La formation dispensée dans les écoles des Facultés de médecine prépare à cet usage précis de l'exercice. Des physiothérapeutes en éprouvent d'ailleurs du regret, précisément en raison du rapport qu'il suppose avec le patient ; Gerda Diekmeyer, diplômée de McGill en 1958 et employée au Lakeshore General Hospital, se souvient ainsi d'une formation visant l'enseignement d'exercices à un patient que, en principe, on touchait peu, sauf pour opposer des résistances. Hors de l'école, cependant, les praticiennes se révèlent avides de techniques susceptibles de rendre leur contact plus directement thérapeutique. Certaines adhèrent à une approche alors très en vogue qui porte le nom d'« approche Bobath ». Formulée dans les années d'après-guerre par une célèbre « remedial gymnast » européenne, l'approche Bobath prend pour objet l'amélioration de la spasticité (la tonicité des muscles) des enfants paralysés ou des hémiplegiques, par l'usage de techniques de posture et de mobilisation du corps. Plus qu'une simple technique, cette méthode « basée sur la neurophysiologie » offre en fait un cadre théorique complet qui, en renvoyant plusieurs problèmes à des causes posturales et des « patrons de mouvement », rend possible la formulation d'objets et objectifs alternatifs à ceux de la médecine orthopédique. Sans adhérer à cette approche particulière, d'autres physiothérapeutes proposent des perspectives comparables, sans dédaigner l'usage d'appareils si ceux-ci permettent l'usage de nouvelles grilles d'évaluation : c'est dans cet esprit, par exemple, que la méziériste Raymonde Benmouyal, diplômée en kinésithérapie à Paris en 1959 puis à McGill en 1961, diffuse dans les hôpitaux de Montréal l'emploi de corsets destinés au traitement de la scoliose par des voies posturales¹².

¹¹ Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents, op.cit.*, p.15-22.

¹² Archives de l'Université de Montréal, boîte 5948, dossier « Annual Supervisors' Meeting and Teaching Staff », procès-verbaux des superviseurs cliniques de l'École de

Éparses, ces velléités d'aborder autrement les problèmes physiques témoignent du désir de certaines physiothérapeutes hospitalières de formuler elles-mêmes les termes de leur intervention. Ces aspirations suscitent parfois des tensions avec l'autorité médicale. Si plusieurs thérapeutes revendiquent peu, notamment celles qui quittent rapidement le métier pour fonder un foyer, Gerda Diekmeyer se remémore comment les plus désireuses de faire carrière « devenaient de plus en plus agressi[ve]s..., plus hostiles envers les médecins qui leur disaient quoi faire avec un patient, comment le faire, combien de fois, et quand arrêter¹³ ». Pour certaines, comme Marielle Montour qui quitte l'hôpital Notre-Dame de Montréal en 1963, le saut du milieu hospitalier vers une clinique privée se présente d'ailleurs comme une véritable promotion¹⁴.

La position de ces thérapeutes plus militantes est d'autant plus inconfortable que la physiothérapie est encadrée plus étroitement que les autres groupes par les médecins physiatres. À l'IRM, par exemple, où la prescription médicale en physiothérapie est si détaillée, elle se révèle par contraste « très simple » en ergothérapie, où elle se limite parfois à quelques mots généraux, du genre : « évaluation et traitement¹⁵ ». Cet état de fait s'explique en partie par l'ancrage de la physiothérapie au cœur même des territoires de la physiatrie tandis que les ergothérapeutes et les orthophonistes occupent des marches plus marginales de l'empire médical, d'où elles entrevoient plus aisément de nouvelles zones à coloniser, mais d'où, en contrepartie, l'ancrage dans la santé, surtout en ergothérapie, peut paraître plus incertain.

réhabilitation, 28 mai 1964 ; *Physio-Québec*, 7, 3 (septembre 1982) : 34-35 ; 11, 1 (avril 1986) : 18 ; 16, 1 (été 1991) : 8 ; 22, 1 (été 1997) : 6.

¹³ *Physio-Québec*, 7, 3 (septembre 1982) : 35-36.

¹⁴ *Physio-Québec*, 5, 2 (juin 1980) : 16.

¹⁵ Quant à l'orthophoniste, si elle ne peut choisir sa clientèle à son gré, elle détermine néanmoins certaines modalités importantes de l'intervention, comme la fréquence des traitements, et a son mot à dire sur la nécessité ou non d'entreprendre une thérapie. Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents, op.cit.*, p.15-22, 28-32.

Les ergothérapeutes : entre la thérapie et l'occupation

Les premiers pas de ce qui prendra le nom de « thérapie occupationnelle », puis d'ergothérapie, remontent aux années 1910, quand on voit aux États-Unis des infirmières et des travailleuses sociales introduire dans certains établissements, hospitaliers ou pas, l'usage d'enseigner à des personnes handicapées physiques ou mentales certaines tâches manuelles artisanales, comme la couture ou la menuiserie. Même si cette pratique implique au départ diverses intervenantes, elle n'en devient pas moins assez spécialisée pour entraîner la création d'une école à Chicago en 1915, puis d'une association étasunienne nationale en 1917. Dès ses premières moutures, la nouvelle discipline entretient un lien ambigu avec le monde de la santé : bien que certains textes du temps¹⁶ lui attribuent un rôle proprement thérapeutique, dérivé du traitement moral psychiatrique, elle prend plus souvent plus concrètement la forme de l'enseignement d'un métier artisanal ou industriel à des fins de réinsertion à l'emploi des handicapés physiques. D'ailleurs, bien que le terme « occupational therapy » désigne déjà cette pratique, ses praticiennes elles-mêmes sont plutôt qualifiées de « occupational aids » ou « professional aids », plutôt que de « therapists »¹⁷.

Au Canada comme aux États-Unis, c'est encore la Première Guerre mondiale qui stimule la création d'un premier programme de formation. Dans la même foulée que le programme accéléré de physiothérapie, le Department of University Extension de l'Université de Toronto crée, en 1918, un cours de six semaines « destiné à des jeunes femmes afin de les préparer à enseigner une variété d'activités propres à évaluer les intérêts et aptitudes des soldats blessés » à des fins d'orientation professionnelle¹⁸. Comme en physiothérapie, le

¹⁶ Y compris des signatures prestigieuses comme les psychiatres Adolf Meyer et Herbert J. Hall.

¹⁷ V. archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1930, p.3-5; *Le Transfert*, 11; 1 (mars 1987) : 3; 15, 3 (septembre 1991) : 11-13; François Hudon, *op.cit.*, p.23-24.

¹⁸ François Hudon, *op.cit.*, p.25.

programme est abandonné à la fin de la guerre mais renaît de ses cendres dans les années 1920, en l'occurrence en 1926 sous l'impulsion d'une nouvelle association nationale, la Canadian Association of Occupational Therapy qui supervise en fait le cours, qui dure six mois, au Toronto General Hospital. En 1930, on trouve au Canada près d'une cinquantaine d'«occupational therapists» concentrées à Toronto, où elles se divisent à moitié dans les hôpitaux, généraux ou psychiatriques, et à moitié dans des ateliers extrahospitaliers de formation à l'emploi¹⁹.

Certaines oeuvrent aussi au Québec où apparaît, en 1930, la Quebec Society for Occupational Therapy (QSOT), basée à Montréal. Présentes au sein d'établissements de soins comme le Royal Victoria Hospital, le Verdun Protestant Hospital ou des sanatoriums des Laurentides, les « thérapeutes occupationnelles », comme on les appelle même en français, travaillent surtout dans des organismes à vocation sociale, notamment des ateliers de réinsertion professionnelle pour handicapés (ou « ateliers protégés ») comme le Montreal Industrial Institute. Depuis le milieu des années 1920, on trouve aussi des thérapeutes visiteuses au Victorian Order of Nurses et à la Jewish Jr. Welfare League. Visiteuses ou en établissement, ces thérapeutes se consacrent à la réinsertion professionnelle des handicapés en leur enseignant un petit métier auquel elles ajoutent un certain réconfort moral. Selon les mots même de la QSOT en 1934 :

OT... is helping and guiding... persons back to health and happiness by teaching them simple handwork and crafts by which they may earn a little money and which at the same time occupies their mind and relieves them of their worries.²⁰

¹⁹ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1930, p.1-3.

²⁰ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, dossier « Correspondance 1927-1931 », bulletin de la Quebec Society of Occupational Therapy de 1934 ; archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 30 janvier 1930, 8 février et 18 octobre 1934.

Ayant présidé à la création d'un atelier protégé à Montréal au début des années 1930, la QSOT y qualifie d'ailleurs de « leçons », plutôt que de thérapies, les séances où des handicapés apprennent la broderie et le travail du bois²¹. Le goût du travail et la bonne tenue des thérapeutes doivent aussi offrir des exemples édifiants de rectitude morale, un mélange de préoccupations économiques et morales qui rapproche d'ailleurs le travail des « aides » de celui des travailleuses sociales, avec qui elles entretiennent d'ailleurs des liens²².

En milieu hospitalier, toutefois, il peut paraître un peu court de se borner à une activité « commerciale » plutôt que thérapeutique, d'autant que, au côté de la clientèle de passage qu'on forme à l'emploi, on trouve dans les hôpitaux et les sanatoriums des patients « institutionnalisés », tuberculeux ou malades mentaux pour la plupart, qui ne se destinent pas au travail mais que les thérapeutes occupationnelles se considèrent tout de même aptes à aider. À la fin des années 1930, des médecins sont aussi de cet avis. Pendant la Seconde Guerre mondiale, ces appuis²³ entraînent l'incorporation dans l'armée canadienne d'un grand nombre de thérapeutes occupationnelles. Après 1943, la demande des forces armées provoque d'ailleurs une pénurie tant civile que militaire qui pousse l'État fédéral à accorder à l'Université de Toronto les fonds nécessaires pour intensifier la formation d'un plus grand nombre de recrues : alors qu'on ne compte, en 1944,

²¹ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 30 septembre 1930, 12 septembre et 13 novembre 1933 ; rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1933.

²² On trouve des œuvres sociales, comme l'Aide aux enfants infirmes, qui se présentent en anglais comme « Social Work Societies » et assurent à des handicapés un enseignement professionnel à des fins d'employabilité sans utiliser les services de thérapeutes occupationnelles. À en croire l'auteur Roy Lubove, qui décrit le cas étasunien, certaines travailleuses sociales se montrent d'ailleurs peu entichées de cette assimilation potentielle aux « occupational aides », Roy Lubove, *op.cit.*, p.55 ; v. Rapports annuels de l'Aide aux enfants infirmes, 1934, p.2 ; 1936, p.2 ; archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 9 juin 1933, 22 février 1935 ; archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1930, p.3-5.

²³ Dont celui, influent, du Dr John Meakins, à la fois doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill et brigadier général dans l'armée canadienne. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1943, p.1-4 ; 1944, p.1-3 ; 1945, p.1-2.

que 127 thérapeutes dans tout le Canada, pas moins de 98 recrues peuvent ainsi s'inscrire au programme²⁴.

Dans les hôpitaux militaires, le travail de la thérapeute occupationnelle consiste à user de l'activité manuelle pour distraire et stimuler les patients pour contrer les effets morbides d'une hospitalisation prolongée. Cette pratique de diversion et de stimulation par l'artisanat semble convenir aux thérapeutes qui, une fois démobilisées, la transfèrent dans des établissements civils pour vieillards ou malades chroniques²⁵. Ce virage vers une activité dite soignante est très valorisé, tant par les thérapeutes que par les médecins qui les supervisent. Il reste que son implantation dans les hôpitaux d'après-guerre demeure inégale. À Montréal, en 1949, la thérapie occupationnelle demeure pratiquement absente des hôpitaux généraux, à l'exception du Royal Victoria Hospital et de l'hôpital Notre-Dame. Si l'on en trouve dans les hôpitaux pour enfants, dans un rôle proprement thérapeutique, l'essentiel de la pratique se concentre encore dans les établissements du ministère fédéral des Anciens combattants où, une fois la guerre terminée, on attend à nouveau des thérapeutes qu'elles facilitent le retour à l'emploi des vétérans éclopés²⁶.

Au Québec, l'avenir de la profession se précise sous l'impulsion des médecins physiatres qui, après 1950, créent de nouveaux programmes universitaires de formation. Signe d'une volonté d'annexion de la profession à la médecine physique, ces programmes innovent en jumelant l'enseignement de la thérapie occupationnelle à celui de la physiothérapie dans des programmes

²⁴ *Ibid.*, 1930, p.2-4; 1943, p.1-4; 1944, p.-13; 1945, p.1-2; 1948, p.1-2; 1950, p.2; 1953, p.2; archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 30 janvier 1930; rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1944.

²⁵ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1943, p.1-4; 1944; 1945, p.2-5; 1948, p.2-6; 1950; 1953; rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1957, p.1.

²⁶ Montreal Rehabilitation Survey Committee, *Re-Establishment of Disabled Persons*, Montréal, Sun Life, 1949, p.48-53. Charles Battershill, « Social Dimensions in the Production and Practice of Canadian Health Care Professionals », B. Bolaria et H. Dickinsion (dir.), *op.cit.*, p.147.

conjoints. En 1950, un volet de thérapie occupationnelle est ainsi inséré dans le programme de deux ans de l'école de physiothérapie de la Faculté de médecine de l'Université McGill, rebaptisée pour l'occasion School of Physiotherapy and Occupational Therapy (SPOT), toujours sous la gouverne du physiatre Guy Fisk; à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, l'École créée en 1954 par Gustave Gingras et son équipe combine l'enseignement des deux disciplines dans un diplôme de trois ans, avant d'offrir, en 1962, des profils distincts mais toujours liés par un important tronc commun. C'est aussi à cette époque que, en 1950, les programmes de physiothérapie et de thérapie occupationnelle de l'Université de Toronto sont retirés du Department of University Extension pour être réunis en un seul programme sous l'égide de la Faculté de médecine²⁷.

Pour les ergothérapeutes de la CAOT et de la QSOT, cette union des programmes, proposée par des médecins vers 1948, est une nouveauté qu'on accepte comme un alignement volontaire sur « la pensée médicale²⁸ », et qui suggère que les diplômées seront désormais formées pour entrer au service direct de médecins, tout particulièrement des spécialistes de la médecine physique. Pour une profession désireuse d'assurer son avenir en santé, le jeu semble valoir la chandelle. D'autant que, au Québec, l'apparition de programmes de formation donne une nouvelle dimension à la profession : alors que le nombre de thérapeutes recensées n'avait grimpé que de 11 à 40 entre 1936 et 1956, il atteint vite 60 thérapeutes en 1961, puis plus de 230 en 1973²⁹. La mise en orbite autour de la

²⁷ À l'École de réadaptation de l'Université Laval, où l'ergothérapie ne fait son entrée qu'en 1968, le programme sera d'emblée spécialisé. *Annuaire de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal*. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, Andrée Forget, *Rapport au Groupe de travail...*, *op.cit.*, p.18. Société des ergothérapeutes du Québec, *Mémoire à la CESBES*, Montréal, SEQ, 1968, p.8-9. Canadian Association of Occupational Therapists, *Royal Commission of Health Services*, Toronto, CAOT, 1962, annexe C. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupational Therapy, 1943, p.2.

²⁸ *Ibid.*, 1948, p.1; 1950, p.1; 1953, p.1; archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 7 janvier 1959, 19 octobre 1960.

²⁹ *Ibid.*, 29 octobre 1936, 16 janvier 1939, 14 octobre 1953, 14 avril 1957, 20 avril 1961; rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1949; 1950, p.1; 1952, p.1; 1953, p.1; 1954, p.1; 1955, p.1; 1956, p.1; 1958, p.1-3; 1967; rapport annuel de la Société des

médecine promet un rôle professionnel où la maîtrise de l'artisanat ne serait plus une fin en soi mais une modalité pour des visées thérapeutiques plus élevées : désormais, comme le suggère un médecin, « occupational therapy is not just making pot-holders³⁰ ». Cette avancée est d'autant plus précieuse que les tâches d'employabilité ou d'éveil sont de plus en plus susceptibles de passer aux mains d'auxiliaires moins qualifiées³¹.

Dans les faits, cependant, l'autorité dorénavant plus directe des médecins spécialistes se révèle parfois lourde à porter. Surtout, des malentendus séparent les aspirations des physiatres et celles que les thérapeutes occupationnelles entretiennent pour elles-mêmes. Dès ses premières années, le programme de l'Université de Montréal suscite ainsi la perplexité de candidates attirées par la promesse d'une carrière soignante. Il est vrai que, si Gingras et ses collègues, à la tête de l'École de réhabilitation, insistent sur les applications thérapeutiques de l'artisanat, confiant aux thérapeutes le soin de « choisir des jeux thérapeutiques pour remplir l'ordonnance du médecin³² », il reste que l'essentiel de la formation porte sur la maîtrise de l'artisanat lui-même ou son enseignement aux patients. Les apprenties thérapeutes consacrent donc la majeure partie de leur temps à s'exercer à l'origami ou au tissage de tapis, dont l'application thérapeutique devra

ergothérapeutes du Québec, 1970, p.1; 1971; 1973. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1958, p.1. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, dossier « OSS – Dossier ergothérapie », Andrée Forget *et al.*, *Opération Sciences de la santé*, Montréal, ÉRUM, 1974, p.23 ; boîte 5940, dossier « Memoire : Royal Commission on Health Services », J. Bernd *et al.*, *Brief on OT in the PQ*, 1962, p.4; Gustave Gingras, *Brief on Physical Medicine and Rehabilitation*, 1961, p.5

³⁰ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1951, p.1-2.

³¹ Canadian Association of Occupational Therapists, *Royal Commission of Health Services*, *op.cit.*, p.10-11.

³² Les livres remis en guise de prix aux élèves méritantes sont des manuels de bricolage ou d'artisanat. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5953, dossier « Reprises d'examens, 1960-1961 », *Techniques en occupation thérapie*, mai et août 1961. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 13 mai 1953 ; rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1953, p.1.

être « prescrite et sous direction médicale³³ ». Des étudiantes de ces années rappellent d'ailleurs leur aigreur face à une formation jugée peu conforme à l'exercice d'un rôle thérapeutique, comme Andrée Forget, qu'avait refroidie, en 1955, un premier atelier « où je devais fabriquer un animal à l'aide de papier journal et de papier crêpé³⁴ ». Cette réserve est peut-être partagée par certaines enseignantes de l'École, dont plusieurs démissionnent, en 1966-1967, quand Gingras défend, « par expérience » malgré ses contradicteurs, la pertinence d'un cours de menuiserie de 78 heures censé affiner la conscience de la motricité fine chez les étudiantes³⁵.

Ces divergences naissent de visions différentes du travail clinique. Au début des années 1960, alors que Gustave Gingras parle de poursuivre des objectifs physiologiques déterminés par le médecin (une activité de céramique, par exemple, doit entraîner la motricité fine chez les arthritiques), la présidente de la CAOT, une ancienne de l'OTRC, met plutôt une « emphase particulière » sur la restauration, par le patient travail de l'artisanat, des aptitudes interpersonnelles du patient et sa reconquête de « what for him is a meaningful place in the community³⁶ ». Bien que chacun voie dans l'artisanat une modalité au service d'autres fins, la définition de ces fins ne fait pas toujours consensus.

³³ Archives de l'Université de Montréal, boîte 5953, dossier « Questions d'examens, 1954-1955 », *Questions de thérapie occupationnelle (techniques)*, juin 1955 et *Questions de thérapie occupationnelle (théorie)*, juin 1955 ; dossier « Reprises d'examens, 1960-1961 », *Techniques en occupation thérapie*, mai et août 1961.

³⁴ *Le Transfert*, 8, 2 (juin 1984) : 8-9 ; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 3, 4 (décembre 1994) : 136-140.

³⁵ P.-v. du comité conjoint de l'ÉRUM, 6 janvier 1967; p.-v. d'une réunion des 'autorités de l'École de réadaptation faisant partie du comité conjoint', 20 février 1967. Lettre de G. Gingras à J. Frappier, 11 février 1966; p.-v. du comité pédagogique de l'ÉRUM, 21 février 1966, 4 avril 1966, 6 juin 1966.

³⁶ Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, dossier « Memoire : Royal Commission on Health Services », J. Bernd *et al.*, *op.cit.*, p.1; Gustave Gingras, *Brief on Physical Medicine and Rehabilitation*, *op.cit.*, p.2-3; boîte 5952, dossier « Centre médical – École de réhabilitation », Gustave Gingras, *Aspect industriel de la réadaptation*, *op.cit.*, p.2. Dans les années 1980 et 1990, un discours répandu dans la communauté ergothérapeutique mettra en cause un certain « réductionnisme médical » qui, dans les années d'après-guerre, aurait desservi l'usage de l'activité en la réduisant au rang de simple modalité ; cette réécriture de l'histoire rend peu

Or, le choix des objets d'intervention influe sur le contenu des activités cliniques et la place qu'elles réservent aux thérapeutes, qui, après 1960, commencent à prendre en français le nom d'« ergothérapeutes ». Plusieurs ergothérapeutes préfèrent ainsi utiliser l'artisanat à des fins de socialisation, en encore le délaissent au profit d'autres activités, comme l'entraînement des nouveaux handicapés physiques aux diverses tâches quotidiennes touchant, par exemple, l'alimentation. Une telle prédilection est visible chez Andrée Forget qui, une fois remise de ses ateliers de papier mâché, s'oriente tout de même en ergothérapie après que des stages lui aient permis d'expérimenter des objectifs de socialisation et de réapprentissage des activités quotidiennes auprès de para- et quadruplégiques³⁷. À l'OTRC, où les paramédicales jouissent d'une autonomie particulière dans l'organisation de leur travail, les ergothérapeutes privilégient des activités de groupes où l'artisanat et le jardinage aident les patients à socialiser, des activités qui, en 1956, représentant 42% des actes ergothérapeutiques posés au Centre, où les ergothérapeutes consacrent aussi un temps considérable à l'enseignement d'activités quotidiennes touchant l'alimentation, l'habillement et le transport³⁸.

Ces objectifs ne convergent toutefois pas toujours avec les priorités des médecins, et leur place varie ainsi selon la prégnance de l'autorité médicale. À l'IRM, où les ergothérapeutes rencontrent, sous la direction des physiatres, une clientèle de blessés médullaires ou d'amputés du bras, la majorité des tâches consiste en activités artisanales ou jeux dont la principale vocation est

compte du fait que les thérapeutes de l'époque tenaient elles aussi l'activité comme une simple modalité, les divergences avec les médecins portant plus sur l'objet ultime de l'intervention. V. *Le Transfert*, 15, 3 (septembre 1991) : 11-13 ; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 1 (septembre 1992) : 17-18, 25-31.

³⁷ *Le Transfert*, 8, 2 (juin 1984) : 8-9, 20-21.

³⁸ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1952, p.13; 1954, p.1-2 ; 1955, p.3, 9; 1956, p.3 ; 1964, p.5; 1965, p.5. À moitié en raison de son héritage d'atelier protégé mais aussi parce qu'il demeure plus longtemps en retrait des territoires médicaux, l'OTRC est l'un des rares centres de réadaptation à faire un usage intensif d'ateliers d'entraînement au travail, similaires à la pratique courante d'avant-guerre.

d'« augmenter l'amplitude d'une articulation [et] la tolérance musculaire³⁹ » des patients qu'on exerce aussi à utiliser leurs membres artificiels. De 1953 à 1964, ces activités, moins distinctives car proches d'une physiothérapie des membres supérieurs et d'abord destinés à prolonger l'action du médecin, représentent chaque année de 80 à 87% des actes posés à l'IRM en ergothérapie, une proportion d'ailleurs croissante durant cette période⁴⁰. Cela n'implique pas une forme d'oppression de la part des médecins : contrairement aux physiothérapeutes, la prise médicale sur les ergothérapeutes demeure relativement lointaine, les médecins laissant de plus en plus de latitude dans le choix, par exemple, des modalités à employer. Il reste que l'entraînement aux activités quotidiennes, qui éloigne l'ergothérapeute de la sphère médicale et au sujet duquel les prescriptions doivent demeurer le plus vague, demeure relativement marginal à l'IRM pendant cette période. Par contraste, l'activité qui connaît la plus forte croissance est la fabrication de petites orthèses ou appareils de facilitation sur mesure : recyclage original des aptitudes manuelles des ergothérapeutes, qui à l'IRM s'y emploient avec enthousiasme malgré des moyens de fortune⁴¹, il n'en s'agit pas moins de l'activité la plus en phase avec la pratique des physiatres de l'Institut, et encadrée avec le plus de soins par les prescriptions médicales⁴².

Une trace indirecte des aspirations mal servies en médecine physique est l'espoir soulevé par un autre champ d'exercice : la psychiatrie. On trouve depuis les années 1930 des thérapeutes occupationnelles dans les services de psychiatrie tant d'hôpitaux spécialisés, comme le Verdun Protestant Hospital, que généraux,

³⁹ Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents, op.cit.*, p.19-23. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1953, p.8 ; 1954.

⁴⁰ *Ibid.*, 1960, p.11; 1961, p.11; 1962-1964.

⁴¹ En 1989, une ergothérapeute se remémore la fabrication de petites aides techniques à l'aide de « bâtons de Popsicle et de ruban adhésif », *Le Transfert*, 13, 4 (décembre 1989) : 15.

⁴² Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents, op.cit.*, p.19-29 ; Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1954 ; 1963 ; 1964). Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 3 juin, 8 et 9 septembre, 5 octobre 1964.

comme à l'hôpital Notre-Dame de Montréal⁴³. Ces services se distinguent par des pratiques qui leur sont propres, et dont la manifestation la plus visible est l'usage intensif qui est fait des ergothérapeutes, du moins là où l'on en trouve : en 1966, l'Institut Albert-Prévost compte pas moins de neuf ergothérapeutes, ce qui en fait le plus gros employeur au Québec après l'IRM, tandis que deux autres hôpitaux psychiatriques, le Douglas Hospital et le Allan Memorial Institute, en comptent respectivement sept et cinq ; l'année suivante, en 1967, l'hôpital psychiatrique du Mont-Providence, qui en compte déjà quelques unes, cherche à embaucher d'un seul coup cinq nouvelles ergothérapeutes à plein temps, le tout donnant des chiffres assez importants par rapport au service moyen de médecine physique qui, à Montréal, compte plutôt de une à trois ergothérapeutes⁴⁴.

Cet emploi intensif témoigne d'une pratique psychiatrique où l'ergothérapeute supervise des ateliers d'artisanat qui jouent essentiellement un rôle d'éveil et de diversion auprès de patients internés. Dans les années 1960, l'accroissement dans ces milieux d'une clientèle externe, moins lourde, fait cependant miroiter aux ergothérapeutes la possibilité d'un horizon élargi, où l'artisanat deviendrait un outil de socialisation mais aussi de sublimation des troubles émotionnels, voire même un outil diagnostique. Après 1968, des représentantes associatives évoquent de nouveaux objets d'intervention, comme le comportement et les aptitudes « perceptuo-motrices », qui doivent distinguer l'ergothérapie de la seule médecine physique ; en 1967, une praticienne, qui roule

⁴³ Dont le service de neuropsychiatrie compte en fait de l'ergothérapie depuis 1948, soit bien avant l'arrivée des premières thérapeutes en médecine physique en 1962 Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1948, p.74 ; 1953, p.73, 103 ; 1963, p.76-77 ; 1964, p.110 ; archives de l'Ordre des ergothérapeutes, rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1944, p.1-2; 1945, p.1; archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 18 mars et 5 octobre 1964, 18 juillet 1966. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dossier « Correspondance de la QSOT », lettre de J. Meakins à M. Boyd, 28 janvier 1929, lettre d'un médecin à M. Boyd, 31 janvier 1929, lettre de F. Pedley à L. Wall, 16 novembre 1940, lettre de J. Forbes à D. Wilson, 30 mars 1961 ; procès-verbaux du Study Course Committee, 16 septembre et 4 novembre 1969, lettre de A. Blonar à M. Jones, 13 novembre 1969.

⁴⁴ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dossier « Correspondance », lettre d'André Chagnon à Eleanor Flanz, 14 juillet 1966, lettre de Thérèse Derome à la SEQ, 11 octobre 1967.

sa bosse depuis quinze ans en psychiatrie, partage sa vision d'une ergothérapie qui, en participant à l'observation des malades, irait jusqu'à « collaborer à la psychothérapie et la prolonger⁴⁵ ». Par la clientèle psychiatrique, on espère ainsi exploiter les potentialités dormantes de la thérapie par l'activité avec en vue, en s'étendant à de nouveaux objets d'intervention, une meilleure prise sur la thérapie.

Ces larges vues se butent à une réalité peu commode. Les médecins psychiatres, d'une part, semblent peu disposés à donner pleine licence aux aspirations paramédicales. La praticienne d'expérience citée plus haut, ayant travaillé dans plusieurs milieux psychiatriques dont l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu et l'Institut Albert-Prévost, se plaint amèrement des psychiatres qui, outre leur autoritarisme, brident les ergothérapeutes et les orientent plutôt dans des directions jugées inadéquates, maintenant une prise très serrée sur leur travail : « Durant leur entraînement, ils sont de grands inconnus dans nos départements mais, diplômés en poche, ils peuvent nous donner des conseils et ordres jusque dans les moindres détails⁴⁶ ». Même en l'absence de conflit ouvert, la faible prise sur la sélection de la clientèle représente un handicap certain. L'ergothérapeute Jean-Guy Jobin, qui travaille en psychiatrie à l'hôpital Notre-Dame de Montréal de 1964 à 1968, raconte ainsi comment l'ouverture, en 1965, d'une clinique externe de psychiatrie fait naître l'espoir de sortir d'un « rôle de porte-clefs » (les patients considérant les thérapeutes comme de simples gardiens du matériel d'artisanat récréatif) ; après avoir décrit son projet d'atelier d'expressivité pour

⁴⁵ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dossier « SEQ, 1967-1968 », Anonyme, *Ergothérapie*, [1964-1968], p.2. Canadian Association of Occupational Therapists, *Royal Commission of Health Services*, *op.cit.*, annexe A. Société des ergothérapeutes du Québec, *Mémoire à la CESBES*, *op.cit.*, p.3-7 ; *Mémoire présenté à la commission parlementaire spéciale des corporations professionnelles*, Montréal, SEQ, 1972, p.2-4. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 2 mars 1964.

⁴⁶ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dossier « SEQ, 1967-1968 », Anonyme, *Ergothérapie*, *op.cit.*, p.1-4. De fait, le médecin ayant pris, en 1964, la direction du service de réadaptation de Saint-Jean-de-Dieu, après avoir décrit la réadaptation comme une « thérapie adjuvante à d'autres thérapies certes plus importantes » et toujours « sous la supervision étroite [du] médecin traitant », caractérise lui-même sa réforme du service comme une entreprise d'encadrement accru du personnel par les psychiatres, A. Oscar Hamel, « Conception d'un service de réadaptation dans un hôpital psychiatrique », *Le malade mental, le travail et la société. Rapport du colloque*, hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal, 1967, p.35-44.

enfants « inhibés » par la peinture ou la musique, il évoque surtout le sabotage du projet par la référence de nombreux enfants ne correspondant pas du tout au profil recherché et dont certains, loin d'être inhibés, manifestent même des troubles fort perturbateurs du comportement⁴⁷.

Il est aussi vrai que les services de psychiatrie comptent une panoplie d'autres intervenants : travailleuses sociales, infirmières psychiatriques, éducateurs spécialisés et, en pédopsychiatrie, psychomotriciennes et psychopédagogues. Chacun souhaitant s'aménager un territoire exclusif, les ergothérapeutes qui veulent déborder leurs activités d'éveil ou d'employabilité doivent s'aventurer dans un espace professionnel assez encombré. Les congrès annuels de la QSOT font d'ailleurs régulièrement état, dans les années 1960, des « jalousies professionnelles » qui minent les efforts pour diversifier leur pratique. Qui plus est, cette congestion rend difficile l'entrée dans de nouveaux services puisque, là où il n'y avait pas d'ergothérapeute au préalable, leurs tâches sont déjà assumées par un personnel non diplômé « qui, en général, n'est pas enchanté de notre intrusion⁴⁸ ». Peu à peu, le décalage entre des pratiques dans lesquelles elles se reconnaissent de moins en moins et des aspirations formulées encore à tâtons entraîne chez les ergothérapeutes de sérieux problèmes d'identité professionnelle, qui reviennent de façon lancinante dans les congrès des années 1950 et 1960, subsumés sous la question : « Are we practicing occupational therapy ?⁴⁹ »

⁴⁷ *Le Transfert*, 14, 3 (septembre 1990) : 23 ; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 3, 4 (décembre 1994) : 136-140.

⁴⁸ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dossier « SEQ, 1967-1968 », Anonyme, *Ergothérapie*, *op.cit.*, p.1-4; procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 22 septembre et 15 octobre 1958, 5 avril et 3 mai 1965, 6 juin 1966 17 janvier 1967 ; rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1967 ; rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1951, p.1-2; procès-verbaux du Study Course Committee, 24 mars, 16 septembre et 4 novembre 1969, lettre circulaire de A. Blamar et B. Goldberg aux membres, 26 mars 1969, lettre de C. Dion à R. Perron, 29 juillet 1969, lettre de C. Dion à J. Bernd, 29 juillet 1969.

⁴⁹ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 5 octobre 1953, 22 septembre 1958, 7 janvier et 5 octobre 1964, 3 mai 1965.

À la fin de la période, cette question, qui fait le constat des obstacles rencontrés auprès des clientèles existantes, s'accompagne d'un intérêt croissant pour une nouvelle clientèle, moins solidement ferrée par les médecins de l'époque, soit la clientèle infantile, chez qui des textes commencent, après 1968, à identifier avec plus de vigueur des objets d'intervention précis comme le développement perceptuo-moteur et les troubles d'apprentissage⁵⁰. Cette esquisse de trajectoire, qu'on mènera plus avant dans les sections à venir, est analogue à celle des orthophonistes qui, elles aussi, aspirent à la fois à formuler des objets et des objectifs distincts de ceux de la médecine mais voient ce déploiement contrarié par leur faible prise sur le choix des clientèles rencontrées.

Les orthophonistes : entre l'élocution et le langage

La « *speech therapy* », comme profession, est née d'un intérêt pour le traitement des difficultés d'expression orale parmi les enfants d'âge scolaire. Elle émerge aux États-Unis où se constitue, entre 1910 et 1930, un corps de *speech correctionists* spécialisés dans les services aux enfants bègues et localisés dans les écoles : les membres de ce corps d'emploi sont d'abord de jeunes enseignants, pourvus d'une formation particulière dans des établissements supérieurs de pédagogie où leur sont dispensés des rudiments de diction et les conseils de professeurs oeuvrant auprès des enfants sourds. Ces *correctionnists* forment rapidement un groupe cohérent et spécialisé, comme en témoignent leur regroupement en 1926 dans l'American Academy of Speech Correction (AASC) et la création de programmes universitaires dans les années 1930. Cette activité corrective, aux succès mitigés, reste de faible importance jusqu'en 1939 mais, à l'occasion de la guerre, plusieurs praticiens commencent à travailler auprès d'une clientèle adulte dans des hôpitaux militaires remplis de vétérans handicapés par des blessures à la bouche. Bouclant une évolution amorcée avec la création, en

⁵⁰ Société des ergothérapeutes du Québec, *Mémoire à la CESBES, op.cit.*, p.4-7; *Mémoire..., op.cit.*, p.2-3.

1936, du *Journal of Speech Disorders*, la profession se déleste alors de son héritage enseignant pour verser dans le domaine des troubles de la santé, et les praticiens abandonnent peu à peu leur titre scolaire de *correctionnist* pour celui, mieux adapté, de *speech therapist*⁵¹.

Au Québec, l'orthophonie s'implante directement dans les hôpitaux. Il s'agit d'abord d'une activité très modeste. Avant la création du programme de formation de l'ÉRUM en 1956, les personnes pouvant se dire orthophonistes au Québec se comptent sur les doigts d'une seule main. Encore s'agit-il d'autodidactes, la création de la fonction précédant la reconnaissance d'éventuels titres professionnels. Le premier domaine d'intervention est la rééducation à la parole d'enfants qui se remettent d'une opération chirurgicale au palais : à l'instigation de chirurgiens, des services ou « écoles » d'orthophonie sont créés à cette fin au Children's Memorial Hospital (qui devient en 1956 le Montreal Children's Hospital) en 1934, puis à l'hôpital Sainte-Justine au début des années 1940. Au Children's, le service est tenu après 1944 par Mary Cardozo, titulaire d'un diplôme en psychologie. À Sainte-Justine, la fondatrice du service, Aline Delorme, s'est elle aussi formée par ses propres moyens au contact des enseignants de l'Institution des Sourds de Montréal et grâce aux conseils de Cardozo; elle s'adjoint les services d'une bénévole, Germaine Huot, dont elle assure une certaine formation et qui la remplace vers 1947⁵².

Bien qu'au départ dépourvues de formation spécialisée en orthophonie, ces pionnières n'en jettent pas moins les bases d'une pratique spécialisée, sur le modèle étasunien. Dès l'immédiat après-guerre, Cardozo rassemble une petite équipe de jeunes filles, formées parfois en Angleterre et parfois sous sa propre direction, et diversifie sa pratique en visitant d'autres hôpitaux de Montréal où elle rencontre des enfants souffrant d'anomalies faciales ou de paralysie cérébrale,

⁵¹ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes...*, *op.cit.*, p.19-21.

⁵² *Ibid.*, p.21-24. On compterait également une orthophoniste au Royal Victoria Hospital à partir de 1949, Montreal Rehabilitation Survey Committee, *op.cit.*, p.104.

ainsi que certains vétérans victimes d'« aphasies⁵³ »; c'est aussi Cardozo qui, au début des années 1950, fonde un premier groupe d'affinités consacré aux troubles de la parole, la Société de logopédie et d'audiologie de la province de Québec qui reçoit ses lettres patentes en 1955⁵⁴.

Le véritable coup d'envoi de la profession est cependant l'entrée dans le sillage de deux spécialités médicales, soit la psychiatrie et l'oto-rhino-laryngologie (ORL). Le contact avec la psychiatrie, dont le centre nerveux au Québec se trouve, on l'a vu, à l'IRM et dans l'entourage du Dr Gingras, est tout particulièrement important pour l'orthophonie francophone. Approché par Germaine Huot en 1954, Gingras donne à celle-ci l'occasion d'obtenir un diplôme de la School of Speech Correction and Audiology de l'Université Northwestern de Chicago. Au retour de Huot en 1956, il lui confie, outre la direction du service d'orthophonie de l'IRM, la mise sur pied d'un premier programme québécois de formation en orthophonie à l'ÉRUM, offert aux diplômées des collèges classiques féminins⁵⁵ et débouchant après deux ans sur un diplôme de « maîtrise en orthophonie – audiologie⁵⁶ ». En activité dès l'année scolaire 1956-1957, ce programme produit de cinq à six diplômées par an, puis une dizaine après 1963, si bien que la profession compte bientôt, en 1970, une centaine de membres actives qui forment dorénavant un véritable groupe professionnel⁵⁷. Du côté anglophone, un rôle

⁵³ Il est plausible que le terme « aphasie » réfère dans ce contexte aux victimes de traumatismes crânio-cérébraux successifs à un choc violent à la tête.

⁵⁴ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.21-24. Montreal Rehabilitation Survey Committee, *op.cit.*, p.48.

⁵⁵ Sur papier, le programme est ouvert aux représentants des deux sexes mais, d'entrée de jeu, le Dr Gingras et ses collaborateurs ferment la porte aux candidats masculins en jugeant que « ce serait faire fausse représentation que d'ouvrir cette profession aux hommes si elle n'est pas assez rémunératrice », Archives de l'Université de Montréal, procès-verbaux du comité pédagogique de l'École de physiothérapie et de thérapie occupationnelle, 23 novembre 1955.

⁵⁶ Ces deux disciplines entretiennent depuis la guerre des relations étroites ; l'audiologie ne tient cependant guère de place dans le programme de l'École à cette époque et, à partir des années 1970, se distinguera progressivement de sa discipline sœur, v. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*

⁵⁷ La proportion d'hommes variant entre 10 et 15% selon les années ; archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et

similaire est joué par les médecins ORL du Royal Victoria Hospital qui créent, en 1963, la School of Speech and Communication Disorders de l'Université McGill, dont le programme de deux ans mène à l'obtention d'un maîtrise ès Sciences. Même si cette école prend plus de temps avant de former un nombre conséquent de diplômées, elle n'en contribue pas moins elle aussi à l'accroissement des effectifs.

Les premières diplômées décrochent rapidement un emploi dans les hôpitaux de la province. Comme l'envisageait Gingras, la demande provient surtout de services hospitaliers de fondation récente et dirigés, comme l'IRM, par des médecins intéressés aux problèmes de parole dans le cadre de leur propre pratique. Des six membres de la première cohorte de diplômées de l'ÉRUM, deux sont engagées à l'Institut lui-même tandis que les autres se dispersent entre l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke, le Montreal Children Hospital, le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et l'hôpital Notre-Dame de Montréal, où les attendent les médecins psychiatres et ORL déjà en place. Dans les années qui suivent, d'autres hôpitaux réclament les services d'orthophonistes, comme l'hôpital Sainte-Justine ou l'hôpital Maisonneuve⁵⁸.

Dans tous les cas, les diplômées joignent l'entourage de médecins spécialistes. Dans les milieux francophones, l'expansion de la profession est indissociable de celle de la psychiatrie et la création de nouveaux services d'orthophonie suit étroitement le sillage des départements de médecine physique, comme à l'Hôtel-Dieu de Montréal, à l'hôpital de réadaptation Marie-Enfant et à l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi. Cette proximité avec les psychiatres distingue les orthophonistes franco-québécoises de leurs consœurs anglophones qui suivent plutôt l'orbite des ORL du Royal Victoria Hospital et du Montreal

d'audiologie de la province de Québec, 13 juin et 3 octobre 1961, 22 février 1962, 5 octobre 1964, 19 avril, 28 mai et 5 novembre 1965, 16 juillet 1966, 29 mai 1969, 27 février et 25 mai; rapport annuel de Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 1967; liste des « membres français et anglais en règle le 28 mai 1970 ».

⁵⁸ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.31-37. *Fréquences*, 9, 2 (1997) : 8; 11, 2 (1999) : 8.

Children Hospital. Les orthophonistes anglophones reçoivent ainsi 83 % de leurs visites dans les établissements généraux ou de soins prolongés où travaillent les ORL, tandis que les francophones rencontrent plus de la moitié de leurs patients dans des services spécialisés de réadaptation comme l'Institut ou, avec le temps, des cliniques de pédiatrie⁵⁹.

Comme à l'ÉRUM, l'autorité des médecins spécialistes en place pèse lourd sur le travail des paramédicales. Leur mainmise sur le choix des patients est particulièrement manifeste : dans l'ensemble des centres, plus de la moitié des patients référés en orthophonie présentent des problèmes anatomiques référés par les médecins physiatres et ORL. Ceux-ci confient essentiellement aux orthophonistes des tâches de rééducation de la parole chez les victimes de blessures ou incapacités anatomiques : ainsi, si les physiatres de l'IRM réfèrent beaucoup de patients hémiplegiques souffrant de paralysie faciale, les médecins ORL tendent à référer les cas ayant subi des blessures au palais ou des laryngectomies. Les physiatres et les ORL ne réfèrent ainsi que les patients sur lesquels ils gardent une pleine autorité et se réservent le droit d'assigner à l'avance les objectifs à poursuivre⁶⁰.

Plusieurs jeunes orthophonistes estiment que ce contrôle médical tronque leur champ d'intervention et les condamne à une réclusion indue dans les domaines d'autorité des médecins, en les privant de cas de bégaiement ou de voix qui mettraient mieux en valeur leurs compétences. Certaines revendiquent une autonomie qu'elles estiment leur revenir de droit et des conflits éclatent, qui se terminent souvent au détriment des nouveaux venus. Assez rapidement, par exemple, l'orthophoniste Pierre Marois doit quitter son travail hospitalier à

⁵⁹ Statistique Canada, *La statistique hospitalière*, vol. I, 1973-1975, et vol. II, 1962-1972, Ottawa, Statistique Canada.

⁶⁰ D'autant que bon nombre des patients vus en clinique externe sont probablement d'anciens cas en rémission, originellement admis en clinique interne par des médecins, *ibid.* V. Danielle Choquette, *op.cit.*, p.62

Québec devant « la mainmise de certains fiefs⁶¹ » des ORL de l'établissement, et Germaine Huot soulignera rétrospectivement comment le désir d'aménager un champ d'activité autonome dans les années 1950 et 1960 exigeait de lutter constamment « pour convaincre l'employeur [et] subir en plus la tutelle de responsables tout à fait étrangers à notre domaine⁶² ». Elle-même mène quelques batailles après son renvoi de l'Institut en 1961, joignant d'abord l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi où l'attendent des ORL, puis, après 1966, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) où elle dit avoir lutté encore « afin de soustraire notre service aux tiraillements de certains médecins physiatres et ORL quelque peu jaloux de notre autonomie⁶³ ». Un peu partout, le pouvoir de décision des médecins sur l'activité paramédicale inquiète des orthophonistes qui font état de « controverses » concernant l'accès aux patients et la décision d'entreprendre ou non une rééducation selon les cas⁶⁴.

Les aspirations à étendre la pratique de l'orthophonie au-delà des cadres anatomiques prisés par les médecins spécialistes renvoient à la pratique professionnelle telle qu'elle existe ailleurs dans le monde anglo-saxon. Aux États-Unis, par exemple, dès la fin des années 1950, les cas d'ordre anatomique comme les fissures palatines ne comptent que pour moins de 5% des références en orthophonie⁶⁵. Ces modèles étrangers sont véhiculés parmi les cliniciennes québécoises, tant par le biais d'orthophonistes formées aux États-Unis, comme Germaine Huot ou E. J. Lennon qui enseignent à l'ÉRUM entre 1956 et 1966, que par l'influence des « *speech therapists* » d'origine britannique qu'on trouve dans

⁶¹ *Fréquences*, 11, 2 (1999) : 8.

⁶² *Ibid.*

⁶³ *Fréquences*, 9, 2 (1997) : 8.

⁶⁴ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 14 novembre 1966; v. Santé et Bien-être social Canada, *Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie*, Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1982, p.30-31.

⁶⁵ Elizabeth Neidecker, *School programs in speech-language*, Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice Hall, 1980, p.5-8.

certains hôpitaux, généralement sur une base temporaire, avant la création des premiers diplômés québécois⁶⁶. En 1953, par exemple, une orthophoniste de passage introduit à l'OTRC l'idée selon laquelle l'orthophoniste ne s'attarde pas qu'aux « désordres physiques » mais aussi à des problèmes concernant « the overall personality » comme le bégaiement ou les facettes de l'aphasie qui touchent l'intellect et les émotions; en 1964, les orthophonistes du Centre évoquent encore le traitement de problèmes dus non seulement à des maladies ou à des accidents, mais également à des désordres émotionnels qui nuisent eux aussi à l'usage de la parole⁶⁷.

Hors des murs plus conciliants de l'OTRC, ces intérêts extra anatomiques n'ont souvent pas la faveur des médecins responsables. Le cas de l'IRM, avec le renvoi de Huot en 1961 et les rappels à l'ordre dans les années qui suivent, en offre un exemple éloquent. D'autres établissements offrent cependant aux orthophonistes plus d'opportunités d'étendre leur champ d'action. Selon le milieu, ces opportunités sont attribuables soit à une prise médicale moindre, qui permet aux paramédicales de diversifier leur clientèle, soit à la diversification de la clientèle des médecins eux-mêmes, un cas de figure de plus en plus fréquent après l'instauration de l'assurance hospitalisation en 1961.

Dans les années 1960, ces deux causes se présentent souvent de concert, comme c'est le cas chez les orthophonistes qui travaillent auprès des ORL de l'hôpital Notre-Dame de Montréal. D'abord embauchées pour assurer la réadaptation à la parole des patients laryngectomisés⁶⁸ ou souffrant de troubles

⁶⁶ Comme Anna Farkas et Barbara Clay, qui se passent chacune quelque temps à l'IRM entre 1952 et 1954 ; Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1952, p.6; 1954.

⁶⁷ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1952, p.9, 14-15 ; 1953 ; 1954, p.6-7; 1955, p.4; 1964, p.5; 1965, p.5.

⁶⁸ Une opération qui connaît alors « un développement marqué » avec l'arrivée d'un nouveau chef ORL, Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1952, p.76, 99. On remarque une évolution analogue au Centre de l'ouïe et de la parole de l'Hôtel-Dieu de Québec, ouvert en 1961 à l'instigation du Dr Paul Fougère et qui rassemble une panoplie de médecins spécialistes (ORL, pédiatres et orthodontistes) autour d'enfants souffrant de fissures des lèvres ou du palais, François Rousseau, *op.cit.*, p.372-373.

vocaux « spécifiques d'ORL », les orthophonistes de l'hôpital commencent plutôt, après 1960, à recevoir des mêmes ORL un nombre accru de jeunes sourds-muets qu'elles doivent « réhabiliter » par un « entraînement auditif » visant la compréhension et l'expression verbale; en parallèle, elles se voient aussi référer de nouveaux patients hémiplegiques ou souffrant de paralysies faciales en provenance des services de neurologie ou de médecine physique⁶⁹. À ces nouveaux cas, qui demeurent sous ferme juridiction médicale, les orthophonistes parviennent toutefois aussi à ajouter des cas moins sujets à la prise du médecin. Cette extension particulière de leur activité est favorisée par une proximité moindre des ORL en raison de la baisse relative du nombre de laryngectomisés; à l'hôpital Notre-Dame, elle est aussi, de manière contingente, facilitée par la grande distance physique qui sépare à l'époque le service d'ORL des locaux consacrés à l'orthophonie⁷⁰. Dans ces conditions, les orthophonistes tissent des contacts avec des écoles primaires dont elles obtiennent, à partir de 1967, un nombre croissant de jeunes patients auprès desquels elles développent des activités en matière de bégaiement ou de déglutition, peu courantes dans le monde hospitalier d'alors⁷¹.

Cette relative autonomie dans la sélection des cas se reflète dans l'évolution des catégories utilisées par les orthophonistes pour décrire et classifier leur clientèle: de 1961 à 1968, des catégories restrictives, qui ne pouvaient englober que des problèmes anatomiques ou neurologiques comme l'aphasie, la

⁶⁹ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1960, p.114-116; 1967, p.80-81; v. 1952, p.76, 99, 102; 1953, p.98; 1961, p.96.; 1962, p.108; 1963, p.97-98; 1964, p.103; 1967, p.80; 1968, p.83-84.

⁷⁰ Jusqu'en 1967, les salles de thérapie en orthophonie sont terrées au sous-sol de l'hôpital et les patients doivent attendre dans le corridor de la morgue; même après l'octroi de nouveaux locaux, le chef ORL continue de se plaindre de la distance entre les deux services et formule, en 1968, le projet de resserrer les relations coutumières afin, notamment, d'introduire en orthophonie un nouveau « traitement acoustique » par la clientèle qu'il y a référée. *Ibid.*, 1967, p.80; 1968, p.83.

⁷¹ *Ibid.*, 1967, p.80; archives de l'Université de Montréal, boîte 5954, dossier « Stages Notre-Dame », document anonyme rédigé au nom des cliniciennes en réadaptation de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1981, p.5-6.

dysphasie ou la dysphonie, sont abandonnées au profit de la catégorie beaucoup plus large des « retards de langage », qui permet d'inclure une large variété de conditions rencontrées parmi la clientèle scolaire plutôt qu'hospitalière⁷². L'introduction, en 1967, de la catégorie des « retards de langage » au service de l'hôpital Notre-Dame anticipe d'ailleurs de quelques années sur l'évolution générale de la pratique orthophonique au Québec, ce qui témoigne de l'impact des marges de manœuvre particulières au sein d'un établissement donné.

Les années d'après-guerre témoignent ainsi du poids du sillage médical dans la trajectoire des professions paramédicales de réadaptation physique au Québec. Ces groupes, dont les origines sont pourtant plus anciennes, connaissent sous l'influence médicale une véritable refondation après 1945. Cette captation par des spécialités médicales comme la physiatrie leur permet d'entrer de plein pied dans le monde sanitaire mais s'accompagne de contraintes importantes. On a vu la prise des médecins spécialistes sur le travail des nouvelles professionnelles et la charge que cela représente pour plusieurs thérapeutes.

Des occasions se présentent tout de même, pour les paramédicales, d'étendre leur champ de pratique, bien que leur capacité à s'en saisir demeure inégale selon les contextes. Dans la physiothérapie d'après-guerre, le fait qu'une prédilection nouvelle pour l'exercice physique demeure rivee à l'emploi de machines accentue la prise médicale sur le travail. En ergothérapie, des vellétés d'utiliser l'artisanat à des fins d'intégration sociale se butent à des assignations à des tâches d'entraînement physique ou de diversion. Chez les orthophonistes, une clientèle principalement anatomique marginalise les aspirations à une approche plus large du langage.

Les opportunités qui commencent toutefois à s'ouvrir découlent de transformations plus vastes du monde de la santé : qu'il s'agisse de l'arrivée de

⁷² Il importe de noter que les catégories décrites ici comme limitatives, comme la dysphasie, le sont en vertu des significations qu'on leur attribue à l'époque. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1961, p.96; 1964, p.104 ; 1967, p.82-83 ; 1968, 86-87.

cohortes ponctuelles d'enfants à l'IRM, d'une clientèle externe pour les ergothérapeutes en psychiatrie, ou de la diversification de la clientèle des orthophonistes de l'hôpital Notre-Dame, les principales raisons d'espérer pour les paramédicales découlent de l'accroissement et de la diversification des clientèles médicales, accélérées après 1961 par l'entrée en vigueur de l'assurance hospitalisation. Cette oscillation entre le contrôle médical et des transformations qui invitent à s'en délester marquent aussi la trajectoire des professions de type psychosocial, comme la psychologie et le travail social.

CHAPITRE 3

LE SECTEUR PSYCHOSOCIAL : EN QUÊTE D'UN RÔLE THÉRAPEUTIQUE

L'après-guerre représente aussi un moment tournant pour des groupes spécialisés dans la psyché et les relations humaines, comme les psychologues et les travailleuses sociales. Bien que leurs ancrages soient plus multiformes, leur trajectoire après 1945 demeure fortement marquée par l'influence des milieux de la santé et, comme en réadaptation physique, le contact avec certains médecins spécialistes, en l'occurrence les psychiatres.

Les psychologues : entre les tests et la relation d'aide

Ce que l'on appelle la « psycho-logie » est d'abord apparu, à la fin du 19^e siècle comme un domaine de réflexion proprement académique construit comme un dialogue entre la médecine et la recherche philosophique sur les catégories de la conscience. Sous l'impulsion de médecins, comme Sigmund Freud en Europe ou Adolf Meyer aux États-Unis, cette réflexion alimente ensuite une redéfinition des catégories cliniques de la maladie mentale et le développement d'une nouvelle approche thérapeutique basée non plus sur l'enfermement ou le traitement physiologique des malades mentaux, mais sur un dialogue avec la psyché, aux modalités d'ailleurs fort variables. Bien qu'elle fasse l'objet d'un développement autonome dans les universités, il reste qu'en clinique, cette approche, appelée parfois « psychodynamique », demeure au début l'apanage de psychiatres dont

elle renouvelle la pratique en les aidant à sortir des asiles, ainsi qu'à médicaliser sous couvert d'« hygiène mentale » divers problèmes comme l'amoralité, la faiblesse d'esprit ou la pauvreté persistante. Au Canada, cette activité prend forme en 1918, avec la création du Canadian National Committee for Mental Hygiene et au Québec, d'une nouvelle division des maladies mentales au sein du Conseil d'hygiène de la province¹.

En parallèle à ces entreprises, on trouve un corps plus ou moins diffus de spécialistes non médicaux de la psyché, dont certains portent le titre de « psychologue ». Après 1920, la coagulation de ces experts en un groupe identifiable doit beaucoup à leur rassemblement autour de psychiatres, qui voient en eux des auxiliaires à qui déléguer certaines tâches. Dans ce cadre, les psychologues, souvent des hommes, sont notamment affectés à la passation de tests d'intelligence. Dans la première moitié du 20^e siècle, l'usage de ces tests connaît une grande vogue et les psychiatres spécialisés en hygiène mentale les utilisent à des fins tant de dépistage que de diagnostic différentiel, surtout chez les enfants d'âge scolaire. Après 1940, alors que l'approche psychodynamique s'impose en psychiatrie hospitalière, l'emploi d'auxiliaires psychologiques affectés aux tests s'accroît significativement².

¹ Nicolas Marchand, *op.cit.*, p.51-59 ; Lucie Quevillon, *Parcours d'une collaboration. Les intervenants psychiatriques et psychologiques à la Cour des jeunes délinquants de Montréal (1912-1950)*, mémoire de maîtrise (UQAM), 2001, p.34-35, 81-82 ; Thomas Brown, « Dr. Ernest Jones, Psychoanalysis and the Canadian Medical Profession, 1908-1913 », S. Shortt (dir.), *Medicine in Canadian Society*, Montréal, MQUP, 1981, p.318-322, 328-329, 352 ; Gerald Grob, « The Forging of Mental Health Policy in America : World War II to New Frontier », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 42 (1987) : 412-417, 422.

² David MacClennan, « Beyond the Asylum. Professionalization and the Mental Hygiene Movement in Canada, 1914-1928 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire médicale*, 4 (1987) : 7-23 ; Harley Dickinson, « Mental Health Policy in Canada », B. Bolaria et H. Dickinson (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p.466-472. V. James Trent, *Inventing the Feeble Mind*, Berkeley, UCP, 1994, 356p. ; Yves Pelicier et Guy Thuillier, « Pour une histoire de l'éducation des enfants idiots en France (1830-1914) », *Revue historique*, 261, 1 (1979) : 99-130 ; Monique Vial, *Les enfants anormaux à l'école. Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, Paris, Armand Colin, 1990, 231p. ; Gerald Grob, *op.cit.*, p.412-422.

L'entrée de psychologues dans les hôpitaux passe ainsi par le sillage de ces médecins spécialistes que sont les psychiatres. Il reste que la psychologie, comme discipline académique, n'entretient pas avec la médecine les mêmes liens de dépendance que les professions de réadaptation physique. Science à part entière, malgré sa présence limitée en clinique, la psychologie jouit d'une autonomie intellectuelle et académique qui rend possible la création de départements universitaires autonomes. Au Canada, l'Université de Toronto crée un premier programme de psychologie en 1891, suivie de l'Université McGill en 1922. Du côté francophone, l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal (IPUM) est fondé, en 1942, au sein de la Faculté de philosophie par le père dominicain Noël Mailloux, un non médecin formé en Italie et en Allemagne. Tant l'IPUM que le département de l'Université McGill développent une activité de recherche et offrent rapidement les trois cycles de formation. À partir des années 1940, d'autres universités québécoises se dotent de quelques cours de psychologie, bientôt agglutinés à leur tour en programmes autonomes, d'abord à l'Université Bishop en 1960, puis à l'Université Laval en 1961 ; on trouve aussi des cours au collège Sir-George-William dès 1950 et, à partir de 1966, une licence en psychologie scolaire à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Sherbrooke. Cette autonomie académique rend le profil de formation des psychologues très différent de celui des paramédicales de réadaptation physique. Les exigences de diplomation, notamment, sont plus élevées : après la guerre, il est généralement attendu d'un psychologue qu'il obtienne une maîtrise avant de se lancer dans la pratique et, en 1966, le quart des membres de la Corporation des psychologues de la province de Québec détient même un doctorat³.

³ *Rel-Int* (avril 1966) : 4 ; *Bulletin de la PAPQ* (avril 1955) : 10 ; (avril 1962) : 6-8 ; *Cahiers du psychologue québécois*, 4, 5 (décembre 1982) : 1 ; *Psychologie Québec*, 11, 2 (mars 1994) : 2 ; 11, 3 (mai 1994) : 2 ; 14, 2 (mars 1997) : 18 ; archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Psychological Association of the Province of Quebec, 25 mai et 15 janvier 1957, 5 janvier 1961 et 5 décembre 1961, 16 janvier 1962 ; procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 13 avril 1965 ; 7 janvier, 29 mars, 13 mai, 20 mai et 16 décembre 1966 ; 17 février et 15 décembre 1967 ; 15 mars, 24 mai, 25 octobre et 29 novembre 1968 ; 21 février 1969 ; *Constitution de l'Association des psychologues du Québec*, [11 mai 1955], articles 4 et 8 ; archives de l'Université de Montréal, boîte 420, dossier « Projets de

Après la Seconde Guerre mondiale mais surtout après 1960, ces programmes forment un nombre croissant de diplômés qui donnent à la psychologie l'envergure numérique d'un véritable groupe professionnel, comme dans le cas des professions de réadaptation physique. L'Institut de psychologie de l'Université de Montréal, de loin le département le plus important en termes d'effectifs, passe ainsi d'un total de 65 étudiants actifs en 1957 à 204 en 1965, puis à 422 en 1969. Même si tous ces étudiants ne se destinent pas à la clinique, ils participent à une inflation certaine du personnel disponible : de 1954 à 1971, le membership de l'Association des psychologues de la province de Québec passe ainsi de 177 à 805 inscrits. Le champ d'activité de ces diplômés est cependant très large et déborde la seule pratique hospitalière, plusieurs trouvant un emploi dans des organismes aussi divers que les agences sociales, les pénitenciers, les services d'orientation professionnelle, les commissions scolaires, les universités ou les grandes entreprises.

Cette dispersion ne signifie pas que les psychologues non hospitaliers n'entretiennent pas de rapports avec le monde de la santé, ou qu'ils ne décrivent pas eux-mêmes leur travail comme une pratique sanitaire. De fait, la présence en santé, très répandue, détermine le visage public de la profession. Un nombre important de psychologues oeuvrant en cabinet privé qualifient ainsi leur pratique de « clinique », reproduisant un certain modèle sanitaire, voire médical. À la fin de la période, environ 13% des psychologues travaillent dans ces cabinets privés contre 32% dans des établissements de soins, ce qui fait qu'environ 45% des psychologues travaillent alors dans des contextes identifiés d'emblée comme sanitaires ; en 1966, cette pratique « clinique » regroupe la grande majorité des détenteurs de doctorat hors de l'université – ainsi d'ailleurs que la majorité des femmes présentes sur le marché du travail. De 1954 à 1973, le nombre de

praticiens en milieu hospitalier s'élève à tout moment à entre 100 et 250 personnes, qui forment le principal corps d'emploi de la profession⁴.

Les psychologues en milieu hospitalier ne sont alors présents que dans un nombre limité d'établissements, soit les hôpitaux psychiatriques et les quelques hôpitaux généraux dotés de services notables de psychiatrie : encore en 1973, on ne trouve des psychologues que dans une trentaine d'hôpitaux québécois, dont quinze comptent cependant pas moins de six à seize psychologues chacun. Cette concentration dans des services qui font un usage intensif des psychologues témoigne du type de travail qui leur est attribué. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la psychologie hospitalière consiste en effet largement à faire passer des « tests mentaux », donnant une mesure quantifiée sous forme de quotient intellectuel, à des patients référés par des médecins, psychiatres ou neurologues, pour qui le QI représente une variable différentielle dans l'établissement du diagnostic. Cette activité n'entre pas en contradiction avec les racines disciplinaires de la psychologie elle-même, dont les percées les plus visibles au 20^e siècle concernent précisément l'élaboration de tests d'intelligence, comme les célèbres batteries Simon-Binet ou Weschler. Dans les années 1950, l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal consacre lui-même des ressources notables à mettre au point sa propre « échelle de développement mental », destinée à la mesure de l'intelligence chez l'enfant ; d'autres recherches portent aussi sur l'évaluation de l'intelligence adulte, comme en témoigne en 1967, le travail d'un psychologue chercheur qui évalue, à des fins de classification, le QI de larges groupes de « déficients mentaux » internés à l'hôpital Saint-Michel-Archange⁵.

⁴ En guise de comparaison, 23% des psychologues travaillent en milieu scolaire et 21% au sein de l'université. *Bulletin de la PAPQ* (mai 1954) : 14-17 ; *Rel-Int* (avril 1966) : 4 ; *Bulletin de la CPPQ*, 5, 6-7 (juillet 1973) : 7-12 ; 5, 8-9 (septembre 1973) : 2 ; archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 25 février et 27 juin 1966, 11 avril 1969.

⁵ V. Lucie Quevillon, *op.cit.*, p.85-86, 149 ; *Bulletin de la PAPQ* (mai 1957) : iii ; *Rel-Int*, 2, 6 (décembre 1967) : 104-109 ; *Bulletin de la CPPQ*, 5, 8-9 (septembre 1973) : 2). Archives de

Si elle assure une niche distinctive aux chercheurs universitaires, la mesure de l'intelligence ne réserve cependant aux psychologues en clinique qu'un rôle d'appoint au diagnostic posé par des médecins : un psychologue racontera d'ailleurs comment les médecins de l'après-guerre commandent alors des tests d'intelligence « comme on demande un test de laboratoire⁶ », plaçant les psychologues dans une position à la limite de la technicité.

Amalgamés aux services de psychiatrie, les psychologues n'y rencontrent que la clientèle référée par des médecins, dont la supervision est immédiate. Jusqu'au début des années 1960, ces derniers gardent aussi la main haute sur l'application de techniques thérapeutiques de pointe, comme la psychothérapie, auxquelles prétendent aussi les psychologues. C'est le cas au service de neuropsychiatrie de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, qui s'ouvre à la clientèle externe après 1949 : tandis que le psychologue réalise annuellement plus de 200 passations de divers tests, c'est le psychiatre qui use de thérapies comptant, aux côtés d'électrochocs et de l'insulinothérapie, des modalités comme les psychothérapies individuelles ou de groupe, et la psychanalyse. Au Queen Mary Veterans's Hospital, dans les années 1950, les psychologues emploient une gamme élargie de mesures de l'intelligence ou de la personnalité à l'aide de tests, d'entrevues ou de techniques projectives pour « aider au diagnostic », mais il reste que leur participation aux thérapies proprement dites se limite à l'observation passive de certaines psychothérapies de groupe⁷.

Avec le temps, des psychologues en viennent à jouer auprès d'autres médecins spécialistes, le même rôle d'instrumentation axé sur la passation de

l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Psychological Association of the Province of Quebec, 25 mai 1957.

⁶ *Cahiers du psychologue québécois*, 4, 3 (1982) : 13-15.

⁷ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1948, p.74 ; 1949, p.76 ; 1950, p.87-88 ; 1952, p.110 ; 1953, p.102-103. Archives de l'Université de Montréal, boîte 394, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, *Organisation des stages*, Montréal, IPUM, 1951, p.2-3.

tests. À l'hôpital Notre-Dame de Montréal, après 1960, le Centre de l'ouïe et de la parole, dirigé par un ORL, requiert les services d'un psychologue pour la réalisation de tests, à 95% des tests d'intelligence destinés au diagnostic différentiel d'enfants présentant des problèmes de compréhension⁸. Ce rôle d'appoint est aussi le lot des psychologues engagés dans le cadre pourtant moins médical de l'OTRC où, plutôt que de servir à soulager un médecin de la passation des tests, le rôle du psychologue consiste à utiliser les mêmes tests d'intelligence pour évaluer l'employabilité des patients, afin d'alléger cette fois le travail des ergothérapeutes qui, au Centre, cherchent alors à se décharger de cette tâche⁹.

Ce rôle d'appoint sied mal à un groupe qui caresse des prétentions thérapeutiques et dont une large part est allée jusqu'au doctorat pour servir cette fin. Tout au long de la période, des documents évoquent ainsi des tensions relatives au contenu du travail clinique en psychiatrie¹⁰. L'insatisfaction est d'ailleurs inculquée dès la formation : de 1948 à 1965, l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal précise dans son annuaire que « l'Institut de psychologie a été fondé... en vue de former des psychologues qui ne soient pas simplement ce que l'on appelle communément des psychotechniciens¹¹ », nom donné aux chargés de tests. En clinique, l'objet du travail psychologique devrait ainsi inclure la mesure des aspects plus qualitatifs de la personnalité, grâce à l'usage combiné d'entrevues et de tests d'expressivité ou « projectifs »¹² qui favorisent une prise

⁸ Qu'on attribuera peut-être, si l'intelligence est jugée normale, à une mauvaise audition. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1961, p.97 ; 1962, p.79 ; 1963, p.98.

⁹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1960, p.ii-iv, 7-9 ; 1961, p.iv, 10 ; 1962, p.10-11 ; 1963, p.4 ; 1964, p.3-5 ; 1966, p.7 ; 1967, p.3 ; 1969, p.7.

¹⁰ Montreal Rehabilitation Survey Committee, *op.cit.*, p.48 ; archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Psychological Association of the Province of Quebec, 19 octobre 1955 ; 16 janvier 1962 ; procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 13 avril et 8 juin 1965.

¹¹ Annaires de l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal, 1948-1965.

¹² Les tests projectifs consistent à demander au patient d'interpréter des images ambiguës pour mettre à jour les associations d'idées et les discours générés chez le patient. Les épreuves les plus courantes sont le Rorschach, qui emploie des images abstraites, et le Thematic Aperception Test (TAT), qui emploie des représentations de la vie sociale.

thérapeutique plus directe sur les problèmes psychiques du patient et leur résolution par la psychothérapie. Dès 1950, des psychologues promeuvent l'emploi de ces tests et de la psychothérapie, y compris à l'IPUM qui enseigne la psychanalyse depuis sa création ; ces aspirations se font plus visibles après 1960, année où l'IPUM crée, parmi ses profils de formation professionnelle, une populaire maîtrise en pratique clinique précisément centrée autour de la psychothérapie, de l'intervention sur la personnalité et de tests projectifs comme le Rorschach et le TAT. Affranchis des contraintes hospitalières, les psychologues en cabinet privé s'engagent résolument dans cette voie : en 1967, la Corporation des psychologues compte une soixantaine de membres pratiquant la psychothérapie, majoritairement en privé où ils traitent des problèmes identifiés en termes qualitatifs et de personnalité (l'« immaturité », par exemple) plutôt que de potentiel intellectuel. Ces thérapeutes privés entrent d'ailleurs souvent en compétition avec des psychiatres et, si on hésite à se lancer dans des conflits ouverts, plusieurs suivent de près les luttes de juridiction opposant psychologues et médecins aux États-Unis¹³.

Comme on peut s'y attendre, il en va différemment en milieu hospitalier. Les psychologues, engoncés dans une économie des tâches qu'ils ne contrôlent pas, ne parviennent que progressivement, et de manière irrégulière, à implanter une évaluation psychologique de la personnalité, même si leurs efforts en ce sens sont bien visibles.

Leur succès relatif dépend de la nature des services qui les emploient. Paradoxalement, ce sont les milieux non psychiatriques qui, peut-être par inertie, offrent le plus de résistance. Parce que les autres médecins spécialistes, contrairement aux psychiatres, se sont attachés des psychologues pour des motifs bien précis, le rôle du psychologue y est en effet plus campé ; de plus, comme le

¹³ *Annuaire de l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal*, 1965 ; *Bulletin de la PAPQ* (avril 1955) : 12 ; *Rel-Int*, 2 (1965) : 8 ; 2, 3 (juin 1967) : 56-57 ; 2, 5 (septembre 1967) : 77 ; 2, 6 (décembre 1967) : 109 ; 3, 1 (mars 1968) : 20 ; *Bulletin de la CPPQ*, 3, 11 (novembre 1971) : 10, 15 ; archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 30 août 1966.

psychologue y travaille souvent seul, la passation de tests d'intelligence s'y fait plus intensive et laisse moins de temps pour d'autres activités. Au Centre de l'ouïe et de la parole de l'hôpital Notre-Dame, par exemple, le psychologue parvient tout au plus, entre 1966 et 1968, à accroître de 4 à 19% la part d'évaluations de la personnalité dans les tests prodigués, au point où c'est la travailleuse sociale, embauchée pour des tâches de gestion, qui profite d'occasions de lancer des groupes de thérapie pour « enfants inhibés ». De même, à l'IRM où la réalisation de tests s'effectue à la demande du médecin, la hausse de clientèle après 1957 gonfle le volume de tests d'intelligence destinés à évaluer l'employabilité, ce qui force les psychologues à réduire à une peau de chagrin le nombre d'entrevues psychosociales dont ils tâchaient pourtant, depuis 1954, d'instituer la pratique¹⁴.

Dans les milieux psychiatriques, le contact avec une clientèle spécialisée et, après 1961, en pleine croissance aide les psychologues à diversifier leurs tâches malgré la proximité des psychiatres, peut-être débordés. Au service de neuropsychiatrie de l'hôpital Notre-Dame, le psychologue, qui a implanté l'usage de tests de personnalité Rorschach dès les années 1950, s'implique, à partir de 1964, dans la « dynamique de groupe » des patients internes. Ailleurs, des étudiants stagiaires obtiennent progressivement, grâce à « la collaboration empressée mais non officielle » du personnel, de se tremper les pieds dans de véritables séances de thérapie dans certains services spécialisés, comme à l'hôpital pour vétérans de Sainte-Anne-de-Bellevue¹⁵.

¹⁴ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1960, p.114-115 ; 1967, p.84 ; 1968, p.83-84, 88 ; rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1954-1963.

¹⁵ Selon le responsable des stages de l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal, parmi les superviseurs concernés, « seul le Dr Nash du Montreal Children Hospital semblait réfractaire... car selon lui, la psychothérapie devait rester le monopole des membres du clergé », un motif sans doute peu répandu dans la communauté psychologique. Archives de l'Université de Montréal, boîte 394, dossier « Stages d'internat, 1964-1965 », Gabrielle Clerk, *Visites des internats, novembre – décembre 1964*, p.2. V. Archives de l'Université de Montréal, boîte 394, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, *Organisation des stages*, Montréal, IPUM, 1951, p.2-3 ; rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1950, p.88 ; 1964, p.110.

Au cœur de ces velléités d'accéder à la thérapie par une évaluation de la psyché plutôt que du seul intellect se trouve la relation qu'entretiennent les psychologues avec les tests d'aptitudes et d'intelligence. Cette relation varie en fait selon la signification changeante de ces tests dans les différents milieux. Dans un service non psychiatrique, comme à l'IRM, où les tests d'aptitudes et d'orientation enserrent la pratique, les psychologues souhaitent en minimiser résolument l'importance pour axer plutôt leur travail sur le traitement de l'estime de soi et l'encadrement des réinsertions familiales. En psychiatrie, les attitudes sont plus nuancées : bien qu'on veuille déborder l'usage des tests moins qualifiants, on n'entend pas s'en délester complètement, mais plutôt en déléguer la mise en œuvre, sous supervision, à des « psychotechniciens » formés sur le tas par certains psychologues hospitaliers, une pratique avérée au milieu des années 1960, qui prend suffisamment d'ampleur pour inspirer la brève expérience d'un programme de cours crédités à l'Université McGill vers 1968-1969¹⁶.

Enfin, il existe un autre milieu où l'attitude des psychologues tranche avec cette mise à distance des tests : il s'agit du milieu scolaire où, loin de vouloir déborder les tests d'intelligence, les psychologues s'y arc-boutent au contraire avec vigueur. En fait, cette attitude divergente met en cause la place de la psychologie clinique auprès de l'importante clientèle infantile.

Les enfants offrent dès le début du siècle une clientèle privilégiée aux cliniques d'hygiène mentale et, dans les années 1940, l'« enfance inadaptée » constitue un champ d'intérêt bien développé dans plusieurs services psychiatriques hospitaliers comme ceux de l'hôpital Sainte-Justine, du Allan Memorial Institute et de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Par son profil particulier, cette clientèle justifie la mise sur pied de services plus autonomes, qui donnent

¹⁶ *Rel-Int*, 1, 2 (décembre 1966) : 21; 3, 1 (mars 1968) : 7; *Bulletin de la CPPQ*, 4, 1 (janvier 1972) : 8; 4, 9 (septembre 1972) : 8; 5, 8-9 (septembre 1973) : 7; archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 13 mai et 19 août 1966; 5 janvier, 1^{er} mars, 14 mars, 15 mars, 9 août et 25 octobre 1968; 21 février, 14 mars et 21 novembre 1969. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1969-1975.

très tôt la chance à des psychologues de se dégager des contraintes propres aux milieux plus classiques. C'est le cas, par exemple, à l'Institut médico-pédagogique du Mont-Providence où les psychologues accèdent, plus tôt qu'ailleurs, à la pratique d'une forme de psychothérapie, axée sur la manipulation de peinture ou de plasticine¹⁷.

Un haut lieu d'épanouissement de la psychologie auprès des enfants est le Centre d'orientation de Montréal, qui entretient des relations serrées avec l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal. D'abord fondé en 1943 par le Conseil des Œuvres sous la forme d'un service de placement d'enfants, le Centre, sous l'influence, encore une fois, du père Noël Mailloux, infléchit son mandat pour se spécialiser dans l'évaluation psychologique des enfants perturbés. En 1947, le Centre crée à cette fin un internat et une Clinique d'aide à l'enfance, que l'historienne Lucie Quévillon décrit comme la « première clinique externe au Québec¹⁸ » dans ce secteur. Animée par des psychologues¹⁹, la Clinique permet à ceux-ci de déployer des compétences qui, de leur part, auraient été peu prisées dans les hôpitaux : en plus de services d'orientation, on y offre des thérapies d'« orientation analytique », et l'usage de tests s'y complète systématiquement d'entrevues menées par les psychologues²⁰. En 1951, le Centre étend son activité thérapeutique à des classes de jeunes garçons à l'intelligence normale mais « manifestant une mésadaptation profonde au milieu... social ambiant²¹ »,

¹⁷ Archives de l'Université de Montréal, boîte 394, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, *Organisation des stages*, *op.cit.*, 1951, p.1; *Rel-Int*, 2, 3 (juin 1967) : 51-52). (*Bulletin de la CPPQ*, 3, 11 (novembre 1971) : 6 ; *Psychologue québécois*, 6, 3 (juillet 1974) : 11 ; *Cahiers du psychologue québécois*, 4, 5 (décembre 1982) : 4-6 ; Lucie Quévillon, *op.cit.*, p.80-84, 135.

¹⁸ Lucie Quévillon, *op.cit.*, p.89.

¹⁹ Le Centre en comptera 22 en 1974, contre trois médecins et un travailleur social.

²⁰ Dès les années 1940, la Clinique canalise les demandes d'expertises psychologiques de la Cour des jeunes délinquants; selon Quévillon, l'introduction d'un usage systématique de l'entrevue en complément des tests constitue « en soi une véritable révolution de la thérapie », Lucie Quévillon, *op.cit.*, p.60-61, 84-94, 148-149.

²¹ *Psychologue québécois*, 6, 2 (avril 1974) : 4-5.

plongeant ses psychologues dans une activité de psychothérapie émancipée de la mesure de l'intellect. Bien que singulier dans le paysage sanitaire québécois, le Centre offre un modèle très prégnant chez les psychologues et devient, en 1949, le principal lieu de stage de l'IPUM, diffusant chez les étudiants les rudiments (et le goût) de la thérapie psychanalytique²².

S'il se distingue des services hospitaliers, même de psychiatrie infantile, le Centre n'en pense pas moins sa pratique « clinique » en des termes sanitaires, l'action auprès des jeunes d'âge scolaire se présentant en quelque sorte comme un prolongement de l'hôpital. Conscients de ce qui alimente le mieux leur pratique dans un tel environnement, les psychologues du Centre s'y comportent comme leurs confrères hospitaliers en débordant les tests au profit de la psychothérapie ; c'est toujours dans cet esprit de thérapeutique que des cliniciens, comme le psychologue Pierre Marois, entretiennent des liens avec le milieu scolaire où ils assurent des services diagnostiques et dénichent certaines références²³.

Dans les années 1960, cependant, la relation entre la pratique sanitaire et la clientèle d'âge scolaire se transforme à mesure que les commissions scolaires, mieux financées, engagent un nombre croissant de psychologues (les praticiens en milieu scolaire représentent 23% de la profession en 1973), qu'émergent des diplômes à cette fin dans les facultés universitaires des sciences de l'éducation, et que des réformes inspirées du rapport Parent confèrent aux problèmes scolaires une substance particulière. Dès le milieu de la décennie, des « psychologues scolaires » clament leur spécificité pour se préserver de la concurrence hospitalière : lors de journées d'étude tenues en 1966, des psychologues de commissions scolaires jugent ainsi « urgent de nous définir » car « l'hôpital

²² *Ibid.* ; v. *Bulletin de la CPPQ*, 3, 11 (novembre 1971) : 9 ; *Psychologie Québec*, 8, 5 (septembre 1991) : 1 ; Lucie Quevillon, *op.cit.*, p.89-90.

²³ *Rel-Int*, 1 (1965) : 8 ; 2 (1965) : 5 ; (avril 1966) : 3 ; 1, 2 (décembre 1966) : 19-20 ; 2, 5 (septembre 1967) : 78 ; *Bulletin de la CPPQ*, 3, 11 (novembre 1971) : 9 ; *Psychologue québécois*, 6, 2 (avril 1974) : 5.

exagère son rôle », « des hôpitaux comme Sainte-Justine [faisant] un travail qui devrait être réservé à l'école²⁴ ».

Pour sommer les psychologues hospitaliers de se borner, dans les cas d'âge scolaire, à la petite minorité des « troubles profonds », les psychologues scolaires, qui rencontrent dans les écoles les enfants en situation d'échec référés par les enseignants, associent leur pratique au diagnostic des « retardés mentaux » et donc aux tests d'intelligence, notamment les batteries Weschler. Cette disposition d'esprit témoigne de la spécificité nouvelle du milieu scolaire : loin de constituer une tâche auxiliaire, les tests d'intelligence se présentent dans les écoles, où leur maîtrise n'est pas partagée, comme un socle de pratique garant à la fois d'un statut enviable et d'une clientèle que ne brigueront pas leurs confrères « cliniciens ». Cet écart grandissant entre les pratiques sanitaire et scolaire mène ainsi à ce que, alors même que des psychologues se délestent des tests d'intelligence ou en déqualifient l'usage, d'autres luttent becs et ongles pour s'en assurer le monopole²⁵.

Ces clivages internes soulignent les particularités de la pratique en santé dans une profession aux ancrages multiples. Des lignes de partage comparables traversent également un autre groupe, à l'hôpital comme ailleurs, qui se veut actif dans l'approche thérapeutique des problèmes personnels : il s'agit des travailleuses sociales.

²⁴ *Rel-Int*, 1, 1 (automne 1966) : 6-8 ; 1, 2 (décembre 1966) : 32-33.

²⁵ *Rel-Int* (avril 1966) : 5-6 ; 1, 1 (automne 1966) : 9-10 ; 1, 2 (décembre 1966) : 29-30 ; 2, 3 (juin 1967) : 53 ; *Bulletin de la CPPQ*, 3, 3 (mars 1971) : 4 ; 5, 4-5 (mai 1973) : 8 ; archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 12 novembre et 3 décembre 1965 ; 4 février, 17 juin, 19 août et 30 août 1966, 15 mars et 26 avril 1968 ; 14 mars 1969.

Le travail social : entre la logistique et la santé

En Amérique du Nord, où la première école de formation apparaît aux États-Unis en 1898, le « service social » naît, à la toute fin du 19^e siècle, de la professionnalisation d'activités philanthropiques, les pionnières de la profession prenant notamment la relève des « visiteurs charitables » qui rencontraient les victimes de la pauvreté pour en déterminer les besoins. Parce qu'elles s'appuient sur une méthode d'enquête (appelée « casework ») et l'usage de classifications différentielles (morales ou psychologiques) pour catégoriser leurs cas, les travailleuses sociales définissent très tôt leur travail en analogie à la pratique médicale ; dès le début du 20^e siècle, cette image sanitaire est reprise dans des ouvrages influents du temps comme le classique *Social Diagnosis*, publié en 1917, de la chef de file étasunienne Mary Richmond. Des travailleuses sociales investissent vite certains hôpitaux où elles gèrent les relations entre l'établissement et les patients, en s'assurant notamment de leur capacité de payer ou d'obéir aux instructions du médecin. Qualifiées de « medical social workers », ces praticiennes sont en fait souvent d'anciennes infirmières qui trouvent dans cette voie une occasion de promotion professionnelle²⁶. Elles en constituent tout de même un groupe cohérent, suffisamment pour se rassembler, en 1918, dans l'American Association of Medical Social Workers, et ce avant même la création de la plus générique American Association of Social Workers en 1922. Au Canada, la Canadian Association of Social Workers est fondée en 1926 ; elle compte dès le début des années 1930 une section québécoise à laquelle s'ajoute, en 1946, un chapitre propre à la ville de Québec et à l'est de la province²⁷.

Au Québec et au Canada, on trouve dès les années 1910 la trace d'un service social professionnalisé au sein d'organismes charitables, comme la

²⁶ Roy Lubove, *op.cit.*, chapitres 1 et 2.

²⁷ *Bulletin de la CPTSQ* (décembre 1961) : 5 ; 10 (1964) : 3-5 ; archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 8 février 1958 ; Canadian Association of Social Workers, *Through the years in CASW*, Toronto, CASW, [1958], p.1.

Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, tandis que des formations de premier cycle sont offertes à l'Université de Toronto dès 1914, puis à l'Université McGill en 1918. Ces programmes offrent d'ailleurs aux hôpitaux des formations spéciales qui permettent à des infirmières spécialisées en psychiatrie d'assurer des tâches d'inspection des milieux familiaux ou d'aiguillage des nécessiteux auprès des œuvres d'assistance. Dans les années 1920, des établissements, comme l'hôpital Sainte-Justine sous l'impulsion de la pionnière Marie Gérin-Lajoie, disposent aussi déjà de « services sociaux » employant des travailleuses sociales diplômées²⁸.

Le véritable coup d'envoi pour une profession structurée vient cependant dans les années 1930 et 1940, grâce au regroupement des nébuleuses d'œuvres sociales en « agences » régionales, souvent diocésaines. Chargées de la coordination rationnelle des ressources d'assistance, ces nouvelles structures cherchent à s'appuyer sur un personnel compétent formé, notamment, en service social. À Montréal, en 1938, la création, par le Conseil des Œuvres, du Bureau d'aide aux familles stimule ainsi la demande pour un personnel d'« auxiliaires sociales » francophones : après que le Bureau eût financé la formation de quelques jeunes filles à la School of Social Work de l'Université McGill, le Conseil soutient, en 1939, la création d'une École de service social qui, en 1942, s'affilie à la Faculté des sciences sociales, économiques et politiques de l'Université de Montréal. Dans la ville de Québec, la travailleuse sociale Hayda Denault, après un séjour d'études aux États-Unis, collabore, avec le père Georges-Henri Lévesque qui en assurera la direction, à la création, en 1943, de l'École de service social de l'Université Laval²⁹. Ces écoles offrent des programmes dits de 2^e

²⁸ Le Montreal General Hospital compte pour sa part un service social depuis 1911. Charles MacLennan, *op.cit.*, p.16-17; Yolande Cohen, *op.cit.*, p.203; James Gow, *op.cit.*, p.124; Deena White, *op.cit.*, p.85. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 18 juin 1971.

²⁹ À Montréal et à Québec comme en Mauricie et dans le Bas-du-Fleuve, les personnalités les plus marquantes de l'histoire universitaire et associative du service social de ces années sont majoritairement issues du milieu des agences sociales. On trouve souvent dans leurs rangs des religieux impliqués de longue date dans l'assistance sociale avant de se procurer un diplôme de

cycle, mais dont les critères d'admission restent assez ouverts puisque la même formation mène à l'obtention d'« une maîtrise pour les porteurs de baccalauréat ès arts [des collèges classiques] et à un diplôme pour les candidats ayant une préparation inférieure³⁰ ». Après 1950, les écoles offrent aussi des diplômes de premier cycle qui, bien que certaines aimeraient voir s'imposer la maîtrise comme norme d'admission à la pratique, suffisent souvent à se placer sur le marché du travail.

Comme dans les autres professions, c'est cette création d'écoles qui permet la constitution d'une masse critique de praticiennes. Au milieu des années 1950, le Québec forme ainsi une soixantaine de diplômées par an, un chiffre qui croît ensuite avec le développement des écoles existantes et la création de nouveaux programmes à l'Université de Sherbrooke en 1965, puis à l'Université du Québec à Montréal en 1970. Au total, le nombre de travailleuses sociales diplômées en exercice au Québec passe de 300 en 1952 à 700 en 1964, et à un peu plus d'un millier en 1969³¹.

service social. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 8 février 1958 ; 29 avril 1961 ; 7 mars 1966 ; procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 15 avril et 19 novembre 1946, 1^{er} février 1954 ; dossier « Correspondance et autres – ACTS Québec », lettre de C. Frémont à M.-P. Laliberté, 10 novembre 1949. *Savoir*, 2 (1967) : 1 ; 3 (1967) : 4, 11 ; 1 (1967) : 14 ; 2 (1967) : 13 ; 4 (1967) : 10 ; *Bulletin de la CPTSQ*, 10 (1964) : 7 ; 3, 2 (1976) : 17. V. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Cahier anniversaire*, CPTSQ, 1985, p.4 ; Lucia Ferretti, « Caritas-Trois-Rivières (1954-1966) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 58, 2 (2004) : 195 ; L.-H. Groulx, *op.cit.*, p.360.

³⁰ Annuaire de l'École de service social de l'Université de Montréal, 1950.

³¹ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « ACTS – Québec », *Nouvelles de février* 1952, p.2 ; *Problèmes pratiques de la formation service social*, décembre 1954, p.1 ; CASW, *Social Work Education – Regional Workshops. Additional Material*, 1959, p.1-2 ; procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 25 janvier 1964 ; procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 16 mai et 13 juin 1958, 29 avril et 27 décembre 1961, 17 novembre 1962, 13 juin 1964, 5 mars 1965, 24 février et 3 juin 1967, 5 et 12 janvier 1968, 19 septembre 1969, 6 février et 20 mars 1970, 19 mars 1971 ; Canadian Association of Social Workers, *Through the years in CASW, op.cit.*, p.2, 8, 19-20, 33, 37. *Savoir*, 1 (1967) : 9 ; 7 (1968) : 2 ; 8 (1968) : 10 ; *Bulletin de la CPTSQ*, (décembre 1961) : 8 ; 5 (1963) : 3 ; 15 (1965-1966) : 6-8 ; 19 (1967) : 7 ; (mai 1969). Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1976, p.21 ; Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, Groupe de Montréal, *Document présenté à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, CPTSQ, 1986, p.2 ; Archives de l'Université de

Dans les agences sociales, même s'il s'agit là d'un milieu non sanitaire, le rôle de la travailleuse sociale entretient avec l'idée de santé certains liens, à mesure que change de mains la responsabilité de l'organisation des tâches. Au début des années 1940, la travailleuse, ou plutôt l'« auxiliaire sociale », apporte aux nécessiteux un soutien en partie psychologique et moral, mais d'abord et surtout logistique, c'est-à-dire centré sur l'attribution d'aide financière, le placement d'enfant ou la référence à d'autres organismes. Bien qu'elle ne revête aucun caractère thérapeutique, cette activité est souvent décrite par des directeurs d'agence ou d'école, qui par cette métaphore opposent l'expertise technique du service social à la charité désordonnée des bénévoles, en analogie à l'art médical : selon le père Lévesque, « à l'égard de la société, le service social se conduit comme un vrai médecin » et son enquête de cas, ou « casework », permet de « porter un diagnostic et décider ensuite du secours qui doit être apporté » afin de « refaire des cellules saines à la société³² ».

Si elle rehausse le prestige du secours organisé, cette métaphore médicale ne va toutefois pas jusqu'à impliquer une réelle autonomie de pratique pour celles que Lévesque et les directeurs d'agences continuent d'appeler leurs « auxiliaires sociales » qu'on charge d'appliquer des règles d'attribution qui tendent plutôt à se bureaucratiser. Avec les années, cependant, et sous l'autorité d'autres acteurs, les travailleuses sociales, d'agences donnent plus de substance à cette métaphore médicale par un exercice réellement thérapeutique du casework, dont elles élargissent le sens aux dimensions d'une relation d'aide plus complète. Au Bureau d'aide aux familles de Montréal, on en vient même à opposer, selon les mots de la directrice du personnel Jeanne Cloutier, le travail d'assistance financière et ce que l'on décrit comme « les fins propres de l'œuvre : le traitement

Montréal, boîte 882, Comité d'étude sur l'École de service social, *Rapport des activités et des recommandations*, Montréal, ÉSSUM, 1980, p.2-3.

³² Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « ACTS – Québec », Georges-Henri Lévesque, « Le bon Samaritain à Québec », *L'Action catholique*, 24 novembre 1943.

social des familles³³ ». À ce titre, les travailleuses sociales du Bureau, après 1950, appréhendent en fait comme une menace l'augmentation des demandes d'aide financière qui menacent d'étouffer la relation d'aide sous le travail administratif, qu'on jugeait pourtant autrefois constitutif du casework. En 1953, le Bureau réagit en déléguant les demandes d'aide financière à un personnel moins qualifié d'« aides sociales », pour réserver aux travailleuses sociales diplômées le cas des « personnes ayant demandé le service de casework [et] présentant des possibilités de réhabilitation³⁴ ».

Hors de Montréal, on assiste à des évolutions comparables. Le Service social à l'enfance du diocèse de Chicoutimi, d'abord fondé par un prêtre en 1949 à des fins spécifiques de placement d'enfants, embauche en 1952 ses premières travailleuses sociales diplômées qui, sitôt arrivées, étendent leurs activités à « tous les problèmes sociaux pouvant affecter les familles, les enfants et les personnes seules³⁵ »; en 1960, lorsque le ministère de la Famille et du Bien-être social délègue au Service l'attribution de l'assistance financière (y compris des allocations de chômage), l'organisme se scinde en deux sections, l'une consacrée à l'assistance financière et sans aucune travailleuse sociale, et l'autre, qui les compte toutes, chargée de la « réhabilitation ». En 1963, un comité d'étude provincial sur l'assistance sociale (Commission Boucher), composé d'une majorité de travailleurs sociaux, convainc l'État provincial de généraliser la

³³ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « ACTS – Québec », Jeanne Cloutier, « La préparation des praticiens : formation dans les Œuvres », conférence au Carrefour régional de Québec sur la formation en service social, 11 décembre 1954, p.1-2.

³⁴ À cette occasion, la métaphore sanitaire est d'ailleurs à nouveau invoquée, Cloutier comparant ce cloisonnement des tâches à celui en vigueur dans un hôpital divisé en « un secteur hospitalisation et un secteur dispensaire », les aides sociales devenant l'analogue des gardes-malades, formées sur place et chargées des tâches non « soignantes », *ibid.*, p.3-9. Le Bureau compte, en 1954, 43 travailleuses sociales et 59 « aides sociales », les attributions de ces dernières incluant le support financier mais aussi l'aide à l'organisation ménagère et même les placements d'enfants « lorsque ni la famille ni l'enfant ne présente de problème psychosocial requérant un traitement social », *ibid.*, p.1-2.

³⁵ Jacques Saint-Onge, *Les développements des pratiques en travail social au Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1960-1980*, GRIR, Chicoutimi, 1999, p.29-31.

distinction entre la logistique financière et le rôle thérapeutique du service social, en créant des bureaux régionaux d'assistance financière chargés de décharger les travailleuses sociales du travail administratif pour leur permettre, selon les mots de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, d'« enfin jouer leur véritable rôle : s'occuper exclusivement de réhabilitation et de protection sociale³⁶ ».

Les travailleuses sociales des agences entretiennent aussi des rapports avec les hôpitaux parce qu'elles assurent le placement d'enfants handicapés ou réfèrent certains jeunes à des examens psychométriques pour en évaluer le potentiel scolaire ; dans les années 1940, des agences, comme le Service familial de la ville de Québec, suivent même systématiquement les patients de certains services hospitaliers, notamment psychiatriques³⁷. À partir de la Seconde Guerre mondiale, cependant, les hôpitaux tendent à engager leurs propres travailleuses sociales. Soutenu par le lobby de la Canadian Association of Social Workers, l'embauche hospitalière est d'abord très vivace dans les établissements du ministère des Anciens combattants où la pratique des travailleuses sociales se diversifie au contact des services médicaux spécialisés naissants en réadaptation physique ou en santé mentale. Certaines praticiennes modifient alors leur trajectoire vers le milieu hospitalier, à l'image de Theodora Lambert qui, ayant joint le service de placement du ministère en 1943, poursuit ensuite sa carrière au Queen Mary's Veterans Hospital³⁸. Liées ou non aux hôpitaux militaires, les

³⁶ Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Cahier anniversaire*, *op.cit.*, p.10.

³⁷ En Mauricie et en Estrie, des agences hébergent elles-mêmes de nouveaux services psychiatriques, v. Lucia Ferretti, *op.cit.*, p.191-192 et Centre de services sociaux de l'Estrie, *Mémoire présenté à la commission Rochon*, Sherbrooke, CSSE, 1986, p.1. Sur les rapports entre les services sociaux et le service psychiatrique de l'hôpital Sacré-Cœur de Québec, v. Gabrielle de Beaumont, *Étude de dix cas d'épileptiques*, thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 1949, p.2. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 25 janvier 1964; *Savoir*, 1 (1967) : 10 ; 2 (1967) : 13.

³⁸ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, Canadian Association of Social Workers, *Through the years in CASW*, *op.cit.*, p.2, 15-16, 21-25, 30; procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 8 mai 1948; *Savoir*, 4 (1967) : 10.

embauches en milieu hospitalier se multiplient et, en 1960, un regroupement des chefs de départements de « service social médical » compte déjà une trentaine de membres, débouchant en 1969 sur la création d'une Association des praticiens du service social en milieu de santé³⁹.

L'origine de chaque service social hospitalier varie d'un endroit à l'autre. Il s'agit parfois d'une initiative de l'administration qui envoie se former à l'université des membres de son personnel, comme à l'hôpital Saint-François-d'Assise de Québec qui envoie, en 1951, Sœur Marie-Alicé, âgée de 45 ans, compléter un diplôme à l'Université Laval pour fonder le service social de l'hôpital, qu'elle dirige jusqu'à sa mort en 1957. Ailleurs, le service social est plutôt implanté de l'extérieur, souvent par des praticiennes d'agences : de 1957 à 1967, un travailleur social du Service familial de Québec contribue ainsi à l'implantation de services sociaux dans divers établissements comme l'hôpital Saint-Augustin et la Clinique de réhabilitation de Québec⁴⁰. À partir des années 1950, la santé devient ainsi un important domaine d'emploi pour les travailleuses sociales, certaines, comme Jacqueline Larivière Desroches dans les décennies 1950 et 1960, passant la totalité de leur carrière dans des hôpitaux. Le service social de l'hôpital constitue même le fer de lance de la pratique du travail social professionnel dans certaines régions, comme à Chicoutimi où le service social de

³⁹ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 30 avril et 18 novembre 1960, 19 mai 1962, 16 juin et 21 septembre 1962, 18 mai 1963, 10 janvier et 29 février 1964, 10 décembre 1965, 23 août 1968, 5 juin, 1970, 15 novembre 1971. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 20 novembre 1947; 22 janvier, 27 février, 25 mars et 7 octobre 1957; dossier « Correspondance – ACTS Québec », lettre de C. Goodwin à M. Duplessis, 28 novembre 1946; lettre de M. Simard à M. Painchaud, 24 février 1955; lettre de M. Simard à P. Lavallée, 15 décembre 1955; lettre de P. Lavallée à Y. Boissinot, 11 mars 1960. Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, APSSMS, 1986, p.3 ; *Bulletin de la CPTSQ*, 1, 4 (1962) : 3; 19 (1967) : 2.

⁴⁰ Il semble probable que la création du service social de l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières obéisse au même modèle. *Bulletin de la CPTSQ* (février 1962) : 11; *Savoir*, 3 (1967) : 4; archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 7 octobre 1957.

l'hôpital Saint-Vallier, créé à la fin des années 1950, constitue dès 1962 le second plus gros employeur de la région dans le domaine⁴¹.

Plus encore que dans d'autres professions, les tâches des travailleuses sociales en milieu de santé varient considérablement dans le temps et selon les endroits. Dans les années 1940 et 1950, les travailleuses sociales sont souvent embauchées pour des tâches logistiques comparables à celles ayant cours dans les agences. L'Institut du cancer de Montréal, par exemple, mesure l'efficacité de son service social à son aptitude à ne pas « perdre de vue » les patients suivis ou à s'occuper d'assistance financière ou de l'organisation administrative des soins à domicile. Dans des établissements de médecine physique, comme l'IRM ou la Clinique de réhabilitation de Québec, l'« enquête sociale » de la travailleuse sociale n'est en fait qu'une reconstitution de l'histoire médicale destinée à faciliter la tâche du médecin, tandis que les autres tâches sont de nature financière et administrative; le suivi à distance des patients a pour principal objet de s'assurer que les patients suivent bien les indications du médecin. En certains endroits, les travailleuses sociales ont aussi la charge du service d'admission, une tâche administrative assumée ailleurs par les infirmières ou les réceptionnistes, quoiqu'elle donne une certaine prise sur les références à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement⁴².

Dans les hôpitaux, les travailleuses sociales acceptent généralement sans difficulté ces tâches qui paraissent d'emblée leur revenir. Très tôt, cependant,

⁴¹ Jacques Saint-Onge, *op.cit.*, p.33-34; *Bulletin de la CPTSQ*, 15 (1965-1966) : 4, 9.

⁴² Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1951, p.104 ; 1952, p.130; 1953, p.9, 128 ; 1954 ; 1962, p.53 ; 1964, p.70 ; 1968, p.141; 1969; rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1964, p.69; rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1976, p.10; *L'Aube* (mai 85) : 6; Lise Saint-Jacques Gauthier, *Le service social à la Clinique de réhabilitation de Québec inc.*, thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 1961, p.64-70, 95-105 ; Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Correspondance – ACTS Québec », lettre de L. Gauthier à Y. Boissinot, 10 mai 1960. Aline Charles indique comment les travailleuses sociales de l'hôpital Saint-Justine s'imposent, dans les années 1940, par leur connaissance du système d'assistance publique plutôt que par des compétences psychosociales qui, dans le contexte particulier de cet hôpital, les rangeraient plutôt du côté des nombreuses bénévoles de l'établissement, Aline Charles, *Travail d'ombre et de lumière*, Québec, IQRC, 1990, p.138-140.

certaines souhaitent y ajouter des actes à visée thérapeutique, tels qu'ils se répandent au même moment dans les agences. Or, il est plus délicat, à l'hôpital, de s'aménager un espace thérapeutique dans le voisinage immédiat des médecins et autres thérapeutes. À la fin des années 1940, les travailleuses sociales du Service familial de Québec, qui posent sans encombre des diagnostics sociaux de faiblesse ou « troubles du caractère » parce qu'ils entraînent une référence à l'hôpital Sacré-Cœur de Québec, déplorent que ces cas ne leur reviennent jamais à des fins d'intervention thérapeutique. En 1956, une travailleuse sociale du Royal Victoria Hospital, qui s'inspire de lectures psychanalytiques, s'attriste de ce que le milieu hospitalier ne dépiste pas les « problèmes personnels de ses patients⁴³ » pour les lui référer ; plutôt que d'attendre les références d'autrui, cette praticienne se construit d'ailleurs une clientèle en débusquant elle-même les problèmes personnels des parents de patients (elle travaille dans un service pour enfants), rencontrés en principe pour des motifs plus classiques. Cette façon d'identifier soi-même des cas ou d'exploiter des sources alternatives de références se répand parmi les travailleuses sociales hospitalières, provoquant même quelques rares frictions avec certains médecins qui voudraient rendre la prescription médicale obligatoire pour toute intervention, alors que les travailleuses sociales cherchent plutôt à s'alimenter des références par d'infirmières ou de leurs consoeurs d'agences sociales⁴⁴.

⁴³ Gabrielle de Beaumont, *op.cit.*, p. 29, 46-49, 78-88, 96-100, 121-136, 154; Ruth Gagné, *Étude descriptive et évaluation du travail social dans un programme de réhabilitation*, mémoire (service social), Université Laval, 1956, 2, 8-15, 29-49, 89-90.

⁴⁴ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 16 juin 1962, 18 mai 1963, 8 mai, 11 septembre, 23 octobre et 6 novembre 1964, 16 mai, 6 juin, 24 juillet et 24 octobre 1969, 18 juin 1971. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Correspondance – ACTS Québec », lettre de M. Peck à Y. Boissinot, 10 février 1959. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1960, p.95, 127-129; Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec et Corporation des psychologues de la province de Québec, *Mémoire sur la Loi de l'organisation des services de santé et des services sociaux (bill 65)*, 1971, p.12, 18-19; Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Mémoire à la commission parlementaire des Affaires sociales*, CPTSQ, 1976, p.12-13 ; Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, Groupe de Québec, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes*, CPTSQ, 1986, p.7.

L'implantation de visées thérapeutiques se réalise en fait souvent de manière inégale selon les milieux. À l'OTRC, les praticiennes du travail social trouvent un terrain fertile pour leurs aspirations, le département de « Social Casework » (plutôt que l'appellation plus classique de « Medical Social Work ») cumulant aux tâches plus communes des missions de « restoration of self-confidence » et d'adaptation psychologique au handicap, la prise du service social sur les troubles de la psyché semblant d'ailleurs suffisamment établie pour qu'un patient ne répondant pas aux traitements physiques s'y voie référé « in case there may be a psychogenic reason for this⁴⁵ ». Dans d'autres établissements, l'accès à la thérapie par les travailleuses sociales interfère plus avec les raisons premières de leur embauche. À l'hôpital Notre-Dame de Montréal, le service social peine, au début des années 1960, à faire reconnaître ses interventions psychosociales et la chef du service constate que l'augmentation des charges administratives comme la préparation des congés, enlève aux praticiennes le temps requis pour se consacrer à « une évaluation sociale compétente et une action auprès du patient et de sa famille » pour la « réhabilitation sociale » de problèmes psychologiques comme l'anxiété et d'autres « problèmes latents » qu'on aimerait identifier⁴⁶. À l'IRM, des divergences de vues entre le service social et la direction médicale mènent même, en 1963, au départ en masse des travailleuses sociales, la direction entreprenant de « rétablir » « un système philosophique adéquat » qui ne nuise pas aux tâches jugées primordiales du service social comme l'organisation des congés et le soutien au travail des médecins par la mise au point de l'histoire de cas et le suivi des consignes médicales⁴⁷.

⁴⁵ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951, p.2; 1952, p.12, 16; 1953; 1954, p.2; 1955, p.5, 17; 1956, p.6.

⁴⁶ En participant aux plans de traitement comme on réussit déjà à le faire dans certains services comme la pédiatrie. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1960, p.128-129; 1961, p.93; 1962, p.106.

⁴⁷ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1963, p.47; 1964, p.69-70; 1965; 1969.

C'est cependant surtout par inertie, plus que par obstruction professionnelle, que ces milieux freinent l'extension thérapeutique du service social. Une fois assuré le respect des priorités médicales, les objections se font ainsi, avec le temps, moins vigoureuses : de 1968 à 1972, tant l'IRM que l'hôpital Notre-Dame finissent par permettre l'organisation de « traitements sociaux par le groupe » dans lesquels, à Notre-Dame, les travailleuses sociales « agissent comme co-thérapeutes avec des résidents en psychiatrie » auprès de jeunes épileptiques, un projet qu'elles aimeraient étendre à d'autres clientèles⁴⁸.

Comme chez les ergothérapeutes et les psychologues, la situation diffère considérablement dans les services de psychiatrie. Ceux-ci comptent plusieurs travailleuses sociales, qu'il s'agisse de grandes institutions comme l'Institut Albert-Prévost, le Allan Memorial Institute ou le Verdun Protestant Hospital, ou de milieux plus modestes comme le service psychiatrique de l'hôpital de Mont-Joli. Outre les tâches communes à tous les hôpitaux, les travailleuses sociales y consacrent un soin particulier à la liaison avec les foyers d'accueil des enfants souffrant de maladie mentale⁴⁹.

Comme les psychologues, c'est en psychiatrie que les travailleuses sociales sont en contact le plus intime avec l'activité thérapeutique, et c'est par ricochet dans ces milieux que leurs velléités d'intervention psychosociale se font les plus manifestes. Même dans leurs tâches traditionnelles, les travailleuses sociales y développent un contact précoce avec le vocabulaire thérapeutique. À la clinique neuropsychiatrique de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, où travaillent deux travailleuses sociales à plein temps, les enquêtes sociales se doublent

⁴⁸ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1968, p.140; rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1970, 7; 1972, 9.

⁴⁹ À Hull, « les TSP travaillent d'arrache-pied à promouvoir l'établissement d'une clinique psychiatrique qui serait rattachée à l'hôpital général », *Bulletin de la CPTSQ*, (février 1962) : 4; 1, 3 (1962) : 12; 5 (1963) : 4; 16 (1966) : 11; 59 (1995) : 6; *Savoir*, 2 (1967) : 13. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 30 avril 1960, 25 novembre 1961, 13 janvier, 23 février et 16 mars 1962, 23 octobre et 11 décembre 1964, 3 juin 1966, 3 juin et 15 décembre 1967, 22 octobre 1970, 5 juillet et 15 novembre 1971.

souvent, dès 1950, de questionnaires psychiatriques et même d'« entretiens de réhabilitation sociale »; au début des années 1960, ce service compte une section distincte d'« activités psychologiques » dont la professionnelle attitrée est une travailleuse sociale qui s'y consacre notamment aux « modifications psychosociales » attribuables aux chirurgies⁵⁰.

Cette proximité de la thérapeutique en psychiatrie n'est pas sans conséquence à l'échelle d'un hôpital général comme Notre-Dame, où l'expérience voyage d'un service à l'autre par le biais de travailleuses sociales volantes. Au milieu des années 1960, alors même que la psychiatrie reste la principale source de référence (et d'expérience) en travail social, les autres sources de références se diversifient, des travailleuses sociales spécialisées en psychiatrie entrant en contact avec d'autres services où elles véhiculent leurs préférences pour la thérapeutique acquises en psychiatrie⁵¹.

Cette diffusion des attitudes est soutenue par le fait que, si le contexte psychiatrique stimule l'entretien de telles compétences, la présence de psychiatres y contrarie aussi couramment leur pleine reconnaissance. Pour cette raison, dans les hôpitaux généraux, il est parfois plus aisé de transférer ces usages en pratique générale que de les entretenir en psychiatrie. Interrogée en 1971, une travailleuse sociale ayant acquis de l'expérience en psychiatrie à l'hôpital Sainte-Justine confie voir plusieurs patients d'autres services la « tirer par la manche pour me confier leurs inquiétudes » et mettre à profit ses compétences thérapeutiques : « pour moi, ceci est un peu de l'hygiène mentale⁵² » indique-t-elle, en précisant apprécier l'autonomie qu'offre Sainte-Justine à cet égard précis.

⁵⁰ Un poste de psychologue existe à la section mais n'est comblé que de manière intermittente. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1950, p.87-88; 1960, p.95; 1961, p.12, 96; 1962, p.79, 105.

⁵¹ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1960, p.95, 127-129; 1961, p.82; 1963, p.76; 1964, p.110; 1966, p.111; 1968, p.133, 140.

⁵² Archives de l'Université de Montréal, boîte 3864, Jacques Larin *et al.*, « Entretien sur la santé mentale », *Recherche Option A*, Montréal, ÉSSUM, 1970-1971, p.1.

Par contraste, une travailleuse sociale oeuvrant plutôt dans un établissement spécialisé en santé mentale se plaint des limites imposées en ces milieux par le monopole des psychiatres sur les mêmes actes :

Nous sommes perçus comme menaçants, voulant prendre la place des psychiatres... On est là d'après les gens de l'hôpital pour être les assistants de ceux qui sont en charge... Maintenant c'est un rôle que nous n'acceptons pas très bien toujours :... qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, le casework est une certaine forme de psychothérapie⁵³.

Cette prétention particulière à la psychothérapie s'exprime surtout après 1960. Elle sert de tremplin aux travailleuses sociales qui cultivent, souvent hors de leur mandat officiel, une pratique de relation d'aide à saveur psychologique, une pratique qui, chez les travailleuses sociales, est le plus souvent spécialisée auprès des familles. Au Québec, les premières traces en remontent au travail de la travailleuse sociale Pearl Leibovith qui, après avoir innové en utilisant des groupes de thérapie au Queen Mary's Veterans Hospital, met sur pied, en 1958, un cabinet privé avec des collègues; dans les années 1960, tout en assurant au Allan Memorial Institute des tâches plus logistiques, elle anime en privé des formations en thérapie familiale. Si, comme chez les psychologues, le marché privé se révèle la voie d'extension la plus sûre pour ces activités, celles-ci, néanmoins, sont presque toutes lancées à partir de milieux psychiatriques publics. Après 1960, on voit ainsi une travailleuse sociale psychiatrique quitter l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal pour joindre un centre privé de consultation matrimoniale, tandis que le travailleur social Gérard Duceppe, en même temps qu'il introduit la thérapie familiale dans les milieux psychiatriques du Sacré-Cœur ou de l'Institut Albert-Prévost, est le cofondateur de l'Association des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec qui représente des thérapeutes oeuvrant en cabinet privé. Au début des années 1970, d'autres formateurs privés émergent des services sociaux psychiatriques de l'hôpital Notre-Dame ou Rivière-des-Prairies.

⁵³ *Ibid.*, p.3-4.

Une autre pionnière, Jacqueline C. Prud'homme affine pour sa part sa pratique thérapeutique au service pédopsychiatrique de l'hôpital Sainte-Justine, où elle développe une intervention thérapeutique auprès des parents, qu'elle présente comme l'extension logique de son travail auprès de l'enfant⁵⁴.

Ce glissement de la pratique du service social jusqu'à une forme adaptée de psychothérapie est propre aux travailleuses sociales des milieux psychiatriques et, de manière générale, de la santé. Alors que les praticiennes des secteurs sanitaires y voient un dénominateur commun à leur pratique, un sondage mené en 1963 par la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec révèle que, hors des établissements de soins, son usage est en fait plutôt rare. Les praticiennes de la santé, parce qu'elles mènent plus loin une aspiration pourtant répandue à la thérapeutique, en viennent même à susciter l'inconfort chez d'autres membres de la profession. Certaines travailleuses sociales de milieux non sanitaires, comme les cours de justice, expriment ainsi leur malaise devant la sanitarisation d'un casework qui, auparavant, désignait des pratiques plus classiques comme le suivi logistique des bénéficiaires d'agences. Ces griefs, comme on le verra dans des chapitres subséquents, témoignent, comme en psychologie, d'évolutions divergentes des pratiques sanitaires et non sanitaires au sein des professions à saveur psychosociale, des écarts qui contribuent à rendre plus ambivalents qu'ailleurs les rapports des professionnelles avec leur appartenance au monde sanitaire⁵⁵.

⁵⁴ *Savoir*, 4 (1967) : 11; 8 (1968) : 3; *L'Élan*, 1, 3 (1974) : 36; 1, 4 (1974) : 32; 1, 5 (1974) : 7; *Bulletin de la CPTSQ*, 9 (1964) : 7; 15 (1965-1966) : 9; 2, 1 (1975) : 7; 2, 4 (1975) : 11; 24 (1987) : 8; 38 (1990) : 21; 74 (1999) : 5.

⁵⁵ Ces clivages relativisent aussi un lieu commun fréquent dans l'histoire du travail social, selon lequel la professionnalisation du métier après 1950 passerait par une adhésion univoque des membres à la pratique du casework, comme chez L.-H. Groulx, *op.cit.*, p.360-367. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 16 juin 1962, 14 décembre 1963; Canadian Association of Social Workers, *Through the years in CASW, op.cit.*, p.2, 7. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 25 janvier 1964; dossier « Correspondance – ACTS Québec », lettre de T. Clapperton à M. Painchaud, 3 juillet 1953; programme du congrès de 1975, p.6; Canadian Association of Social Workers, *Travailleurs sociaux enregistrés et brevetés. Expérience à date aux États-Unis*,

Par ailleurs, toutes partagent avec les professionnelles de la réadaptation physique le fait de s'être intégrées à l'hôpital en suivant un sillage médical qui finit par se présenter, à divers degrés, comme un carcan. Les psychologues, invitées à l'hôpital par les psychiatres pour réaliser des tests d'intelligence, cherchent vite à s'en dégager et aspirent plutôt à jouer un rôle thérapeutique ancré dans la psychothérapie et l'évaluation des problèmes de personnalité. Tant les psychologues que les travailleuses sociales entretiennent d'ailleurs un rapport paradoxal avec le monde psychiatrique, à la fois source de contraintes et d'inspiration.

Les professions psychosociales présentent cependant des visages plus diversifiés que les professions de réadaptation physique, puisque les psychologues et les travailleuses sociales œuvrant en milieu de santé ne représentent en fait qu'une fraction de leur groupe professionnel respectif. L'impact d'une telle situation est contrasté. En psychologie, les nécessités du monde sanitaire poussent les praticiens hospitaliers à s'engager dans une voie divergente de celle des psychologues scolaires. En service social, les efforts des travailleuses sociales « médicales » pour accéder à un rôle thérapeutique, s'ils sont en partie partagés avec leurs consœurs des agences, en viennent cependant à déborder les aspirations communes à l'ensemble de la profession.

CHAPITRE 4

LA QUÊTE DE PRIVILÈGES LÉGAUX

La manifestation la plus visible des professions de santé dans l'espace public est le regroupement de leurs membres en associations, puis en corporations qui se destinent à la conquête de privilèges légaux. Sur ce plan, les professions psychosociales et de réadaptation physique entretiennent des objectifs et des attitudes similaires. C'est pourquoi on dressera ici un portrait de leurs regroupements et des principaux enjeux qui les animent, avant de passer, au prochain chapitre, au cas sensiblement différent des professions reliées à l'appareillage.

Les professions paramédicales et la quête de privilèges légaux

Au Québec, comme dans le reste du monde anglo-saxon, les premiers privilèges corporatifs, tels qu'on les connaît aujourd'hui, datent du milieu du 19^e siècle, moment où ils sont consentis par l'État à un nombre réduit de professions libérales. Ces privilèges prennent la forme d'un monopole légal sur l'exercice de certaines tâches, parfois très largement définies. Dans le domaine de la santé, par exemple, les médecins du Québec obtiennent ainsi dès 1847 un monopole légal sur l'exercice, en pratique, d'à peu près tout acte de diagnostic et de guérison à l'exception de certaines tâches propres à la pharmacie, à la dentisterie et à l'optométrie, un privilège étendu qui, tout au long des 19^e et 20^e siècles, permet

aux disciples d'Hippocrate d'engager de multiples luttes pour interdire à tout non-médecin de poser un acte thérapeutique sans prescription médicale.

Ce privilège représente aussi une forme de délégation de la puissance publique par l'État : le monopole n'est pas défendu directement par l'État mais par une « corporation », comme le Collège des médecins, en fait une association professionnelle à qui est confiée l'autorité de veiller à l'application de la loi. La dévolution de cette responsabilité à ceux qui en tirent le plus de profit est justifiée par le caractère exclusif des compétences en cause, qui fait présumer que seuls les professionnels concernés savent juger entre pairs des conditions d'admissibilité ou de bonne pratique des tâches réservées. Il va de soi qu'une telle disposition offre aux médecins une arme redoutable pour la mise au pas de concurrents, par exemple les sages-femmes ou les homéopathes, menacés d'interdit à moins de soumettre leur pratique à la supervision de médecins.

Jusqu'aux années 1940, la domination médicale et la nature du marché des soins limitent le nombre de groupes susceptibles de revendiquer les mêmes privilèges. Après la Seconde Guerre mondiale, cependant, la multiplication des groupes sanitaires et l'accroissement de leurs effectifs stimulent la demande pour de nouveaux monopoles légaux. Venant de groupes à la position plus fragile que celle de la médecine, ces demandes se font d'abord moins ambitieuses. En 1946, les infirmières québécoises reçoivent une charte d'incorporation qui leur confère un monopole sur la réalisation de certains actes spécifiques, mais sans prévoir un pouvoir d'initiative ou de diagnostic. En 1944 et en 1956, respectivement, les techniciens dentaires et les diététistes obtiennent de l'État québécois des monopoles leur réservant non pas des tâches mais seulement le port de leur titre professionnel¹. Les professionnelles étudiées ici suivent progressivement ce mouvement, quoique certaines, enhardies par ces précédents, se montrent moins timides.

¹ Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op.cit.*, p.30, 169-170, 188; v. Yolande Cohen, *Profession infirmière*, *op.cit.*, p.246-248.

Au départ, les premières formes de vie associative des paramédicales ne procèdent pas d'une visée légale particulière. Chez les ergothérapeutes et les orthophonistes, les professions les plus féminines du lot, les premiers regroupements prennent la forme de groupes d'affinités, créés et animés par des thérapeutes mais qui ouvrent leurs portes tant aux diplômées qu'à des médecins ainsi qu'à d'autres intervenants du champ ou des sympathisants. La Quebec Society of Occupational Therapy (QSOT), fondée en 1928, accueille ainsi quelques professeurs d'artisanat, tandis que la Société de logopédie et d'audiologie de la province de Québec (SLAPQ), qui obtient ses lettres patentes en 1955, attire des éducateurs des sourds. Toutes deux réservent une large place aux médecins spécialistes qu'on inscrit aux comités honorifiques et dont on cultive patiemment le parrainage, en les invitant à des causeries scientifiques, ou tout simplement à des activités mondaines comme des ventes de charité ou des parties de bridge ; tout se passe alors comme si cette sociabilité associative représentait pour les femmes thérapeutes la meilleure façon de consolider les réseaux d'influence essentiels au développement de leur profession. Chez les psychologues, une profession masculine aux fondements universitaires solides, ce recours aux mondanités paraît au contraire superflu et la vie associative est l'affaire d'une société proprement scientifique, la Psychological Association of the Province of Quebec, fondée en 1945, qui tient ses réunions à l'Université McGill et à l'Université de Montréal².

Qu'ils se destinent au réseautage, à la sociabilité ou à l'animation scientifique, ces regroupements ont en commun des objectifs à l'échelle provinciale, les provinces ayant charge de réguler tant le marché des soins que les lois professionnelles ; après 1940, les associations entretiennent ainsi des liens

² Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.47-49. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1931-1932 ; 1950, p.3 ; 1960 ; procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 6 avril 1934, 8 avril 1956 ; rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupation Therapy, 1948, p.1-2; dossier « Dance ».

cordiaux, mais lointains avec leurs homologues pancanadiennes³. Il est d'ailleurs notable, à l'époque, que les groupes les plus directement branchés sur des associations canadiennes « mères », comme les chapitres québécois de la Canadian Physiotherapy Association et de la Canadian Association of Social Work, soient aussi les moins dynamiques sur le plan local.

C'est dans la seconde moitié des années 1950 que les associations resserrent leurs activités autour d'enjeux relatifs à la promotion professionnelle proprement dite. La QSOT et la SLAPQ ferment alors leurs portes aux non diplômées et raréfient les événements mondains, l'animation scientifique cohabitait désormais de plus en plus avec des discussions et des comités consacrés à l'organisation des conditions de travail des membres. Rapidement, comme l'État provincial s'immisce dans l'organisation de la santé, les associations entreprennent aussi d'affûter leurs armes politiques pour se consacrer à la conquête de privilèges légaux.

Les professions psychosociales jouent les premiers coups, leurs effectifs et la diversité de leurs ancrages les rendant moins dépendantes, comme groupes, de l'autorité médicale dont on appréhende les réactions. Les initiatives viennent des cercles associatifs existants. En travail social, des chapitres régionaux de l'association canadienne pilotent la création d'une nouvelle structure, la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec (CTSPPQ) qui se dote d'une personnalité morale par l'obtention d'une charte de compagnie commerciale en 1957. La nouvelle entité soumet à l'Assemblée législative un projet de loi privé par lequel elle demande, suivant l'exemple des diététistes, un monopole non sur la pratique mais sur le port du titre de

³ L'existence de la SLAPQ précède même celle de son homologue pancanadienne, qui n'émerge qu'en 1964. V. Archives de l'Université de Montréal, boîte 394, dossier « Association des psychologues du Québec », lettre de L. Casaubon à N. Mailloux, 23 septembre 1944; lettre circulaire de J. Gagnon, 23 mai 1959. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1933; procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1^{ère} réunion, non datée [1930], 9 décembre 1930, 9 janvier 1931, 6 février 1933, 8 février 1934, 1^{er} novembre 1937, 11 et 26 septembre, 12 octobre et 3 novembre 1938; rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupational Therapy, 1943; 1948, p.1-2; 1950, p.1-2.

«travailleur social professionnel», afin de distinguer les diplômées des concurrents présumés qualifiés; malgré l'opposition de quelques agences sociales, la Corporation, qui compte certains appuis politiques⁴, obtient le privilège demandé en février 1960⁵. Les psychologues suivent une voie similaire mais la partie se révèle plus ardue. En 1956, des dirigeants de la PAPQ, qui se saborde pour laisser place à la nouvelle structure, créent la Corporation des psychologues de la province de Québec (CPPQ), constituée elle aussi en personne morale sous incorporation commerciale. En 1961, la CPPQ dépose à son tour un projet de loi privé par lequel elle requiert le monopole du titre de psychologue et de ses principales itérations (psycho-éducateur, etc.), à l'exception des appellations communément partagées avec les médecins comme les termes « psychanalyste » ou « psychothérapeute ». L'entreprise bute tout de même sur l'opposition de certains représentants des psychiatres qui appréhendent la reconnaissance d'un territoire propre aux psychologues; cette résistance, dont les sources rendent peu les péripéties, force les représentants psychologues à défendre âprement leur projet jusque devant l'Assemblée législative mais la CPPQ obtient finalement gain de cause en février 1962⁶.

⁴ On attend beaucoup du fait que la fille de Paul Sauvé, ministre depuis 1946 du Bien-être social et de la Jeunesse, est elle-même diplômée de service social. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 28 février 1958 et 15 octobre 1959; Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Cahier anniversaire, op.cit.*, p.2.

⁵ Canadian Association of Social Workers, *Travailleurs sociaux enregistrés et brevetés, op.cit.*, p.1, 3-6; archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 23 janvier, 8 février, 28 février, 13 juin et 1^{er} novembre 1958, 7 février, 15 octobre et 12 novembre 1959, 26 février, 6 mars, 26 mars et 30 avril 1960; procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 23 septembre 1955. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1974, p.8. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Mémoire sur l'avant-projet de loi*, 1993, p.4; *Bulletin de la CPTSQ* (décembre 1961) : 5; 10 (1964) : 3-5).

⁶ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, *Constitution de l'Association des psychologues du Québec*, [11 mai 1955], articles 1 et 11; procès-verbaux de la Psychological Association of the Province of Quebec, 29 juin 1955, 20 septembre 1957, 15 janvier et 22 septembre 1959; 4 avril et 12 mai 1962; procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 13 mai, 19 août et 16 décembre 1966, 7 avril 1967. *Bulletin de la PAPQ* (mai 1952) : 4; (septembre 1953) : 2-3; (avril 1955) : 3-7); (avril 1956) 3, 8; (avril 1958) 1; (février

Les professions de réadaptation physique s'engagent plus tard dans l'action politique, adoptent des stratégies différentes et connaissent des fortunes plus variées. Les orthophonistes et les audiologistes de la Société de logopédie et d'audiologie sont les premières à s'y risquer, la Société soumettant, en 1962, un projet de loi privé qui demande le monopole non seulement du titre mais aussi du contenu de leur pratique, à cette réserve près que l'on ne prévoit pas en exclure les médecins dont la forteresse légale est de toute façon inexpugnable. En fait, la demande de monopole vise surtout à protéger le marché des audiologistes qui, on le verra au prochain chapitre, cherchent à se défaire d'autres concurrents, les acousticiens, en matière de prescription de prothèses auditives. Parce qu'il va plus loin que les précédents établis et parce qu'il suscite l'opposition des médecins ORL, le projet est vite rejeté par l'Assemblée législative. L'année suivante, la Société dépose un projet moins ambitieux qui prévoit toujours un monopole de la pratique, mais partagé cette fois tant avec les acousticiens que les médecins ; tout de même combattu par les médecins ORL, le projet de loi, au prix de luttes menées tant au parlement qu'au ministère de la Santé, est malgré tout adopté par l'Assemblée législative en 1964, transformant la Société en la Société des orthophonistes et des audiologistes de la province de Québec⁷.

Les physiothérapeutes connaissent moins de succès. Leur tentative sera toutefois fondatrice d'une première base associative propre au Québec, qui émerge, en fait, d'un comité québécois de la Canadian Physiotherapy Association (CPA) créé, en 1955, précisément pour mener à l'obtention de privilèges légaux que seule peut promulguer la législature provinciale ; l'incorporation commerciale, en 1961 d'une première structure québécoise, sous l'appellation des Physiothérapeutes de la province de Québec inc. (PPQI), se présente ainsi comme la création pragmatique d'un véhicule légal adapté à cette démarche. En 1967, les

1959) : 5-6; (novembre 1959) : 4-5; *Psychologie Québec*, 4, 2 (mars 1987) : 5; 5, 2 (mars 1988) : 6-7; 8, 5 (septembre 1991) : 1).

⁷ Pour plus de détails, v. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.47-54.

PPQI, comme les orthophonistes, demandent un monopole exclusif de leur pratique qui, cependant, n'exclurait pas les médecins. D'après Nadia Fahmy-Eid, le projet de loi traverserait sans opposition majeure les premières lectures en chambre mais se bute ensuite au changement de politique de l'État : en effet, avec la progression des travaux de la commission Castonguay en cours depuis 1966, le gouvernement provincial, qui envisage la refonte des dispositions légales relatives à la santé, décide de suspendre l'octroi de privilèges professionnels en l'attente d'une politique mieux définie. Mort au feuilleton en 1968, le projet de loi soumis par les PPQI est donc retiré de l'agenda parlementaire⁸.

Les physiothérapeutes ne sont pas les seules à voir leurs efforts abruptement interrompus par ce moratoire. Au même moment, les acousticiens tentent eux aussi de soumettre un projet de loi et la Société des orthophonistes et des audiologistes envisage de présenter de nouvelles demandes. La pause imposée par l'État à cette course aux privilèges marque aussi la fin d'un cycle qui, en fait, déborde de loin le seul secteur de la santé : alors que l'octroi d'une charte professionnelle par Québec était demeuré relativement rare dans les décennies précédentes, on a déjà assisté, depuis 1960 seulement, à l'incorporation de dix-sept groupes québécois. La véritable nouveauté réside dans le nombre accru des demandes, de la part de groupes qui réagissent ainsi aux mutations du marché du travail.

Les salaires et la donne syndicale

Des groupes étudiés ici, les ergothérapeutes sont les seules à n'avoir pas demandé de privilèges légaux avant 1968. Les dirigeantes de la QSOT, qui depuis 1964 utilise aussi son nom francisé de Société des ergothérapeutes du Québec (SEQ), semblent en avoir développé l'intention, mais seulement après de

⁸ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.1; *Physio-Québec*, 11, 2 (juin 1986) : 4; 12, 1 (avril 1987) : 11. V. Nadia Fahmy-Eid et al., op.cit., p. XXX.

longues hésitations quant à la pertinence du projet. Encore en 1968, des membres de l'association suggèrent qu'il serait plus approprié de transformer plutôt la Société en un syndicat, attendu que les buts poursuivis concernent essentiellement la hausse des salaires et l'amélioration des conditions de travail⁹.

Ce débat témoigne de ce que l'enjeu économique constitue au départ le principal motif des associations en quête de privilèges légaux. Dans les années 1950 et 1960, le désir d'utiliser la loi pour restreindre l'accès aux emplois vise explicitement l'obtention de meilleurs salaires, pour des paramédicales qui, cumulant les états de femmes, d'auxiliaires et de nouvelles venues, sont alors en effet bien peu rémunérées en regard de leurs qualifications tandis que le roulement d'effectif élevé dans les hôpitaux suggère des conditions de travail à l'avenant.

La question salariale devient vite centrale dans les discussions qui animent les associations. Dès les années 1950, avant le début de leurs démarches respectives d'incorporation, les associations d'ergothérapeutes, de psychologues, d'orthophonistes et de travailleuses sociales tentent déjà d'influer sur la rémunération de leurs membres en diffusant des échelles salariales modèles et, plus ponctuellement, en exerçant certaines pressions : en 1958, par exemple, la QSOT appelle ses membres à boycotter tout emploi au Royal Victoria Hospital tant que cet établissement n'aura pas relevé ses barèmes salariaux. Dans ce contexte, l'adoption de lois qui contribuent à interdire les emplois convoités aux concurrentes non diplômées se présente d'abord comme une arme économique destinée à rehausser le pouvoir de négociation des thérapeutes « légitimes ». Collatéralement, en excluant les non membres du marché du travail, ces privilèges promettent aussi d'officialiser la représentativité des associations et donc de renforcer leur rôle d'interlocuteur auprès des employeurs, un enjeu d'autant plus

⁹ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 7 octobre 1968, 6 janvier, 3 mars, 10 mars, 19 mars, 5 mai et 11 août 1969; *Rapport annuel du Charter Committee*, 1967-1968, p.1.

pertinent que le financement public accru de la santé laisse présager, après 1961, une éventuelle centralisation des négociations salariales¹⁰.

La centralisation des relations industrielles dans le milieu de la santé entraîne en effet l'imposition de nouveaux acteurs. Après la mise en œuvre du programme d'assurance hospitalisation, les associations professionnelles tentent de s'imposer auprès d'organismes patronaux d'envergure provinciale comme le Service de l'assurance hospitalisation ou l'Association des hôpitaux du Québec, des efforts considérables ne menant toutefois qu'à des résultats décevants. Très vite, et particulièrement lors des négociations du secteur public entre 1964 et 1968, il devient en fait patent que l'État provincial, qui supplante les directions d'hôpitaux comme représentant patronal dominant, préfère prendre comme interlocuteurs les grandes centrales syndicales, plutôt qu'une nébuleuse de petites associations. Les centrales syndicales, la Confédération des syndicats nationaux (CSN) en tête, s'emparent ainsi des premiers rôles de la négociation salariale : de 1960 à 1970, la Fédération des services (ancêtre de la Fédération des affaires sociales affiliée à la CSN) multiplie par cinq ses effectifs dans le domaine de la santé, pour qui elle obtient d'ailleurs des gains substantiels¹¹.

¹⁰ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 31 octobre et 14 novembre 1956, 12 juin 1957, 15 octobre 1958, 16 janvier, 11 mars, 1^{er} avril, 6 mai 1963, 5 décembre 1966, 6 février, 15 février, 1^{er} mai 1967. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 4 avril, 29 avril, 10 juin, 15 septembre, 4 octobre, 24 octobre, 15 septembre et 25 novembre 1961, 12 janvier et 16 juin 1962, 29 janvier, 28 février et 8 juin 1963; procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 25 janvier 1964; dossier « ACTS – Québec », « Le service social : une carrière intéressante pour les jeunes bacheliers », *Le Devoir*, 28 janvier 1959. *Bulletin de la PAPQ* (avril 1956) 3, 8; (avril 1958) 1; *Bulletin de la CPTSQ* (décembre 1961) : 6; 1,4 (1962) : 2-3.

¹¹ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 8 février 1964, 8 mai 1964, 4 février et 29 avril 1966, 7 décembre 1970, 19 mars 1971. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 13 avril, 4 mai, 8 juin et 10 septembre 1965, 4 février 1966. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 1^{er} avril et 15 mai 1963, 4 mai 1964, 7 janvier, 1^{er} avril et 29 mai 1968, 7 février et 11 août 1969.

Pendant les années 1960, les syndicats savent ainsi la pertinence des associations professionnelles en matière de négociations salariales; en 1969, un amendement au Code du travail finit d'ailleurs par exclure d'office les associations ou corporations professionnelles des négociations syndicales¹². En soi, cela ne contrarie pas outre mesure les associations qui, au fil des années, ne sont devenues que trop conscientes de leurs propres limites sur ces questions. Pour les groupes ayant décroché des privilèges légaux entre 1960 et 1964, le fait qu'il faille, pour les praticiennes, adhérer à la corporation pour conserver leur titre ou leur droit de pratique, suscite de toute manière les adhésions supplémentaires que le militantisme salarial devait mobiliser.

Si elles se consolent aisément de leur marginalisation sur le front salarial, d'autant que leurs membres font sur ce plan des gains appréciables grâce aux syndicats, les associations et corporations formulent cependant des réserves d'un autre ordre à l'endroit du syndicalisme dont on craint qu'il ne mette en péril le maintien des identités professionnelles. Ces réserves témoignent d'ailleurs de ce que les visées des associations professionnelles débordent en réalité la seule question des salaires. Parce qu'ils s'appuient sur le rassemblement en masse des travailleurs, les syndicats affiliés à des centrales font en effet peu de cas des distinctions professionnelles et cherchent au contraire à les minimiser. Les syndicats hospitaliers en service social, par exemple, acceptent indifféremment des praticiennes membres et non membres de la CTSP PQ, et se montrent hostiles à l'idée de discriminer des travailleurs sur la base de leur appartenance ou pas à une corporation. Cette attitude mine la valeur des privilèges conquis par la CTSP PQ et remet en cause son existence même. On trouve le même inconfort en psychologie, où des psychologues en règle avec leur corporation côtoient dans les syndicats des non membres et des psychotechniciens dont ils doivent partager les

¹² L'amendement prévoit que ne seront reconnues aptes à négocier que les unités qui représentent exclusivement des employés salariés, ce qui exclut les corporations qui comptent dans leurs rangs tant des salariés des secteurs public et privé que des cadres ou des thérapeutes en pratique libérale. V. Nadia Fahmy-Eid, *op.cit.*, p.211-213.

revendications¹³. En mêlant ainsi membres, non membres et techniciens, les syndicats minimisent le statut distinct des professionnels et réduisent à peu de choses la plus-value du titre professionnel... et de l'inscription à la corporation.

Des associations cherchent à contourner le problème en créant des syndicats alternatifs fondés sur l'appartenance professionnelle. Les professions de réadaptation physique, aux effectifs plus limités et homogènes, créent ainsi leurs propres syndicats, qui s'unissent à d'autres groupes indépendants pour former, en 1970, le Cartel des organismes professionnels de santé, un front de négociation qui se veut plus respectueux des particularités et du statut exclusif des groupes professionnels qui le composent. La manœuvre est moins aisée pour les professions psychosociales, dont les membres ne sont pas concentrés dans un seul secteur. Après avoir encouragé, dès 1964, la formation de syndicats hospitaliers sur une base professionnelle, la CTSPQ est ainsi mise sur la défensive par l'adhésion de ces unités locales à des regroupements de la CSN¹⁴ ; tout au plus, dans certains cas, cherche-t-on à reprendre l'initiative, en se substituant aux syndicats dans des cas de congédiements abusifs ou en se posant comme médiateurs dans un conflit de travail impliquant les agences sociales. Dans tous les cas, la situation des corporations à l'égard des syndicats demeure malaisée et reste, à la fin de la période, un dossier largement ouvert.

¹³ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 23 août 1968. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 7 janvier 1966, 25 août 1967. *Bulletin de la CPTSQ* (décembre 1961) : 6; 15 (1965-1966) : 6.

¹⁴ Les corporations des travailleuses sociales et des psychologues ne peuvent aussi que réagir aux tentatives de la CIC / CEQ de syndiquer « mur à mur » les personnels de l'éducation entre 1965 et 1968. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 2 novembre 1963, 8 février et 7 novembre 1964, 5 juin et 10 décembre 1965, 4 février, 29 avril et 10 décembre 1966; 5 janvier et 23 août 1968; 10 avril, 10 septembre, 2 octobre et 7 décembre 1970; 19 mars et 3 avril 1971. *Savoir*, 7 (1968) : 7; *Bulletin de la CPTSQ*, 19 (1967) : 4; (décembre 1961) : 6; 1, 3 (1962) : 7. V. Nadia Fahmy-Eid, *op.cit.*, p.213-218.

Auxiliaires ou substituts ?

Cet inconfort devant l'indistinction des statuts pratiquée par les syndicats témoigne de ce que les visées des corporations ne se limitent pas à la question salariale : chaque corporation veut aussi fonder le statut de ses membres dans une reconnaissance distinctive de ses particularités professionnelles. Une fois la question salariale vidée de cette signification, les corporations recentrent donc leur discours sur d'autres enjeux associés à la distinction professionnelle et que l'on ne veut surtout pas laisser en plan.

L'une de ces questions est l'usage, par les thérapeutes ou leurs employeurs, d'auxiliaires qui suppléent aux paramédicales pour certaines tâches moins qualifiées. Dès les années 1940, les associations se méfient d'abord de telles auxiliaires, craignant le remplacement éventuel de leurs membres diplômées par ces employées moins qualifiées et moins revendicatrices. En contrepartie, cependant, l'emploi d'auxiliaires, moyennant une supervision adéquate, présente l'avantage de libérer les paramédicales de leurs tâches les moins qualifiantes, leur permettant de consacrer plus de temps et d'effort à l'implantation de nouvelles tâches plus garantes d'autonomie, un peu à l'image, en fait, de l'usage par les médecins spécialistes des paramédicales elles-mêmes. L'attitude des associations dépend donc de l'apport réel des auxiliaires à cette fin.

Les associations d'ergothérapeutes et de psychologues s'accommodent ainsi plutôt bien de la présence d'assistantes auprès de leurs membres. À l'échelle canadienne, la Canadian Association of Occupational Therapy, après s'y être d'abord refusée pendant la Seconde Guerre mondiale, finit par s'enthousiasmer d'un programme de formation d'« assistantes » lancé à Kingston en 1953. Ce revirement s'explique par la conscience croissante des limites posées par le faible nombre de thérapeutes diplômées à la diffusion de la profession; l'usage d'auxiliaires apparaît notamment comme un moyen de faciliter l'extension de la profession dans les hôpitaux psychiatriques, où la présence d'une ou deux assistantes augmente le rayon d'action d'ergothérapeutes qui, isolées, n'auraient

que peu d'impact et plus de mal à justifier leur présence auprès de ces nouvelles clientèles. Quoique la présence d'assistantes paraisse moindre au Québec, elle est attestée par la présence aux réunions de la QSOT de « craftworkers » chargées de superviser l'activité artisanale des patients afin de permettre à l'ergothérapeute en titre de se consacrer à ses applications thérapeutiques¹⁵. Dans les années 1960, la Corporation des psychologues, quant à elle, va jusqu'à promouvoir l'usage de psychotechniciens chargés de la passation des tests les plus élémentaires, qui permettent aux psychologues hospitaliers de se consacrer aux thérapies ou aux tests requérant des interprétations plus poussées. La Corporation insiste cependant sur la nécessité d'une « hiérarchisation » claire des statuts de chacun, s'opposant pour cette raison, en 1968, au projet d'une association d'éducateurs spécialisés de faire attribuer à ses membres le titre réservé de « psycho-éducateur »¹⁶.

D'autres associations professionnelles entretiennent des relations plus ambivalentes avec les « assistants »; dans chaque cas, ces difficultés sont attribuables à des facteurs structurels qui varient d'une profession à l'autre.

Les travailleuses sociales manifestent une telle ambivalence à l'endroit des « aides sociales ». D'un côté, les professionnelles et la CTSPQ s'accommodent bien des « aides », formées sur le tas ou dans certaines écoles spécialisées, qui libèrent des travailleuses sociales diplômées du travail administratif relatif à l'assistance financière; en 1965, la Corporation se déclare même heureuse du regroupement de ces employées au sein de l'Association des aides sociaux

¹⁵ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapy, 31 octobre 1956; 14 octobre 1957, 3 avril 1967; rapport du congrès annuel de la Canadian Association of Occupational Therapy, 1944, p.1-2; 1945, p.1-4; 1953, p.2; lettre de A.Opzoomer à C.Nugent, 8 novembre 1966; lettre de J.Forbes à D.Wilson, 30 mars 1961.

¹⁶ Ces éducateurs sont en fait les diplômés d'un programme de l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal lui-même; leur projet est finalement bloqué par le ministère de l'Éducation en 1969. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 26 avril, 9 août et 25 octobre 1968, 14 mars 1969. *Rel-Int*, 1, 2 (décembre 1966) : 21; 3, 1 (mars 1968) : 7.

diplômés (AASD)¹⁷. Plus que d'autres corporations, cependant, la CTSPPPQ redoute que ces auxiliaires ne cherchent à se substituer aux travailleuses sociales diplômées, et cherche à faire attribuer à ses membres le pouvoir de superviser les auxiliaires. En 1967, la menace se matérialise lorsque la jeune AASD manifeste le souhait de voir les aides sociales réaliser des tâches jusque là propres aux professionnelles comme des entrevues individuelles, du casework et du « travail auprès des groupes¹⁸ », au grand dam de la CTSPPPQ.

La fragilité de la position des travailleurs sociaux, qui incite l'AASD à s'enhardir ainsi, tient à l'ancrage initial de la profession dans un travail logistique où la part de relation d'aide peut sembler l'exercice d'une empathie et d'un bon sens trop largement définis pour n'être accessibles qu'à des experts. Dans les agences, il est fréquent de voir des postes occupés par des diplômés de sociologie ou de psychologie, voire même d'anciennes sténodactylos affectées aux « enquêtes sociales » par le hasard des promotions¹⁹. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que des aides sociales admettent mal de ne pouvoir accéder à des postes ouverts à d'autres non diplômés, leur volonté de nivellement étant confortée par la syndicalisation des années 1960. Dans les hôpitaux, une part

¹⁷ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 11 avril 1959, 30 avril 1960, 24 octobre 1961, 12 janvier, 23 février, 16 juin, 11 juillet, 21 septembre et 10 octobre 1962, 8 juin 1963, 13 juin 1964, 27 octobre 1967, 13 janvier 1967; procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 16 mai et 1^{er} novembre 1958, 20 mai 1960, 1^{er} octobre 1965, 25 avril 1969, dossier « Correspondance – ACTS Québec, lettre de C. James à J.-P. Sauvé, 31 décembre 1947.

¹⁸ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 15 juin 1967, 5 décembre 1958; programme du congrès de 1975, p.1.

¹⁹ Cette situation est rendue patente après l'incorporation légale de 1960, alors que les travailleurs sociaux désireux de porter leur titre professionnel doivent soumettre un dossier à la Corporation; celle-ci reçoit à cette occasion plusieurs demandes d'employés qui se considèrent comme des travailleurs sociaux sans en avoir le diplôme, au point que, seulement entre 1960 et 1962, la CTSPPPQ doit rejeter pas moins de 50 des 350 demandes qui lui sont acheminées – par des gens qui, sans pouvoir porter le titre, n'en continuent pas moins à occuper leurs emplois dans le domaine du service social. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 4 avril et 25 novembre 1961, 31 mars 1962.

croissante des « conseillers sociaux » et des « socio-thérapeutes » qui concurrencent les travailleuses sociales diplômées est ainsi constituée d'anciens aides sociaux aspirant à une pratique thérapeutique. D'ailleurs, le statut mal établi de la profession se reflète aussi dans l'ambivalence des travailleuses sociales elles-mêmes, dont plusieurs hésitent à fermer réellement leur champ de pratique : entre 1967 et 1969, l'exécutif de la Corporation, résolu à montrer les dents, est ainsi muselé par ses membres, beaucoup plus conciliants envers des non diplômées qui, dans bien des cas, sont aussi des collègues²⁰.

Les représentantes orthophonistes entretiennent aussi des relations tendues avec certaines assistantes, des « rééducatrices de la parole », quoique pour des raisons différentes. C'est que, dans ce cas précis, les rééducatrices, plutôt que de favoriser l'extension de la profession à de nouveaux secteurs, en viennent plutôt à occuper elles-mêmes les territoires que des orthophonistes aimeraient investir. Ces rééducatrices sont concentrées dans la région de Québec, où leur usage a été implanté par quelques médecins ORL du Centre hospitalier de l'Université Laval; elles y ont pour fonction de soulager les orthophonistes hospitalières en animant les aspects les plus simples de la réadaptation, comme la répétition de syllabes. Au nombre d'une vingtaine en 1967, ces « techniciennes » (souvent des diplômées en adaptation scolaire) essaient aux alentours de Québec et même jusqu'à Drummondville où le contact éventuel avec des diplômées de l'Université de Montréal sera plutôt froid, les orthophonistes montréalaises et les représentantes de la Société des orthophonistes et des audiologistes manifestant beaucoup de méfiance à leur égard²¹.

²⁰ *Ibid.*, 27 février 1957, 16 mai 1958, 13 juin 1964, 15 décembre 1967, 23 août, 20 septembre et 22 novembre 1968, 7 février et 6 juin 1969, 3 avril 1971, 2 juin 1972. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux du chapitre de Québec de l'ACTS, 1^{er} février 1954. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1974, p.22.

²¹ À cet enjeu clinique se superpose aussi une querelle d'écoles entre les praticiennes de tendance nord-américaine formées à l'Université de Montréal et les quelques orthophonistes de formation française présentes à Québec, v. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.39-43.

Cette fraîcheur s'explique en partie par le fait que, à Québec, les rééducatrices assurent, à partir de l'hôpital, les dépistages menés dans les écoles primaires. Or, le dépistage en milieu scolaire est plutôt vu par des orthophonistes de Montréal comme une manière d'accéder à une clientèle libre de tout filtre médical, et où trouver des cas non anatomiques de syntaxe et de bégaiement. À Québec, l'usage de techniciennes rompt le contact direct avec cette zone franche qu'est l'école et les rééducatrices, qui y prennent charge des « petits cas » d'articulation, ne réfèrent à l'hôpital que les « gros cas » de nature anatomique, n'offrant aux orthophonistes qu'une filière supplémentaire de cas traditionnels tout en réduisant leurs possibilités d'accès direct à la clientèle scolaire²².

L'histoire de la transformation d'associations professionnelles en corporations, gardiennes de privilèges légaux, témoigne de certains traits communs aux professions étudiées jusqu'ici. À partir de la fin des années 1950, les représentantes associatives des paramédicales, prenant modèle sur les médecins, s'engagent dans la voie de la revendication de privilèges légaux. Dans ces entreprises légales comme sur le front salarial ou auprès des groupes d'auxiliaires, les associations paramédicales fondent leur action sur leur aspiration à un statut distinctif pour leurs membres. La revendication syndicale ou le recours à des tiers ne sont ainsi admissibles à leurs yeux que s'ils consolident les barrières juridictionnelles qu'on aimerait voir fermer le marché de l'emploi professionnel.

Cette aspiration à la distinction a un visage précis et se manifeste en clinique par le désir d'investir de nouvelles tâches éloignées du champ d'autorité des médecins; c'est pour cette raison que, pour les associations, l'emploi d'assistantes ne sera le bienvenu que s'il supplée aux « bonnes » tâches. C'est sans doute cette ambition centrifuge par rapport à la médecine qui distingue le plus les professions étudiées jusqu'ici de certaines des professions dites d'appareillage.

²² *Ibid.*, p.43-45.

CHAPITRE 5

L'ÉMERGENCE DES PROFESSIONS D'APPAREILLAGE

Les paramédicales étudiées jusqu'ici se caractérisent par une quête d'un statut différencié qui comporte une forte volonté de rupture avec les champs d'action médicaux, mais aussi infirmiers, déjà existants. Pour se différencier de ces acteurs, l'établissement d'un rapport thérapeutique direct avec le patient se présente comme un enjeu cardinal.

Par contraste, les projets des professionnels d'appareillage se révèlent moins univoques, et parfois différent à certains égards de ce modèle. Si ces groupes recherchent bien une forme de statut exclusif dans leur milieu, leurs compétences et leur position dans l'organisation du travail les poussent plutôt à se coller au sillage des médecins qu'à s'en écarter. Pour cette raison, le contact avec le patient, dont l'admission et le diagnostic doivent alors demeurer médicaux, joue *a priori* un rôle moindre et ne se révèle réellement qualifiant que s'il est médiatisé par une machine dont la maîtrise représente, elle, le véritable siège d'une expertise exclusive. Cet ancrage assumé dans le sillage médical, parce qu'il implique un objet nécessairement partagé avec le médecin, et potentiellement ses autres mandataires, rend toutefois plus poreuses les frontières établies avec d'autres acteurs, tant dans le cadre du travail concret que sur le plan de l'identité professionnelle.

Cette porosité des statuts associés aux machines, plutôt qu'au diagnostic, est vécue de diverses manières. On en évoque ici deux exemples. Dans le secteur

de la respiration artificielle, une convergence dans le service aux médecins réunit en une même lutte de juridictions des infirmières et des techniciens divers, dont émerge tant bien que mal le jeune groupe des techniciens en inhalation. Dans le domaine de la mesure auditive, par contre, la maîtrise des machines fait s'engager une lutte féroce entre un groupe de techniciens « acousticiens » et des experts plus ambitieux, les audiologistes, aux prétentions plus typiques des autres professionnelles.

Les « techniciens en inhalation » : oxygénation et thérapie inhalatoire

Bien que les paramédicales psychosociales ou de réadaptation physique émergent au moins en partie du monde infirmier, ces filiations, comme on l'a vu, se sont passablement effacées dans les années 1950. Dans le cas des professions d'appareillage, cependant, l'enracinement infirmier est beaucoup plus frais et demeure souvent bien actuel jusqu'à la toute fin de la période.

Au début du siècle, l'introduction de nouvelles technologies de soins dans les hôpitaux a été rendue possible par leur délégation à des infirmières plus ou moins spécialisées. Comme l'a montré Peter Twohig, ce n'est que petit à petit, à partir de la fin des années 1930, que des employés sont affectés à plein temps à ces tâches techniques, comme les tests de laboratoire ou la réalisation d'examen radiologiques. Pendant la Seconde Guerre mondiale, ces corps d'employés se différencient en mettant sur pied des mécanismes de formation et de certification distincts, avec le soutien d'associations de médecins comme la Canadian Medical Association¹.

¹ Ces employés sont longtemps affectés à des tâches techniques diverses: dans les années 1920, Twohig note que l'infirmière Greta MacPherson du Glace Bay General Hospital (Nouvelle-Écosse) assure, en plus de tâches de laboratoire et de radiologie, l'administration d'anesthésiques, Peter Twohig, « Education, Expertise, Experience and the Making of Hospital Workers in Canada, 1920-1960 », *op.cit.*, p.142-143. V. aussi Cynthia Toman, « 'Body Work' », *op.cit.*

Dans les années d'après-guerre, d'autres secteurs d'innovation technique reproduisent la même progression. C'est le cas en matière de soins respiratoires et de respiration artificielle entre 1945 et 1955 : alors que les antibiotiques réduisent la mortalité des patients atteints d'infections pulmonaires attribuables à la tuberculose ou à des chirurgies, l'entretien de nouveaux patients souffrant d'insuffisance respiratoire devient pour les hôpitaux un problème qui pousse des médecins à déléguer la manipulation des appareils d'oxygénation artificielle à des préposés particuliers, sous supervision médicale. À l'hôpital Notre-Dame de Montréal, par exemple, la direction annonce, en 1948, la réorganisation des soins d'« oxygénothérapie », comme on dit alors, dont l'équipement tout neuf est confié à « un personnel de trois membres dirigés par une infirmière expérimentée sous la surveillance générale d'un comité médical permanent² ».

Jusqu'à la fin des années 1950, les premiers préposés permanents à cette « thérapie inhalatoire » s'occupent essentiellement d'administrer de l'oxygène à des patients souffrant de maladies pulmonaires et d'assurer la bonne gestion du matériel, notamment des cylindres d'oxygène sous pression dont la manipulation et l'entreposage sont des choses délicates³. Après 1960, toutefois, leurs tâches se diversifient pour comprendre l'administration de médicaments par voie respiratoire, en plus d'un rôle d'auxiliaire dans certains laboratoires de physiologie respiratoire. L'introduction de ces nouvelles tâches est pilotée par des médecins spécialistes qui trouvent chez les préposés à l'oxygénothérapie des compétences susceptibles d'épauler leur propre pratique : il s'agit des anesthésistes et des pneumologues.

² Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1948, p.40. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier 1200-04-00/A, « Allocution de F. Grégoire, 1968 » ; dossier 1200-03-00/A, lettre de R. Robinson à J. Gélinas, 19 mai 1967. *Inhalo-Scope*, 13, 3 (décembre 1996) : 8.

³ *Inhalo-Scope*, 6, 4 (décembre 1988) : 25; 13, 3 (décembre 1996) : 8. Cégep de Chicoutimi, *Implantation de l'option inhalothérapie*, Chicoutimi, cégep de Chicoutimi, 1969, annexes 2 et 3.

En pneumologie, les principaux contacts entre les médecins et les préposés en oxygénothérapie ont d'abord lieu à l'Institut Lavoisier, une unité de recherche clinique de l'hôpital Saint-Joseph de Rosemont (Montréal) spécialisée en physiologie respiratoire et cardio-pulmonaire. Fondé en 1950, l'Institut est dirigé par le Dr Roméo Soucy, un médecin biochimiste qui travaille à la mesure d'indicateurs de la fonction respiratoire comme le volume d'air ventilé ou l'analyse des mélanges gazeux. En 1961, l'Institut se dote de salles de soins intensifs à l'attention des « grands insuffisants respiratoires », dont on confie la supervision à « un personnel adéquatement entraîné⁴ » de techniciens dorénavant rompus à l'usage d'urgence des broncho-dilatateurs en cas d'arrêt respiratoire. Assez vite, la présence de ces techniciens inspire aux médecins de l'Institut l'idée de former certains préposés à la réalisation de certains tests de fonction respiratoire. Dans les années suivantes, des services comparables apparaissent dans d'autres hôpitaux où sont étendues de la même manière les attributions d'un nombre de croissant de techniciens : en 1975, plus de 70% des services de thérapie inhalatoire sont ainsi sous la supervision de pneumologues dont la grande majorité, soit 92%, dirige en parallèle un laboratoire de physiologie respiratoire⁵.

Lorsqu'ils ne travaillent pas pour des pneumologues, les préposés à l'inhalation œuvrent sous la direction de médecins anesthésistes. Pour ceux-ci, ces techniciens rompus à la gestion et à l'administration de gaz revêtent une grande importance : à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, en 1949, la réorganisation du service d'anesthésie, présentée comme une véritable renaissance de la spécialité, comprend la création d'un sous-service d'« oxygénothérapie », confié à des « infirmiers expérimentés », qui rend possible l'emploi d'un fort

⁴ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », lettre de M. Verscheleden à A. Couturier, 13 septembre 1963.

⁵ *Inhalo-Scope*, 13, 3 (décembre 1996) : 8. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier 1200-07-00/A, procès-verbaux du comité académique de l'École de technique de thérapie inhalatoire, 13 juin 1967 ; dossier 1200-04-00/A, « Allocution de F. Grégoire, 1968 » ; dossier « Historique de l'OPIQ », lettre de R. Soucy à J. Gelin, 5 septembre 1963 ; dossier « Historique de l'OPIQ », procès-verbaux du comité conjointe CAS / CMA, 12 mai 1963.

volume de « gaz thérapeutiques », distincts de ceux employés lors d'anesthésies de routine et qui remplissent en fait, sous l'autorité de l'anesthésiste, de nouvelles fonctions soignantes qui représentent, dès 1953, un important volume de travail⁶. À terme, à Notre-Dame comme ailleurs, ce contact avec les visées thérapeutiques des anesthésistes entraîne les préposés à l'inhalation vers des tâches nouvelles dites d'« aérosolthérapie », soit l'administration de médicaments par voie respiratoire, sous forme de brouillards ou divers moyens comparables. Cette pratique, qui concerne tant des cas de pathologies que de réanimation, augmente la demande en techniciens inhalatoires, que les hôpitaux affectent tant à cette fin qu'à des tâches plus classiques d'oxygénation. À l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi, qui ouvre en 1968 un Centre d'aérosolthérapie dirigé par un anesthésiste, la dispensation de médicaments occupe ainsi à plein temps pas moins de seize des 31 techniciens en inhalation de l'hôpital. En 1969, un nouveau service de soins respiratoires à domicile de l'hôpital Laval, à Québec, est aussi alimenté dans sa plus large part par des demandes d'aérosolthérapie⁷.

Cette entrée dans le sillage des anesthésistes, qui s'accélère à la fin des années 1950, stimule le projet de préciser et de formaliser les traits du technicien inhalatoire. Après 1960, la Canadian Anaesthetists Society (CAS), qui veut consolider les nouveaux champs de pratique de ses membres, se déclare inconfortable devant l'emploi de techniciens sans formation certifiée et prêche pour la création de formations dirigées par des médecins; au Québec, cette

⁶ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1949, p.114-120; 1950, p.93; 1953, p.174; 1961, p.80-81.

⁷ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier 1200-04-00/A, « Allocution de F. Grégoire, 1968 »; boîte 7, dossier « Congrès 1984 », *Concours Mérite au service de l'année*. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 1^{er} février, 24 février, 25 mai et 7 décembre 1973, 18 janvier, 19 janvier et 12 avril 1974, 20 juin et 20 septembre 1975, 7 mars et 26 mars 1977. Jean Bernier *et al.*, « L'inhalothérapeute aux soins respiratoires à domicile de l'hôpital Laval de Québec », programme du congrès de 1996 de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec; Cégep de Chicoutimi, *Implantation...*, *op.cit.*, annexes 2, 3 et 6.

position est soutenue par des anesthésistes comme Guy Fortin de l'hôpital Notre-Dame de Montréal et F. Wrigley du Royal Victoria Hospital⁸.

Cet appel médical est entendu par des techniciens qui, sous le parrainage de la CAS, fondent la Canadian Association of Inhalation Therapists (CAIT) qui obtient, en 1964, une charte fédérale de société scientifique. Si ce statut légal n'assure à l'association aucune prérogative en matière d'organisation du travail, elle lui permet néanmoins d'édicter des exigences d'admission, une formule qui convient bien aux représentants médicaux. Dans un premier temps, la CAIT précise les conditions auxquelles les techniciens déjà en exercice pourront obtenir une certification : le membre, qui devra cumuler deux années d'expérience dans le domaine, devra avoir fait des études postsecondaires et, surtout, réussir un examen d'entrée⁹. En encadrant cette procédure, la CAIT agit en fait surtout comme un mécanisme de certification à l'attention des employeurs médecins : ce sont des anesthésistes de la CAS qui supervisent la tenue de l'examen et qui émettent le certificat d'admission à l'association, selon un modèle calqué sur les techniciens de laboratoire ou de radiologie. D'ailleurs, si le siège de la CAIT est établi à Montréal, c'est en raison du rôle joué, non par des techniciens, mais par les anesthésistes du Royal Victoria Hospital dans la mise sur pied du processus de certification¹⁰.

⁸ En contrepartie, si l'on peut dire, de ce parrainage, les anesthésistes s'attendent plus tard à trouver auprès des techniciens des appuis politiques au cours de leurs démêlés publics avec l'État au sujet de la rémunération des médecins spécialistes en 1970. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier 1200-13-00/A, lettre de L. Perreault à J.-G. Maille, 1^{er} novembre 1970; dossier 1200-01-00/A, discours de Roméo Soucy, juin 1964, p.3; dossier « Historique de l'OPIQ », procès-verbaux du CAS Committee on IT, 20 février 1963; boîte 40, dossier « Examen janvier 1999 », lettre de L.-P. Belle-Isle à J. Bonnesso, 16 décembre 1998. Cégep de Chicoutimi, *Implantation...*, *op.cit.*, p.1-5, 8-12.

⁹ L'American Association of Inhalation Therapists est née en 1954. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », lettre circulaire de R. Merry, 30 janvier 1965; Rapport AMC / SCA sur la TI dans les hôpitaux canadiens, 1964; *Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire*, été 1964 et mars 1965.

¹⁰ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », lettre de A. Noble à A. Peart, 7 mai 1962; lettre de A. Conn à A. Noble, 29 novembre 1962; lettre de F. Wrigley à B. Martin et J. Archambault, 23 novembre 1964; lettre

Tant dans l'esprit des médecins que dans celui des techniciens de l'association, cette première certification n'est qu'un pis-aller dans l'attente d'un véritable programme de formation, que l'on s'emploie déjà à mettre sur pied. Dès 1961, un comité conjoint formé de médecins représentant la CAS et la Canadian Medical Association (CMA) projette la création d'écoles à travers le Canada. Au Québec, le dossier est confié, en 1963, au Dr Roméo Soucy qui entend installer une école dans les murs de l'Institut Lavoisier. Dans l'attente des approbations de l'hôpital et du ministère de la Santé, on s'emploie en fait déjà à combler le vide : une petite formation est ainsi brièvement dispensée par les anesthésistes du Royal Victoria Hospital et, en 1964, le Dr Soucy et d'autres médecins et techniciens animent des « cours de revue » de quelques semaines pour les candidats à l'examen de la CAIT¹¹. Avec l'apport du technicien en chef Albert Bolduc et des anesthésistes de l'hôpital Saint-Joseph de Rosemont, l'école ouvre finalement ses portes en 1965, portant le nom d'École de thérapie par inhalation avant d'être rebaptisée, en 1967, École de technologie en thérapie par inhalation (ÉTTI).

Dès le départ, il est clair que les programmes seront sous direction médicale. Encore en 1968, même les travaux pratiques sont dirigés par des anesthésistes, qui constituent d'ailleurs la majorité des enseignants invités à dispenser les conférences. C'est aussi une équipe de médecins, dirigée par Soucy, qui fixe le contenu du programme et assure la sélection des élèves. Le

de R. Soucy à G. Fortin, 9 novembre 1965; lettre de A. Noble au Dr Sewy, 15 octobre 1965; ; lettre de F. Wrigley à Laforest, 7 octobre 1966; lettre circulaire de R. Soucy, 1966; procès-verbaux de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire, 3 juin 1966; procès-verbaux du comité conjoint CAS / CMA, 1^{er} février 1962; Comité du CAS, *Report to Council*, 10 mai 1963; *Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire*, mai 1965 et mars 1965.

¹¹ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », lettre de A. Noble à G. Fortin, 10 janvier 1962; lettre de R. Soucy à J. Gélinas, 5 septembre 1963; lettre de A. Noble à G. Fortin, 27 janvier 1964; lettre de A. Noble à Sœur Marie du Rosaire, 30 janvier 1964; lettre de A. Noble à M. Verschelden, 30 janvier 1964; lettre de R. Soucy à A. Bolduc, 31 mai 1979; procès-verbaux du comité conjoint CAS / CMA, 18 janvier 1964; discours de Roméo Soucy, juin 1964, p.4; *Projet d'une école pour les techniciens en thérapie par inhalation*, 18 janvier 1964; Laurent Saint-Onge, « L'inhalothérapeute face à la protection du public », programme du congrès de 1975. *Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire*, mars 1965; *Inhalo-Scope*, 7, 2 (juillet 1989) : 15-16).

programme, dont le contenu passe de 65 à 280 heures entre 1965 et 1968, s'inspire du cursus préparé par un anesthésiste de Toronto : il se partage entre des notions appliquées relatives au système respiratoire et des ateliers pratiques où les élèves s'entraînent aux modalités variées du traitement par aérosol et de la ventilation artificielle, ainsi qu'à l'entretien et au montage des valves d'exhalaison des respirateurs et à la bonne gestion des appareils et des bonbonnes d'oxygène¹².

Les premiers inscrits sont en large part des techniciens déjà expérimentés qui viennent chercher à l'ÉTTI un diplôme et un complément de formation. Il s'agit souvent d'infirmiers et essentiellement des hommes, peut-être en raison des lourdes charges que représente la manipulation de cylindres d'oxygène; l'on sait cependant que des gardes-malades féminines travaillent aussi dans le domaine et occupent même, comme à l'hôpital Notre-Dame, des positions de chef¹³. Dans les années qui suivent, les effectifs étudiants comptent moins d'infirmiers et un peu plus de femmes, ce qui suggère que la création d'un programme formel entraîne une modification du profil du groupe. Quoi qu'il en soit, le nombre de diplômés prend vite de l'ampleur et, à la toute fin de la période, entame une croissance accélérée : de 1964 à 1969, l'ÉTTI décerne au moins 73 diplômes, dont huit à des femmes, avant d'en remettre 44 (dont 18 à des femmes) dans la seule année 1970.

¹² Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », lettre de A. Conn à G. Fortin, 24 février 1964; lettres circulaires de R. Soucy, 2 mars, 3 mars, 4 mai et 18 mai 1964; lettre de A. Bolduc à G. Fortin, 12 juin 1967, lettre de R. Soucy à G. Fortin, 25 mars 1968; procès-verbaux du comité conjoint CAS / CMA, 11 avril 1962 et 18 janvier 1964; rapport du comité conjoint CMA / CAS, 1964; *Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire*, été 1964; Roméo Soucy, *Cours en thérapie inhalatoire*, 1965; dossier 1200-03-00/A, lettre de R. Robinson à J. Gélinas, 19 mai 1967; dossier 1200-07-00/A, procès-verbaux du comité académique de l'École de technique en thérapie inhalatoire, 8 juillet 1964, 6 décembre 1966, 13 juin et 18 octobre 1967, 2 avril et 7 août 1968, 14 janvier 1969; dossier 1200-04-00/A, lettre de R. Soucy à J. Gélinas, 14 août 1964; Roméo Soucy et Marcel Verschelden, *Mémoire concernant l'organisation de l'école française des techniciens en thérapie par inhalation*, 19 mars 1964, non paginé; boîte 7, procès-verbaux du Comité provincial des techniques d'inhalothérapie, 13 février 1968.

¹³ En 1964, la religieuse directrice du nursing de l'hôpital d'Youville de Noranda s'enquiert « d'un cours en oxygénothérapie pour infirmiers », dont elle a entendu parler par la Union Carbide, une entreprise privée fournisseur de cylindres d'oxygène et autres gaz sous pression. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », lettre de Soeur Saint-Pasteur à L. Lamoureux, lettre de R. Soucy à G. Fortin, 20 juillet 1964.

La constitution d'une masse critique de techniciens québécois s'accompagne d'ailleurs de velléités autonomistes parmi les techniciens de la province, qui, entre 1967 et 1969, rompent avec la CAIT pour se réunir au sein de la Corporation des techniciens en inhalo-thérapie du Québec (CTIQ)¹⁴. Au total, alors que le chapitre québécois de la CAIT comptait, en 1966, 64 membres dispersés dans 45 hôpitaux, la CTIQ compte, en 1970, pas moins de 175 membres, diplômés ou certifiés, répartis dans 104 des 200 hôpitaux québécois de l'époque¹⁵.

Les certifications attribuées par l'École et les associations professionnelles commencent ainsi à esquisser les contours d'un groupe mieux défini. Il reste que ces frontières, encore au début des années 1970, demeurent relatives et souvent poreuses. Cela est en partie attribuable au profil des premières générations de techniciens non diplômés, plus proche du nursing ou d'autres catégories de techniciens « maison ». De plus, la nature même du travail d'un technicien en inhalation, centré moins sur le patient que les machines employées, en fait une affaire de logistique plus que de thérapeutique, ce qui rend le technicien un peu plus aisément interchangeable. En 1963, Roméo Soucy décrit ainsi surtout les

¹⁴ Malgré son nom, la Corporation ne dispose d'aucune prérogative légale. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier 1200-03-00/A, procès-verbaux de la section franco-montréalaise de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire, 24 janvier et 27 avril 1968, lettre de R. Robinson à J. Gélinas, 19 mai 1967, 24 janvier 1968; procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 25 janvier et 1^{er} avril 1969.

¹⁵ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », lettres de B. Martin et J. Archambault à la CAITT, 3 novembre 1964; lettre de F. Wrigley à B. Martin et J. Archambault, 23 novembre 1964; lettre de R. Soucy à F. Wrigley, 24 août 1967; lettre de R. Soucy à A. Noble, 9 novembre 1965; lettre de R. Soucy à G. Fortin, 29 août 1967; procès-verbaux du comité conjoint CAS / CMA, 12 mai 1963; rapport du comité conjoint CMA / CAS, 1964; *Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire*, été 1964; ACTTI, *Suggested Amendment to Regulations for the Registry Examination of the CSITT*, 1967; dossier 1200-07-00/A, procès-verbaux du comité académique de l'École de technique en thérapie inhalatoire, 6 décembre 1966, 13 juin et 18 octobre 1967, 7 août 1968, 29 décembre 1970; dossier 1200-09-00/A, procès-verbaux du comité ad hoc hôpital / cégep Rosemont, 19 novembre 1968; dossier 1200-03-00/A, procès-verbaux de la section franco-montréalaise de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire, lettre de R. Robinson à J. Gélinas, 19 mai 1967; boîte 7, procès-verbaux du Comité provincial des techniques d'inhalothérapie, 1^{er} avril 1968. *Inhalo-Scope*, 7, 2 (juillet 1989): 15-16; Cégep de Chicoutimi, *Implantation...*, *op.cit.*, annexe 5; Cégep de Rosemont, *Projet de recyclage pour les préposés en inhalothérapie présenté à la DIGEC*, Montréal, cégep de Rosemont, 1970, p.2.

techniciens en inhalation comme des spécialistes de la gestion de l'équipement et des gaz, soulignant notamment leur rôle bénéfique dans la diminution des risques d'explosion; la CAIT elle-même, en 1967, pour promouvoir l'expertise de ses membres, insiste surtout sur la réduction des incidents explosifs ainsi que sur les économies induites par l'usage optimal des appareils. Ce rôle logistique assure d'ailleurs en lui-même la base sûre d'une expertise reconnue : spécialiste de la gestion des humidificateurs et autres appareils, un technicien diplômé peut ainsi, à l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi en 1969, superviser seul des équipes, composées d'autres diplômés, d'étudiants et d'« aides techniciens »¹⁶.

Néanmoins, en faisant reposer leur expertise sur des machines dont l'emploi thérapeutique reste à la discrétion des médecins, les techniciens diplômés dépendent de ces derniers pour l'obtention de leurs tâches, qui peuvent encore être attribuées à d'autres. Cette volatilité rend floue la distinction avec des préposés à des tâches annexes ou voisines. Les conséquences de cette porosité sont multiples. D'une part, elle inspire aux techniciens certifiés une crainte de la concurrence des non diplômés : le risque est d'autant plus réel que, en occupant des rôles de superviseurs de la gestion générale des machines, les diplômés tendent souvent à déléguer la prestation directe de soins inhalatoires à des aides qui, lors des négociations syndicales, demandent à être promus au titre de technicien ou même de chef de service sur la base de leur ancienneté. En 1971, lors d'une ronde de négociation périlleuse à cet égard, le président de la CTIQ met en évidence le risque de déclassement qu'il y a à laisser des préposés non diplômés s'impliquer dans les soins directs, en semonçant doucement ses membres : « ...car vous savez, ce n'est pas une honte, ce n'est pas s'abaisser pour un chef technicien que de prendre un appareil et d'aller donner quelques

¹⁶ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », lettre de R. Soucy à J. Gélinas, 5 septembre 1963; lettre de A. Conn à G. Fortin, 24 février 1964; Roméo Soucy, *Cours en thérapie inhalatoire*, 1965; dossier 1200-03-00/A, lettre de R. Robinson à J. Gélinas, 19 mai 1967; dossier 1200-04-00/A, « Allocution de F. Grégoire, 1968 »; procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, lettre de R. Fontaine au conseil d'administration de la CIQ, 25 mars 1977. Cégep de Chicoutimi, *Implantation...*, *op.cit.*, annexes 2-3.

traitements aux malades » pour conserver son rang et empêcher les aides de « nous ligaturer les possibilités d'avancement tout en s'appropriant nos droits¹⁷ ».

D'autre part, la porosité des statuts agglomère souvent le technicien en inhalation à des acteurs chargés de tâches proches des siennes. En matière d'administration de médicaments, par exemple, des directions hospitalières convainquent, en 1972, la CMA et de la CAS de reconnaître la délégation de certains traitements aérosols à des non diplômés. En physiologie respiratoire, il est aussi courant chez les pneumologues d'attribuer la réalisation de tests de fonction respiratoire à des préposés non diplômés mais pourvus d'« une compréhension... des soins infirmiers » et d'un « sens du bricolage » jugés suffisants, l'attribution de ces tests dépendant alors du strict jeu des formations maison; en fait, l'emploi des appareils de physiologie respiratoire n'est pas non plus enseigné à l'ÉTTI mais, en raison de la proximité historique des tâches, est revendiqué par plusieurs diplômés compétents en la matière. Les pneumologues eux-mêmes entreprennent d'abolir ces imprécisions en convainquant, en marge des négociations syndicales de 1972, la CTIQ d'intégrer dans ses rangs, quoique sous une appellation distincte, les préposés non diplômés en physiologie respiratoire en échange d'une habilitation formelle qui permet à tous les techniciens diplômés d'utiliser les appareils de physiologie respiratoire. Pour les médecins, il s'agit avant tout d'uniformiser les statuts d'emploi de techniciens dont on accepte sans mal qu'ils partagent le même terrain¹⁸.

¹⁷ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 28 avril 1970, 5 mai et 13 1971.

¹⁸ *Ibid.*, 20 septembre 1972, 25 mai 1973, 29 novembre et 14 décembre 1974, 9 octobre et 29 novembre 1975, 16 janvier et 24 avril 1976. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, boîte 7, lettre de J.-J. Gauthier à G. Parent, 12 janvier 1976; lettre de L. Larocque à G. Leduc, 1^{er} mars 1976, lettre de R. Durand à la CIQ, 10 juin 1977, lettre circulaire de R. Durand, 1^{er} août 1977; procès-verbaux du comité ad hoc en physiologie respiratoire, lettre circulaire de G. Blanchette, 23 avril 1975, lettre de D. Pouliot à G. Parent, 6 novembre 1975; dossier 1200-13-00/A, procès-verbaux du comité conjoint des anesthésistes et pneumologues, 7 mars 1975, lettre de M. Cléroux à J. Houde, 30 mai 1972; lettre de J. Houde à M. Cléroux, 27 juin 1972. Cégep de Rosemont, *Projet de recyclage...*, *op.cit.*, p.3.

Les frontières entourant les pratiques plus classiques, comme l'oxygénothérapie, se font tout aussi indistinctes, des querelles opposant cette fois des techniciens diplômés et des infirmières. Une expertise uniquement ancrée dans les machines laisse en effet potentiellement plusieurs actes aux mains des infirmières, dont la présence continuelle au chevet des malades leur permet de se montrer compétentes à la surveillance des appareils et à l'observation des réactions du patient selon les paramètres fixés. De par leur position, il est aussi difficile de leur interdire de procéder à des gestes d'urgence impliquant l'emploi des machines, comme des oxygénations d'urgence ou des aspirations dans des cas de trachéotomie. Fréquemment, surtout quand le technicien est absent, le médecin doit lui-même déléguer aux infirmières l'appareillage du patient pour s'épargner, selon les mots du Dr Soucy, « d'effectuer lui-même des procédures accaparantes et longues¹⁹ ». À terme, l'assimilation par le champ infirmier de ces tâches au chevet du patient risque ainsi de ne laisser aux techniciens diplômés que la stricte logistique du parc de machines, gestion et entretien, comme seule base d'expertise réellement sûre pour garantir leur statut d'emploi.

En s'insérant dans un territoire de pratique déjà constitué et habité, les techniciens en inhalation demeurent ainsi plus ou moins agrégés aux autres groupes, infirmières en tête, qui nichent dans le vaste sillage de la médecine. Visible au sein de la pratique clinique, cette porosité des frontières se manifeste aussi dans les discours des techniciens eux-mêmes, qui s'apparentent encore largement aux discours infirmiers: *A contrario* des paramédicales étudiées jusqu'ici, les techniciens cherchent ainsi à se définir eux-mêmes, à la manière des infirmières, non en valorisant l'exclusivité de leurs objets de compétence, *de facto* partagés, mais en exaltant plutôt leurs qualités humaines et leur zèle dans

¹⁹ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », 1960 *American Registry of Inhalation Therapists* ; *Fonctions et responsabilités conjointes du personnel de thérapie inhalatoire et du nursing*, septembre 1965; lettre de R. Soucy à G. Fortin, 25 mars 1968; dossier 1200-04-00/A, Roméo Soucy et Marcel Verschelden, *Mémoire...*, *op.cit.*; boîte 7, procès-verbaux du Comité provincial des techniques d'inhalothérapie, 1^{er} avril 1968.

l'exercice de ces compétences. Comme les représentantes infirmières²⁰, les leaders de la CAIT incitent leurs membres à se distinguer d'abord par leur dévouement et leur compassion : « peu importe les connaissances techniques que nous pouvons posséder », dit le président québécois de la CAIT, le technicien doit faire sa place « habillé proprement avec sourire aux lèvres et paroles encourageantes²¹ » pour accomplir « un travail intelligent et intègre, basé sur la loi morale²² ». En 1969, la CTIQ adopte un code d'éthique empreint de cette vocation « basée sur des valeurs morales » de « gentillesse, patience, compréhension » et soumission à l'égard du médecin, que le bon technicien fait « primer sur son bien-être personnel²³ ». Ce cocktail de ralliement inconditionnel au médecin et d'une minimisation du rôle de l'expertise dans la représentation de soi s'arrime bien à la vision qu'ont les médecins eux-mêmes de leur personnel technique : comme le raconte rétrospectivement le Dr Roméo Soucy, lors de la sélection des candidats admissibles à l'ÉTTI, « mon choix n'était pas basé sur les diplômes ou les qualifications académiques, mais je choisisais d'abord des personnes de cœur²⁴ ».

Ce trait distingue les techniciens en inhalation des autres paramédicales étudiées jusqu'ici, qui, à l'image des médecins, se définissent plutôt par l'exclusivité affirmée de leurs compétences, et leur volonté de rupture avec l'usage infirmier de mettre plutôt en avant le dévouement ou les qualités humaines, un discours maternel dans lequel les professionnelles psychosociales ou

²⁰ V. Esther Lamontagne, *op.cit.*, p.6-10.

²¹ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Historique de l'OPIQ », *Bulletin de nouvelles de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire*, mai 1965.

²² Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier 1200-03-00/A, lettre de R. Robinson à J. Gélinas, 19 mai 1967.

²³ Le code d'éthique, inspiré de celui de l'American Association of Inhalation Therapists, ne sera modernisé qu'en 1979. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, Code éthique, [1969], non paginé; dossier « Historique de l'OPIQ »; lettre circulaire de R. Merry, 1964.

²⁴ *Inhalo-Scope*, 7, 2 (juillet 1989) : 16.

de réadaptation physique ne se compromettent tout simplement jamais dans ces années. Ces différences, d'ailleurs, doivent stimuler la réflexion historiographique sur le partage genré des rôles sanitaires : alors que l'idée généralement établie veut que les marqueurs de compétence et d'autorité aient été réservés aux hommes médecins et les marqueurs de domesticité et de dévouement maternel aux femmes infirmières, on remarque ici que les nouvelles professions de l'après-guerre brouillent ce partage « naturel » en introduisant à la fois des orthophonistes et des ergothérapeutes qui se comportent « comme des hommes » en appliquant à elles-mêmes le modèle professionnel médical²⁵, et des groupes de techniciens mâles qui, largement issus du personnel infirmier, se mettent en scène « comme des femmes » en valorisant prioritairement leurs qualités humaines. Limitées en nombre, ces entorses au modèle d'une division uniquement sexuée du travail sanitaire soulignent le poids des positions purement fonctionnelles sur la mise en place des traits professionnels. Elles mettent aussi en évidence le statut encore indistinct, à cette époque, des rôles techniques associés à l'emploi de machines au sein des hôpitaux.

Mesure et prise en charge de l'audition : une pratique disputée

La relative indistinction des rôles techniques avant 1970 caractérise aussi un autre domaine d'appareillage, celui des problèmes d'audition. L'incertitude associée à l'attribution des tâches s'y manifeste toutefois différemment, car on y trouve tant des acteurs semblables aux techniciens, c'est-à-dire qui s'arriment volontairement au sillage des médecins, que d'autres qui, à l'image des autres groupes professionnels étudiés ici, cherchent plutôt à s'en dégager par des pratiques diagnostiques élargies. Ces divergences de vue quant au rapport au médecin entraînent entre ces groupes une intense compétition dont l'enjeu est

²⁵ Comme Nadia Fahmy-Eid *et al.* l'avaient déjà relevé au sujet des physiothérapeutes et des diététistes, *op.cit.*, p.70.

précisément la capacité d'user des machines, cette fois des appareils de mesure, pour émettre des diagnostics.

Les audiologistes sont les premières paramédicales à se réclamer d'une formation établie relative aux troubles auditifs. Parentes, par leurs racines et leurs attitudes, des paramédicales de réadaptation physique, leur ancrage dans l'emploi de machines les met cependant en concurrence directe avec des compétiteurs plus près du modèle technicien.

Bien que l'instruction aux sourds ou la production de prothèses auditives soient plus anciennes, la constitution dans le champ sanitaire d'une expertise en matière de surdité n'est complétée qu'à l'occasion de la Seconde Guerre mondiale, principalement aux États-Unis, à l'occasion d'une convergence entre les besoins des vétérans et les progrès de l'électronique dans la mesure de la capacité auditive. Encore embryonnaires, les rudiments de la mesure auditive sont intégrés par l'entourage des médecins ORL, qui étendent ainsi leur champ d'action, mais aussi par des spécialistes non médicaux qui se rapprochent plutôt, pendant la guerre, d'orthophonistes, pour qui cette pratique peut servir au diagnostic différentiel ou à l'approche de la clientèle sourde-muette. Cette réunion est bien assimilée par les orthophonistes étasuniennes, si bien que leur association, l'American Association of Speech Correctionnists, transforme son nom, en 1948, pour devenir l'American Speech and Hearing Association²⁶. Les deux termes deviennent vite inséparables et, dans les années 1950 et 1960, on parle déjà en français de « l'orthophonie et audiologie » comme d'une seule et même discipline paramédicale.

Au Québec, dans l'immédiat après-guerre, l'« audiologie » se présente en fait surtout comme une subdivision de l'orthophonie, un complément de formation utile mais qui débouche rarement sur une spécialisation véritable. Lors de la création, en 1956, de la maîtrise d'orthophonie-audiologie de l'École de

²⁶ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.20.

réhabilitation de l'Université de Montréal, l'audiologie est bien inscrite au cursus mais se limite à un seul cours isolé à travers d'autres disciplines connexes comme la médecine dentaire. Cependant, bien que l'École ne prévoie aucune spécialisation dans ce domaine, des diplômées intéressées à l'audition approfondissent tout de même leur habileté en la matière par leur propre initiative; à l'Université McGill, la School of Speech and Communication Disorders offre, après 1963, des voies plus poussées de spécialisation au niveau de la maîtrise, qui ne touchent toutefois qu'un nombre limité d'étudiantes, les spécialistes diplômées en audition demeurant ainsi fort rares et, à la toute fin des années 1960, on ne compte encore guère plus de 12 ou 15 diplômées d'« orthophonie – audiologie » (il n'existe pas de diplôme différencié) qui pratiquent effectivement l'audiologie au Québec²⁷.

La pratique de l'audiologie se concentre alors autour de ce qu'on appelle l'audiométrie : par l'usage d'un appareil, l'audiomètre, la clinicienne produit un portrait auditif du patient, que l'on appelle audiogramme. Pendant leur formation, les étudiantes de l'Université de Montréal s'entraînent ainsi en branchant des enfants d'âge scolaire à un audiomètre émettant à des fréquences variables des sons (on parle alors d'audiométrie tonale) qu'une ouïe moyenne est censée percevoir, dans le but de déterminer la présence ou non de déficiences auditives²⁸. Une telle assise dans l'usage des machines distingue les audiologistes de leurs consœurs orthophonistes et leurs trajectoires professionnelles sont passablement différentes. Elles ne travaillent pas avec des physiatres et, lorsqu'elles œuvrent sous la direction de médecins, il s'agira plutôt d'ORL. En l'absence de formation très spécialisée au Québec, certaines, comme Huguette Benfante, se perfectionnent aux États-Unis, à l'écart des réseaux québécois de la réadaptation; lorsque Benfante entame des activités de recherche, elle le fait en collaboration

²⁷ Archives de l'Université de Montréal, boîte 5952, *Programme de l'École de réhabilitation*, 1956.

²⁸ Archives de l'Université de Montréal, boîte 5948, dossier « Dépistage dans les écoles », Section d'orthophonie – audiologie, *Dépistage des troubles de l'audition et de la parole en milieu préscolaire montréalais*, Montréal, ÉRUM, 1968, 17p.

non pas avec l'École de réhabilitation mais avec le département de linguistique de l'Université de Montréal²⁹. La spécificité de la spécialité est d'ailleurs revendiquée au sein de la Société des orthophonistes et des audiologistes par des audiologistes militants, comme Victor Baillargeon, qui demandent l'établissement de modèles différents d'échelle salariale et refusent que des finissantes de l'ÉRUM non spécialisées en audiologie puissent agir comme expertes de l'audiométrie³⁰.

L'insertion de ces audiologistes dans les hôpitaux québécois est d'abord tâtonnante. Au début des années 1950, des centres de réadaptation physique, comme l'IRM ou l'OTRC, font état de quelques tests audiométriques, mais menés par des thérapeutes qui sont avant tout des orthophonistes et qui n'usent d'appareils que sur une base ponctuelle, à des fins de diagnostic différentiel pour confirmer ou infirmer le rôle d'une éventuelle surdité comme cause de problèmes expressifs; d'ailleurs, dès qu'un patient manifeste un problème auditif, il est immédiatement référé à un médecin ORL. Dans ces milieux de réadaptation physique, cette pratique ne concerne de toute manière qu'un nombre limité de patients et tombe vite plus ou moins en désuétude, l'IRM parvenant tout au plus à recycler brièvement ses compétences en décrochant un contrat d'enseignement du code de la route aux malentendants au début des années 1960³¹.

La véritable implantation des audiologistes en milieu hospitalier vient à l'appel des médecins ORL, qui voient dans les problèmes d'audition une vaste promesse d'expansion. À l'hôpital Notre-Dame de Montréal, en 1952, le Dr

²⁹ Benfante a été formée à l'Université d'Iowa. Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 28 mai 1965, 29 mai 1969; Huguette Benfante *et al.*, *Audiométrie vocale*, Montréal, Hôpital Maisonneuve / Université de Montréal, 1966, p.3; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op.cit.*, p.17.

³⁰ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 10 mars 1966, 10 novembre 1967, 5 février 1971.

³¹ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1953, p.8; 1963, p.68; 1964, p.74; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1952, p.14-15; 1953.

Fernand Montreuil réorganise le service d'ORL, jusqu'alors « mourant », pour en étendre l'activité « vers des champs plus vastes » qui incluent le traitement chirurgical de certaines surdités. C'est à cette fin, pour contribuer au « diagnostic étiologique de la surdité » qui rend possible la chirurgie, qu'il se procure des appareils d'audiométrie. Ces audiomètres sont confiés à « un personnel de techniciens très bien entraînés » qui, au début des années 1960, sont remplacés par des audiologistes³².

Pourvues de maîtrises, issues des mêmes effectifs étudiants que les orthophonistes, les audiologistes se comportent dans le milieu de la santé comme les autres professionnelles de la réadaptation physique et cherchent à profiter d'opportunités pour étendre leur pratique hors du sillage des médecins officiellement en charge. C'est le cas à Notre-Dame où la prise du médecin ORL sur l'organisation du travail audiologique, hors de recherches médicales sur l'étiologie de la surdité³³, se fait progressivement plus distante. Les requêtes médicales se limitent d'ailleurs généralement aux cas relatifs à la chirurgie alors que, après 1961, les cas rencontrés par les audiologistes débordent largement cette clientèle. De 1960 à 1967, le nombre annuel de patients passés en examen audiométrique passe ainsi de 1590 à 4200 cas, parmi lesquels on compte tant des enfants que des adultes non destinés à la chirurgie – et même de futurs enseignants référés par les écoles normales de Montréal pour éliminer les candidats à l'ouïe trop fragile. Grâce à la quantité et à la variété des cas rencontrés, un trait particulier à Notre-Dame, les audiologistes parviennent à diversifier leurs modes d'examen jusqu'à évaluer de nouvelles facettes de l'audition. Ainsi, de 1961 à 1967, la part des mesures conventionnelles d'audiométrie tonale passe de 85 à 62%, tandis que d'autres formes de mesure

³² Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1952, p.76, 99-102; 1953, p.97-98; 1960, p.88.

³³ En cette matière, d'ailleurs, les directives médicales révèlent à quel point l'ancrage dans l'emploi de machines rend les audiologistes vulnérables au contrôle étroit des médecins qui peuvent formuler à distance des exigences précises pour, par exemple, uniformiser le contenu du travail par l'introduction de fiches standardisées.

prennent une importance accrue. On voit notamment se multiplier les tests d'audiométrie vocale, par lesquels on fait écouter au sujet des listes de mots plutôt que de sons dans le but d'évaluer les capacités de discrimination plutôt que la seule acuité de l'oreille, menant à l'identification de divers problèmes plus raffinés de compréhension auditive; la part de ces tests d'audiométrie vocale, de 1961 à 1967, grimpe ainsi de 8,5 à 20,5%, tandis que la part d'autres tests divers passe de 1,5 à 17,5%, élargissant d'autant la capacité des audiologistes à identifier une plus large palette de troubles auditifs³⁴.

On trouve, assez tôt, d'autres services hospitaliers d'audiométrie dirigés par des ORL et employant des audiologistes, par exemple au Royal Victoria Hospital ou à l'hôpital Maisonneuve (Montréal). Là où la prise médicale se fait, comme à Notre-Dame, suffisamment distante ou complaisante, les audiologistes étendent de la même manière le champ de leurs évaluations. Après 1964, certains en viennent à diriger leurs services de manière autonome comme c'est le cas, à Sherbrooke, du pionnier Victor Baillargeon qui profite de cette marge de manœuvre pour lancer, en 1968, un « service mobile de dépistage » destiné à « aider les demi sourds à obtenir des services³⁵ », c'est-à-dire à les référer en milieu hospitalier.

Dans d'autres milieux, toutefois, les rapports avec les médecins ORL se font moins cordiaux. Ce sont les ORL, après tout, qui introduisent généralement la mesure de l'audition dans les hôpitaux où ils travaillent. Étant donné l'absence, puis la faible disponibilité, des audiologistes sur le marché du travail, plusieurs médecins ont suivi l'usage, courant en ce qui concerne l'emploi d'appareils, de

³⁴ Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1961, p.96-98; 1962, p.109; 1964, p.104; 1967, p.82-83; 1968, p.84-87. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5954, dossier « Stages Notre-Dame », Anonyme (cliniciennes de l'hôpital Notre-Dame de Montréal), 1981, p.6.

³⁵ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 13 juin et 3 octobre 1961, 22 février et 27 mars 1962, 16 février et 15 mars 1968; résumés du congrès de 1989, Comité audiologie, « 25 ans d'audiologie », p.10.

confier la réalisation d'audiogrammes et l'usage d'audiomètres à des techniciens, souvent des infirmières, tout en conservant pour eux la tâche d'interpréter les résultats et d'émettre les diagnostics. Dans les années 1960, ces ORL tendent à considérer les audiologistes comme une version améliorée de ces techniciennes et leur confient le même type de travail, qui exclut le diagnostic. Cette hiérarchisation des tâches devient une source de frictions car plusieurs audiologistes prétendent au contraire au droit d'interpréter les résultats et de poser eux-mêmes des diagnostics³⁶.

Les audiologistes pourvues d'une formation académique poussée, comme Huguette Benfante, défendent cet accès direct au diagnostic en avançant que des évaluations fiables ne peuvent se limiter aux mesures courantes d'audiométrie tonale, bien connues des ORL et des techniciens, mais exigent des épreuves supplémentaires, comme des tests d'audiométrie vocale ou d'autre type que seule une audiologiste est apte à réaliser. Il n'y a d'ailleurs aucun hasard au fait que les recherches de Benfante et de son équipe de l'hôpital Maisonneuve portent sur la création du matériel nécessaire à l'exécution de ces tests, comme des listes équilibrées de mots français à des fins d'audiométrie vocale, et cette activité n'est sans doute pas non plus étrangère à la prise de contrôle rapide du service de Maisonneuve par les audiologistes qui y travaillent³⁷. Comme d'autres paramédicales, ces audiologistes entreprennent donc, en diversifiant leurs modes d'évaluation, de déborder les cadres de la pratique envisagés pour elles par les médecins spécialistes.

Dans le secteur de l'audition, la question du diagnostic est aussi amplifiée du fait qu'elle se double d'une question économique, dans la mesure où l'identification de surdités, un peu comme celle de myopies, se prolonge d'une

³⁶ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 20 mars et 31 mai 1963, 9 février 1968.

³⁷ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 15 mars et 5 avril 1968; Huguette Benfante et al., *op.cit.*, p.1-3.

intense activité de prescription de prothèses auditives, le diagnostic pouvant entraîner des prescriptions plus ou moins détaillées. Or, les prothèses, comme les lunettes ou les médicaments, doivent être achetées par le patient sur le marché privé et cette responsabilité économique mine les désirs d'autonomie des audiologistes qui n'ont pas encore la même crédibilité que les médecins pour faire honorer leurs prescriptions par les organismes d'assurances privés ou publics. De plus, ce contact avec un marché privé lucratif introduit des enjeux moraux, tant il est vrai qu'un diagnostic qu'on étend jusqu'à la désignation précise des produits à acheter soulève un malaise éthique : en 1968, par exemple, la direction de l'hôpital Maisonneuve tente de proscrire l'habitude des audiologistes de spécifier jusqu'au « nom de la compagnie et le numéro de l'appareil, de même que le nom du vendeur³⁸ » sur leurs prescriptions, un désaveu qui provoque d'ailleurs l'ire de l'audiologiste en chef et des officiers de la Société des orthophonistes et des audiologistes.

Enfin, cette relation obligée avec le marché de la vente module le rapport des audiologistes avec des vendeurs de prothèses qui usent, eux aussi, d'appareils d'audiométrie pour compléter les prescriptions médicales, au point qu'ils en viennent progressivement à assumer un rôle complémentaire à celui des médecins spécialistes. Ces vendeurs, qui se nomment eux-mêmes des acousticiens, révèlent ainsi un autre versant de l'emploi des appareils de mesure : contrairement aux audiologistes qui cherchent à déborder le territoire diagnostique du médecin, les acousticiens se comportent plutôt comme les techniciens en inhalation, en cherchant à s'insérer précisément dans le sillage diagnostique tracé par les médecins spécialistes qui constituent pour eux la voie d'accès la plus assurée vers la clientèle des hôpitaux. Par delà ces similitudes, les acousticiens offrent toutefois un cas de figure unique dans la mesure où ils entrent en relation avec le

³⁸ Avec d'autres indices, cette réaction devant une exigence éthique qui nous paraît élémentaire laisse croire que ces pratiques ne sont peut-être pas étrangères aux ORL non plus. Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 31 mai 1963, 21 octobre 1966, 23 février 1967, 9 février, 15 mars et 5 avril 1968.

médecin à partir d'une position très différente de celle des techniciens, soit à partir de leurs commerces privés de distribution de prothèses auditives dont ils sont les propriétaires ou les employés.

Ces acousticiens, majoritairement des hommes, qui en viennent à leur tour à se définir par l'usage d'appareils, ont aussi en commun avec les techniciens hospitaliers d'offrir un profil encore peu défini. Les documents à leur égard se font rares, mais la mémoire collective du groupe fait remonter l'apparition des premiers bureaux québécois de distribution de prothèses au début des années 1930 et, de manière plus assurée, au cœur des années 1940, notamment dans des villes régionales comme Trois-Rivières, Lévis ou Chicoutimi. Le « bureau » type serait alors une petite entreprise familiale, où la formation des employés est assurée par les manufacturiers de prothèses à l'occasion de stages destinés aux vendeurs. En l'absence de programme institué de formation, les bureaux les plus importants, comme celui du leader associatif Pierre H. Bergeron à Québec, jouent aussi un rôle non négligeable dans la diffusion d'un apprentissage essentiellement pratique. De manière générale, le profil de ces vendeurs – acousticiens demeure, dans les années 1960, très éparé, plusieurs arrivant à la pratique par la vente ou le jeu des liens familiaux propres aux petites entreprises; à cette variété s'ajoute la diversité des statuts économiques, des acousticiens possédant leur propre bureau, petit ou grand, tandis que d'autres y travaillent comme salariés. Malgré l'absence de certification formelle, il existe toutefois une hiérarchie des compétences reconnues au sein du groupe, certaines « assistantes » de longue date ou travailleurs à temps partiel ne semblant pas pleinement reconnus par leurs pairs comme praticiens de plein droit³⁹.

³⁹ Jean-Pierre Beltrami, *Nous, les audioprothésistes...*, Québec, OAQ, 2003, p.8-15, 33; Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *La pertinence de l'implantation d'un cours collégial en audioprothésie*, Montréal, Cégep de Rosemont, 1978, p.14. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Association des acousticiens en prothèses auditives de la province de Québec, 14 novembre 1965; procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 7 novembre 1974, 5 mai 1975, 1^{er} mars 1976, 7 mars 1977.

Les acousticiens se définissent eux-mêmes à la fois par leur connaissance du marché complexe de la prothèse auditive et par leur usage de l'audiomètre pour déterminer le choix et le réglage de la prothèse appropriée pour chaque client. À ce dernier titre, ils se considèrent menacés, en 1962, par la tentative des audiologistes d'obtenir un monopole légal sur l'emploi de l'audiomètre à des fins d'évaluation. À la suite de cet épisode, et devant les velléités croissantes de l'État provincial à réguler le marché des médicaments et des prothèses, certains se réunissent, en 1965, au sein de l'Association des acousticiens en prothèses auditives de la province de Québec (AAPAPQ), aussi connue sous le nom de Société des acousticiens et qui se constitue l'année suivante en personne morale. Cette première base associative regroupe d'abord une trentaine de membres, tandis que l'on recensera environ une centaine d'acousticiens québécois en 1975⁴⁰. Ce regroupement émerge aussi au moment où s'intensifient des liens de collaboration entre les acousticiens et les médecins ORL. Après 1960, en effet, ces derniers, qui accroissent considérablement leur clientèle associée à l'emploi de machines, entreprennent, comme les médecins liés aux techniciens inhalatoires, de stabiliser leurs rapports au personnel technique et, dans le cadre du conflit larvé avec les audiologistes évoqué plus tôt, de se tourner de plus en plus vers les acousticiens.

Au milieu des années 1960, la clinique type de mesure auditive est dirigée par un médecin spécialiste et compte deux ou trois audiologistes, en plus de quelques infirmières; l'ORL prescrit au patient malentendant une prothèse auditive avant de l'envoyer au bureau d'un acousticien vendeur, souvent attiré à

⁴⁰ Une initiative assez novatrice puisque son équivalent ontarien, la Ontario Hearing Aid Association, ne voit le jour qu'en 1967. La création de l'AAPAPQ s'accompagne en parallèle, en 1965, de celle d'une association de type syndical avec qui elle partage le même président jusqu'en 1970. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Association des acousticiens en prothèses auditives de la province de Québec, 14 novembre 1965; procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 29 décembre 1975; dossier « Correspondance OAQ / Cégep de Rosemont », document attaché à la lettre de C. Forrest aux étudiants finissants de 1996 en audioprothésie, 12 janvier 1996. Pierre H. Bergeron, « Vingt ans de temps, d'acharnement et de persuasion », OAQ, *Notre profession, bien plus que des prothèses*, Québec, OAQ, 1994, p.33; « Hommage à Pierre H. Bergeron », OAQ, *Notre profession, bien plus que des prothèses*, op.cit., p.24; Jean-Pierre Beltrami, op.cit., p.5-6.

la clinique mais qui ne fait pas partie de l'équipe hospitalière. Les audiologistes et les acousticiens entretiennent alors peu de rapports directs et, pour cette raison, les premiers conflits à secouer le petit monde de l'audition québécoise opposent d'abord des audiologistes aux médecins ORL, comme en témoignent leurs affrontements politiques à l'occasion du dépôt des projets de loi des représentants associatifs des orthophonistes-audiologistes en 1962 et 1964⁴¹.

Cet équilibre relatif s'effrite toutefois rapidement après 1968. D'une part, la création d'une association permet aux représentants acousticiens de donner la réplique aux audiologistes, ce qui entraîne une polarisation des débats lorsque l'AAPAPQ, en 1968, exige des audiologistes qu'elles abandonnent toute velléité de sélectionner la prothèse de leurs patients; la Société des orthophonistes et des audiologistes refuse et maintient ses positions en faveur du droit des audiologistes à prescrire une prothèse avec le plus de précision possible, inaugurant un conflit qui perdurera pendant des décennies⁴². D'autre part, les acousticiens continuent de resserrer leurs liens avec les médecins ORL. Après l'introduction, en 1971, de l'assurance-maladie et du paiement des médecins à l'acte, plusieurs ORL augmentent le volume de leur clientèle en laissant un maximum de latitude aux « vendeurs » de manière à limiter le temps consacré à la rédaction et à la supervision des prescriptions⁴³. Certains médecins renforcent cette collaboration en invitant des acousticiens à travailler directement à l'hôpital pour y endosser le

⁴¹ Québec, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, annexe 4, p.109. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, op.cit., p.55-61.

⁴² Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 10 mai 1968 et 11 novembre 1969; résumés du congrès de 1989, Comité audiologie, « 25 ans d'audiologie », p.11-13. Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec, *Avis de la CPOAQ concernant les pratiques des audiologistes relativement aux prothèses auditives*, Montréal, CPOAQ, 1985, 4p. Rapports annuels de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, 1973, p.11-12; 1985, p.12; 1988, p.8; 1992, p.5.

⁴³ Comme on le verra, des pratiques comparables de la part de médecins spécialistes dans l'usage de leur personnel seront aussi au cœur des conflits entre physiatres et physiothérapeutes dans les années 1970. Paul-André Linteau *et al.* soulignent aussi l'impact du nouveau mode de rémunération des médecins après 1970, *Histoire du Québec contemporain*, t. 2, *Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1989, p.644.

sarrau de technicien que refusent de plus en plus d'audiologistes. L'Association des ORL défend ces pratiques malgré les récriminations de la Société des orthophonistes et des audiologistes et, au fil des années, les médecins spécialistes scellent ainsi avec les acousticiens une alliance commode. Plusieurs audiologistes se plaignent de la faveur croissante des acousticiens et de leur présence accrue au sein du travail clinique, une présence attestée dans certains milieux comme l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières et l'Institut des sourds de Charlesbourg, tandis que des audiologistes font état, au début des années 1970, d'acousticiens effectuant ce qu'ils jugent être des tests à vocation diagnostique dans les villes de Québec et Sherbrooke⁴⁴.

Contrairement aux audiologistes qui entendent déborder la pratique de l'ORL, les acousticiens, de l'hôpital ou de leurs bureaux, entendent plutôt compléter sans l'outrepasser le travail d'évaluation entamé par le médecin. Ce rôle nouveau témoigne de la latitude laissée par certains médecins à d'autres praticiens tant qu'ils demeurent en charge de la pose du diagnostic. Le conflit entre les acousticiens et les audiologistes illustre aussi ce qui constitue le cœur de la pratique pour ces acteurs paramédicaux. Jusque là, en effet, les audiologistes et leurs représentantes s'accommodaient bien de ce que des infirmières fassent office de techniciennes; ce qui gêne, en vérité, n'est pas tant l'existence de techniciens que l'octroi de ce rôle à des acteurs, qui sont suffisamment spécialisés pour réaliser eux-mêmes des évaluations mais qui usent de cette compétence sans remettre en cause la prise médicale sur le processus de soins⁴⁵. Les attaques,

⁴⁴ Guy Lescouffair, *Réflexions d'un audiologiste*, Montréal, SOAPQ, 1972, p.3-7; Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux connexes*, Québec, OAQ, [1985-1988], p.30; Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire présenté au MSSS*, Québec, OAQ, 1992, p.14. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Institut des sourds – Jean Chabot », lettre de Y. Lauzon à T. Mulcair, 10 mars 1989. Livre, 55-57.

⁴⁵ En témoigne la position officielle de Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec à ce sujet, élaborée entre 1968 et 1970 : tout en admettant le nécessaire usage de techniciens, on demande aux cliniques de n'employer que du personnel formé sur place par l'audiologiste en personne et sans « aucun cours théorique ». Un audiologiste ne devrait accepter de former un technicien que pour combler un poste dans son entourage immédiat et il est proscrit d'émettre un certificat qui aiderait le technicien à pratiquer hors de cette sphère d'influence restreinte. De cette inoffensive définition du technicien idéal, l'acousticien est évidemment exclu.

virulentes, des représentants audiologistes contre les acousticiens visent précisément leur prétention à compléter le diagnostic par des précisions guidant le choix d'une prothèse particulière : l'audiologiste Victor Baillargeon, par exemple, s'y refuse catégoriquement et plaide, en 1972, que « toute la responsabilité des examens audiométriques, des références, des évaluations d'appareils auditifs, de la réadaptation auditive, doit être laissée à l'audiologiste⁴⁶ ».

Dans la guerre de mots qui s'intensifie entre audiologistes et acousticiens, qui croisent notamment le fer devant la commission Castonguay, ce débat sur le droit à formuler ou préciser un diagnostic mène à la question des frontières légitimes du monde sanitaire lui-même, en raison de l'appartenance mitigée des acousticiens au complexe institutionnel de la santé et de l'hôpital. D'une part, le fait que les acousticiens agissent à titre de vendeurs plutôt que de cliniciens présumément désintéressés inspire la mise en doute de leur intégrité morale par des audiologistes qui dénoncent des liens jugés ambigus entre les bureaux et les compagnies manufacturières, un problème dont les fondateurs de l'AAPAPQ semblent eux-mêmes conscients puisqu'ils invitent leurs membres à le corriger en abandonnant tout signe d'« appartenance ou allégeance » à des marques commerciales⁴⁷. D'autre part, des audiologistes avancent que l'absence des ressources propres aux professions sanitaires, comme une formation instituée et l'accès à une vaste gamme d'appareils, prive les acousticiens de la capacité d'effectuer une grande variété de tests : en raison de l'absence de compétences

Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 16 février et 15 mars 1968, 2 février, 27 février et 9 novembre 1970; Comité des relations professionnelles et économiques, 1^{er} décembre 1970.

⁴⁶ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, lettre de V. Baillargeon à P. Taffin, 12 décembre 1972.

⁴⁷ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Association des acousticiens en prothèses auditives de la province de Québec, 14 novembre 1965; dossier « Correspondance OAQ / Cégep de Rosemont », document attaché à la lettre de C. Forrest aux étudiants finissants de 1996 en audioprothésie, 12 janvier 1996; dossier « Association des audioprothésistes de l'Ontario », lettre de E. Wasik à S. Rainville, 14 juillet 1987. Pierre H. Bergeron, *op.cit.*, p.33; « Hommage à Pierre H. Bergeron », *op.cit.*, p.24; Jean-Pierre Beltrami, *op.cit.*, p.5-6.

certifiées en physiologie ou en physique acoustique, qui leur permettrait de réaliser des mesures audiométriques par conduction osseuse, ou du manque d'accès à des appareils moins répandus comme un sonomètre ou un analyseur spectrographique disponibles principalement en milieu hospitalier, des audiologistes présentent ainsi les acousticiens comme inaptes à une réelle « audiométrie clinique ou de diagnostic⁴⁸ ».

C'est ainsi, en présentant comme essentielles un large spectre de mesures diagnostiques qu'elles seules entendent réaliser, que les audiologistes cherchent tant à déborder l'autorité médicale qu'à déclasser les acousticiens qui, au contraire, s'efforcent de se positionner dans le sillage des médecins. L'attitude des audiologistes tranche cependant avec celle d'autres groupes qui commencent tout juste à se coaguler dans les secteurs de l'appareillage. Les acousticiens et les techniciens en inhalation, s'ils diffèrent à bien des égards, présentent en effet certains traits communs. Dépourvus de formation universitaire, ces groupes se définissent principalement par leur maîtrise non des diagnostics, mais de machines dont l'usage, dépendant de la prescription médicale, exige de se situer résolument au cœur du sillage des médecins.

Par contraste avec les professions étudiées plus tôt, un ancrage exclusif dans la maîtrise des machines semble donc s'opposer à une éventuelle extension vers des tâches thérapeutiques autonomes. Un constat, cependant, que viendront nuancer les périodes qui suivent.

⁴⁸ Les acousticiens se limiteraient à des mesures audiométriques par conduction aérienne, i.e. avec un casque d'écoute ou des haut-parleurs, que Baillargeon estime tout juste suffisantes à une audiométrie « de dépistage » sans valeur clinique. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, lettre de V. Baillargeon à P. Taffin, 12 décembre 1972. Guy Lescoufflair, *op.cit.*, p.2.

DEUXIÈME PARTIE

EXTENSION ET DIVERSIFICATION DES PRATIQUES, 1970-1985

CHAPITRE 6

LE SYSTÈME PROFESSIONNEL ET LES ÉCOLES DE FORMATION

À la fin des années 1960 et au début des années 1970, l'environnement institutionnel qui régit l'organisation des professions sanitaires fait l'objet de réformes en profondeur à la suite des grandes commissions d'enquête sur l'éducation (commission Parent, 1961-1966) et la santé (commission Castonguay-Nepveu, 1966-1972) lancées par l'État québécois. Les écoles de formation et l'encadrement législatif de l'exercice professionnel s'en voient transformés, dans les deux cas dans le sens général d'une consolidation des structures existantes et d'une volonté de précision des statuts et champs d'action de chaque professionnel.

Un nouveau cadre politique et légal : le Code des professions

Une fois leurs bases stabilisées, à la fin des années 1960, les corporations et associations de paramédicales s'emploient à établir un dialogue avec les divers organes du gouvernement provincial, à chaque fois dans le but, comme le précise la direction de la Société des orthophonistes et des audiologistes, « que celui-ci se réfère à [nous] pour tous les problèmes concernant notre profession¹ ». L'obtention d'un tel statut d'interlocuteur auprès des ministères ne va cependant pas de soi. Les premières démarches sont tâtonnantes : sans expérience politique ni relations, il est difficile d'avoir accès aux décideurs et les problèmes des

¹ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 23 février 1967.

professions paramédicales soulèvent de toute manière peu d'intérêt chez les haut fonctionnaires et les gouvernants.

Les demandes des paramédicales se font toutefois pressantes. Qu'il dispose ou non de privilèges légaux, chaque groupe recherche l'arbitrage de l'État pour préciser sa place au sein de services publics en pleine transformation. Tandis que les groupes encore dépourvus de protection légale, comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les acousticiens, déposent, après 1968, de nouveaux projets de loi privés, les professionnelles qui ont conquis ces privilèges, elles, en mesurent déjà les limites : dans l'accumulation de lois particulières, parfois contradictoires ou vagues, qui fait office de régime professionnel, les droits gagnés de haute lutte valent en fait bien peu si on ne dispose pas des ressources ou des relations nécessaires pour les défendre, ce qui est souvent le lot des groupes paramédicaux. Même les orthophonistes-audiologistes, pourtant les seules paramédicales pourvues d'un monopole (relatif) sur le contenu de leur pratique, s'en disent insatisfaites et reviennent à la charge en présentant un nouveau projet de loi, destiné à renforcer leur position face aux médecins et aux acousticiens. Cette course aux lois particulières tourne cependant vite court : en 1970, tous les projets de ce type sont mis en suspens alors que le gouvernement québécois annonce qu'il prépare une importante refonte du système².

Ce remaniement à venir du régime professionnel n'est en fait qu'une facette de l'ambitieuse réforme de la santé pilotée par le gouvernement provincial entre 1970 et 1974. Avec l'adhésion du Québec au plan canadien d'assurance-maladie et le dépôt graduel des conclusions de la commission Castonguay-Nepveu, le monde québécois de la santé connaît en effet d'importantes transformations, qui vont dans le sens d'une intégration très poussée des diverses composantes du réseau de soins en un seul système structuré et planifié. Dans ce cadre, le paiement des actes médicaux est centralisé, en 1971, au sein de la

² Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, op.cit., p.57-58.

nouvelle Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) tandis que les pouvoirs des anciens ministères de la Santé et de la Famille et du Bien-être social sont concentrés dans un unique ministère des Affaires sociales (MAS), institué en décembre 1970. C'est dans le même esprit de centralisation que l'État entend uniformiser le statut des corporations professionnelles en les intégrant à une loi unique qui régirait toutes les professions. Le projet de loi est déposé par à l'Assemblée nationale par le gouvernement libéral en 1971. Bien qu'il concerne un vaste ensemble de professions, qui s'étend des ingénieurs aux comptables, le texte est fortement informé par les préoccupations du gouvernement au regard de la gestion des soins de santé.

Le projet vise d'abord l'uniformisation des statuts professionnels : chaque profession reconnue par la loi sera représentée par une corporation pourvue des mêmes attributions que les autres. Ces nouvelles corporations remplaceront les anciennes et seront chapeautées par un organisme de régulation, l'Office des professions du Québec. La loi précise aussi les responsabilités des corporations à qui l'État confère, outre le droit de fixer les normes d'admission à la profession, des pouvoirs de contrainte importants en matière d'inspection et de discipline sur leurs propres membres. Pour justifier la délégation de tels pouvoirs à des entités corporatives, la loi attribue un nouveau rôle aux corporations, qui deviennent, en principe, non plus des groupes de pression mais des agents de l'État, chargés de protéger le public plutôt que leurs membres. Dans les faits, cette dernière nuance peut paraître bien légère, dans la mesure où c'est déjà en se réclamant du bien public que les professionnels agissent comme lobbys en étayant leurs propres revendications. De fait, bien qu'elles assument par la suite leurs responsabilités d'inspection et de discipline, les corporations ne cesseront pas de se faire les hérauts des projets professionnels de leurs membres³.

³ Marc Renaud, « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique" », Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec*, Montréal, Boréal, 1995, p.195; Pierre Doray, Johanne Collin et Shanoussa Aubin-Horth, « L'État et l'émergence des 'groupes professionnels' », *Canadian Journal of Sociology*, 29, 1 (2004): 89-91. Rapports annuels de la Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec,

La simplification des mœurs professionnelles n'est cependant pas l'unique but de la manœuvre. En réécrivant la loi, l'État québécois, qui assume désormais l'essentiel des coûts de la santé, cherche aussi à faciliter la substitution de certains spécialistes par des techniciens moins coûteux dans les établissements publics. Dans ce but, les législateurs profitent de l'exercice pour préciser la distribution des professions en deux catégories : les groupes à champ d'exercice exclusif, qui jouiront d'un réel monopole sur leur pratique, et les professions dites à titre réservé, à qui la loi n'accordera l'exclusivité que sur l'usage de leur nom⁴.

Provocateur, le projet de loi déplaît à presque tout le monde au point que son adoption doit être reportée. Il n'est pourtant pas défavorable à tous. L'opposition provient en fait surtout de groupes de médecins⁵ inquiets de l'autonomie accordée aux paramédicales. Un intense lobbying précède donc la ratification de la loi qui est finalement entérinée en 1973 sous le nom de *Code des professions*, qui prévoit les conditions d'exercice de trente-huit professions dont 21 pourvues d'un champ exclusif de pratique et 17 d'un titre réservé.

De ce grand jeu politique, les professions paramédicales se tirent plus ou moins bien selon leur position dans l'économie des tâches. Le statut des professions psychosociales change peu, les professionnelles conservant la réserve de leurs titres, dont elles jouissaient déjà; leurs corporations n'en demandent d'ailleurs pas plus, tant il serait irréaliste de revendiquer l'exclusivité sur un champ de la relation d'aide déjà bien encombré. L'épisode est plus éprouvant pour les professions de réadaptation physique, moins bien établies politiquement. À en croire certains documents, les associations des physiothérapeutes et des

1973, p.17-18, 27-29; 1974; 1976, p.14. Canada, Direction des services de santé, *Lignes directrices pour la reconnaissance professionnelle des audiologistes et des orthophonistes au Canada*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1985, annexe C-9.

⁴ Voir Jean Turgeon et Hervé Anctil, « Le Ministère et son réseau public », Vincent Lemieux *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, PUL, 1994, p.79-81, 97.

⁵ Comme le Collège des médecins, présidé entre 1966 et 1972 par nul autre que le directeur physiatre de l'Institut de réadaptation de Montréal, Gustave Gingras.

ergothérapeutes, qui ne disposent jusque là d'aucun privilège, ont même dû lutter pour être inscrites au Code : alors que les physiothérapeutes n'étaient pas incluses dans les premières moutures du projet de loi, l'ergothérapie n'y est d'abord apparue qu'à titre de sous-spécialité de la physiothérapie, au même titre que l'hydrothérapie et l'électrothérapie⁶. À terme, les deux professions parviennent toutefois à se voir reconnaître un statut professionnel à part entière mais n'obtiennent qu'une réserve de leurs titres alors qu'elles demandaient un monopole sur leur pratique, ce que les médecins habitués de les diriger pouvaient difficilement accepter. Enfin, les orthophonistes-audiologistes, qui disposent depuis 1964 d'un monopole de pratique plus ou moins complet, sortent, sur papier du moins, perdantes de la refonte législative : alors que la profession avait paru en premier lieu sur la liste sélecte des groupes à pratique exclusive, les pressions médicales l'en ont chassée pour la reléguer au second groupe, celui des professions à titre réservé. À partir de 1973, les orthophonistes ne jouissent donc plus d'un monopole légal que sur leur nom, et plus du tout sur leur pratique.

Bref, les paramédicales à vocation psychosociale ou de réadaptation physique ne se voient toutes attribuer que la réserve de leurs titres, à la grande déception de certaines, un sort qui est aussi le lot d'autres paramédicales comme les diététistes. Cette décision en bloc du législateur a beaucoup à voir avec les pressions des associations médicales : même s'il va de soi qu'aucun monopole n'aurait pu limiter le champ d'action des médecins, ceux-ci refusent net la création d'« enclaves », pour reprendre le mot de Nadia Fahmy-Eid, au sein desquelles des paramédicales auraient pu agir en toute autonomie, peut-être au point de se substituer à eux. À cette éventualité, les médecins opposent donc la logique suivante : puisque ces paramédicales évoluent en milieu hospitalier, la

⁶ Jusqu'en 1976, environ, les représentantes des ergothérapeutes sont encore confrontées à de tels amalgames de la part d'acteurs publics. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.2, 7, 16, 1976, p.16, 1977, p.20. *Physio-Québec*, 1, 4 (mars 1976) : 1. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dossier « Société des ergothérapeutes du Québec », lettre de R. Lesage à C. Castonguay, 27 décembre 1971, lettre de J. Nelles à C. Castonguay, 22 décembre 1971, lettre de D. Jobin à C. Castonguay, 22 décembre 1971, lettre de M. Saint-Jacques à C. Castonguay, 15 janvier 1973.

présence d'une supervision médicale y offre donc déjà une garantie de qualité qui rend l'attribution de monopoles inutile, voire contre-productive dans la mesure où elle risque de brouiller le partage des responsabilités. Le titre réservé suffit à certifier l'identité des membres, à l'image des procédures établies avec l'assentiment médical auprès des techniciens. Cette représentation du nouveau système professionnel, finalement reconduite par le législateur, confirme ainsi le principe d'une responsabilité médicale sur l'ensemble des pratiques de soins.

Les corporations et le titre réservé

L'adoption du Code des professions a comme effet d'abolir formellement les anciens regroupements professionnels pour les remplacer par de nouvelles entités. Même si les équipes de direction restent souvent les mêmes, les regroupements rencontrés plus tôt cèdent ainsi leur place à la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, la Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, la Corporation professionnelle des psychologues du Québec et la Corporation professionnelles des travailleurs sociaux du Québec. Tel que convenu, ces corporations sont investies des pouvoirs qui leur permettront de protéger le public contre les pratiques non conformes de leurs membres, et d'assumer leur obligation d'inspecter les membres et d'entretenir des mécanismes destinés à recevoir les plaintes du public. Assez vite, cependant, les corporations consacrent une énergie toute particulière à des dispositions de la loi qui convergent mieux avec l'intérêt de la profession elle-même. De 1974 à 1978, elles usent ainsi des prérogatives du titre réservé pour pourchasser les thérapeutes qui emploient le titre professionnel sans appartenir à la corporation. Les groupes les plus soumis à la concurrence de non diplômées, soit les corporations des physiothérapeutes, des psychologues et des travailleuses sociales, investissent ainsi des milliers de dollars pour « sensibiliser » les employeurs et traduire en

justice les thérapeutes qui font un emploi illégitime du titre, une croisade qui, vers 1980, semble bien avoir porté quelque fruit⁷.

Souvent déçues des prérogatives limitées du titre réservé, les corporations, tout particulièrement en réadaptation physique, entendent aussi utiliser leur nouvelle position afin de continuer la lutte pour de nouveaux privilèges légaux. Comme l'union fait la force et que le statut de titre réservé est commun à plusieurs groupes, des corporations se rassemblent autour de tables de concertation dont la plus importante est le Conseil interprofessionnel du Québec. Au début des années 1980, le Conseil sert notamment de tremplin à une lutte à ce qu'on appelle l'introduction de « doubles appellations » des postes dans les conventions collectives. Il s'agit de l'habitude qu'ont certains employeurs et syndicats d'attribuer à certaines tâches professionnelles des appellations qui ne correspondent pas à un titre réservé par la loi, permettant à des non membres d'accéder à un poste de thérapeute sans contrevenir à la loi : des postes en physiothérapie et en service social, par exemple, sont ainsi attribués sous les appellations, non protégées, de « thérapeute en réhabilitation » ou d'« agents de relations humaines ». L'existence de telles appellations mine l'assise des corporations en poussant des thérapeutes à refuser de payer une cotisation pour un titre dont elles n'ont pas besoin pour travailler. La situation empire quand, lors des négociations du secteur public en 1979, les délégués gouvernementaux et syndicaux des tables de l'Éducation et des Affaires sociales introduisent systématiquement l'emploi de ces doubles appellations dans les conventions

⁷ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Psychological Association of the province of Quebec, 19 octobre 1955 ; procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 29 avril et 17 juin 1966, 25 août 1967. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1974, p.4, 29; 1975, p.2-3; 1976, p.29; 1978, p.10; 1985, p.6; rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1977, p.34; 1978, p.26, 32-33; 1981, p.41; 1987, p.5-6, 19-20; 1988, p.4; rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1976, p.10; 1982, p.7. *Physio-Québec*, 1, 2 (janvier 1976) : 2; 1, 4 (mars 1976) : 1; 2, 3 (juin 1977) : 8; 1, 6 (septembre 1976) : 5; 11, 5 (février 1987) : 9-11; 14, 3 (décembre 1989) : 5-6. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire sur le projet de règlements de la Loi sur la santé et les services sociaux, chapitre S-5*, Montréal, CPPQ, 1983, p.5; Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, programme du congrès de 1985.

collectives, rendant évidentes les limites du titre réservé que même l'État employeur se montre ainsi prêt à contourner. Plusieurs corporations à titre réservé entrent en lutte contre cet usage et, après une démarche judiciaire qui tourne court en 1982, entreprennent un fort lobby pour sommer les ministères et les établissements de cesser l'emploi de thérapeutes non membres⁸.

Dans la plupart des professions, tout de même, il est désormais établi que les établissements du secteur public n'embauchent que des thérapeutes dûment diplômées. Les principales victimes des doubles appellations sont donc les corporations elles-mêmes, auxquelles l'adhésion – et le paiement des cotisations – devient facultative : en 1979, les corporations des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes-audiologistes estiment ainsi qu'environ 20% de leur effectif potentiel exerce sans être membre grâce à l'usage de titres alternatifs⁹, une situation qui tend cependant à se résorber avec le temps. En travail social, cependant, la situation est plus grave car les établissements n'exigent souvent pas non plus le diplôme de maîtrise requis par la CPTSQ, ce qui nourrit la désaffectation des diplômées à l'égard de leur Corporation : déjà en 1976, seulement 41,5% des praticiens de service social du réseau des Affaires sociales sont effectivement membres et, lors de la récession économique de 1982,

⁸ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1978, p.10 ; 1983, p.5 ; 1987, p.5-6, 19-20 ; 1988, p.4 ; rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1984, p.9 ; rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1982, p.7 ; 1986, p.7. *Physio-Québec*, 1, 6 (septembre 1976) : 3 ; 7, 2 (mai 1982) : 4 ; 7, 3 (septembre 1982) : 10-11 ; *Le Transfert*, 6, 4 (décembre 1982) : 3 ; *Bulletin de la CPTSQ*, 14 (1985) : 5-6. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire sur le projet de règlements...*, *op.cit.*, p.3-5, *Mémoire sur l'avant-projet de loi modifiant le Code des professions*, Montréal, CPPQ, 1993, p.5, 12 ; Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, *Propositions de solutions aux problèmes identifiés*, Montréal, CPEQ, 1986, p.5-6 ; Collectif, *Réaction commune d'un groupe de dix corporations professionnelles*, 1983, 19p.

⁹ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dossier « Tire réservé – CIQ, 1975-1979 », lettre circulaire de Évelyne Racette, 11 mai 1979 ; lettre de Normand Giguère à Évelyne Racette, 18 mai 1979 ; lettre de Fabienne Desroches à Évelyne Racette, 22 mai 1979.

les pressions financières sur les particuliers poussent pas moins de 240 membres en règle à cesser d'un seul coup de payer leur cotisation¹⁰.

À ses carences, le titre réservé ajoute un autre frein à la mobilisation des membres par leurs corporations : les inspections et les dispositions disciplinaires. Les praticiennes les plus soumises à la concurrence de non diplômées, comme les physiothérapeutes, les psychologues et les travailleuses sociales, comprennent mal pourquoi elles devraient payer des cotisations qui les rendent sujettes à des inspections auxquelles échappent leurs concurrentes non membres. Pour cette raison, leurs corporations sont celles qui se plaignent le plus bruyamment des limites du titre réservé, les physiothérapeutes continuant d'exiger un réel monopole de pratique qui justifierait mieux l'adhésion des membres¹¹. D'autres professionnelles, toutefois, comme les ergothérapeutes et les orthophonistes, qui développent des champs de pratique plus distinctifs, s'accommodent mieux de leur statut de profession à titre réservé dans un réseau de soins qui ne leur réserve, de toute manière, que peu de concurrence directe de la part d'autres groupes¹².

¹⁰ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1980, p.8-9, 12. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Politique de santé mentale*, CPTSQ, 1987, p.7, *Mémoire adressé au MSSS*, CPTSQ, 1988, p.5-6, *Cahier anniversaire*, *op.cit.*, p.12-13, *Problématique et enjeux*, CPTSQ, 1986, p.5-6; Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire*, Montréal, OPTSQ, 1998, p.9-10. Dominique Gauchet, *Le maternage mal salarié*, Montréal, PUM, 1983, p.217-218. *Savoir*, 2 (1967) : 8; 4 (1967) : 2; *Bulletin de la CPTSQ*, numéro spécial (décembre 1976) : 3; 4, 3 (1977) : 3; 13 (1980) : 2; 3 (octobre 1982) : 1; 5 (1983) : 1; numéro spécial (mai 1983) : 1; 7 (1983) : 1; 10 (1984) : 2). 14 (1985) : 7.

¹¹ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux du comité du congrès, 24 février 1977. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1979, p.10; rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.1, 16b; 1975; 1976, p.10-12, 1981, p.8. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1978, p.8; 1979, p.7-13; 1982, p.8.

¹² *Le Transfert*, 6, 3 (septembre 1982) : 3. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.60.

Les professions techniques : des trajectoires différentes

Les paramédicales psychosociales ou de réadaptation physique sont toutes pourvues de privilèges qui se limitent à la réserve du titre, leurs corporations connaissant à cet égard des trajectoires relativement comparables. Les professions d'appareillage, par contraste, connaissent des parcours fort différenciés qui tranchent avec cette expérience commune du nouveau régime professionnel.

À l'approche des grandes réformes du début des années 1970, les acousticiens et les techniciens en inhalation ne disposent pas encore de privilèges légaux et leurs regroupements associatifs, l'AAPAPQ et la CTIQ, sont très jeunes. Ces groupes n'en abordent pas moins les débats entourant la rédaction du Code avec de grandes ambitions et des visées stratégiques. Les deux groupes jugent d'ailleurs opportun, entre 1968 et 1971, de moderniser leurs noms, les acousticiens se rebaptisant « audioprothésistes » et les techniciens en inhalation, « inhalothérapeutes¹³ ». Là s'arrêtent toutefois les similitudes car les deux professions connaissent des fortunes diverses, assez favorable pour les audioprothésistes tandis qu'un chemin ardu attend les inhalothérapeutes. Dans les deux cas, les vicissitudes des projets professionnels se révèlent en partie dépendantes des rapports particuliers que l'emploi de machines permet d'entretenir avec les médecins.

D'entrée de jeu, les audioprothésistes visent haut en réclamant un champ d'exercice exclusif. La quête d'un tel statut est en fait présentée par les audioprothésistes comme une question de survie dans la dure lutte qui les oppose aux audiologistes : on évoque l'exemple des audioprothésistes étasuniens qui, au même moment, perdent pied en raison de l'accès des audiologistes au marché de la vente de prothèses. Devant cette menace, le petit groupe des audioprothésistes

¹³ Sans modifier son nom officiel, ce qui exigerait une démarche juridique, la Corporation des techniciens en inhalation du Québec commence d'ailleurs à se présenter dans l'usage courant sous le nouveau nom de Corporation des inhalothérapeutes du Québec.

québécois montre un front uni de membres fortement mobilisés et disposés à payer des cotisations élevées¹⁴.

En 1973, à la grande indignation des audiologistes, le législateur accorde aux audioprothésistes un monopole de pratique sur la vente, la pose et l'ajustement de prothèses auditives, une première nord-américaine qui assure au groupe une position solide dans le partage des tâches en déficience auditive. Il est probable que cette victoire, notable pour des praticiens encore dépourvus de diplômes établis, soit en partie attribuable au soutien des médecins ORL qui, dans le contexte de leurs propres relations tumultueuses avec les audiologistes, s'assurent ainsi de la pérennité de techniciens à qui ils peuvent référer sans qu'on ne dispute leur autorité diagnostique. La décision du législateur est aussi cohérente avec la position adoptée auprès des paramédicales à titre réservé : puisque c'est la proximité physique, à l'hôpital, de ces dernières avec les médecins qui justifie leur cantonnement au titre réservé, il est logique que les professionnels absents de l'hôpital obtiennent un monopole plus rigide qui permette à leur corporation d'exercer un encadrement disciplinaire plus serré. Les audioprothésistes partagent d'ailleurs ce privilège avec d'autres groupes, soit les denturologistes, les chiropraticiens et les podiatres, qui ont tous en commun d'exercer de manière autonome dans des bureaux privés¹⁵.

¹⁴ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 7 novembre et 2 décembre 1974, 3 mars, 7 avril et 15 juin 1975, 28 juin 1976 ; dossier « Communiqué aux membres, 1990-1993 », communiqué du 4 janvier 1993.

¹⁵ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Correspondance OAQ / Cégep de Rosemont », document attaché à la lettre de C. Forrest aux étudiants finissants de 1996 en audioprothésie, 12 janvier 1996; dossier « Association des audioprothésistes de l'Ontario », Lettre de E. Wasik à S. Rainville, 14 juillet 1987; procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 6 octobre et 29 décembre 1975, 20 juin, 29 août et 28 décembre 1977, 30 novembre 1979, 3 mai 1980, 19 février 1982. Syndicat professionnel des audioprothésistes du Québec, *Mémoire présenté à la Direction générale des relations de travail du MAS*, Montréal, SPAQ, [1977-1978], p.1; Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie*, Québec, OAQ, 1993, p.2; *Document d'orientation*, Québec, OAQ, 1992, p.5; « Hommage à Pierre H. Bergeron », OAQ, *Notre profession...*, *op.cit.*, p.25.

Pour cette raison, le nouvel Ordre des audioprothésistes du Québec (OAQ) se montre très jaloux de la pratique privée et libérale de ses membres, prohibant désormais l'exercice au sein des hôpitaux. Plus exactement, l'Ordre interdit à un membre de pratiquer à l'emploi d'une personne qui n'est pas elle-même audioprothésiste, ce qui permet de préserver l'usage du salariat dans les bureaux privés tout en le rendant impossible dans les hôpitaux. Cette disposition s'inspire des règles en vigueur parmi les pharmaciens, tout en jouant chez les audioprothésistes un rôle différent: alors qu'en pharmacie, la règle a pour fonction d'atténuer les risques de dérive commerciale inhérents à la pratique privée, l'Ordre en use au contraire pour conjurer l'influence éventuelle du réseau public sur la liberté des commerces, un rapport mitigé à la sphère publique qui deviendra manifeste dans les années suivantes¹⁶.

La conquête de privilèges légaux se révèle plus ardue pour les inhalothérapeutes qui, eux, œuvrent en milieu hospitalier et dont la pérennité ne constitue pas un atout aussi primordial pour leurs parrains médicaux. Contrairement à d'autres regroupements de techniciens, comme les techniciens en radiologie qui obtiennent un titre réservé, les inhalothérapeutes n'obtiennent aucun statut privilégié de la part du Code : absente des premières versions de la loi, la CTIQ cherche bien à déposer, à la fin de 1971, une demande de « charte fermée », mais en vain. Une fois le Code en vigueur, la CTIQ revient à la charge et demande à nouveau, dès 1974, un monopole de pratique en espérant au moins obtenir le titre réservé! Pour prouver leur sérieux, les représentants inhalothérapeutes adoptent même, de manière préemptive, certains traits propres aux corporations, en mettant sur pied des comités de discipline et en menant des

¹⁶ V. Johanne Collin, *Changement d'ordonnance*, op.cit., p.45, 79-80. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Collège de Rosemont », lettre de S. Rainville à J.-G. Villeneuve, 31 mai 1985, lettre circulaire de F. Desaulniers aux finissants, 22 mai 1985, lettre de J.-G. Villeneuve à F. Desaulniers, 4 juillet 1985.

enquêtes sur des « cliniques clandestines » qui menaceraient la sécurité du public¹⁷.

Cela dit, la CTIQ n'est pas seule à solliciter l'Office des professions. Dans la seule décennie qui suit l'entrée en vigueur du Code, le gouvernement québécois reçoit plus d'une trentaine de demandes pour de nouveaux privilèges, dont il n'honore qu'une faible proportion tout en cherchant, à tâtons, à préciser sa politique en cette matière. C'est pourquoi la requête déposée par les inhalothérapeutes reste quelques années en suspens, jusqu'à ce que l'Office formule, en 1979, une politique propre aux demandes de professions techniques, qui se multiplient : rejetant le projet de la CTIQ, l'Office lui suggère plutôt de s'affilier à une corporation existante, dans le dessein de jeter les bases d'une future corporation générique susceptible de réunir l'ensemble des techniciens de santé. Les autres corporations, comme l'Ordre des techniciens en radiologie, se montrent toutefois peu intéressées et, après l'échec de cette entreprise, l'Office consent finalement, en 1982, à constituer les inhalothérapeutes en une corporation autonome, la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, qui naît officiellement en 1985¹⁸.

Dans l'intervalle, les représentants inhalothérapeutes ont cherché par d'autres moyens à consolider les frontières de leur profession. Une voie privilégiée est l'entrée dans le régime des actes médicaux délégués. Dans la seconde moitié des années 1970, en effet, l'État entame avec diverses corporations

¹⁷ *Bulletin de la CIQ*, (mai 1981) : 1-3, 7 ; (septembre 1982) : 1.

¹⁸ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, boîte 7, dossier « Congrès », communiqué de presse de 1980, lettre circulaire de R. Lévesque, septembre 1980, lettre circulaire de J. Vézina, 11 mars 1982 ; dossier 1200-03-00/A, procès-verbaux de la section franco-montréalaise de l'Association canadienne des techniciens en thérapie inhalatoire, 19 mai 1967, 24 janvier et 27 avril 1968 ; procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 25 janvier et 1^{er} avril 1969, 13 novembre 1970, 24 septembre et 17 décembre 1971, 17 février, 26 mai 1972 et 20 septembre, 24 février, 1^{er} novembre et 23 novembre 1973, 13 octobre 1976, 26 février et 7 mars 1977 ; 8 décembre 1979, 6 juin, 21 juin et 11 octobre 1980, 21 novembre 1981 ; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, 19 mai 1983, 30 novembre 1984, 13 février et 26 juin 1985. *Bulletin de la CIQ* (avril 1980) : 1 ; (juin 1980) : 1, , 4-5, 8 ; (mai 1981) : 1 ; (mai 1983) : 2 ; (septembre 1982) : 1-3. « Réforme des professions » et « Promotion » dans le programme du congrès de 1975.

des négociations visant à faciliter la délégation par les médecins de certaines tâches médicales, notamment aux infirmières. Grâce à la médiation de l'Office, les représentants inhalothérapeutes sont intégrés aux discussions et, en 1980, obtiennent la possibilité pour leurs membres de se voir déléguer certains actes relatifs à l'administration de gaz. Cette directive, adoptée sous forme de règlement, comprend pour la première fois une définition légale et exclusive de l'inhalothérapeute, qui limite la possibilité pour des non diplômés de poser les mêmes gestes. Bien que ce statut demeure flottant (sur le terrain, la délégation effective de l'acte reste à la discrétion du médecin traitant), les représentants de la Corporation s'attendent à ce qu'il favorise leur demande d'un réel statut professionnel. En fait, il est significatif que cette stratégie passe plutôt près de se retourner contre eux quand, en 1982, la Corporation professionnelle des médecins invoque précisément cette attribution d'actes délégués pour s'opposer à l'entrée des inhalothérapeutes dans le Code des professions, les représentants médecins préférant en effet des techniciens régis par le seul régime d'actes délégués à des professionnels couverts par le Code, dont on craint que cette reconnaissance supplémentaire ne les incite à réclamer une autonomie qui diluerait leur dépendance envers la prescription médicale¹⁹.

Ce manque de soutien médical, qui explique en partie la difficulté à obtenir des privilèges légaux, contraste avec la situation particulière des audioprothésistes. En œuvrant hors de l'hôpital, ces derniers rendent leur autonomie essentielle au bon exercice de leur rôle dans une économie des tâches ordonnée autour du diagnostic médical. C'est, parmi les professions à caractère technique, cette circonstance, en un sens contingente, qui les distingue des

¹⁹ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 26 février et 7 mars 1977, 14 mai 1977, 17 mai 1978, 2 février et 4 mai 1979, 6 juin et 21 juin 1980 ; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, 26 octobre 1983, 22 mars, 15 octobre et 30 novembre 1984, lettre de A. Thauvette à A. Desgagnes, 21 septembre 1984. *Bulletin de la CIQ* (juin 1980) : 1-3 ; *L'Inhalo-Scope*, 2, 3 (juin 1984) : 4 ; 3, 1 (janvier 1985) : 4-6. V. Louis Demers, « La profession médicale et l'État », V. Lemieux *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, PUL, 2003, p.266.

techniciens hospitaliers dont l'autonomie paraît au contraire superflue et même potentiellement menaçante pour les médecins.

Les corporations comme acteurs publics

Pourvues de prérogatives accrues et plus précises, les corporations professionnelles sont dorénavant plus à même de s'imposer comme acteurs politiques à part entière, qu'il s'agisse d'encadrer leurs membres ou de les représenter sur la place publique. Les premières années sont tout de même cahoteuses. Alors que les équipes dirigeantes sont plongées dans la mise sur pied des mécanismes d'encadrement prévus par le Code (comité d'inspection, code d'éthique, syndic, etc.), plusieurs corporations souffrent de conflits internes attisés par la difficulté de ces entreprises ainsi que par des divergences sur le contenu de revendications professionnelles mises à vif par les négociations de 1971-1974. La grogne est aussi attisée par l'instauration de cotisations annuelles qu'il faut hausser notablement pour assumer les responsabilités attribuées par la loi. À la Corporation des physiothérapeutes, par exemple, une hausse de 200% de la cotisation provoque le remplacement de l'équipe dirigeante en 1976-1977, des scénarios qui se répètent chez les ergothérapeutes en 1977 et les psychologues en 1979. Devant ces tensions, les équipes dirigeantes cherchent à consolider les identités professionnelles en créant des revues qui serviront à la fois de forum et de traits d'union, comme le *Physio-Québec* créé en 1976, ainsi qu'en multipliant, dans la mesure de leurs moyens, les occasions de rassemblement en organisant des congrès ou des tournées régionales des équipes de direction²⁰.

²⁰ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.1, 5-6; 1975; 1976, p.15; 1977, p.8-9, 14; 1978, p.48; 1983, p.5; 1981, p.36; rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1970, p.1; 1971, p.5-6; 1974; 1975, p.7; 1976, p.2-4, 7-8; 1977, p.22; 1978, p.5, 19-20, 49-56; 1979, p.15-17, 38, 103; 1980, p.16,19; 1981, p.19; rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1978, p.9-10; 1979, p.7; 1981, p.12; rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1975, p.3-4; 1978, p.8; 1979, p.7-13; 1982, p.8; rapport annuel de la Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1977, p.10. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbux de la

Les corporations, condamnées à mobiliser leurs membres – leurs besoins financiers ont crû et leur représentativité en dépend –, s'en rapprochent tout particulièrement en transportant leur discours vers des thèmes plus proches de la pratique, et en orientant incidemment leur lobby vers les directions hospitalières locales plutôt que les seuls ministères. À la fin des années 1970, plusieurs corporations, surtout en réadaptation physique, reconnaissent désormais le terrain de la pratique comme leur principal champ de bataille, encourageant les cliniciennes elles-mêmes « à pouvoir affronter des adversaires dans [leur] milieu de travail²¹ » et à tenir leur rang dans la pratique quotidienne. Cette orientation pratique semble avoir un impact réel sur la mobilisation. En 1978, la direction de la Corporation des physiothérapeutes, tandis qu'elle réoriente le contenu du journal associatif vers des thèmes cliniques, incite les physiothérapeutes à « affirmer d'avantage leur compétence sans fausse timidité²² » en arguant « c'est dans les faits seuls que l'Office des professions reconnaîtra la délimitation des rôles²³ »; la Corporation use d'ailleurs à cette fin des inspections prévues par le Code en y insérant, à l'attention des chefs de service et des directions d'établissements, des critiques sur la division des tâches²⁴. Enfin, les corporations

Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 22 janvier et 3 avril 1971 ; procès-verbaux du comité du congrès 24 février 1977. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 1^{er} novembre 1975.

²¹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1973, p.14; 1974; 1976, p.9-10; 1980, p.6-10, 25; 1982, p.10, 17; 1983, p.25; 1988, p.3.

²² Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1978, p.9.

²³ *Physio-Québec*, 1, 4 (mars 1976) : 10. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1982, p.8; 1983, p.8, 29-30; 1985, p.21-22, 32. Pour le cas des orthophonistes et des audiologistes, Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.74.

²⁴ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.4; 1976, p.28; 1978, p.43-44; 1982, p.12. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire sur le projet de règlements...*, *op.cit.*, p.8-9. Collectif, *Réaction...*, *op.cit.*, p.5-10. *Physio-Québec*, 1, 5 (juillet 1976) : 2; 4, 3 (décembre 1979) : 8; 7, 5 (décembre 1982) : 3.

incitent leurs membres à se porter candidates aux postes de responsabilités, comme les sièges aux conseils d'administration, aux départements de santé publique ou à la coordination de programmes, et publicisent largement les exemples de cliniciennes propres à susciter l'émulation²⁵.

Cette nouvelle prédilection pour une reconnaissance ancrée dans la pratique pousse aussi les corporations à resserrer leurs liens avec les diverses associations de patients, qui se multiplient après 1970. Il s'agit soit de cultiver des contacts déjà existants, soit de se faire connaître dans des secteurs proches de sa profession : les physiothérapeutes soignent ainsi leurs relations avec la Fédération des loisirs et sports pour handicapés du Québec ou l'Association de la paralysie cérébrale du Québec, tandis que les psychologues courtisent le Conseil québécois de l'enfance exceptionnelle et que les inhalothérapeutes visitent les représentants de la Société thoracique du Québec²⁶.

Peu à peu, surtout après 1980, le lobby auprès des organismes gouvernementaux, qui se multiplient eux aussi²⁷, redevient également une priorité. Les cibles privilégiées sont les organismes dits « tiers payeurs », c'est-à-dire qui assument le coût des soins et sont donc à même de rendre admissibles aux régimes publics les traitements paramédicaux sans qu'ils ne soient prescrits par des

²⁵ *Physio-Québec*, 2, 3 (juin 1977) : 3; 2, 4 (septembre 1977) : 3; 6, 1 (décembre 1981) : 3-4; 7, 2 (mai 1982) : 23; 8, 3 (septembre 1983) : 19; 10, 1 (avril 1985) : 4; 10, 2 (juin 1985) : 7; 10, 4 (décembre 1985) : 17; 11, 2 (juin 1986) : 15; 11, 5 (février 1987) : 13; 13, 4 (mars 1989) : 16; *Le Transfert*, 4, 3 (août 1980) : 3; 5, 1 (février 1981) : 3; 8, 1 (mars 1984) : 3.

²⁶ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1978, p.27; 1980, p.44; 1981, p.8-13, 19, 51-52; 1983, p.19; 1984, p.13; rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1980, p.38-46; 1984, p.10; 1985, p.6; 1986, p.6. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 30 novembre et 22 décembre 1976.

²⁷ Notamment la RAMQ (créée en 1969), la RAAQ (1977), la CSST (1978) et l'OPHQ (1978). Pour plus de détails sur le rôle de ces organismes, voir le chapitre suivant. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1976, p.10; 1977, p.18; 1978, p.23, 27; 1979, p.8; 1981, p.8-13, 35-36, 63; 1982, p.11; 1983, p.5; 1985, p.5; 1987, p.6; rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1975, p.8; 1977, p.6; rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1977, p.9; 1978, p.13; 1981, p.11; rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1983, p.12; 1989, p.6-7.

médecins. Un objectif important des corporations à leur endroit est de rendre obligatoire l'évaluation des patients par des paramédicales. Au milieu des années 1980, les corporations des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des psychologues entament ainsi des pressions auprès de la CSST à qui elles demandent d'imposer la nécessité d'évaluations paramédicales complètes même sans référence médicale, des demandes parfois reçues fraîchement lorsque les représentants de l'organisme sont eux-mêmes des médecins. En parallèle, les corporations forment aussi leurs membres aux politiques d'attribution de ces organismes et, surtout, à l'usage des grilles d'évaluation qui favorisent la réception des évaluations par les responsables²⁸. Cette approche des tiers payeurs mène parfois à des gains : entre 1982 et 1985, la Corporation des psychologues convainc ainsi la Régie de l'assurance automobile du Québec d'élargir ses services psychologiques²⁹. Les résultats demeurent cependant inégaux et certaines entreprises s'avèrent ardues, comme les tentatives plus ou moins vaines des représentantes des physiothérapeutes et des audiologistes qui, du début des années 1970 au milieu des années 1980, militent auprès de la RAMQ pour rendre admissibles les frais de consultation de leurs patients au même titre que ceux des médecins physiatres et ORL.

Enfin, pour accroître leur capital politique, les corporations s'engagent dans des campagnes de promotion auprès du grand public. Les premières tentatives répondent à des impératifs ponctuels mais se font ensuite plus assurées : en 1979, usant de fonds tirés des nouvelles cotisations, la Corporation des ergothérapeutes lance ainsi une politique promotionnelle affermie, qui comprend l'embauche d'une firme de publicité. Il est aussi typique des corporations

²⁸ La Corporation des ergothérapeutes est particulièrement active en cette matière. *Réaction commune des corporations professionnelles des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des psychologues au projet de loi 42 sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, mars 1984, non paginé. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1978, p.21, 26-27, 66; 1981, 11; 1983, p.25; 1984, p.5, 25; 1985, p.6, 15; 1986, p.7. *Le Transfert*, 9, 1 (mars 1985) : 19-21; 10, 4 (décembre 1986) : 20-21; 11, 4 (décembre 1987) : 3-4; 11, 2 (mai 1987) : 14.

²⁹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1982, p.5; 1983, p.12, 29; 1985, p.10. *Cahiers du psychologue québécois*, 4, 3 (1982) : 21-22.

paramédicales qu'elles investissent les événements et salons d'exposition qui leur offrent un contact direct avec le public. La tenue de kiosques lors de ces événements est d'ailleurs un type d'implication très couru par les membres, à qui elle offre une rare occasion de mener des dépistages promotionnels qui mènent régulièrement à des références en clinique sans passer par les filières habituelles : au Salon de la femme, en 1974, un kiosque tenu par des audiologistes offrant des examens d'audition permet de référer 18% des personnes testées à un audiologiste en milieu hospitalier. Présentes au même événement, des psychologues y offrent pour leur part des « consultations express ». Des corporations, comme celle des physiothérapeutes, se dotent même de politiques spécifiques pour la tenue de tels kiosques. Cette pratique, qui met l'accent sur les prétentions des paramédicales à l'évaluation, culmine dans les années 1980, quand plusieurs corporations organisent leurs propres « journées nationales » destinées à mettre en scène ces activités de « sensibilisation » : à la proclamation de la Semaine nationale de la physiothérapie en 1984 succède celle d'une Semaine de l'ergothérapie l'année suivante, sans compter, dès 1989, la Journée provinciale de l'inhalothérapie pendant laquelle on voit des inhalothérapeutes offrir aux passants des tests de spirométrie dans certains centres commerciaux³⁰.

³⁰ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, procès-verbaux de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec, 3 avril, 5 avril, 26 avril, 12 mai et 21 mai 1971. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1973, p.13; 1980, p.17; rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.2, 6b; 1977, p.35, 38; 1979, p.11-12; 1980, p.9; 1981, p.19, 29; 1982, p.20-21; 1983, p.19-22; 1984, p.19-21; 1985, p.16; rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1985, p.5; 1987, p.6; rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1974, p.10; rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1987, p.9, 27; 1989, p.2, 24-25; 1990, p.3. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 5 juin 1970, 5 juillet et 15 novembre 1971. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 1^{er} août 1975, 8 juin, 18 juin et 18 juillet 1977, 2 février et 31 août 1979, 5 novembre 1983; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, 14 avril, 29 juin, 29 mars et 16 décembre 1989, lettre de R. Martin à J. Vézina, 14 novembre 1988; boîte 16, dossier 3130-02-00/A, *Présentation du président*, 12 avril 1990; lettre circulaire de J. Mercier, 1990. *Cahiers du psychologue québécois*, 5, 4 (juin 1984) : 3; *Inhalo-Scope*, 3, 4 (octobre 1985) : 27; 2, 4 (octobre 1984) : 29. Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p.6-8, 12.

Du renfort : la réforme des programmes de formation

Le monde des corporations n'est pas le seul à muter pendant la vague des réformes publiques des années 1960 et 1970. Les établissements d'enseignement, dans la foulée des recommandations de la commission Parent, connaissent aussi d'importants changements qui, dans leur majorité, servent plutôt bien la cause des paramédicales.

Une première réforme publique de conséquence est la métamorphose de l'enseignement collégial par la mise sur pied des nouveaux cégeps. Ceux-ci, en plus de se substituer aux collèges classiques, prennent à leur charge la grande majorité des programmes techniques autrefois disséminés entre plusieurs institutions et en créent de nouveaux, ce qui accroît considérablement l'ampleur de la formation dans certains domaines. L'inhalothérapie offre un bon exemple : tandis que le programme de l'ÉTTI est transféré de l'hôpital Saint-Joseph au nouveau cégep de Rosemont en 1969, pas moins de quatre nouveaux programmes techniques en inhalothérapie sont aussi créés, entre 1969 et 1971, dans les cégeps de Chicoutimi, Sherbrooke, Vanier et Sainte-Foy. Cette multiplication a évidemment un impact sur les effectifs professionnels : alors que l'ÉTTI avait formé moins d'une centaine de diplômés pendant tout la décennie 1960-1970, les cégeps produisent 88 finissants lors de la seule année 1982, et plus d'une centaine en 1988³¹. La réforme du programme existant et l'établissement de nouveaux demeurent par ailleurs sous la supervision étroite des associations médicales des anesthésistes et des pneumologues, et ne contribuent donc pas à éloigner un parrainage médical qui reste bien accueilli par la CPIQ et ses membres³².

³¹ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalathérapeutes du Québec, 26 octobre et 4 novembre 1983, 15 octobre 1984, 15 novembre 1985; boîte 7, procès-verbaux du Comité provincial des techniques d'inhalothérapie, 28 mai 1970, 30 mars et 27 avril 1971, lettre de L. de Passille au CPTI, 22 avril 1970, lettre de R. Soucy à I. Hewitt, 16 février 1971. Cégep de Chicoutimi, *Implantation de l'option inhalothérapie*, *op.cit.*, p.2-4.

³² Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 28 mars et 3 avril 1969; boîte 7, procès-verbaux du Comité provincial des techniques d'inhalothérapie, 3 novembre et 27 novembre 1970;

Ce contexte propice à la création de programmes techniques offre enfin aux audioprothésistes l'opportunité de se doter d'une formation uniforme, dont l'absence représente pour la profession un talon d'Achille régulièrement mis de l'avant par leurs vis-à-vis audiologistes. Dès sa constitution, l'Ordre des audioprothésistes cherche à combler ce vide, rendu difficilement tenable par l'ampleur des privilèges récemment consentis par l'État. Un peu à l'image de ce qu'avaient fait les représentants des techniciens inhalatoires dans les années 1960, l'Ordre commence, en 1975, par exiger de ses membres déjà établis la réussite d'un examen obligatoire pour tous, tout en travaillant en parallèle à la mise sur pied d'un réel programme de formation. Ce dernier projet prend quelques années : l'Ordre, contre l'avis de l'Office des professions, souhaiterait en effet que la formation prenne place à l'université et entame des pourparlers avec la jeune Université du Québec, qui finissent cependant par achopper, en partie en raison des réticences de l'Office et du ministère de l'Éducation. L'Ordre se résout donc, en 1977, à se pencher sur un projet de cours collégial qui est finalement lancé au cégep de Rosemont en 1981³³. Avec les privilèges obtenus en 1973, ce programme garantit la pérennité de la profession en assurant le renouvellement d'un effectif jusque là stagnant et plutôt vieillissant : dans les années 1980, le programme du cégep Rosemont accueille ainsi entre 24 et 27 nouveaux étudiants par an dont seulement une quinzaine par an, en moyenne, obtiennent cependant leur diplôme, ce qui suffit à la reproduction de l'effectif de la profession sans toutefois en accroître rapidement le nombre³⁴.

dossier 1200-13-00/A, procès-verbaux du comité conjoint des anesthésistes et pneumologues, 20 novembre 1975, 8 avril 1976. *Bulletin de la CIQ* (avril 1980) : 1; (septembre 1980) : 2-3.

³³ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 2 décembre 1974, 7 avril, 15 juin et 6 octobre 1975, 3 mai, 16 mai, 28 juin et 13 septembre 1976, 5 janvier, 30 avril et 1^{er} mai 1977, 20 décembre 1981; lettre de V. Baillargeon à P. Taffin, 12 décembre 1972. Jean-Pierre Beltrami, *op.cit.*, p.1-2, 15-16, 44-45; Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.2; Québec, *Le programme expérimental en techniques d'audioprothésie*, Québec, MESS, 1986, p.4; cégep de Rosemont, *Techniques d'audioprothésie*, Montréal, Cégep de Rosemont, 1984, p.10.

³⁴ *Ibid.*, 1984, p.50; Cégep de Rosemont, *Audioprothésie*, 1988, p.9; 1989, p.9; 1990, p.6-7.

Bien que l'Ordre ait échoué à l'établir au niveau universitaire, il reste que la création de ce programme permet aussi d'insérer à la formation des futurs audioprothésistes des compétences qui contribuent à étendre le champ d'action de la profession. L'Ordre préside ainsi, avec ses partenaires, à la mise en place d'un programme spécialisé, avec seize cours de spécialisation touchant tant l'électro-acoustique que la physiologie de l'oreille, et qui prépare de manière plus uniforme les futurs praticiens à l'emploi de tests qui débordent l'audiométrie tonale classique pour inclure des gestes revendiqués par les audiologistes, comme l'emploi de tests vocaux ou d'autres tests plus particuliers comme les SISI, BKSI et tests d'« impédancemétrie » utilisés surtout en milieu hospitalier³⁵.

Ces différents gains, tant sur le plan des effectifs que du contenu de l'enseignement, sont aussi le lot des professions de formation universitaire.

Certaines, il est vrai, voient d'un mauvais œil la création de programmes techniques dans les cégeps. L'État provincial, en effet, désormais soucieux de contenir les dépenses de main-d'œuvre en santé, cherche dans les cégeps une occasion, soit de dévaluer le niveau de formation de certaines paramédicales en la transférant au niveau collégial, soit de créer des programmes techniques pour introduire sur le marché une main-d'œuvre alternative et moins coûteuse. Pour certains groupes, comme les ergothérapeutes et les orthophonistes, des rumeurs de substitution par des techniciennes créent une certaine inquiétude mais ne se concrétisent pas³⁶. D'autres professionnelles, cependant, aux effectifs plus

³⁵ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 8 septembre 1975; dossier « Collège de Rosemont »; lettre de L. Parent au collège de Rosemont, 25 septembre 1986. Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.54-58.

³⁶ Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapists, 29 mai 1968; dossier « Champs d'action... – Rapport Maxwell », Raymonde Hachey, « Presentation Symposium Toronto », 1978, 5p.; rapport annuel de la Société des ergothérapeutes du Québec, 1971, p.4-5; 1973, p.2. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1975, p.8, 21-23; 1976, p.12; 1977, p.41; 1979, p.16; 1980, p.47. Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *Ergothérapeute en métiers manuels*, Québec, MTMO, 1978, p.1-3. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.60.

conséquents pour le budget public comme les physiothérapeutes et les travailleuses sociales, assistent avec appréhension à la création de programmes destinés à la formation de techniciennes aptes à les concurrencer sur le marché de l'emploi. En physiothérapie, alors même que le MAS essaie (en vain) de convaincre l'Université Laval de transférer son programme au collégial, on voit apparaître, d'abord à Chicoutimi en 1969 puis dans d'autres établissements, des programmes de « techniques de réadaptation physique », dont l'existence est perçue comme une menace directe par la Corporation des physiothérapeutes. En travail social, le ministère de l'Éducation approuve, en 1970, la création de programmes techniques d'« assistance sociale » qui, dès 1974, sont déjà offerts dans neuf cégeps différents³⁷. Comme on le verra dans les chapitres suivants, ces programmes forment vite des centaines de techniciens dont les représentants s'empressent de mettre en question la qualification universitaire des physiothérapeutes et des travailleuses sociales.

Cela dit, ces réformes s'accompagnent de transformations de l'université qui, elles, favorisent réellement la croissance et l'épanouissement des programmes paramédicaux. Trois facettes de la réforme de l'éducation soutiennent cette tendance. D'une part, la réforme des collèges, en uniformisant et en démocratisant l'accès aux études universitaires, jumelée à un meilleur financement des universités elles-mêmes, facilite le recrutement d'un nombre accru d'étudiantes. D'autre part, l'État, pour limiter les dédoublements entre les catégories de métier, presse en faveur de la spécialisation des disciplines, ce qui tend à favoriser l'émancipation des départements par rapport à la tutelle médicale, notamment en réadaptation physique. Enfin, la recommandation du rapport Parent, en 1964, de préciser les exigences d'admission aux cycles supérieurs, en

³⁷ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.5-7b, 26-26b; 1979, p.67. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 22 novembre 1968, 7 février et 6 juin 1969. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Cahier anniversaire, op.cit.*, p.9-11. Archives de l'Université de Montréal, boîte 882, Jacques Alary *et al.*, *L'insertion des techniciens en assistance sociale sur le marché du travail*, Montréal, ÉSSUM, 1974, p.22-30; boîte 5940, Andrée Forget, *Rapport au Groupe de travail sur les sciences de la santé de la Faculté de médecine*, Montréal, ÉRUM, 1982, p.21, 29.

disqualifiant notamment le diplôme d'études classiques comme porte d'entrée au deuxième cycle, pousse les responsables des programmes de maîtrise professionnelle en service social et en orthophonie-audiologie à créer ou consolider des baccalauréats universitaires de premier cycle qui alimentent la croissance de ces écoles³⁸.

Dans plusieurs départements, les pressions de l'État et des administrations universitaires en faveur d'une normalisation des diplômes et des critères d'admission entraînent aussi une réforme décisive des programmes. C'est le cas à l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal, qui devient à cette occasion un département de la Faculté des arts et des sciences de l'Université. Alors qu'il dispense, jusqu'à la fin des années 1960, un programme de baccalauréat de deux ans donnant accès soit à une licence d'un an, soit à une maîtrise de deux ans, l'Institut entame, en 1970, une réforme qui prolonge le baccalauréat à trois ans et abolit la licence au profit de la maîtrise qui s'impose comme seul préalable tant à la pratique clinique qu'au doctorat. Cette réforme, aux objectifs d'abord académiques, entraîne aussi l'ajout de contenus d'enseignements dont l'importance peut être qualifiée de stratégique pour la profession : le volet clinique de la maîtrise, déjà axé sur la psychothérapie et les méthodes projectives, s'enrichit ainsi d'apprentissages supplémentaires sur l'évaluation et élargit l'étude des modalités de diagnostic, dont le poids dans l'enseignement passe de 50 à 67% des crédits en psychologie clinique. Enfin, cette consolidation du programme va de pair avec une forte croissance de l'effectif professoral, qui passe de 17 professeurs en 1963 à pas moins de 43 en 1972 et 68 en 1988³⁹.

³⁸ V. Julien Prud'homme, *Histoire de l'École d'orthophonie...*, *op.cit.*, p.17-38.

³⁹ Dans le cadre de cette réforme, l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal renonce à une partie de son autonomie pour devenir un département à part entière de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1980, p.23; 1983, p.20, 27. Annuaires de l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal. Archives de l'Université de Montréal, boîte 389, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, *Projet de réorganisation des programmes d'études de l'Institut de psychologie*, Montréal, IPUM, 1966, 26p.; boîte 420, dossier « Projets de modification de programmes – Adoption ».

En travail social, les écoles universitaires procèdent à des réformes comparables, par lesquelles des programmes de premier cycle consolidés servent la croissance de maîtrises professionnelles renouvelées. À l'École de service social de l'Université de Montréal, où les études de baccalauréat se limitaient à un profil d'options au sein du baccalauréat en sciences sociales, on commence, en 1969, à étoffer le premier cycle qui devient réellement spécialisé en 1975. En parallèle, comme les autres écoles de la province, on met sur pied, en 1970, une « nouvelle maîtrise » bientôt réservée aux seuls titulaires du baccalauréat spécialisé. Ces nouveaux programmes accueillent, comme en psychologie, des cohortes record d'étudiantes : alors que le nombre total de diplômées en service social dans la province de Québec était de 75 en 1963, il atteindra 600 finissants par an à la fin des années 1980⁴⁰.

Les réformes dans les programmes de réadaptation physique sont de la même eau, en plus d'émanciper progressivement les programmes de la prise médicale, particulièrement prégnante dans ce secteur. À l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, les diplômes de premier cycle en ergothérapie et physiothérapie sont transformés, en 1969, en baccalauréats ès sciences dans le cadre d'une réforme qui accroît leur spécialisation respective : le nombre d'heures du tronc commun, composé surtout de contenus médicaux, chute de 27,5% tandis que le nombre d'heures consacrées à des cours spécialisés croît de 25%. De plus, l'accroissement du corps enseignant, qui passe de 13 à 29 professeurs dans ces deux disciplines entre 1968 et 1985, permet de multiplier les cours spécialisés qui élargissent l'horizon clinique des futures thérapeutes. Le programme de physiothérapie voit ainsi apparaître des cours à options sur l'évaluation et l'établissement du bilan musculaire, l'obstétrique et les affections respiratoires ainsi que des cours introduisant de nouveaux langages théoriques relatifs à la neurologie et à la facilitation neuromusculaire; le programme d'ergothérapie, lui,

⁴⁰ Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 13 janvier et 24 février 1967, 19 mars, 3 avril, 18 juin et 7 octobre 1971, 15 septembre 1972, 16 juin 1973. *Bulletin de la CPTSQ*, 35 (1989) : 4.

voit apparaître des cours obligatoires sur la pratique spécialisée en psychiatrie et en pédiatrie, et des cours à options sur des thèmes privilégiés en clinique comme les orthèses ou les activités de la vie quotidienne. Le gonflement du corps professoral permet enfin de tirer parti du nouveau potentiel de recrutement rendu possible par la démocratisation de l'université : l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, de loin la principale pourvoyeuse québécoise de thérapeutes en réadaptation physique, passe ainsi de cohortes de quinze étudiantes en ergothérapie et trente en physiothérapie en 1968, à des cohortes de plus de quarante étudiantes en ergothérapie et plus de cinquante en physiothérapie au début des années 1980⁴¹.

L'orthophonie et l'audiologie forment des cas à part à l'École de réadaptation. Ne comptant jusqu'alors qu'un programme de maîtrise ouvert aux titulaires du diplôme d'études classiques désormais irrecevable, la section d'orthophonie-audiologie inaugure, en 1969, un nouveau baccalauréat de trois ans qui servira dorénavant de préalable à la maîtrise, toujours préalable à la pratique clinique. De 1969 à 1972, le nombre de nouvelles inscrites grossit d'une quinzaine à plus d'une trentaine par an, alors que la création du baccalauréat offre, là aussi, à un corps enseignant augmenté l'occasion d'implanter un programme plus spécialisé qui délaisse la médecine physiatrice pour des cours fondamentaux orientés plutôt vers la linguistique et la psychologie de la communication. Cette poussée de spécialisation rend également possible une réelle émergence de l'audiologie au sein du programme, avec des cours réguliers et des professeurs attirés qui lui permettent de s'imposer comme discipline sœur mais bien distincte de l'orthophonie⁴².

⁴¹ *Annuaire de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1968-1985*. V. François Hudon, *op.cit.*, p.105, 182.

⁴² Julien Prud'homme, *Histoire de l'École d'orthophonie et d'audiologie...*, *op.cit.*, p.17-39; « La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession. L'orthophonie-audiologie à l'Université de Montréal, 1956-1976 », *op.cit.*, p.348-353.

De manière générale, à l'École de réadaptation, la croissance des effectifs et la spécialisation des cours justifient la mise en place d'un corps professoral important et stable qui dilue l'influence médicale, tant parce que les nouveaux enseignants ne partagent pas les vues des médecins que parce que l'arrivée de professeurs parfois très scolarisés, comme l'audiologiste Raymond Hêtu, permet le rapatriement de certaines matières stratégiques dispensées jusque là par d'autres, comme le cours de physique acoustique en audiologie ou d'acquisition du langage en orthophonie, un transfert progressif qui représente une facette importante de l'autonomisation du savoir disciplinaire.

La fin des années 1960 et le début des années 1970 voient ainsi la mutation radicale de ces piliers de la vie professionnelle que sont les corporations et les écoles de formation. Tandis que l'État re-brasse les cartes du jeu professionnel, les réformes publiques de l'enseignement supérieur stimulent un renouvellement en profondeur des programmes de formation, marqué par l'augmentation des effectifs étudiants et une réelle émancipation des curriculums par rapport à la gouverne médicale.

Ces institutions, corporations et écoles, ont chacune leur histoire et un mouvement qui leur est propre. Tel qu'il a été annoncé, on ne fait ici que les effleurer afin de baliser le contexte institutionnel dans lequel évoluent les cliniciennes. À cette fin, il reste maintenant à traiter des transformations des milieux cliniques eux-mêmes, c'est-à-dire des établissements de soins et du réseau québécois de la santé qui, dans ces années, connaissent eux aussi une véritable métamorphose.

CHAPITRE 7

LES GRANDES RÉFORMES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

Au milieu des années 1960, les professions paramédicales n'occupent encore qu'une position somme toute mineure dans les établissements de santé. La plupart travaillent, de plus ou moins bonne grâce, sous l'autorité directe de médecins spécialistes qui les affectent la plupart du temps à des tâches supplétives. De plus, leur nombre limité les cantonne aux hôpitaux majeurs des grandes villes, où l'autorité médicale est justement la plus forte.

À la fin de la décennie, cependant, une nouvelle donne politique et institutionnelle s'impose au monde québécois de la santé. Avant même les grandes réformes des années 1970, deux phénomènes majeurs ont déjà commencé à transfigurer la situation des paramédicales : la croissance des effectifs disponibles et la mutation des conditions de pratique.

Les effectifs paramédicaux : un nouvel ordre de grandeur

Comme on l'a vu, la consolidation des programmes universitaires et collégiaux se traduit par une hausse rapide des effectifs paramédicaux, de nouvelles recrues affluant rapidement sur le marché du travail. Cette croissance subite propulse les professions paramédicales vers un tout nouvel ordre de grandeur, et donc une présence accrue en clinique. Cette multiplication des paramédicales est d'autant plus significative qu'elle se poursuit tout au long de la

période, les programmes de formation continuant à se développer, les carrières féminines se prolongeant et la moyenne d'âge des professionnelles demeurant généralement basse, ce qui raréfie les départs à la retraite¹.

La progression des effectifs inscrits aux corporations professionnelles est saisissante. De 1970 à 1989, le nombre de paramédicales de réadaptation physique passe de 800 à pas moins de 3770, une croissance également spectaculaire à l'échelle de chaque groupe : le nombre de physiothérapeutes inscrites à leur corporation passe d'environ 450 à près de 2000, le nombre d'ergothérapeutes passe d'environ 250 à près de 1200, et celui d'orthophonistes-audiologistes passe de 101 à 516. Les corporations du secteur psychosocial, qui éprouvent pourtant plus de difficultés à rallier leurs praticiennes, passent, de 1970 à 1990, d'un millier de membres chacune à 2468 en travail social et 4640 en psychologie. Chez les professions d'appareillage, l'évolution est plus contrastée en raison de la faible progression du nombre d'audioprothésistes. Plus âgés, ceux-ci n'assoient leur renouvellement sur aucun programme formel d'enseignement avant 1981, et le cégep de Rosemont ne produit par la suite qu'un nombre limité de diplômés. L'Ordre des audioprothésistes, auquel l'appartenance est obligatoire, voit donc son effectif stagner temporairement à une centaine de membres, avant de grimper à son tour pour atteindre 140 praticiens en 1989. La Corporation des inhalothérapeutes, mieux alimentée par les collègues, passe de 627 membres, en 1977, à près de 2000 en 1989, triplant ainsi ses effectifs en moins de quinze ans².

Cette évolution se conjugue à une féminisation encore accrue de la main-d'œuvre paramédicale. En orthophonie et en ergothérapie, où la proportion de femmes avoisinait déjà les 90%, cette part augmente encore après 1970. La psychologie et le travail social, plutôt mixtes jusque là, se féminisent : à la

¹ En 1978, l'âge moyen des ergothérapeutes québécoises est de 28 ans. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1979, p.104-105.

² Conseil des collègues, *op.cit.*, p.2. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 29 décembre 1975.

Corporation des travailleuses sociales, la part de femmes passe ainsi de 46 à 75% entre 1975 et 1986. Depuis les années 1960, d'ailleurs, il est établi que les femmes appartenant à ces deux professions se concentrent dans le milieu de la santé. En 1976, par exemple, alors que les femmes ne constituent que 50% des membres de la Corporation des travailleurs sociaux, elles représentent 73% des effectifs en service social employés par le MAS; les femmes psychologues travaillent aussi dans de bien plus fortes proportions que les hommes dans le secteur de la santé. Malgré leur mixité, les professions psychosociales présentent ainsi déjà au milieu sanitaire un visage largement féminin. Enfin, les professions d'appareillage, plutôt masculines jusque là, se féminisent aussi à mesure qu'elles se renouvellent : de majoritairement masculin au début des années 1960, l'effectif de la Corporation des inhalothérapeutes est aux deux tiers féminin à la fin des années 1970, tandis que les femmes audioprothésistes comptent déjà pour un peu plus de 40% de leur profession en 1989. Cette confirmation du visage féminin des professions paramédicales est alimentée par la féminisation générale des effectifs étudiants de l'université québécoise à cette époque, ainsi que par la tendance des femmes étudiantes à se concentrer dans certains programmes comme ceux de la santé, confirmant d'ailleurs la thèse de Johanne Collin selon qui la démocratisation des études supérieures se double, en fait, d'une consolidation des clivages de sexes entre les disciplines³.

Un contexte de pratique en mutation

En tout, l'effectif global représenté par les corporations concernées passe ainsi, entre 1970 et 1989, d'environ 3000 à près de 13 000 cliniciennes. Bien sûr, cette progression rend aussi compte de l'évolution des corporations elles-mêmes, pour qui le recrutement est facilité par l'entrée en vigueur du Code en 1974. Il

³ Johanne Collin, « La dynamique des rapports de sexes à l'université, 1940-1980 », *Histoire sociale – Social History*, 19, 38 (1986): 365-385; v. Dominique Gauchet, *op.cit.*, p.217-218. Cégep de Rosemont, *Techniques d'audioprothésie, op.cit.*, 1986, p.8.

reste que ce changement drastique d'échelle traduit surtout une réelle multiplication du nombre de paramédicales disponibles sur les théâtres d'opérations sanitaires où elles se font omniprésentes : de 800 en 1961, le nombre de « professionnelles » dans le réseau de la santé passe à 5425 en 1978, son importance relative passant de 2 à 10% de l'ensemble du personnel soignant. En guise de comparaison, alors que l'on comptait, en 1961, une professionnelle pour 25 infirmières, le ratio est passé à une professionnelle pour seulement cinq infirmières en 1978; surtout, pendant la même période, le ratio professionnelle / médecin passe de 1/8 à seulement 1/2, le nombre de professionnelles atteignant même la parité avec celui de médecins spécialistes. Les professions paramédicales continuent d'ailleurs leur progression durant le reste de la période, le nombre de professionnelles à l'emploi du réseau passant de 5425 à 11 161 entre 1978 et 1991, dans un réseau où tous les groupes d'emploi croissent cependant rapidement, puisque le poids relatif des paramédicales dans le personnel soignant ne passe « que » de 10 à 14%⁴.

Le nouvel ordre de grandeur des effectifs paramédicaux et leur présence renouvelée sur le terrain découlent directement des réformes de l'enseignement supérieur encouragées par l'État provincial entre 1961 et 1969. Au début des années 1970, une autre vague de réformes balaie cette fois le milieu de la santé, si bien que, une fois sur le marché du travail, les jeunes recrues s'insèrent là aussi à un environnement en pleine transformation. Ces réformes ont un impact direct sur la position des paramédicales dans l'économie du travail sanitaire. Elles ont pour objectif global de permettre au réseau de la santé d'absorber les mutations déjà en cours du marché des soins. Ces transformations en cours sont liées à l'augmentation galopante de la clientèle stimulée par l'assurance hospitalisation, et elles influent sur le sort des paramédicales pour qui elles prennent deux visages particuliers : la diversification des clientèles et une relative atténuation de l'autorité médicale.

⁴ Pour les chiffres, v. Gilles Dussault, « Les producteurs de services sociosanitaires », V. Lemieux et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, PUL, 1994, p.198-204.

D'une part, l'accroissement de la clientèle s'accompagne d'une diversification des canaux par lesquels les patients sont référés vers les services de soins. Cette diversification des sources de références met les médecins, mais aussi les paramédicales, en contact avec des populations plus variées, parmi lesquelles il est plus aisé de sélectionner les cas susceptibles de mettre en valeur des compétences choisies. Cette diversité des filières de référence s'accroît encore après 1970. C'est le cas, par exemple, à l'IRM : naguère alimenté surtout par les cabinets privés, l'Institut, après 1971, doit désormais une part croissante de sa clientèle à une large palette d'hôpitaux, une diversification d'autant plus notable que le volume total de patients y demeure généralement stable. Cette diversification des sources de références – et des clientèles – est indirectement favorisée par des pressions de l'État en faveur de la transformation des lits en interne (hospitalisation continue) au profit de nouvelles places en externe (pour des suivis de jour), une pression, plus crue après 1980, qui permet la prise en charge d'une clientèle qui n'aurait pas justifié une hospitalisation continue. En réadaptation physique, ce virage en externe favorise le suivi plus étroit de cas, comme les blessures orthopédiques ou l'arthrite, qui permettent le déploiement de compétences différentes de celles requises auprès des amputés, des hémiplegiques ou des blessés médullaires. On observe un phénomène similaire en psychiatrie, où le virage en externe favorise une offre accrue de psychothérapies⁵.

En deuxième lieu, l'augmentation de la clientèle pousse aussi des médecins à assouplir leur prise sur le travail des paramédicales, qui y gagnent une plus grande autonomie. Cette dévolution, plus ou moins informelle et délibérée, d'une marge de manœuvre aux paramédicales favorise d'ailleurs les médecins eux-mêmes qui, en déléguant, améliorent leur capacité à superviser un nombre accru de cas demeurant formellement sous leur responsabilité. À l'IRM, cette

⁵ Et ce avant même l'implantation en masse des médicaments psychotropes, parfois présentés comme les seuls responsables de ce virage vers la pratique externe. V. William Gronfein, « Psychotropic Drugs and the Origins of Desinstitutionalisation », *Social Problems*, 32 (1985) : 437-454. Rapports annuels de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1965-1985. Louis Demers, *op.cit.*, p.269, 281; Jean Turgeon, Hervé Anctil et Joël Gauthier, « L'évolution du ministère et du réseau », V. Lemieux *et al.* (dir.), *op.cit.*, 2003, p.99.

politique permet aux physiatres d'intensifier le suivi de chaque cas : de 1971 à 1978, pour une clientèle annuelle et un personnel sanitaire stables, le nombre de cas suivis simultanément augmente, lui, de 239 à 1006 patients, ce qui constitue pour les médecins une manière efficace de tirer parti du caractère plus fluide de la clientèle externe. Cela dit, l'atténuation de la prise médicale tient aussi à d'autres facteurs, moins favorables aux médecins. Ainsi, la rareté persistante de certains médecins spécialistes mine leur capacité à encadrer de près leurs patients et auxiliaires en nombre toujours croissant. Les physiatres québécois, par exemple, ne sont encore guère qu'une soixantaine en 1975, ce qui rend problématique leur autorité sur un vaste secteur comme la réadaptation physique où les paramédicales se comptent désormais par centaines. Cette dilution du poids relatif des médecins spécialistes est aussi soutenue par l'État et ses politiques de gestion des effectifs médicaux : de 1972 à 1985, Québec, en contingentant l'accès aux formations universitaires, réduit la part des spécialistes dans le corps médical de 58 à 50%⁶.

La diversification des clientèles et l'atténuation relative de la prise médicale ont des impacts variables mais réels sur la situation des paramédicales. Comme on l'a fait au chapitre 2, on utilisera ici l'exemple du traitement des hémiplegiques à l'IRM, où la part d'hémiplegiques suivis en externe grimpe de 27 à 45% entre 1963 et 1973, pour suggérer deux considérations préliminaires au sujet de ces changements.

D'une part, l'atténuation de l'autorité médicale sur les paramédicales impliquées en hémiplegie permet à celles-ci de réorienter leur pratique vers un

⁶ Dans une moindre mesure, les règles régissant l'administration des hôpitaux, imposées elles aussi par l'État, exigent aussi des établissements qu'ils transfèrent la gestion de certains personnels soignants, comme les services sociaux, hors de la juridiction des directions médicales, diminuant pour des motifs de gestion la prise des directeurs médicaux sur ces effectifs. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1971-1978; rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1974, p.15; 1979, p.11, 14; 1983, p.10. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, dossier « Mémoire : Royal Commission on Health Services », Gustave Gingras *et al.*, *Brief on Physical Medicine and Rehabilitation prepared for the CMA (Quebec Division)*, décembre 1961, p.5. Archives de l'Institut de réadaptation de Montréal, dossier « Gustave Gingras », Gustave Gingras, *La médecine physique et réadaptation*, IRM, Montréal, [1970-1973], p.1. Louis Demers, *op.cit.*, p.272. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.34.

plus grand rôle diagnostique et de nouveaux objets d'intervention. À l'Institut, les orthophonistes parviennent ainsi à déléguer les activités les plus routinières à des bénévoles, ce qui leur laisse le temps de mettre au point des thérapies de groupe portant non plus sur le seul entraînement articulatoire mais sur l'emploi de la communication en contexte social. Avec le temps, la prise des orthophonistes sur la clientèle hémiplegique s'affermi, au point, en 1978, qu'elles en viennent, selon leurs propres mots, à opérer une « sélection plus avertie » des cas, moins nombreux, auprès desquels elles exercent une capacité accrue à « préciser plus efficacement un pronostic » et à influencer sur la durée des séjours⁷.

D'autre part, la diversification des cas permet à des paramédicales au rôle jusque là secondaire de trouver matière à s'insérer plus résolument dans le processus de soins. À l'IRM, le nouveau contexte offre ainsi aux psychologues l'occasion de jouer un rôle plus prégnant dans le domaine de l'hémiplégie. De 1963 à 1973, la part d'hémiplégiques suivis par plus d'une paramédicale augmente sensiblement, passant de 64 à 77%; de cette portion croissante, 45% des cas sont désormais suivis par le psychologue, à qui une clientèle accrue permet de sélectionner des cas plus qualifiants. Son entreprise se moule d'ailleurs au contexte local : cantonné jusque là à une évaluation des problèmes émotifs des patients, le psychologue impliqué dans le programme, par son volontarisme, implante, à partir de 1969, l'emploi de tests d'intelligence. Alors que l'évaluation de l'état émotif avait été implantée par le physiatre afin de baliser sa propre pratique physique, l'introduction de tests d'intelligence, en l'absence de psychiatre sur le plancher, permet au psychologue de s'attribuer un rôle d'évaluateur plus influent qu'il entreprend de faire reconnaître comme « essentiel à la formulation de plans de traitement, même physiques⁸ », une prétention soutenue par le fait qu'une clientèle dorénavant plus nombreuse lui permet de

⁷ Rapports annuels de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1964, p.72-73; 1974; 1978.

⁸ Rapports annuels de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1969. Katherine Ladd, *Rehabilitation of Hemiplegia*, *op.cit.*, p.xlvii-xlix, lx-lxii, 37-46. Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents*, *op.cit.*, p.32.

trouver suffisamment de cas de « détérioration mentale » pour justifier son activité.

Comme le suggèrent ces exemples, un accès plus direct à une clientèle plus nombreuse et diversifiée offre, dès la fin des années 1960, la possibilité aux paramédicales d'étendre leurs activités cliniques. Ces tendances s'amplifient dans les années qui suivent, et sont même consacrées par certains volets des réformes publiques mises en œuvre par l'État provincial après 1970.

Le « système » de santé : une nouvelle mue des institutions

Les mutations évoquées jusqu'ici sont largement le fruit de transformations entamées dans les années 1960, comme la réforme scolaire et l'évolution de la clientèle induite par l'assurance hospitalisation. C'est d'ailleurs afin de permettre au milieu de la santé d'assimiler pleinement ces tendances que l'État québécois lance, au début des années 1970, une vaste réforme des cadres institutionnels du secteur. L'État, en effet, ne se contente pas de réformer l'enseignement ou le statut légal des corporations. Alimenté par les travaux de la commission Castonguay-Nepveu, qui s'étendent de 1966 à 1972, le nouveau ministère des Affaires sociales (MAS) s'attaque, dès sa création, tant à une remise à neuf qu'à une mise en réseau des établissements de soins de la province. Ce projet, jumelé au Code des professions, doit permettre à l'État d'absorber de manière contrôlée le choc politique et financier entraîné par l'adhésion du Québec, en 1971, au nouveau programme fédéral d'assurance maladie, qui étend désormais la couverture publique à la quasi totalité des soins dispensés dans les hôpitaux et les autres établissements de santé.

Avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, votée en 1971, le MAS s'engage dans un ambitieux chantier : la précision des mandats des établissements et la création de nouvelles catégories de centres de services destinés à compléter les hôpitaux. Aux côtés de nouvelles créatures comme les

Centres de services sociaux (CSS) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC), la loi prévoit la mise sur pied, ou la consolidation là où il existe déjà, d'un type d'établissement dont l'importance sera primordiale pour les paramédicales : il s'agit des centres de réadaptation, établissements dits de deuxième ligne destinés aux patients qui quittent l'hôpital pour y entamer leur convalescence ou leur rééducation. Après 1971, les centres de réadaptation physique, tout particulièrement, offrent aux paramédicales, y compris psychosociales, une plus grande autonomie que dans les hôpitaux et donc l'opportunité pour elles de créer leurs propres clientèles autour de problèmes délaissés par la médecine.

Cette trouée en deuxième ligne s'explique par la pression de l'État québécois en faveur d'une spécialisation des établissements. De fait, les recommandations du rapport Castonguay-Nepveu et les directives du ministère des Affaires sociales engagent une conception dite systémique de l'administration publique, une vision, issue des sciences de la gestion, selon laquelle chaque type d'établissement devrait se caractériser par sa complémentarité, et donc sa différence, par rapport aux autres. Traduit en mesures concrètes (et budgétaires), ce postulat force les centres de réadaptation, qui doivent justifier leur financement, à se distinguer de l'hôpital pour mieux s'en présenter comme le complément⁹. Or, comme la présence médicale y est beaucoup moins marquée, les aspirations jusque là négligées des paramédicales pour de nouvelles clientèles représentent pour ces centres une manière aisée et crédible de développer des créneaux distincts.

Les centres de réadaptation physique sont de plus, après 1970, alimentés en références neuves par des organismes publics, nouveaux ou remodelés, qualifiés de « tiers payeurs ». Ces organismes ont la charge d'attribuer aux

⁹ Pierre Bergeron et France Gagnon, « La prise en charge de la santé au Québec », V. Lemieux *et al.* (dir.), *op.cit.*, 1994, p.17-18; Pierre Bergeron, « La Commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, 31, 3 (1990) : 361-364; Deena White, « The Rationalization of Health and Social-Service Delivery in Quebec », B. Bolaria et H. Dickinson (dir.), *op.cit.*, p.90.

établissements les fonds prévus pour la couverture publique de certains soins. Tout en étant publics, ils fonctionnent sur une base assurantielle, ce qui signifie qu'ils paient les établissements de santé à la pièce pour chaque soin assuré dispensé, un paiement « à l'acte », en quelque sorte, qui stimule l'offre de soins. Or, après 1970, ces tiers payeurs se multiplient et étendent la gamme des soins payés par l'État. À l'échelle du réseau, le tiers payeur le plus important est évidemment la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), créée en 1969 afin d'assumer la gestion du programme fédéral universel d'assurance-maladie, qui entre en vigueur au Québec en 1971. Aux côtés de la Régie, cependant, trois autres organismes publics, consacrés à des populations plus ciblées, canalisent des clientèles spécifiquement destinées aux centres de réadaptation : il s'agit de la Commission des accidents de travail, qui devient, en 1979, la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et dont le mandat couvre le « droit à la réadaptation » des travailleurs accidentés; de la Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ) créée en 1977, dont l'un des mandats est de financer des soins, y compris de réadaptation, aux accidentés de la route; et finalement de l'Office des personnes handicapées du Québec, créé en 1978, qui assure la couverture publique de l'attribution de fauteuils roulants ou d'autres accessoires techniques à l'attention des handicapés.

La pression étatique à la spécialisation des établissements contribue donc à l'ouverture, dans les centres de deuxième ligne, de territoires dégagés, au moins partiellement, des normes médicales hospitalières. De plus, à mesure qu'un grand nombre de diplômées s'y trouvent un emploi, l'essor de ces centres suscite un déplacement graduel du centre de gravité de certaines professions vers la deuxième ligne, notamment les professions de réadaptation physique. Dans ces centres aux profils variés, comme le Centre de réadaptation de Trois-Rivières, l'Institution des Sourds de Montréal ou l'hôpital de réadaptation montréalais Villa Medica, un accès plus direct aux patients offre aux paramédicales la possibilité de poser elles-mêmes un diagnostic et de générer de nouvelles filières, en référant des cas à leurs collègues hospitalières ou en recevant les références de celles-ci.

Un exemple intéressant de cette circulation de patients entre paramédicales est offert par les liens de collaboration tissés entre des orthophonistes de deuxième ligne et des audiologistes hospitalières ou scolaires, celles-là référant à celles-ci des enfants chez qui l'orthophoniste peut travailler sur les incidences articulatoires ou communicationnelles d'une déficience auditive, sans que leur prise en charge n'ait été filtrée par des médecins psychiatres ou ORL¹⁰.

Les horizons ouverts en centres de réadaptation paraissent d'autant plus conséquents aux professionnelles que, en milieu hospitalier, la situation des paramédicales rappelle la période précédente : les patients sont référés par le médecin spécialiste qui détermine seul s'il y a lieu de référer des cas dont il garde le contrôle. Bien que certains services, d'audiologie par exemple, se détachent progressivement des médecins spécialistes (en l'occurrence des ORL) en développant des liens avec des omnipraticiens qui leur réfèrent directement des cas, il reste que les rapports de force avec les médecins des grands hôpitaux changent somme toute peu au cours des années 1970.

Les établissements de deuxième ligne

Les centres de réadaptation, dont l'essor est assuré par la loi de 1971, amplifient la tendance déjà lancée à l'atténuation de la prise médicale et à l'extension de la pratique des paramédicales. Comme toujours, ces opportunités nouvelles sont mises à profit selon des fortunes et des modalités diverses qui doivent beaucoup aux contextes locaux. De fait, les établissements de deuxième ligne prennent de multiples formes, qui ont une lourde incidence sur la trajectoire des paramédicales qui y travaillent.

Certains centres de réadaptation préexistent de longue date à la loi de 1971 mais connaissent sous son influence des changements notables. Le cas

¹⁰ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes...*, *op.cit.*, p.64-68.

montréalais de l'OTRC, qui prend en 1968 le nom de Centre de réadaptation (CR) Constance-Lethbridge, illustre ces transformations, qui correspondent à des souhaits de longue date des paramédicales : l'autorité décroissante des médecins et une extension de l'offre de soins vers la clientèle infantile.

D'une part, l'autorité des médecins, qui s'était raffermie au Centre depuis 1963, décroît après 1971, l'effectif médical ne pouvant suivre l'explosion de la clientèle qui, entre les seules années 1970 et 1972, passe de 1141 à 2143 cas par an avant de se stabiliser autour de 2600 cas par an dans les années 1980. Malgré quelques embauches, le suivi médical des patients doit vite se faire plus distant, pour se condenser, après 1975, dans des cliniques tenues à des moments fixes et dont la principale vocation devient l'émission de prescriptions, notamment pour des fauteuils roulants. En parallèle, plusieurs des principaux postes administratifs tombent entre les mains de non médecins, comme la coordination des services de médecine physique attribuée à une paramédicale en 1979¹¹.

D'autre part, l'injonction de l'État aux établissements à se définir par des mandats distinctifs pousse le CR Constance-Lethbridge à se constituer une clientèle tout à fait nouvelle, inexistante jusqu'en 1971 : celle des enfants, surtout d'âge préscolaire, présentant des « problèmes d'apprentissage » auprès desquels des compétences jusque là sous-exploitées des paramédicales paraissent appropriées. Après 1976, alimentée par les références de parents, d'agences sociales, de médecins et de thérapeutes d'autres services du centre, la clientèle du nouveau « service de développement de l'enfant » croît rapidement, au point de justifier l'affectation à temps plein d'une équipe comptant deux physiothérapeutes, deux ergothérapeutes, une travailleuse sociale et une éducatrice, toutes responsables de l'évaluation et de la prise en charge des problèmes propres à leur domaine. En vérité, cette nouvelle clientèle permet à toutes d'étendre leur action : entre 1977 et 1981, la création d'un groupe de

¹¹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1974, p.4; 1975, p.8; 1979, p.17; 1980, p.2.

stimulation du langage permet d'adjoindre une orthophoniste à l'équipe et un groupe d'intégration sensori-motrice permet le déploiement de l'ergothérapie en matière perceptive et cognitive, tandis que la travailleuse sociale et une psychologue implantent la réalisation de thérapies auprès des parents, dont les enfants se voient désormais auscultés pour des problèmes « au point de vue motricité, parole, langage, perception et aussi au niveau émotif et social¹² ». Après 1981, des visites « thérapeutiques » ou de sensibilisation auprès d'écoles primaires et de garderies permettent d'accroître encore le volume des cas référés¹³.

Dans les centres, comme le CR Constance-Lethbridge, où les aspirations contrariées des paramédicales sont relativement anciennes, l'atténuation de l'autorité médicale laisse ainsi place aux projets formulés antérieurement. À Constance-Lethbridge comme à l'IRM, une possible extension vers les problèmes de développement des enfants se présente en effet depuis longtemps aux paramédicales comme une voie d'émancipation hors de la prise physiatrice. Dans d'autres centres, la réalisation de ces projets prend d'autres formes, comme à l'hôpital pour convalescents Villa Medica, spécialisé dans les soins aux personnes âgées, qui lance, après 1974, de nouveaux services accordant plus d'importance aux paramédicales de réadaptation physique.

Après 1971, de nouveaux établissements s'ajoutent à ces centres préexistants. Ces centres naissent de dynamiques locales particulières et le contexte de pratique s'y révèle fort différent. Mue directement ou indirectement par l'État, leur création passe souvent par la transfiguration d'institutions plus anciennes, dont la vocation initiale n'était pas clairement sanitaire et qui font l'objet de ce qu'on pourrait appeler, non pas une « médicalisation », puisque les médecins n'en sont pas les agents actifs, mais sûrement une « sanitarisantion » de

¹² *Ibid.*, 1980, p.4.

¹³ *Ibid.*, 1971, p.7; 1974, p.3; 1975, p.6; 1977, p.15, 41; 1978, p.21-22, 28; 1979, p.18; 1981, 11-12, 16; 1984, p.7-8, 26-28, 36; 1985, p.34.

leurs activités, qui laisse une large place au personnel paramédical. Concentrées dans les villes de Québec et Montréal, ces entreprises prennent deux formes : la fusion d'anciens centres d'hébergement avec des équipes de la Commission des accidents de travail, et la mutation d'écoles spécialisés en établissements de soins.

Depuis les années 1960, la Commission des accidents de travail (CAT), un organisme provincial, entretient deux points de service, la Clinique de réhabilitation du Québec (Montréal) et le Centre de réadaptation de Québec, qui dispensent en externe des soins de physiothérapie et d'ergothérapie aux travailleurs accidentés. En 1973, ces soins étant désormais couverts par l'assurance maladie, le MAS décide d'intégrer ces centres au réseau public pour en étendre l'offre de service à l'ensemble des handicapés physiques, accidentés du travail ou non. Ce projet, formulé en partie à l'instigation de représentantes de l'École de réadaptation de l'Université Laval, implique aussi une extension du concept même de réadaptation, qui prévoit l'embauche d'un personnel paramédical plus nombreux et varié. Parce que cette vision étendue de la réadaptation implique une prise en charge précoce des accidentés, avant la fin de l'hospitalisation, on demande aux nouveaux centres de s'adjoindre des unités d'hébergement, le projet se présentant en quelque sorte comme l'insertion de paramédicales à des centres d'accueil pour handicapés déjà existants. En 1978-1979, la nouvelle équipe de la CAT de Québec est ainsi adjointe à un centre d'hébergement jusque là privé et spécialisé dans les logements adaptés, jetant les bases d'un nouvel établissement, baptisé Centre François-Charon. En parallèle, l'équipe montréalaise de paramédicales est elle aussi insérée à une résidence pour handicapés physiques, la Maison Lucie-Bruneau, qui cherchait déjà, depuis 1969, à développer ses propres services de soins – l'établissement ainsi créé prend le nom de Centre de réadaptation Lucie-Bruneau¹⁴. Créés sous la surveillance

¹⁴ Notamment en partenariat avec des associations de patients comme l'Association de la paralysie cérébrale du Québec. Rapport annuel du Centre de François-Charon, 1982, p.40; 1989, p.11-12; rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1971, p.iv, 3; 1972, p.34; 1979, p.1, 4, 2.11; 1982, p.4; 1983, p.2-3; 1986, p.4-7. Maison Lucie-Bruneau, *État des programmes des services de réadaptation en consolidation des services internes – externes*, Montréal, MLB, 1976, p.2, 16 et correspondance annexe; *Profil de programme pour un centre de jour*, Montréal, MLB,

étroite du MAS, ces deux centres sont pourvus par le ministère d'une programmation qui prévoit l'accueil d'une clientèle classique d'amputés, d'hémiplégiques et de blessés médullaires dans des services cependant étendus.

Cette entrée de paramédicales dans des structures aux mandats élargis met les cliniciennes, dont plusieurs embauchées pour l'occasion, dans une position inédite. Au CR Lucie-Bruneau, par exemple, les praticiennes font l'expérience d'une situation originale à trois points de vue. D'une part, elles travaillent dans un centre dont la taille est sans commune mesure avec ce qui existait jusque là : alors que les équipes de la CAT ne comptaient que quelques thérapeutes et que la Maison Lucie-Bruneau ne disposait, en 1969, que d'une cinquantaine d'employés au service de 146 résidents, le CR Lucie-Bruneau compte, déjà en 1979, 250 employés accueillant annuellement pas moins de 600 patients référés par les hôpitaux et la CSST.

D'autre part, les paramédicales disposent d'une prise plus directe sur l'évaluation et l'orientation des cas, ce qui accroît la prééminence de leurs services. Ainsi, alors que, entre 1971 et 1978, la Maison Lucie-Bruneau s'était contentée de référer les problèmes de santé de ses résidents à des services médicaux qui ne généraient qu'une demande fluctuante et incertaine de soins paramédicaux, la présence, dès 1979, dorénavant directe de paramédicales entraîne une explosion de la demande de physiothérapie et d'ergothérapie, alors que diminue le poids relatif des demandes de soins proprement médicaux¹⁵.

1976, p.1-3. Centre François-Charon, *Le Centre François-Charron vous accueille*, Québec, CFC, [1979-1981], non paginé. Centre hospitalier de l'Université Laval, *La formation continue du CFC par le recours à un programme d'évaluation des interventions par les pairs*, Québec, CHUL, 1980, p.3-5, 13; Centre de réadaptation de Québec, *Rapport du comité consultatif spécial sur l'orientation globale du CRQ*, Québec, CRQ, 1975, p.9-11, 18-22.

¹⁵ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1971, p.iv-v, 2, 6-8, 11; 1972, p.2-5, 13-16, 20, 24, 34; 1974, p.6-7, 21, 23, 35, 45; 1979, p.2-3, 12-14. Maison Lucie-Bruneau, *Profil de programme...*, *op.cit.*, p.7, 16-17. Maison Lucie-Bruneau, *État des programmes...*, *op.cit.*, p.15-16. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Camp d'orientation*, 1978, Montréal, CRLB, non paginé, sections rose et orange.

Enfin, des populations et une autonomie accrues offrent aux paramédicales un terrain propice pour étendre non seulement le volume de leur clientèle, mais aussi le champ de leur action. Même si, en vertu des programmes établis en 1979, des soins plus traditionnels comme la rééducation à la marche ou l'intégration au travail sont censés monopoliser les cliniciennes, celles-ci tendent à poursuivre le suivi de leurs patients jusque dans les étapes ultérieures de la réadaptation et les unités non sanitaires qui leur sont consacrées. Au CR Lucie-Bruneau, ce débordement permet à des paramédicales de s'insérer informellement dans le travail d'une unité d'« autonomie sociale », destinée aux dernières étapes de la réinsertion, et jusque là dépourvue de personnel sanitaire; en 1987, cet engagement est officialisé par l'administration du Centre qui, pour « faciliter l'implication des... intervenants », crée dans cette unité une équipe composée des thérapeutes (ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue et travailleuse sociale) qui avaient ainsi étendu leurs activités. De cette unité, qui implique des tâches différentes, ces paramédicales tirent aussi une clientèle supplémentaire en identifiant des cas qui n'avaient pas d'abord été référés aux services classiques, un bassin de prospection qui connaît, dans les années 1980, la plus forte croissance de tout le Centre¹⁶. Cela dit, cette façon de chercher des références neuves dans la population déjà admise a ses limites et demeure une activité palliative dont l'impact sur la demande de soins reste plutôt faible¹⁷.

En parallèle à cette sanitarisation de centres d'hébergement, on voit des écoles pour enfants handicapés s'engager dans une trajectoire comparable. La chose survient au moment où l'État, après avoir consolidé l'offre de services spécialisés dans le réseau de l'éducation, entame le transfert vers les commissions scolaires des services éducatifs offerts jusque là en milieu de santé. Certains

¹⁶ Les paramédicales identifient notamment plusieurs cas admis sur une base de dépannage temporaire.

¹⁷ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1979, p.16-18; 1986, p.34; 1988, p.4, 12, 17, 21; 1989, p.10-11; 1990, p.10-11; 1991, p.8, 11. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme d'intégration dans la communauté*, Montréal, CRLB, 1991, p.8; *Programme des unités satellites de réadaptation*, Montréal, CRLB, 1987, p.3-8; *Programme de dépannage*, Montréal, CRLB, 1987, p.1-6.

services dispensés en milieu hospitalier passent ainsi sous la responsabilité administrative de commissions scolaires, avant d'y déménager physiquement : de 1976 à 1986, des classes spéciales de l'hôpital Sainte-Justine et du Centre hospitalier de l'Université Laval sont ainsi transférées dans des écoles particulières gérées par des commissions scolaires, comme l'École Charlevoix ou l'École Victor-Doré¹⁸. Si ces transferts sont de faible conséquence pour des hôpitaux, ils forcent cependant des établissements plus petits, où la vocation éducative prenait jusque là une grande place, à repenser leur offre de service pour survivre. C'est le cas, par exemple, à l'École Cardinal-Villeneuve (à Québec) ou aux « institut des sourds » de Charlesbourg et Montréal; dans ces centres, le changement prendra la forme d'une reconversion en centres de réadaptation, pleinement sanitaires.

La mue de l'École Cardinal-Villeneuve offre un cas assez net. Fondée à Québec en 1935, l'École se veut d'abord un établissement scolaire « pour enfants infirmes », quoiqu'elle entretienne dès l'après-guerre des rapports avec l'activité sanitaire en s'adjoignant les services d'une physiothérapeute (une garde-malade envoyée se perfectionner à Montréal) et en collaborant avec le personnel hospitalier qui suit ses élèves. Dans le contexte institutionnel turbulent de la fin des années 1960, l'École exploite cette assise sanitaire, encore modeste, pour assurer sa position en se faisant reconnaître à la fois comme école privée et comme centre de réadaptation, prenant pour l'occasion le nom de Centre Cardinal-Villeneuve (CCV). En 1975, alors que se prépare le transfert de ses services pédagogiques vers la commission scolaire de Sainte-Foy, le Centre se redéfinit plus vigoureusement comme établissement de soins en se présentant désormais comme un « centre de traitement actif », « pas un centre d'accueil [et] encore moins une école¹⁹ ». Ce projet d'insertion au réseau sanitaire reçoit

¹⁸ Pour plus de détails, v. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.77-80.

¹⁹ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1975, p.1-2; 1980, p.1; 1982, p.1; 1989, p.2.

l'accueil enthousiaste de l'État, en partie pour des raisons conjoncturelles liées aux réformes de la CAT. En effet, devant l'opposition des psychiatres montréalais de l'IRM et du Royal Victoria à ce que le CR Lucie-Bruneau ne les concurrence auprès des enfants handicapés, le MAS limite le mandat des centres issus de la CAT, y compris du Centre François-Charon de Québec, à la seule clientèle adulte. Le ministère doit donc trouver un autre établissement de la ville de Québec pour assurer la réadaptation physique des enfants, mission pour laquelle le Centre Cardinal-Villeneuve paraît tout désigné. Dès 1977, le Centre, délesté de ses services pédagogiques, accueille donc en contrepartie les enfants handicapés destinés à la deuxième ligne par les hôpitaux, grâce sa greffe réussie au réseau sanitaire²⁰.

Comme dans les établissements issus de la réforme de la CAT, la transformation de l'École Cardinal-Villeneuve en établissement de soins offre aux paramédicales embauchées à cette fin un tout nouvel environnement de travail. Comme dans les autres centres, cette nouveauté vient à la fois de la taille de la clientèle et d'un terrain propice à l'extension de leurs activités de soins. Ainsi, d'une centaine d'enfants au milieu des années 1960, la clientèle du CCV passe à près de 750 en 1977, tandis que le personnel du Centre passe, toutes catégories confondues, de 78 à 283 employés entre 1972 et 1980; en partie grâce à l'apparition de services d'ergothérapie, d'orthophonie et de « psychologie – orientation »; dès 1974, soit une fois le virage sanitaire entamé mais bien avant qu'il ne soit encore consommé, le Centre Cardinal-Villeneuve comptait déjà treize physiothérapeutes, huit ergothérapeutes et une orthophoniste. En l'absence d'un fort contingent de médecins, ces paramédicales ont une influence notable sur la définition des priorités sanitaires : en 1975, une équipe volante de paramédicales reçoit ainsi le mandat d'« élaborer des plans de traitement et d'orientation » afin d'obtenir de nouvelles références de la part des hôpitaux, où l'on suggère même

²⁰ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1985, p.4; *L'Aube* (mai 85) : 3-6.

que les paramédicales « dispensent sur place certains traitements²¹ », pour profiter de cet accès aux patients pour référer des cas potentiels en réadaptation.

Le passage d'un rôle éducatif à une mission proprement sanitaire est aussi le lot des deux « instituts des sourds », créés au 19^e siècle, que l'on retrouve à Montréal et, dans la région de Québec, à Charlesbourg, et dont les services pédagogiques se préparent, au début des années 1970, au transfert vers les commissions scolaires. Comme l'École Cardinal-Villeneuve, ces instituts se font vite reconnaître comme centres de réadaptation, poussés d'ailleurs dans cette voie par le MAS qui, en 1975, range la surdité dans la catégorie des déficiences physiques dont l'encadrement sanitaire est susceptible d'être financé par les fonds publics.

Comme au Centre Cardinal-Villeneuve, ce changement de trajectoire passe par un élargissement des visées sanitaires attachées à la clientèle suivie. Dans le cas précis de la clientèle sourde, l'Institut des sourds de Charlesbourg et celui de Montréal (qui prend en 1984 le nom d'Institut Raymond-Dewar) adhèrent à une conception élargie de l'intégration sociale des personnes sourdes qui s'apparente à une réadaptation. À l'Institut des sourds de Charlesbourg, on embauche ainsi des thérapeutes qui développent des programmes de stimulation précoce à l'attention des enfants d'âge préscolaire. Dans les années 1980, l'autonomie laissée aux paramédicales dans la définition de leurs objets d'intervention est manifeste, chacune des nouvelles cibles identifiées par les équipes de stimulation correspondant aux aspirations de telle ou telle profession : les orthophonistes développent ainsi leur intérêt pour « l'attitude de communication » non verbale, les ergothérapeutes s'attardent au retard des fonctions perceptuelles et les psychologues aux problèmes relationnels et affectifs, tandis que les travailleuses sociales approfondissent les difficultés inhérentes aux contacts sociaux des patients sourds. De manière générale, chaque thérapeute emploie l'autonomie

²¹ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1975, p.3; 1976, p.10; 1977, p.5; 1982, p.4; 1986, p.3; *L'Aube* (mai 85) : 6-7); Centre de réadaptation de Québec, *Rapport du comité consultatif...*, *op.cit.*, p.13-16, 20-21, 31-32.

dont elle dispose pour prélever dans la clientèle sourde les retards moteurs, relationnels ou perceptuels qui alimentent sa pratique, au point où l'accumulation des diagnostics en vient à construire de nouvelles clientèles dites « multihandicapées²² ».

Les milieux à vocation naguère pédagogique développent ainsi de nouveaux créneaux en étendant leurs services à la clientèle préscolaire, comme, d'ailleurs, le fait également le CR Constance-Lethbridge. Au Centre Cardinal-Villeneuve, ce groupe d'âge compte, dès 1976, pour près de la moitié des nouvelles admissions en externe et, au début des années 1980, même les physiothérapeutes et ergothérapeutes affectées à la clientèle interne, en baisse, y sélectionnent certains de leurs nouveaux cas²³. L'extension à ce groupe d'âge se généralise parce qu'elle constitue un lieu idéal pour l'investissement de nouveaux objets par les paramédicales, comme des retards de langage non anatomiques par les orthophonistes ou la crainte de l'espace par les ergothérapeutes.

Dans les instituts des sourds, après 1980, l'appréhension de ces nouveaux objets d'intervention prend une tournure particulière avec l'introduction d'une nouvelle approche dite de la « communication totale ». Cette approche, issue de courants européens et étasuniens, s'oppose à l'usage traditionnel par lequel les enfants sourds sont poussés, par l'entraînement à la production de sons et à la lecture labiale, à communiquer par la voie orale à la manière d'une personne entendante. À cet « oralisme », la « communication totale » oppose plutôt l'enseignement de modalités plus spécifiques au monde sourd, voire à la « culture sourde », comme les signes gestuels. Sur le plan professionnel, cette prédilection des instituts « sanitarisés » pour la communication totale offre aux paramédicales

²² Institut des sourds de Charlesbourg, *Cahier d'organisation du service de réadaptation*, Charlesbourg, ISC, 1978, chapitres I et II; *Programme pour adolescents sourds multihandicapés*, Charlesbourg, ISC, 1983, p.i, 1-4, 8, 66; *Programme de stimulation précoce*, Charlesbourg, ISC, 1987, p.1-3, 13, 20.

²³ Qu'elles rencontrent dans des unités périphériques comme celles de dépannage social. Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1975, p.4-6, 8; 1976, p.4-5, 8-10; 1977, p.6; 1980, p.5; 1982, p.8, 22; 1983, p.12, 16, 20; 1986, p.5; 1988, 3; 1989, p.2; 1991, p.2; 1992, p.2-3.

un créneau qui les distingue, voire concurrence, les services plus classiques dispensés désormais dans les écoles. Requérant une prise en charge précoce de la clientèle (soit avant sa captation par les services scolaires) et l'emploi d'outils d'évaluation et de concepts nouveaux, la communication totale offre aux paramédicales des instituts, notamment aux orthophonistes et aux psychologues, de jouer auprès des enfants sourds un rôle d'encadrement que les modalités plus traditionnelles réservent dorénavant à des agents du monde scolaire²⁴.

Enfin, il existe un dernier type de centre de réadaptation : les établissements créés de toutes pièces après 1970, un cas de figure surtout courant hors des grandes villes, dans des régions jusque là peu pourvues en services de soins spécialisés ou paramédicaux. Plus modestes que leurs contreparties de Montréal ou Québec, ces centres régionaux n'en jouent pas moins un rôle important dans la diffusion de l'expertise paramédicale sur le territoire, introduisant parfois les premières orthophonistes, ergothérapeutes ou psychologues dans des zones qui en étaient jusque là dépourvues²⁵. En raison de la marginalité géographique – et politique – de leurs régions d'accueil, ces centres naissent souvent dans des conditions épiques et originales. En témoigne l'exemple du Centre de réadaptation Le Bouclier, créé pour desservir la région des Laurentides et de Lanaudière, au nord de Montréal. Lancé sous les pressions répétées d'associations d'handicapés, le Bouclier ouvre ses portes, en 1981, sous la forme non pas d'un centre unique mais d'un ensemble de deux, puis bientôt quatre points de service à Joliette, Saint-Jérôme, Repentigny et Sainte-Agathe, formant une espèce d'établissement « sans mur » aux services uniquement

²⁴ Comme des orthopédagogues ou des enseignants spécialisés. V. Institut des sourds de Charlesbourg, *Plan d'organisation et modèles de services à l'intention des élèves handicapés par une déficience auditive*, Charlesbourg, ISC, 1984, p.2, 8-9, 16-18, 26-30; *Programme de stimulation précoce*, *op.cit.*, p.1-12, 19, 24. Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *Organisation des services de réadaptation intensive post-implantation cochléaire pour la clientèle pédiatrique*, Québec, IRDPQ, 2000, p.10.

²⁵ Pour l'exemple de l'orthophonie, v. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.64-65.

externes²⁶. Par-delà ces particularités, le nouvel établissement adopte un modèle de développement comparable à bien des égards aux autres centres de deuxième ligne, ses premiers pas étant d'ailleurs réalisés sous la houlette d'une ancienne directrice du CR Constance-Lethbridge. C'est ainsi qu'on retrouve au Bouclier plusieurs traits observés ailleurs : basée sur l'emploi d'une équipe de paramédicales variées, la programmation du centre est vite resserrée autour des soins à l'enfance préscolaire, qui offre aux paramédicales l'occasion d'investir des objets nouveaux qui ratissent assez largement le spectre des retards moteurs ou sensoriels. Au milieu des années 1980, c'est d'ailleurs à une équipe composée d'une physiothérapeute, d'une ergothérapeute, d'une orthophoniste, d'une psychologue et d'une éducatrice spécialisée qu'est confiée « l'élaboration » des programmes à venir²⁷.

Les établissements de deuxième ligne favorisés par les réformes publiques prennent donc des formes variées, allant des centres existants de longue date comme le CR Constance-Lethbridge, aux centres d'hébergement investis des mandats de la CAT comme au Centre François-Charon ou au CR Lucie-Bruneau, à des écoles « sanitarisées » comme le Centre Cardinal-Villeneuve et les instituts des sourds, et à de nouveaux venus comme le Bouclier. Ces centres de réadaptation se présentent comme des lieux de prédilection pour les paramédicales, où une prise médicale moindre et la nécessité pour les administrations d'envisager des créneaux neufs favorisent une extension de la pratique à de nouveaux territoires de soins, notamment auprès des enfants.

Ce mouvement général comporte diverses dimensions, évocatrices à leur manière du contexte sanitaire dans lequel évoluent les paramédicales. Celles-ci y sont en effet, comme ailleurs, en contact avec d'autres acteurs pourvus de leurs

²⁶ Un concept qui découle à la fois des idéaux de la désinstitutionnalisation et des contraintes propres à un territoire étendu et sans grande ressource financière.

²⁷ Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1983, p.1-3; 1984, p.1, 7-10; 1985, 9-10; 1986, p.1, 4; 1987, p.1; 1988, p.1, 14-15, 20-21; 1989, p.3, 16-18; 1992, p.1; 2001, p.6-8.

propres intérêts et dont la fréquentation n'est pas sans conséquence, notamment les administrations d'établissements et des intervenants non sanitaires présents auprès des patients. On s'attardera aussi à évoquer les positions différenciées des professionnelles de réadaptation physique et des professionnelles psychosociales dans les centres de réadaptation.

Les paramédicales et leurs établissements : des intérêts convergents

Comme on l'a évoqué, l'exigence faite aux centres de réadaptation de se distinguer des hôpitaux pour s'en présenter comme le complément incite plusieurs administrations à se montrer réceptives aux initiatives des paramédicales pour étendre leur champ d'action. Cette position inspire aux directions d'établissements des gestes qui servent, mieux qu'ailleurs du moins, les aspirations des paramédicales, les intérêts de chacun convergeant vers le déploiement de pratiques négligées ailleurs. Ce soutien des administrations de deuxième ligne aux paramédicales prend deux formes particulières.

Au premier chef, parce que l'investissement de créneaux distinctifs est pour elles affaire de survie autant que de principe, des administrations prennent parfois sur elles d'outrepasser, contourner ou devancer unilatéralement les directives budgétaires auxquelles elles devraient s'astreindre, dans le but d'allouer des ressources supplémentaires à l'implantation de services paramédicaux. Le Bouclier, aux prises avec des budgets restreints, témoigne dès sa première année de cette attitude budgétaire un peu prédatrice : n'ayant pu obtenir du Centre régional de santé et des services sociaux (CRSSS) de la région les ressources nécessaires à l'embauche immédiate de thérapeutes, la direction de l'établissement décide unilatéralement d'y attribuer des fonds consentis à d'autres fins et, arguant l'urgence des besoins, d'« affecter le budget d'implantation à des services directs » pour engager une ergothérapeute et deux éducatrices

spécialisées; cet unilatéralisme inaugure des relations houleuses avec les responsables du CRSSS²⁸.

En second lieu, le souci de se pourvoir d'une clientèle propre pousse les centres de deuxième ligne à ne plus se contenter des références de médecins hospitaliers, et à encourager plutôt les paramédicales à mettre sur pied de nouvelles filières de référence vers leurs propres services. Une telle politique est visible au Centre Cardinal-Villeneuve : alors que, pendant les premières années de son virage sanitaire, le Centre compte surtout sur les références de médecins, notamment de neurologues et psychiatres hospitaliers, l'administration constate progressivement que les nouveaux services développés par ses paramédicales ne sont que peu alimentés par ces filières classiques dont elle se déclare, dans les années 1980, insatisfaite. La direction encourage alors ses employées à prospecter de nouveaux cas par des voies alternatives, comme des dépistages en collaboration avec des départements de santé communautaire²⁹. À certains moments, cette quête de nouvelles filières pousse d'ailleurs le Centre Cardinal-Villeneuve à user des fonds consentis par le MAS avec un unilatéralisme comparable à celui du Bouclier. En 1981, s'étant vu refuser le financement d'un projet de visites d'orthophonie en milieux préscolaires, la direction décide quand même, « à même les budgets [déjà] alloués » et « bien que le Centre n'ait pu obtenir du MAS... les budgets requis », de lancer un tel service, enrichi qui plus est d'autres pans d'« un plan de service le plus global possible³⁰ » incluant le dépistage des troubles auditifs. L'année suivante, un inventaire des services, commandé à des fins initiales de restrictions budgétaires, est plutôt re-canalisé, à

²⁸ *Ibid.*, 1983, p.2; 1986, p.1; 1988, p.1, 16.

²⁹ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1975, p.4-5, 10; 1976, p.10; 1979, p.3; 1982, p.15; 1983, p.17; 1984, p.13. Centre Cardinal-Villeneuve, *Apprendre à travailler ensemble*, Québec, CCV, 1986, p.4.

³⁰ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1980, p.4; 1981, p.4-7; 1982, p.4.

son tour, vers le projet de « consolider... voire même de créer, pour répondre à des besoins identifiés, certains services » paramédicaux³¹.

L'intérêt des administrateurs pour les nouveaux créneaux de soins aide les paramédicales à sortir des sentiers battus par la médecine, en explorant notamment des clientèles comme la petite enfance. Ce débroussaillage de voies parallèles à la médecine hospitalière a pour effet collatéral de minimiser l'influence des médecins à l'intérieur des centres de réadaptation. Si des médecins s'en accommodent, d'autres manifestent une nette insatisfaction. C'est le cas au CR Lucie-Bruneau, où la représentation des médecins sur les instances décisionnelles connaît, au début des années 1980, un recul, au profit des paramédicales en matière de définition des programmes³². Les récriminations des médecins concernent surtout la pratique quotidienne, le rapport au patient et la possibilité d'émettre des diagnostics, toutes choses en lesquelles leur prééminence s'estompe progressivement. Alors que, encore en 1979, le gros des patients admis transitait par une unité d'infirmières qui référait beaucoup aux médecins physiatres, cette unité, qui vit d'ailleurs plutôt mal le virage multidisciplinaire d'après la fusion, est peu à peu délestée de ce rôle directeur. Entre 1982 et 1984, alors que les physiatres, faute d'effectifs³³, ont déjà dû abandonner certains suivis auprès des amputés, les médecins associés au centre se disent insatisfaits des protocoles de référence mis en place qui, selon eux, insinuent dans la pratique des « obstacles d'autant plus insurmontables qu'ils sont sournois » et les empêchent de « participer à l'identification et à la résolution des problèmes [des] personnes handicapées³⁴ », les cantonnant à un rôle mécanique de prescripteurs de

³¹ *Ibid.*, 1979, p.3; 1980, p.4; 1981, p.3-5, 9; 1982, p.7, 15-17; 1983, p.17; 1984, p.13.

³² Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1979, p.2.3; 1982, p.25; 1983, p.9; 1984, p.17-18; 1985, p.17, 23-24; 1986, p.25; 1987, p.15; 1988, p.9.

³³ Les physiatres en place envisagent même de former des omnipraticiens à la pratique de la réadaptation physique pour combler le manque de spécialistes. Au Centre François-Charon, l'administration évoque aussi non seulement la pénurie, mais la « désertion » des médecins spécialisés en réadaptation après 1978. Rapport annuel du Centre de François-Charon, 1989, p.11.

³⁴ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1979, p.2.13-14; 1982, p.13, 18-19; 1983, p.26-29; 1984, p.26-29, 33-37; 1985, p.41-42; 86, 27, 58; 1987, p.17-18, 42-43;

médicaments et de fauteuils roulants pour des patients déjà évalués et pris en charge par les paramédicales, des griefs qui persistent dans les années suivantes.

La situation des paramédicales : des positions différenciées

Bien qu'il semble établi que les établissements de réadaptation offrent de nouvelles perspectives aux diverses paramédicales, il reste que les positions obtenues varient selon les professions. Dans les années 1970 et 1980, les centres de réadaptation en déficience physique évoqués ici représentent surtout, dans un premier temps, une avancée notable pour les professions de réadaptation physique plus que pour les professions psychosociales. Lors de la mise sur pied des équipes du Bouclier, entre 1983 et 1988, les premières embauches privilégient le recrutement d'ergothérapeutes, d'orthophonistes et de physiothérapeutes; avant 1989, les points de service du Bouclier ne comptent encore aucune psychologue, dont le rôle psychosocial semble avoir été délégué à des éducatrices spécialisées. Au CR Lucie-Bruneau, à la programmation plus orthodoxe, une majorité écrasante d'admissions est dirigée vers le duo physiothérapie – ergothérapie, un doublet dont l'étiquette de « réadaptation fonctionnelle » met l'accent sur l'évaluation physique du patient et son adaptation à des appareils, comme des fauteuils roulants, et exclut une prise en charge très prégnante des intervenants psychosociaux³⁵.

En fait, les positions en deuxième ligne ne sont pas non plus également satisfaisantes pour toutes les professionnelles de la réadaptation physique.

1988, p.29-30; 1989, p.25-27; 1990, p.7, 14, 18; 1991, p.6. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Camp d'orientation*, *op.cit.*, section orange.

³⁵ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1979, p.2.1; 1984, p.25; 1986, p.19; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1983, p.2; 1984, p.8-10; 1985, p.9-10; 1988, p.20-21; 1989, p.15; 1990, p.9; 1992, p.2; 1995, p.5; 2000, p.15; 2001, p.7. Maison Lucie-Bruneau, *Profil de programme...*, *op.cit.*, p.6. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme cadre de rééducation fonctionnelle*, Montréal, CRLB, [1979], p.1; *Programme cadre du module d'intégration au travail*, Montréal, CRLB, 1986, p.1; *Camp d'orientation*, *op.cit.*, section orange.

Comme les centres entendent capter à la fois les victimes accidentées des hôpitaux et des clientèles plus originales, comme les enfants en retard de développement, ils accordent souvent une place privilégiée à l'ergothérapie, usitée dans les deux cas de figure. Tant au Centre Cardinal-Villeneuve qu'au Bouclier, par exemple, les emphases de la programmation sur la stimulation psychomotrice et perceptuelle offrent un cadre fort bien arrimé aux aspirations des ergothérapeutes. La première paramédicale embauchée avec les maigres moyens du Bouclier est d'ailleurs une ergothérapeute, la profession demeurant, encore en 1988, la seule représentée dans la totalité des équipes de stimulation précoce du centre. Les physiothérapeutes et les orthophonistes, tout de même mieux loties, sur le plan de l'autonomie professionnelle, en deuxième ligne que dans la majorité des hôpitaux, rencontrent pour leur part quelques irritants notables. Les services de physiothérapie connaissent une croissance moindre de leur activité et, surtout, s'insèrent moins fermement aux nouveaux programmes pour enfants : au CR Constance-Lethbridge, par exemple, la physiothérapie disparaît des programmes offerts aux écoles vers 1985, tandis qu'au Centre Cardinal-Villeneuve, elle connaît une croissance peu prononcée par rapport aux autres professions. Quant aux orthophonistes, en raison de leur faible nombre, elles se retrouvent en minorité dans des programmes conçus sur mesure pour le doublet ergothérapie – physiothérapie, et continuent, surtout auprès des adultes, d'avoir du mal à faire admettre des problèmes de langage non anatomiques. Enfin, s'ils sont bien réels, les acquis de l'ensemble des professionnelles de la réadaptation physique demeurent bien fragiles, à la mesure des ressources consenties par ces établissements souvent jeunes : le Centre Cardinal-Villeneuve, par exemple, connaît, entre 1978 et 1982, un épisode de forte contraction des services qui fait chuter le volume de clientèle rencontrée, les nouvelles clientèles, notamment en ergothérapie, étant les premières à écoper³⁶.

³⁶ Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1983, p.2; 1984, p.8-10; 1985, p.9-10; 1988, p.20-21; 2001, p.7; rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1975, p.4-5; 1979, p.1; 1981, p.7, 13; 1983, p.17; 1984, p.10; 1985, p.10; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1984, p.7-8, 26-28, 36; 1985, p.34; 1986, p.23-29. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, op.cit., p.67-68.

Les professionnelles à vocation psychosociale se voient, pour leur part, attribuer par les centres des tâches surtout supplétives, dont l'IRM et l'OTRC avaient donné le modèle dans les années 1960. De fait, on attend souvent d'elles, non qu'elles identifient des objets d'intervention qui leur soient propres, mais plutôt qu'elles facilitent l'action des autres thérapeutes en aplanissant les obstacles émotifs à la réadaptation, comme des traumatismes ou des problèmes de comportement. S'il offre un rôle enviable en milieu psychiatrique où ces problèmes sont centraux, le traitement de l'émotivité correspond plutôt, en réadaptation physique, à un rôle de soutien, alimenté par des filières de référence qui ne permettent de rencontrer que des patients déjà sélectionnés par d'autres. En corollaire, l'embauche et l'épanouissement des professionnelles psychosociales passe au second rang des priorités des établissements. Au Centre Cardinal-Villeneuve, le virage sanitaire des années 1970 passe d'abord par l'embauche d'une vingtaine de thérapeutes de réadaptation physique, tandis que la réunion de six travailleuses sociales, psychologue et conseiller d'orientation vient en second lieu. Dans ce même centre, les professionnelles psychosociales ne réalisent qu'un nombre limité de suivis approfondis, faisant surtout office de « consultantes à l'égard des autres spécialistes », et servant surtout de liaison avec les familles³⁷.

Le principal problème des professionnelles psychosociales tient à leur position dans les filières de référence, qui les rendent dépendantes des cas référés par les autres thérapeutes. La faiblesse de cette position est patente dans les centres issus des réformes de la CAT, dont le programme officiel prévoit un cheminement des patients par étapes : pris en charge par le doublet physiothérapeute – ergothérapeute, les patients ne sont référés qu'ensuite, et au besoin, à des services psychosociaux ou à des unités de réinsertion où les professionnelles psychosociales jouent un rôle plus prééminent. Or, comme le constatent avec surprise les administrateurs du Centre François-Charon en 1983,

³⁷ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1975, p.3, 6-7, 10; 1976, p.7-8; 1977; 1979, p.19-20.

sur le terrain, les professionnelles de la réadaptation physique réfèrent très peu à leurs consœurs psychosociales : cette année-là, le programme de rééducation fonctionnelle, dominé par les physiothérapeutes et les ergothérapeutes et représentant 65% de la clientèle du centre, réfère moins de 3% de ses cas aux autres unités, renvoyant la majorité des patients directement à domicile. En parallèle, une équipe alternative de psychologues et de travailleuses sociales ne rencontre les familles que d'environ 10% des bénéficiaires de sous-programmes physiques. Contrairement aux prévisions du centre, les unités à vocation psychosociale, comme le centre de jour, doivent plutôt compter sur les références d'autres services psychosociaux de l'établissement pour s'alimenter en patients entre eux³⁸.

Ce dernier exemple d'une filière en circuit fermé révèle la nécessité, pour les paramédicales psychosociales, d'investir des positions qui donnent accès à un plus grand nombre de patients. Cette quête ne va pas de soi. Au Centre François-Charon, même au sein d'une unité vouée aux patients « perturbés », les velléités les plus psychologisantes des psychosociales sont perçues avec méfiance par des ergothérapeutes et des administrateurs qui y voient une menace de « psychiatrisation » du centre. Avec le temps, tout de même, des initiatives portent fruit : au CR Constance-Lethbridge, entre 1984 et 1986, des psychosociales entreprennent ainsi avec succès d'offrir directement leurs services à de nouvelles populations, par le biais d'associations pour handicapés intellectuels³⁹. Au CR Lucie-Bruneau, le service psychosocial gagne aussi du galon en implantant progressivement de nouvelles catégories d'intervention : par leur volontarisme, des psychologues « très disponibles et impliqués » introduisent

³⁸ Rapport annuel du Centre de François-Charon, 1980, p.8; 1982, p.5-8; 1983, p.10-13; 1984. Centre François-Charon, *Le Centre François-Charron vous accueille, op.cit.* (CFC-82, 2-3, annexe).

³⁹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1984, p.7-8, 26-28, 36; 1985, p.34; 1986, p.23-29; rapport annuel du Centre de François-Charon, 1980, p.10; 1982, p.9-10. Centre de réadaptation du Québec, *Programme d'autonomie sociale*, Québec, CRQ, 1979, p.4-13; Centre François-Charon, *Communications de la journée scientifique*, Québec, CFC, 1982, section X, p.4-5.

ainsi la « re-sensibilisation corporelle » comme modalité de réadaptation, tandis que des travailleuses sociales donnent un sens plus thérapeutique à leurs rencontres avec les familles, dont elles auscultent les dynamiques internes. Entre 1984 et 1986, cette activité élargie des psychosociales du centre justifie l'augmentation de leurs effectifs et une révision de leurs mandats, l'établissement, à la suggestion des cliniciennes, leur octroyant une clientèle qui leur est propre en acceptant d'admettre des cas de « mésadaptés socio-affectifs » et d'« urgences sociales⁴⁰ ».

Même si la confrontation n'est pas la règle, il arrive que ces efforts psychosociaux pour modeler le milieu clinique se heurtent aux visées des professionnelles de réadaptation physique. C'est le cas à deux reprises pendant les premières années d'opération du CR Lucie-Bruneau. En 1979, alors que l'établissement cherche une solution au problème récurrent des plaies de lit chez les patients hébergés, la réflexion clinique est scindée en deux comités parallèles qui définissent la question de manière bien différente : l'un propose d'orienter l'approche clinique « vers la dimension psychosomatique, c'est-à-dire que l'origine des plaies serait conséquente au vécu des gens », tandis que l'autre met plutôt l'accent « sur les causes physiques⁴¹ », qui suggèrent des pistes d'intervention bien différentes. Plus tard, entre 1983 et 1986, la mise au point, par une équipe du Centre, d'un nouvel outil d'évaluation globale des patients, appelé le « Photonome », jette un froid entre les intervenantes physiques et psychosociales. Censé constituer une grille unique réunissant les critères d'évaluation de l'ensemble des intervenantes, le nouvel outil, créé par des professionnelles de la réadaptation physique, hérissé les psychosociales, qui

⁴⁰ Dès cet instant, la situation au CRLB représente une réelle avancée pour les psychologues par rapport à l'époque d'avant la fusion de 1978-1979, quand la présence de troubles de comportement ou de retards mentaux représentaient des motifs de refus des patients. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1972, p.18; 1974, p.3, 23, 30; 1979, p.2.3, 18; 1985, p.9, 18. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme cadre de rééducation fonctionnelle, op.cit.*, p.7, 10; *Module d'intervention psychosociale*, Montréal, CRLB, 1979, p.1-3, 6, 18, annexe I.

⁴¹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1979, p.2.7-8.

protestent contre la prédominance des aspects physiques et doivent plaider « que l'aspect psychosocial est un pré-requis au succès de nos interventions⁴² » pour forcer l'ajout d'un outil complémentaire qui introduit les notions de réaction au stress, d'équilibre émotif et d'adaptation au handicap. Cette lutte pour la reconnaissance d'objets d'intervention pourtant somme toute assez classiques indique en quoi même les tâches traditionnelles des psychosociales ne semblent pas, pour les thérapeutes physiques, s'imposer d'elles-mêmes dans le bouquet standard des évaluations envisagées pour le patient⁴³.

La capacité des psychologues à s'imposer auprès des clientèles dépend de la place laissée au préalable par les autres thérapeutes. Pour cette raison, la position des psychologues varie d'un établissement à l'autre et se révèle plus fragile là où la capacité des thérapeutes physiques à étendre leurs propres prérogatives est à son mieux. C'est le cas dans les instituts des sourds, à cause du renversement conceptuel radical que représente l'introduction de la « communication totale ». Ainsi, alors que le psychologue de l'IRM a pu s'insérer assez agressivement sur le terrain des problèmes cognitifs, cette place, à l'Institut des sourds de Charlesbourg, est plutôt occupée par l'ergothérapeute qui associe la cognition à des déficiences perceptuelles et sensorielles; de même, alors que les psychologues du CR Constance-Lethbridge identifient sans mal des problèmes de socialisation et de communication chez les enfants, ces questions, à l'Institut des sourds de Charlesbourg, sont plutôt du ressort de l'orthophoniste, tandis que les psychologues, non sans chercher à valoriser leurs autres compétences, demeurent plutôt affectées à l'adaptation émotionnelle des parents aux exigences des autres thérapies⁴⁴.

⁴² Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Document de réadaptation touchant le fonctionnement global*, Montréal, CRLB, 1985, p.1-7, 41-50.

⁴³ *Ibid.*, 1984, p.17; 1985, p.17; 1986, p.25; 1988, p.9. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Rapport du comité des approches cliniques*, Montréal, CRLB, 1986, p.i-ii.

⁴⁴ Institut des sourds de Charlesbourg, *Cahier d'organisation*, *op.cit.*, chapitres III et IV; *Programme pour adolescents sourds multihandicapés*, *op.cit.*, p.i, 15-25, 45-46, 66; *Programme de stimulation précoce*, *op.cit.*, p.12-17.

Les paramédicales et les agents non sanitaires

Les paramédicales, enfin, ne sont pas en relation qu'entre elles ou avec des agents puissants comme des administrateurs ou des médecins. Elles côtoient aussi une multitude de préposés et d'instructeurs dont le rôle n'est pas nécessairement sanitaire. En deuxième ligne, les relations des thérapeutes avec ce personnel non sanitaire s'intensifient et se complexifient, parce que l'origine non sanitaire de plusieurs établissements laisse en place plusieurs employés liés aux missions initiales du lieu, comme l'hébergement, mais aussi parce que le déplacement des intérêts cliniques des thérapeutes fait tomber aux mains de ce personnel non soignant des activités autrefois sanitaires mais désormais délaissées par les cliniciennes, suscitant des chassés-croisés certains ne manquent pas d'ambiguïté.

La plupart des centres « sanitarisés », tels le CR Lucie-Bruneau, le Centre Cardinal-Villeneuve et les instituts des sourds, comptent en effet un fort contingent de préposés, qui jouent un rôle très important auprès des patients hébergés dont ils assurent les soins domestiques immédiats, coordonnent l'horaire des thérapies et stimulent les aptitudes sociales. Ces préposés, dépourvus de qualification sanitaire, voient leur statut dévalué par l'arrivée des professionnelles paramédicales et de leurs priorités thérapeutiques après 1975. Cette dévaluation suscite des réactions diverses, certains préposés, par exemple à Lucie-Bruneau, allant jusqu'à critiquer avec virulence la « médicalisation » de leur établissement; d'autres cherchent plutôt à se doter d'un rôle plus thérapeutique, voire à s'assimiler au secteur psychosocial. Avec le temps, les postes de préposés se professionnalisent à leur tour, suite à l'arrivée sur le marché de diplômées collégiales en éducation spécialisée⁴⁵.

⁴⁵ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Camp d'orientation*, *op.cit.*, sections orange, blanche et verte; Maison Lucie-Bruneau, *Profil de programme...*, *op.cit.*, p.7-10, 19; *État des programmes...*, *op.cit.*, p.12-13, 17-20. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Demi-journée d'échanges*, Montréal, CRLB, 1997, non paginé; *Étude relative aux conditions de vie des personnes vivant avec une blessure médullaire et ayant effectué un programme de réadaptation au CRLB*, Montréal, CRLB, 1994, p.6-7; *Programme d'intégration dans la communauté*, *op.cit.*, annexe A. Grégoire Guibal, *Comment faciliter l'intégration socioprofessionnelle des personnes handicapées ?*, mémoire de stage, IUP Charles-Gide, 1995, p.34; Gilles Trudel, *Identifier les*

Certains secteurs d'activités, occupés jusque là par des paramédicales mais à la teneur sanitaire ambiguë, sont peu à peu délégués à un personnel non sanitaire. C'est le cas des ateliers visant à rétablir l'employabilité des patients handicapés. Après 1975, les budgets de ces ateliers « vocationnels » ou « industriels » se réduisent comme peau de chagrin à mesure que les centres transfèrent leurs ressources aux services de physiothérapie et d'ergothérapie, qui attirent mieux les subsides et les références de tiers payeurs publics comme la CSST. Dans ce contexte, les quelques paramédicales attachées aux ateliers, qui s'y trouvaient déjà peu à leur aise, cherchent à s'en détacher. Au Centre François-Charon, au CR Lucie-Bruneau et au CR Constance-Lethbridge, les ergothérapeutes expriment leur désaffectation en déplaçant leur pratique vers des objectifs jugés plus proprement sanitaires, comme l'évaluation de la condition physique ou l'adaptation des patients à leurs fauteuils roulants. À Constance-Lethbridge, les psychologues du centre, longtemps cantonnées aux questions de placement et d'employabilité, entreprennent elles aussi de s'en extraire pour améliorer leur position dans l'établissement : alors que, en 1971, il ne semblait guère tenir de place dans les plans de la direction, le service « psycho / professionnel » renouvelle alors sa pertinence en se réorientant, dès 1974, vers « la recherche de buts plus thérapeutiques », prenant l'initiative, à partir d'unités initialement consacrées à l'emploi, de thérapies sur les habiletés sociales et la gestion du stress, allant même, de 1978 à 1983, jusqu'à outrepasser le mandat physique du centre pour admettre des cas de santé mentale et de déficience intellectuelle à qui sont dispensées des thérapies.

Ainsi déserté par les paramédicales, le travail relatif à l'employabilité devient le territoire désigné d'agents non sanitaires, comme des conseillers

gestes professionnels de éducateurs, Montréal, CRLB, 2003, 42p.; Robert Côté, *L'éducateur spécialisé... Une race en voie d'extinction ?*, Montréal, CRLB, 1994, p.i, 1-2; Institut des sourds de Charlesbourg, *Cahier d'organisation*, *op.cit.*, chapitres I, II, V et VII; *Programme pour adolescents sourds multihandicapés*, *op.cit.*, p.i, 66; *Programme de stimulation précoce*, *op.cit.*, p.17. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1971, p.7-13; 1972, p.14-16, 23; 1974, p.34, 41-51; 1979, p.17; 1986, p.54-54; 1995, p.34; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1983, p.2; 1984, p.8-10; 1985, p.9-10; 2001, p.7; rapport annuel du Centre de François-Charon, 1989, p.3; 1995, p.7; rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1982, p.14.

d'orientation, des instructeurs de métiers et des éducateurs. Après 1986, cependant, il est intéressant de voir ces ateliers partiellement réinvestis par des ergothérapeutes qui, une fois leur statut sanitaire mieux établi ailleurs, se penchent à nouveau sur les activités relatives à l'employabilité pour en appliquer les modalités, d'entraînement à l'effort ou d'hygiène posturale, à leurs propres patients⁴⁶.

Désormais nombreuses, les professionnelles paramédicales se font, après 1970, omniprésentes dans le réseau de la santé; qui plus est, elles y reçoivent des clientèles plus diversifiées auprès desquelles s'atténue la présence médicale. Favorisées par des réformes qui incitent les établissements à se doter de nouveaux mandats, elles trouvent tout particulièrement dans les centres de réadaptation, fortement alimentés en clientèle par des tiers payeurs plus actifs, de nouveaux espaces de pratique qu'elles s'empressent de coloniser et de meubler d'objets d'intervention qui leur sont plus spécifiques.

Si les professionnelles de la réadaptation physique paraissent, dans un premier temps, profiter mieux que les autres des opportunités ouvertes par la

⁴⁶ Au CRLB, l'insertion dans les ateliers de patients à des fins de réentraînement à l'effort en viendra même à constituer un gain pour les ergothérapeutes qui y conservent le contrôle du cas, qui aurait autrement été évalué sur ce point précis par la physiothérapeute. On pourrait aussi évoquer l'implication de paramédicales dans des activités de loisir à la fin des années 1980. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1971, p.iii, 15-16; 1972, p.6, 15, 29-30; 1974, p.8; 1979, p.2.17; 1982, p.2, 5, 7, 12; 1983, p.3, 6; 1984, p.9; 1985, p.19, 23; 1986, p.11, 26; 1987, p.1; 1990, p.13; 1991, p.9-10; rapport annuel du Centre de François-Charon, 1980, p.14; 1982, p.15; 1983; 1984; 1989, p.5; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1969, p.6; 1971, p.5; 1974, p.3; 1975, p.7-8; 1977, p.28-30; 1978, p.26; 1979, p.18; 1982, p.17-18, 24; 1984, p.6, 21-24; 1985, p.36-42; 1986, p.22, 31; 1989, p.12; 1990, p.2; 1991, p.6; 1993, p.8; 2000, p.9; 2001, p.12. Grégoire Guibal, *op.cit.*, p.11-17, 30; Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Demi-journée d'échanges*, Montréal, CRLB, 1997; *Mémoire concernant le projet de règlement des articles 29, 31, 32, 37, 38, 45, 52, 57, 62 et 64 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, Montréal, CRLB, 1979, p.8, 20-21, 37-38; *Programme de reclassement professionnel*, Montréal, CRLB, 1979, p.3, 42-46; *Programme de réentraînement à l'effort*, Montréal, CRLB, 1987, p.3-6; *Programme cadre de rééducation fonctionnelle*, *op.cit.*, p.11; *Programme cadre du module d'intégration au travail*, *op.cit.*, p.1, 4-5. Maison Lucie-Bruneau, *État des programmes...*, *op.cit.*, p.21; *Profil de programme...*, *op.cit.*, p.2-3, 6, 11-12, 17. Centre François-Charon *Programmation fonctionnelle et technique du CFC*, Québec, CFC, 1982, p.3. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Programme de réadaptation professionnelle*, Montréal, CRCL, 1983, section du comité de révision des procédés cliniques, p.2, 5, 8, et lettre de R. Laplante à E. Schwartz, 12 février 1982; *Évaluation de programmes*, Montréal, CRCL, 2004, section III, p.7.

première ligne, il reste que la période 1970-1985 est une période faste en évolutions pour l'ensemble des groupes paramédicaux. Les prochains chapitres entendent décrire de manière plus détaillée ces évolutions.

CHAPITRE 8

L'HORIZON DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

La question des frontières, changeantes et poreuses, qui distinguent mal le monde sanitaire d'activités non thérapeutiques, comme l'hébergement ou le loisir, nous ramène à la situation des paramédicales psychosociales, dont l'étiquette sanitaire est la plus ambiguë. Parce que leur expertise, portant sur le bien-être émotif et le fonctionnement social, déborde le cadre strict des thérapeutiques plus communes, il est parfois plus ardu pour les travailleuses sociales et les psychologues de se rendre incontournables dans l'organisation des soins.

Pour cette raison, les psychologues et les travailleuses sociales en milieu de santé partagent des aspirations comparables. Par des voies diverses, chacune entreprend de déborder ses tâches traditionnelles pour donner un sens plus thérapeutique à sa relation avec les patients. Le plus souvent, il s'agit de tendre vers l'exercice de la psychothérapie, c'est-à-dire d'une relation d'aide à visée thérapeutique dont l'objet est la psyché du patient. La route incertaine vers cet objectif varie selon la position initiale de chacune. Pour les travailleuses sociales, qui rencontrent déjà des patients ou leurs familles à des fins d'information ou d'organisation logistique, il s'agit souvent d'insérer un contenu thérapeutique à ces échanges déjà institués. Pour les psychologues enrôlées dans un rôle de soutien aux médecins, le défi consiste plutôt à faire oublier ce statut quasi technicien, symbolisé par la réalisation de tests, pour développer un accès direct aux patients des services de psychiatrie.

Il est caractéristique des praticiennes psychosociales en milieu de santé que leurs aspirations à la psychothérapie ne soient pas uniformément partagées par l'ensemble de leurs consœurs, dans la mesure où les psychologues et les travailleuses sociales œuvrant en santé ne forment qu'une minorité au sein de leurs groupes professionnels dont les membres travaillent aussi dans les milieux scolaires, judiciaires ou privés. Ainsi, de 1979 à 1989, les psychologues en milieu de santé, hôpitaux, CLSC et centres d'accueil ou de réadaptation confondus, ne représentent que 28% des membres de leur corporation, une proportion stable qui traduit une hausse, en nombres absolus, de 568 à 1186 psychologues de santé au Québec durant cette période. Du côté des travailleuses sociales, les chiffres sont moins précis mais le portrait global est à peu près le même : à la fin des années 1980, on peut estimer entre 700 et 1200 le nombre de praticiennes diplômées, inscrites ou non à leur corporation, qui travaillent dans des établissements de soins, soit de 15 à 25% de l'effectif total de la profession¹.

Ces praticiennes n'exercent évidemment pas toutes dans les établissements de deuxième ligne, où, de toute manière, elles ne trouvent pas des conditions aussi favorables que leurs collègues de réadaptation physique. Bien que plusieurs dizaines s'impliquent, après 1974, dans les nouveaux CLSC, la majorité des psychologues et des travailleuses sociales en milieu de santé demeurent employées par des hôpitaux, une concentration soutenue par une embauche massive de paramédicales dans les services de psychiatrie, notamment dans les grands hôpitaux psychiatriques spécialisés, comme l'Institut Albert-Prévost ou le Douglas Hospital, où les psychologues et travailleuses sociales se comptent souvent par dizaines².

¹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1979-1989. Roger Lapointe, « L'usage des tests par les psychologues du Québec », *Bulletin de nouvelles de la CPPQ*, 5, 6-7 (juillet 1973) : 7-12. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès 1995 », Gilles Rondeau, « Les relations entre les professions dans l'occupation du champ bio-psycho-social », p.2.

² Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Hôpital Honoré-Mercier », lettre de A. Lusignan à J. Tremblay, 22 avril 1981 ; dossier « Cité de la Santé de Laval », lettre de L. Descoteaux-Huard et E. Wenster-Leporé à D. Lazure, 10 janvier 1979. R.

Même là où elles se voient de près, comme en psychiatrie (ou en « santé mentale », comme on commence à le dire), il est plutôt rare, malgré leurs aspirations communes à la psychothérapie, que les psychologues et les travailleuses sociales entrent en compétition directe. De sa position particulière, chacune développe plutôt sa propre façon d'insérer de nouvelles pratiques auprès de clientèles qui ne sont pas nécessairement les mêmes.

Les travailleuses sociales et la contestation du sanitaire

La position des travailleuses sociales est la plus ambiguë : non seulement l'insertion du psychosocial au monde sanitaire est-elle déjà équivoque, mais l'appartenance même du travail social au domaine psychosocial demeure problématique. En effet, une large part des tâches en travail social s'apparente encore plutôt à une forme de logistique, comme l'attribution d'aide financière, le placement d'enfants en foyer nourricier ou un travail de liaison surtout administratif auprès des familles. Comme on l'a vu, des praticiennes cherchent depuis longtemps à se détacher de ces tâches au profit d'un travail de relation d'aide plus psychologisant. Malgré de réels succès, il reste que, au début des années 1970, les travailleuses sociales ne se sont pas encore uniformément établies comme des thérapeutes de plein droit.

À cette incertitude s'ajoute le fait que, depuis 1965, l'identification à la thérapeutique est contestée de l'intérieur même de la profession. Dans le cadre de débats tenus sur l'avenir de la profession, plusieurs travailleuses sociales remettent en question l'idéal d'un rôle thérapeutique qui exclurait des tâches logistiques, que toutes ne sont pas prêtes à abandonner aux assistantes sociales ou

Deschamps, *Projet de règles de fonctionnement du Centre de psychiatrie communautaire*, Montréal, Douglas Hospital, 1982, 28p. *Bulletin de la CPPQ*, 5, 1 (janvier 1973) : 8 ; 45 (1992) : 15.

aux fonctionnaires³. D'autres souhaitent que la profession abandonne ses rêves de thérapie individuelle pour une action plus communautaire visant les collectivités. Ce dernier projet, qui implique de troquer l'horizon psychothérapeutique pour la sociologie appliquée, est particulièrement présent dans des départements universitaires, notamment à l'Université de Montréal. Cet intérêt a en fait beaucoup à voir avec l'ambition des universitaires eux-mêmes de raffermir l'autonomie disciplinaire de leurs départements, une refondation dans les sciences humaines se présentant comme un moyen de s'affranchir des exigences des agences sociales. Dans les faits, ce mouvement universitaire semble n'avoir qu'un impact limité sur la pratique concrète, l'Université de Montréal insérant tout au plus à son programme un profil de formation en « intervention communautaire » dont le succès demeure limité, et qui disparaît en 1979⁴.

En parallèle à ces remises en question, toutefois, les thèmes sanitaires continuent d'occuper une large place dans les discours professionnels. Tout au long des années 1970, les prétentions des travailleuses sociales à la thérapie sont en fait de leurs revendications pour de nouveaux champs d'action. La Corporation des travailleuses sociales, par exemple, invoque la nécessité d'une action thérapeutique plutôt que judiciaire pour convaincre le MAS d'accroître le rôle des travailleuses sociales dans l'encadrement des crises familiales. En employant un vocabulaire proche de la psychothérapie, la Corporation suggère

³ *Bulletin de la CPTSQ*, 9 (1964) : 2; 10 (1964) : 8; 15 (1965-1966) : 1; 16 (1966) : 6; 18 (1966) : 3; 21 (1967) : 2; 3, 1 (1976) : 6; 45 (1992) : 15. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 5 décembre 1958, 11 avril, 7 février et 12 novembre 1959, 26 février et 4 novembre 1960, 14 janvier 1961, 16 juin et 21 septembre 1962, 17 février 1968.

⁴ Archives de l'Université de Montréal, boîte 882, École de service social de l'Université de Montréal, *Projets et perspectives concernant le programme de l'École de service social*, Montréal, ÉSSUM, 1963, p.1-9; Jacques Alary, *Le service social, une profession en voie de transformation*, Montréal, ÉSSUM, 1968, p.2-5, 13, 20-23; Nicolas Argeris et al., *Analyse critique des stages en intervention sociale collective, bacc. I. Dossier*, Montréal, ÉSSUM, 1978, p.i, vii, 3, 6, annexes 6 et 13; Comité d'étude sur l'École de service social, *op.cit.*, p.10; boîte 3864, Jacques Larin et al., « Entrevue sur la santé mentale », *Recherche Option A*, *op.cit.*, p.14. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 3 juin 1966; procès-verbaux du chapitre de Québec de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, octobre 1962.

régulièrement de favoriser l'action « curative », le « diagnostic social » et le « traitement social intensif » des jeunes à problèmes, qu'on qualifie de « mésadaptés socio-affectifs » ou d'autres appellations tirées de la psychologie. Sur le terrain, même les projets d'action communautaire prennent un visage thérapeutique : pour plusieurs cliniciennes, c'est en projetant sur des problèmes collectifs un vocabulaire clinique et sanitaire qu'on pourra appliquer aux « maladies sociales » les « technologies sociales » usitées pour les guérir⁵.

Dans ce contexte, qui rend la thérapeutique incontournable mais ambiguë, les travailleuses sociales en milieu hospitalier occupent une place assez définie, se considérant résolument comme des thérapeutes et cherchant à être reconnues comme telles. Bien que les idéaux communautaires ne soient pas absents du monde hospitalier, rares sont les praticiennes du secteur qui les opposeraient à la thérapeutique comme c'est le cas dans d'autres milieux. En fait, rares sont celles qui seraient prêtes à abandonner un rôle soignant parfois durement conquis. Comme l'indique, en 1971, une travailleuse sociale d'hôpital sceptique face à l'approche communautaire, ce sont les problèmes individuels et psychologisés qui sont le plus qualifiants :

Quand un patient m'est référé pour une somatisation, à ce moment-là je me sens beaucoup plus à l'aise dans ces problèmes parce que c'est la relation avec le patient pour essayer de l'aider à voir le problème psychologique à l'intérieur de sa maladie. Là, je me sens caseworker⁶.

⁵ Qu'on veut faire reconnaître en analogie aux services de santé, comme le CSS du Montréal métropolitain qui lance en 1975 un service de disponibilité 24 heures par jour, comparant la nécessité de services sociaux accessibles en permanence à celle des services de santé, *Bulletin de la CPTSQ*, 2, 4 (1975) : 4; 4, 3 (1977) : 1 ; *Savoir*, 4 (1967) : 7. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 6 juin 1970, 30 mars 1973 ; dossier « Congrès 1975 », *Hésitation de la corporation devant la commission Castonguay*, p.1. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1974, p.7, 22 ; 1976, p.7-8. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Mémoire à la commission parlementaire des Affaires sociales sur le règlement en vertu de la LSSSS*, CPTSQ, 1976, p.5-6 ; *Prise de position au sujet du rapport Batshaw*, CPTSQ, 1976, p.1-3 ; *Mémoire à la commission des Affaires sociales au sujet de la Loi 24 sur la protection de la jeunesse*, CPTSQ, 1977, p.3-8.

⁶ Archives de l'Université de Montréal, boîte 3864, Jacques Larin *et al.*, « Entrevue sur la santé physique », *Recherche Option A*, *op.cit.*, p.2-3.

En contact étroit avec des médecins et des paramédicales dont les savoirs sont entièrement destinés à rendre opératoire une prise thérapeutique sur les patients, les travailleuses sociales hospitalières, notamment en psychiatrie, sonnent en fait vigoureusement la charge en faveur de savoirs professionnels mieux adaptés à l'identification de problèmes en termes de pathologie, plus précisément de psychopathologie, dont on déplore qu'une maîtrise insuffisante entraîne un déficit de crédibilité auprès des médecins ou des infirmières⁷.

La position particulière des travailleuses sociales en milieu de santé les campe aussi dans une position distincte du reste de leurs consœurs dans le jugement qu'elles portent sur les réformes engagées par l'État après 1971. Il s'agit d'un sujet d'importance car ces réformes sont lourdes de conséquences pour la profession, dont le domaine est complètement étatisé. En effet, après les employées d'agences, c'est la quasi intégralité des travailleuses sociales des hôpitaux, écoles et cours de justice qui, après 1973, se voient réunies au sein de nouveaux établissements régionaux, les Centres de services sociaux (CSS). Dans les années 1970 et 1980, ces centres, au nombre de quatorze, regroupent ainsi de 70 à 80% des travailleuses sociales québécoises, y compris celles qui travaillent en hôpital, à titre désormais d'employées prêtées par les CSS⁸.

L'intention déclarée de ce regroupement administratif opéré par le MAS est une division plus rationnelle du travail ; pour les travailleuses sociales, la

⁷ *L'Élan*, 1, 3 (1974) : 16-17. Archives de l'Université de Montréal, boîte 3864, Jacques Larin et al., *Recherche Option A*, op.cit., p.3-14.

⁸ *Bulletin de la CPTSQ*, 13 (1980) : 2; 3 (octobre 1982) : 2; 33 (1989) : 3. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1981, p.12. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Cadre relatif au partage des responsabilités CSS – CLSC en matière de services sociaux*, CPTSQ, 1984, p.2; *Problématique et enjeux*, op.cit., p.1. Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, op.cit., p.9. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès 1977 », Donald Bouffard, « La protection du public consommateur de services sociaux », p.1; Gilles Sabourin, « Par qui et comment est assurée la protection du public dans le domaine de la socialité », p.1-2; Guide du congrès de 1977 de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, p.4-5. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, dossier « OSS – Dossier ergothérapie », Andrée Forget et al., *Opération Sciences de la santé. Dossier réadaptation – Secteur ergothérapie*, Montréal, ÉRUM, 1974, p.8-9. V. L.-H. Groulx, op.cit., p.376.

réforme promet en principe une réduction du travail de bureau mais présente aussi le risque de diluer leur spécificité professionnelle dans un cadre bureaucratique qu'elles ne contrôlent pas entièrement. Pour cette dernière raison, les CSS sont sévèrement décriés par les travailleuses sociales dont plusieurs considèrent les nouvelles structures comme des lieux de déprofessionnalisation qui, en définitive, favorisent les tâches administratives au détriment de « l'intervention en clinique », et imposent une structure hiérarchique qui prédéfinit les problèmes plutôt que d'en laisser le diagnostic aux professionnelles⁹.

Dans les années 1980, ces griefs suscitent même la nostalgie des anciennes agences diocésaines¹⁰, l'idée selon laquelle le transfert en CSS représenterait un virage univoque vers la déprofessionnalisation se généralisant jusque dans l'historiographie elle-même du travail social¹¹. Dans les faits, il paraît plus juste de souligner que la critique des CSS est en continuité avec les critiques déjà émises à l'endroit des agences diocésaines ; dans les années 1960, des conflits attribuables à des griefs similaires contre les agences avaient même poussé la Corporation à en appeler à la régulation... de l'État pour réformer le champ. En fait, les récriminations des travailleuses sociales contre la « bureaucratisation » de leur travail sont peut-être moins attribuables aux seules caractéristiques des CSS

⁹ L'entrée dans les CSS se double d'ailleurs d'une lutte de la Corporation des travailleurs sociaux pour la confidentialité des dossiers, l'enjeu étant de tenir l'administration publique à l'écart du contenu des dossiers des patients. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *La compression des services sociaux au Québec*, CPTSQ, 1981, p.1-2 ; *Cadre relatif au partage des responsabilités...*, *op.cit.*, p.4-5 ; *Mémoire à la commission parlementaire des Affaires sociales sur le règlement...*, *op.cit.*, p.3-6, 9-12 ; *Problématique et enjeux*, *op.cit.*, p.1. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1977, p.11 ; 1978, p.13 ; 1981, p.12. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès 1981 », Jean-Bernard Robichaud, « Allocution », p.1 ; dossier « congrès 1987 », « Santé... social », p.4. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 1977, p.2-3 ; 1979, p.6. Centre de services sociaux de l'Estrie, *Mémoire présenté à la commission Rochon*, Sherbrooke, CSSE, 1986, p.7.

¹⁰ En 1989, selon le directeur de l'École de service social de l'Université de Montréal, la création des CSS « nous a ainsi enlevé nos agences [et] l'exclusivité de la pratique », *Bulletin de la CPTSQ*, 35 (1989) : 3 ; 13 (1980) : 2 ; 36 (1989) : 1.

¹¹ V. Frédéric Lesemann, *Du pain et des services*, Laval, Saint-Martin, 1981, 232p., et L.-H. Groulx, *op.cit.*

qu'à un surcroît d'aspirations professionnelles, les praticiennes cherchant plus que jamais à accroître leur autonomie dans la définition de leur propre travail¹².

Quoi qu'il en soit, il importe surtout de noter que les travailleuses sociales en milieu de santé se retrouvent, sur cette question aussi, en rupture relative avec le reste de leurs consœurs. En vérité, elles ont de bonnes raisons de se dire satisfaites du passage en CSS. Devenues salariées des CSS sans quitter l'hôpital, ces travailleuses sociales se rapportent désormais, au moins sur le plan administratif, à des supérieurs hiérarchiques qui ne sont plus des médecins. En santé, les problèmes les plus aigus de reconnaissance professionnelle surviennent en fait dans les secteurs où le service social ne relève pas des CSS, comme les CLSC où les travailleuses sociales se plaignent d'être dirigées par des infirmières ou des organisateurs communautaires qui font moins de cas de leurs aspirations ou, en matière d'embauche, de leurs diplômes¹³. De manière générale, les

¹² D'ailleurs, cette manière de canaliser les frustrations de la profession vers des griefs à l'endroit des seules structures connaît des échos dans les décennies suivantes : lorsque, considérés comme un échec, les CSS sont finalement abolis par le gouvernement en 1991, plusieurs commencent à cultiver la nostalgie... des CSS, le président de la Corporation se prenant même à craindre que le retour des travailleuses sociales dans les organigramme hospitaliers ne se traduise par « une bureaucratisation du travail », *Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire*, Montréal, OPTSQ, 1998, p.2. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès 1995 », Gilles Rondeau, « Les relations entre les professions dans l'occupation du champ bio-psycho-social », p.5-6 ; Gilles Rondeau, « L'intervention en milieu scolaire : entre l'école et le CLSC », p.4-8. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 24 juillet, 24 octobre et 4 décembre 1969, lettre de M. Miron à J.-P. Cloutier, 17 juillet 1969, lettres de M. Miron à E. Cooney, 13 juin et 10 juillet 1969; 22 octobre 1970, lettre de R. Sarrasin à C. Castonguay, 18 septembre 1970, lettre de G. Gendreau à M. Massé, 13 octobre 1970 ; procès-verbaux du chapitre de Québec de l'Association canadienne des travailleurs sociaux, 28 avril 1959, 25 janvier 1964 ; Hayda Denault, *Le Chapitre de Québec de l'Association canadienne*, Québec, ACTS – Chapitre de Québec, 1953, p.2-3. Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, *Mémoire au Conseil supérieur de la famille*, CTSPQ, 1966, p.8-9. *Bulletin de la CPTSQ*, 40 (1991) : 1 ; 47 (1992) : 7 ; 48 (1993) : 16. Jacques Saint-Onge, *op.cit.*, p.137 ; L.-H. Groulx, *op.cit.*, p.370-378 ; Lucia Ferretti, *op.cit.*, p.212.

¹³ D'après une étude du milieu des années 1980, « le réseau communautaire [CLSC] est le milieu de travail où on reconnaît le moins la formation académique de la TS », Archives de l'Université de Montréal, boîte 3864, Denise Granger, *Le marché de l'emploi des diplômées de baccalauréat en service social de l'Université de Montréal et une évaluation du programme actuel de baccalauréat à l'Université de Montréal*, Montréal, ÉSSUM, 1987, p.139-142 ; v. boîte 882, Nicolas Argeris et al., *Analyse critique des stages...*, *op.cit.*, annexes 2 et 11. C'est d'ailleurs quand les CSS subissent d'importantes coupures en 1982 et 1986 que le taux et la qualité du placement des diplômées chute le plus, Denise Granger, *op.cit.*, p.64-74, 139.

travailleuses sociales de santé tendent à appuyer leurs espoirs de promotion professionnelle sur leur appartenance au CSS plutôt qu'à l'hôpital, plaidant à répétition en faveur des CSS dont on considère qu'ils « sont au social ce que les hôpitaux sont à la santé¹⁴ ».

Les aspirations des travailleuses sociales en milieu de santé

En agence ou en milieu de santé, plusieurs travailleuses sociales, on l'a dit, cherchent activement à déborder leurs tâches logistiques pour identifier, chez leurs clients, des problèmes psychosociaux dont elles pourraient prendre charge. Pour elles, il s'agit là d'une tâche essentielle tant au bien-être des gens qu'à leur propre avancement professionnel. En 1979, le travailleur social Jacques Rhéaume, du CSS de la région de Québec s'en ouvre franchement :

lorsque j'étais en pratique famille – enfance, beaucoup de parents nous demandaient le placement des enfants et derrière cette demande nous pouvions trouver, après une bonne évaluation, un problème conjugal ou un problème dans les rôles d'éducation¹⁵,

Cet usage de la « bonne évaluation », Rhéaume, devenu responsable des services aux personnes âgées à son CSS, veut le voir généralisé à cette clientèle, en débusquant, par exemple, les problèmes d'anxiété ou de dépression que peut dissimuler une demande de placement en foyer d'hébergement : « si nous ne le

¹⁴ Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès 1981 », Jean-Bernard Robichaud, *Allocution*, p.10-12. Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, *op.cit.*, p.17-18. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Mémoire à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Éléments de solution*, CPTSQ, 1986, p.11 ; *La compression des services sociaux...*, *op.cit.*, p.7, 11 ; Groupe de Québec, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes*, CPTSQ, 1986, p.15. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 1975, p.2.

¹⁵ Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès 1979 », Jacques Rhéaume, « Exposé à un atelier personnes âgées », p.2-5.

faisons pas, argue-t-il, nous devenons vite des techniciens¹⁶ ». Cette manière de prélever les problèmes d'une population référée à l'origine pour des motifs logistiques est aussi avérée chez d'autres praticiennes, comme la pionnière Berthe Michaud qui, avant de travailler en milieu hospitalier, dit avoir agi de manière similaire auprès de ses clients de l'assistance financière¹⁷. Dans les agences, cette prospection dans une clientèle *a priori* non sanitaire explique sans doute les réticences à abandonner complètement les tâches logistiques.

Dans les établissements de soins, où les clientèles sanitaires abondent, les tâches logistiques, comme l'organisation des congés et les placements, sont moins prisesées. Contrairement aux agences, le cantonnement aux tâches logistiques implique cette fois de n'intervenir que dans les phases finales du cheminement du patient, au moment où il ne reste qu'à en organiser le congé. Qui plus est, le rôle réservé à la travailleuse sociale est alors supplétif et requis seulement à la demande du médecin traitant, dont les directives sont assez précises ; encore en 1989, des travailleuses sociales se plaignent de leur position de « courtiers en placement institutionnel¹⁸ ». Tout au long de la période, les travailleuses sociales récriminent contre ce faible accès au patient qui rend leurs « diagnostics sociaux » bien inopérants, et on se plaint de n'avoir que peu d'influence sur la suite des interventions, par exemple dans les cas où l'on aimerait retarder le congé ou l'opération chirurgicale d'un patient jugé trop anxieux. Plusieurs rechignent à dépendre de la référence de médecins jugés peu sensibles aux « problèmes sous-jacents qui affectent la condition physique¹⁹ », selon le mot d'une praticienne du Montreal Children's Hospital. Enfin, il demeure souvent impossible de faire

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès 1985 », Berthe Michaud, « Des points marquants de l'évolution du travail social au cours des vingt-cinq dernières années », p.3-4.

¹⁸ *Bulletin de la CPTSQ*, 2, 3 (1975) : 8; 8 (1983) : 9; 35 (1989) : 11-12. Archives de l'Université de Montréal, boîte 3864, Jacques Larin *et al.*, « Entrevue sur la santé physique », *Recherche Option A*, *op.cit.*, p.1-3, 6-7, 9-10.

¹⁹ *Bulletin de la CTSPPO*, 7, 9 (septembre 1969) : 1-2.

admettre des patients dont les problèmes psychosociaux dûment identifiés ne se doublent pas d'une autre condition sanitaire, comme, par exemple, des troubles conjugaux n'ayant pas entraîné un trouble identifiable chez les enfants²⁰.

Les travailleuses sociales des milieux de santé cherchent diverses façons d'implanter une réelle pratique psychosociale. À l'IRM, où elles sont affectées à des tâches logistiques, les praticiennes tirent profit de leur travail de liaison auprès des familles pour envisager leur « adaptation d'ordre émotionnel et social » au handicap de leur proche, une pratique qui s'intensifie à partir de 1969 alors que l'on commence à parler ouvertement du « traitement social » des familles. Au CR Constance-Lethbridge, après quelques incursions sur le front de l'activisme en faveur des droits des patients, les travailleuses sociales entreprennent, vers 1974, de s'insérer au sein de chaque unité de l'établissement, du service pédiatrique à l'atelier protégé ; dès 1977, cette manière de s'approcher de la clientèle du centre porte fruit et permet de repérer plusieurs cas « psychosociaux » qu'on réfère au service social²¹.

Par-delà ces stratégies variables, plusieurs travailleuses sociales convergent vite autour d'une même modalité : la thérapie de groupe. Au CR Constance-Lethbridge comme à l'IRM, l'intensification du « counseling » psychosocial s'accompagne de la création, à l'initiative des travailleuses sociales, de groupes de support ou de socialisation réservés aux patients partageant une condition commune : groupes d'amputés, groupes d'aphasiques, groupes de victimes de la sclérose en plaques, ces réunions animées par des travailleuses

²⁰ À l'Institut Albert-Prévost, les travailleuses sociales estiment que, dans les années 1970, « les références au service social... passaient à côté de la plupart des problèmes » et étaient trop peu nombreuses du fait que « 70% des cas admis en psychiatrie le sont à la suite de perturbation dans l'environnement social du patient », archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « hôpital Sacré-Cœur – Cité de la Santé de Laval », lettre de M. Leduc à R. Filion, 11 janvier 1980. Archives de l'Université de Montréal, boîte 3864, Jacques Larin *et al.*, « Entrevue sur la santé physique », *Recherche Option A, op.cit.*, p.1-3, 10. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Problématique et enjeux, op.cit.*, p.2-4.

²¹ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1964, p.69-70; 1969; 1970, p.7; 1972, p.9; 1973 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1970, p.3; 1974, p.4-6; 1975, p.5; 1977, p.49-50; 1978, p.22; 1980, p.1; 1981, p.8.

sociales représentent à la fois une modalité thérapeutique et un lieu de repérage d'éventuels patients en détresse. À l'IRM, ces groupes se font aussi référer, des médecins ou d'autres thérapeutes, des patients qui n'auraient pas, autrement, été envoyés en service social. Cette pratique contribue ainsi autant à diversifier qu'à accroître la clientèle du service social, le nombre de cas provenant d'autres services de l'Institut grimpaient de 45% entre 1970 et 1974, alors que la clientèle totale de l'établissement connaît au même moment une nette diminution²².

La formation de groupes de soutien, plus facile à faire accepter que la revendication ouverte d'un rôle de thérapeute, offre aussi une meilleure prise à l'action thérapeutique parce qu'elle prend directement comme objet le « vécu » des patients, qui n'a plus à être abordé de manière incidente à partir d'échanges sur les finances ou la logistique : les groupes mettent ainsi mieux en valeur de potentiels objets d'intervention, comme l'anxiété, le deuil ou la dépression. Dès 1971, cette prise nouvelle pousse une travailleuse sociale hospitalière, qui anime déjà des groupes de patients cancéreux ou arthritiques, à déclarer que :

je vais commencer [aussi] des groupes de cardiaques car je me rends compte que j'investis de façon différente avec un groupe. J'ai même pensé à inviter un médecin pour qu'il voie les besoins présents²³.

Au Centre psychosocial affilié à l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi, on recense aussi, dès la fin des années 1960, les initiatives de travailleuses sociales qui mettent sur pied des activités communautaires, comme des camps de vacances, dont une finalité est la réunion de groupe de rencontres. L'accent sur le rôle thérapeutique de tels groupes est d'ailleurs propre aux travailleuses sociales

²² À l'IRM, certains groupes sont animés conjointement avec des infirmières, ce qui permet en surplus aux travailleuses sociales de « sensibiliser » les infirmières à la pertinence de référer en service social, Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1970, p.7; 1972, p.9; 1973; 1974 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Contance-Lethbridge, 1974, p.4-6; 1975, p.5; 1977, p.49-50; 1978, p.22; 1980, p.1; 1981, p.8; 1989, p.11.

²³ Archives de l'Université de Montréal, boîte 3864, Jacques Larin *et al.*, « Entrevue sur la santé mentale », *Recherche Option A, op.cit.*, p.4 ; v. p.4-7.

du milieu de santé : bien que l'usage des groupes ait été expérimenté dans des milieux divers, comme des agences, des foyers de déficients mentaux et des services hospitaliers, c'est ainsi dans des hôpitaux psychiatriques comme l'Institut Albert-Prévost qu'il prend son sens le plus étendu, faisant parfois office de remplacement à des psychothérapies individuelles²⁴.

Les rudiments de l'usage thérapeutique des groupes, enseignés à l'université depuis les années 1960, ne sont pas sans rapport avec la diffusion d'un nouveau corpus de connaissances, fort populaire dans les années 1970, soit le courant de la thérapie familiale, qui aide les cliniciennes à préciser leur approche thérapeutique des familles de patients. Avatar tardif de l'intérêt pour les sciences humaines, la thérapie familiale offre une théorisation des « pratiques de réseaux », inspirée du structuralisme et de la cybernétique et est présentée en 1986, par l'Association des praticiens du service social en milieu de santé, comme une source de modèles « thérapeutiques » applicables tant aux familles qu'aux groupes de pairs. Ces approches, formulées par des cliniciennes et des chercheuses liées à l'Université Laval, sont diffusées par le biais de formations continues et encouragées par les CSS. À partir de 1969, une pionnière comme Jacqueline C. Prud'homme enseigne ainsi la thérapie familiale à ses pairs à partir du Jewish General Hospital et de l'Université de Montréal, puis du CSS du Montréal métropolitain. Cet enseignement porte d'ailleurs bien loin puisqu'on en trouve des traces à Chicoutimi où des praticiennes, financées par leur CSS, suivent des dizaines d'heures de formation entre 1971 et 1975²⁵.

La popularité de ces formations nous rappelle qu'au-delà des groupes de pairs, qui sont d'ailleurs souvent des groupes de proches, les familles demeurent

²⁴ Archives de l'Université de Montréal, boîte 882, École de service social de l'Université de Montréal, *Projets et perspectives...*, *op.cit.*, p.11, 14-16; Jacques Saint-Onge, *op.cit.*, p.67.

²⁵ *Ibid.*, p.128. *Bulletin de la CPTSQ*, 38 (1990): 22-23. Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, *op.cit.*, p.5, 8. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, guide de congrès de 1977, p.13-16 ; dossier « 1979 », Anonyme, « Atelier sur les 'pratiques' de réseaux », p.1-3; dossier « Congrès 1995 », Gilles Rondeau, « Les relations entre les professions dans l'occupation du champ bio-psycho-social », p.3.

la population la plus aisément accessible aux travailleuses sociales de santé. Dans des milieux de réadaptation où les praticiennes parviennent moins nettement à implanter leur activité thérapeutique, comme le Centre Cardinal-Villeneuve ou le Centre François-Charon, la clientèle des familles demeure le seul secteur où un rôle sanitaire paraît assuré. En santé mentale, la pertinence des groupes de proches tient souvent à ce qu'ils servent de vecteurs pour une approche thérapeutique des familles : on y trouve plusieurs programmes de stabilisation des familles à risque sur le plan affectif, qui « originent des groupes de relations parents - enfants organisés par des travailleurs sociaux », initiatives de praticiennes hospitalières dans lesquelles « le travailleur social se reconnaît... un rôle de thérapeute²⁶ ».

Cette clientèle de base est d'autant plus précieuse que les travailleuses sociales continuent d'entretenir des griefs à l'endroit de leurs établissements de soins. À la fin des années 1980, des praticiennes de santé soulignent à quel point leurs services psychosociaux demeurent fragiles et sont les premiers coupés par les établissements lors des épisodes de compressions budgétaires qui se multiplient à cette époque. Un autre obstacle demeure la faible insertion aux filières de référence : même si elles parviennent à prendre en charge les patients rencontrés dans leurs tâches logistiques, les travailleuses sociales se font référer peu d'autres cas par des médecins et des paramédicales, surtout en santé mentale où la concurrence professionnelle pour l'intervention psychosociale est forte. Pour pallier à cette marginalité, des services sociaux exercent des pressions pour insérer des travailleuses sociales dans les services d'urgence ou de première ligne, où sont aiguillés les patients. Progressivement, les représentantes de la profession cherchent aussi à faire embaucher leurs consœurs dans d'autres milieux alternatifs susceptibles de référer en hospitalier, comme les CLSC ou les organismes

²⁶ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1979, p.20 ; 1980, p.20 ; Centre François-Charon, *Le Centre François-Charron vous accueille*, op.cit. ; Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Consultation sur la prévention en santé mentale des enfants et des adolescents*, CPTSQ, 1984, p.1-4, 6-7.

communautaires²⁷. La voie communautaire, notamment, est exploitée avec succès dans des établissements comme l'Institut Albert-Prévost, le Jewish General Hospital ou l'hôpital Notre-Dame de Montréal, où des travailleuses sociales jettent de nombreuses passerelles avec une nébuleuse d'organismes communautaires, dont les maisons de « support thérapeutique » en santé mentale ou les centres d'accueils pour enfants « mésadaptés socio-affectifs », qui constituent des interlocuteurs de choix²⁸.

Si la concurrence en santé mentale pousse ainsi les travailleuses sociales à chercher une clientèle hors de leurs établissements, c'est que la pratique thérapeutique à laquelle elles aspirent s'assimile au fond largement, toute spécialisée qu'elle soit dans les groupes et les familles, à un exercice de la psychothérapie que se disputent déjà des acteurs plus prééminents, comme les psychologues et les psychiatres. Plusieurs travailleuses sociales ne se gênent d'ailleurs pas pour se revendiquer clairement de la psychothérapie, même destinée aux individus plutôt qu'aux familles, comme la praticienne Marie Giard, nommée en 1987 « travailleuse sociale » de l'année par sa Corporation et qui œuvre en pratique privée auprès d'adultes victimes d'abus durant leur enfance²⁹.

²⁷ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1982, p.10; 1981, p.14. Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, *op.cit.*, p.9, 12-14. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Étude sur la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté*, CPTSQ, 1985, p.4-11; *Mémoire adressé au MSSS. Consultation sur le rapport Rochon*, *op.cit.*, p.4-10; Comité régional de Sherbrooke, *Mémoire à la commission Rochon*, CPTSQ, 1986, p.5; Groupe de Montréal – Section CLSC, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, CPTSQ, 1986, p.2-3; Groupe de Québec, *Mémoire...*, *op.cit.*, p.5; Centre de services sociaux de l'Estrie, *op.cit.*, p.3-4. *Bulletin de la CPTSQ*, 2, 3 (1975) : 8 ; 1 (avril 1982) : 3.

²⁸ Au début des années 1970, des travailleuses sociales de l'Institut Albert-Prévost lancent même une garderie communautaire pour familles défavorisées à des fins de prévention et de dépistage des « pathologies... dans le milieu familial », Archives de l'Université de Montréal, boîte 3864, Jacques Larin *et al.*, « Entrevue sur la santé mentale », *Recherche Option A*, *op.cit.*, p.9-14. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1968, p.140-141. *L'Élan*, 1, 4 (1974) : 6-9 ; 1, 5 (1974) : 5-6 ; *Bulletin de la CPTSQ*, 2, 4 (1975) : 2 ; 5 (novembre 1981) : 3 ; 8 (1983) : 7 ; 14 (1985) : 7 ; 38 (1990) : 21.

²⁹ Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *La compression des services sociaux...*, *op.cit.*, p.3-4 ; Groupe de Québec, *Mémoire...*, *op.cit.*, p.1-5, 12 ; Groupe de

Bien que leurs aspirations à la thérapeutique ne soient qu'imparfaitement partagées avec les autres membres de leur profession, les travailleuses sociales en milieu de santé s'engagent ainsi plus résolument que jamais dans cette voie, allant jusqu'à frayer dans les eaux cliniques de la psychothérapie. Ce dernier domaine n'en demeure pas moins, pour l'essentiel, propre aux psychologues, qui doivent cependant batailler ferme pour s'en assurer l'exercice.

Les psychologues et la psychothérapie

Malgré un voisinage encore occasionnel autour de la psychothérapie, les psychologues ne se reconnaissent pas vraiment dans l'angle « social » ou familial qu'ont donné les travailleuses sociales à la thérapie de la psyché. Même si elles n'y voient guère une forme de concurrence, tant la clientèle du travail social se concentre chez les familles et les groupes de pairs, le malaise récurrent de la Corporation des psychologues devant l'orientation sociale des CLSC témoigne de la prédilection des psychologues pour une autre vision de la psychothérapie, plus individuelle et internaliste, sur laquelle sont moulées leurs aspirations cliniques. Comme les psychologues adoptent une posture plus nettement sanitaire, leur corporation craint une définition sociologique qui détacherait de la sphère sanitaire, en les « rédui[sant] à la seule dimension sociale », des problèmes humains comme la violence conjugale ou les agressions sexuelles, qu'on juge avoir « bien sûr une incidence sociale mais dont l'origine est souvent psychologique » et qu'on voudrait plutôt voir relever d'un programme de « santé mentale » plus susceptible de laisser une place à la psychologie³⁰.

Montréal, *Document présenté à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, CPTSQ, 1986, p.5-6. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 1985 ; dossier « congrès 1987 », « Santé... social », p.5. *Bulletin de la CPTSQ*, 3 (1978) : 1 ; 2 (1979) : 2 ; 3 (1979) : 2 ; 8 (1983) : 5 ; 12 (1984) : 16 ; 21 (1986) : 1 ; 22 (1986) : 4 ; 25 (1987) : 4-7.

³⁰ *Bulletin de la CPPQ*, 3, 11 (novembre 1971) : 4-6 ; 5, 1 (janvier 1973) : 3-4 ; *Cahiers du psychologues québécois*, 5, 3 (avril 1984) : 1 ; *Psychologie Québec*, 2, 5 (octobre 1985) : 1-3 ; 3, 2 (mars 1986) : 1 ; 6, 3 (mai 1989) : 1-4 ; 7, 6 (novembre 1990) : 7.

En réclamant que les problèmes humains demeurent du domaine de la thérapeutique, la Corporation des psychologues fait aussi écho aux vœux de ses membres du secteur de la santé qui plaident pour une prise en charge des ramifications proprement affectives des problèmes individuels, par opposition aux facettes organiques que des psychiatres commencent à traiter par la médication. La prise en main des problèmes affectifs peut prendre plusieurs formes, de la psychanalyse à la thérapie comportementale, mais repose toujours sur un dialogue soutenu entre le thérapeute et son patient, ce que les psychologues considèrent être la psychothérapie. Cette représentation de la thérapie, distincte de l'approche des « réseaux », met de l'avant la capacité exclusive de la psychologue à sélectionner et évaluer les besoins de ses patients, une exigence que l'on retrouve, par exemple, dans le projet des psychologues appelées à créer un service à la nouvelle Cité de la Santé de Laval en 1977. Elle a d'ailleurs des implications pratiques pour les cliniciennes échaudées par un contact peu fructueux avec les psychiatres : en 1979, à l'hôpital de Valleyfield, où des psychologues se sont pourvues de formations continues en psychanalyse, la chef du service indique clairement qu'un usage quotidien « des évaluations dans le but d'établir un traitement psychothérapeutique » a précisément pour but d'assurer que « le psychologue n'est pas... un thérapeute auxiliaire du psychiatre [mais] l'égal du psychiatre en ce qu'il détient une compétence qui échappe radicalement à ce dernier : celle d'exercer la psychothérapie³¹ ».

Cette prétention à l'égalité, qui tranche avec le rôle modeste du psychologue hospitalier du début des années 1960, ne correspond en fait qu'imparfaitement à la réalité clinique, y compris à Valleyfield. Bien sûr, des psychologues s'imposent dans quelques milieux précis, particulièrement en deuxième ligne où, comme au CR Lucie-Bruneau dès le début des années 1970, la

³¹ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Centre hospitalier de Valleyfield », lettre de J.-A. Nicole à J.-G. Nadeau, 8 juillet 1979, lettre de J. Carrier à M. Lemieux, 10 octobre 1979, lettre de J. Carrier à R. Charland, 2 novembre 1979 ; dossier « Hôpital Charles-LeMoyne », lettre de J. Tremblay à L. Miron, 1^{er} octobre 1981. Hans Fleury, *Définition, objectif et procédures du service de psychologue de la Cité de la Santé de Laval*, Laval, Cité de la Santé, 1977, p.3, 8.

clientèle suivie de l'extérieur en psychiatrie décroît au profit des références en psychologie à des fins de psychothérapie. Même dans le cas précis de la réadaptation, cependant, les aspirations des psychologues se butent à des obstacles, moins en raison de la présence de psychiatres que de la prééminence des intervenantes physiques. Au CR Constance-Lethbridge, où la réussite des psychologues est la plus éclatante, elle est largement attribuable aux hasards de la conjoncture locale : à Constance-Lethbridge, les psychologues profitent en fait de réformes introduites, en 1982, par un nouveau directeur général qui est lui-même psychologue et accorde au chef du service de psychologie le poste de directeur des services professionnels. Ce rare alignement entraîne un élargissement de la mission du centre favorable aux psychologues, ainsi que la création d'un nouveau programme d'« autonomie psychosociale » qui s'assure la prise de contrôle en règle de l'équipe de développement préscolaire, qui canalisait plutôt, jusque là, sa clientèle croissante au profit de la réadaptation physique. Cette annexion, justifiée sous l'argument que « the needs of young handicapped children... in the areas of social and psychological development are not efficiently met by presently existing services³² », entraîne une forte augmentation de l'offre de services psychosociaux et de psychothérapie aux enfants, en parallèle à des investissements dans l'accueil de populations propices à la psychothérapie, comme les adultes psychiatisés. Cette corrélation rare entre un succès univoque et une conjoncture politique singulière se retrouve aussi au Centre hospitalier de l'Université Laval, où c'est une lutte fratricide entre médecins psychiatres et pédiatres au sujet du contrôle des services psychologiques qui pousse l'établissement, entre 1978 et 1980, à conférer aux psychologues une autonomie que l'on ne retrouve guère dans des hôpitaux comparables³³.

³² Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1982, p.7, 13-16, 24-26, 33-34 ; 1984, p.7-8, 26-31 ; 1985, p.30-35 ; 1986, p.25, 29. Line Ampleman, *Les ressources résidentielles alternatives*, Montréal, CRCL, 1987, p.ii.

³³ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « CHUL », lettre de J.-G. Carignan à D. Thibodeau, 2 octobre 1978 ; lettre de D. Thibodeau à J. Tremblay, 21 novembre 1980 ; lettre de C. Jandet-Brunet et M. Chabot à J. Tremblay, 4 décembre 1980. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1974, p.38, 46.

Ces quelques effets de conjoncture, qui mettent en évidence le poids et la variabilité des facteurs locaux, ne sont toutefois pas représentatifs de la situation générale des psychologues en milieu de santé, surtout dans les hôpitaux où la présence des psychiatres est la plus prégnante. Selon un psychologue qui, en 1980, exprime un avis fort répandu, « en milieu hospitalier les services psychologiques sont sous le contrôle des psychiatres³⁴ ». Ceux-ci exercent surtout un fort contrôle sur la référence des patients, comme l'illustre, en 1980, le chef du service de psychologie de l'hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe) qui juge que la situation de son service « n'est pas plus alarmante qu'ailleurs mais... ne fait pas exception à la règle » :

Comme partout ailleurs, j'ai dû rappeler aux [psychologues] et aux bénéficiaires que pour avoir accès aux services d'un psychologue à l'hôpital, le bénéficiaire devait absolument suivre la filière des ressources médicales³⁵.

Or, à ce rôle, les psychologues se résignent mal. Le fait de se limiter aux références médicales est lourd de conséquences car plusieurs patients candidats à la psychothérapie sont soit détournés par des médecins qui se veulent eux-mêmes psychothérapeutes, soit aiguillés par des psychiatres vers des thérapies axées plutôt sur la médication³⁶.

Un large pan de l'histoire de la psychologie hospitalière des années 1970 et 1980 consiste en une lutte féroce contre la mainmise des psychiatres sur les filières de référence. À eux seuls, les documents relatifs aux conflits entre psychologues et psychiatres peuvent occuper un chercheur pendant plusieurs

³⁴ *Cahiers du psychologue québécois*, 2, 5 (1980) : 9-10; v. 4, 1 (1982) : 35.

³⁵ *Cahiers du psychologue québécois*, 2, 6 (1980) : 26 ; 4, 5 (décembre 1982) : 1-2. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « hôpital Sacré-Cœur – Cité de la Santé de Laval », lettre de L. Navel à S. Nadeau, 17 mars 1982.

³⁶ Notamment des cas de comportement ou de gestion du stress. *Cahiers du psychologue québécois*, 2, 5 (1980) : 9-10, 3, 4 (1981) : 9 ; 4, 1 (1982) : 35 ; *Psychologie Québec*, 2, 5 (octobre 1985) : 6-7; 3, 1 (janvier 1986) : 1 ; 3, 3 (mai 1986) : 6-7 ; 3, 5 (septembre 1986) : 6-7; 3, 6 (novembre 1986) : 1 ; 7, 3 (mai 1990) : 3 ; 7, 6 (novembre 1990) : 8-9); 10, 1 (janvier 1993) : 5.

jours. Ce conflit frontal, dont on ne retrouve pas l'équivalent en travail social, s'explique par le partage d'une population et d'un objet d'intervention communs, ce qui pousse les professionnels soit à se concurrencer pour l'exercice d'une même modalité (la psychothérapie), soit à proposer au contraire des approches mutuellement exclusives des problèmes identifiés, comme c'est le cas lorsque psychiatres et psychologues débattent des mérites comparés de la médication et de la psychothérapie.

Au début des années 1980, ces tensions sont attisées par la politique du MAS, qui favorise la création de nouvelles équipes de « santé mentale » en clinique externe : alors que les psychiatres voient ces unités comme une extension des services de psychiatrie existants dont ils tiennent les rênes, les psychologues et d'autres paramédicales y voient plutôt une opportunité d'abolir les hiérarchies qui minent leur rapport à la clientèle. À l'hôpital Charles-LeMoine (Longueuil), à l'Institut Philippe-Pinel et au Douglas Hospital, les débats se heurtent à la question de la « responsabilité médicale », les psychiatres arguant que leur imputabilité légale à titre de médecins les engage à assumer l'entière responsabilité du diagnostic, de l'admission et, globalement, de l'ensemble des « activités professionnelles... exercées dans [leur] département³⁷ » ; à Pinel, le directeur général de l'établissement, un psychiatre, annonce qu'« il appartient... au médecin traitant de prescrire le type et les objectifs de [la] psychothérapie³⁸ », et présente la référence au psychologue comme une « délégation » similaire aux actes délégués, par exemple, aux techniciens en inhalation.

Les conflits qui secouent l'Institut Albert-Prévost entre 1980 et 1982 illustrent bien l'enjeu concret de ces accrochages. Une unité externe de l'Institut,

³⁷ R. Deschamps, *op. cit.*, p.5-9, 13-17. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « CH Douglas », lettre de M. Sabourin aux « psychologues signataires », 8 juillet 1982.

³⁸ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Institut Philippe-Pinel », lettre de C. Tellier à L. Béliveau, 22 octobre 1980, lettre circulaire de L. Béliveau, 29 octobre 1980, Lettre de L. Béliveau à C. Racicot, 30 octobre 1980, lettre de R. Brunet à J. Tremblay, 21 novembre 1980.

la Clinique Saint-Laurent, voit s'affronter de manière récurrente des psychiatres et des psychologues sur le diagnostic de certains patients. En 1980, par exemple, une psychiatre diagnostique un patient comme un cas de schizophrénie, à traiter par la médication, alors qu'une psychologue diagnostique plutôt une névrose obsessionnelle à traiter par la psychothérapie. À terme, les choses s'enveniment quand un patient se range aux vues d'une psychologue rebelle, poussant le médecin traitant à demander à la direction, psychiatrique, de renvoyer le patient et d'« exclure la psychothérapeute de toute nouvelle prise en charge d'ici le règlement de cette question³⁹ ». Dans la foulée, le psychiatre tue dans l'œuf un groupe de jeunes psychotiques animé par la psychologue concernée avec une ergothérapeute, et qui alimentait en références le travailleur social et l'infirmière de la clinique, une manœuvre qui suscite la rébellion de ces intervenantes. S'ensuivent des échanges assez vifs, les psychiatres affirmant défendre leur « droit de regard sur les traitements » des patients « confiés » aux psychologues, stigmatisant aussi la tendance déclarée de celles-ci à attirer et accepter des demandes de services sans l'intermédiaire des médecins⁴⁰.

Conflit entre des dénominations diagnostiques mettant en valeur des avenues de traitement et des compétences différenciées, doublé d'une lutte explicite pour le contrôle des références : parfait cas d'école, le conflit de l'Institut Albert-Prévost n'est pas isolé. D'autres conflits portent sur des clientèles précises, convoitées parce que plus nombreuses ou adaptées aux thérapies les plus qualifiantes. De 1979 à 1981, à l'hôpital Charles-LeMoyne, où un conflit ouvert

³⁹ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Hôpital Sacré-Cœur – Cité de la Santé de Laval », lettre de L. Nayel à S. Nadeau, 17 mars 1982.

⁴⁰ Les psychiatres de la clinique obtiennent notamment l'appui de leurs homologues de l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Hôpital Sacré-Cœur – Cité de la Santé de Laval », lettre de A. Potvin à J. Tremblay, 23 mai 1980, lettre de L. Nayel à L. Larouche, 27 octobre 1980, lettre de P. Payette à A. Amyot, 30 octobre 1980, lettre de A. Tremblay à L. Larouche, 3 novembre 1980, lettre de L. Larouche à S. Nadeau, 10 novembre 1980, J. Cusson et al à R. Filion, 10 novembre 1980, lettre de A. Amyot à S. Nadeau, 10 novembre 1980, lettre de E. Héraut *et al* à R. Filion, 22 décembre 1980, lettre de J. Tremblay à R. Brunet, 22 janvier 1981, lettre de M. Déquier à J. Tremblay, 17 février 1981, lettre de L. Nayel à S. Nadeau, 17 mars 1982.

oppose les psychologues aux psychiatres sur le contrôle des références, on remarque que les psychiatres exercent plus souvent leur droit de refus dans les cas de patients psychotiques adultes et internés, tandis que les cas de pédopsychiatrie font au contraire l'objet d'évaluations autonomes des psychologues, que les psychiatres signent de bon gré sans avoir assisté aux séances. Dans ce cas, le privilège des psychiatres de formuler seuls « un diagnostic et une orientation du traitement », voire de refuser aux psychologues l'accès à certains cas, n'est mis à profit qu'auprès de clientèles choisies⁴¹.

L'affrontement est par ailleurs inégal. Dans la grande majorité des conflits, les psychologues souffrent de la proximité des médecins avec les administrateurs hospitaliers, généralement des médecins eux-mêmes. En 1979, quand les psychologues de l'hôpital Charles-LeMoine se constituent en service autonome, elles subissent les représailles administratives des médecins qui cessent de participer à l'embauche de nouvelles psychologues. En 1982, un psychologue de l'hôpital Pierre-Janet qui refuse de reconnaître l'autorité des médecins sur son propre travail se fait clairement indiquer par le directeur des services professionnels de l'hôpital, un médecin, que « votre refus de travailler à l'intérieur de ce schème de référence ferait en sorte que le médecin devra s'abstenir de vous référer des cas et, par conséquent, amènerait l'administration à reconsidérer la nécessité de maintenir votre poste⁴² »; l'enjeu concret associé au contrôle des références se fait alors plus net que jamais.

Ces vexations ne doivent toutefois pas faire oublier que les années 1970 et 1980 voient une forte amélioration du statut des psychologues, qui affermissent

⁴¹ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Hôpital Charles-LeMoine », lettre de C. Saint-Pierre à J. Tremblay, 26 novembre 1979, lettre de L. Miron à J. Tremblay, 22 mai 1981, lettre circulaire de J.-J. Bourque, 21 septembre 1981, lettre de L. Miron à J. Tremblay, 25 septembre 1981, lettre de J. Tremblay à L. Miron, 1^{er} octobre 1981, procès-verbal d'une rencontre avec la CPPQ, 5 décembre 1979.

⁴² Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « CH Pierre-Janet », lettre de P. Monpremier aux « professionnels paramédicaux du secteur 11 », 26 février 1982, lettre de A. Coté à G. Garneau, 15 avril 1982, lettre de G. Garneau à A. Coté, 27 juillet 1982, lettre de A. Coté à G. Garneau, 2 septembre 1982.

leur prise sur les clientèles convoitées. Bien souvent, comme à l'Institut Albert-Prévost, les conflits découlent en fait d'une réaction médicale aux gains réels d'autonomie des psychologues. La pratique de celles-ci s'étend à mesure que se multiplient les références provenant d'autres acteurs que les psychiatres. Ces nouvelles références ont deux sources. D'une part, l'ajout, par les facultés de médecine, de connaissances psychosociales dans la formation générale des médecins pousse les jeunes médecins pédiatres et omnipraticiens à référer leurs patients directement en psychologie, un phénomène confirmé tant aux États-Unis qu'au Québec après 1970. D'autre part, les psychologues elles-mêmes développent de nouveaux canaux de référence. Au service de psychologie de l'hôpital Marie-Enfant, des représentations auprès de l'hôpital Sainte-Justine ou de commissions scolaires permettent, en 1981, d'envisager une forte hausse de clientèle alors même que les références venues des médecins de l'établissement demeurent stationnaires ; se félicitant de l'explosion de sa clientèle externe (« nous pourrions facilement doubler le nombre de nouvelles références »), le service y voit l'occasion d'accroître sa taille et sa prééminence et demande à l'administration d'augmenter, à terme, son personnel de neuf à pas moins d'une vingtaine de psychologues à temps plein⁴³.

Cette activité concrète sur les références est primordiale car, dans les bras de fer qui les opposent aux psychiatres, la présence sur le terrain et le contrôle préalable de filières de référence, en mettant les directions devant le fait accompli, constituent d'importants facteurs de succès pour les psychologues. En 1979, cette présence sur le terrain assure une victoire historique aux psychologues de l'hôpital de Valleyfield : quand la direction de l'hôpital, pressée par les psychiatres de s'opposer à la création d'une clinique psychologique autonome, invoque le manque de psychiatres référants pour ralentir l'admission de la clientèle (ce qui

⁴³ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Hôpital Sacré-Cœur – Cité de la Santé de Laval », lettre de M. Leduc à R. Fillion, 11 janvier 1980. Hôpital Marie-Enfant, *Sommaire. Demande de postes*, Montréal, HME, 1981, B1 et B2. *Bulletin de la CPPQ*, 5, 1 (janvier 1973) : 6-7; 5, 8-9 (septembre 1973) : 3-4. Sydney Halpern, « Medicalization as Professional Process : Postwar Trends in Pediatrics », *Journal of Health and Social Behavior*, 31 (1990) : 37.

rendrait la future clinique inutile), les cliniciennes marquent des points en rétorquant que « depuis six ans déjà, les services de psychiatrie en clinique externe ont été offerts... principalement par des psychologues⁴⁴ » alimentées en partie par des omnipraticiens ou des travailleuses sociales du CSS local ; la clinique autonome est finalement mise sur pied.

La victoire remportée à Valleyfield est importante car elle permet à la Corporation des psychologues de créer un précédent en poussant la direction de l'hôpital à admettre que la responsabilité du médecin peut s'arrêter à « la dimension médicale » des problèmes. Même si les limites de cette « dimension médicale » ne sont jamais définies et conservent leur élasticité, l'introduction de l'idée selon laquelle l'autorité médicale connaîtrait des limites permet à d'autres psychologues de développer l'argument pour soutenir leurs propres revendications, comme c'est le cas au Centre psychiatrique de Roberval ou à l'hôpital Pierre-Janet. À Pierre-Janet, un psychologue mène ainsi l'idée à son terme en arguant que son expertise « permet la formulation d'un psycho-diagnostic différentiel qui ne peut être obtenu par les techniques psychiatriques⁴⁵ », et ne peut donc se borner aux clientèles ou aux prescriptions médicales. Pour les psychologues de santé, cet argument permet de combattre la hantise que la psychothérapie ne connaisse le sort réservé, juge-t-on, à d'autres techniques de soins, comme le biofeedback, qu'on dit avoir été introduites par des

⁴⁴ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « CH de Valleyfield », Lettre de P. Déom à J. Carrier, 25 mai 1979, lettre de J.-G. Nadeau à M. Lemieux, 17 septembre 1979, lettre de J. Tremblay à J. Carrier, 10 octobre 1979, lettre de J. Carrier à M. Lemieux, 10 octobre 1979, lettre de G. Pierre-Louis et A. Nérée à J. Carrier, 10 octobre 1979, 12 octobre 1979, lettre de G. Pomerleau à J. Carrier, lettre de A. Monette à R. Charland, 31 octobre 1979, lettre de R. Charland à J. Carrier, 1^{er} novembre 1979, lettre de J. Carrier à R. Charland, 2 novembre 1979, lettre de J. Carrier à J.-G. Nadeau, 8 novembre 1979, lettre de J. Carrier à G. Pomerleau, 8 novembre 1979, lettre des « psychologues à l'emploi du CH de Valleyfield » à J. Tremblay, 20 novembre 1979, lettre de J. Tremblay à D. Lazure, 29 novembre 1979, lettre de J. Tremblay à J.-G. Nadeau, 29 novembre 1979, lettre de Rosario Morin et al à J.-G. Nadeau, 11 mars 1985.

⁴⁵ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « CH Pierre-Janet », lettre de G. Garneau à J. Tremblay, 6 avril 1982; lettre de D. Thibodeau à G. Garneau, 16 juillet 1982.

psychologues avant d'être « classifiées 'appareils médicaux' et placées sous contrôle médical⁴⁶ ».

Dans leur effort pour cultiver de nouvelles clientèles, le gain d'un statut administratif autonome au sein de l'établissement revêt une grande importance pour des services de psychologie traditionnellement intégrés aux départements de psychiatrie. Là où advient une telle autonomie, comme à l'hôpital Honoré-Mercier, à l'hôpital Notre-Dame de Montréal ou à la Cité de la Santé, elle aide fortement les services à diversifier leurs sources de références⁴⁷.

Cela dit, les entreprises cliniques et administratives de contournement des psychiatres rencontrent des obstacles attribuables à des formes moins directes de pressions médicales. D'une part, l'accès à l'autonomie administrative est parfois contrarié : à l'hôpital de Sainte-Anne-des-Monts, l'autonomie conquise par le service est ainsi remise en question en 1982 et, en 1980, la chef du service de l'hôpital Saint-Luc, à Montréal, démissionne avec fracas pour contester les limites imposées à son champ d'action, cinq des huit psychologues de l'hôpital demeurant sous l'autorité exclusive du département de psychiatrie, à l'image de l'ensemble des hôpitaux affiliés à l'Université McGill qui, dans les années précédentes, « ont refusé la création de services de psychologie autonomes, maintenant l'affiliation de ces services aux départements de psychiatrie⁴⁸ ».

⁴⁶ *Psycho-nouvelles*, 2 (mai 1974) : 1. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 25 octobre 1968 ; 14 mars 1969 ; boîte 3202-52, dossier « CH de Roberval », lettre de J. Babith à P.-A. Lambert, 2 avril 1981, lettre de G. Girard à J. Cressaty, 20 mai 1982, lettre de M. Sabourin à J.-E. Giguère, 15 novembre 1982 ; dossier « Hôpital Charles-LeMoyne », lettre de J.-J. Bourque à L. Miron, 12 avril 1981, lettre circulaire de J.-J. Bourque, 22 avril 1981, lettre de J. Tremblay à L. Miron, 1^{er} octobre 1981.

⁴⁷ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Hôpital Honoré-Mercier », lettre de A. Lusignan à J. Tremblay, 22 avril 1981 ; dossier « Corporation de l'Hôpital des Monts », lettre de M. Cyr à H. Roy, 1^{er} avril 1982, lettre de J. Tremblay à M. Cyr, 6 mai 1982 ; dossier « Cité de la Santé », lettre de L. Descoteaux-Huard et E. Wenster-Leporé à D. Lazure, 10 janvier 1979, « La Cité de la Santé gardera les deux psychologues qu'elle avait congédiées », *Rive Nord*, 13 mars 1979.

⁴⁸ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « CH Saint-Luc », lettre de G. Aird à J.-C. Deschenes, 13 mai 1975, lettre de L. Robert à J. Tremblay, 5 février 1981, lettre de L. Robert à R. Marion, 9 février 1981, lettre de J. Tremblay à J. Leblanc, 2 mars

D'autre part, la prédisposition d'autres agents, comme les omnipraticiens, à référer aux psychologues peut être amoindrie par les pressions psychiatriques. Dans au moins un cas, à l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi, le service de psychologie, qui est parvenu à obtenir les références de quelques omnipraticiens à des fins de psychothérapie, voit l'efficacité de ces sources atténuée par l'attitude des psychiatres qui appliquent une forte pression sur leurs pairs, au point qu'il paraît aux psychologues « important de protéger ces médecins et de garder une certaine confidentialité par rapport aux références que nous recevons⁴⁹ ». Les entreprises administratives des psychologues hospitalières demeurent ainsi, encore dans les années 1980, largement tributaires de conjonctures locales parfois difficiles.

Sur le plan clinique, les psychologues misent aussi sur l'introduction de catégories ou de modalités susceptibles de leur conférer de nouveaux rôles dans le travail de soins. Dès la fin des années 1960, des psychologues d'hôpitaux généraux inaugurent, par exemple, la prise en charge des troubles somatiques, un enjeu lourd de conséquences sur la circulation des malades et qui justifie tant l'usage de la psychothérapie auprès des malades que l'attribution aux psychologues d'un rôle plus prééminent dans la dispensation des congés⁵⁰.

Dans les années qui suivent, cependant, les principales innovations des psychologues portent sur les modalités de la psychothérapie elle-même, notamment par l'introduction de thérapies behavioristes qui, par leur relative nouveauté et leurs racines expérimentales, paraissent plus spécifiques à la psychologie que d'autres modalités plus anciennes, comme la psychanalyse. Ces modalités se répandent par le biais de formations continues suivies par les

1981, lettre de J. Leblanc à J. Tremblay, 5 mars 1981. Hôpital Saint-Luc, *Organisation des activités de santé mentale à l'hôpital Saint-Luc*, Montréal, HSL, 1977, p.6-7.

⁴⁹ *Cahiers du psychologue québécois*, 4, 5 (décembre 1982) : 4-6 ; *Bulletin de la CPPQ*, 5, 1 (janvier 1973) : 8.

⁵⁰ *Rel-Int*, 2, 3 (juin 1967) : 56 ; *Bulletin de la CPPQ*, 2, 6 (décembre 1967) : 98 ; 5, 1 (janvier 1973) : 6-7 ; 5, 8-9 (septembre 1973) : 2 ; *Psychologie Québec*, 9, 4 (juillet 1992) : 5.

cliniciennes. À l'hôpital Saint-Charles de Joliette, par exemple, deux psychologues se forment au Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute à ce qu'on appelle alors la « thérapie de la conduite », une approche qui remet en cause « le modèle médical des troubles de la conduite » et dont ils tirent le projet de « fonder un service quasi autonome pour le traitement de névroses », à l'exemple d'un service similaire déjà mis sur pied par un psychologue du Douglas Hospital, et qui compte cinq psychologues. Ces initiatives sont surtout visibles dans de grands établissements spécialisés en psychiatrie où les psychologues forment des groupes nombreux. À l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, qui prend le nom de Louis-Hippolyte-Lafontaine en 1976, trois psychologues introduisent auprès d'une clientèle psychotique, en 1969-1970, un premier programme de thérapie behavioriste comprenant de nouvelles modalités de traitement, comme une réorganisation de la routine et des thérapies de groupe qui débouchent sur des suivis individuels externes. Leur initiative, dès le départ, est d'ailleurs minée par le manque de coopération des psychiatres qui réfèrent des patients inopportuns (« déficients » plutôt que psychotiques) et prennent unilatéralement des décisions cliniques, comme l'emploi de punitions, qui interfèrent avec le traitement. Si ces contrariétés entraînent l'abandon du programme à la fin des années 1970, l'expérience suscite néanmoins l'embauche de psychologues behavioristes qui continuent d'exercer une certaine influence à l'échelle de l'établissement⁵¹.

Faire de la psychothérapie ou pas : une question de position

On pourrait se faire de la psychologie québécoise en son entier l'image monolithique d'une vaste course à la psychothérapie. En fait, comme en travail social, l'aspiration à l'exercice de la psychothérapie est surtout caractéristique de la pratique en milieu de santé. C'est en effet dans les établissements de soins que

⁵¹ *Rel-Int*, 3, 1 (mars 1968) : 14-17. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine », lettre de J.-M. Boisvert *et al* à J. Tremblay, 18 décembre 1979, lettre de G. Lavoie à J.-M. Boisvert, 15 janvier 1980.

la qualification professionnelle passe le plus impérativement par la thérapeutique, surtout dans le voisinage immédiat des psychiatres aux côtés desquels l'usage de désignations et d'outils alternatifs en matière de problèmes humains est nécessaire pour éviter d'être cantonné à un rôle supplétif. Dans des milieux différents, où il importe de se distinguer d'autres types d'acteurs, la pratique des psychologues connaît cependant d'autres tangentes.

En fait, la donne se présente même différemment dans les milieux de santé où le voisinage immédiat des psychologues n'est pas médical, comme c'est le cas dans certains services de réadaptation. À la Clinique de réhabilitation de la CAT de Québec, les psychologues, affectés à la réinsertion à l'emploi, côtoient ainsi surtout un personnel non sanitaire composé de conseillers en orientation et d'éducateurs plus ou moins spécialisés. Dans ce contexte, l'emploi de tests d'intelligence circonstanciés qui évaluent tant la pensée abstraite que la capacité de planification, comme l'épreuve Barbeau-Pinard en vogue au Québec depuis les années 1950, n'entraîne plus le rôle supplétif qu'il implique à l'ombre des psychiatres, mais confère au contraire une prise directe sur l'évaluation en distinguant clairement la psychologue de l'éducateur, plutôt associé aux finances ou aux compétences manuelles du patient ; auprès de tels acteurs, le fait d'user d'outils à connotation sanitaire comme les tests d'intelligence est en soi distinctif. L'IRM offre un cas de figure comparable : en l'absence de la concurrence directe des psychiatres, c'est par l'insertion de tests d'intelligence que le psychologue local parvient, après 1969, à jouer un rôle prépondérant dans l'évaluation des cas et la réalisation des plans de traitement, les tests d'intelligence présentant même l'avantage supplémentaire d'assurer aux psychologues une longueur d'avance sur les ergothérapeutes dans la prise en charge des troubles de la sphère cognitive, du moins dans les années 1970⁵².

⁵² Centre de réadaptation de Québec, *Programme de maintien dans le milieu*, *op.cit.*, p.25-27. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1969. V. Katherine Ladd, *op.cit.*, p.xlvii-xlix, lx-lxii, 37-46 ; Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents*, *op.cit.*, p.32. On aurait aussi pu étendre l'analyse au cas des procédures d'admissibilité de patients à divers programmes du MAS ou de la RAAQ entre 1978 et 1982, pour la réalisation desquelles

Hors des zones de concurrence psychiatrique, les tests d'intelligence se révèlent donc encore qualifiants pour les psychologues. Ce fait n'est nul part plus patent que dans le domaine scolaire, où le diagnostic de « déficience mentale », à l'issue d'un test de QI, sert à appréhender les difficultés d'apprentissage. Cet usage des tests est précieux car les psychologues scolaires ont un urgent besoin de se distinguer d'agents non sanitaires comme des conseillers en orientation ou des psychoéducateurs. Dans les commissions scolaires, ces groupes occupent d'ailleurs tous des positions génériques relatives à l'adaptation scolaire et les psychologues scolaires se plaignent souvent qu'« on nous confond avec d'autres⁵³ » ; on ne fait d'ailleurs guère confiance au ministère de l'Éducation (MÉQ) pour valoriser les mérites spécifiques de la psychologie. Dans ces conditions, les psychologues scolaires acceptent de camper le rôle, au moins distinctif, de seules responsables des tests servant à dépister les problèmes d'intellect et d'apprentissage⁵⁴.

Cette position comporte toutefois des irritants. Plusieurs psychologues se plaignent de ce que les problèmes, une fois identifiés, soient ensuite délégués à des orthopédagogues ou des psychoéducateurs, voire même dans certains cas requérant une psychothérapie, à des travailleuses sociales (moins coûteuses puisque leur salaire est payé par le CSS). D'autres regrettent « l'ingérence » du MÉQ et des commissions scolaires qui dictent avec un peu trop de précision les objets à évaluer ou les batteries de tests à utiliser, imposant souvent des tests de QI, comme le Barbeau-Pinard ou le Stanford-Binet, alors que des psychologues aimeraient étendre leurs ailes à des indicateurs qui débordent l'intelligence vers l'évaluation des problèmes moteurs, verbaux ou perceptuels qui mèneraient à une

c'est l'emploi de tests qui permet aux psychologues de se qualifier comme agents responsables, *Cahiers du psychologues québécois*, 3, 2 (1981) : 12-18 ; 3, 3 (1981) : 5 ; 3, 4 (1981) : 11 ; 3, 6 (1981) : 31-32 ; 4, 1 (1982) : 3 ; 4, 3 (1982) : 3.

⁵³ *Rel-Int*, 1 (1965) : 2-3.

⁵⁴ *Bulletin de la CPPQ*, 3, 5 (mai 1971) : 1 (1-2) ; 3, 8 (août 1971) : 1-3 ; 5, 6-7 (juillet 1973) : 4 ; *Cahiers du psychologues québécois*, 1 (1978) : 12, 18-19 ; 3, 1 (1981) : 26-27 ; 3, 8 (1981) : 16-17 ; *Psychologie Québec*, 3, 3 (mai 1986) : 4 ; 4, 6 (novembre 1987) : 5.

thérapie, plutôt qu'à des mesures institutionnelles, comme l'exclusion d'élèves hors des classes régulières, qui bonifient peu le statut professionnel. Malgré ces réserves, cependant, peu rejettent complètement l'emploi des échelles d'intelligence que deux psychologues scolaires désignent, en 1973, comme les outils privilégiés et « spécifiques » de la psychologie⁵⁵.

Les trajectoires variables des professionnelles du monde psychosocial témoignent éloquemment du poids des conjonctures propres aux divers milieux sur l'évolution des pratiques. Tant les psychologues que les travailleuses sociales du milieu de la santé adhèrent ainsi avec vigueur à des perspectives thérapeutiques, et psychothérapeutiques, qui n'ont cependant qu'un écho assourdi dans le reste de leurs professions respectives.

L'accès à des modalités thérapeutiques comparables prend aussi des significations différentes selon la position occupée. Pour les travailleuses sociales, la relation d'aide et la psychothérapie constituent une manière de mettre en scène, auprès des familles et des groupes de pairs, un rôle de thérapeute qui, pour nécessaire qu'il paraisse à la promotion professionnelle en milieu hospitalier, ne va pas du tout de soi. Pour les psychologues, dont la qualité sanitaire est au contraire établie, la psychothérapie se présente comme une voie de sortie hors des zones d'autorité médicale. On verra, au chapitre suivant la portée d'un tel mouvement dans un autre contexte d'activité sanitaire, celui de la consultation privée.

⁵⁵ Cet emploi de tests ne fait d'ailleurs pas l'économie d'une critique des limites inhérentes aux tests d'intelligence, des débats vifs et une réelle activité de recherche, universitaire ou privée, menant à la validation des échelles existantes ou à la création de nouvelles, comme l'Examen d'habiletés mentales mis au point par des psychologues de l'Université Laval. *Bulletin de la CPPQ*, 2, 10 (octobre 1970) : 3; 2, 12 (décembre 1970) : 4; 3, 3 (mars 1971) : 6; 3, 4 (avril 1971) : 5; *Psycho-nouvelles*, 3 (c. septembre 1974) : 2; *Cahiers du psychologue québécois*, 1 (1978) : 16-17, 29-32; 2, 7 (1980) : 24-25; 3, 1 (1981) : 26-27; *Psychologie Québec*, 6, 1 (janvier 1989) : 11; 7, 1 (mai 1976) : 23. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1976, p.8, 31; 1977, p.6; 1978, p.8; 1979, p.34; 1984, p.15; 1986, p.8.

CHAPITRE 9

LES ATTRAITS DE LA PRATIQUE PRIVÉE

Les obstacles rencontrés à l'hôpital mettent les psychologues de santé dans une situation particulière. Alors que leurs collègues travailleuses sociales sont surtout en butte à l'inertie ou au manque d'opportunités, les psychologues affrontent la concurrence directe des médecins psychiatres. De fait, pour avoir longtemps évolué dans le voisinage immédiat, voire le sillage, de médecins puissants, les psychologues en sont venues à en partager les objets et les clientèles, au point de ne pouvoir se les approprier qu'en acceptant les frais d'une lutte frontale contre des parrains encore puissants.

Les aléas d'une si forte proximité sont aussi le lot d'un autre groupe de paramédicales, les physiothérapeutes, qui partagent le sérail des médecins psychiatres. Ce partage d'une situation objectivement similaire par des professionnelles pourtant fort éloignées, tant par leur profil – la psychologie, mixte et surdiplômée, et la physiothérapie, féminine et menacée par les techniques collégiales – que par leurs objets – des affects de la psyché aux blessures orthopédiques –, ouvre la porte à une brève comparaison.

Les contraintes parallèles dont souffrent les psychologues et les physiothérapeutes débouchent aussi sur un même résultat : l'élargissement de la pratique à un marché privé vigoureux, dont l'évolution s'imbrique à celle du réseau public. À ces paramédicales, la pratique privée offre en effet un espace plus favorable à l'extension des champs d'action contrariée dans les hôpitaux.

Elle offre ainsi un lieu au prolongement des aspirations, mais aussi des luttes, de plusieurs praticiennes du réseau public, des échanges nombreux favorisant la pollinisation des idées d'un milieu à l'autre. Moulés à des entreprises proprement thérapeutiques, les marchés privés de la psychothérapie et de la physiothérapie constituent aussi, quoique non sans ambiguïté, un mécanisme de l'extension plus générale des territoires sanitaires.

Les trajectoires parallèles de la psychothérapie et de la physiothérapie nous feront aussi passer des professions psychosociales à celles de réadaptation physique. Après l'examen des extensions privées de la psychologie après 1970, un panorama de la situation des professions de réadaptation physique mettra en valeur la situation particulière de la physiothérapie dont, en dernier lieu, on étudiera l'excroissance privée et ses parentés avec l'itinéraire de la psychologie.

La psychothérapie privée : le « bien-être » psychologique et ses dimensions

En vérité, les premières impulsions à la multiplication des carrières privées chez les psychologues viennent moins des vexations, réelles, du milieu hospitalier que de la saturation du marché de l'emploi. Fort courus, les programmes universitaires de psychologie forment, en dépit d'appels répétés de la Corporation des psychologues à partir de 1975, plus de diplômées que les secteurs traditionnels d'embauche n'en peuvent absorber. À la fin des années 1970, comme s'épuise la vague de recrutement qu'avaient suscitée les réformes en santé et en éducation, l'afflux de nouvelles psychologues se traduit par une hausse du taux de chômage chez les membres inscrites à la Corporation qui, pour la première fois, entre 1979 et 1985, grimpe de 2,4 à 5,9%, un chiffre sans doute sous-estimé du fait que nombre de thérapeutes sans emploi renoncent temporairement à payer leur inscription. Devant cet état de fait, la Corporation encourage ses membres à tenter l'aventure de la pratique privée. L'appel, par goût ou par nécessité, rejoint une part croissante de psychologues : de 1979 à

1989, la part de membres pratiquant en privé double, passant de 11,4 à 22,5%, représentant en chiffres absolus une hausse de 266 à 970 thérapeutes tirant l'essentiel de leurs revenus de la pratique privée. La pénurie d'emploi n'explique cependant pas tout, car on compte aussi un nombre encore plus élevé de psychologues qui pratiquent en privé à temps partiel tout en occupant un autre emploi, souvent dans le monde de la santé : de 1983 à 1992, le nombre de ces « privées » à temps partiel passe de 440 à 1445 thérapeutes ayant choisi d'œuvrer à l'écart du secteur public, pour des raisons parfois financières, faute d'un poste à temps complet, mais aussi, bien souvent, afin d'y trouver une clientèle plus diversifiée et soustraite aux rapports de force propres aux hôpitaux¹.

Car la pratique privée, de fait, permet, avec la bénédiction de la Corporation, de mieux mettre en valeur de nouveaux domaines (ou marchés) d'application de la psychothérapie. L'aspiration à reculer les frontières de la pratique s'accompagne par ailleurs d'une rhétorique qui cherche à estomper les frontières entre les problèmes typiques du monde sanitaire et un plus large spectre de difficultés personnelles, du conflit conjugal à la dépression et à la dysfonction sexuelle, qu'on veut attirer en consultation. Les psychologues en privé vont ainsi bien plus loin que leurs consœurs hospitalières dans le contournement des créneaux classiques de la « maladie mentale ». Présentées, dans les brochures de la Corporation, comme les « spécialistes des problèmes personnels » et du « bien-être psychologique », les psychologues en privé prônent, au début des années 1980, une prise en charge dite non sanitaire (démédicalisée, en fait), moins menaçante, des problèmes humains, rendue possible par de nouvelles approches humanistes ou comportementales applicables à une plus vaste gamme de situations. La stratégie, soutenue par la vogue des publications grand public de « psychologie populaire », porte fruit puisque, à la fin de la période, les

¹ *Bulletin de la CPPQ*, 2, 9 (septembre 1970) : 8; 2, 10 (octobre 1970) : 3; *Cahiers du psychologue québécois*, 5, 2 (février 1984) : 1-2; 5, 4 (juin 1984) : 7; *Psychologie Québec*, 1, 4 (octobre 1984) : 8-9; 4, 4 (septembre 1987) : 4; 5, 1 (janvier 1988) : 4; 9, 2 (mars 1992) : 1. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1975, p.8; 1976, p.31; 1977, p.2; 1979, p.22; 1982, p.5; 1983, p.12; 1984, 19; 1985, p.5, 10, 16; 1987, p.8, 18; 1988, p.7; 1989, p.21.

principaux motifs de consultation des patients en privé sont des problèmes d'estime de soi, d'anxiété et de dépression dont l'admissibilité en psychologie hospitalière demeure encore hypothétique².

Stimulée par ces horizons élargis, la pratique privée confirme la primauté de la psychothérapie individuelle en psychologie. L'extension à des clientèles encore peu ratissées implique cependant des défis inédits, comme en témoigne l'implantation tâtonnante des normes éthiques applicables aux cas de problèmes sexuels. Aussi, en l'absence de psychiatres, l'emploi d'un diagnostic formel, qui fait l'objet d'une telle concurrence dans les hôpitaux, devient facultatif et, en 1986, n'est plus utilisé que par un peu moins du tiers des psychologues en privé³. Même si elle continue de se présenter comme une « thérapeutique », la psychothérapie privée minimise ainsi ses attributs les plus typiquement sanitaires, avec lesquels elle ne renouera qu'au cours de la période suivante.

Ce qui demeure tout de même une thérapie, malgré ce rapport ambivalent aux étiquettes sanitaires, trouve en privé les conditions d'un renouvellement foisonnant qui consolide l'originalité de la pratique psychologique par rapport à la psychiatrie. Plusieurs psychologues s'approprient en effet de nouvelles approches de la psychothérapie en suivant les enseignements d'une kyrielle d'organismes privés, non universitaires, qui se forment en un fructueux marché de la formation privée. Institut canadien de la psychanalyse, Association scientifique de modification du comportement, Association québécoise de Gestalt, pour n'en retenir que des versions locales, dispensent tous des modèles conceptuels et pratiques pour l'interprétation des problèmes humains et leur prise en charge par la psychothérapie. Les formatrices, le plus fréquemment des psychologues

² *Cahiers du psychologue québécois*, 2, 5 (1980) : 9-10; v. 4, 1 (1982) : 35; 5, 4 (juin 1984) : 10; 2, 5 (1980) : 9; 3, 6 (1981) : 20; *Psychologie Québec*, 1, 3 (août 1984) : 4; 2, 1 (février 1985) : 1-4; 10, 1 (janvier 1993) : 1; v. 11, 5 (septembre 1994) : 16-19. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1982, p.4; 1985, p.5; 1988, p.6. Hans Fleury, *op.cit.*, p.2.

³ *Psychologie Québec*, 1, 4 (octobre 1984) : 4-5; 3, 1 (janvier 1986) : 4; 4, 5 (septembre 1987) : 5; 4, 6 (novembre 1987) : 1; 5, 1 (janvier 1988) : 3.

elles-mêmes, sont très souvent issues du milieu hospitalier. Inspirées de courants étasuniens et européens, les diverses approches forment un ensemble bigarré mais respectent le fondement propre de la psychothérapie, soit l'exercice thérapeutique d'un dialogue destiné à jeter un regard réflexif sur les brisures de la psyché. On peut, à titre indicatif, en évoquer les avatars les plus populaires. L'approche dite « cognitive-behaviorale » diffusée sous plusieurs formes, comme la thérapie brève de Beck, présente les problèmes humains comme le fruit d'une construction erronée de la réalité, qu'il importe de rectifier par une thérapie qui, en se fondant sur une taxonomie des « schèmes » fautifs, doit faire prendre conscience des déterminants inconscients de comportements comme la dépression, la colère ou l'excès de stress. À sa façon, la Gestalt, une approche phénoménologique issue d'un dialogue avec la psychanalyse, se fonde elle aussi sur une typologie des causes inconscientes, en l'occurrence des « résistances », que la thérapie doit permettre de surmonter par le recours à l'expressivité ou à des transferts intersubjectifs entre le patient et son thérapeute⁴.

Ces approches, qui ne craignent pas le syncrétisme, se multiplient pour l'essentiel hors de l'université, ce qui ne va pas sans inconvénient. Bien qu'elles donnent une substance aux aspirations cliniques de plusieurs psychologues et fassent corps autour de la psychothérapie, leur hétérogénéité fait craindre pour l'unité de la profession. Du point de vue de la défense du statut professionnel, cependant, leur faiblesse la plus évidente tient à ce que, formulées et diffusées hors de tout cadre réservé, ces « approches » sont aisément accessibles à d'autres groupes, ce qui en réduit le caractère distinctif⁵. Cette disponibilité des approches

⁴ Sur un registre différent, on pourrait évoquer les activités de la Société québécoise d'hypnose, qui compte aussi des médecins et des dentistes mais dont les principaux animateurs, à la fin des années 1980, sont des psychologues de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Université Concordia. *Bulletin de la CPPQ*, 5, 2-3 (mars 1973) : 16-17 ; *Psycho-nouvelles*, 18 (c. décembre 1976) : 1 ; *Cahiers du psychologue québécois*, 2, 4 (1980) : 19, 25-27 ; 3, 4 (1981) : 27-33 ; *Psychologie Québec*, 3, 4 (juillet 1986) : 4 ; 5, 6 (novembre 1988) : 4 ; 6, 1 (janvier 1989) : 6 ; 6, 5 (septembre 1989) : 6 ; 7, 3 (mai 1990) : 12, 15 ; 7, 4 (juillet 1990) : 6-7 ; 9, 4 (juillet 1992) : 6 ; 12, 4 (juillet 1995) : 14. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1983, p.32 ; 1987, p.18.

⁵ C'est aussi le constat du sociologue Marcelo Otero qui, plus attaché à une analyse strictement épistémologique, souligne comment, après 1980, son extension à de nouveaux objets

sur le marché privé de la formation ouvre en effet toutes grandes les portes à des concurrents non psychologues qui, ayant suivi les mêmes formations, se déclarent psychothérapeutes et fondent leurs propres cabinets. La compétition, qui s'intensifie après 1980, vient parfois de professionnels déjà constitués en groupes comme les omnipraticiens, les travailleuses sociales ou les conseillers en orientation, comme elle vient aussi d'individus au statut moins net. Elle est également le fait de groupes en voie de constitution qui trouvent dans la psychothérapie une voie intéressante, comme c'est le cas, par exemple, de « sexothérapeutes » regroupés autour du département de sexologie de l'UQÀM et d'organismes privés comme le Collège des sexothérapeutes spécialistes, et dont certains mettent au point, à partir de la fin des années 1960, leur propre approche psychothérapeutique des « significations intrapsychiques » de la sexualité⁶.

Cette circulation apparemment sans entrave des savoirs psychothérapeutiques soulève évidemment l'inquiétude dans les rangs des psychologues, qui craignent tant la concurrence économique des nouveaux venus que la dévaluation de la psychothérapie et des compétences qui y sont associées ; en 1973, le risque est même rendu évident par le projet (avorté) d'une technique collégiale en psychothérapie au cégep André-Laurendeau. Plusieurs thérapeutes se plaignent d'ailleurs amèrement des psychologues formateurs qui dispensent leur enseignement à des non psychologues. L'enjeu, d'importance, justifie l'action de la Corporation qui ne peut toutefois engager que de maigres moyens, comme la mise sur pied d'un processus d'accréditation des membres formés à la psychothérapie et un lobby continu pour dénoncer le nombre croissant

se paie de ce qu'il appelle une « dévaluation épistémologique » de la psychothérapie, v. Marcelo Otero, « Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec », *Sociologie et sociétés*, 32, 1 (2001) : 214-215.

⁶ *Cahiers du psychologue québécois*, 1 (1978) : 26-28 ; 2, 4 (1980) : 17-18 ; *Psychologie Québec*, 1, 4 (octobre 1984) : 12 ; 1, 5 (décembre 1984) : 8 ; 5, 2 (mars 1988) : 6-7 ; 5, 6 (novembre 1988) : 10 ; 6, 1 (janvier 1989) : 19 ; 6, 3 (mai 1989) : 12 ; 7, 1 (janvier 1990) : 16 ; 7, 3 (mai 1990) : 13 ; 8, 1 (janvier 1991) : 13. V. André Dupras et Hélène Dionne, « L'émergence de la sexologie au Québec », *op.cit.*

d'omnipraticiens qui offrent des psychothérapies « gratuites » facturées à la RAMQ⁷.

Malgré sa faible spécificité, la psychothérapie, telle qu'étoffée en privé se fait tout de même le principal véhicule des aspirations des psychologues dans les années 1970 et 1980. Largement lancée des services hospitaliers, c'est donc en privé que la psychothérapie individuelle trouve d'abord le mieux à s'épanouir et à se pourvoir de fondements diagnostiques et interprétatifs originaux. Par effet de retour, cet approfondissement de la pratique fertilise à terme les hôpitaux, par le truchement de formations ou de l'expérience glanée en privé, à temps partiel, par des thérapeutes hospitalières.

Ces apports du privé à la pratique sanitaire santé sont doubles. D'une part, les vocabulaires employés en privé, une fois transposés à l'hôpital, servent de vecteurs à l'introduction de nouveaux objets d'intervention. À l'hôpital Saint-Luc, entre 1980 et 1985, l'introduction d'approches comportementales et de « thérapie-réalité » confère une prééminence nouvelle aux psychothérapies de support et, au Centre psychiatrique de Roberval, dans les mêmes années, l'introduction de nouvelles méthodes justifie d'enrôler les travailleuses sociales dans un repérage « des dimensions importantes pour l'évolution de son client⁸ » pour le référer en psychothérapie.

D'autre part, l'approfondissement du vocabulaire diagnostique ravive chez des psychologues hospitalières l'espoir d'une prise plus ferme sur les clientèles qu'elles côtoient déjà. En 1982, dans les pages des *Cahiers du psychologue québécois*, des psychologues hospitalières, dépitées de ce que les diagnostics « psychiatriques » appris à l'université ne fassent d'elles que des « sous-médecins » peu autonomes, disent trouver dans les approches destinées à la

⁷ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1974, p.5; 1977, p.7; 1979, p.27. *Bulletin de la CPPQ*, 5, 8-9 (septembre 1973) : 6-7; *Psychologie Québec*, 3, 2 (mars 1986) : 6; 3, 5 (septembre 1986) : 4; 12, 6 (novembre 1995) : 11.

⁸ *Psychologie Québec*, 1, 3 (août 1984) : 4; 2, 1 (février 1985) : feuillet inséré.

psychothérapie privée leurs meilleures chances de renouveau. Cet état d'esprit est bien exprimé par la chef des services psychologiques de l'hôpital de Valleyfield qui, ébranlée par les conflits qui secouent son service, déplore que « le psychologue est bien s'il est dans la manche du médecin [,] mais en médicalisant son approche... délaisse l'exercice de sa profession⁹ ». La même praticienne présente d'ailleurs comme un évènement important la parution, en 1979, d'un rare ouvrage québécois destiné aux cabinets privés de psychothérapie, intitulé *L'auto-développement* et dont les auteurs psychologues ont, pour la première fois selon elle, « pris le temps... de cerner véritablement une approche psychologique de la personne sans pour cela être contaminés par le médical¹⁰ ».

La réadaptation physique et ses variances

La bifurcation de plusieurs psychologues vers une psychothérapie privée éclatée mais autonome a ainsi largement partie liée avec le monde hospitalier, avec lequel elle continue d'entretenir des échanges continus d'idées et de personnel. Un tel co-développement, dont la Corporation des psychologues saisit vite l'intérêt pour la profession entière, trouve son équivalent, à la même époque, chez les physiothérapeutes. Comme il s'agit d'univers bien différents, on dressera, avant d'arriver au fait, un panorama général qui nous ramène aux professions de réadaptation physique afin de bien souligner ce que la situation particulière des physiothérapeutes a d'analogie à celle des psychologues.

Après 1970, comme on l'a évoqué, les paramédicales de réadaptation physique profitent de la relative atténuation de la présence médicale pour peupler leur autonomie neuve de pratiques plus étendues. Ces avancées, dans un premier

⁹ *Cahiers du psychologue québécois*, 2, 5 (1980) : 24-26.

¹⁰ *Cahiers du psychologue québécois*, 2, 5 (1980) : 24-26 ; 4, 3 (1982) : 13-15 ; 4, 4 (octobre 1982) : 6). Il s'agit de l'ouvrage de Jean Garneau et Michèle Larivey intitulé *L'auto-développement. Psychothérapie de la vie quotidienne*, Outremont, Ressources en développement, 1979, 332p.

temps, sont toutefois plus nettes chez les orthophonistes et les ergothérapeutes ; bien que les physiothérapeutes étendent aussi leurs horizons, leurs entreprises demeurent plus fragiles, notamment là où la prise médicale reste plus affirmée.

À la fin des années 1970, les exemples d'une forte extension des activités des paramédicales de réadaptation physique sont nombreux. Après de leurs patients aphasiques, les orthophonistes délaissent les fastidieux exercices d'articulation pour des programmes plus ambitieux, tandis que les ergothérapeutes s'engagent auprès des enfants dans des interventions sur les plans moteur, sensoriel et perceptif qui leur permettent, comme au Centre Cardinal-Villeneuve, de voir croître leur clientèle malgré la stagnation des références médicales. Sur le plan des intentions, en fait, les physiothérapeutes ne sont pas en reste : en 1981, à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, elles manifestent à l'égal des ergothérapeutes des compétences novatrices développées en clinique auprès des cas neurologiques ou de pathologie du rachis¹¹.

Toutes rencontrent des obstacles. Ces difficultés se concentrent dans certains établissements ou auprès de certaines clientèles ; or, ces foyers de résistance éprouvent chaque groupe différemment. À l'IRM, par exemple, les orthophonistes ont ainsi accès à des consultations externes fermées aux autres paramédicales¹². Et, le plus souvent, cet impact différencié des contraintes joue au détriment des physiothérapeutes. Spécialistes des problèmes musculaires et squelettiques, celles-ci sont en effet affectées aux tâches les plus directement assujetties à l'autorité des médecins. À l'IRM, quand les physiatres lancent un projet propre à consolider leur propre statut, ils envisagent un service de

¹¹ Archives de l'Université de Montréal, boîte 5954, dossier « Stages Notre-Dame », Anonyme (cliniciennes de l'hôpital Notre-Dame de Montréal), 1981, p.i-ii, 4, 7. Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1979, p.11 ; 1980, p.11 ; rapport annuel du Centre François-Charon, 1989, p.13. Centre François-Charon, *Le Centre François-Charron vous accueille, op.cit.* ; *Programmation fonctionnelle et technique du CFC, op.cit.*, p.2-3, 25 ; *Communications de la journée scientifique, op.cit.*, section II, p.4, section IV, p.1-3.

¹² Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1973 ; 1974 ; 1977 ; 1985, p.13-15 ; 1992, p.7.8. Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d'échange clinique sur l'implantation du programme de rééducation fonctionnelle*, Montréal, IRM, 1989, p.3.1.

paraplégie précisément caractérisé par l'emploi intensif de physiothérapeutes supervisées de près ; encore à la fin des années 1980, cette clientèle, dont le traitement est très inféodé à la médecine, est corrélée à l'usage de physiothérapeutes plus que de toute autre paramédicale¹³.

Auprès de clientèles plus ouvertes aux extensions paramédicales, les physiothérapeutes tirent certes leur épingle du jeu, mais dans une mesure moindre que leurs consœurs. En paralysie cérébrale, bien que l'on trouve tôt des physiothérapeutes au premier rang des initiatives en faveur d'approches plus qualifiantes, comme l'organisation, en 1975, d'une école d'été de la méthode Bobath au Centre Cardinal-Villeneuve, les gains d'autonomie auprès de cette clientèle demeurent surtout propres à d'autres professions comme l'ergothérapie, qui tient le haut du pavé en matière d'aptitudes physiques, de positionnement et d'entraînement aux activités quotidiennes¹⁴.

Tout aussi mitigées sont les retombées de la forte croissance de clientèles pourtant typiques des physiothérapeutes, comme les maux de dos et les blessures orthopédiques. Bien que des services accrus à ces clientèles, après 1975, ouvrent la porte à l'implantation de nouvelles pratiques, leur développement, s'il favorise l'embauche de plusieurs physiothérapeutes supplémentaires, contribue peu à étendre leur autonomie ou leur champ d'action. Encore une fois, ces

¹³ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1969, p.1; 1970, p.1, 7; 1974; 1977; 1992, p.3. Archives de l'Institut de réadaptation de Montréal, dossier « CH Reine-Marie », lettre de M. Dubé à M. Foster, 11 juillet 1972 ; dossier « MAS – Institut – Queen Mary – Paraplégiques », lettre de M. Willmore à M. Roy, 2 mai 1974. Institut de réadaptation de Montréal, *Séminaire sur les personnes blessées médullaires*, Montréal, IRM, 1987, p.39-43 ; *Orientations 1991-1995*, Montréal, IRM, 1991, p.2 ; Centre des paraplégiques de Montréal, *op.cit.*, p.3-4.

¹⁴ Ou encore l'orthopédagogie affectée, plutôt que l'orthophonie d'ailleurs, à l'enseignement du système de communication Bliss. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Module de réadaptation sociale, op.cit.*, annexe, p.2; Centre Cardinal-Villeneuve, *Symposium sur l'infirmité motrice cérébrale*, Québec, CCV, 1975, 8p. ; *Programme de déficience motrice cérébrale*, Québec, CCV, 1990, p.10 ; *Programme des myélopathies*, Québec, CCV, 1990, p.10 ; Centre de réadaptation de Québec, *op.cit.*, p.12 ; Centre François-Charon, *Le Centre François-Charon vous accueille, op.cit.* ; *Communications de la journée scientifique, op.cit.*, section VI, p.i-ii, 1-3, section IX. Rapport annuel du Centre François-Charon, 1982, p.10; 1983, p.12-13 ; rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1975, p.8-12.

développements favorisent surtout l'insertion d'autres groupes de paramédicales dans des secteurs naguère propres aux physiothérapeutes.

C'est le cas des services destinés aux patients souffrant de maux de dos. Après 1978, ces services se généralisent dans les centres de réadaptation qui y canalisent la lucrative clientèle des tiers payeurs publics, comme la CSST et la RAAQ, grâce à des ententes de services qui donnent une nouvelle vie à des unités de soins orthopédiques. Des remaniements à ces ententes élargissent ensuite le mandat des équipes et diminuent la prééminence des médecins sur les diagnostics et le traitement. Mais l'émancipation de chaque thérapeute dépend en réalité de sa capacité concrète à se distancier du médecin, une tâche plus difficile pour les physiothérapeutes. Au Centre François-Charon, entre 1980 et 1985, l'introduction de tests de simulation de tâches, comme le Valpar et le Baltimore Therapeutic Equipment, permet aux ergothérapeutes de diversifier leur activité par des programmes sur l'«hygiène de posture», la protection articulaire et la conservation d'énergie ; des psychologues implantent pour leur part un fort volet psychosocial relatif au contrôle de la douleur, avec des outils d'évaluation comme le Back Depression Inventory, qui entraînent même des références en psychothérapie¹⁵. Par contraste, la physiothérapie continue de s'y présenter comme une modalité au service des médecins qui conservent l'initiative de la définition physique des maux de dos¹⁶. Dominées précisément au sujet de leurs objets les plus caractéristiques, les physiothérapeutes deviennent les paramédicales dont la spécificité est la plus problématique. Quant aux nouveaux objets auxquels elles peuvent étendre leur expertise, elles en partagent le plus souvent la connaissance et les outils d'évaluation avec d'autres : les classes

¹⁵ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1980, p.2 ; 1981, p.7; 1982, p.9; 1984, p.16-18; 1985, 21, 26-28, 36; 1986, p.22 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1971, p.11; 1972, p.23-24; 1974, p.42-43; 1979, p.2.11-12 ; rapport annuel du Centre François-Charon, 1982, p.25 ; 1983, p.10; 1989, p.3; 1993, p.3; 1994, p.6. Centre François-Charon, *Communications de la journée scientifique, op.cit.*, section VII, section IX, p.1, 5, section XI, p.6-9. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Programme de rééducation et d'évaluation des travailleurs souffrant de maux de dos chroniques, op.cit.*, lettre de E. Schwartz à L.-G. Cloutier, 24 août 1987.

¹⁶ En s'imposant notamment comme les animateurs des formations continues sur le sujet.

d'hygiène posturale et de contrôle de la douleur sont ainsi co-animées avec des ergothérapeutes, les classes de relaxation avec des psychologues, et leurs principaux outils d'évaluation, du dynamomètre à la batterie Cyriax, sont aussi maîtrisés par les éducateurs physiques et les ergothérapeutes¹⁷.

Ainsi, tandis que les services typiques des physiothérapeutes ne s'étendent qu'au bénéfice d'autres groupes, elles-mêmes s'éloignent peu de l'autorité médicale. La situation est comparable dans les unités de blessures orthopédiques. Les physiothérapeutes s'y voient d'emblée encadrées par les directives médicales : même au CR Lucie-Bruneau, pourtant le moins favorable à l'autorité des médecins, il est lourdement rappelé, en 1979, que la physiothérapeute ne fait que « participer » au « diagnostic médical... sur référence médicale [et] en conformité avec les exigences médicales¹⁸ » ; au CR Constance-Lethbridge, favorable aux paramédicales, la physiothérapie est également dépendante du psychiatre qui a charge tant des affectations que du choix des interventions et de la formation continue. En un sens, cette proximité présente l'avantage d'assurer aux physiothérapeutes un afflux régulier de références médicales : entre 1978 et 1982, les coupures budgétaires qui sévissent au Centre Cardinal-Villeneuve frappent ainsi moins durement la clientèle plus classique et assurée des physiothérapeutes que les programmes plus jeunes lancés par d'autres paramédicales. Cet ancrage au cœur du domaine médical éloigne par contre la physiothérapie des territoires qui restent à coloniser : dans le même centre, après 1985, l'extension des mandats favorise ainsi surtout l'appropriation d'objets neufs par les ergothérapeutes ou les

¹⁷ *Ibid.* Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1986, p.18 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1979, p.2.7-8; 1983, p.27; 1985, p.39-40, 46; 1989, 13; 1990, 6, 13, 18; 1991, 5. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme de rééducation et d'évaluation des travailleurs aux prises avec des maux de dos chroniques*, Montréal, CRLB, 1989, p.3-9 ; *Les rôles et fonctions du médecin au sein du programme PRETS*, Montréal, CRLB, 1989, non paginé ; *Activités reliées à l'atteinte des objectifs*, Montréal, CRLB, [1989], p.10-13 ; Yves Lardon, *Programme d'intégration dans la communauté*, rapport de stage, Montréal, CRLB, 1997, p.15 ; Commission de la santé et de la sécurité au travail, *Programme de rééducation et d'évaluation des travailleurs souffrant de maux de dos chroniques*, Québec, CSST, 1989, p.3, 6-8, 14-18.

¹⁸ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Module de réadaptation sociale*, *op.cit.*, annexe, p.3.

psychosociales grâce à l'admission de clientèles nouvelles moins directement calibrées pour la physiothérapie¹⁹.

Physiothérapie : du parrainage psychiatrique au marché privé

De 1970 à 1988, les physiothérapeutes profitent ainsi peu de l'éloignement médical qui, pour elles, demeure bien relatif. Leur embauche et le contenu de leur travail demeurent intimement dépendants d'un cadre défini par les médecins. Dans ce contexte, la plupart ont du mal à imposer leur propre capacité à définir certains problèmes dont elles auraient la charge. Tout au plus la prévention des maux de dos, en CLSC ou ailleurs, fournit-elle dans certains milieux l'opportunité de jouer un rôle plus distinctif, mais d'ampleur limitée²⁰. De manière générale, les physiothérapeutes peinent, dans l'ombre des diagnostics médicaux, à jouer auprès des patients un rôle vraiment décisionnel auquel, d'ailleurs, elles n'aspirent pas toutes.

Quoi qu'il en soit des aspirations personnelles, les inconvénients concrets d'un statut peu qualifié dans l'univers professionnalisé de la santé se font vite évidents. Après 1969, l'arrivée sur le marché des techniciennes en réadaptation physique (TRP), formées dans les cégeps à un rôle comparable à celui des

¹⁹ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme de réadaptation physique externe*, Montréal, CRLB, 1987, p.1-2; *Programme de réadaptation fonctionnelle pour personnes amputées*, Montréal, CRLB, 1991, 20p.; *Programme de réadaptation pour les personnes présentant une pathologie du système locomoteur*, Montréal, CRLB, 1993, p.9; *Programme des personnes présentant une pathologie du système locomoteur*, Montréal, CRLB, 1994, p.5-6; *Programme cadre de rééducation fonctionnelle*, *op.cit.*, p.1-2; Centre François-Charon, *Communications de la journée scientifique*, *op.cit.*, section I, p.2-3; Yves Lardon, *op.cit.*, p.15. Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1978-1982; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1974, p.2; 1977, p.44-45; 1978, p.15, 21; 1979, p.17; 1980, p.1; 1984, 6-7, 16, 21-23; 1985, p.26; 1986, p.18; rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1983, p.15-16; 1984, p.18-19, 23; 1985, p.24; 1987, p.15, 18; 1988, p.3, 9, 14; 1989, p.3, 12-13; 1990, p.12-13; 1991, p.14.

²⁰ *Physio-Québec*, 2, 4 (septembre 1977) : 6; 5, 3 (septembre 1980) : 6, 16; 8, 3 (septembre 1983) : 17-18; 8, 4 (octobre 1983) : 12; 9, 2 (juin 1984) : 23; 14, 4 (mars 1990) : 14; 15, 3 (décembre 1990) : 14-15; 19, 2 (décembre 1994) : 18.

physiothérapeutes, menace la pérennité même de la profession. En fait, une telle concurrence n'est pas nouvelle : héritage de l'emploi généralisé des machines dans l'après-guerre, les physiothérapeutes côtoient depuis longtemps des aides infirmiers ou des techniciens d'hôpitaux qui, « du fait de leur ancienneté », dirigent même parfois des physiothérapeutes diplômées, au grand dam de ces dernières. L'afflux de techniciennes diplômées des collèges, déjà au nombre de 340 en 1979, donne cependant une autre ampleur à cette concurrence. Souvent malaisée, la cohabitation avec les techniciennes irrite d'autant plus que, tout au long des années 1970, les ministères de l'Éducation et des Affaires sociales tâtent ouvertement le terrain pour une éventuelle fermeture des programmes universitaires de physiothérapie au profit de la seule formation collégiale, ce qui suscite des échanges acrimonieux²¹.

Au fil des années, la communauté physiothérapique en vient cependant à considérer ces accrochages pour ce qu'ils sont : une péripétie dans la lutte de plus en plus frontale avec les médecins physiatres, que plusieurs thérapeutes jugent responsables de leur statut professionnel déprécié et qui sont d'ailleurs les employeurs les plus enthousiastes des nouvelles TRP.

Au début de la période, les physiatres jouissent d'une position dominante auprès des clientèles musculo-squelettiques. En plus de tenir des positions de direction dans les établissements, comme l'IRM, qui dispensent des soins physiques en interne, plusieurs physiatres ouvrent, entre 1965 et 1975, des cliniques privées qui captent une large part la clientèle externe en employant tant

²¹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.5-7, 26; 1976, p.11; 1978, p.26, 66; 1979, p.10, 27, 67; 1980, p.9, 31; 1981, p.18; 1986, p.6; rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1982, p.12. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5938, dossier « Correspondance CPPQ », lettre de M. Rivest à R. Lamarche, 7 novembre 1980; boîte 5940, Andrée Forget, *Commentaires sur le projet de position ministérielle sur l'OSS*, Montréal, École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1979, p.3, 7; Andrée Forget, *Rapport au Groupe de travail...*, *op.cit.*, p.21, 31. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *Commentaires présentés au ministre de l'Éducation dans le cadre du forum de consultation sur l'avenir de l'enseignement collégial*, Montréal, OPPQ, 2004, p.5. *Physio-Québec*, 1, 2 (janvier 1976) : 2; 1, 7 (novembre 1976) : 2; 2, 2 (avril 1977) : 3; 2, 4 (septembre 1977) : 7; 2, 5 (décembre 1977) : 6; 3, 4 (décembre 1978) : 6; 5, 2 (juin 1980) : 4; 5, 3 (septembre 1980) : 5.

des physiothérapeutes que des TRP. Dépendantes des références médicales, les physiothérapeutes hospitalières peinent ainsi à accéder directement à cette clientèle externe en croissance. Comme en psychologie, on pourrait énumérer longtemps les conflits opposant physiothérapeutes et médecins psychiatres sur le contrôle des références. En 1977, dans les cliniques de la CAT et à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, les physiothérapeutes se plaignent du passage obligé des patients par le bureau du médecin, qui empêche la physiothérapeute « de choisir et d'élaborer un plan de traitement²² ».

L'accrochage le plus célèbre est toutefois le cas de l'IRM, qui voit s'affronter psychiatres et paramédicales jusque devant les tribunaux. Devant le refus de physiothérapeutes de se limiter au contenu des prescriptions médicales, la direction de l'Institut, en 1976, signifie par écrit aux paramédicales qu'elles sont soumises « au respect de l'ordonnance médicale » dont on précise qu'elle comprend « le choix du traitement et le choix de la modalité de traitement²³ ». L'opposition persistante des intéressées pousse finalement l'Institut à soumettre le litige à la Cour supérieure ; bien que le tribunal tranche, en 1981, en faveur de l'établissement et des médecins, l'épisode aura poussé les corporations des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes-audiologistes à faire front commun pour défendre le droit à modifier les prescriptions et condamner publiquement les « multiples intimidations » des psychiatres comme leur prétention à « imposer aux physiothérapeutes une prescription détaillée qui peut être nuisible [au] bénéficiaire²⁴ ».

²² *Physio-Québec*, 2, 2 (avril 1977) : 1 ; 2, 4 (septembre 1977) : 8. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire sur le projet de règlement de la Loi sur la santé et les services sociaux, chapitre S-5*, Montréal, CPPQ, 1983, p.6-7 ; Centre de réadaptation de Québec, *Rapport du comité consultatif...*, *op.cit.*, p.19-20.

²³ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1977, p.19 ; 1981, p.7-10, 84-86 ; 1982, p.6.

²⁴ *Physio-Québec*, 1, 7 (novembre 1976) : 3.

Comme en psychologie, ce climat s'accompagne, après 1975, d'un fort glissement vers les cabinets privés : de 1975 à 1987, la proportion des membres de la Corporation travaillant en privé passe de 15 à 24,5%, pour une hausse d'une centaine à près de 400 thérapeutes. Fait significatif, ce virage semble moins motivé par des causes économiques qu'en psychologie, et les thérapeutes se concentrent dans les cliniques, souvent jeunes, qui appartiennent à des physiothérapeutes plutôt qu'à des médecins ; comme en psychologie, plusieurs thérapeutes se consacrent au privé à temps partiel tout en travaillant en parallèle dans les hôpitaux²⁵. Comme en psychologie aussi, les thérapeutes engagées en pratique privée reçoivent l'appui de leur corporation, qui fait notamment la chasse aux cliniques concurrentes qui se réclament de la physiothérapie sans en détenir les diplômes. Pour la Corporation, la multiplication des cliniques tenues par des physiothérapeutes prend un sens très politique : en mettant des patients en contact direct avec des physiothérapeutes non supervisées, la présence accrue en privé rend selon elle caduque l'argument de l'Office des professions selon lequel le titre réservé suffit à garantir la qualité des soins. Pour les officières de la Corporation, une présence notable en privé devrait donc suffire pour obtenir un monopole légal sur la pratique, de la même manière que d'autres praticiens actifs en privé comme les audioprothésistes²⁶.

La pratique privée donne aussi une nouvelle dimension à la lutte pour les références. Le conflit, en privé, se déplace vers la question de la couverture des soins par le programme public d'assurance-maladie. La RAMQ, en effet, ne rembourse que les soins dispensés ou supervisés par les médecins, ce qui nuit aux cliniques tenues par des physiothérapeutes et favorise les cliniques de physiatres dont les employées physiothérapeutes et TRP prodiguent en fait des traitements

²⁵ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1975 ; 1976, p.35 ; 1977, p.54 ; 1980, p.8 ; 1985, p.8 ; 1987, p.6. *Physio-Québec*, 5, 3 (septembre 1980) : 6 ; 12, 4 (décembre 1987) ; 16, 4 (printemps 1992) : 5. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire sur l'avant-projet de loi modifiant le Code des professions*, Montréal, CPPQ, 1993, p.9.

²⁶ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1975 ; 1976, p.10 ; 1977, p.17 ; 1981, p.30 ; 1983, p.5 ; 1984, p.6 ; 1985, p.24 ; 1986, p.4, 20-21.

comparables, mais couverts par l'assurance en raison de la présence du médecin. Or, il s'avère vite que plusieurs physiatres n'exercent qu'une supervision bien lointaine ou indirecte de leurs thérapeutes, tout en facturant comme actes médicaux chacun des soins dispensés simultanément par toutes leurs employées. La Corporation des physiothérapeutes s'insurge contre cette pratique de facturation, par laquelle des médecins profitent, sans la reconnaître, de l'autonomie de fait de « leurs » thérapeutes tout en maintenant leur prise sur le flux des références – et les profits afférents. La RAMQ elle-même est consciente des coûts engendrés par ce mode de facturation et, en 1977, le lobby de la Corporation pousse le gouvernement provincial²⁷ à interdire aux médecins d'émettre une « double facturation », c'est-à-dire d'exiger du programme public la rémunération d'un acte médical pour le geste d'une physiothérapeute salariée.

Cet épisode témoigne de ce que la cause des thérapeutes en privé sert de locomotive à la défense de la profession toute entière. En refusant, pour des raisons monétaires, de financer le geste d'une physiothérapeute comme s'il s'agissait de l'acte de son superviseur médecin, le MAS reconnaît implicitement que la physiothérapeute, même lorsqu'elle agit sur prescription, n'est pas qu'un prolongement du médecin et que son action n'est pas un acte médical délégué comme le serait celui d'un technicien. En s'attaquant au déficit de compétitivité imposé à ses membres en privé, la Corporation s'attaque ainsi, explicitement, à la « philosophie de contrôle qui y est sous jacente²⁸ » et qui concerne aussi la pratique dans le réseau public. Dans l'immédiat, cependant, la décision gouvernementale de 1977 ne constitue qu'une victoire morale car elle ne corrige guère la situation : plusieurs cliniques médicales se contentent de congédier massivement leurs physiothérapeutes pour n'embaucher que des techniciennes travaillant sous les mêmes modalités qu'auparavant, tandis que le lobby politique

²⁷ Le 10 décembre 1976, le nouveau ministre péquiste des Affaires sociales, le médecin Denis Lazure, s'était lourdement engagé à agir en déclarant aux journalistes que « les physiothérapeutes ont toujours été exploités par les physiatres, et vous pouvez l'écrire en lettres majuscules ».

²⁸ *Physio-Québec*, 1, 7 (novembre 1976) : 2.

des médecins convainc finalement le MAS d'assouplir considérablement ses nouveaux critères de facturation²⁹.

Cette ostensible indifférence des physiatres à la distinction entre TRP et physiothérapeute donne de plus des munitions à l'Association des TRP elle-même, qui refuse la distinction puisque toutes ne font qu'« exécuter les ordonnances médicales³⁰ ». Ces mots sont particulièrement cinglants car ils tombent au moment même où les représentants des physiothérapeutes, tant de la Corporation que des universités, cherchent à convaincre l'État de ne pas abolir la formation universitaire en arguant précisément que la profession « exige un esprit d'analyse et de synthèse... qui déborde largement de l'application de techniques et de méthodes³¹ ». Dans cette lutte pour la survie du groupe, la Corporation saisit l'importance pour ses membres de préciser leur prise sur l'activité diagnostique. En 1979, elle professe que « le transfert de profession souhaité par les techniciens » ne sera évité que « si les physiothérapeutes savent faire évoluer leurs interventions » en y insérant la réalisation obligatoire de « l'évaluation initiale » et de l'établissement d'un plan de traitement, ainsi que l'emploi d'actes plus complexes : bref, il faut s'approprier ces choses qui « ne sauraient être

²⁹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.6-8, 16b; 1977, p.14, 50-52, 59-68; 1978, p.7, 21, 66-67; 1981, p.10, 18, 30; 1982, p.4; 1983, p.5, 17; 1984, p.5-6; 85,5-7, 20; 1986, 5-6. *Physio-Québec*, 1, 5 (juillet 1976) : 2, 6 ; 1, 7 (novembre 1976) : 2 ; 2, 1 (janvier 1977) : 1-2, 4 ; 2, 2 (avril 1977) : 7) ; 2, 3 (juin 1977) : 2, 6-7 ; 2, 4 (septembre 1977) : 7 ; 5, 3 (septembre 1980) : 6 ; 7, 2 (mai 1982) : 4-5 ; 9, 2 (juin 1984) : 3 ; 11, 3 (septembre 1986) : 6-7. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5938, dossier « Correspondance CPPQ », lettre de P. Girard à A. Forget, 6 août 1984, lettre de A. Forget à P. Girard, 9 août 1984. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire sur le projet de règlement...*, op.cit., p.4-6. *Réaction commune d'un groupe de dix corporations professionnelles*, 1983, p.12-14.

³⁰ Archives de l'Université de Montréal, boîte 5938, dossier « Correspondance CPPQ », communiqué de presse de l'Association professionnelle des techniciens en réadaptation physique du Québec, 30 octobre 1979.

³¹ Archives de l'Université de Montréal, boîte 5938, dossier « Correspondance CPPQ », lettre de A. Audy à la CPCOQ, 13 septembre 1979 ; boîte 5940, Andrée Forget, *Commentaires...*, op.cit., p.7. *Physio-Québec*, 1, 5 (juillet 1976) : 5 ; 1, 6 (septembre 1976) : 7-8 ; 2, 2 (avril 1977) : 2.

déléguées aux techniciens³² », un mot d'ordre relayé par la Corporation par le biais des inspectrices affectées, selon les dispositions du Code des professions, à l'évaluation des membres.

Comme en psychologie, les connaissances qui contribuent le mieux à ce renouvellement crucial des aptitudes diagnostiques sont diffusées en marge de l'université, et c'est d'abord en privé qu'elles imprègnent le plus profondément la profession. Comme dans le cas de la psychothérapie, le renouveau prend la forme d'« approches » variées, parfois excentriques, qui convergent cependant vers l'emploi d'une modalité commune : en l'occurrence, il s'agit de l'emploi thérapeutique du toucher. Les cliniques privées appartenant à des physiothérapeutes spécialisées dans les blessures sportives sont parmi les premières à introduire les nouvelles approches et, vers 1976, offrent aussi les premières occurrences d'un « diagnostic différentiel » des lésions physiques, en plus d'introduire de nouveaux objets d'intervention comme le « taping » ou le traitement de certaines blessures caractéristiques. Durant les années 1980, des cliniques de physiothérapie sportive, comme celle de la pionnière Karin Austin, une ancienne du Royal Victoria Hospital, approfondissent l'emploi de la « thérapie manuelle » et plus précisément des « techniques d'évaluation » qui mènent à des interventions sur les systèmes « neuromusculaire, articulaire ou circulatoire », un élargissement considérable des perspectives de la profession³³.

Là aussi, les « approches » se multiplient après 1980. Certaines émergent et se diffusent de leur propre mouvement, qui origine souvent de l'Europe francophone. L'une de ces approches est le Mézières, diffusée par l'Association

³² Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1979, p.10, 29.

³³ *Physio-Québec*, 1, 1 (1975) : 3-5 ; 1, 2 (janvier 1976) : 9-11 ; 1, 3 (février 1976) : 3 ; 1, 6 (septembre 1976) : 5 ; 3, 2 (juin 1978) : 18 ; 2, 1 (janvier 1977) : 11 ; 7, 2 (mai 1982) : 11 ; 12, 5 (février 1989) : 15 ; 14, 4 (mars 1990) : 12, 18 ; 15, 1 (juin 1990) : 25 ; 16, 2 (automne 1991) : 25 ; 16, 4 (printemps 1992) : 24 ; 19, 3 (février 1995) : 28 ; 19, 4 (avril 1995) : 17-20 ; 20, 3 (hiver 1995) : 27. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, p.27b ; 1975 ; 1976, p.32-33 ; 1977, p.37 ; 1980, p.42.

des physiothérapeutes méziéristes du Québec, fondée en 1980 et dont plusieurs membres sont issues de la pratique hospitalière, notamment des hôpitaux Saint-Luc et Sacré-Cœur de Montréal. Misant sur la palpation des corps, l'approche Mézières propose une méthode diagnostique fondée sur une représentation des rapports anatomiques et musculaires qui « sert de référence lors de l'examen » et permet d'attribuer les problèmes physiques à un « raccourcissement » des longueurs de telle ou telle chaîne musculaire, qui mène à une thérapie par la rééducation posturale. En parallèle, d'autres physiothérapeutes s'engagent dans l'apprentissage de l'ostéopathie, une discipline promue par les cercles d'études ostéopathiques et la Fondation canadienne pour l'enseignement et la recherche en ostéopathie, qui comptent des physiothérapeutes et quelques médecins. Comme le Mézières, l'ostéopathie propose un modèle d'interprétation des problèmes physiques vus comme la conséquence de dysfonctions dans la structure globale du corps, dont l'origine peut être bien éloignée du symptôme. En prenant comme objet la « structure » d'interdépendances entre l'ossature et la trame des tissus, cette approche identifie notamment les problèmes en termes de blocages ou de lésions qui nuisent à l'irrigation des tissus, problèmes identifiés par le toucher et l'observation avant d'être corrigés par des palpations choisies³⁴.

Une troisième approche, fondée aussi sur l'emploi diagnostique et thérapeutique du toucher, bénéficie de la sollicitude toute particulière de la Corporation. Il s'agit de la « thérapie manuelle », d'inspiration anglo-saxonne et principalement diffusée, en fait, par la Canadian Physiotherapists Association (CPA) qui, à partir de 1981, organise des formations continues promues par la Corporation. Ces séances, dont la gamme complète représente en tout 300 heures de formation, sont suivies par un grand nombre de physiothérapeutes : en 1987, 570 physiothérapeutes québécoises ont déjà complété les cours de base et 340 ont

³⁴ *Physio-Québec*, 7, 3 (septembre 1982) : 21 ; 9, 2 (juin 1984) : 32-34 ; 9, 3 (octobre 1984) : 6 ; 3, 4 (décembre 1978) : 16 ; 5, 1 (mars 1980) : 11 ; 5, 2 (juin 1980) : 9, 16-20 ; 9, 3 (octobre 1984) : 4 ; 10, 1 (avril 1985) : 7 ; 10, 4 (décembre 1985) : 21 ; 11, 1 (avril 1986) : 20-22 ; 11, 2 (juin 1986) : 18-19 ; 11, 3 (septembre 1986) : 11 ; 11, 5 (février 1987) : 13 ; 12, 4 (décembre 1987) : 9-10.

accédé aux formations plus avancées. Comme les autres approches, la thérapie manuelle envisage le corps comme un réseau d'interactions, les problèmes identifiables entraînant l'emploi du toucher à des fins de mobilisation et de manipulations diverses, pouvant aller jusqu'aux manipulations vertébrales. Jumelant, dans sa représentation globale du corps, un nouveau langage diagnostique à des avenues d'interventions distinctives, la thérapie manuelle suscite l'enthousiasme de la Corporation : en 1984, un vidéo, produit à l'initiative individuelle de Karin Austin et de son équipe, portant sur l'emploi de la thérapie manuelle auprès des maux de dos et qui en présente notamment les étapes d'évaluation et de planification du traitement, se mérite les éloges de la Corporation qui, dans son organe le *Physio-Québec*, y voit un acquis majeur qui « face aux médecins, ne peut que nous représenter comme de vrais professionnels!³⁵ »

Souples, ces diverses approches, qui ne sont pas sans parenté avec la chiropraxie, sont ouvertes aux syncrétismes avec d'autres techniques comme le Cyriax, le McKenzie néo-zélandais ou les mobilisations de Sohier, vouées à des problèmes plus spécifiques comme les douleurs dorsales ou articulaires. Malgré leur diversité, ces écoles ont toutes pour fondement un vocabulaire interprétatif qui confère au toucher un rôle à la fois diagnostique et thérapeutique : des ostéopathes expliquent d'ailleurs le vif intérêt des physiothérapeutes par le fait qu'elles « sont déjà intéressés par le fait de toucher les patients pour les tester et les traiter³⁶ ».

Diffusées hors des murs de l'université par des formatrices privées, qui appartiennent souvent à la profession, ces approches s'implantent également dans

³⁵ *Physio-Québec*, 9, 4 (novembre 1984) : 6 ; v. 2, 1 (janvier 1977) : 6 ; 9, 4 (novembre 1984) : 6 ; 10, 2 (juin 1985) : 11 ; 10, 4 (décembre 1985) : 5 ; 11, 5 (février 1987) : 14 ; 12, 4 (décembre 1987) : 4 ; 10, 3 (septembre 1985) : 22 ; 12, 1 (avril 1987) : 4 ; 14, 1 (juin 1989) : 16 ; 14, 2 (septembre 1989) : 20 ; 14, 3 (décembre 1989) : 23 ; 14, 4 (mars 1990) : 9 ; 15, 1 (juin 1990) : 12 ; 15, 3 (décembre 1990) : 5 ; 15, 4 (printemps 1991) : 14 ; 18, 2 (automne 1993) : 7-9, 17 ; 21, 3 (hiver 1997) : 21.

³⁶ *Physio-Québec*, 9, 2 (juin 1984) : 32-34.

les établissements publics, d'où avaient, en premier lieu, émergé les plus fortes aspirations à un renouvellement de la pratique. À l'IRM, dès 1977, des physiothérapeutes, de retour de formation continue, implantent les rudiments de l'approche Mézières et du massage du tissu conjonctif (qui enveloppe les organes et dont un massage adéquat doit susciter une réaction nerveuse bénéfique, une modalité commune à plusieurs approches manuelles); dites « plus précises » que « les méthodes conservatrices » des physiatres, ces techniques nouvelles ne sont peut-être pas étrangères à l'insubordination qui inquiète alors tant les physiatres de l'Institut. Au Centre François-Charon et au Centre Cardinal-Villeneuve entre 1979 et 1984, on voit la thérapie manuelle cohabiter plus paisiblement avec les modalités classiques, mais dans un cadre où le rôle des TRP, supplétif, paraît moins menaçant pour les physiothérapeutes³⁷.

Soutenue par la Corporation, l'implantation rapide des nouvelles approches n'est pas sans créer des remous au sein même de la profession. Des indices suggèrent l'existence de rivalités entre les différentes écoles – en 1987, un formateur en thérapie manuelle subit les foudres d'une ostéopathe pour avoir suggéré une parenté entre les approches. Avec le temps, un fossé se creuse aussi entre l'engouement clinique pour ces approches et une part du monde universitaire : tandis que les universités ne s'impliquent que tardivement, vers 1989, dans des cours de thérapie manuelle, des chercheurs se dressent contre le manque présumé de rigueur scientifique des nouvelles approches³⁸.

L'impact le plus visible des canaux de diffusion extra-universitaires de ces approches demeure toutefois, comme en psychothérapie, la concurrence, en privé

³⁷ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1979, p.14 ; 1980, p.14 ; 1982, p.4-5 ; 1984, p.5, 10 ; 1988, p.5. Centre François-Charon, *Le Centre François-Charron vous accueille, op.cit.* Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1978.

³⁸ On pourrait émettre l'hypothèse que l'émergence, tardive, de cette position critique correspond à la consolidation de l'autonomie disciplinaire des départements par rapport au reste de la profession. Il faudrait toutefois, dans ce cas, considérer l'absence apparente d'un mouvement similaire à l'égard de la psychothérapie au sein des départements de psychologie. *Physio-Québec*, 12, 4 (décembre 1987) : 4-8 ; 12, 5 (février 1988) : 4 ; 18, 3 (hiver 1993) : 5-8 ; 18, 5 (été 1994) : 15, 18.

d'une panoplie d'autres acteurs qui profitent eux aussi de l'accès ouvert aux formations. Outre des concurrents dispersés aux titres jugés factices (massothérapeutes, orthothérapeutes), on redoute aussi la compétition des chiropraticiens, mieux établis et aux prétentions plus sérieuses. Si la Corporation des physiothérapeutes reconnaît d'abord leurs compétences, elle adopte, après 1979, un discours plus acide, chaque groupe commençant à accuser l'autre d'empiéter sur sa juridiction. Après 1980, de manière générale, les diverses médecines douces s'imposent graduellement auprès du public, au point de se présenter, toujours en privé, comme des concurrentes encore plus redoutables que les physiatres³⁹.

Ces derniers perdent en effet beaucoup de leur prééminence sur le marché privé dans la seconde moitié des années 1980. Déjà en perte de vitesse en raison de leur faible nombre persistant, les physiatres propriétaires de cliniques voient, après 1987, leurs privilèges abolis après de nouveaux scandales, ce qui entraîne la fermeture de plusieurs cliniques. En 1986, une réforme des programmes de la CSST et de la RAAQ consolide aussi la position des cliniques tenues par des physiothérapeutes en leur facilitant l'accès aux clientèles de ces tiers payeurs⁴⁰. Combinés à leur capacité neuve à évaluer et traiter des cas de manière autonome, ce remaniement des cadres concrets de références et d'accès aux patients a un impact favorable sur la situation des physiothérapeutes en privé.

En guise d'épilogue, on peut évoquer la stagnation des objectifs proprement légaux de la Corporation des physiothérapeutes. On se souvient, en effet, que son soutien aux cliniques privées reposait sur la prémisse qu'une

³⁹ *Physio-Québec*, 1, 1 (1975) : 3; 1, 4 (mars 1976) : 10; 1, 6 (septembre 1976) : 8; 2, 1 (janvier 1977) : 3-4; 2, 4 (septembre 1977) : 7; 4, 1 (mars 1979) : 1-2; 4, 2 (août 1979) : 2; 12, 4 (décembre 1987) : 13; 16, 1 (été 1991) : 15; 14, 3 (décembre 1989) : 5. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1984, p.19; 1985, p.7; 1986, p.4-5,17; 1987, p.4-5.

⁴⁰ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1987, p.4; 1988, p.4. Comparer avec les physiothérapeutes ontariennes, Ruby Heap, *loc.cit.*, p.86-87.

généralisation en privé d'un accès direct au patient favoriserait l'obtention pour la profession d'un monopole de pratique ; encore en 1986, à une membre qui lui reproche d'accorder trop d'importance au privé, la présidente de la Corporation répond que du sort du privé dépend « une reconnaissance incontestée de notre autonomie professionnelle⁴¹ ». À terme, toutefois, cet objectif n'est jamais atteint. Il est cependant notable, et plus intéressant, de constater que cet échec légal n'entame guère les effets bénéfiques, pour la profession, des transformations concrètes survenues durant la période. Au contraire, ces transformations permettent à la profession d'anticiper sur les victoires légales à venir. Quand, en janvier 1990, les physiothérapeutes obtiennent sur papier non pas le champ exclusif mais ce que la Corporation appelle « l'accès direct », c'est-à-dire « l'habileté à évaluer un client qui se présente chez lui et à le référer » et donc de « traiter sans diagnostic médical », un sondage révèle que cette « habileté » est en fait déjà très fermement établie en clinique et que ce gain juridique incontestable traduit surtout un état de fait, 88% des répondantes déclarant plus tard que l'introduction formelle de ce droit n'avait changé ni leur pratique concrète, ni « le système de référence » sous lequel elles exercent⁴².

Au début des années 1970, les psychologues et les physiothérapeutes des milieux hospitaliers, malgré leurs différences, partagent ainsi les contraintes associées à leur proximité historique particulière avec des médecins spécialistes. Embourbées à l'hôpital dans des luttes frontales et inégales singulièrement dures, ces professionnelles trouvent sur le marché privé un espace alternatif où déployer des modalités d'interventions et des langages diagnostiques originaux, diffusés en marge de l'université et qui, par effet de retour, pollinisent rapidement le réseau public.

⁴¹ *Physio-Québec*, 11, 4 (décembre 1986) : 4-5; v. 1, 1 (1975) : 3; 1, 4 (mars 1976) : 10; 2, 2 (avril 1977) : 2; 12, 4 (décembre 1987) : 13.

⁴² *Physio-Québec*, 13, 2 (septembre 1988) : 4; 14, 1 (juin 1989) : 25-26; 14, 2 (septembre 1989) : 5-6; 16, 3 (hiver 1991) : 20; 21, 4 (printemps 1997) : 15.

Chaque groupe, cela dit, s'insère dans la trame propre de son secteur d'activité. Les psychologues, à titre d'intervenantes psychosociales, s'emploient ainsi à s'assurer un usage de la psychothérapie qui soit distinctif mais aussi plus étendu, au point d'en atténuer la portée sanitaire. Quant aux physiothérapeutes, il s'agit pour elles de tabler sur des modalités inédites pour coloniser de nouveaux objets d'intervention et se rendre ainsi incontournables, dans un champ de la réadaptation physique où une telle recherche devient rapidement la règle.

CHAPITRE 10

EN RÉADAPTATION PHYSIQUE : LES LIMITES D'EXTENSIONS ÉCLATÉES ET EMPRUNTÉES

Le parallèle entre psychothérapie et physiothérapie rappelle que c'est l'ensemble des paramédicales qui font passer leur promotion professionnelle par l'implantation de nouvelles modalités de soins, adaptées à l'abord de clientèles élargies et plus qualifiantes. L'aventure privée, même si on en exporte les fruits, n'est cependant pas typique. En physiothérapie, si elle offre un terreau fertile à certaines avancées, il reste que plus de 80% des physiothérapeutes continuent de travailler dans des établissements publics où la pratique prend d'autres tangentes. De leur côté, les orthophonistes et les ergothérapeutes ont une expérience différente de l'innovation clinique, ancrée dans l'enseignement universitaire et l'emprunt à des disciplines connexes, comme la psychologie et la linguistique.

À la fin de la période précédente, plusieurs professionnelles de réadaptation physique cherchent à étendre leur action hors du cadre des directives médicales qui avaient d'abord justifié leur insertion aux établissements de soins. Dans les années 1970 et 1980, ces quêtes prennent deux tangentes principales.

D'une part, si les physiothérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes en viennent bien à étendre leurs champs d'action respectifs, elles y parviennent cependant en empruntant des voies éclatées, non dénuées d'efficacité mais dont la variété rend indistinct le profil changeant de ces professions; cet éclatement les

distingue, en un sens, des psychologues qui, malgré l'hétérogénéité de leurs approches, se rallient autour du concept générique de psychothérapie.

D'autre part, les nouvelles modalités auxquelles se risquent les thérapeutes proviennent souvent d'autres domaines et sont même partagées avec d'autres groupes, ce qui, au bout du compte, dilue leur capacité à nourrir une pratique autonome et clairement différenciée. Ce sera le cas tant des savoirs empruntés à la psychologie par les orthophonistes et les ergothérapeutes que des divers appareils ou objets techniques utilisés par les physiothérapeutes.

En physiothérapie : la thérapie manuelle et le rapport aux machines

En 1980, un peu plus de la moitié des physiothérapeutes québécoises travaille en milieu hospitalier et un quart en deuxième ligne, soit en centre de réadaptation ou de soins prolongés; seulement 13% travaille en pratique privée. Pour la grande majorité, l'appropriation de nouvelles modalités manuelles survient donc au sein d'établissements publics où la prise médicale continue de peser lourd sur la pratique. Dans les hôpitaux, surtout, la proximité des médecins spécialistes et la dépendance envers les références médicales minent la capacité des physiothérapeutes à diversifier leurs sources de références, tandis que la prééminence de l'emploi de machines (électrothérapie, etc.) sur commande médicale accentue le caractère technique de tâches qui les distinguent mal des techniciens en réadaptation physique (TRP)¹.

Entre 1975 et 1985, les griefs des physiothérapeutes en milieu hospitalier portent spécifiquement sur cette relation obligée aux machines, et plus précisément sur le rapport qu'elle induit avec les médecins. Le périodique de la

¹ Dont les deux tiers travaillent dans les hôpitaux. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, Andrée Forget, *Rapport au Groupe de travail...*, *op.cit.* Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1977, p.19; 1981, p.8. *Réaction commune d'un groupe de dix corporations professionnelles*, 1983, p.12-14; Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire sur le projet...*, *op.cit.*, p.6-7.

Corporation dénonce qu'« en milieu hospitalier, le physiothérapeute [soit] souvent... considéré comme un technicien [et] un instrument pour appliquer certaines techniques² », et on incrimine les références médicales pour leur lourde prévalence d'ordonnances purement techniques, du type : « diathermie à ondes courtes, 3x semaines »; l'emploi routinier de machines aux paramètres fixes, parce qu'il inspire au médecin ce genre de prescriptions rapides qui laisse peu d'initiative aux paramédicales, entraîne un travail à la chaîne peu qualifié et dont on a du mal à dire qu'il ne justifie pas le remplacement par une TRP. Qui plus est, ce genre de références engendre un fort volume de travail qui laisse peu de temps à la thérapeute pour exercer ses talents d'évaluatrice; on se plaint d'ailleurs de ne pouvoir alléger la charge en renvoyant certains patients jugés déjà guéris ou mal référés, une réclamation formulée à l'IRM dès le début des années 1970³. Le contrôle des références se présente ainsi de manière aiguë comme le pivot d'une lutte pour la définition des tâches, qui pèse lourd sur le statut des cliniciennes.

Après 1980, c'est-à-dire plus tardivement que dans d'autres groupes, les initiatives des physiothérapeutes pour se doter d'une prise sur la sélection des cas se multiplient, aidées par l'éloignement de la présence médicale, également tardif en physiothérapie. Les physiothérapeutes de l'hôpital de Gatineau offrent un exemple remarquable. Ouvert en 1983, le service de physiothérapie, qui compte une dizaine de thérapeutes, se plaint vite d'une liste d'attente indue constituée sous « la pression des médecins », parmi laquelle on juge inopportun de devoir prioriser des cas « dits 'urgents' par le médecin » alors qu'en vérité, selon les paramédicales, « tant qu'on n'a pas vu le patient, le vrai cas urgent n'est pas évident⁴ ». À l'automne 1986, profitant de l'implantation à l'hôpital d'une gestion informatique des rendez-vous qui réduit les contacts avec les médecins, les physiothérapeutes changent leur *modus operandi* afin de modifier l'ordre des

² *Physio-Québec*, 2, 2 (avril 1977) : 1.

³ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1973-1974. *Physio-Québec*, 5, 2 (juin 1980) : 20; 6, 2 (juin 1981) : 18; 9, 1 (mars 1984) : 15-18.

⁴ *Physio-Québec*, 15, 1 (juin 1990) : 8-9.

priorités: elles commencent à faire l'évaluation préliminaire des cas en attente afin d'en affiner elles-mêmes le tri, re-déterminant les priorités et refusant carrément environ 15% des patients, jugés indésirables car « pas de notre ressort » ou n'ayant « pas besoin d'une thérapie soutenue⁵ ». Trois ans plus tard, la chef physiothérapeute se félicite de cette nouvelle activité diagnostique autonome qui polit le profil de la clientèle et, selon elle, augmente la crédibilité du service au sein de l'hôpital.

L'objectif, de manière générale, est d'étendre ou déplacer le champ de la pratique en y introduisant de nouvelles modalités suggérant en elles-mêmes de nouveaux objets d'intervention. Les voies empruntées sont diverses. Cela peut passer par l'insertion des modalités de thérapie manuelle apprises dans les formations continues. Toujours à l'hôpital de Gatineau, le re-façonnement de la liste d'attente favorise ainsi l'identification des cas qui justifient le remplacement des tractions mécaniques par des modalités axées sur le toucher, comme des extensions et des mobilisations. Au même moment, les physiothérapeutes de l'IRM affectées aux soins des blessés médullaires cherchent aussi à recentrer leur pratique autour de mobilisations qui, expliquent-elles, touchent un plus large éventail d'objets, comme la tonification des articulations et la conscience corporelle, « tels que vus en thérapie manuelle⁶ ».

Dans d'autres contextes, où l'emploi de machines occupe une plus grande place, des thérapeutes s'emploient plutôt, non à déborder mais à réorienter, voire à subvertir, l'usage de machines vers des fins diagnostiques ou, à tout le moins, plus qualifiantes. Au pavillon sportif de l'Université Laval, un physiothérapeute fait ainsi état, en 1987, de ses efforts pour recycler en un outil de diagnostic des lésions osseuses des appareils à ultrasons jusque là réservés au traitement; cette quête ne semble d'ailleurs pas sans précédent puisque le thérapeute s'enquiert dans les pages du *Physio-Québec* des protocoles en vigueur dans d'autres

⁵ *Ibid.*

⁶ *Physio-Québec*, 18, 4 (automne 1994) : 22; 11, 1 (avril 1986) : 6-7, 9-11.

cliniques. À l'IRM, un praticien, qui constate « l'insatisfaction de nombreux physiothérapeutes » devant la rigidité d'appareils vibratoires aux fréquences prédéterminées, vante des machines moins courantes mais plus contrôlées qui favorisent la prise en charge, par exemple, des problèmes de stimulation de la spasticité. On recense aussi, dans les années 1980, des références multiples à l'usage diagnostique d'appareils, comme le TENS, dont la vocation originelle était simplement analgésique, ce qui constitue une manière originale de bonifier l'usage jusque là technique d'une machine dont le contrôle est disputé par les physiatres et, de plus en plus, les acupuncteurs⁷.

Ces tentatives de relativiser l'effet déqualifiant des machines trouvent aussi un équivalent dans l'usage renouvelé de petits objets techniques moins spectaculaires mais plus répandus, qui vont des cannes et béquilles aux orthèses, oreillers ou chaussures orthopédiques, souvent recommandés par les physiothérapeutes à leurs patients. La capacité des thérapeutes à investir ces objets de missions thérapeutiques nouvelles demeure cependant inégale. Dans certains cas, auprès de clientèles spécialisées qu'une réadaptation longue finit par éloigner du médecin, des innovations renouvellent certes bien le rôle de la physiothérapeute; au Centre Cardinal-Villeneuve par exemple, après 1977, l'usage d'orthèses auprès d'enfants souffrant de spina-bifida aide les thérapeutes à s'impliquer dans l'encadrement de la spasticité, de la préservation des articulations et même de la prise en compte de l'âge mental des patients⁸. Le plus souvent, toutefois, l'emploi d'aides techniques ne permet aux thérapeutes d'étendre leur activité qu'en joignant le sillage d'autres médecins spécialistes, comme des rhumatologues et des orthopédistes, dont les références de cas

⁷ *Physio-Québec*, 10, 1 (avril 1985) : 19; 12, 4 (décembre 1987) : 4; 16, 1 (été 1991) : 11; 16, 3 (hiver 1991) : 6-7; 16, 4 (printemps 1992) : 18.

⁸ On pourrait aussi évoquer l'emploi thérapeutique d'attelles d'un nouveau genre auprès de patients amputés ou brûlés au Royal Victoria Hospital, ou encore l'usage rehaussé d'aides à la marche auprès de patients hémiplegiques dans la région de Québec. *Physio-Québec*, 2, 4 (septembre 1977) : 11; 8, 5 (décembre 1983) : 11; 10, 1 (avril 1985) : 5; 11, 2 (juin 1986) : 15; 12, 3 (septembre 1987) : 9; 13, 1 (juin 1988) : 6-7; 13, 2 (septembre 1988) : 8-10; 14, 4 (mars 1990) : 15; 15, 1 (juin 1990) : 23.

chroniques ou post-opératoires s'intensifient après 1980. La pratique en orthopédie, particulièrement répandue, continue par exemple de porter sur des objets classiques comme le renforcement musculaire et d'impliquer une double dépendance envers les références des médecins et leurs indications diagnostiques, comme les radiographies⁹.

Les velléités des physiothérapeutes hospitalières d'élargir leur rôle par l'introduction de nouvelles modalités de pratique prennent donc des formes variables. La thérapie manuelle est loin de caractériser tous les établissements, où plusieurs consacrent plutôt leur énergie à se réapproprier des outils techniques dont le contrôle constitue un enjeu beaucoup plus aigu. Cette cohabitation de deux voies de renouvellement, jumelée à des formes multiples de thérapie manuelle et d'outils techniques, donne un visage éclaté à la physiothérapie des années 1970 et 1980. Par ailleurs, si plusieurs thérapeutes rehaussent bien leur statut en étendant leur champ d'action à des objets plus qualifiants, comme à l'hôpital de Gatineau, il reste que les modalités mises à contribution sont si variables et leur impact si inégal, que les gains pour la situation générale de la profession demeurent indistincts. Ce schéma, une extension réelle mais bornée par les limites inhérentes aux modalités employées, est aussi caractéristique des autres paramédicales de réadaptation physique.

En ergothérapie : de l'activité aux AVQ, et autres modalités variées

Pendant les années 1970 et 1980, les ergothérapeutes restent concentrées dans les établissements publics de santé. La majorité travaille dans les services dits de « médecine physique » mais on les trouve aussi en grand nombre en psychiatrie, où l'embauche stagne cependant après 1981, ainsi que dans des

⁹ *Physio-Québec*, 7, 3 (septembre 1982) : 16-17; 10, 1 (avril 1985) : 5; 10, 2 (juin 1985) : 6; 10, 4 (décembre 1985) : 7-10; 11, 2 (juin 1986) : 6-11; 12, 4 (décembre 1987) : 4; 13, 1 (juin 1988) : 4-5; 13, 2 (septembre 1988) : 14-16, 19; 13, 4 (mars 1989) : 15; 14, 1 (juin 1989) : 7; 14, 3 (décembre 1989) : 9; 14, 4 (mars 1990) : 20; 15, 4 (printemps 1991) : 8-13; 16, 1 (été 1991) : 20.

centres spécialisés en gériatrie, comme le centre Saint-Charles-Borromée, un secteur en croissance marquée qui finit par regrouper pas moins de 20% des ergothérapeutes québécoises en 1984¹⁰. En psychiatrie et en gériatrie, les ergothérapeutes rencontrent d'ailleurs des obstacles particuliers à leur reconnaissance professionnelle en raison du fait que, spécialistes de l'usage des « activités » de jeu ou d'artisanat, elles y ont souvent été embauchées pour n'utiliser ces activités qu'à des fins d'éveil ou de « diversion » des patients, des tâches dont le caractère thérapeutique est pour le moins ambigu. Bien que ces ergothérapeutes insufflent à leurs « activités » un contenu thérapeutique plus robuste avec les années, leur position demeure souvent malaisée, pas assez distincte à leur goût des services de loisir dans le regard des patients ou des administrations.

Ces traces d'une définition peu thérapeutique et peu qualifiante de l'activité persistent jusqu'à la fin de la période. C'est le cas à l'unité de soins de longue durée de l'hôpital de Valleyfield, où la cohabitation d'une ergothérapeute et d'une technicienne en loisirs requiert des séances ardues de « clarification de nos professions respectives », le problème tenant à la difficulté pour l'ergothérapeute d'insérer aux activités de loisir des objectifs thérapeutiques, touchant les capacités motrices ou perceptuelles des patients âgés, sans empiéter sur l'autonomie de la technicienne qui en assure, elle, l'animation à des fins de divertissement¹¹. En psychiatrie, où l'artisanat est une modalité courante, des frustrations similaires naissent du fait que l'activité artisanale offerte aux patients tend à être perçue comme une fin, ludique, plutôt qu'un moyen thérapeutique.

¹⁰ Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, dossier « OSS – Dossier ergothérapie », Andrée Forget *et al.*, *Opération Sciences de la santé*, Montréal, ÉRUM, 1974, p.23. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1979, p.35, 47-49, 78-80, 89; 1980, p.30, 49. *Le Transfert*, 4, 1 (février 1980) : 2; 4, 4 (novembre 1980) : 2. Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, *Avis au Comité de santé mentale du Québec sur la notion de santé mentale*, Montréal, CPEQ, 1984, p.2; Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *op.cit.*, annexe; R. Deschamps, *op.cit.*, p.20-21.

¹¹ On relève aussi des frictions de ce type avec des techniciens en éducation spécialisée au sein d'établissements saguenéens à la fin des années 1970 et au début des années 1980, *Le Transfert*, 6, 1 (février 1982) : 12-13.

Même en médecine physique, le recours à l'activité garantit mal la spécificité de l'ergothérapeute. Le problème, dans cet univers de gymnases, ne tient plus aux dérives ludiques mais au fait que les jeux et activités visent essentiellement des objets, comme la coordination des gestes et les aptitudes motrices, proches de la physiothérapie. Bien assumée en deuxième ligne, où chacune dispose d'une marge de manœuvre élargie pour s'exprimer, cette intimité est plus contraignante là où une prise médicale plus serrée cantonne les paramédicales à des objets plus étroitement anatomiques, délicats à scinder : à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, où la prise physiatrique demeure forte, des ergothérapeutes qualifient rétrospectivement de « très conservateur » le mode d'organisation des années 1970 où elles ne reçoivent des médecins que des cas suivis conjointement en physiothérapie pour l'atteinte d'objectifs physiques qui donnent lieu à « une course des interventions avec les physiothérapeutes¹² ».

À la fin des années 1970, ce manque de spécificité de l'« activité » inquiète la Corporation des ergothérapeutes qui en vient à craindre une éventuelle substitution par des techniciens, pourtant jugée jusque là peu probable. On redoute surtout que de nouveaux techniciens, en éducation spécialisée, en loisirs ou en psychoéducation, ne s'approprient des usages de l'activité auxquels on souhaiterait s'étendre, notamment son emploi auprès des « déficients mentaux » du secteur scolaire¹³. La fin des années 1970 voit d'ailleurs les ergothérapeutes prendre plus ostensiblement leurs distances avec les aspects récréatifs de l'activité : en 1978, un sondage révèle le dédain des thérapeutes pour les activités d'éveil ou de diversion associées aux loisirs, tandis que la Corporation accorde

¹² *Le Transfert*, 8, 2 (juin 1984) : 21-22; 14, 4 (décembre 1990) : 20-23. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1983, p.7; 1984, p.43. Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *Ergothérapeute*, Québec, MTMO, 1980, p.5. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, dossier « Champs d'actions... », Raymonde Hachey, « Presentation Symposium Toronto », 1978, p.4.

¹³ *Ibid.* *Le Transfert*, 4, 1 (février 1980) : 9-10; 5, 1 (février 1981) : 3; 8, 1 (mars 1984) : 3; 13, 4 (décembre 1989) : 12-13. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1971, p.4-5; 1973, p.2; 1975, p.8,21-23; 1976, p.12; 1977, p.41; 1979, p.16; 1980, p.47; 1986, p.8; 1995, p.5-6; 1997, p.9; 2000, p.7; 2002, p.8. Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *op.cit.*, p.1-3.

une importance accrue aux pratiques d'évaluation de manière à minimiser la place de l'activité dans la définition de la profession¹⁴.

Ces discours se doublent d'initiatives cliniques vigoureuses. En 1975, les quatre ergothérapeutes du service de psychiatrie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont se déclarent insatisfaites « de notre approche ergothérapique, notamment au niveau de l'évaluation », qui consiste à observer les patients dans la réalisation de projets d'artisanat. Elles imposent une modalité artisanale unique (la réalisation d'une mosaïque de céramique au motif prédéfini) et interdisent aux patients de conserver leur œuvre afin de briser une image d'activité récréative qui mine leur autorité thérapeutique sur des patients qui « pouvaient perdre de vue les buts réels de l'évaluation¹⁵ ». En 1981, grâce à ce resserrement de l'observation diagnostique autour d'une modalité rendue résolument sanitaire, les thérapeutes se félicitent d'un contact plus satisfaisant avec les patients et d'une crédibilité accrue auprès des autres professionnels de l'hôpital de qui « nous observons une meilleure compréhension... parce que les données que nous transmettons lors des réunions sont plus précises¹⁶ ». Dans les années qui suivent, d'autres équipes d'ergothérapie, notamment à l'hôpital de Valleyfield, s'inspirent directement de cette expérience et de la grille d'observation mise au point à cette occasion¹⁷.

En parallèle, plusieurs thérapeutes se détachent tout simplement de l'activité. Cette désaffectation est surtout visible auprès des clientèles physiques

¹⁴ En 1980, la Corporation organise pour la première fois une formation continue sur « les principes généraux de la mesure et de l'évaluation », *Le Transfert*, 4, 1 (février 1980) : 10. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, dossier « Champs d'action... », John Dudley et Micheline Marazzani, *Profil ordonné des tâches de l'ergothérapeute au Québec*, Montréal, CPEQ, 1978, p.5-10; lettre de F. Drouin-Cloutier à G. Pothier, 17 janvier 1978; communiqué de presse de la Canadian Association of Occupational Therapists, 18 octobre 1978. Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *Ergothérapeute en métiers manuels, op.cit.*, p.4; *Ergothérapeute, op.cit.*, p.5.

¹⁵ « Il arrivait fréquemment que des patients ne requérant pas d'évaluation se présentaient à l'atelier motivés par le seul désir d'exécuter un objet... contribua(n)t à perpétuer l'image de loisirs et d'artisanat trop souvent associée à l'ergothérapie », *Le Transfert*, 5, 1 (février 1981) : 6-7.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Le Transfert*, 7, 1 (mars 1983) : 10-11.

qui sont aussi suivies de près par des physiothérapeutes, comme les blessés médullaires ou les maux de dos, car elle permet aux ergothérapeutes de s'éloigner des objets anatomiques partagés avec celles-ci. En contrepartie, les thérapeutes augmentent le temps consacré à une pratique déjà ancienne, soit l'enseignement des « activités de la vie quotidienne » (AVQ) destiné à réhabituer les handicapés physiques aux gestes journaliers comme l'habillement ou l'alimentation. Fort développé dans certains centres, comme le CR Constance-Lethbridge, l'entraînement aux AVQ confère aux ergothérapeutes des objets d'évaluation et d'intervention distincts des territoires du physiatre et de la physiothérapeute; de l'avis de plusieurs cliniciennes, il assure un meilleur contact avec les patients. Dans les années 1980, les AVQ, jumelées à des pratiques plus traditionnelles, ouvrent aussi la porte à de nouveaux programmes auprès des personnes âgées victimes d'une fracture de la hanche. Cette modalité, qui déborde l'usage du jeu, de l'artisanat ou de l'entraînement au travail, en vient ainsi progressivement à s'imposer comme un trait caractéristique de la profession, allant, à la fin des années 1980, jusqu'à détrôner l'activité comme modalité privilégiée aux yeux de plusieurs jeunes étudiantes¹⁸.

Plus distinctif, l'enseignement des AVQ offre aux ergothérapeutes un socle de développement plus solide que le simple recyclage des « activités ». Au CR Constance-Lethbridge, les activités artistiques ou industrielles menées à des fins thérapeutiques sont minées, entre 1980 et 1986, par des coupures budgétaires ou une réattribution à des techniciens tandis que, par contraste, la croissance de l'ergothérapie y est plutôt assurée par la multiplication des enseignements des AVQ, comme c'est aussi le cas au Centre François-Charron où l'évaluation des AVQ commence même à inclure des objets nouveaux, proches de la cognition. L'attention pour les gestes de la vie quotidienne s'accompagne aussi d'un intérêt accru pour des objets techniques divers, certains, comme les chaussures orthopédiques, communs aux physiothérapeutes, mais d'autres assurant une place

¹⁸ *Le Transfert*, 8, 2 (juin 1984) : 20-21; 12, 4 (décembre 1988) : 18-21; 13, 1 (avril 1989) : 12; 14, 3 (septembre 1990) : 18.

nouvelle aux ergothérapeutes, parce qu'il s'agit de réalisations maison¹⁹ ou au contraire parce que leur sophistication, comme à l'IRM et au Centre François-Charon où sont introduites des prothèses myoélectriques de la main au début des années 1980, requière des ergothérapeutes qu'elles évaluent la capacité musculaire, mais aussi l'attention et la conscience corporelle, des patients. Assez vite, l'expertise de certaines ergothérapeutes dans l'attribution d'aides techniques attire les références de tiers payeurs, comme l'OPHQ, qui en défraient les coûts, et ouvre les portes de clientèles spécialisées, comme les grands brûlés. En réadaptation physique, l'affermissement d'un rôle spécifique d'évaluation en matière d'AVQ et d'aides techniques redéfinit ainsi le rôle clinique des ergothérapeutes dont le statut professionnel s'en trouve rehaussé²⁰.

À plus petite échelle, l'aptitude des ergothérapeutes à évaluer les gestes quotidiens rend possibles d'autres extensions de leur rôle, plus localisées. À l'IRM et au Centre François-Charon, les ergothérapeutes prennent ainsi une place prééminente dans la fourniture d'aides techniques très spécialisées pour des clientèles particulières comme l'installation de dispositifs de contrôle de l'environnement au domicile de patients paralysés. Ailleurs, comme au CR Constance-Lethbridge ou au Bouclier, des ergothérapeutes desservent des patients aveugles en collaboration avec d'autres organismes spécialisés. Enfin, en 1978, des ergothérapeutes du Centre François-Charon lancent un programme d'évaluation des aptitudes à la conduite automobile des handicapés physiques,

¹⁹ Une ergothérapeute de l'hôpital Saint-Luc invente, à la fin des années 1970, un « porte jeu de cartes » dont elle diffuse les plans. Ces initiatives, dont on retrouve des exemples anciens mais qui semblent devenir assez courantes après 1975, constituent un recyclage ingénieux des compétences des ergothérapeutes en matière de bricolage, *Le Transfert*, 4, 1 (février 1980) : 15; 7, 1 (mars 1983) : 14; 7, 2 (juin 1983) : 8-9.

²⁰ *Le Transfert*, 4, 1 (février 1980) : 5, 8; 4, 4 (novembre 1980) : 23; 7, 1 (mars 1983) : 15-16; 9, 1 (mars 1985) : 6; 11, 2 (mai 1987) : 16-17. Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1974, p.1; 1977, p.31-32; 1978, p.21, 27; 1980, p.1; 1981, p.8; 1984, p.37; 1985, p.26. Centre François-Charon, *Le Centre François-Charron vous accueille, op.cit.; Communications de la journée scientifique*, section XI, p.8.

dont l'approbation par la RAAQ, en 1982, entraîne l'implantation d'un programme similaire au CR Constance-Lethbridge²¹.

Cela dit, si les ergothérapeutes voient dans les AVQ une voie d'avenir évidente, elles entretiennent, comme les physiothérapeutes, une relation plus ambiguë avec les aides techniques. Le rapport à ces objets apparaît en effet périlleux du fait qu'il exige souvent une prescription médicale et que l'expertise en la matière est partagée avec d'autres acteurs, comme les techniciens spécialisés en orthèses et prothèses. Dès la fin des années 1970, des ergothérapeutes dénigrent d'ailleurs l'emploi d'aides techniques comme « un symbole concret de l'ergothérapeute... associé à des 'bébelles'²² ». Si une telle défiance ne fait pas l'unanimité, elle met en évidence un trait caractéristique de l'ergothérapie des années 1970 et 1980 : hors des AVQ, plusieurs des nombreux étalements de la profession passent par l'appropriation de modalités qui ne lui sont guère plus spécifiques que ne l'est l'« activité », une faible spécificité qui continue de miner la capacité des ergothérapeutes à occuper des positions fermes.

Un bon exemple de ces limites est celui de l'intervention en matière de « positionnement » en position assise (« *seating* », en anglais), une approche pointue dont les rudiments, au début des années 1970, sont issus des progrès d'une tierce discipline, l'ergonomie. Son objet premier est l'adaptation des fauteuils roulants aux besoins du patient handicapé. La pratique du positionnement, qui fait l'objet de programmes spécialisés au Québec à partir de

²¹ Ces programmes passent directement sous l'égide de la SAAQ en 1997. Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1970, p.4; 1971, p.6; 1974, p.2; 1985, p.36; 1986, p.25; 1988, p.6; 1993, p.6; 1994, p.4; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1997, p.8; 2001, p.9. *Le Transfert*, 5, 3 (août 1981) : 3; 12, 3 (septembre 1988) : 10; 14, 1 (décembre 1990) : 16-17; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 14, 3 (septembre 1990) : 21-22; 4, 2 (juin 1995) : 56-62, 75-77; 4, 3 (septembre 1995) : 115-116. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, Montréal, CRCL, section II, p.8, 22; Centre François-Charon, *Communications de la journée scientifique*, section XIV, p.1-3.

²² Il serait intéressant de mettre en parallèle ce mouvement de contestation avec la relative standardisation des aides techniques qu'entraîne la généralisation des matières plastiques après 1970. *Le Transfert*, 8, 2 (juin 1984) : 10; 9, 3 (septembre 1985) : 24; 9, 4 (décembre 1985) : 23. Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *Ergothérapeute, op.cit.*, p.16-20; *Orthopédiste-prothésiste*, Québec, MTMO, 1978, p.1-4, annexe.

1977, se répand rapidement et, en 1984, a déjà gagné un large éventail de centres hospitaliers ou de réadaptation²³.

Issue d'une tierce discipline, l'approche du positionnement est ouverte à l'appropriation par des acteurs variés, ergothérapeutes, médecins et orthésistes spécialisés en fauteuils roulants, et prend en fait des significations variables selon l'identité des professionnels qui s'en emparent dans chaque établissement. Ainsi, là où les nouveaux programmes sont le fait de techniciens orthésistes, les « ateliers » fonctionnent sous la supervision du médecin et le positionnement lui-même prend pour objet la conception des fauteuils roulants. C'est le cas à l'atelier de positionnement du Centre Mackay, né en 1977 en collaboration avec l'École de design industriel de l'Université de Montréal, et qui n'accueille sa première ergothérapeute, à titre de consultante, qu'en 1982; on trouve des exemples analogues au Centre François-Charon, où le programme se développe en contact étroit avec un manufacturier en fauteuils roulants, ainsi qu'au CR Lucie-Bruneau et au Bouclier²⁴. En revanche, là où, en l'absence d'un laboratoire prééminent de fauteuils roulants, les ergothérapeutes en prennent l'initiative, le positionnement prend un sens très différent, plus thérapeutique et précisément défini en opposition au simple ajustement de fauteuils. En 1981, c'est ce qu'expriment des ergothérapeutes des hôpitaux Sainte-Justine et Marie-Enfant qui déplorent que « le terme positionnement, pour plusieurs intervenants, [soit] associé à la 'position assise' sans orientation thérapeutique²⁵ » et comme une fin en soi, alors qu'elles souhaitent plutôt y voir une modalité de traitement plus

²³ Centre de réadaptation de Québec, *Rapport du comité consultatif...*, *op.cit.*, p.22-23; Institut de réadaptation de Montréal, *Le positionnement*, Montréal, IRM, 1984, p.3-6, 16-19, 26, 56, 61-66.

²⁴ *Ibid.*, p.20-21, 38-39, 48-55. Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1985, p.6-8; 1987, p.6-10; 1988, p.16-17; 1992, p.2; 1993, p.4; rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1986, p.16, 39; 1988, p.30; 1991, p.13; 2005, p.24; rapport annuel du Centre François-Charon, 1984; 1989, p.13; 1993, p.4. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Cahier de formation – Déficiences physiques*, Montréal, CRLB, 1994, p.30-34; Marthe Migneault, *Service de l'APQ auprès des blessés médullaires du programme*, Montréal, CRLB, 1994, p.1.

²⁵ *Le Transfert*, 5, 4 (novembre 1981) : 7.

large, et plus de leur ressort, destinée à favoriser le développement psychomoteur et le contrôle des AVQ chez les enfants paralysés cérébraux. Cette reformulation thérapeutique du positionnement, largement répandue dans les services pour enfants – au Centre Cardinal-Villeneuve, elle permet, entre 1976 et 1984, à des ergothérapeutes d’appréhender des cas de scoliose jusque là plus associés aux physiothérapeutes et aux chirurgiens –, ne s’y limite pas car on en trouve des exemples en gériatrie, comme au centre hospitalier Côte-des-Neiges où, à la fin des années 1980, le positionnement « est considéré à notre Centre comme un traitement en ergothérapie », non limité aux chaises roulantes et mettant en valeur des objets distinctifs comme le contrôle de tête et la perception de l’environnement, les questions non thérapeutiques propres aux fauteuils roulants étant même référées sous une autre appellation au « personnel technique²⁶ ».

Le fait que, parce que partagée, une modalité aussi riche ne puisse être pleinement exploitée que là où les acteurs du domaine technique se font plus discrets, témoigne du caractère mitigé des innovations qui transforment l’ergothérapie; là où ergothérapeutes et techniciens orthésistes cohabitent étroitement, comme à l’IRM ou au CR Constance-Lethbridge, le positionnement s’assimile aux aides techniques dont il reproduit la part d’ambivalences²⁷. Cette ambiguïté, comparable à celle observée chez les physiothérapeutes, tient à ce que les modalités les plus prometteuses en termes de qualification, même si elles aident bien à déborder les tâches plus traditionnelles, n’offrent que des avantages incertains, inégaux, car vulnérables aux revendications d’autres groupes.

²⁶ *Le Transfert*, 14, 2 (juin 1990) : 9-12; 5, 4 (novembre 1981) : 14. Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1976, p.8; 1977, p.6; 1979, p.5. Monique Boisvert et Nicole Leclerc-Boiteau, *Guide de données sur le positionnement assis*, Québec, CCV, 1984, 131p.; Centre Cardinal-Villeneuve, *Journée de perfectionnement sur le positionnement*, Québec, CCV, 1996, non paginé; Institut de réadaptation de Montréal, *Le positionnement*, *op.cit.*, p.34-37, 44-46.

²⁷ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 2003, p.1-3; 2004, p.6; 2005, p.8; rapport annuel de l’Institut de réadaptation de Montréal, 1990, p.4; 1991, p.2.3; 1992, p.3.3; rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1979, p.5, 12. *Le Transfert*, 9, 2 (juin 1985) : 17; 9, 4 (décembre 1985) : 24. Monique Boisvert et Nicole Leclerc-Boiteau, *op.cit.*, p.i-ii. Centre Cardinal-Villeneuve, *Journée de perfectionnement sur le positionnement*, *op.cit.*; *Sous-programmes*, *op.cit.*, p.7-10. Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d’échange clinique...*, *op.cit.*, 1989, p.5.8; *Le positionnement*, *op.cit.*, p.22-33, 37.

Ces limites sont reproduites dans les secteurs, comme la psychiatrie, où les ergothérapeutes renouvellent leurs inspirations théoriques d'une manière similaire, on le verra, à d'autres paramédicales de la réadaptation physique, les orthophonistes.

Des virages vers la psychologie : ergothérapeutes et orthophonistes

Bien qu'il paraisse naturel à des ergothérapeutes, versées dans le rapport à l'activité, de s'étendre aux relations visibles de leurs patients avec l'environnement comme les activités quotidiennes ou la station assise, il existe pour elles une autre voie pour déborder leurs tâches traditionnelles : l'intervention, auprès d'enfants, sur le développement des aptitudes plus abstraites, cognitives ou « sensorimotrices », qui président à la compréhension des signaux traités par les sens. Dès 1970, des entreprises pionnières, encore rares, engagent quelques ergothérapeutes dans cette voie. Très vite, elles suggèrent l'octroi à l'ergothérapeute d'un important rôle d'évaluation et d'intervention sur des objets nouveaux et très qualifiants. Au Montreal Children's Hospital, par exemple, des ergothérapeutes se voient référer, à titre de consultantes, des nourrissons jugés à risque de connaître des retards de développement : leur rôle consiste à évaluer, en observant les réflexes et les réponses sensorielles, la possibilité d'éventuels déficits moteurs mais aussi cognitifs ou comportementaux, pour établir des protocoles d'intervention qui incluent des usages thérapeutiques du positionnement, de la stimulation sensorielle et des visites en ergothérapie. Ce créneau est vite défendu par les thérapeutes qui en font l'expérience : de 1970 à 1980, une ergothérapeute du Children's compile les suivis réalisés afin de « renforcer la position des ergothérapeutes concernées par le développement

précoce des enfants²⁸ » et convaincre les médecins néonatalogistes de référer plus « agressivement » en ergothérapie.

Dans les années 1970, le vocabulaire, les catégories employées et, incidemment, les clientèles rencontrées rapprochent les ergothérapeutes du territoire des psychologues; en 1980, au Centre hospitalier de l'Université Laval, un programme analogue à celui du Children's réunit d'ailleurs une ergothérapeute à un psychologue. Entre 1976 et 1978, la Corporation des ergothérapeutes revendique l'extension de la pratique à des territoires typiques de la psychologie, comme les retards cognitifs et affectifs, demandant un accès aux clientèles des psychologues et des travailleuses sociales²⁹. Cette nouvelle proximité naît en bonne part de ce que les connaissances mises à profit par les ergothérapeutes pour appréhender ces problèmes sont largement empruntées à la psychologie : l'expression « retard de développement » émane elle-même de cadres théoriques, piagétiens par exemple, issus de la psychologie du développement.

Contrairement à la psychothérapie pour les psychologues ou à la thérapie manuelle pour les physiothérapeutes, ces nouvelles connaissances, qui étendent le champ de pratique des ergothérapeutes, ne sont pas obtenues sur le marché ouvert de la formation continue mais dans le cadre plus institué de l'université, où les savoirs psychologiques sont insérés aux programmes d'ergothérapie à l'occasion des réformes des années 1960. À l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, par exemple, à mesure que des professeurs spécialisés en ergothérapie prennent le pas sur l'autorité médicale, la formation s'enrichit de cours fondamentaux et appliqués de psychologie. À partir de 1968, le baccalauréat en ergothérapie compte ainsi des cours inédits de psychométrie, de psychologie clinique, de pédopsychiatrie, et même une quinzaine d'heures consacrées aux

²⁸ *Le Transfert*, 4, 4 (novembre 1980) : 18-19; 11, 2 (mai 1987) : 15; 14, 2 (juin 1990) : 11; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 2 (décembre 1992) : 84; 4, 2 (juin 1995) : 63-68.

²⁹ *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 2 (décembre 1992) : 84. Archives de l'Ordre des ergothérapeutes, dossier « Champs d'actions... », Raymonde Hachey, « Presentation Symposium Toronto », 1978, p.3; lettre de F. Drouin-Cloutier à G. Pothier, 17 janvier 1978.

« techniques de projection » sous la férule du psychologue québécois F. J. Azima, un pionnier en la matière; au début des années 1970, les cours de psychiatrie et de psychologie représentent 18% des heures d'enseignement de troisième année et constituent la majeure partie des cours de recyclage proposés aux thérapeutes déjà en exercice. Tout au long de la période, les enseignants de l'École approfondissent leur maîtrise des savoirs psychologiques, s'intéressant tout particulièrement aux notions appliquées aux enfants et, en 1984, font passer sous leur férule l'enseignement des techniques projectives. Ces cours habilitent les diplômées à la réalisation d'évaluations autonomes non seulement des aptitudes physiques ou des AVQ, mais aussi de l'état « perceptivo-moteur » et du comportement psychosocial des patients grâce à des outils d'évaluation jusque là typiques du champ psychosocial comme des entrevues, des tests ou des activités « projectives » qui prennent pour objets « l'expression d'affects », la motivation et le comportement³⁰.

Il est intéressant de noter que cette mise en contact avec les savoirs psychologiques à l'université a aussi lieu, quasiment à l'identique, dans les programmes voisins d'orthophonie. Toujours à l'École de réadaptation, qui lance un nouveau baccalauréat en orthophonie–audiologie en 1969, le vocabulaire et les approches mises de l'avant dans les nouveaux cours cessent de dériver de la médecine pour s'inspirer plutôt des percées récentes de la linguistique et de la psychologie. Cette introduction de cours théoriques et appliqués de psychologie implante une nouvelle conception du langage, appréhendé désormais en termes de sémantique, de fonction symbolique et de cognition dans une perspective, là aussi, de psychologie du développement. Pour les orthophonistes, cette place nouvelle des savoirs psychologiques dans l'horizon diagnostique et thérapeutique joue d'ailleurs un rôle décisif, en les qualifiant pour la première fois pour le travail en milieu psychiatrique : alors que ces milieux n'emploient jusque là qu'un petit

³⁰ Annuaire de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1968-1984. Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, *Avis au Comité de santé mentale...*, *op.cit.*, p.26-27. Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *Ergothérapeute, op.cit.*, p.1-4, 10-17.

nombre d'orthophonistes, ils représentent, entre 1980 et 1983, près du quart des postes créés dans la profession, étendant ainsi l'activité orthophonique à de nouveaux territoires cliniques³¹.

Dans ces services, les ergothérapeutes adoptent des modalités ou attitudes qui les assimilent étroitement à la psychologie telle qu'elle s'y pratique. Ainsi, jusqu'à tard dans la période, des ergothérapeutes en psychiatrie à l'hôpital Notre-Dame de Montréal profilent sur un fond de psychanalyse leur usage « projectif » d'activités comme le dessin. D'autres se découvrent des penchants pour la psychothérapie : dans les années 1970 et 1980, des enseignantes des universités Laval et de Montréal se déclarent à la fois ergothérapeutes et psychothérapeutes³². D'ailleurs, on voit des ergothérapeutes en milieu psychiatrique aller chercher au marché des formations continues des compétences psychothérapeutiques, peut-être garantes d'une meilleure reconnaissance dans ces services précis, comme c'est le cas, entre 1975 et 1983, de thérapeutes de l'hôpital Champlain de Verdun et du Douglas Hospital qui suivent les formations de l'Association des thérapeutes en « re-motivation », une modalité notamment destinée à améliorer la socialisation chez les psychotiques³³. À l'hôpital Charles-LeMoine, vers 1980, deux ergothérapeutes adeptes de modalités behavioristes, comme le renforcement positif ou l'exposition contrôlée aux situations anxiogènes, se justifient même en

³¹ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes...*, op.cit., p.68-73.

³² À l'image de la pionnière du genre Anne Étienne, une ergothérapeute d'origine européenne spécialisée en groupes psychiatriques, qui complète, en 1982, une maîtrise en psychologie après avoir participé à l'implantation du service d'ergothérapie de l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu en 1969, puis enseigné à l'Université Laval. Mettant de l'avant sa prédilection pour diverses écoles de psychothérapie (psychanalyse, gestalt, etc.), elle reçoit pour cette activité une forte reconnaissance tant de la Corporation, qui lui confie une chronique régulière dans le périodique de la profession, que de ses collègues universitaires qui créent une bourse en son honneur après son décès au début des années 1990. *Le Transfert*, 16, 1 (mars 1992) : 13-14; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 1 (septembre 1992) : 32-36.

³³ On trouve des exemples analogues aux services psychiatriques du Montreal General Hospital et de la Cité de la Santé, *Le Transfert*, 7, 1 (mars 1983) : 6-10; 15, 3 (septembre 1991) : 9-14, *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 1 (décembre 1992) : 83-84.

invoquant l'échec avéré de « l'ergothérapie conventionnelle » qui minait leur statut professionnel³⁴.

Il est vrai que les ergothérapeutes qui s'en réclament attendent de leurs emprunts à la psychologie des occasions d'agir en professionnelles, souvent en adoptant des catégories qui facilitent l'évaluation des clientèles rencontrées. C'est le cas au centre de jour de l'hôpital de Granby dont l'ergothérapeute, en 1978, introduit, à côté de l'évaluation des AVQ, une grille d'identification des déficiences de la « fonction cognitive » et de l'interaction sociale pour évaluer elle-même le « degré de détérioration mentale » de ses patients. À l'hôpital général de Québec (un établissement psychogériatrique), l'ergothérapeute s'appuie sur les théories psychologiques de Maslow pour identifier des « besoins psychosociaux » et des « pertes d'autonomie liées à des déficits cognitifs ou affectifs » chez 50% de ses patients, menant à une multiplication d'interventions sous forme de thérapies de groupe et d'usage thérapeutique du positionnement, au détriment des exercices d'éveil autrefois plus nombreux³⁵.

L'insertion de ces évaluations, et des interventions qu'elles entraînent, rehausse le statut professionnel des ergothérapeutes les plus agressives dont la position dans les filières de référence se transforme. Au Douglas Hospital, le développement de compétences psychothérapeutiques en matière de socialisation aide les ergothérapeutes du centre de jour à créer, en 1982, un « groupe de transition » pour faciliter l'admission dans leur service de patients psychotiques qui jusque là « ne semblaient jamais assez prêts³⁶ » aux yeux des agents référents. De même, à l'hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine, en 1984, une ergothérapeute, faisant équipe avec une travailleuse sociale, identifie parmi la clientèle psychotique de l'établissement une frange de patients « présentant une problématique particulière » caractérisée par un « manque d'habiletés

³⁴ *Le Transfert*, 4, 1 (février 1980) : 5-6.

³⁵ *Le Transfert*, 7, 4 (décembre 1983) : 8-12; 14, 1 (décembre 1990) : 9-10.

³⁶ *Le Transfert*, 7, 4 (décembre 1983) : 20-23.

psychosociales », patients qu'elle propose de regrouper en une clientèle pour faire reconnaître « la nécessité de mettre en place des mesures de réadaptation » spécifiques à leur endroit, qui incluent l'ergothérapie; soutenu par les services d'ergothérapie et de travail social, le projet voit le jour en 1987 et sera décrit par l'ergothérapeute comme une victoire pour « faire reconnaître notre rôle professionnel³⁷ » par l'exercice de compétences psychosociales.

Aux orthophonistes, aussi, l'appropriation de savoirs tirés de la psychologie ouvre de nouvelles perspectives. Dans leur cas, il s'agit d'étendre le champ d'action de la profession au-delà des troubles d'expression d'origine strictement anatomique qui intéressent les médecins, vers d'autres types de problèmes langagiers. Il faut dire que, dans les années 1970, cette aspiration de longue date des orthophonistes, déjà au cœur des conflits avec les physiatres tout au long des années 1960, se fait d'autant plus pressante que la situation de la profession au sein des hôpitaux rappelle encore la période précédente : malgré certaines avancées localisées, la majorité des patients est filtrée par le médecin spécialiste qui détermine seul s'il y a lieu de consulter l'orthophoniste. Plus favorable, la situation dans les établissements de deuxième ligne comporte d'autres irritants : même si les centres de réadaptation physique offrent des ouvertures notables auprès des problèmes d'aphasie et de dysarthrie induits par les ACV, les orthophonistes s'y trouvent quand même en minorité devant les experts de la rééducation motrice que sont les physiothérapeutes et les ergothérapeutes et, à ce titre, continuent d'être mal servis par des normes d'établissements qui privilégient le traitement des problèmes moteurs au détriment de l'admission de problèmes non anatomiques³⁸.

³⁷ *Le Transfert*, 14, 4 (décembre 1990) : 16-17; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 2 (décembre 1992) : 75. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5938, dossier « Stages Rivière-des-Prairies », Brigitte Asselin *et al.*, [Mémoire sur les stages en ergothérapie], 1979, p.5-10.

³⁸ Qui plus est, les critères de financement de la RAMQ rendent délicate l'admission des cas désirés. Pour être admis, un patient doit en effet requérir les services de deux types de spécialistes : une exigence faite sur mesure pour la référence d'accidentés au duo physiothérapeute / ergothérapeute, mais qui laisse souvent en plan l'orthophoniste qui désire faire admettre des cas

Territoires neufs pour cette profession, les services de psychiatrie se présentent donc aux orthophonistes comme une ouverture vers de nouveaux cas non anatomique comme des problèmes de syntaxe ou de reconnaissance du vocabulaire. L'entrée en psychiatrie, en vertu des nouvelles connaissances psychologiques, permet donc à de nouvelles diplômées de s'approprier des cas de ce genre qui étaient jusque là pris en charge par d'autres intervenants. En Beauce, par exemple, la première orthophoniste de la région prend le relais, en 1977, de la clinique psychiatrique d'un sanatorium tenue jusque là par une religieuse, sœur Marie-Rose Gagné, une pionnière des théories béhavioristes dans la région. Étrangères à l'autorité des ORL et des physiatres, ces cliniques offrent parfois une alternative avantageuse aux postes traditionnels, comme pour l'orthophoniste Thérèse Paquet qui fait à cette époque le saut à la clinique de pédopsychiatrie de l'hôpital Sacré-Cœur de Québec en raison de l'absence de reconnaissance professionnelle par ses précédents employeurs. Après 1980, les orthophonistes présentes en milieu psychiatrique, comme les autres du reste, usent de plus en plus régulièrement du vocabulaire psychologique pour formuler leurs diagnostics et attribuer une étiologie aux problèmes de langage rencontrés. On voit ainsi, dans la décennie qui suit, les orthophonistes québécoises attribuer les problèmes d'articulation qu'elles diagnostiquent à des troubles psychoaffectifs ou à des retards de développement identifiés dans des termes empruntés à la psychologie. L'adoption de ce lexique, dégagé de la médecine anatomique, permet aux orthophonistes de sélectionner leurs cas dans une population beaucoup plus large qu'auparavant³⁹.

Tant en ergothérapie qu'en orthophonie, les vues théoriques et pratiques de la psychologie ainsi annexées font aussi miroiter de formidables perspectives en promettant d'embrasser une très large gamme de comportements humains. Pour les orthophonistes, la psychologie du langage et des interactions

de langage non moteurs, v. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.63-68.

³⁹ *Ibid.*, p.70-71.

symboliques permet de réduire le poids des exercices d'identification d'images ou de prononciation en y superposant une approche plus « conversationnelle », faite de conversations ouvertes et dont la visée est la communication « pure » dans le cadre d'échanges moins dirigés. Mieux, ces cadres psychologiques promettent même d'englober la totalité des comportements humains dans des concepts élargis, comme la « communication totale », en vertu desquels chaque geste significatif, et non pas seulement articulatoire, constitue un acte de communication. Pour les ergothérapeutes, l'appréhension de la chose psychique permet aussi d'envisager comme objet d'intervention la totalité d'un « fonctionnement cognitif » qui inclut la conscience de soi et la communication. C'est ce qui permet à des enseignantes de l'Université Laval, dès 1974, puis aux représentantes de la Corporation en 1979, d'annoncer, à l'aide des concepts issus de la psychologie, que l'action ergothérapique, en englobant en un seul objet l'affinement des perceptions sensorielles et leurs incidences psychologiques, trônera « au plus haut niveau de la taxonomie de Bloom⁴⁰ ». En 1984, des ergothérapeutes de l'hôpital Notre-Dame de Montréal tentent de réaliser une synthèse de ce genre en mariant, dans des activités de piscine ou d'autres expériences corporelles, des usages thérapeutiques de la posture et de la relaxation à des approches psychothérapeutiques inspirées de la psychanalyse, du behaviorisme et d'une approche alors populaire appelée la « bioénergie ».

Ces ambitions ne seront que partiellement concrétisées. En fait, les succès les plus éclatants en matière de mise en œuvre des savoirs psychologiques n'adviennent pas dans les milieux psychiatriques, où l'on recense pourtant le plus grand nombre d'initiatives, mais plutôt dans les centres de réadaptation physique où le personnel psychiatrique et psychosocial joue un rôle moins prééminent. Au CR Constance-Lethbridge, en 1976, les clientèles dites psychosociales, les plus à l'écart de l'autorité psychiatrique, attirent les suivis les plus approfondis des

⁴⁰ *Le Transfert*, 8, 1 (mars 1984) : 18-22. Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, *Document sur la pertinence de l'internat en ergothérapie*, *op.cit.*, p.3. Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *Ergothérapeute*, *op.cit.*, p.5. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.71.

ergothérapeutes qui y consacrent 41% de leur temps de clinique même si elles ne comptent que pour 15% de leurs patients; au CR Lucie-Bruneau et au centre hospitalier Champlain de Verdun, les interventions menées conjointement « sur le plan physique et psychique » constituent pour les ergothérapeutes la meilleure manière d'étendre leur clientèle, tandis que les cliniciennes du Centre Cardinal-Villeneuve s'en font les championnes dès la fin des années 1970⁴¹.

Dans les milieux psychiatriques eux-mêmes où l'adhésion aux concepts psychologiques canalise pourtant les plus grandes énergies, leurs promesses se concrétisent plus rarement. Le bât blesse principalement au sujet du diagnostic et de la référence des patients. En ergothérapie, un sondage mené par la Corporation en 1984 auprès d'ergothérapeutes en psychiatrie confirme que celles-ci ne sont en fait que très rarement investies de la responsabilité de leurs cas et jouent souvent un rôle supplétif auprès de clientèles où « aucune référence n'est adressée directement à l'ergothérapeute »; en corollaire, le tiers à peine des thérapeutes interrogées disent effectuer des évaluations jugées proprement ergothérapeutiques. La situation est comparable chez les orthophonistes : malgré les promesses de la « communication totale », les textes décrivant le contenu de la pratique suggèrent en fait que l'adoption de préceptes psychologiques ou psycholinguistiques n'a qu'un effet limité sur la réalité des thérapies, qui continuent largement de porter sur des cas articulatoires de moindre conséquence et la plupart du temps résolument moteurs. Dans les deux cas, les récriminations des professionnelles indiquent que ces situations découlent moins d'un manque de volonté que d'obstacles extérieurs qui frustrant les thérapeutes de la clientèle et des tâches auxquelles elles aspirent⁴².

⁴¹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1979, p.2.10; 1982, 12; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1976. *Le Transfert*, 4, 1 (février 1980) : 9; 15, 2 (juin 1991) : 15-16. R. Desrochers, *op.cit.*, p.4-9.

⁴² *Le Transfert*, 8, 2 (juin 1984) : 5-7. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes...*, *op.cit.*, p.71-73; « Diagnostics, stratégies... », *op.cit.*, p.258-260.

Ce qui demeure hors de portée, c'est l'autorité de diagnostiquer : en clinique psychiatrique, le fameux vocabulaire psychologique ou psycho-cognitif que s'approprient les orthophonistes et les ergothérapeutes demeure l'apanage principal, par définition, des psychologues et des psychiatres. Ce sont ces derniers, psychiatres en tête et psychologues ensuite, qui gardent la main haute sur le tri des patients, leur diagnostic et leur référence et qui se réservent les problèmes jugés plus qualifiants comme les problèmes langagiers ou d'appréhension de l'environnement d'origine dite psychique. Aux autres, on réfère les retombées secondaires de ces cas et des tâches supplétives destinées à favoriser la thérapie des psychiatres ou des psychologues, par exemple en atténuant les obstacles physiques à la communication ou en entretenant l'éveil des patients par une activité de diversion. Interprétées par les « pys », les notions de « communication totale » ou de « fonctionnement cognitif » n'alimentent donc que la pratique de ces derniers et n'atténuent guère le caractère résiduel des catégories abandonnées aux orthophonistes et aux ergothérapeutes.

Ces limites, de plus en plus évidentes pendant les années 1980, ne vont pas sans susciter l'insatisfaction de plusieurs thérapeutes. Chez les ergothérapeutes, plusieurs cliniciennes constatent, vers 1985, que les outils d'évaluation empruntés aux psychologues comme la batterie de tests projectifs Azima, la grille de Mosey ou divers outils psychopédagogiques, servent mal la conquête d'un statut différencié et, selon une clinicienne en psychiatrie, « ne permet(tent) pas de faire suffisamment ressortir leur spécificité vis-à-vis des autres professionnels⁴³ ». Du côté des orthophonistes, plusieurs cliniciennes se font critiques des usages diagnostiques en vigueur (« j'ai classé tout à l'inverse », indique une stagiaire de l'Université de Montréal en 1981⁴⁴). Dans des cliniques où les « pys » sont à la fois susceptibles de refuser les cas articulatoires trop anatomiques et de garder

⁴³ *Le Transfert*, 15, 3 (septembre 1991) : 11-13; 9, 4 (décembre 1985) : 12; 8, 2 (juin 1984) : 5-7.

⁴⁴ Archives de l'Université de Montréal, rapports de stages des étudiantes de première année de l'École d'orthophonie et d'audiologie, 1981.

pour eux les cas langagiers « de communication », il devient difficile pour les orthophonistes de se constituer une clientèle, ce qui fait naître un esprit plus aigu de rébellion, certaines cherchant constamment à soustraire des cas d'articulation au refus des psychiatres tandis que d'autres dénoncent activement les prétentions des psychologues sur la « communication » comme autant d'empiètements sur le territoire de l'orthophonie. À la fin des années 1980, les tensions sont devenues vives et c'est un lieu commun qu'expriment des cliniciennes de l'hôpital Rivière-des-Prairies quand elles déplorent à quel point « notre expérience et notre champ d'action sont méconnus même par les professionnels avec lesquels nous travaillons »⁴⁵.

De 1970 à 1985, les professionnelles de réadaptation physique poursuivent ainsi leurs quêtes respectives d'une pratique différenciée qui s'étendrait au-delà des territoires médicaux. Bien qu'elles étendent bien leurs champs d'action et que, souvent, l'accès gagné à de nouvelles clientèles ou à de nouveaux objets rehausse la position des cliniciennes concernées, il reste que l'usage de concepts et de modalités à la fois éclatés et peu spécifiques tend à n'offrir que des gains ambigus. Les physiothérapeutes explorent ainsi des manières diverses d'introduire l'usage du toucher ou de subvertir des outils techniques, l'impact de ces entreprises demeurant aussi inégal que les modalités employées sont variées. Les ergothérapeutes débordent des usages réducteurs de l'activité en s'attardant à de nouveaux objets, certains distinctifs comme les AVQ, mais parfois aussi, comme les aides techniques et le positionnement, peu différenciés par rapport à d'autres groupes. Tant les ergothérapeutes que les orthophonistes sont aussi confrontées à des limites similaires en s'appropriant des perspectives et des catégories psychologiques qui, si elles promettent d'étendre leur champ d'action, n'en demeurent pas moins sous la juridiction des « psys ».

⁴⁵ Michèle Morency et Cécile Chavy, *Troubles de langage et de communication versus troubles psychiatriques*, Rivière-des-Prairies, HRP, 1989, p.39.

En l'absence d'un cadre conceptuel unifié qui soit propre à chacune, on constate ainsi que les gains ponctuels de plusieurs individus se doublent encore, à l'échelle des groupes, d'une situation quelque peu indistincte et encore bien inconfortable pour plusieurs praticiennes dont les aspirations à une réelle position de « professionnelles », attisées par l'appropriation de cadres conceptuels en apparence prometteurs, tardent à se concrétiser.

CHAPITRE 11

UN NOUVEL USAGE DES MACHINES

Les paramédicales psychosociales et de réadaptation physique offrent les cas de groupes qui se veulent professionnels au sens fort. Avec des succès inégaux, elles entendent définir elles-mêmes leurs positions en cherchant dans leurs ressources conceptuelles les catégories et outils d'évaluation qui décriront des objets taillés à leur mesure, qui leur réservent une plus forte prise sur la référence des patients et le choix des interventions et instituent une demande accrue de leurs services. Il leur paraît notamment essentiel de se doter d'un rôle thérapeutique clair qui les détache de tout commerce apparent avec un travail logistique ou d'animation.

En principe, cette posture du professionnel est à opposer à celle du technicien, présumé rivé à sa machine, satisfait de tâches prédéfinies et dont la figure sert souvent de repoussoir. Après 1970, il est pourtant intéressant de voir des métiers d'appareillage, comme les inhalothérapeutes et les audioprothésistes, titulaires de diplômes techniques alignant leurs usages des machines au sillage des médecins, entretenir tout de même des attitudes destinées à les rapprocher du modèle du professionnel autonome. Il ne s'agit pas simplement d'émulation : l'environnement institutionnel de la santé post-1970, lancé sur la voie de la différenciation et de l'atténuation des parrainages médicaux, présente plus que jamais le professionnalisme comme une voie prometteuse de promotion. L'histoire des métiers « techniques » évoluant dans ce contexte montre en quoi le

modèle professionnel déborde alors la sphère des professions « en titre » pour influencer aussi sur la trajectoire d'autres groupes.

Il est également intéressant de voir en quoi l'emploi intensif de machines, même sous prescription médicale, n'est finalement pas entièrement antinomique à la conquête d'un rôle thérapeutique. Pour les professions dites d'appareillage, c'est même précisément l'emploi des machines qui rend possible l'entreprise professionnelle, quoique non sans ambiguïté. Les audioprothésistes et les inhalothérapeutes offrent des exemples contrastés, dotés de caractéristiques propres déterminées par leur position respective dans la division du travail : tandis que les premiers, en bureaux privés, ajoutent un tableau à l'histoire des relations entre marché privé et réseau public, les secondes, physiquement proches des médecins hospitaliers, mettent en évidence les possibilités de renouvellement qu'offre tout de même un pareil parrainage.

Audioprothésistes et audiologistes : la guerre des machines

Le conflit féroce qui oppose les audioprothésistes aux audiologistes pour le droit de préciser les besoins de prothèses auditives des usagers ne s'atténue en rien après 1970. Leur rivalité conditionne le paysage de la déficience auditive : c'est pour tenir la dragée haute aux audiologistes et les empêcher de réguler le commerce de la prothèse par leurs évaluations que les audioprothésistes développent des compétences neuves pour camper eux-mêmes un rôle d'évaluateur. De plus, le fossé entre les deux groupes recouvre la dissociation entre privé et public : les audiologistes se concentrent dans les hôpitaux tandis que les audioprothésistes ne travaillent qu'en bureau privé, où ils reçoivent des patients surtout référés par des médecins eux-mêmes partagés entre l'hôpital et les cliniques privées.

Cette différence de positions n'est pas sans conséquence sur l'accès aux patients. Bien ancrées dans les structures publiques, les audiologistes y trouvent

de multiples occasions d'étendre leur pratique à des clientèles toutes situées en amont de la référence en audioprothèse. Le cas des pertes auditives attribuables au travail en usine témoigne des tremplins offerts par le réseau public. En 1970, en effet, des initiatives fédérales attirent l'attention sur les effets industriels sur la santé des travailleurs d'usine. Des audiologistes de l'Université de Montréal s'intéressent dès lors à cette question et accomplissent, après 1974, un important travail de dépistage pour baliser ce secteur qu'on baptise «audiologie industrielle». Les représentantes de la Corporation des orthophonistes et des audiologistes comprennent vite les promesses de ce nouveau domaine et, de 1973 à 1977, courtisent la CAT pour réserver aux audiologistes l'évaluation et le traitement des surdités industrielles. Cette démarche n'aboutit pas mais l'audiologie s'impose néanmoins comme une discipline clef du secteur, des audiologistes décrochant des postes dans plusieurs DSC et CLSC pour évaluer l'impact du bruit en milieu industriel. De 1977 à 1985, ces audiologistes jouent un rôle déterminant dans la mise en place, financée par le MAS, de programmes de prévention et de réadaptation, tandis que les dépistages effectués en DSC et CLSC stimulent l'identification et la référence des cas. En quelques années, cette activité entraîne la création de postes, et même de services, dans certains hôpitaux comme l'Hôtel-Dieu de Lévis et l'Hôpital régional de l'Amiante de Thetford-Mines, où des audiologistes assurent l'encadrement et l'évaluation de cette clientèle particulière¹.

En partie parce que les audiologistes s'en approprient ainsi les mécanismes, la communauté des audioprothésistes manifeste un inconfort marqué à l'endroit du régime public au cours des années 1970 et 1980. Pour cette raison, elle se montre indisposée par la mise sur pied par la RAMQ, en 1979, d'un programme de couverture publique des prothèses auditives, qui confère à la Régie publique le rôle de principal organisme régulateur du marché de la prothèse.

¹ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes ...*, *op.cit.*, p.85-86.

Cette opposition est en partie conjoncturelle. Les audioprothésistes ne sont alors qu'en tout petit nombre et, avant la création du programme de formation du cégep de Rosemont en 1981, ne peuvent compter sur aucun moyen sûr d'accroître leurs maigres effectifs. Or, entre 1975 et 1980, l'Ordre redoute par-dessus tout donc qu'un programme public, en démocratisant l'accès à la prothèse auditive, ne fasse exploser la demande au-delà des capacités de la profession, car on craint qu'une telle situation ne pousse l'État à abolir le monopole sur la fourniture des prothèses consenti en 1974, une crainte d'ailleurs fondée puisque le MAS envisage dès 1978 la création d'une banque publique de prothèses, qui aurait concurrencé les bureaux privés².

À cette appréhension s'ajoutent cependant des griefs fondamentaux relatifs à l'attitude de l'État quant au contrôle des tâches et à la référence des patients. L'inquiétude des audioprothésistes est triple. D'une part, l'Ordre des audioprothésistes sait que son monopole exclusif sur la fourniture de prothèses a été entièrement justifié par le fait que ses membres travaillent en privé, loin de la surveillance d'autrui. On craint donc qu'un régime public ne pousse l'État payeur à resserrer son contrôle et remette en question cette autonomie. Cette menace prend d'ailleurs un visage concret avec les premières menées de la RAMQ. Comme on l'a vu, pour compenser le caractère faiblement thérapeutique de leur pratique, les audioprothésistes s'étaient jusque là largement posés en experts d'un marché complexe dont le dédale de « 500 types différents » de prothèses requiert une expertise particulière pour s'y retrouver, à la manière des pharmaciens en matière de médicaments; or, en 1979, la RAMQ entreprend justement de simplifier cette offre, en dressant une liste qui réduit le nombre de modèles admissibles au programme public, ce qui minimise d'autant le poids d'une expertise présentée comme propre à l'audioprothésiste et justifiant en partie son

² Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 29 décembre 1975; v. 7 novembre et 2 décembre 1974, 3 février, 7 avril, 30 juin, 4 août, 8 septembre et 6 octobre 1975; 1^{er} mars et 3 mai 1976, 5 janvier 1977, 6 mars et 6 mai 1978, 30 novembre 1979. Syndicat professionnel des audioprothésistes du Québec, *Mémoire...*, *op.cit.*, p.1.

statut. Qui plus est, l'Ordre des audioprothésistes est lui-même tenu à l'écart de l'élaboration de cette liste, qu'il condamne au nom de la « liberté de choix » de l'utilisateur³.

D'autre part, le programme de la RAMQ semble rogner la capacité future des audioprothésistes à s'étendre à de nouvelles activités ou clientèles. Le régime n'est pas universel : la couverture des prothèses est réservée aux individus âgés de 35 ans ou moins en 1979, ce qui favorise l'essor des clientèles jeunes des services spécialisés des hôpitaux et des centres de réadaptation, mais sans faire croître, à court terme la clientèle âgée traditionnellement importante pour les audioprothésistes. De plus, la liste des prothèses remboursables par le programme réduit la capacité des prothésistes à introduire de nouveaux modèles sur le marché : au début des années 1980, alors que les modèles courants sont des prothèses à contour d'oreille, l'Ordre des audioprothésistes doit ainsi lutter pour faire admettre de nouveaux modèles intra-auriculaires à l'égard desquels la RAMQ se fait « restrictive » sous l'influence d'audiologistes qui critiquent leur coût d'entretien⁴. Durant toute la période, l'Ordre est ainsi contraint de mener des

³ Sur le plan politique, l'épisode fait d'autant plus mal que l'attitude de la RAMQ semble dictée par sa méfiance envers la capacité et la diligence des bureaux privés à assurer le meilleur service au meilleur prix, une méfiance véhiculée dans les médias à la même époque par des audiologistes et des associations de consommateurs. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Campagne de diffamation et de désinformation auprès du public », transcription de l'émission *Tout compte fait*, 28 juin 1983; transcription de l'émission *CBC Daybreak*, 28 mars 1984; dossier « RAMQ – Correspondance », lettre de J. Trudel à D. Carmichael, 21 mars 1980, lettre de D. Carmichael à J. Trudel, 24 avril 1980, communiqué de la RAMQ du 23 juillet 1993; dossier « Institut des sourds – Jean Chabot », lettre de OAQ à L. Roy, 28 novembre 1980, lettre de L. Roy à R. Lévesque, 23 décembre 1980; procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 27 mai et 30 novembre 1979, 18 décembre 1980; lettre de V. Baillargeon à P. Taffin, 12 décembre 1972. Guy Lescouflair, *op.cit.*, p.3; Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, OAQ, 1990, p.2-3; *Mémoire présenté au MSSS*, Québec, OAQ, 1992, p.2; *Document d'orientation*, Québec, OAQ, 1992, p.1; *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie*, Québec, OAQ, 1993, p.1.

⁴ Un débat technique qui ne présume d'ailleurs de rien puisque les appareils intra-auriculaires s'imposent à terme comme le modèle dominant des années 1990. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Campagne de diffamation et de désinformation auprès du public », transcription de *Tout compte fait*, 28 juin 1983; procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 18 septembre 1981. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux connexes*,

combats répétés pour l'élargissement du régime ou de la liste, qu'il rassemble sous la bannière du « libre choix », afin de lever les obstacles économiques et réglementaires qui empêchent l'audioprothésiste d'offrir la prothèse de son choix, désignée par sa propre évaluation.

Enfin, et c'est peut-être le plus important, les structures publiques se montrent réfractaires au projet des audioprothésistes d'étendre leur rôle évaluatif à des tâches à saveur plus clinique. Ce glissement des aspirations est visible dans le discours de l'Ordre des audioprothésistes. Encore en 1974, ses représentants se présentent en « personnes qui vendent des prothèses auditives », experts du marché et de ses produits; après cette date, cependant, le discours se transforme pour mettre l'accent sur l'ajustement des prothèses, puis, en 1978, étend sa définition de l'« art » audioprothétique à un examen du patient et à l'interprétation des tests jusqu'à ce que finalement, dans les années 1980, l'audioprothésie ne soit dorénavant définie comme « l'évaluation des besoins prothétiques⁵ » par une gamme élargie de tests effectués directement sur le patient, à l'aide d'appareils. Ce déplacement de l'évaluation des objets à celle des patients joue pour beaucoup dans l'argumentaire qui justifie la création du programme du cégep Rosemont en 1981, en dépit d'ailleurs de l'opinion initiale du MAS qui estime que les audioprothésistes devraient se limiter à la vente et à la réparation des machines⁶.

Québec, OAQ, [1985-1988], p.3-6, 9-11; *Commentaires préliminaires face aux mesures de rationalisation envisagées par le MSSS pour le programme des aides auditives*, Québec, OAQ, 1996, p.11; *Mémoire au ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'avant-projet de loi...*, *op.cit.*, p.2-3. Élisabeth Têtu, *Avis sur le bien-fondé de développer des services d'audioprothésie en centre de réadaptation en déficience auditive*, Montréal, IRD, 1993, p.2.

⁵ Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.29. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 7 novembre 1974, 6 octobre 1975, 30 avril 1977. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Document d'orientation*, *op.cit.*, p.5.

⁶ Conseil des collègues, *Avis au MEQ concernant le projet d'une nouvelle spécialité professionnelle, les techniques d'audioprothèses*, Québec, MEQ, 1980, p.3, 7-9; *Le programme expérimental en techniques d'audioprothésie*, Québec, MESS, 1986, p.3. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission d'enquête...*, *op.cit.*, p.1-2. Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.38.

Tant cette extension des rôles que les luttes pour le « libre choix » découlent d'une même volonté de garder le contrôle des évaluations qui déterminent le choix des prothèses vendues. Pour les audioprothésistes, la prise sur l'évaluation fine des besoins prothétiques du client a une importance économique, certes, mais aussi politique car il faut évaluer pour être reconnu. En 1977, la CAT dit ainsi suspecter les audioprothésistes de « n'être pas des professionnels au sens propre du mot » car ils ne remplissent par leurs prescriptions, et envisage pour cette raison de les retirer de ses listes de références; pour l'en dissuader, l'Ordre argue précisément que « les audioprothésistes... passent dans la plupart des cas leurs propres examens et environ 70% des prothèses sont ainsi vendues, le médecin n'intervenant que pour délivrer un certificat⁷ ». C'est, en définitive, ce caractère lointain de la référence médicale pourtant obligatoire qui laisse à l'audioprothésiste un rôle d'évaluation décisif et qui permet au groupe de garder son rang.

Or, l'ambition des audiologistes hospitaliers court-circuite précisément cette filière de référence. En 1975, le MAS tend l'oreille à des audiologistes qui demandent le droit de prescrire la prothèse avec précision mais aussi de superviser « avant paiement » le travail de l'audioprothésiste; en 1979, le programme de la RAMQ prévoit finalement que la pose de prothèse doive être précédée non seulement d'un certificat médical mais aussi d'un audiogramme préliminaire réalisé soit par un ORL, soit par une audiologiste, ce que l'Ordre des audioprothésistes, agacé, juge « superflu⁸ ». De 1970 à 1988, ces règles multiplient les escarmouches entre des audioprothésistes jaloux de leur autonomie et des audiologistes qui leur réfèrent des patients munis de prescriptions déjà détaillées et même de futurs rendez-vous de contrôle à l'hôpital. Au Centre

⁷ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 29 août et 8 novembre 1977; v. 8 septembre 1975. Guy Lescouflair, *op.cit.*, p.2-3.

⁸ Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission d'enquête...*, *op.cit.*, p.7-8. Regroupement des centres de réadaptation en déficience auditive, *Propositions des CRDA relativement au transfert du programme d'attribution des aides de l'OPHQ à la RAMQ*, Montréal, 1987, p.5-6.

hospitalier de l'Université de Sherbrooke, au Jewish General Hospital, à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, à l'Hôpital général de la région de l'Amiante, les audiologistes, entre 1977 et 1985, donnent ainsi des directives précises à leurs patients avant de les référer en audioprothésie et adjoignent à leurs dossiers des formulaires qui sont autant de « prescriptions en audioprothésie », une « interférence⁹ » selon l'Ordre des audioprothésistes qui déplore que le prothésiste en désaccord avec l'audiologiste se retrouve dans une situation délicate. Vers 1975, l'Ordre fait d'ailleurs retirer des hôpitaux certains appareils de mesure que des audioprothésistes y avaient installés à une époque de collaboration plus immédiate avec les ORL, car on constate qu'ils sont utilisés par des audiologistes. Malgré ces efforts, le monopole recherché par les audioprothésistes demeure imparfait et plusieurs hôpitaux soutiennent leurs audiologistes, dont certaines manipulent même des prothèses. Si on concède de mauvais gré certains territoires (« nous allons faire face à une très forte opposition si nous essayons d'empêcher les prothèses auditives dans les hôpitaux pour enfants¹⁰ »), l'Ordre des audioprothésistes réserve une hostilité particulière aux centres de deuxième ligne, comme l'Institut Raymond-Dewar, qui planifient des suivis audiologiques systématiques après la pose, et parfois juste avant l'échéance de la garantie des prothèses¹¹.

⁹ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 29 juin 1978.

¹⁰ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 7 novembre 1974, 3 février 1975.

¹¹ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1^{er} décembre 1975, 3 mai 1976, 20 juin et 29 août 1977, 6 mai 1978, 26 mai 1979, 29 août 1980. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Ingérence et dirigisme », audiogramme de l'Hôpital général de la région de l'Amiante daté du 24 janvier 1986, lettre standardisée de l'Hôtel-Dieu de Lévis datée du 14 janvier 1986, lettre de S. Doiron à M. Marcel Lajeunesse, 11 janvier 1985. Institut des sourds de Charlesbourg, *Cahier d'organisation du service de réadaptation*, Charlesbourg, ISC, 1978, section III; *Programme de stimulation précoce*, Charlesbourg, ISC, 1987, p.14-15. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission d'enquête...*, *op.cit.*, p.7-8, 25-30; *Mémoire présenté au MSSS*, *op.cit.*, p.2-3, 6.

Le problème vient de ce que les deux groupes emploient les mêmes modalités, usant plus précisément des mêmes appareils de mesure. Entre 1975 et 1985, quelques audiologistes inquiètent en s'appropriant même des technologies prothétiques comme la prise d'empreintes des oreilles (en prévision du moulage de la coque) ou la pose de prothèses. Pour garder pied en matière d'évaluation, les audioprothésistes étendent eux aussi leurs compétences techniques, en s'attachant aux moments évaluatifs de l'appareillage, soit l'évaluation initiale des besoins et le suivi post-prothétique, toujours par l'emploi de machines. L'Ordre joue un rôle important dans cette démarche en partie politique. En 1975, l'Ordre anime la mise à jour du formulaire d'audiogramme type employé par ses membres, de manière à ce que soient ajoutées à la liste des procédures des nouveautés comme l'usage de l'« appareil auditif maître » et des tests vocaux. Dans les années suivantes, l'Ordre implante aussi progressivement la mesure des réflexes stapédiens (« impédancemétrie »), dont l'usage importe assez sur le choix de la prothèse pour que « ceux qui ne procèdent pas à ces tests [la sélectionnent] à partir d'indications fournies... par un ORL ou un audiologiste¹² »; peu répandue jusque là dans la profession, elle est finalement intégrée au protocole de routine vers 1984. D'autres pratiques liées à des machines sont aussi implantées en matière de suivi post-prothétique après 1979, encore à l'appel de l'Ordre qui juge « très important que les audioprothésistes fassent leur contrôle de rendement de prothèse auditive et s'équipent en conséquence¹³ », déplorant que la tâche ait été « abdiquée » en faveur des audiologistes. Ces remarques visent l'usage d'un appareil particulier, l'analyseur électro-acoustique : alors que, en 1977, seulement 23% des bureaux d'audioprothésistes en sont équipés, l'analyseur est ajouté à la

¹² Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 3 février, 3 mars, 7 avril, 9 juin, 15 juin et 3 novembre 1975, 28 novembre et 18 décembre 1980, 27 février et 3 mai 1981, 15 mai 1982, 16 septembre 1983; dossier « Conflit interprofessionnel », lettre circulaire de P. Bergeron aux directeurs d'hôpitaux, 10 septembre 1985. Cégep de Rosemont, *Technique d'audioprothésie*, p.12-13; *Audioprothésie*, annexe 1. Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.27, 31. Pierre H. Bergeron, *op.cit.*, p.35; « Hommage à Pierre H. Bergeron », *op.cit.*, p.25.

¹³ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 30 mars et 26 mai 1979.

liste de l'équipement minimal standard dès le début des années 1980, sans doute avec le soutien de formations fournies par l'Ordre ou les manufacturiers car cet appareil ne serait réellement maîtrisé par les enseignants du cégep de Rosemont qu'en 1986¹⁴.

L'audiologie en deuxième ligne : déborder la prothèse

Les chevauchements des compétences techniques des audioprothésistes et des audiologistes recouvrent une lutte entre deux filières de références, dont les termes se précisent durant la période 1970-1988. En effet, si les audioprothésistes se défont des hôpitaux, c'est aussi que ce n'est plus d'eux qu'ils tiennent les meilleures sources de références. Entre 1976 et 1980, les audioprothésistes attendent plutôt que l'augmentation future de leur clientèle leur vienne des médecins ORL en cliniques privées, qui entretiennent peu de liens directs avec l'audiologie et emploient leurs propres techniciens, jugés d'autant plus « efficaces » qu'ils réfèrent plus de patients en consacrant moins de temps à chaque évaluation¹⁵. D'ailleurs, les ORL hospitaliers, qui en viennent à entretenir plus de rapports avec des audiologistes, se révèlent souvent des soutiens moins fiables à l'audioprothésie, certains prenant le contre-pied de leur propre

¹⁴ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 28 novembre 1980, 27 février 1981, 15 mai 1982.

Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.12, 17-26. Syndicat professionnel des audioprothésistes du Québec, *Mémoire...*, *op.cit.*, p.4-5. Cégep de Rosemont, *Technique d'audioprothésie*, 1983, p.3-4; 1986, p.6.

¹⁵ Encore en 1987, les centres de réadaptation auditive critiquent ouvertement la proximité des audioprothésistes et des ORL qui, selon eux, rémunérés à l'acte, « peuvent prescrire à volonté sur la base d'un simple audiogramme... administré par leur secrétaire ou un technicien », Regroupement des centres de réadaptation en déficience auditive, *op.cit.*, p.29-30. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1^{er} mars et 1^{er} novembre 1976, 29 juin 1978, 30 novembre 1979, 3 mai 1980; dossier « Conflit interprofessionnel », lettre de M. Hickson à S. Rainville, 7 juin 1990. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Réponse à l'OPQ*, Québec, OAQ, 1996, p.58; *Mémoire à la Commission d'enquête...*, *op.cit.*, p.25-27; *Document d'orientation*, *op.cit.*, p.8; *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées...*, *op.cit.*, p.25-26. Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.9.

association contre les prothésistes¹⁶. Cette relation trouble avec le réseau public comporte aussi un autre versant : les audioprothésistes entretiennent des rapports difficiles avec des regroupements de patients, dont la puissante Association québécoise pour les enfants atteints de problèmes auditifs (AQEPA) fondée en 1969. Partisane du régime public (elle digère mal l'opposition initiale des audioprothésistes au programme de la RAMQ), l'AQEPA est proche des audiologistes dont elle reproduit souvent les arguments contre l'audioprothèse privée, même les plus virulents¹⁷. L'Association exerce aussi, par ses conseils aux parents, une influence sur les références : en 1975, l'Ordre des audioprothésistes refuse de lui transmettre la liste des prothésistes ayant échoué leur examen de qualification (et qui ont droit à une reprise), de crainte qu'elle n'en diffuse les noms, et, en 1977, un officier de l'Ordre, en parlant de l'AQEPA, reproche à ses collègues de garder profil bas

de peur de perdre des recommandations... rappelant que chaque fois qu'il a dû faire face aux audiologistes pour défendre l'Ordre..., il avait été pénalisé pour cette action¹⁸.

Si l'AQEPA entretient des contacts étroits avec l'audiologie, c'est que la clientèle infantile qu'elle défend est suivie assez intensivement en milieu hospitalier et, surtout, en centre de réadaptation. On compte, dans les années 1980, un peu plus d'une demi-douzaine de centres de réadaptation en déficience auditive (CRDA), soit les deux « instituts » séculaires de Montréal et

¹⁶ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 9 juin 1975; dossier « Conflit interprofessionnel », lettre de J.-J. Dufour à P. Bergeron, 13 novembre 1985.

¹⁷ En 1974, l'association publie dans son bulletin un article intitulé « Les audioprothésistes sont-ils des incompetents ? », Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 7 novembre 1974; v. 1^{er} mars et 3 mai 1976, 5 janvier 1977.

¹⁸ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 30 avril 1977; v. 7 novembre et 2 décembre 1974, 3 février, 7 avril et 30 juin 1975, 20 juin et 8 novembre 1977, 8 septembre et 13 décembre 1978, 17 mars et 3 mai 1980; 14 mai et 15 mai 1983.

Charlesbourg et quelques programmes du même type qui sont adjoints à des centres de réadaptation physique comme le Bouclier, le Centre Mackay (Montréal) ou le Centre de réadaptation de Trois-Rivières. Ces centres accordent une large place à des équipes paramédicales dans lesquelles les audiologistes jouent un rôle important; comme on l'a vu, ces équipes s'occupent des enfants sourds en étendant l'action de leurs paramédicales jusqu'à concurrencer les services plus classiques des commissions scolaires. À cela s'ajoute le fait qu'en parallèle, elles poursuivent un objectif similaire de débordement et d'encadrement des prothèses auditives.

Les CRDA et leurs audiologistes entretiennent d'emblée des contacts étroits avec les prothèses puisque plusieurs de leurs patients en portent. Dans les années 1980, toutefois, les praticiennes et leurs établissements en viennent à se montrer insatisfaites des filières qui ne leur réservent qu'une position de transit vers l'audioprothésiste. Les paramédicales des CRDA promeuvent donc une approche élargie où la prothèse deviendrait une modalité parmi d'autres. Avec l'appui de l'AQEPA, elles multiplient, à partir de 1981, les demandes à un autre tiers payeur, l'OPHQ, pour la couverture publique d'une palette plus étendue d'appareils, comprenant des aides techniques divers comme des télécriteurs ou des téléphones adaptés. L'entreprise mène, en 1983-1984, à la création, par l'OPHQ, d'un programme particulier de couverture de ce type d'aide technique, qui ne requiert, fait inédit, que la seule évaluation de l'audiologiste; au Bouclier, c'est d'ailleurs ce programme qui, après 1985, fait croître la clientèle de l'audiologiste en place jusqu'à susciter la création d'un nouveau poste¹⁹.

Pour les CRDA, l'intérêt du programme de l'OPHQ ne réside pas seulement dans l'augmentation du volume de demande, mais dans le fait que ces aides techniques « supportent... des programmes d'adaptation / réadaptation » plus étendus qui se distinguent de la filière ORL / audioprothésiste et attribuent à

¹⁹ Regroupement des centres de réadaptation en déficience auditive, *op.cit.*, p.1-8, 28-29, 38-40. Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1984, p.6; 1985, p.6; 1986, p.2; 1988, p.15; 1989, p.15-17; 1990, p.8-10.

l'audiologiste la tâche d'évaluer, non seulement la perte auditive, mais aussi le « comportement auditif » des patients pour mener à l'enseignement de stratégies alternatives de communication (lecture labiale, etc.). Cette approche, qui permet d'ailleurs d'intégrer des malentendants plus légers à une offre de réadaptation d'abord prévue pour les sourds, minimise le statut de la prothèse et le contrôle de l'audioprothésiste sur celle-ci : soit elle met en doute l'utilité de la prothèse jusqu'à la déclarer inutile pour des déficiences légères pouvant être compensées par d'autres stratégies, soit elle lui attribue un rôle non plus compensatoire mais thérapeutique, qui rend impératif le suivi de l'audiologiste²⁰.

Les implications de cette perspective élargie sur les relations entre audiologistes et audioprothésistes sont claires. L'Institut des sourds de Charlesbourg, qui emploie le seul audioprothésiste salarié du réseau public²¹, en fournit un exemple en lui confiant précisément le rôle supplétif technique et secondaire à l'évaluation de l'audiologiste, que l'Ordre des audioprothésistes refuse de tolérer. Les audiologistes ne manquent d'ailleurs pas d'ambition : en 1987, ils suggèrent à la RAMQ de réformer son programme de prothèses auditives pour l'insérer complètement à l'orbite des CRDA afin de rendre la prescription de prothèses dépendante de l'évaluation de l'audiologiste, ce qui, proposent-ils, devrait impliquer le transfert des audioprothésistes eux-mêmes dans les CRDA pour y travailler dans la dépendance audiologique²².

Ce projet radical ne voit jamais le jour. Il est cependant révélateur d'un conflit dont l'enjeu est diagnostique. Les audiologistes des CRDA cherchent à

²⁰ *Plan d'organisation et modèles de services à l'intention des élèves handicapés par une déficience auditive*, Charlesbourg, ISC, 1984, p.7; Regroupement des centres de réadaptation en déficience auditive, *op.cit.*, p.8-14, 24-25, 47.

²¹ Dispensé pour des raisons d'ancienneté, en 1974, de l'obligation de travailler en privé, ce prothésiste remplit encore son office à l'Institut des sourds de Charlesbourg au début des années 1990.

²² *Ibid.*, p.2, 13-21, 26, 33-36. La canalisation en public des références devient aussi, vers 1979, la stratégie des physiothérapeutes ontariennes devant la menace privée des chiropraticiens, pourvus par l'État ontarien de privilèges importants, Ruby Heap, *loc.cit.*, p.86-87.

faire admettre l'idée que la seule mesure de la surdité, accessible aux audioprothésistes, ne suffit pas à guider une intervention judicieuse qui doit reposer sur l'évaluation d'autres objets, divers mais qui ont en commun de déborder l'audioprothésie pour privilégier l'action de l'audiologiste. Ces objets vont de la recherche d'une étiologie à la prise en compte de l'environnement : si certains, comme la mesure disputée des réflexes stapédiens, n'impliquent qu'un réglage plus affiné des appareils, d'autres, comme l'hypersonie ou l'aptitude à la lecture labiale, requièrent, comme les aides techniques, un mode d'intervention différent propre à l'audiologie. Après 1985, des projets pilotes de CRDA, comme l'Institut des sourds de Charlesbourg, étendent d'ailleurs cette approche, formulée d'abord à l'attention des enfants, aux personnes âgées traditionnellement desservies par la filière ORL / audioprothésistes²³.

Si l'effet perturbateur de ces initiatives sur l'audioprothésie paraît évident, il est à noter qu'elles prolongent aussi la vieille divergence des audiologistes avec les médecins ORL, que les CRDA, en 1987, cherchent à cantonner au titre de spécialistes « des maladies de l'oreille... qui ne sont pas en mesure de procéder à une évaluation approfondie des incapacités²⁴ » causées par la surdité. En 1988, c'est d'ailleurs l'Association des ORL, qui mesure bien le danger, qui incite les audioprothésistes à déclencher une lutte pour ne pas abandonner la dispensation des aides techniques aux seules audiologistes²⁵.

Le secteur de la mesure auditive ajoute ainsi un chapitre à l'histoire des rapports ardues et complémentaires entre le régime public et le marché privé de la santé. Une rivalité aux enjeux multiples y témoigne des ambitions changeantes

²³ Regroupement des centres de réadaptation en déficience auditive, *op.cit.*, p.19, 26, 41-54. Pauline Bélanger, *Programme de réadaptation auditive pour une clientèle âgée résidant en centre d'accueil et présentant des troubles d'audition*, Charlesbourg, ISC, 1987, 62p.; Institut des sourds de Charlesbourg, *Sous-programme s'adressant aux organismes desservant une clientèle de personnes âgées ayant des problèmes d'audition*, Charlesbourg, ISC, 1988, p.3-6.

²⁴ *Ibid.*, p.25.

²⁵ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Association d'oto-rhino-laryngologie », lettre circulaire de Y. Dugré aux ORL, 25 janvier 1988.

des groupes associés à l'appareillage. Devant les exigences de qualification des appareils d'État, qui dévaluent l'expertise non thérapeutique, et les prétentions audiologiques favorisées par les réformes du réseau, les audioprothésistes, en s'appuyant sur leur maîtrise des machines, ne s'en dotent pas moins de prétentions diagnostiques élargies qui les rapprochent d'un rôle clinique.

L'assise de ces aspirations dans l'usage de machines demeure tout de même équivoque, car elle demeure vulnérable aux prétentions thérapeutiques des audiologistes qui entendent insérer la prothèse, comme une modalité parmi d'autres, dans des perspectives plus amples. Comme on le verra, les inhalothérapeutes partagent, après 1970, une situation également ambiguë.

L'inhalothérapie : thérapeutique et autonomie en milieu hospitalier

Comme celui des audioprothésistes, le cas des inhalothérapeutes témoigne des voies par lesquelles une pratique fondée sur l'emploi intensif de machines sous ordonnance médicale rend néanmoins possible l'entreprise professionnelle. L'histoire de l'audioprothésie suggère que cette entreprise exige une relation particulière avec les médecins concernés qui comporte deux faces.

D'une part, contre les visées diagnostiques et thérapeutiques des audiologistes, c'est la persistance de références médicales plus conformes à leurs attentes qui assure aux audioprothésistes la latitude nécessaire pour entretenir et étendre une compétence proprement diagnostique. Avec succès : si, en 1968, les audiologistes pouvaient encore attaquer directement la capacité technique des prothésistes à réaliser des mesures, elles doivent, vingt ans plus tard, s'en tenir à déplacer plutôt l'objet de l'intervention hors de l'atteinte des machines dorénavant maîtrisées par l'audioprothésie. Les inhalothérapeutes réaliseront une comparable annexion des possibilités diagnostiques et thérapeutiques des machines sous l'effet d'impulsions médicales dans des conditions favorables. D'autre part, cependant, ces extensions ne peuvent prendre l'allure d'une professionnalisation

que là où le parrainage médical, tout en jouant son rôle de pourvoyeur, garde quelque distance. Le statut professionnel, après tout, requiert une certaine autonomie. Dans le cas de la filière ORL / audioprothésiste, la proximité médicale manifestée par l'apport en patients est atténuée par la distance physique (les audioprothésistes ont leurs propres bureaux) et le caractère ouvert des prescriptions médicales; c'est précisément en cherchant à abolir cette distance que les audiologistes deviennent une menace. Les inhalothérapeutes évoluent dans une situation plus équivoque en matière d'autonomie : si des gains surviennent bien là où le sillage médical laisse une certaine marge de manoeuvre, la proximité physique, à l'hôpital, des médecins et des infirmières demeure une source d'inconfort.

L'avenir des techniques inhalatoires continue en effet de se jouer à l'hôpital. À mesure qu'elles croissent en nombre, les inhalothérapeutes se répandent essentiellement dans des hôpitaux, où elles se regroupent aussi dans des services plus denses, dont l'effectif moyen passe de 5 à 10 à pas moins de quinze, voire trente inhalothérapeutes dans les grands hôpitaux. Cette présence accrue facilite l'exploration d'activités neuves développées dans le sillage des spécialités médicales liées à la profession. À cet égard, les services de techniques inhalatoires demeurent majoritairement rattachés aux médecins pneumologues, quoique environ 15% des praticiennes travaillent plutôt sous la direction d'anesthésistes²⁶.

Contrairement à d'autres groupes, ce parrainage médical demeure bien assumé, et jusque dans les pages du périodique de la Corporation : jusqu'en 1995, la quasi-totalité des articles à caractère scientifique de l'*Inhalo-Scope* sont écrits ou coécrits par des médecins (plusieurs sont en fait des reprises directes de

²⁶ *Inhalo-Scope*, 4, 2 (avril 1986) : 4; 5, 2 (avril 1987) : 24. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 31 janvier, 16 mars et 27 novembre 1976, 26 mars 1977, 8 juin 1979; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, 16 décembre 1988, lettre des inhalothérapeutes de HD Québec à M. Talbot, 11 février 1988, p.-v de la CPIQ, 1988; boîte 7, dossier « Congrès 1984 », Corporation des inhalothérapeutes du Québec, *Concours Mérite au service de l'année*; « Inscription au concours de département de l'année », p.1.

l'*Union médicale du Canada*), un trait rare dans l'univers des professions. En 1980-1981, le programme de formation continue organisé par la Corporation, un évènement important qui touche 80% des membres, est exclusivement composé de conférences dispensées par des médecins²⁷. Cette proximité présente des avantages car le sillage médical est riche : entre 1973 et 1975, par exemple, le soutien des anesthésistes permet la création de cours collégiaux qui ouvrent aux inhalothérapeutes la porte des salles d'opération à titre d'assistantes en anesthésie, du moins là où le rapport de force avec les infirmières se révèle favorable²⁸. L'ancrage dans le sillage médical impose cependant des limites. Ainsi, l'inhalothérapie, à l'image des spécialités médicales, ne s'enracine jamais vraiment en deuxième ligne, de rares tentatives médicales, comme au CR Lucie-Bruneau, pour y implanter des services de thérapie inhalatoire se soldant par des échecs ou par une captation du projet par des infirmières. Les tâches attribuées aux inhalothérapeutes sont aussi largement logistiques et comportent un important volume de travail, comme le monitoring régulier des patients, qui laisse peu de temps à l'exploration de nouveaux rôles. Des témoignages suggèrent d'ailleurs que les médecins et les administrations hospitalières demeurent peu réceptifs à l'idée qu'une inhalothérapeute puisse « déborder de son service », du moins de son propre chef, et celles qui s'y risquent au milieu des années 1970 ne semblent guère prises en considération²⁹.

²⁷ *Bulletin de la CIQ* (avril 1980) : 1; (septembre 1980) : 2-3; *Inhalo-Scope*, 2, 4 (octobre 1984) : 17; 4, 2 (avril 1986); 4, 4 (octobre 1986); 10, 1 (printemps 1993) : 6-10.

²⁸ Le Québec se distinguerait du reste du Canada (d'où certaines difficultés avec les normes fédérales) par la place accordée aux inhalothérapeutes en anesthésie, qui joue un rôle certain dans le développement de la profession et des programmes de formation à Chicoutimi et Vanier. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 1^{er} février, 24 février, 25 mai, 7 décembre 1973, 18 janvier, 19 janvier et 12 avril 1974; 20 juin et 20 septembre 1975, 7 mars et 26 mars 1977, 15 février et 17 mai 1978; dossier 1200-13-00/A, procès-verbaux du comité conjoint des anesthésistes et pneumologues, lettre de L. Perreault à J.-G. Maille, 1^{er} novembre 1970; boîte 16, dossier 3130-02-00/A, Département d'inhalothérapie de l'hôpital Saint-François-d'Assise, *L'inhalothérapeute, qui est-ce?*, 1990.

²⁹ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalathérapeutes du Québec, 15 novembre 1985, 16 mars 1976. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1984, p.5; 1985, p.41-44; 1988,

Progressivement, toutefois, diverses innovations médicales renouvellent le travail de l'inhalothérapeute qui s'approprie peu à peu un nouveau rôle soignant. C'est le cas de l'extension du territoire des anesthésistes à des clientèles post-opératoires, qui affecte des inhalothérapeutes à l'usage de la ventilation mécanique, distincte de l'oxygénothérapie classique. Ces inhalothérapeutes s'y approprient un emploi particulier de la ventilation à pression positive, soit la « positive end expiratory pressure » ou pression expiratoire positive (PEP), dotée d'applications thérapeutiques. Cet enjeu, très technique, met en effet le germe d'un rôle curatif à la portée de l'inhalothérapeute.

Dans les années 1970, l'emploi de la ventilation à pression positive auprès de patients souffrant d'insuffisance respiratoire constitue en soi une relative nouveauté. Jusque là, la ventilation artificielle était le plus souvent une ventilation à pression négative : en entourant la poitrine du patient d'un appareil générant une pression barométrique inférieure à celle de l'air ambiant, on y créait un vide relatif qui aspirait l'air environnant vers les poumons. Comme l'oxygénothérapie, cette modalité servait moins à soigner qu'à compenser pour une respiration déficiente. Après 1960, toutefois, la médecine respiratoire déplace l'objet de son intervention, les médecins commençant à s'inquiéter de l'effet de cet apport brut d'oxygène sur la condition des poumons. S'impose alors la ventilation à pression positive : plutôt que d'attirer l'air de l'intérieur par succion, celle-ci consiste à utiliser un masque ou une intubation pour exercer de l'extérieur une poussée, une pression positive, sur l'air qu'on dirige vers les poumons. Or, parce qu'il permet un contrôle plus précis de la circulation de l'air et de ses effets, la pression positive transforme l'oxygénation en une action sur la santé des organes. Le passage à un usage curatif s'amorce avec l'apparition de la modalité PEP, introduite aux États-Unis vers 1967. Cette modalité consiste à faire varier la pression de l'air insufflé au patient : en augmentant automatiquement la pression à

p.12, 31; 1989, p.10, 26-27; 1990, p.19. Micheline Boisvert et Jacques Lareau, *Réflexions à être présentées dans le cadre du congrès des inhalothérapeutes*, Montréal, CPIQ, 1984, p.3-4. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme des unités satellites de réadaptation*, op.cit., p.8.

la fin de chaque expiration, le ventilateur mécanique force les poumons à conserver en permanence un certain volume d'air et leur évite de se vider, ce qui maintient dans les voies respiratoires une certaine pression qui tonifie les tissus et les garde en activité. Cette modalité se généralise au Québec entre 1976 et 1984. Parce qu'elle repose sur un calibrage précis des pressions exercées, variable pour chaque patient, la régulation de la pression positive se présente comme une modalité reposant directement sur la maîtrise des machines, en l'occurrence les « ventilateurs » mécaniques³⁰.

Le fait de devenir les usagères les plus immédiates de la PEP (elles calibrent l'appareil et en assurent le suivi) confère aux inhalothérapeutes un rôle différent de ceux auxquels elles ont été habituées, même en oxygénothérapie. D'une part, bien qu'une prescription médicale précise les paramètres de ventilation, les gestes posés sont pour la première fois univoquement thérapeutiques et portent plus clairement que jamais sur le patient plutôt que la seule machine, et ce d'autant plus que la PEP a des effets potentiellement dangereux sur le système cardiovasculaire des malades. D'autre part, la prescription elle-même n'est pas sans laisser une marge de manœuvre à l'inhalothérapeute, surtout avec le passage des années : à la fin de la période, plusieurs prescriptions ne comportent que des informations minimales, sur le rythme de la ventilation et la concentration en oxygène, et se font moins étroitement prescriptives que par le passé, faisant de l'inhalothérapeute, du moins selon leur Corporation, « le maître d'œuvre des manipulations liées à la ventilation artificielle³¹ » à l'intérieur du cadre de l'ordonnance médicale. Conjuguées, ces transformations attribuent à l'ancienne « technicienne en

³⁰ Sur le plan technique, l'introduction de la PEP passe même parfois par l'ajout à des respirateurs classiques de dispositifs, parfois bricolés, de mesure de la pression comme « un manomètre [informé] par une valve ajustable ou un tube placé dans un bocal d'eau », ce qui exige la présence d'une compétence maison certaine, *Inhalo-Scope*, 7, 3 (hiver 1989) : 23-28; 10, 4 (hiver 1994) : 5-7.

³¹ Corporation professionnelle de inhalothérapeutes du Québec, *Guide de pratique de l'inhalothérapeute en ventilation artificielle*, Montréal, CPIQ, 1988, p.2, 8-9.

inhalation » un début de prééminence thérapeutique, quoique limitée et cantonnée à la clientèle référée par le médecin.

Moins répandue, une autre modalité métamorphose aussi le rôle d'un nombre d'abord réduit d'inhalothérapeutes : inusitée en apparence, cette modalité amène d'ailleurs des techniciennes inhalatoires aux portes de la réadaptation physique. Il s'agit de la « rééducation respiratoire ».

La rééducation respiratoire s'implante d'abord, elle aussi à partir du sillage de médecins, comme une extension des services de physiologie respiratoire de pneumologues. Importée d'Europe, la « kinésithérapie respiratoire », comme on l'appelle aussi, se veut une « thérapie à caractère éducatif » qui combine des exercices musculaires précis (du diaphragme et des muscles de l'expectoration), l'usage de postures et d'un programme de conditionnement physique, et l'enseignement de techniques respiratoires ayant pour but accroître l'autonomie et la tolérance à l'effort de malades pulmonaires chroniques. L'approche aurait été importée au Québec sous la gouverne d'un pneumologue, à l'occasion de la mise sur pied, en 1968, d'un service de soins à domicile à l'hôpital Sacré-Cœur de Montréal où elle occupe déjà près d'une douzaine d'inhalothérapeutes au milieu des années 1970. Elle se répand ensuite plus rapidement après la tenue d'un congrès sur le sujet en 1976, faisant l'objet de recherches à l'hôpital Notre-Dame de Montréal et au Royal Victoria Hospital et attirant l'attention des enseignants du programme d'inhalothérapie du cégep de Rosemont. Bien que sous supervision médicale, la rééducation respiratoire attribuée aux inhalothérapeutes, qui en sont les principaux maîtres d'œuvre y compris dans ses aspects musculaires, un rôle thérapeutique fort comparable à celui d'une paramédicale de réadaptation physique. Les thérapeutes impliquées sont d'ailleurs conscientes du caractère pionnier de cette pratique pour leur profession, et y voient une nette occasion de promotion sociale qu'elles entendent bien promouvoir : « La réadaptation, affirme

sans ambages un praticien de Sacré-Cœur en 1976, est aussi notre affaire, à nous inhalothérapeutes³² ».

« Rééducation », « kinésithérapie », cette pratique est aussi parfois qualifiée par des pneumologues de « physiothérapie » respiratoire. L'emploi de ce dernier terme pour désigner une simple modalité non spécifique aux physiothérapeutes est une réminiscence de la psychiatrie d'après-guerre qui exprimait par ces manières de langage l'absence de propriété des paramédicales sur leurs gestes thérapeutiques. S'il est peut-être révélateur de la vision qu'en ont les pneumologues, l'usage du mot témoigne aussi de la proximité de la réadaptation respiratoire, faite d'exercices musculaires et posturaux, avec le territoire des physiothérapeutes. De fait, dès les années 1970, des physiothérapeutes usent de pratiques comparables, qu'elles ont sans doute également importées d'Europe, notamment dans les services de l'Hôtel-Dieu de Lévis et du Centre hospitalier de l'Université Laval, ainsi qu'à l'hôpital Sainte-Justine où on l'applique à une clientèle d'enfants atteints de poliomyélite ou de diverses paralysies. Vers 1976, alors que les inhalothérapeutes manifestent leur intérêt croissant pour la rééducation, la Corporation des physiothérapeutes craint que l'État, sous la pression du lobby médical, ne la désigne comme un acte médical susceptible d'être délégué en exclusivité à l'inhalothérapie. Des discussions s'engagent donc entre les corporations puis dégénèrent en conflit ouvert, les représentantes des physiothérapeutes semblant même sur le point, en 1980, de convaincre le MÉQ de retirer du programme de Rosemont les cours essentiels à la réadaptation qui portent sur la fonction cardiovasculaire. Jouant de la distinction entre techniciennes et professionnelles, les physiothérapeutes

³² Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Congrès », résumés du congrès de 1976, Guy Lacroix, « Rééducation respiratoire », p.2-5; Jean-Jacques Gauthier, « Les effets physiologiques de la rééducation respiratoire »; procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 16 mars, 14 avril et 30 novembre 1976; 25 février et 27 août 1977. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1980, p.11; 1982, p.4; 1985, 17. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire à la commission parlementaire des Affaires sociales...*, Montréal, CPPQ, 1977, p.2-4.

plaident que l'attribution de tâches de rééducation à des techniciennes sous prescription médicale ne saurait mener qu'à un rétrécissement de la pratique³³.

Pourtant, dans les années qui suivent, les inhalothérapeutes prennent au contraire, un contrôle croissant, moins informé par la médecine, sur la pratique de la rééducation respiratoire; d'ailleurs, les emplois dans ce secteur, qui n'occupent que 3% des inhalothérapeutes en 1977, se multiplient ensuite rapidement dans la veine de ce mouvement d'autodétermination. Un moment clef de cette évolution est la mise sur pied, en 1984, d'une formation continue par des inhalothérapeutes du centre hospitalier régional de la Mauricie. Supporté par la Corporation, ce «rêve devenu réalité» assure dès sa première année la formation de 45 thérapeutes et s'accompagne de la publication du premier ouvrage publié par des inhalothérapeutes québécoises, une réussite que l'*Inhalo-Scope* qualifie de «moment important dans l'histoire de notre jeune profession³⁴». La rééducation, qui rend possible un rapport direct à la clientèle, donne aussi naissance à une pratique privée avec la création, vers 1984, du Centre de rééducation respiratoire et d'inhalothérapie (CRRI) de Montréal, dont l'une des premières initiatives est d'étendre à la clientèle asthmatique une rééducation basée sur l'entraînement physique à l'effort³⁵.

Bien que peu répandue, la rééducation respiratoire fait office de symbole car elle s'accompagne d'une volonté affichée de renouveler le rôle de la profession en milieu hospitalier. Tant les thérapeutes mauriciennes que du CRRI

³³ *Ibid.*, p.2-5, 17. *Inhalo-Scope*, 4, 3 (juin 1986) : 19-22. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 21 février, 4 juin et 2 août 1975, 26 juillet 1976; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalathérapeutes du Québec, 14 mars 1981, 17 mai et 13 septembre 1985, lettre de A. Thauvette à P. Desaulniers, 24 juillet 1985.

³⁴ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, boîte 7, dossier «Congrès 1984», Corporation des inhalothérapeutes du Québec, *Concours Mérite au service de l'année*; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalathérapeutes du Québec, 2 février 1984. *Bulletin de la CIQ* (mai 1981) : 7; *L'Inhalo-Scope*, 2, 1 (janvier 1984) : 6-7, 12-13, 28-30; 3, 1 (janvier 1985) : 29-31.

³⁵ *Inhalo-Scope*, 2, 4 (octobre 1984) : 29; 3, 4 (octobre 1985) : 11-12.

décrivent la rééducation comme un travail qui « diffère... de celui enseigné sur les bancs d'école³⁶ », rendu possible par les compétences cardiorespiratoires apprises au cégep mais qui les déborde ensuite largement, au fil des formations et des expériences, pour mener à des rudiments d'approche psychosociale et surtout à l'élaboration autonome d'objectifs et de critères d'admissibilité. Elles impliquent la réalisation autonome d'évaluations reposant sur l'emploi de machines : il s'agit dorénavant d'interpréter des tests pratiqués depuis longtemps sous la houlette des médecins, comme la gazométrie artérielle ou la spirométrie, et aussi d'examiner de nouveaux objets comme les « seuils d'essoufflement » qui balisent l'entraînement physique. Signe d'une autonomie nouvelle dans cette appropriation des mesures produites par leurs appareils, les inhalothérapeutes impliquées commencent d'ailleurs à évoquer les résistances de certains médecins dont l'opposition porte précisément sur cet usage des tests³⁷.

À terme, signe de sa diffusion et de l'intérêt des praticiennes, la rééducation respiratoire en vient à se décliner en de multiples variantes et, surtout, à s'intégrer aux pratiques plus classiques d'inhalothérapeutes affectées au chevet des patients ventilodépendants ou aux soins des malades chroniques, comme c'est le cas, entre 1983 et 1988, à l'hôpital Pierre-Boucher, à l'hôpital de Granby ou à l'Institut thoracique de Montréal où la dispensation de conseils et d'exercices aux patients offre là aussi aux thérapeutes un moyen d'étendre leur propre rôle clinique³⁸.

³⁶ *Inhalo-Scope*, 3, 4 (octobre 1985) : 11-12.

³⁷ *Inhalo-Scope*, 3, 1 (janvier 1985) : 29-31; 3, 3 (juin 1985) : 12-13; 3, 4 (octobre 1985) : 11-12.

³⁸ *Inhalo-Scope*, 2, 1 (janvier 1984) : 12-13; 2, 2 (avril 1984) : 20; 3, 1 (janvier 1985) : 19-23; 3, 2 (avril 1985) : 5-6, 24-25; 6, 3 (octobre 1988) : 11-13. Micheline Boisvert et Jacques Lareau, *op.cit.*, p.7-10. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, boîte 7, « Inscription au concours de département de l'année », p.1; dossier « Congrès », résumés du congrès de 1975, Jean-Guy Demers, « L'inhalothérapie dans les soins à domicile »; résumés du congrès de 1996, « Les nouveaux rôles de l'inhalothérapeute », Marie-Claude Pitre, « La rééducation respiratoire : une évaluation clinique »; procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec; 26 mars 1977, 2 février 1979.

À la Corporation des inhalothérapeutes, les déplacements de la pratique vers l'emploi thérapeutique de la ventilation ou de la rééducation suggèrent aux représentantes de la profession que l'avenir de l'inhalothérapie passe par le dépassement des tâches qui la caractérisaient autrefois, comme l'oxygénothérapie et l'aérosolthérapie. En 1986, ces modalités ont été ravalées au bas de l'échelle et font office de tâches de routine, auxquelles on cantonne les jeunes stagiaires. Cette dévaluation de tâches pourtant conquises de haute lutte n'est pas sans susciter quelques inquiétudes. Déjà, en 1977, un ancien officier de la Corporation déplorait que les inhalothérapeutes délaissent, selon lui, ces tâches qu'il jugeait constitutives de l'identité professionnelle. D'autres craignent qu'une telle désaffectation ne favorise des négligences funestes. En 1987, une enseignante de Rosemont soutient que « l'oxygénothérapie en milieu hospitalier peut paraître facile mais c'est peut-être la thérapie la plus mal administrée³⁹ » alors que les prescriptions médicales s'y font souvent bien sommaires; en fait, cette enseignante semble même suggérer qu'il y aurait là un espace d'autonomie et de responsabilité thérapeutique à saisir si les inhalothérapeutes daignaient s'y intéresser.

Chose certaine, la dévaluation relative de l'oxygénothérapie et de l'aérosolthérapie ne fait qu'intensifier l'offensive politique des représentantes infirmières qui revendiquent ces tâches depuis des années. Sous cet angle, l'enjeu est bien réel car, même moins populaires, les tâches d'oxygénothérapie et d'aérosolthérapie continuent d'occuper une forte proportion des heures travaillées en inhalothérapie. De 1975 à 1977, puis de 1985 à 1987, les représentantes des deux professions s'affrontent durement dans le cadre des négociations sur la délégation d'actes médicaux qui doivent déterminer quels groupes peuvent être

³⁹ *Inhalo-Scope*, 5, 2 (avril 1987): 3-6. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Congrès », résumés du congrès de 1975, Laurent Saint-Onge, « L'inhalothérapeute face à la protection du public »; Jean-Jacques Gauthier, « La perspective de kinésithérapie respiratoire au Québec »; procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, lettre de R. Fontaine au conseil d'administration de la CIQ, 25 mars 1977; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, lettre de J. Vézina au MSSS, 3 mars 1986; boîte 7, dossier « Lettres ouvertes », communiqué de la CTIQ de 1984. Micheline Boisvert et Jacques Lareau, *op.cit.*, p.3.

habilités aux tâches prescrites par les médecins, les infirmières forçant des luttes pour les actes les plus élémentaires comme l'aérosol ou l'aspiration des bronches. Plus localement, des inhalothérapeutes vivent des conflits parfois très durs avec des administrations hospitalières qui préfèrent attribuer les traitements aérosols ou de ventilation aux infirmières, certains milieux n'engageant tout simplement pas ou très peu d'inhalothérapeutes. En raison de l'omniprésence des infirmières sur le plancher, les inhalothérapeutes n'obtiennent dans ces conflits qu'un support tiède de la part des médecins dont les représentants répugnent à concéder des privilèges corporatifs rigides et préfèrent respecter le choix discrétionnaire de chaque établissement - contrairement au cas de l'audioprothésiste où le monopole des prothésistes privés n'a que peu d'impact sur l'environnement hospitalier⁴⁰.

Quoi qu'il en soit, la vulnérabilité de l'oxygénothérapie et de l'aérosolthérapie ne fait sans doute rien pour convaincre les inhalothérapeutes de s'en tenir à ces tâches traditionnelles. Comme dans le cas de l'audioprothésiste, la dévaluation des expertises logistiques et techniques dans le circuit de la santé pousse des inhalothérapeutes à migrer, lentement, vers des tâches élargies axées sur la personne du patient. Sises à l'hôpital plutôt qu'en bureau privé, les inhalothérapeutes s'étendent à des gestes plus nettement curatifs, et d'autant plus naturellement que, contrairement aux audioprothésistes, elles ne sont pas en butte à des concurrentes qui, comme les audiologistes, se réclament plus efficacement de la thérapeutique.

⁴⁰ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 14 mars et 30 décembre 1975, 14 avril et 24 avril 1976, 8 juin et 17 juillet 1977, 8 avril 1978, 2 février 1979, 11 octobre 1980; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, 26 juin, 13 septembre, 15 novembre et 14 décembre 1985, 16 mars, 20 mars, 16 mai, 20 juin, 15 août, 2 octobre et 14 novembre 1986, 3 avril 1987, 14 avril, 18 mai, 30 juin et 16 septembre 1988, 28 janvier, 11 mars, 29 mars, 14 avril, 11 mai et 26 juin 1989, 23 février 1990, lettre de A. Lapière à Anonyme, 6 février 1984, lettre de J. Pelland Beaudry à J. Vézina, 14 juin 1985, lettre de A. Ouimet à A. Thauvette, 29 octobre 1985, lettre de J. Vézina à A. Desgagnés, 14 novembre 1985, lettre de J. Vézina au MSSS, 3 mars 1986, lettre de J. Brière à J. Vézina, 27 février 1987, lettre de M. Talbot à J. Vézina, 14 septembre 1988, lettre de J. Vézina à M. Rouillard, 24 février 1989, lettre de J. Vézina à A. Roy, 7 mars 1989; dossier 1200-13-00/A, procès-verbaux du comité conjoint des anesthésistes et pneumologues, 7 mars 1975; boîte 7, « Inscription au concours de département de l'année », 1983, p.1-2. *Inhalo-Scope*, 7, 2 (juillet 1989) : 20-21. Micheline Boisvert et Jacques Lareau, *op.cit.*, p.5-6.

Rompant avec les attentes et les équilibres établis antérieurement, les professions d'appareillage témoignent, après 1970, de leur capacité à aspirer à une certaine autonomie professionnelle sans cesser de se distinguer essentiellement par la maîtrise des machines. Les audiologistes rompent en fait depuis le début avec le cadre des machines : historiquement proches des professions de réadaptation physique, elles usent, comme celles-ci, de perspectives diagnostiques élargies pour, au contraire, marginaliser le seul usage d'appareils. Mis sur la défensive par un environnement sanitaire qui privilégie ce type de « professionnalisme », ces groupes plus techniques que sont l'inhalothérapie et l'audioprothésie cherchent plutôt dans leur maîtrise des appareils, et y trouvent jusqu'à un certain point, une capacité réelle à se doter à leur tour d'une prise élargie sur l'évaluation des personnes.

TROISIÈME PARTIE

**L'EXTENSION DES CHAMPS DE PRATIQUE ET LE GAIN DE
NOUVELLES POSITIONS, 1985-2005**

CHAPITRE 12

ORDRES PROFESSIONNELS, RECHERCHE CLINIQUE ET PÉNURIE DE MAIN-D'OEUVRE

Les effectifs paramédicaux

Après 1985, les effectifs paramédicaux poursuivent sur la lancée des années 1970, continuant à croître de manière effrénée. Dans le réseau public de santé, cette croissance confirme leur omniprésence et l'accroît même quelque peu : de 1991 à 2000, la part des professionnelles paramédicales dans le personnel des établissements publics passe de 14 à 17%, et en nombres absolus de 11 161 à 15 983, soit une hausse de 43% alors que l'effectif total du réseau n'augmente « que » de 14%. Les professionnelles se multiplient plus vite que les infirmières et, surtout, que les médecins spécialistes : alors qu'on compte, en 1991, trois paramédicales pour deux spécialistes, ce ratio passe à deux pour un au début du 21^e siècle.

À l'exception de l'audioprothésiste, toutes les corporations concernées ici font plus que doubler leur effectif entre 1985 et 2005. Les professions de réadaptation physique atteignent un nouvel ordre de grandeur : le nombre de physiothérapeutes passe de 1402 à 3453 entre 1985 et 2002, tandis que les ergothérapeutes et les orthophonistes font plus que tripler entre 1985 et 2004, passant de 701 à 3126 en ergothérapie et de 363 à près de 1200 en orthophonie. Les psychologues suivent la même tangente, passant de 3176 à 7583 entre 1985 et 2004, et de 569 à 1456 dans les seuls établissements de santé; la distribution des

travailleuses sociales est plus ardue à reconstituer mais il est établi que leur effectif total n'en passe pas moins, durant la même période d'environ 2000 à plus de 5400, dont une large part travaille en santé. Chez les professions d'appareillage, la progression demeure importante quoique plus inégale : le nombre d'inhalothérapeutes croît rapidement, de 1130 en 1985 à près de 3000 en 2005, mais les groupes liés à l'audition continuent de n'occuper qu'un petit nombre de gens, le nombre d'audiologistes passant, entre 1985 et 2001, de 91 à 205 et le nombre d'audioprothésistes, de 95 à un peu plus de 200.

En tout, du milieu des années 1980 au début du 21^e siècle, le nombre de professionnelles étudiées ici passe d'un peu moins de 9000 à plus de 26 000 personnes. De ce nombre, plus de la moitié travaille dans le réseau public de la santé, les autres se dispersant entre le marché privé des soins (notamment en psychologie ou en physiothérapie) ou d'autres services sociaux, scolaires ou judiciaires (dans le cas de plusieurs psychologues, orthophonistes ou travailleuses sociales).

La forte croissance des années 1990 et 2000 est en partie attribuable au développement des programmes de formation. De 1985 à 2003, le nombre annuel d'admissions dans les trois professions de réadaptation physique passe ainsi de 227 à 503 cliniciennes par an, et, en inhalothérapie, le nombre annuel de nouvelles admises passe de 88 à 135 entre 1985 et 2005. Cette croissance, moins rapide en audioprothésie et dans le secteur psychosocial, ne suffisent cependant pas à rendre compte d'une augmentation aussi fulgurante. Celle-ci s'explique aussi par l'âge moyen relativement bas des paramédicales (l'âge moyen en réadaptation physique reste longtemps inférieur à 35 ans), parmi lesquelles les départs à la retraite demeurent un phénomène rare.

Comme dans les années précédentes, les recrues sont en grande majorité des femmes. En fait, tandis que les professions traditionnellement féminines le demeurent, comme l'ergothérapie et l'orthophonie, les groupes au profil jusque là plus indistinct se féminisent de plus en plus : les cas les plus spectaculaires sont

ceux de la psychologie, où la part de femmes passe de 58 à 70% entre 1990 et 2004, et de l'inhalothérapie, encore mixte en 1980 mais qui présente en 2005 une proportion de plus de 83% de femmes.

Des corporations aux ordres : des appareils politiques

La hausse des effectifs accroît les revenus des corporations qui, pourvues de l'expérience acquise avec les années, atteignent aussi une certaine maturité en tant qu'organisations politiques¹. À mesure qu'elles consolident leurs moyens d'action, les corporations encadrent d'avantage l'activité de leurs membres : outre les inspections et les incitations à adopter un comportement « professionnel » pour « démontrer le sérieux de notre pratique », elles jouent un rôle unificateur en demandant à leurs membres de standardiser leur tenue de dossiers, ce qui facilitera le partage des cas. Chacune à leur façon, elles cherchent aussi à influencer sur les écoles de formation. Cette insistance renouvelée sur l'encadrement des membres est aiguillée par l'Office des professions qui, en 1994, pilote une réforme de la régie interne des corporations, qu'on souhaite plus efficaces dans leur rôle officiel de protection du public : les procédures disciplinaires en cas de plainte ou de non observance des règles, notamment, font l'objet de précisions qui confèrent une plus grande prise aux corporations. Celles-ci, pour l'occasion, sont d'ailleurs toutes rebaptisées du nom d'« Ordre », qui était jusque là réservé à quelques groupes particuliers.

Comme, du point de vue des « ordres », la défense du public va de pair avec celle de leurs membres, ils n'en continuent pas moins de consacrer une forte part de leurs ressources à un lobby en faveur des intérêts professionnels. À partir des années 1980, la plupart des corporations développent une approche plus systématique de l'appareil d'État et intensifient leurs pressions sur les tiers

¹ Par exemple, le budget de la Corporation des ergothérapeutes, qui touche des cotisations record de 450 000\$ en 1990, atteint ensuite le million de dollars dès 1997. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1990; 1998, p.20.

payeurs comme la RAMQ et la CSST. Elles normalisent aussi leurs rapports avec les fonctionnaires du MEQ et du MAS, ce dernier devenant, en 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). En apprivoisant ce voisinage, les déléguées des corporations parviennent à siéger plus régulièrement aux comités de travail où sont évalués les besoins de la population et les normes d'exercice à respecter. Peu spectaculaire, cette présence dans les officines a une grande valeur stratégique : dans un secteur hautement technicisé comme l'audiométrie, par exemple, la participation à l'établissement des normes d'étalonnage et de manipulation des appareils influe sur la définition des expertises requises et revêt donc parfois une importance cruciale. Les représentantes des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, pour leur part, cultivent tout particulièrement leurs relations au sein de la CSST et la SAAQ où elles entendent contribuer à la formulation des protocoles de référence des accidentés en réadaptation physique. D'autres groupes utilisent des canaux plus directement politiques : en 1988-1989, juste avant l'adoption d'une nouvelle politique de santé mentale, plus de 80% des députés provinciaux reçoivent ainsi la visite de représentants psychologues, tandis que la Corporation des ergothérapeutes met sur pied, de 1992 à 1996, un réseau de déléguées affectées à chacune de régions régionales de la province².

Les corporations tendent aussi à associer la défense du public à un militantisme pour la multiplication des services de soins. À cette fin, elles scellent des alliances, parfois durables, avec diverses associations de patients dont les plus importantes jouent, elles aussi, un rôle public plus marqué dans les années 1990. Les professions de réadaptation physique sont particulièrement habiles à tisser des liens avec ces groupes, à qui sont offerts des ateliers et des services de consultants; l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes entretient ainsi des

² Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1989, p.6-7; 1990, p.21; 1991, p.7; 1993, p.20; 1995, p.21, 24; 1997, p.6, 31. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1984, p.7-8; 1985, p.7-8; 1986, p.7-8; 1987, p.7-9; 88,7-9; 1989, p.4-5; 1990, p.3-5; 1991, p.2-4; 1993; 1994, p.6; 1995; 1996, p.5; 1997, p.7; 1999, p.5; 2000, p.5; 2001, p.6-7; 2002, p.8; 2003, p.6-7; 2004, p.6; rapport annuel de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, 2000, p.3; 2001, p.6-7; 2003, p.8. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, op.cit., p.88.

relations cordiales avec l'AQEPA ou l'Association québécoise pour les enfants audimuets (AQEA). De manière générale, le développement d'affinités mène à des actions publiques conjointes en faveur de l'obtention de services et, dans le contexte budgétaire périlleux des années 1995-2000, le support des associations auprès du MSSS et de la RAMQ devient un atout politique précieux³.

Dans le même ordre d'idée, le désir d'associer la défense du public à celle des professions pousse les ordres à investir des sommes considérables dans des campagnes de relations publiques, la visibilité médiatique devenant un enjeu important : en 1992, la Corporation des physiothérapeutes constate, par sondage, que la notoriété de la profession est la principale priorité de ses membres, et, en 1995, la nouvelle équipe élue à la tête de l'Ordre des inhalothérapeutes a précisément promis aux membres de « vous mettre sur la 'map'⁴ ». Après la réforme de 1994, des ordres embauchent ainsi des spécialistes de la publicité, comme lors de la campagne « Communiquer, c'est vital » lancée par l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes en 1997; en 2000-2001, les ordres des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes et audiologistes s'associent pour une campagne de lobbying qui s'accompagne d'une tournée médiatique et, dans les années 1990, les ordres des professions psychosociales mettent sur pied des banques d'experts à l'attention des médias d'information⁵.

³ En 1995, l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes encourage aussi le comité de bénéficiaires de l'Institut Raymond-Dewar à porter plainte contre la publicité jugée agressive d'un audioprothésiste, Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.87-89. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1989, p.4-5; 1990, p.3-5; 1991, p.2-4; 1994, p.6; 1996, p.5; 1997, p.7; 1999, p.5; 2002, p.8.

⁴ *Inhalo-Scope*, 12, 1 (septembre 1995) : 5.

⁵ *Physio-Québec*, 14, 4 (mars 1990) : 5, 9-10; 15, 2 (septembre 1990) : 5, 12; 17, 3 (hiver 1992) : 13-14. Rapport annuel de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, 2000, p.5-6, 11; 2001, p.8-10; 2002, p.7; 2003, p.8; rapport annuel de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, 1999, p.6-9, 20; 2000, p.6, 21; rapport annuel de l'Ordre des psychologues du Québec, 1989; 1990, p.5-6; 1991, p.9; 1992, p.6; 1997, p.6, 29.

Ce souci généralisé du marketing politique et l'emploi à cette fin d'experts en communication influent sur l'image publique dont se dotent les professions. Très souvent, la publicité associe les professionnelles à des tâches proches du quotidien ou déjà connues du grand public, bien qu'en fait atypiques de leur pratique réelle. La physiothérapie, par exemple, se voit largement associée à la médecine sportive ou à l'usage de la glace (à l'importance pourtant jugée « surestimée » jusque dans le *Physio-Québec*), et les intervenantes psychosociales se mettent en scène à l'occasion d'évènements traumatiques comme la crise d'Oka de 1990 ou le déluge du Saguenay en 1998. De fait, le choix des thèmes promotionnels dépendent d'abord de leur potentiel de visibilité et de leur lien avec la protection du public. Au milieu des années 1990, l'Ordre des inhalothérapeutes s'implique ainsi dans les efforts publics de lutte au tabagisme, cause de maladies respiratoires, ce qui lui ouvre une importante tribune, lui attirant même les félicitations amicales de la dirigeante d'un autre ordre qui juge que « de profiter de la semaine du non-fumeur pour faire la promotion de votre Ordre, la rencontre des médias et tout, est très judicieux⁶ ».

Dans les années 1990, les corporations, appelées dorénavant des ordres, achèvent ainsi leur transformation en appareils politiques efficaces dont l'influence, encore limitée si on la compare à celle des médecins, n'en devient pas moins réelle. Cette nouvelle stature leur permet de s'attaquer plus agressivement à deux défis propres à la période et de grande conséquence pour les professions : le renouvellement de la recherche scientifique, et la canalisation des discours sur la pénurie des ressources de santé.

⁶ *Inhalo-Scope*, 13, 2 (août 1996) : 17; 11, 1 (printemps 1994); 12, 1 (septembre 1995) : 5; *Physio-Québec*, 10, 2 (juin 1985) : 8; 12, 1 (avril 1987) : 20; 13, 4 (mars 1989) : 9; 16, 1 (été 1991) : 5; 21, 3 (hiver 1997) : 10-11; *Bulletin de la CPTSQ*, 39 (1990) : 1; 45 (1992) : 7, 13; 48 (1993) : 15; 49 (1993) : 21; 51 (1993) : 5. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1997, p.18; 1998, p.7,16; 1999, p.7, 20; 2000, p.22; rapport annuel de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, 2001, p.16-17; 2002, p.11-13; 2003, p.8; 2004, p.14.

Recherche universitaire et aspirations professionnelles

Avant 1990, les corporations considèrent uniquement l'université comme un lieu de formation. Leurs menées à l'égard des programmes universitaires concernent donc essentiellement la diplomation. Ainsi, après avoir lutté pour maintenir leur formation au niveau universitaire, plusieurs corporations s'efforcent de soutenir l'émergence de diplômés de 2^e et 3^e cycles afin d'en faire les nouveaux seuils d'admission à la profession, comme c'est déjà le cas en orthophonie-audiologie et en psychologie. À la fin de la période, les ordres professionnels des ergothérapeutes et des physiothérapeutes précisent leurs intentions à cet égard et l'Ordre des psychologues parvient, en 2005, à faire accepter le doctorat comme condition d'entrée à la profession, un usage déjà répandu en Amérique du Nord. Les professions techniques ne sont pas en reste : bien que l'Ordre des audioprothésistes ait échoué à investir l'université, l'Ordre des inhalothérapeutes parvient, en 1988, après de longs efforts, à seconder la naissance d'un certificat, facultatif, de premier cycle à l'Université de Montréal⁷. Pour les ordres professionnels, ces entreprises visent un objectif de distinction : en réservant l'accès à la profession aux titulaires de maîtrises et de doctorats, on souhaite s'apparenter à la médecine et désamorcer une fois pour toute la menace d'une substitution par des techniciens.

À la fin des années 1980, les ordres professionnels développent cependant un intérêt plus net pour l'activité de recherche scientifique, également sise à l'université. Il faut dire que, dans la majorité des domaines paramédicaux, la

⁷ *Psychologie Québec*, 11, 2 (mars 1994) : 2; 11, 3 (mai 1994) : 2; 12, 6 (novembre 1995) : 4; 13, 1 (janvier 1996) : 5; *Inhalo-Scope*, 6, 2 (juin 1988) : 5; 9, 1 (printemps 1992) : 21. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1990, p.8; 1993, p.14; rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 2000, p.18; 2001, p.5, 18; 2003, p.5, 20; 2004, p.7, 20; rapport annuel de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, 2002, p.6. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 2 août 1974, 21 avril, 1^{er} août, 10 octobre et 1^{er} novembre 1975, 24 avril 1976, 26 février et 18 juin 1977, 14 janvier 1980, 19 mai 1983, 30 novembre 1984; procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, 13 février et 17 mai 1985, 9 avril et 11 septembre 1987, 14 avril et 2 septembre 1988, 29 juin 1989.

recherche commence alors tout juste à prendre de l'importance. Ce n'est que depuis la toute fin des années 1970 que la plupart des écoles de formation jettent les bases d'une activité de recherche ancrée dans le champ scientifique. Cette évolution tient aux mécanismes internes de l'université : alors que, de 1950 à 1975, les premières professeures paramédicales étaient des praticiennes expérimentées mais dépourvues de formation de recherche, les universités tendent, à partir de 1975, à uniformiser le modèle de carrière professoral pour imposer la recherche scientifique subventionnée comme critère principal d'embauche et de promotion. Cette évolution entraîne un renouvellement progressif du personnel et transforme les écoles universitaires, jadis animées par des cliniciennes, en un milieu de chercheures⁸.

Dans le secteur paramédical, le développement d'activités de recherche arrive à maturité vers la fin des années 1980. L'apparition d'équipes universitaires de recherche, composées d'un personnel dont le profil diffère de celui des cliniciennes, renouvelle alors considérablement les rapports entre l'université et la profession. Loin d'être un facteur d'isolement, cette évolution génère de nouveaux types de rapprochements entre les universités, les professionnelles et les établissements de soins. Dans les années 1990, ces rapprochements prennent la forme d'une explosion de la recherche dite clinique, pilotée en partie de l'université mais réalisée « sur le terrain », et qui est favorisée par une augmentation des fonds publics destinés à ce type de recherche. Ces projets deviennent autant de points de contact entre chercheures et cliniciennes et se présentent pour ces dernières comme une occasion d'étendre ou approfondir leurs aspirations cliniques, ce qui leur donne une signification nouvelle du point de vue de la pratique – et des ordres professionnels.

⁸ V. le cas de l'École de réadaptation et de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, François Hudon, *op.cit.*, p.136-146; Julien Prud'homme, *Histoire de l'École d'orthophonie...*, *op.cit.*, p.17-22; « La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession », *op.cit.*, p.348-355. Pour un propos de fond sur la disciplinarisation et l'autonomisation des départements universitaires de formation professionnelle, v. Marcel Fournier, Yves Gingras et Creutzer Mathurin, « L'évaluation par les pairs et la définition légitime de la recherche universitaire », *Actes de la recherches en sciences sociales*, 74 (1988) : 47-54.

En mettant les cliniciennes en contact avec des cadres conceptuels jusque là cantonnés au champ scientifique, ou à d'autres professionnels plus férus de recherche comme les médecins, la recherche clinique offre aux paramédicales l'occasion de se familiariser avec des langages qui facilitent la formulation d'intérêts existants, voire l'appropriation d'objets d'intervention depuis longtemps convoités. Pour les cliniciennes, il n'est d'ailleurs pas anodin que la recherche clinique les fasse surtout travailler à l'élaboration et à la validation de tests ou de normes utiles au diagnostic, ce qui leur promet une alternative au matériel bricolé et aux adaptations approximatives d'épreuves américaines encore souvent utilisées.

Comme les formations privées et l'enseignement universitaire durant la période précédente, la recherche clinique se présente ainsi comme le principal vecteur de renouvellement des cadres conceptuels employés en clinique au cours des années 1990. C'est le cas, du moins, dans certaines professions données, le rapport à la recherche variant considérablement d'un groupe à l'autre.

Dans les professions dites d'appareillage, notamment, l'absence de liens étroits avec l'université rend plus rares les contacts avec la recherche. Dans ces professions, la familiarité avec la recherche demeure limitée à quelques individus, aux trajectoires d'ailleurs atypiques. En audioprothésie, les praticiens complétant des études supérieures demeurent rares et l'Ordre des audioprothésistes lui-même n'a historiquement entretenu que quelques contacts scientifiques ponctuels avec des cercles européens de prothésistes ou de médecins ORL. En inhalothérapie, si certaines, souvent des enseignantes, complètent des certificats universitaires dans les années 1970, on voit tout de même apparaître, après 1980, des références à quelques participations à des recherches cliniques menées par des médecins, les inhalothérapeutes contribuant alors à évaluer des appareils et des protocoles relatifs à la ventilation et à l'intubation des patients⁹. Par contraste, en

⁹ *Inhalo-Scope*, 2, 4 (octobre 1984) : 25; 5, 1 (janvier 1986) : 11. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, dossier « Congrès », résumés du congrès de 1982; 1993, p.13. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Collège de

ergothérapie et en orthophonie-audiologie, les écoles, sises à l'université et sujettes aux pressions internes de celle-ci, se muent après 1990 en lieux de production scientifique vigoureux. Les écoles forment notamment des jeunes chercheuses qui, en plus de peupler les universités¹⁰, investissent les milieux cliniques intéressés à la recherche comme l'IRM, le Centre hospitalier de l'Université Laval ou le centre hospitalier Côte-des-Neiges¹¹.

Ce virage en faveur de la recherche s'accompagne d'une certaine clôture de l'espace universitaire, les professeurs délaissant progressivement leur implication, jusque là importante, au sein de leur corporation pour se consacrer à leurs activités scientifiques¹². En réadaptation physique, cette autonomisation du champ universitaire est assez bien acceptée, voire encouragée par les ordres professionnels, qui y voient la promesse d'un apport positif au reste de la profession. Ces relations d'altérité entre professionnelles et universitaires ne sont toutefois pas toujours aussi aisées. En psychologie, par exemple, la clôture du champ scientifique est plutôt une source de tensions. Il faut dire que l'existence d'un champ scientifique clos et distinct y est beaucoup plus ancienne, et peut-être plus rigide : dès les années 1960, la communauté des psychologues tend ainsi à opposer « la psychologie comme science et comme profession », ou encore les cliniciens aux « académiciens – chercheurs¹³ », ces derniers refusant souvent

Rosemont », lettre de S. Rainville à G. Martin, 20 novembre 1982. Cégep de Rosemont, *Audioprothésie*, 1992, p.15-16. Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.35-37.

¹⁰ De 1990 à 1996 seulement, le nombre de « chercheuses ou enseignantes » universitaires en ergothérapie passe de 20 à 37.

¹¹ Julien Prud'homme, *Histoire de l'École d'orthophonie et d'audiologie...*, *op.cit.*, p.41, 48-49. François Hudon, *op.cit.* Archives de l'Université de Montréal, boîte 5938, dossier « Correspondance CPPQ », lettre de A. Forget à F. Hétu, 11 mars 1983; boîte 5940, Andrée Forget, *Rapport au Groupe de travail...*, *op.cit.*, p.15-16, 33-34. *Physio-Québec*, 7, 3 (septembre 1982) : 22.

¹² Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1990, p.8; 1992, p.8; 1994, p.10; 1996, p.11. Julien Prud'homme, *Histoire de l'École d'orthophonie et d'audiologie...*, *op.cit.*, p.41-44.

¹³ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, *Constitution de l'Association des psychologues du Québec*, [11 mai 1955], article 3. *Rel-Int*, 2 (1965) : 5-6.

ostensiblement d'être membres de la Corporation. À la fin des années 1970, des querelles opposent les départements universitaires à la Corporation, alors que les universitaires contingentent l'accès aux profils de formation clinique pour favoriser des volets de recherche que la Corporation, avec l'appui de l'association étudiante, qualifie avec dédain d'études en « ratologie » – des griefs encore vivaces après 1985¹⁴.

À l'opposé, dans les disciplines où la recherche peine au contraire à se développer, les corporations cherchent plutôt à la stimuler pour en voir surgir des retombées utiles. Tout en percevant bien la science comme une activité différenciée, les corporations / ordres, comme les cliniciennes, attendent beaucoup de ses retombées appliquées. C'est le cas en travail social, où l'insertion des écoles au champ scientifique, pour laquelle plaident des voix dès les années 1960, ne se concrétise jamais réellement. Au début des années 1980, les écoles de service social sont même fortement critiquées par le reste de la profession pour leur incapacité à entretenir une réelle activité scientifique et à renouveler le vocabulaire clinique. Dès 1978, des étudiants de l'Université de Montréal expriment déjà lucidement ces griefs et ces aspirations : « Quant au travail social, quand on sait qu'il subit présentement une dévaluation..., il est surprenant qu'on

¹⁴ Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Psychological Association of the Province of Quebec, 29 juin 1955, 25 mai 1957; procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 19 janvier et 12 novembre 1965, 13 mai 1966, 17 février, 25 août et 10 novembre 1967, 16 février, 1^{er} mars, 15 mars et 24 mai 1968. Archives de l'Université de Montréal, boîte 389, dossier «Projet de réorganisation des programmes, 1967-1968 », David Bélanger, *Raisons qui ont motivé le projet de modification de programme proposé par la direction de l'Institut de psychologie*, Montréal, IPUM, 1967, p.3-6. Institut de psychologie de l'Université de Montréal, *Projet de réorganisation des programmes d'études de l'Institut de psychologie*, Montréal, IPUM, 1966, p.8-10; boîte 420, dossier « Projets de modification de programmes – Adoption », Institut de psychologie de l'Université de Montréal, *Considérations...*, *op.cit.*, p.13. *Bulletin de la PAPQ* (mai 1952) : 15; (avril 1956) : 7; *Bulletin de la CPPQ*, 3, 11 (novembre 1971) : 9; *Cahiers du psychologue québécois*, 2, 4 (1980) : 6-7; 2, 5 (1980) : 22; 3, 1 (1981) : 23-25; 4, 5 (décembre 1982) : 1; 5, 2 (février 1984) : 1; *Psychologie Québec*, 8, 5 (septembre 1991) : 1.

ne développe pas davantage de recherches pour le redéfinir d'abord, lui trouver d'autres 'débouchés'¹⁵ ».

On trouve aussi en physiothérapie cette manière de compter sur une recherche scientifique différenciée pour soutenir l'essor de la profession. La Corporation des physiothérapeutes cherche à stimuler le décollage d'une recherche qui tarde à suivre le rythme de l'ergothérapie et de l'orthophonie. On invoque l'intérêt de la profession pour susciter les vocations : en 1991, une entreprise systématique de valorisation de la recherche clinique est lancée dans le *Physio-Québec*, et promeut l'idée que la recherche « entraîne... de meilleurs résultats et une plus grande crédibilité... Être crédible, c'est avoir la possibilité d'influencer son milieu et de faire valoir sa vision des choses¹⁶ ». En 1995, l'Ordre des physiothérapeutes augmente sa cotisation pour créer un fonds de recherche clinique, présenté comme « un pas vers l'établissement des bases scientifiques de notre profession », bases dont la fonction est de « prouver l'efficacité de nos interventions tant évaluatives que thérapeutiques¹⁷ ».

À terme, ces disciplines au développement scientifique tardif en viennent, finalement, elles aussi à faire éclore une significative activité de recherche. En travail social, on voit apparaître des équipes interuniversitaires, comme le Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, constitué en 1992 et qui accueille, à partir de 1997, une équipe consacrée à la santé et au bien-être. Tant en travail social qu'en physiothérapie, l'émergence de ces activités de recherche doit beaucoup à la mise sur pied par l'État de nouvelles sources de subventions publiques que leurs chercheurs parviennent désormais à décrocher.

¹⁵ Archives de l'Université de Montréal, boîte 882, Nicolas Argeris *et al.*, *op.cit.*, p.vii; Comité d'étude sur l'École de service social, *op.cit.*, p.1-4, 7, 9, 11, 13-16.

¹⁶ *Physio-Québec*, 16, 3 (hiver 1991) : 11.

¹⁷ *Physio-Québec*, 20, 3 (hiver 1995) : 11-21; 1, 5 (juillet 1976) : 9. De 2000 à 2004, l'emphase est aussi mise sur l'importance de la création d'outils diagnostiques pour se différencier des TRP. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1981, p.11, 15, 45; 2000, p.4-5, 8-9; 2001, p.7-8. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *Commentaires...*, *op.cit.*, p.2.

En physiothérapie, le développement de la recherche est ainsi facilité par la mise sur pied, en 1989, de consortiums de recherche en santé subventionnés par le Fonds de recherche sur la santé du Québec (FRSQ), des regroupements qui accordent une place prééminente à des chercheuses physiothérapeutes, comme la pionnière Carol Richards de l'Université Laval, qui y implantent des thèmes propres à ces paramédicales, comme l'usage des systèmes isokinétiques à des fins d'évaluation¹⁸. Avec les années, d'autres regroupements de recherche clinique émergent grâce au financement du FRSQ, comme, à Montréal, le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation qui ouvre ses portes en 2000 et regroupe des paramédicales issues tant des universités que des milieux de pratique.

Pour les ordres professionnels, l'intérêt de la recherche clinique est bien net : par sa production d'outils d'évaluation et sa contribution au renouvellement des concepts cliniques, la recherche consolide le statut de la profession et facilite notamment l'entrée dans de nouveaux champs d'intervention. À ce titre, la recherche, dont le développement s'accélère dans les années 1990, se présente comme une ressource précieuse pour la conquête de tâches nouvelles et plus qualifiantes. Ce soutien à l'appropriation de nouveaux rôles n'est d'ailleurs pas sans conséquence sur la demande croissante du réseau de la santé pour la main-d'œuvre paramédicale.

Les rhétoriques de la pénurie

Après 1985, en effet, la quête de nouvelles tâches par les professionnelles survient dans le contexte singulier d'une crise du réseau public de la santé, constatée dès 1985 dans les délibérations de la commission Rochon sur la santé et les services sociaux. Cette crise, dite souvent financière mais dont les contours

¹⁸ *Physio-Québec*, 7, 3 (septembre 1982) : 24; 20, 3 (hiver 1995) : 15; 22, 1 (été 1997) : 6, 13.

demeurent flous, est largement présentée sur la scène politique sous l'angle d'un accroissement des besoins qui entraîne une pénurie des ressources humaines spécialisées. Assez vite, la gestion de la santé prend le visage d'une lutte perpétuelle contre les effets d'une telle pénurie, qui paraît nécessiter l'embauche de professionnelles. Engagés, pour leur part, dans la quête de nouvelles tâches, les ordres professionnels voient dans ce climat politique une occasion de raffermir leur rhétorique : en présentant comme un effet de pénurie, plutôt que de nouveauté, la relative absence de leurs cliniciennes dans les champs d'action nouvellement revendiqués, les ordres tendent à se soustraire au fardeau de la preuve qu'aurait dû exiger l'insertion à de nouveaux champs. Cet angle d'attaque donne aussi aux demandes un caractère d'urgence. Par ailleurs, en ajoutant unilatéralement de nouvelles tâches au mandat de leurs membres, les ordres contribuent à confirmer le discours public sur l'existence d'une pénurie de professionnelles. Les ordres alimentent ainsi le climat ambiant, dont ils profitent pour revendiquer de l'État qu'il favorise l'embauche de thérapeutes pour arpenter de nouveaux secteurs, puis qu'il finance la formation d'un nombre accru de professionnelles pour occuper le territoire clinique ainsi étendu.

Cette inscription des aspirations à de nouvelles tâches dans une rhétorique de la pénurie n'est pas neuve mais elle s'intensifie après 1990. L'enjeu est précisément la définition des tâches. Entre 1976 et 1981, l'Ordre des audioprothésistes, alors engagé dans des discussions sur la création du programme du cégep de Rosemont, avait déjà joué avec un succès mitigé de cette carte. À l'époque, l'Ordre tentait de faire entériner ses aspirations au passage de l'évaluation des prothèses à l'évaluation des patients, évoquées au chapitre précédent. Présument qu'un audioprothésiste accomplirait ces tâches supplémentaires, l'Ordre affirmait qu'un prothésiste ne pourrait rencontrer que 160 patients par an, une prémisse impliquant qu'il y ait une pénurie de prothésistes et rendant donc impérative la création d'un important programme de formation; par contraste, le MAS, qui aurait préféré que les audioprothésistes se limitent à la vente d'appareils, estimait qu'un praticien s'en tenant à ce rôle

rencontrerait au contraire 640 patients par an, réduisant la demande appréhendée et remettant en cause la nécessité d'un fort programme de formation¹⁹. Bien que les demandes de l'Ordre, à l'époque, aient été contestées, cet épisode préfigure les relations établies entre la définition des tâches et l'évaluation de la demande.

Les paramédicales les plus aptes à implanter de nouveaux objets d'intervention en clinique parviennent mieux à stimuler la demande pour leurs propres services. Les psychologues, confrontées à un marché de l'emploi saturé depuis 1975, accélèrent ainsi la croissance de leurs champs de pratique à partir de 1987. Dans certains cas, la hausse de la demande excède l'offre disponible et génère une pénurie, comme c'est le cas en ergothérapie après 1988 et en orthophonie après 1995²⁰. Comme les audioprothésistes, ces professionnelles tirent argument de ces pénuries pour exiger, et cette fois obtenir, des fonds supplémentaires pour l'augmentation des effectifs étudiants. Après des démarches auprès du MÉQ, les corporations / ordres des ergothérapeutes et des orthophonistes-audiologistes obtiennent ainsi la création de 55 nouvelles places en ergothérapie en 1990 et font plus que doubler le nombre de places dans les écoles d'orthophonie durant la période, suscitant même la création d'un nouveau programme à l'Université Laval en 2001²¹.

¹⁹ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Collège de Rosemont », lettre de C. Therrien à R. Roy, 7 avril 1981, lettre de C. Laurin à J. Trudel, 26 avril 1982. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission d'enquête...*, *op.cit.*, p.1-2. Conseil des collèges, *Avis au MEQ...*, *op.cit.*, p.3, 7-9; *Le programme expérimental...*, *op.cit.*, p.3. Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.38.

²⁰ *Le Transfert*, 9, 4 (décembre 1985) : 4; 12, 2 (juin 1988) : 21; 12, 1 (mars 1988) : 16; 13, 2 (juin 1989) : 3-4; 14, 3 (septembre 1990) : 3. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1975, p.8; 1977, p.2; 1985, p.5, 16; 1987, p.18; 1990, p.5, 23; 1992, p.29. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.119-121; « Diagnostics, stratégies professionnelles et politiques de la santé », *op.cit.*, p.271-273.

²¹ *Revue québécoise d'ergothérapie*, 4, 2 (juin 1995) : 49-50. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1982, p.21; 1985, p.10; 1987, p.8; 1989, p.2-3; 1990, p.1-3; 1991, p.2; 1996, p.6; 2002, p.5; 2004, p.6. Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, *Commentaires concernant les propositions du document À part... égale*, Montréal, CPEQ, 1985, non paginé.

Le fait de miser sur l'urgence associée à l'idée de pénurie pour faire entériner l'annexion de nouvelles tâches à leurs champs d'action témoigne de deux inflexions notables dans le discours des professionnels.

D'une part, les ordres s'appuient maintenant sur une demande plus solide des services de leurs membres. Dans les années 1970, les corporations des inhalothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes avaient déjà agité avec moins de succès le grelot de la pénurie. À l'époque, leur représentation de la « demande » s'appuyait sur des données abstraites comme des prévalences supposées des besoins, qui cependant ne se doublaient pas d'une demande réelle des établissements, où les praticiennes avaient encore du mal imposer leurs aspirations. En un sens, les corporations se plaignaient alors surtout d'une pénurie de postes²². Après 1990, les constats de pénurie paraissent par contre beaucoup mieux fondés car ils émanent des établissements eux-mêmes, ce qui témoigne de l'aptitude accrue des thérapeutes à implanter de nouvelles pratiques sur le terrain, comme on le verra dans les prochains chapitres.

D'autre part, les ordres professionnels se font beaucoup plus agressifs dans leur estimation des besoins, ce qui témoigne de l'élargissement des intérêts paramédicaux. Le cas de l'orthophonie et de l'audiologie est frappant. En 1970, les représentantes de la profession, pour influencer l'État, établissaient la prévalence des besoins totaux d'orthophonie et d'audiologie à tout au plus 2% de la population adulte et 5% de la population infantile, des chiffres alors jugés élevés et soumis non sans scrupule : « Pouvons-nous, demandaient les auteures, penser exiger 2\$ par personne au Québec seulement pour l'orthophonie-

²² Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 6 septembre 1975, 22 décembre 1976, 16 mai 1977, lettre de R. Fontaine au conseil d'administration de la CIQ, 25 mars 1977; dossier 1200-09-00/A, procès-verbaux du comité ad hoc hôpital / cégep Rosemont, 19 novembre 1968; boîte 7, procès-verbaux du Comité provincial des techniques d'inhalothérapie, 1^{er} avril 1968. Cégep de Rosemont, *Projet de recyclage pour les préposés en inhalothérapie présenté à la DIGEC*, Montréal, cégep de Rosemont, 1970, p.2. Archives de l'Université de Montréal, dossier « OSS – Dossier ergothérapie », Andrée Forget *et al.*, *op.cit.*, p.24-25, 31.

audiologie ?²³ » En 1990, ces hésitations n'ont plus cours : en vertu d'un champ d'action élargi, la Corporation évalue dorénavant à pas moins de 10% la part des Québécois pour qui, comme on le dit maintenant sans gêne, les services d'orthophonie et d'audiologie représentent désormais « une nécessité vitale²⁴ ».

Les rhétoriques de la pénurie sont toutefois d'un emploi délicat. En insistant trop sur l'insuffisance des effectifs, on risque de donner à l'État une bonne raison de remplacer les professionnelles par des techniciens déjà disponibles ou plus faciles à former. Même les professions de formation collégiale y sont vulnérables. En 1988, des hôpitaux invoquent une pénurie d'inhalothérapeutes, contestée par la Corporation, pour justifier l'embauche d'un personnel moins qualifié; cette vulnérabilité à la substitution pousse d'ailleurs les représentantes de la profession à garder profil bas lorsqu'une autre pénurie menace en 1992²⁵.

L'équilibre fragile des politiques de pénurie impose d'ailleurs des situations malaisées : entre 1986 et 1988, la Corporation des orthophonistes et des audiologistes, après avoir convaincu le MSSS de l'existence d'une sévère pénurie, est prise de court quand surgit un projet de programme collégial de « technicienne

²³ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, rapport du Comité des relations professionnelles et économiques, 1^{er} décembre 1970.

²⁴ Une augmentation qu'on cherche à expliquer par une cause naturelle comme le vieillissement de la population, alors que les principaux domaines de croissance touchent plutôt les enfants, *ibid.* Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, « Enfin 600! », communiqué de presse, 1990; « La pénurie de services en orthophonie-audiologie », pochette de presse, c.1994. Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, *L'évolution de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec*, Montréal, CPOAQ, 1989, 16p.

²⁵ Une discrétion qui rappelle l'attitude de la Corporation des travailleuses sociales à la fin des années 1970, quand une pénurie appréhendée avait fait surgir le spectre d'une délégation de tâches à des éducateurs spécialisés. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 1977, p.6. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Prise de position de la CPTSQ au sujet du rapport Batshaw*, juillet 1976, p.3. *Inhalo-Scope*, 9, 2 (été 1992): 24. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes, procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, lettre de J. Vézina au MSSS, 3 mars 1986, lettre de J.-P. Montpetit à A. Chouinard, 11 mars 1988, lettre de G. Desloges à J.-P. Montpetit, 28 mars 1988, lettre de A. Chouinard à J.-P. Montpetit, 28 mars 1988, lettre de M. Talbot à R. Paradis, 13 juillet 1988.

du langage » suggéré par le cégep d'Alma pour compenser ce manque de professionnelles. Coïncée par cette menace inattendue de substitution, la Corporation doit calmer le jeu qu'elle a elle-même enclenché et s'astreint à revenir sur ses précédents constats, arguant finalement en 1988 qu'« en l'absence d'études de prévalence fiables..., il est présentement difficile de mesurer l'étendue de la main-d'œuvre dont le Québec a besoin²⁶ ».

Dans le même ordre d'idées, une pénurie chez une profession donnée peut même devenir une arme aux mains de ses adversaires. De 1985 à 2000, l'Ordre des audioprothésistes a ainsi beau jeu de souligner comment les audiologistes, en persistant malgré leur petit nombre à effectuer des suivis post-prothétiques et à référer en réadaptation plutôt qu'au prothésiste, génèrent des listes d'attente évitables. De même, entre 1986 et 1990, la Corporation des psychologues attire l'attention des médias sur une pénurie de psychiatres pour mieux suggérer d'y remédier par l'emploi de psychologues plutôt que de médecins²⁷.

Après 1990, il reste que les ordres professionnels savent de mieux en mieux tirer profit des pénuries induites par l'élargissement de leurs champs d'action. Cette extension est dorénavant soutenue par une recherche clinique dynamique, et il est significatif que les professions de niveau universitaire les

²⁶ Cette position, toute conjoncturelle, ne l'empêche d'ailleurs pas dès l'année suivante, une fois la menace passée et le projet abandonné, d'invoquer à nouveau une pénurie pour exiger de faire doubler le nombre de thérapeutes. D'ailleurs, l'idée de pénurie avait déjà été niée en 1970, alors que l'État explorait aussi la possibilité de recourir à des techniciens. Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, rapport du Comité des relations professionnelles et économiques, 1^{er} décembre 1970; « Enfin 600! », communiqué de presse, 1990. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1984, p.6, 28; 1985, p.16-17; 1986, p.8, 14; 1987, p.8, 18; 1988, p.4-5; 1989, p.3-4. Corporation des orthophonistes et des audiologistes de la province de Québec, *Avis sur l'« Étude de pertinence en technique de rééducation du langage » présenté par le cégep d'Alma*, Montréal, CPOAQ, 1988, p.4, 13-14; *L'évolution de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec*, op.cit., p.2-3, 14.

²⁷ Un enjeu d'ailleurs pressant puisque les parlementaires envisagent alors de régler la crise en habilitant plutôt des omnipraticiens à des tâches de santé mentale. *Psychologie Québec*, 3, 6 (novembre 1986) : 4; 5, 2 (mars 1988) : 1; 7, 1 (janvier 1990) : 4. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission d'enquête...*, op.cit., p.25-27; *Mémoire au ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'avant-projet de loi...*, op.cit., p.8; *Mémoire présenté au MSSS*, op.cit., p.3-6, 14; *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives...*, op.cit., p.2, 10-11; *Réponse à l'OPQ*, op.cit., 67-70.

moins « frappées » de pénurie soient celles où l'essor de la recherche se fait le plus tardif et hésitant, comme la physiothérapie et le travail social²⁸. On n'a, jusqu'ici, qu'évoqué cette extension des champs de pratique paramédicaux, qu'il s'agissait dans le présent chapitre de situer dans l'horizon plus large de la recherche scientifique et du discours public. Il reste maintenant, dans les prochains chapitres, à étudier en détail les trajectoires et les mécanismes du phénomène, qui prend un visage différent selon les professions.

²⁸ *Savoir*, 4 (1967) : 5; *Bulletin de la CPTSQ*, 15 (1965-1966) : 4, 9; 55 (1994) : 22; 57 (1995) : 22. Archives de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, procès-verbaux de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, 2 octobre et 7 décembre 1970, 19 mars 1971, 30 mars 1973. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec *Cadre relatif au partage des responsabilités...*, *op.cit.*, p.8, 11; Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, *op.cit.*, p.9-12. Rapport annuel de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, 2000, p.4-5; 2002, p.5; 2003, p.24.

CHAPITRE 13

LES NOUVEAUX TERRITOIRES DE LA RÉADAPTATION PHYSIQUE

Si, après 1985, l'augmentation sans précédent du nombre de paramédicales se double, paradoxalement, des premiers épisodes majeurs de pénurie, c'est que les cliniciennes ont su se rendre indispensables dans une foule de nouveaux secteurs, souvent par l'implantation de nouvelles catégories diagnostiques, de nouveaux objets d'intervention. Cette inflation de l'offre de soins n'est nulle part plus marquée qu'en réadaptation physique. Pour les ergothérapeutes et les orthophonistes, surtout, qui triplent leurs effectifs entre 1985 et 2005 sans compter sur le marché privé pour absorber les excédents de main-d'œuvre, une extension rapide à de nouvelles clientèles, en plus de combler des aspirations anciennes, garantit ainsi un accès crucial à de nouveaux territoires d'emploi.

Ces élargissements de la pratique prennent diverses formes. Parfois, des cliniciennes prennent des trains déjà en marche, lancés par des établissements et des médecins, qui jouent encore un rôle pivot. C'est le cas dans de « vieux » secteurs comme les blessures médullaires ou les séquelles d'ACV, où l'initiative médicale est traditionnellement prééminente ; si des paramédicales, notamment des physiothérapeutes, y investissent des objets anciens de nouvelles significations, ces territoires comportent encore des limites notables à l'autonomie ou au potentiel de croissance des innovations. De plus, ces avancées, à la remorque d'autres acteurs, reproduisent l'éclatement et le manque de spécificité

qui avaient constitué une entrave aux professionnelles de la réadaptation physique lors de la période précédente.

Dans d'autres cas, c'est plutôt l'implantation de diagnostics neufs qui donne accès à des clientèles jusque là hors de portée. Ces innovations sont de plus forte conséquence pour les professionnelles concernées, surtout des ergothérapeutes et des orthophonistes ; elles changent aussi leurs relations avec d'autres acteurs comme les neuropsychologues, qui se détachent du monde psychosocial, et transforment, par leur ampleur, le visage du réseau de la santé.

Le renouvellement d'anciennes catégories: prendre le train en marche

Les clientèles les plus classiques de la réadaptation physique, comme les victimes d'ACV, de lésions médullaires ou de blessures orthopédiques, ont été modelées dans l'après-guerre par les intérêts des médecins spécialistes. Encore dans les années 1990, la prise médicale sur la référence des patients y reste prégnante, les cas transitant vers les paramédicales sur la recommandation de médecins qui se considèrent comme les responsables ultimes des soins dispensés¹. On a vu, dans les années 1970 et 1980, qu'il s'agit d'ailleurs des secteurs où les avancées paramédicales demeurent les plus ardues ou ambiguës. Après 1985, sous l'action des médecins et des administrations d'établissements, ces catégories se renouvellent tout de même considérablement.

Dans le cas des blessures médullaires, par exemple, l'extension des activités est stimulée, dans les années 1980, par les intérêts cliniques des médecins spécialistes, notamment des urologues, et, après 1990, aiguillonnée par les

¹ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1985, p.13-15 ; rapport annuel du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2002, p.6-7. Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d'échange clinique...*, *op.cit.*, 1989, p.3.1 ; [pochette à l'attention des bénéficiaires], Montréal, IRM, [1995], p.5. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies des programmes de réadaptation en déficience motrice adulte offerts par le CRLB, le CRCL et l'IRM*, Montréal, RRSSSMC, 1998, p.147, 172.

administrations du MSSS et des établissements. Dans la région de Montréal, le ministère coordonne ainsi un resserrement des filières de références entre les services spécialisés de l'hôpital Sacré-Cœur, de l'IRM et du CR Lucie-Bruneau : en systématisant la référence de l'hôpital vers la réadaptation, ce qui mène à une hausse de 20% de la clientèle médullaire de l'IRM entre 1997 et 1999, ce renforcement des filières pousse les centres à étoffer leurs programmes. Même si elles participent peu à ces décisions, les paramédicales profitent de ce rehaussement des services qui entraîne la création de nouveaux postes, voire, dans certaines régions, l'ouverture de services de réadaptation intensive qui jusque là n'existaient qu'à Montréal; c'est, par exemple, le cas au Bouclier dont l'administration aspirait depuis longtemps à de tels programmes².

D'autres « vieilles » clientèles servent de tremplin à la prospection de nouvelles populations. Ainsi, puisque certains des services offerts aux victimes d'ACV se révèlent également adéquats pour les cas de maladies dégénératives comme la sclérose en plaques, le Parkinson ou la sclérose latérale amyotrophique, on commence, d'abord lentement, à y admettre des patients souffrant de telles maladies. Au CR Constance-Lethbridge, au milieu des années 1980, ces patients sont ainsi admis dans des activités pour ACV sur le contrôle de l'articulation ou de la déglutition. Une fois en nombre conséquent, ces cas en viennent ensuite à se présenter comme une population en soi, ce qui incite le Centre à créer des services spécifiques en mettant sur pied une équipe comptant ergothérapeute,

² Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1998, p.2, 12-13; 1999, p.8 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1995, p.18-21; 1996, p.18 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1993, p.5, 8; 1995, p.9; 1999, p.10; 2001, p.3, 9; 2003, p.8 ; rapport annuel du Centre François-Charon, 1983, p.10; 1989, 3. Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal, *Avis dans le cadre de la consultation sur l'atteinte d'un nouvel équilibre*, 1995, p.1, 5, 7. Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *La mise en place de réseaux intégrés de services en neurotraumatologie*, Québec, IRDPQ, 2000, p.4. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Mémoire concernant la réforme du système de la santé et des services sociaux du Québec*, Montréal, CRLB, 1991, p.21-22 ; *Programme de réadaptation pour les personnes atteintes de fibromyalgie*, Montréal, CRLB, 1994, p.1-3 ; *Programme de réadaptation pour les personnes ayant subi une blessure médullaire suite à un accident de la route*, Montréal, CRLB, 1995, p.18-20 ; *La réadaptation et l'intégration sociale et professionnelle pour les personnes ayant subi une blessure médullaire*, Montréal, CRLB, 2000, p.9-14, 21-24, 27, 35, 64, 70-72 ; *Programme des personnes présentant une pathologie du système locomoteur*, *op.cit.*, p.3, 10, 21.

orthophoniste, physiothérapeute et travailleuse sociale. Cette clientèle prend vite une place considérable : au CR Constance-Lethbridge, sa part dans les unités « neurologiques » passe de 20 à 30% entre 1994 et 1998, et, au CR Lucie-Bruneau, elle croît de 363% entre 1994 et 2002, pour dépasser en nombres absolus celle des services post-ACV. En rompant avec la visée de réinsertion socio-professionnelle des centres, ces services offrent aussi à des paramédicales l'occasion d'étendre leurs activités : au CR Lucie-Bruneau, elle justifie la création d'une équipe, comptant ergothérapeute, orthophoniste et psychologue, vouée à l'évaluation des conséquences cognitives ou communicationnelles de ces maladies, un créneau neuf pour les cliniciennes impliquées³.

On peut citer d'autres exemples. Au CR Lucie-Bruneau, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes s'intéressent au sommeil des blessés médullaires et, après 1997, cherchent à faire reconnaître comme « symptôme » de la sclérose en plaques un type particulier de fatigue associé à la dégénérescence des muscles, menant à des interventions axées sur l'exercice physique et la gestion d'énergie⁴. Ces nouveaux objets d'intervention ont en commun d'être prélevés sur des populations d'abord reçues, identifiées et référées par des médecins hospitaliers, comme au CR Lucie-Bruneau où la majorité des cas de maladies dégénératives sont acheminés de l'hôpital Notre-Dame de Montréal et de l'Institut neurologique de Montréal ; souvent, ce sont d'ailleurs les médecins eux-

³ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1991, p.8; 1995, p.19; 2004, p.18 ; 1994-2002 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1984, p.8, 25-26; 1985, p.32; 1986, p.24, 29, 38-39 ; 1989, p.5 ; 1991, 5; 1994, p.3-4 ; 1996, p.3 ; 1997, p.10; 1999, p.4 ; 2003, p.2; 2004, p.3 ; 2005, p.4. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Demi-journée d'échanges*, 1997, Montréal, CRLB, non paginé ; *Cahier de formation*, *op.cit.*, p.18-28. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section I, p.7-8, 15-16, 22, 31, 38-41, section II, p.27, section IV, p.8, 18-19, 39, 45-54. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.19-20, 93, 106, 126-127.

⁴ Par opposition à la fatigue attribuée à des dépressions et traitée en psychothérapie, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme de réadaptation pour les personnes ayant subi une blessure médullaire suite à un accident de la route*, *op.cit.*, p.12-15 ; *La réadaptation et l'intégration sociale et professionnelle pour les personnes ayant subi une blessure médullaire*, *op.cit.*, p.45-55. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1998, p.12 ; 1999, p.13 ; 2000, p.18; 2001, p.10-11 ; 2002, p.19. Pierre Depocas *et al.*, *Le point sur la fatigue de la sclérose en plaques*, Montréal, CRLB, 1998, 56p. ; Yves Lardon, *op.cit.*, p.18-19.

mêmes qui pressent les établissements ou les autorités sanitaires d'allouer à ces malades des services de deuxième ligne⁵. À des filières de références médicales correspond donc une initiative elle aussi largement médicale dans la définition des objets et de l'offre de service.

Ces élargissements sous impulsion médicale offrent de réelles opportunités aux paramédicales et revêtent une importance particulière pour les physiothérapeutes qui, historiquement loties dans une plus grande proximité avec la médecine, savent de mieux en mieux en investir les catégories.

En physiothérapie : l'investissement de catégories exogènes

De 1985 à 2005, la physiothérapie québécoise se renouvelle moins en formulant elle-même de nouvelles catégories qu'en investissant des objets définis par d'autres acteurs. Par cette voie, les thérapeutes consolident notamment leur assise auprès des clientèles orthopédiques. La chose devient d'ailleurs urgente car, dans ce domaine, certaines tâches tendent à se déqualifier pour de bon, comme les traitements d'hydrothérapie dorénavant assurés par des infirmières dans plusieurs hôpitaux. Si les objets propres à la pratique orthopédique changent peu – renforcement musculaire, amplitude articulaire –, tout comme les modalités d'évaluation et d'intervention⁶, plusieurs physiothérapeutes ne s'y aménagent pas

⁵ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1989, p.26; 1990, p.19. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.15, 17. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section I, p.33. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Analyse concernant les besoins des adultes ayant des problèmes évolutifs neurologiques ou musculaires*, Montréal, CRLB, 1988, p.12-19, 43-50.

⁶ Des évaluations à l'aide de dynamomètres, de goniomètres et d'échelles subjectives de la fatigue ou de la douleur menant toujours à l'emploi d'appareils et de programmes d'exercices. Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1988, p.6. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.92. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section IV, p.114-115.

moins une place plus spécifique grâce à l'introduction, lente, de modalités thérapeutiques faisant appel au toucher comme la thérapie manuelle⁷.

La diffusion continue de ces modalités plus versatiles, plus qualifiantes, aide aussi des physiothérapeutes à se tailler une place auprès de nouvelles clientèles, souvent définies et référées, là aussi, par le monde médical. C'est le cas des clientèles souffrant de douleur chronique. Les physiothérapeutes sont depuis longtemps en contact avec la douleur, depuis leurs cliniques d'orthopédie, où elles utilisent le froid, la chaleur et l'électricité auprès de cas d'arthrite ou de maux de dos. Jusqu'à tard, la douleur continue cependant de se présenter comme un objet malaisé en raison de ses mauvais pronostics. Encore en 1990, l'augmentation du nombre de cas de douleur chronique suscite une certaine réserve chez les physiothérapeutes, d'ailleurs guère à l'avant-garde des avancées dans ce domaine qui se renouvelle surtout sous l'influence des médecins rhumatologues ; en 1994, quelques thérapeutes intéressées à la question déplorent l'écart persistant entre la littérature médicale récente et les usages, « appris à l'université », de la plupart des thérapeutes⁸.

Outre l'introduction de modalités comme les baumes ou les aiguilles, les innovations les plus structurantes dans ce domaine passent par le renouvellement, par les rhumatologues, des catégories étiologiques décrivant la douleur chronique. Un nombre croissant de physiothérapeutes adhère à des reformulations médicales

⁷ *Ibid.*, section V, p. 45-55. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1990, p.4; 1991, p.1.3; 1992, p.4.3-4 ; rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 2004. Institut de réadaptation de Montréal, [pochette à l'attention des bénéficiaires], *op.cit.*, p.5. Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme musculo-squelettique*, Québec, CCV, 1993, p.i, 3, 8-9, 17-23. Centre hospitalier de Gatineau, *Suivi systématique multidisciplinaire*, Gatineau, 1997, CHG, non paginé.

⁸ *Physio-Québec*, 18, 4 (printemps 1994) : 9-17, 24-25. Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1985, p.25, 28; 1986, p.17, 38-39; 1990, p.2 ; 1991, p.5; 1992, p.5-7; 1993, p.6; 1994, p.2; 1997, p.10; 2000, p.4; 2001, p.12; 2002, p.1 ; 2005, p.4 ; rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1995, p.24. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.91-95. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section III, p.122-123, section V, p.24-25, section VIII, p.21, 46-51, 105-106. Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme musculo-squelettique*, *op.cit.*, p.9, 23. D. Duquette *et al.*, *Répertoire des programmes de traitements de la douleur chronique de la région de Montréal*, Montréal, CRCL, 1999, p.2.

après 1990 ; en 1995, dans un champ qui fait peau neuve, plusieurs joignent à cette fin la nouvelle Association des algologistes du Québec fondée par un anesthésiste. Sur le plan conceptuel, on s'intéresse surtout à la réunion, sous de nouveaux diagnostics médicaux, de clientèles autrefois éparses dont les douleurs ont une origine inconnue ou indéfinie, diagnostics qui permettent l'introduction dans le réseau de la santé des patients auparavant peu desservis. Assez vagues, ces catégories diagnostiques font miroiter chez des physiothérapeutes l'espoir d'y implanter le vocabulaire de la thérapie manuelle. De 1993 à 1995, par exemple, la vogue d'un diagnostic particulier, l'« algodystrophie », qui regroupe d'anciens diagnostics à l'étiologie imprécise, incite des physiothérapeutes à attribuer la douleur à une irrigation malsaine du tissu conjonctif, qui devrait mener tout droit à l'usage de la thérapie manuelle. À terme, cependant, ce diagnostic est détrôné par une autre dénomination, la « fibromyalgie », qui s'impose finalement pour désigner l'ensemble des douleurs chroniques sans manifestation objectivable⁹. Cette « maladie nouvelle », telle qu'implantée en clinique par des médecins, laisse moins d'ouverture aux explications favorables à la thérapie manuelle, et engage plutôt les physiothérapeutes à des approches plus classiques encore fondées sur le conditionnement physique et l'assouplissement des muscles.

Aux établissements, la fibromyalgie fournit toutefois une base diagnostique à l'accueil d'une nouvelle clientèle : entre 1993 et 1995, les CR Constance-Lethbridge et Lucie-Bruneau créent, à partir des programmes d'orthopédie, des unités formées de physiothérapeutes et de quelques ergothérapeutes et psychologues. L'innovation est de conséquence : au CR Constance-Lethbridge, le service de rhumatologie, qui reçoit les références de

⁹ La fibromyalgie est bien une catégorie générique et doit son nom, en apparence plus précis, au postulat étiologique qu'elle recouvrait initialement, soit une inflammation des fibres musculaires, une thèse qui a été finalement rejetée sans que l'on abandonne la dénomination. Il existe d'autres catégories génériques pour désigner la douleur, comme le « syndrome fémoro-patellaire » désignant la douleur au genou en médecine sportive. Au CR Lucie-Bruneau, en 1994, le mot fibromyalgie remplace même fugacement de manière générique l'arthrite pour désigner le programme. *Physio-Québec*, 15, 3 (décembre 1990) : 8 ; 18, 1 (été 1993) : 8-12 ; 18, 2 (automne 1993) : 12-13 ; 18, 4 (printemps 1994) : 9-18, 24-25 ; 19, 2 (décembre 1994) : 18 ; 19, 3 (février 1995) : 21 ; 19, 4 (avril 1995) : 17 ; 21, 3 (hiver 1997) : 8 ; 21, 4 (printemps 1996) : 9.

cabinets médicaux, puis de certains hôpitaux, représente vite plus de 20% du nombre total d'admissions au Centre et, encore en 2005, cumule la plus longue liste d'attente de l'établissement¹⁰.

Exogènes à la profession, les catégories de la douleur, si elles fournissent ainsi de nouvelles positions, ne comblent cependant pas toutes les aspirations. Les médecins hospitaliers ne réfèrent pas toujours les clients désirés, envoyant parfois des cas jugés trop lourds par les paramédicales ou bien, comme aux CR Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge, sélectionnant les patients aux besoins les plus classiques, requérant les modalités moins qualifiantes propres aux maux de dos. En fait, les aspects les plus novateurs de la catégorie servent surtout les aspirations d'autres paramédicales, comme les ergothérapeutes qui interviennent en matière d'économie d'énergie. Bien que la division du travail varie d'un endroit à l'autre¹¹, la réalité des soins demeure généralement bien en-deçà des espoirs formulés au sujet de l'évaluation et de la mise à profit de modalités comme la thérapie manuelle¹².

L'exemple de la douleur chronique témoigne de la dépendance persistante des physiothérapeutes envers des catégories définies hors de leur profession et dont le bénéfice demeure aléatoire, collatéral aux priorités d'autrui. Ce n'est pas qu'elles y fassent mauvaise figure ou n'y trouvent pas un emploi décent, mais les

¹⁰ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1993, p.6 ; 1994, p.3 ; 1996, p.3 ; 2000, p.11 ; 2003, p.2, 7 ; 2004, p.2 ; 2005, p.4. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.18-20, 78, 91-93, 106, 127-130. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section V, p.20-21, section VIII, p.17, 24-25. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme de réadaptation pour les personnes atteintes de fibromyalgie*, *op.cit.*, p.1 ; *Programme des personnes présentant une pathologie du système locomoteur*, *op.cit.*, p.2-3. Yves Lardon, *op.cit.*, p.13. D. Duquette et al., *op.cit.*

¹¹ Les paramédicales de l'hôpital St. Mary's et de certaines cliniques privées contribuent plus qu'ailleurs à l'évaluation initiale, *ibid.*

¹² *Ibid.*, p. 4-5. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1995, p.18 ; 1996, p.18 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1990, p.8 ; 1991, p.3 ; 1992, p.2-3 ; 1993, p.4 ; 1995, p.13 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 2000, p.5. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Évaluation et modalités d'intervention en physiothérapie, programme locomoteur*, Montréal, CRLB, 1993, 11p.

aspirations, qu'elles formulent elles-mêmes, à un rôle plus prééminent restent mal assouvies.

Il existe d'autres catégories plus prometteuse, toujours exogènes mais moins strictement médicales, mais qui, parce qu'elles ne sont pas taillées à la mesure de la profession, demeurent cette fois peu généralisables au groupe entier, et ce malgré le succès local de certaines. C'est le cas de l'ergonomie, dominée par les ingénieurs et les psychologues industriels : l'Ordre des physiothérapeutes aimerait y prendre pied, mais il reste que les quelques thérapeutes impliquées n'y trouvent en fait une pratique réellement qualifiante qu'en s'éloignant de leur formation initiale en physiothérapie¹³.

La difficulté à généraliser l'emploi de catégories étrangères à la profession constitue ainsi une seconde limite inhérente à l'usage d'approches exogènes. Les innovations exogènes les plus qualifiantes n'échappent pas à cette limite. C'est le cas, notamment, de la rééducation périnéale et des soins périnataux. À partir de 1988, des physiothérapeutes hospitalières importent d'Europe une expertise médicale relative au traitement de l'incontinence urinaire et plus précisément de l'incontinence à l'effort chez les femmes, souvent consécutive à un accouchement. Cette expertise est très qualifiante : basée sur l'évaluation par la physiothérapeute elle-même des « troubles physiologiques responsables de l'incontinence¹⁴ », il s'agit d'une rare extension physiothérapique vers un réel rôle diagnostique. Avec le temps, les thérapeutes ont aussi tout le loisir d'accentuer le rôle de l'exercice et du toucher, par exemple par l'emploi du Mézières. À terme, cette expertise en matière urinaire sert aussi de tremplin vers la préparation des femmes à l'accouchement et à ses suites. À l'hôpital de Granby, une physiothérapeute compétente en matière urinaire s'adjoint ainsi une clientèle périnatale grâce à des formations supplémentaires auprès de médecins européens, le tout avec les encouragements de l'Ordre qui y voit la parfaite illustration d'un

¹³ *Physio-Québec*, 21, 3 (hiver 1997) : 5, 16-18, 26.

¹⁴ *Physio-Québec*, 13, 3 (décembre 1988) : 4-7, 14.

développement professionnel réussi. Pourtant, requérant des compétences exogènes à la profession et calibrée pour une clientèle qui lui reste marginale, la rééducation périnéale et pelvienne n'est pas destinée à se généraliser : en 1995, après une forte campagne de formation soutenue par l'Ordre, l'approche n'est encore employée que par soixante-dix physiothérapeutes, soit 2,5% de la profession, et ne contribue qu'au succès local d'un petit nombre de pionnières¹⁵.

Si les limites évoquées ici sont attribuables au caractère exogène des catégories investies, la dépendance des physiothérapeutes envers ces catégories résulte, elle, de leur proximité historique avec les domaines médicaux et d'un intérêt limité pour la formulation originale de nouveaux cadres d'interprétation ; en 1988, la Corporation des physiothérapeutes se plaint d'ailleurs du faible engouement suscité par les nouvelles catégories. En guise de comparaison, de nouveaux territoires sont investis avec une toute autre ambition diagnostique par ces voisines de la physiothérapie, d'une discipline sœur mais de plus en plus distincte, les ergothérapeutes¹⁶.

En ergothérapie : de l'activité réhabilitée aux problèmes cognitifs

Au début des années 1980, les ergothérapeutes sont elles aussi confrontées aux limites de cadres théoriques exogènes. Lors de la période précédente, les milieux psychiatriques se sont déjà révélés rétifs à une réelle extension hors de la pratique strictement physique, les langages et concepts empruntés à la

¹⁵ *Physio-Québec*, 18, 3 (hiver 1993) : 27; 20, 3 (hiver 1995) : 7; 21, 3 (hiver 1997) : 21. Rapport annuel de l'Ordre des physiothérapeutes, 2001, p.8, 16.

¹⁶ *Physio-Québec*, 3, 2 (juin 1978) : 16-17; 7, 2 (mai 1982) : 5-6; 7, 3 (septembre 1982) : 21; 8, 3 (septembre 1983) : 3; 9, 1 (mars 1984) : 22; 10, 2 (juin 1985) : 11; 10, 3 (septembre 1985) : 6-8; 11, 1 (avril 1986) : 5; 12, 1 (avril 1987) : 15; 13, 1 (juin 1988) : 4; 13, 2 (septembre 1988) : 14; 13, 3 (décembre 1988) : 7-8; 13, 4 (mars 1989) : 4-9; 14, 1 (juin 1989) : 20; 14, 2 (septembre 1989) : 19; 15, 1 (juin 1990) : 11; 16, 1 (été 1991) : 12; 17, 2 (automne 1992) : 6-7, 11-12, 19; 17, 3 (hiver 1992) : 21-23; 17, 4 (hiver 1992) : 5; 18, 2 (automne 1993) : 19; 19, 2 (décembre 1994) : 18; 19, 4 (avril 1995) : 12; 21, 1 (été 1996) : 5; 21, 4 (printemps 1997) : 14, 19.

psychologie y demeurant l'apanage des psychologues et des psychiatres. Ce potentiel d'expansion ainsi limité se manifeste par une saturation rapide de l'embauche d'ergothérapeutes en psychiatrie : de 1981 à 1989, la part d'ergothérapeutes travaillant en psychiatrie chute de 35 à 19,5%, le secteur créant à peine une trentaine de nouveaux emplois durant cette période. De plus, celles qui y travaillent renoncent à leurs velléités d'intervention les plus psychologisantes pour revenir à une pratique plus proche de la médecine physique : en 1989-1990, alors que 43% des ergothérapeutes travaillent dans des services de médecine physique, pas moins de 67% des thérapeutes disent tout de même user des modalités propres à ce secteur alors que, de 1990 à 1997, la part des thérapeutes usant de modalités propres à la santé mentale chute de 20 à 14%. Ce retour aux sources physiques touche aussi d'autres secteurs : selon des sondages menés par la Corporation des ergothérapeutes, la clientèle gériatrique, une clientèle qui aurait pu donner prise aux catégories de la psychologie, sont plutôt abordées par les modalités de la médecine physique, comme en témoigne aussi le fait que les superviseuses de stages consacrés aux clientèles âgées, comme à Villa-Medica ou l'hôpital Anna-Laberge, ne sont accréditées par les universités que pour les soins de médecine physique¹⁷.

Les limites du langage psychologique poussent donc les ergothérapeutes à se recentrer à nouveau autour de la pratique physique. Or, les contraintes de la médecine physique qui avaient inspiré une incursion vers la psychologie sont encore bien réelles. Elles viennent de ce que le vocabulaire employé pour aborder les problèmes classiques, en valorisant des objets physiques discrets comme la coordination ou l'endurance, offre peu de prise sur des objets plus amples, comme la cognition ou la sensorialité, que des ergothérapeutes aspirent à prendre en main. En attendant, les objets physiques classiques, proche de la médecine, attribuent à l'« activité », la modalité principale de la profession dans ce secteur, un rôle

¹⁷ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1981-1987 ; 1992, p.11; 1993, p.13.

d'entraînement physique proche de la physiothérapie, une proximité parfois perçue comme un problème¹⁸.

On cherche donc à se renouveler, idéalement en prenant appui sur les nouvelles clientèles. La clientèle gériatrique prend une importance nouvelle : de 1981 à 1989, la part d'ergothérapeutes travaillant auprès de cette population passe de 14 à 27,5%, soit, en nombres absolus, de 70 à environ 285 thérapeutes engagées tant en centre hospitalier que de longue durée. Cette population, parce qu'elle présente un profil différent, inspire des vellétés de renouvellement. Si, de 1982 à 1985, les principales tentatives d'innovation en gériatrie impliquent encore des modalités inspirées de la psychologie, comme des groupes de discussion à saveur psychanalytique, des entreprises plus ambitieuses débouchent toutefois progressivement sur la formulation d'intérêts relatifs à la sensorialité, des ergothérapeutes exploitant notamment les cadres interprétatifs de la psychologie pour évaluer les dégénérescences propres à la vieillesse sous l'angle de la « confusion » et de son diagnostic. Avec le temps, enfin, dans certains établissements comme les centres hospitaliers Saint-Georges (en Beauce) et J.-H.-Charbonneau (à Montréal), des ergothérapeutes, qui se réfèrent cette fois à des articles de l'*American Journal of Occupational Therapy*, interprètent le même type de problèmes en des termes endogènes à la profession, en attribuant les pertes d'attention ou de conscience de la clientèle âgée à des questions de « déprivation sensorielle » et « d'intégration sensorielle » qui affectent les habiletés de l'individu¹⁹.

Cette percée inaugure un important renouvellement des catégories en ergothérapie. En s'inspirant de la littérature scientifique étasunienne, les

¹⁸ *Le Transfert*, 4, 1 (février 1980) : 6-7 ; 6, 3 (septembre 1982) : 10-12 ; 9, 4 (décembre 1985) : 9-11.

¹⁹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1981-1989. *Le Transfert*, 6, 4 (décembre 1982) : 8-11 ; 8, 3 (septembre 1984) : 17-18 ; 8, 4 (décembre 1984) : 8-9 ; 9, 1 (mars 1985) : 2 ; 9, 2 (juin 1985) : 18-19 ; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 5, 3 (août 1981) : 8-11 ; 10, 1 (mars 1986) : 17-19 ; 13, 1 (avril 1989) : 14 ; 2, 3 (septembre 1993) : 91-94.

ergothérapeutes désireuses d'aborder les problèmes cognitifs délaissent, de 1985 à 1995, les diagnostics psychologiques au profit de catégories, diverses mais proprement ergothérapeutiques, dont l'usage présente d'importants avantages. D'une part, ces catégories désignent les problèmes cognitifs en des termes distincts de la psychologie, en leur attribuant des causes proprement sensorielles dont le traitement devient alors le propre de l'ergothérapie. En corollaire, ces catégories taillées sur mesure pour la profession parce qu'elles attribuent les problèmes identifiées à des carences sensorielles, confèrent aux modalités de l'activité un rôle thérapeutique primordial en matière de cognition. Enfin, cet arrimage étroit entre les aspirations à la cognition et l'usage distinctif de l'activité rend plus riche et plus aisée, pour les thérapeutes qui y sont rompues, l'exploration des clientèles envisagées.

Ce mouvement d'idées déborde la seule gériatrie. Dès 1980, on trouve des traces d'une nouvelle pratique de « stimulation sensorielle » à des fins d'amélioration cognitive dans certains services pédiatriques, comme les hôpitaux Sainte-Justine et Marie-Enfant et à la commission scolaire Jérôme-Le Royer, sur l'Île de Montréal, où elle permet à des ergothérapeutes d'intervenir auprès d'enfants déficients intellectuels. Dans les années 1980, l'approche la plus en vogue en cette matière est l'approche celle dite de l'« intégration sensorielle ». Diffusée depuis la Californie, l'intégration sensorielle prend pour objet la capacité du cerveau à organiser l'information transmise par les sens et propose aux problèmes cognitifs une étiologie basée sur la sensorialité ; à ce titre, elle s'accompagne d'une batterie de tests progressivement standardisés au fil des années 1980. D'abord conçue, non sans filiation avec l'approche psychodéveloppementale, à l'attention de jeunes enfants montrant des troubles d'apprentissage, l'intégration sensorielle sera, dans les années qui suivent, adaptée à de multiples sautes par les ergothérapeutes.

Sa diffusion prend en effet des voies diverses. Son véhicule est souvent une ergothérapeute qui, après avoir suivi en Californie la formation dispensée par les auteurs de la formule, diffuse ses connaissances auprès de collègues tout en les

adaptant aux besoins locaux de l'équipe. Tel est, par exemple, le cas d'une ergothérapeute pratiquant en privé dans la région de Sherbrooke. Ayant suivi la formation, elle partage, entre 1991 et 1993, son expérience avec des collègues qui en emploient les rudiments pour implanter une intervention cognitive auprès d'enfants victimes de retards psychomoteurs, mais dénués des troubles intellectuels ou d'apprentissage habituellement traités par la formule ; comme l'usage des tests californiens est réservé aux titulaires de la formation, ces thérapeutes bricolent une nouvelle batterie en cumulant divers tests anciens (comme le *Meeting Street School Screening Test*, 1969) ou récents (*Integrated Motor Activities Screening*, 1990), dont des documents maison empruntés au service d'ergothérapie de l'hôpital Sainte-Justine. On trouve aussi ailleurs ce désir d'appliquer l'approche et ses promesses à des clientèles plus larges : à l'hôpital psychiatrique Rivière-des-Prairies, entre 1988 et 1990, deux ergothérapeutes produisent une grille d'évaluation qui intègre l'intégration sensorielle afin d'observer le comportement corporel d'enfants psychotiques, un outil qui, selon ces auteures, « donne un sens plus grand à nos interventions... en ce sens qu'[il] sert de structure au rapport d'évaluation et aide à dégager des objectifs²⁰ » nouveaux comme les dimensions cognitives de la relation de l'enfant avec les objets (permanence des objets, compréhension des rapports de causalité, etc.).

Qu'elles se réclament ou non de l'approche californienne, plusieurs initiatives de recherche clinique ont pour but de soutenir ces aspirations à aborder la cognition par le biais de la sensorialité. En association avec l'Université McGill, des ergothérapeutes travaillent, vers 1992-1993, à une « batterie sensorielle pédiatrique », qui inclut la cognition et le langage, destinée à favoriser l'évaluation sensorielle des enfants handicapés moteurs. D'autres recherches portent sur l'évaluation des personnes âgées : à Sherbrooke, où le centre

²⁰ *Le Transfert*, 16, 1 (mars 1992) : 22-24 ; 4, 4 (novembre 1980) : 5, 12-13, 26 ; 13, 2 (juin 1989) : 19 ; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 2 (décembre 1992) : 79-81, 86 ; 2, 2 (juin 1993) : 42-46.

hospitalier d'Youville s'impose comme un haut lieu de telles expériences, des ergothérapeutes mènent un programme d'intégration sensorielle auprès de victimes d'Alzheimer pour en faire une alternative aux méthodes psychologiques. Là comme à l'hôpital Douglas ou à la Cité de la Santé, d'autres thérapeutes s'emploient aussi, par l'étude des déficits sensoriels, à user de modalités ergothérapeutiques, comme les AVQ, pour le diagnostic différentiel des démences ou des troubles d'orientation²¹.

De manière générale, l'introduction de nouveaux cadres interprétatifs entraîne chez les ergothérapeutes, même en milieu psychiatrique, l'abandon des usages empruntés à la psychologie. Comme l'indique, dès 1988, une clinicienne de l'hôpital Douglas :

where once OTs ran psychoanalytically-oriented psychotherapy groups, today our role concerns more basic needs... Names like Melanie Klein and Freud are distant memories²².

Ce revirement n'est pas partout attribuable à l'intégration sensorielle. Entre 1986 et 1990, par exemple, les deux ergothérapeutes du centre de jour de psychiatrie de l'hôpital de Valleyfield, déclarant s'ennuyer dans la routine des groupes de discussion et des activités expressives empruntées à la psychologie, entreprennent de réinventer leur pratique en se réclamant du « modèle systémique de l'occupation humaine de Kielhofner », découvert dans des écrits étasuniens publiés entre 1978 et 1985. Bien qu'il leur ait servi « de support théorique seulement », ces ergothérapeutes insistent lourdement sur l'apport de ses « concepts spécifiques à l'ergothérapie²³ ».

²¹ *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 2 (décembre 1992) : 79, 85-87 ; 2, 4 (décembre 1993) : 49-53 ; 3, 3 (septembre 1994) : 90-100.

²² *Le Transfert*, 9, 4 (décembre 1985) : 12 ; 12, 4 (décembre 1988) : 6.

²³ *Le Transfert*, 14, 3 (septembre 1990) : 13-16 ; 14, 4 (décembre 1990) : 13.

Le cadre théorique de l'ergothérapeute étasunien Gary Kielhofner, de l'Université de l'Illinois à Chicago, connaît en fait durant les années 1990 un fort succès auprès des ergothérapeutes québécoises. Son modèle « occupationnel » a l'avantage de prendre pour objet l'activité elle-même : plutôt que d'en faire une modalité au services d'autres fins, il évalue à travers elle ce qui fait défaut chez le patient en s'attardant aux performances et à l'identification aux rôles sociaux (« occupationnels ») qu'implique l'activité. La nature des problèmes relevés est ainsi inhérente à l'activité, physique et sociale, dont l'ergothérapeute est la spécialiste. Cette manière d'identifier les problèmes permet d'aborder des objets, comme la socialisation et la stimulation cognitive, touchés de manière trop souvent collatérale par les groupes de discussion ou de projection. Sur le plan étiologique, en situant les causes des problèmes au cœur de l'activité, ce modèle dispense de trouver une origine psychique ou organique aux problèmes cognitifs ; pour certaines, ce dernier trait confirme d'ailleurs sa supériorité sur l'intégration sensorielle jugée encore trop proche de la psychologie par sa recherche de causes internes aux dysfonctions de l'activité²⁴.

Du point de vue ergothérapeutique, une approche comme celle de Kielhofner a l'immense mérite de réhabiliter résolument l'activité à titre de modalité thérapeutique, puisqu'elle devient le lieu même de la réadaptation : les jeux ou activités simulées n'ont plus pour seul but d'exercer une aptitude tierce mais deviennent leur propre objet afin d'améliorer le rapport du patient à la notion même d'activité. Dès 1987, la présidente de la Corporation loue les modèles de ce type qui « identifient l'occupation comme un concept central pour la profession²⁵ ». Chez les thérapeutes de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, l'adoption du modèle de Kielhofner conduit tant à l'introduction de « jeux

²⁴ Une adhésion persistante au « paradigme des mécanismes internes [qui] ne permet pas de faire suffisamment ressortir [notre] spécificité vis-à-vis des autres professionnels paramédicaux, tels que les physiothérapeutes, les psychologues », *Le Transfert*, 15, 3 (septembre 1991) : 11-13.

²⁵ *Le Transfert*, 11, 1 (mars 1987) : 3; 8, 2 (juin 1984) : 8-9. Un trait partagé avec, notamment, l'emploi du jeu chez l'ergothérapeute étasunienne Mary Reilley, *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 1 (septembre 1992) : 18-20, 25.

thérapeutiques » qu'au retour d'activités artisanales auprès de clientèles nouvelles, comme les enfants en troubles d'apprentissage, dont on se félicite qu'elles distinguent l'ergothérapie de la physiothérapie. En plus de réhabiliter l'activité artisanale, de tels modèles renouvellent aussi la signification des tests physiques (dits désormais « sensorimoteurs »), puisque l'évaluation de la dextérité et de la sensibilité tactile devient un outil pour jauger non seulement la condition physique, mais aussi le rapport du patient à l'activité en général²⁶.

En partie axée sur la transformation des « rôles occupationnels » entraînée par un handicap, l'intervention sur l'« activité » physique et sociale permet aussi d'aborder l'adaptation des équilibres familiaux et professionnels autrefois du ressort exclusif des intervenants psychosociaux. Ce nouvel allant est d'ailleurs à l'origine, après 1987, de l'insertion d'ergothérapeutes dans les protocoles de soins intensifs ou palliatifs d'endroits aussi divers que l'hôpital de Valleyfield, le Royal Victoria Hospital ou l'hôpital gériatrique de Saint-Georges. Plus notable, l'activité, parce qu'elle prend en considération « les processus mentaux requis pour la réalisation d'une action », permet d'aborder directement l'évaluation d'aptitudes cognitives évaluées « dans le fonctionnement quotidien ». On voit ainsi des ergothérapeutes en milieu gériatrique, après des formations suivies au Québec et à Chicago entre 1991 et 1994, troquer leurs grilles d'inspiration psychologique, dont on juge que « la spécificité de l'ergothérapie n'[y] était pas mise en évidence car il y avait peu d'analyse de l'activité », pour de nouveaux tests qui mesurent le niveau cognitif des patients par la mise en situation d'activités quotidiennes, plutôt que par les épreuves normatives de la psychologie²⁷.

La diffusion progressive d'approches fondées sur l'activité, ouvertes à la cognition et plus axées sur l'évaluation, modifie la position des ergothérapeutes

²⁶ *Le Transfert*, 13, 1 (avril 1989) : 12 ; *Revue québécoise d'ergothérapie*, 8, 2 (juin 1984) : 21-22 ; 4, 2 (juin 1995) : 63-68.

²⁷ *Revue québécoise d'ergothérapie*, 3, 3 (septembre 1994) : 102-104 ; *Le Transfert*, 10, 1 (mars 1986) : 9-11 ; 11, 1 (mars 1987) : 8-10, 14-16.

dans la division des tâches sanitaires. Tandis que des tâches plus anciennes, comme l'adaptation de domicile, tendent à se déqualifier, d'autres, comme la gestion des jouets, deviennent plus courues. Dans plusieurs endroits, les ergothérapeutes se caractérisent de plus en plus par l'usage de tests pour l'évaluation des fonctions cognitives. Au CR Constance-Lethbridge, en 2004, le matériel de « traitement perceptivo-cognitif », qui recycle abondamment les activités par le jeu, côtoie une vaste sélection de tests à la fois extensifs et propres à l'ergothérapie, standardisés comme le *Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment* ou de fabrication maison, portant sur la « métacognition », la perception visuelle et les « fonctions gnosiques²⁸ ».

Ces nouveaux horizons, qui afferment les problèmes longtemps désirés d'opération de la pensée humaine, permettent aux ergothérapeutes d'aspirer à la prise en charge de clientèles élargies, et ce alors même qu'une vague de réformes administratives, à l'échelle des divers établissements, ouvre la porte à des percées d'envergure, notamment en deuxième ligne.

Le cas du Centre Cardinal-Villeneuve est éloquent. De 1987 à 1994, l'établissement réorganise tant ses programmes que ses critères d'admission et, en 1989, confie à des cliniciennes la définition des nouveaux services projetés. Celles-ci redéfinissent les clientèles ciblées d'une manière qui sied bien à l'ergothérapie parce qu'elle atténue le poids des étiologies pour favoriser l'admission d'un nombre accru de cas partageant, peu importe leur étiologie, divers problèmes dans l'opération d'activités. Ainsi, les services aux paralysés

²⁸ Les fonctions gnosiques désignent la capacité du cerveau à traiter l'information recueillie par les sens ; l'emploi de cette dénomination dans ce cas précis témoigne à la fois de la relative désuétude, en 2004, du concept d'intégration sensorielle et de la persistance d'un intérêt pour des observations étiologiques relatives aux « mécanismes internes », malgré l'orientation proprement « occupationnelle » des thérapies. Sans doute témoigne-t-elle surtout d'une atténuation, une fois le statut de l'activité mieux assuré, de l'opposition entre les deux notions. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes, op.cit.*, section IV, p.109-112. Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 2004, p.3. *L'Éclaircie*, 8, 2 (février 1992) : 2 ; 9, 5 (avril 1993) : 2 ; 11, 4 (avril 1995) : 2-4 ; 12, 2 (mars 1996) : 4. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.92.

cérébraux deviennent un programme de « déficience motrice cérébrale », entérinant une tendance déjà entamée vers l'admission de profils similaires à la paralysie cérébrale mais attribuables à d'autres causes, comme l'hydrocéphalie. D'apparence bénigne, cette transformation recouvre l'ambition d'admettre une clientèle élargie et s'accompagne vite de dépistages dans les milieux de la périnatalité. Le programme de spina-bifida, qui comprenait surtout des interventions d'ordre anatomique, s'ouvre de la même manière à l'ensemble des maladies de la moelle épinière, là aussi dans le but affiché de « mettre en relief des éléments moins connus et soulever les besoins non répondus²⁹ », notamment sur le plan « perceptivo-cognitif ».

Ces clientèles renouvelées, et tout particulièrement la déficience motrice cérébrale (DMC) qui représente vite 40% de la population du Centre, offrent un espace privilégié aux aspirations ergothérapeutiques. En 1990, le programme de DMC prévoit ainsi la présence intensive d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes, dont les autres clientèles ne bénéficient qu'à temps partiel. Surtout, les ergothérapeutes sont les seules à participer systématiquement aux évaluations d'enfants DMC auprès desquels elles diagnostiquent dorénavant des désordres perceptuels et cognitifs dans 75% des cas. L'élargissement des critères d'admission facilite aussi la sélection des clientèles, que l'on repêche parfois dans d'autres programmes. Dès 1990, des cliniciennes pressent ainsi pour consolider l'intervention, jusque là informelle, de thérapeutes du programme de DMC auprès d'une autre clientèle, celle des retards de développement, une population « dite 'zone grise' » en raison de « perceptions différentes selon les intervenants » mais dans laquelle on repère des cas depuis 1987³⁰. Enfin, les références interservices

²⁹ Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme des myélopathies*, Québec, CCV, 1990, p.1-3 ; *Programme de déficience motrice cérébrale*, Québec, CCV, 1990, p.2-4 ; *Déficience motrice cérébrale. Document pour les parents*, Québec, CCV, 1996, p.8-11. Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1987, p.2 ; 1989, p.1 ; 1990 ; 1991, p.1 ; 1992, p.3 ; 1994, p.2.

³⁰ Mais pas encore assez : selon les plaideuses, « nous savons que le nombre potentiel de références (diagnostics non précisés) est élevé », Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme de développement de l'enfant*, Québec, CCV, 1990, p.1-2, 12 ; *Programme neuromusculaire*, Québec, CCV, 1990, p.6, 9-12, 18, 25 ; *Sous-programmes, op.cit.*, p.2 ; *Programme de déficience motrice cérébrale*, p.5-8, 21 ; *Déficience motrice cérébrale, op.cit.*, p.13.

d'enfants diagnostiqués au programme DMC enrichissent la pratique d'ergothérapeutes d'autres programmes : en 1996, à l'unité de positionnement, l'intervention auprès des patients DMC s'étend désormais aux problèmes perceptivo-cognitifs diagnostiqués en amont alors que celle auprès des clientèles plus classiques continue d'en rester aux usages strictement logistique et anatomique³¹.

Le cas du Centre Cardinal-Villeneuve a ceci de singulier que, au début des années 1990, les paramédicales de réadaptation physique y règnent sans trop de partage, les ergothérapeutes pouvant se répandre sur les territoires cognitifs tandis que les psychologues continuent de se limiter aux problèmes affectifs. En fait, dans la plupart des autres établissements, les ergothérapeutes intéressées à la cognition se butent plus vite à des psychologues qui y voient là leur propre territoire. À l'IRM, en 1989-1990, les ergothérapeutes et les psychologues formulent en parallèle d'ambitieux programmes d'action pour la clientèle hémiplegique ou victime d'ACV : tandis que des ergothérapeutes introduisent de nouveaux tests, des psychologues envisagent un programme de « développement cognitif », dont la perspective théorique n'est d'ailleurs pas sans parenté avec l'intégration sensorielle³². Des ergothérapeutes du CR Constance-Lethbridge et de l'IRM revendiquent même la prise en charge de problèmes « cognitivo-communicatifs » ou « cognitivo-linguistiques » qui les mettent en contact direct

³¹ Dans les années 1990, les références en provenance du programme de DMC, dont la clientèle constitue 40% de la population totale du Centre, représentent aussi 66% des patients de l'unité de communication non orale, à laquelle viennent de s'ajouter de l'ergothérapie et de l'orthophonie, et 68% des patients de l'unité consacrée aux troubles de la déglutition. Centre Cardinal-Villeneuve, *Sous-programmes*, op.cit., p.3-8; *Programme de déficience motrice cérébrale*, op.cit., p.8-16; *Journée de perfectionnement sur le positionnement*, op.cit.

³² Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d'échange clinique...*, op.cit., 1989, p.2.16; Élisabeth Dutil et al., *Évaluation de la fonction du membre supérieur chez le sujet hémiplegique*, Montréal, IRM / ÉRUM, 1990, p.i. Cette convergence d'intérêt pour les problèmes cognitifs entraîne d'ailleurs des chassés-croisés dans les références à une littérature scientifique qui n'épouse pas toujours parfaitement les contours professionnels; des ergothérapeutes de l'hôpital Pierre-Janet font ainsi état, en 1992, de leur recours aux approches « cognitivistes » de la psychologie pour implanter certaines interventions ergothérapeutiques fondées sur l'activité, *Revue québécoise d'ergothérapie*, 1, 2 (décembre 1992) : 77, 89.

avec les orthophonistes, elles aussi attirées, on le verra, par les zones proches de la cognition³³.

Ergothérapeutes, donc, mais aussi psychologues et orthophonistes : cette convergence vers la dysfonction des « fonctions cérébrales supérieures » intensifie les contacts interprofessionnels, autour de carrefours dont il reste à étudier les autres branches en traitant des trajectoires de ces autres professionnelles. Pour y venir, cependant, il faut d'abord consacrer quelques pages à un mouvement d'idées – et de politiques publiques – qui stimule ce brassage des usages diagnostiques.

L'aiguillon de la réadaptation fonctionnelle

Après 1985, l'univers de la réadaptation physique connaît l'influence croissante d'un nouveau courant, dit de la « réadaptation fonctionnelle ». Le mouvement origine de propositions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), relayées au Québec par l'OPHQ à partir de 1984. L'OPHQ, en collaboration avec des associations de patients, désapprouve l'écartèlement des patients entre une multitude de professionnels et promeut plutôt l'usage d'un cadre conceptuel unifié. Inspiré d'une grille d'analyse parrainée par l'OMS, la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), le cadre théorique fonctionnel entend restaurer la cohérence entre les interventions en identifiant les problèmes non plus dans des termes étiologiques propres à chaque spécialité, mais plutôt en termes de « handicaps », c'est-à-dire d'entraves concrètes rencontrées par le patient et qui transcendent les disciplines. Les

³³ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1990, p.5 ; 1991, p.4.6 ; 1992, p.7.1-2, 6 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1987, p.24; 1990, p.10, 16 ; 2003, p.7. Institut de réadaptation de Montréal, [pochette à l'attention des bénéficiaires], *op.cit.*, p.5. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section II, p.25, section IV, p.24. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *La réadaptation et l'intégration sociale et professionnelle pour les personnes ayant subi une blessure médullaire*, *op.cit.*, p.48; *Demi-journée d'échanges*, *op.cit.* ; *Programme cadre de rééducation fonctionnelle*, *op.cit.*, p.3-6.

critères diagnostiques et l'objectif de la thérapie s'en trouvent, en principe, considérablement changés, dans la mesure où un tel diagnostic fonctionnel n'enjoint plus tant à guérir la déficience qu'à outiller l'handicapé pour en limiter les effets sur sa vie quotidienne et son intégration sociale. En 1991, l'OPHQ franchit un pas important dans l'opérationnalisation de sa philosophie en imposant dans les établissements de réadaptation l'usage du plan de services, une liste unique des objectifs poursuivis par chaque spécialiste auprès d'un même patient et dont la rédaction doit inciter les thérapeutes à se concerter³⁴.

La doctrine fonctionnelle, qui fédère l'activité professionnelle autour d'un objectif d'intégration sociale, attire l'attention des gestionnaires du MSSS et du MEQ qui accordent leur soutien aux projets qui s'en réclament. Les principes de la réadaptation fonctionnelle sont aussi promus par des cliniciens de toute obédience, notamment des ergothérapeutes et des orthophonistes, qui en transmettent les rudiments par le biais de publications professionnelles ou d'activités de formation. Au Québec, la diffusion de la perspective fonctionnelle est aussi soutenue par le Comité québécois sur la CIDIH, un organisme de recherche clinique fondé en 1986 à l'initiative de l'OPHQ ; son principal animateur, le chercheur Patrick Fougeyrollas, est aussi un acteur en vue dans les établissements de deuxième ligne puisqu'il remplit les offices de directeur des services de réadaptation, puis des services professionnels du Centre François-Charon avant de devenir responsable des activités scientifiques du nouvel Institut de recherche en déficience physique du Québec, créé en 1995³⁵.

³⁴ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, résumés du congrès de 1982, Patrick Fougeyrollas, « Un défi des années 1980 », p.133-138. Office des personnes handicapées du Québec, *À part égale*, Drummondville, OPHQ, 1991, p.6-7, 11, 20, 27; Djamila Benadelkader et Michel Gignac, « Plan de services et plan d'intervention individualisé », Association québécoise pour les enfants audimuetts, *Actes du colloque sur l'audimutité*, Montréal, AQEA, 1994., p.76.

³⁵ Rapport annuel du Centre François-Charon, 1989, p.8 ; 1996, p.2-3. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.90-93.

L'impact du mouvement sur les habitudes cliniques est réel. Après 1985, on trouve, en clinique, plus de références à des exercices ancrés dans la réalité quotidienne du patient. Cette tendance stimule, chez les orthophonistes et les ergothérapeutes, l'emploi d'exercices axés sur la conversation ouverte ou les activités de la vie quotidienne, qui portent en germe leurs aspirations à un usage élargi de leurs compétences. De plus, par ces exercices et ces objectifs d'intégration, c'est toute la vie quotidienne que le courant fonctionnel fait entrer dans l'orbite de la thérapie : la réintégration du patient à la vie normale exige en effet la mobilisation de membres de son entourage comme les parents et les conjoints, qu'on entend habiliter à favoriser la récupération. L'intérêt pour l'intégration des parents, notamment, entraîne la diffusion de diverses méthodes comme, en orthophonie, le programme Hanen, développé à McGill depuis 1977 et qui vise la formation des parents à la stimulation du langage³⁶.

Parce qu'elle constitue un appel vibrant à l'élargissement des perspectives au-delà des diagnostics classiques, l'approche fonctionnelle se présente aux paramédicales, surtout en réadaptation physique, comme un formidable tremplin pour leurs propres aspirations. Les orthophonistes et les ergothérapeutes, notamment, y trouvent les éléments d'un langage alternatif qui, soutenu par l'OPHQ, a déjà gagné ses lettres de créance politiques et fait même office de sésame pour des octrois de recherche clinique.

Pour cette raison, la Corporation des ergothérapeutes exprime très tôt son vif soutien à l'approche fonctionnelle et réfère massivement aux écrits de l'OPHQ dans ses propres documents. Dès 1985, elle invite ses membres à s'appropriier le vocabulaire de la CIDIH et presse l'État de réorganiser sur ses bases l'ensemble des programmes de soins. Encore en 1997, le lobby de la Corporation passe en bonne partie par la promotion de la CIDIH. Du moins dans ses termes les plus généraux : en effet, les thérapeutes, si elles appuient l'idée d'un re-brassage des cartes diagnostiques, rejettent l'idée, pourtant au cœur de la CIDIH, d'une

³⁶ *Ibid.*

taxonomie unique des handicaps formulée par des chercheurs plus près de l'État que de leur propre profession³⁷. De fait, sur le terrain, la vague fonctionnelle sert surtout de véhicule à l'introduction de catégories qui accentuent plutôt la spécificité des professionnelles. C'est le cas à l'IRM, où l'implantation du plan de service fonctionnel, de 1989 à 1992, donne l'occasion aux cliniciennes d'introduire de nouvelles grilles d'évaluation, comme la *Functionnal Independance Measure* ou une grille inspirée du Bobath, associées à l'une ou l'autre profession en particulier³⁸.

Ressource importante pour certaines ergothérapeutes, le courant fonctionnel, par l'allant qu'il procure au renouvellement des diagnostics, joue aussi un rôle notable de facilitateur pour les orthophonistes québécoises. Celles-ci, comme les ergothérapeutes, cherchent à accéder à des objets d'intervention élargis tout en se détachant, elles aussi, des cadres conceptuels de la psychologie.

En orthophonie : du langage à la communication

Le courant fonctionnel s'attire l'adhésion d'orthophonistes dont il soutient l'aspiration à étendre leur activité, bien au-delà de la maîtrise technique du langage articulé, à toutes les facettes de la communication verbale ou non verbale. Les premiers contacts avec l'approche fonctionnelle ont lieu dans les instituts des

³⁷ *Le Transfert*, 5, 2 (mai 1981) : 3; 5, 3 (août 1981) : 3; 8, 2 (juin 1984) : 8-9) (CPEQ-86, p.5-13, 31, 37; 9, 3 (septembre 1985) : 6-7, 14. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1991, p.1; 1992, p.3; 1996, p.7. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5940, Andrée Forget, *Rapport au Groupe de travail...*, *op.cit.*, p.1-3, 9-10; boîte 5938, dossier « Correspondance CPEQ », lettre de L. Petitclerc à G. Cloutier, 17 mars 1986. Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, *Mémoire au sujet d'un programme-cadre de réadaptation pour les bénéficiaires de soins de longue durée*, Montréal, CPEQ, 1984, p.14-18, 34-35; *Commentaires concernant les propositions du document À part... égale*, *op.cit.* Ordre des ergothérapeutes du Québec, *Les pratiques professionnelles en ergothérapie*, Montréal, OEQ, 1997, p.3-9. Isabelle Émond et Stéphane Mercier, *Rapport du groupe de travail portant sur la CIDIH et la PQ-CIDIH*, Montréal, OEQ, 1996, p.19-20.

³⁸ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1992, p.3.2. (Arsenault-95). Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d'échange clinique...*, *op.cit.*, 1989, p.2.1-2, 11; *Journée d'échange clinique...*, *op.cit.*, 1990, p.1.1-2, 2.1-8. Élisabeth Dutil et al., *op.cit.*

sourds où elle se greffe aux aspirations à la « communication totale ». D'abord implantée auprès de la clientèle multi-handicapée (surdi-cécité, etc.), elle prend cependant de nouvelles significations à partir de la fin des années 1980, alors que le poids relatif de cette clientèle diminue. Les orthophonistes, notamment à l'Institut Raymond-Dewar, s'approprient alors le concept de « réadaptation fonctionnelle » pour l'opposer à la « réadaptation psychosociale » des psychologues, jetant par ce dualisme les bornes d'un territoire neuf de diagnostic et de soins qui leur permet enfin d'aborder la question de la communication au sens large tout en s'écartant de la juridiction des « pys »³⁹.

Dès 1985, les termes fonctionnels sont diffusés dans l'ensemble de la profession et permettent à plusieurs orthophonistes d'étendre leur activité en re-conceptualisant sous forme de « problèmes fonctionnels de langage » des handicaps de communication qui débordent la syntaxe et les sons. En effet, en refusant d'isoler la performance langagière de son usage social, l'optique fonctionnelle permet d'adjoindre au langage des handicaps plus amples touchant, par exemple, les habiletés narratives, les règles informelles de la communication (comme le respect des tours de parole) ou la cohérence du discours, allant en fait jusqu'à recouvrir la totalité de l'interaction sociale. Assez rapidement, le lexique fonctionnel fait ainsi office de rampe de lancement pour une reformulation des thèmes de la communication élargie qu'un monopole terminologique de la psychologie maintenait jusque là hors d'atteinte.

Après 1988, l'extension du champ revendiqué par les orthophonistes québécoises est spectaculaire. En 1994, des porte-parole de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes font rétrospectivement valoir à quel point les compétences de l'orthophoniste ont débordé le cadre des problématiques « classiques », comme la production de phrases et de sons, pour investir des

³⁹ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.92-93. Institut des sourds de Charlesbourg, *Programme pour adolescents sourds multihandicapés*, *op.cit.*, p.15-18.

thèmes comme la « pragmatique⁴⁰ » et la métalinguistique, jusqu'à couvrir l'idée de communication dans son acception la plus large. Cette explosion du domaine orthophonique vers la « communication » est exprimée à l'envi dans les pages du périodique officiel de l'Ordre :

La communication, c'est tout ! Les qualités d'un bon communicateur ne se résument pas seulement à une connaissance de la langue et à une bonne articulation mais aussi à l'organisation du discours et aussi à son sens de l'humour⁴¹.

Prenant acte de cette diversité, l'Ordre et plusieurs cliniciennes demandent l'accès à une offre de service de plus en plus large.

Un peu comme dans le cas de la DMC, le courant fonctionnel justifie aussi de redéfinir les clientèles en débordant les diagnostics classiques pour y agglomérer de nouveaux cas sélectionnés sur la base de leurs « besoins » plutôt que de leur étiologie. Comme pour la DMC, cette reformulation entraîne la réunion de catégories dispersées en un seul diagnostic générique recouvrant un maximum de conditions, refonte qui donne aux orthophonistes l'occasion d'explorer, cette fois en leurs propres termes, des plates-bandes de la psychologie et de la psychiatrie.

La refonte des catégories est en fait plus radicale en orthophonie qu'ailleurs en réadaptation physique, et ce en partie pour des raisons de conjoncture. Avant 1985, les catégories étiologiques utilisées pour désigner les troubles de communication demeurent éparses, divisées en étiquettes variées comme l'aphasie congénitale, la dysphasie ou l'audimutité. Or, en 1988, cette dernière catégorie, l'audimutité, reçoit, en raison de l'activisme d'un groupe de parents, l'Association québécoise pour les enfants audimuets (AQEA), soutenu

⁴⁰ La pragmatique désigne l'ensemble des règles, souvent non verbales, de l'interaction, comme le respect des tours de parole ou le maintien du contact visuel.

⁴¹ *Fréquences*, 7, 1 (1994) : 3.

par des orthophonistes de l'hôpital Sainte-Justine et de l'Université de Montréal, une reconnaissance politique particulière qui pousse les ministères de l'Éducation et de la Santé à prévoir l'attribution de fonds spéciaux pour chaque cas identifié. Ces sommes poussent des commissions scolaires et des établissements de soins à mandater des orthophonistes pour le diagnostic de l'audimutité, ouvrant la porte à un nouveau type de pratique⁴².

Ce privilège oriente la transformation des catégories diagnostiques en orthophonie. Alors que, encore en 1988, le terme « audimutité » ne désigne qu'un problème rare, dont on compte à peine 200 cas au Québec, sa définition usuelle, par les cliniciennes, s'étire par la suite jusqu'à recouvrir la quasi totalité des problèmes de langage et de communication chez l'enfant. Il ne s'agit pas d'opportunisme : la réunion des conditions en une seule catégorie générique est déjà entamée dans la littérature scientifique étasunienne de « *speech therapy* », une agglutination qui inspire d'ailleurs la diffusion de premières grilles d'évaluation uniques du langage. Plutôt, cependant, que de forger explicitement une catégorie neuve, comme ce sera bientôt le cas aux États-Unis, les orthophonistes québécoises en transfèrent le sens unificateur à un autre vocable déjà existant, soit le terme « dysphasie ». Or, le sens originel du mot dysphasie est depuis toujours très proche de l'audimutité : presque immédiatement, on confère à l'audimutité la nouvelle acception du mot « dysphasie » qui s'impose à titre de synonyme. Par ces glissements de sens, les privilèges administratifs reconnus à l'audimutité s'étendent donc à une nouvelle catégorie beaucoup plus large, en pleine expansion et comprenant l'ensemble des troubles du langage chez l'enfant, étendant, avec le temps, le concept de communication vers les limites de la cognition et des désordres « cognitivo-communicatifs »⁴³.

Les contours flous des concepts de dysphasie et d'audimutité en étendent vite le sens jusqu'au voisinage d'une clientèle de troubles du comportement de

⁴² Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes...*, *op.cit.*, p.97-99.

⁴³ *Ibid.*, p.99-103.

communication qui, jusque là, demeurait la chasse gardée des milieux psychiatriques. Les orthophonistes intéressées à la « pragmatique » découvrent ainsi de « nouveaux » cas parmi les populations de troubles de comportement ou d'apprentissage rencontrés en psychiatrie; à la clinique pédo-psychiatrique de l'hôpital Sacré-Coeur de Québec, John Dudley, un orthophoniste de l'Université de Montréal et proche de l'AQEA, identifie, dès 1982, de premiers cas d'audimutité parmi des enfants classés dans le spectre des troubles autistiques. En 1986, à l'hôpital Rivière-des-Prairies, les orthophonistes qualifient à leur tour d'« audimuets » certains cas de troubles de comportement, ce qui leur permet de les référer aux orthophonistes de l'hôpital Sainte-Justine plutôt qu'aux psychologues locales, établissant grâce à leur diagnostic une nouvelle filière de référence.⁴⁴

Après le déblocage des fonds spéciaux pour l'audimutité en 1988, l'élargissement de la catégorie s'accélère. En 1994, une orthophoniste chercheuse influente de l'hôpital Sainte-Justine, elle aussi une proche de l'AQEA, annonce qu'elle préfère substituer le terme « dysphasie » à celui d'audimutité précisément parce que « son principal avantage est qu'il englobe tous les troubles de langage d'ordre neurologique (apraxie, sémantique-pragmatique), lesquels [...] n'étaient pas inclus dans la catégorie de l'audi-mutité⁴⁵ ». En 2000, l'Institut Raymond-Dewar emploie une définition définitivement élargie du concept, en décrivant tout simplement le dysphasique comme un « individu qui éprouve de grandes difficultés à s'exprimer ou à comprendre⁴⁶ ». Ce remaniement étend notamment le diagnostic aux problèmes sémantiques et pragmatiques, ce qui permet aux orthophonistes de diagnostiquer comme audimuets ou dysphasiques des enfants naguère identifiés comme autistes. En un temps record, l'extension de la catégorie provoque une explosion du nombre de diagnostics. En 1991, le MSSS

⁴⁴ *Ibid.*, p.103-105.

⁴⁵ Mireille Larose, « Syndromes dysphasiques », AQEA, *Actes du colloque sur l'audimutité*, Montréal, AQEA, 1994, p.22.

⁴⁶ Rapport annuel de l'Institut Raymond-Dewar, 2001, p.29.

et le MÉQ constatent une prévalence quatre fois supérieure à celle prévue en 1988; en 1992, la soudaineté de demandes encore plus abondantes suscite une révision à la baisse des montants alloués, et le MÉQ s'étonne devant « une clientèle que l'on découvre de plus en plus nombreuse et diversifiée⁴⁷ ».

La capacité renouvelée des orthophonistes à identifier des cas prend vite une grande valeur pour les établissements. Leur impact est parfois décisif : à l'Institut Raymond-Dewar, la spectaculaire augmentation de la clientèle enfantine après 1995 est presque entièrement attribuable à un nouveau programme consacré à la dysphasie, tandis que des centres plus conventionnels, comme le Centre montérégien de réadaptation, accueillent, dans les années 1990, une forte majorité d'enfants souffrant de « troubles du langage ». L'intérêt des établissements contribue à fluidifier les normes d'admission : au Bouclier, où il était naguère difficile, encore en 1994, de faire admettre des « cas d'orthophonie » non associés à une autre déficience physique, l'admission est devenue, en 2000, beaucoup plus facile alors que l'établissement déploie même des services de dépistage à cette fin en milieu préscolaire⁴⁸.

En fait, tant les orthophonistes que les ergothérapeutes s'imposent, après 1990, comme d'importantes pourvoyeuses de nouvelles clientèles pour leurs établissements. Elles travaillent d'ailleurs souvent en étroite proximité : au Bouclier, en 2006, des cliniciennes s'opposent à un déménagement qui séparerait physiquement les équipes « jeunesse » de langage et de déficience motrice. Leur poids respectif dans les établissements de deuxième ligne croît à un rythme comparable, à la mesure de l'explosion de leurs clientèles. Au Bouclier, de 1994 à 2005, le nombre de patients âgés de 0 à 17 ans, parmi lesquels se recrutent les nouveaux diagnostics, croît de 575 à 2611 cas, soit une augmentation de 354%, et

⁴⁷ Liette Picard et Michel Clermont, *L'organisation des services aux personnes présentant des problèmes de langage, d'audition et de communication*, Québec, MEQ et MSSS, 1993, p. 1.

⁴⁸ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes ...*, *op.cit.*, p.117-118. Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 2000, p.14 ; 2001, p.9 ; 2003, p.10. *Antenne*, 4, 3 (septembre 2003) : 19. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, *Plan régional d'organisation des services en déficience physique*, Joliette, RRSSSL, 1994, p.87-90, 96.

leur poids relatif au sein de la clientèle totale de l'établissement passe de 17 à 48%. De 1998 à 2005, la clientèle des déficiences du langage, qui ne compte que des enfants, augmente de 295% (de 307 à 1213 cas) et voit son poids relatif passer de 26,5 à 46,5% parmi les 0 à 17 ans, représentant à elle seule 33% de la hausse totale de la population de l'établissement. Sans surprise, ce sont ces clientèles en pleine effervescence qui entraînent l'apparition de listes d'attente : de 2000 à 2005, la part, dans les listes d'attente du Bouclier, des enfants diagnostiqués en orthophonie passe de 68 à 73% parmi les 0-17 ans, et de 47 à 49% de l'attente totale au Centre, tandis que la part des clientèles de déficience motrice jeunesse passe de 29 à 34%⁴⁹.

À mesure qu'émerge ainsi une clientèle identifiée par leurs soins, ces paramédicales acquièrent une nouvelle stature dans les rapports interprofessionnels. L'encadrement de plusieurs patients leur revient désormais d'office : à l'Institut Raymond-Dewar, en 2001, les jeunes enfants sont dorénavant pris en charge dans une bien plus grande proportion, et beaucoup plus étroitement, par l'orthophoniste que par la psychologue. De manière générale, plusieurs enfants sont dorénavant introduits dans le circuit de la santé par un diagnostic orthophonique ou ergothérapique avant d'être référés aux psychologues pour les retombées psychosociales de leur déficience⁵⁰.

⁴⁹ Pour répondre à cette inflation de la clientèle diagnostiquée et en attente, le Bouclier consacre d'ailleurs, en 2000-2001, 73% de son budget de développement à l'orthophonie ou aux équipes multidisciplinaires spécialisées en clientèle préscolaire ; des augmentations comparables sont aussi observables au Centre montréalais de réadaptation dans les mêmes années. Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1999, p.4; 2000, p.18; 2001, p.3-4, 8 ; 2002, p.5; 2005, p.18 ; 1994-2005 ; rapport annuel du Centre montréalais de réadaptation, 1998-2005 ; rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 2003, p.7. *Antenne*, 4, 3 (septembre 2003) : 12; 5, 4 (décembre 2004) : 18.

⁵⁰ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, 118.

Du diagnostic différentiel à la neuropsychologie

Si l'implantation des catégories prend une telle importance en clinique, c'est qu'elle pèse lourd sur le parcours des patients. Certains cas sont évocateurs. Le Bouclier, par exemple, conserve la trace du parcours d'une fillette d'âge scolaire entre 1992 et 1994, une époque où les contours des diagnostics orthophoniques demeurent troubles. Incapable de suivre le rythme de sa classe, l'enfant rencontre d'abord un médecin qui diagnostique un déficit d'attention et prescrit du Ritalin. Insatisfaite, la mère de la fillette sollicite un orthophoniste qui pose plutôt un diagnostic d'audimutité. Ce diagnostic devrait en principe lui donner droit aux services d'orthophonie prévus par le programme du MEQ de 1988, mais la mère affronte plutôt une nouvelle déconvenue : la directrice de l'école refuse le service en arguant que les cadres du programme de 1988 n'englobent pas sa fille (elle « a ouvert un livre pour me montrer que le code 52 ne s'appliquait pas ») – la mère s'en offusque mais il est en fait plausible que la définition utilisée par l'orthophoniste en 1994, en pleine expansion, débordait bel et bien les critères en vigueur en 1988. Après une autre rencontre médicale, la fillette est référée à un autre personnage, une neuropsychologue, qui diagnostique bien une « dysphasie » ; détail notable, toutefois, cette nouvelle venue estime que le diagnostic aurait dû l'avoir mené depuis longtemps... en ergothérapie ! De retour en classe, l'enfant y obtient finalement les services d'une orthophoniste ainsi que d'une éducatrice spécialisée et d'une orthopédagogue⁵¹.

Cet exemple comporte plusieurs enseignements. L'un d'eux est le fait que les diagnostics ne varient pas que dans le temps, mais aussi selon les professionnelles et que même des catégories en principe similaires mènent à des interventions différentes selon la représentation que s'en font les praticiennes. Les clivages professionnels en clinique prennent alors tout leur sens. Un autre

⁵¹ Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides – Lanaudière, *Projet de l'urgence de la continuité des services de réadaptation*, Saint-Jérôme, MPEHLL, [1994], p.16-17.

élément est le fait qu'en dépit de l'omniprésence de la veine fonctionnelle, les diagnostics n'en conservent pas moins une forte teneur étiologique.

Dans le cas évoqué ici, la cause présumée du trouble est neurologique : tant les troubles d'attention que l'audimutité / dysphasie, en effet, sont réputés découler de lésions neurologiques congénitales au cerveau. Cette attribution est importante. En matière de dysphasie, notamment, il est remarquable de voir les orthophonistes faire l'unanimité autour du postulat d'une origine neurologique, même si, selon les chercheuses québécoises les plus prééminentes sur la question, « le lieu de la dysfonction cérébrale reste souvent inconnu⁵² ». Stipulée plutôt qu'observée, la lésion est admise sur la foi de l'examen orthophonique ; or, les indicateurs retenus à cette fin sont souvent les mêmes (lenteur, inconstances, faible variété des sons ou du vocabulaire) qui menaient naguère au diagnostic psychologisant de « retard de développement ». Le fait est que l'invocation d'une cause neurologique aide cependant les cliniciennes à asseoir un diagnostic dont le vocabulaire se soustrait à l'autorité des psychologues ; c'est d'ailleurs dans cet esprit que les praticiennes s'approprient les nombreux tests disponibles sur le marché, alimentant, dans les années 1990, une variété de pratiques diagnostiques dont le seul dénominateur commun est la vocation à dégager des diagnostics distincts de la psychologie⁵³.

L'assomption neurologique à des fins de diagnostic différentiel n'est pas propre à l'orthophonie. En matière de cognition et de communication, la plupart des nouvelles catégories, même les diagnostics ergothérapeutiques censés prendre l'activité pour seul objet, s'appuient en fait sur des étiologies neurologiques, différenciées des causes psychologiques. Au programme post-AVC de l'IRM, entre 1998 et 2004, lorsque des cliniciennes de toutes professions assemblent une base de données « permettant de mieux évaluer la contribution... de la réadaptation auprès d'une clientèle jeune » pour y étendre leur activité, elles

⁵² Julien Prud'homme, « Diagnostics, stratégies professionnelles... », *op.cit.*, p.269.

⁵³ *Ibid.*, p.269-270.

insistent plus que jamais sur l'étiologie « organique » des problèmes pour bien différencier les objets revendiqués d'autres dimensions psychosociales inhérentes à la condition des patients⁵⁴.

Ce dernier projet, d'ailleurs, est mené à l'aide de subventions de recherche. De fait, le virage vers le vocabulaire neurologique a beaucoup à voir avec l'essor de la recherche clinique. Que ce soit en orthophonie, en ergothérapie ou même en physiothérapie, les chercheuses paramédicales en milieu clinique collaborent souvent avec des neurologues, que ce soit au centre hospitalier Côte-des-Neiges, à la clinique de neurologie de l'hôpital Sainte-Justine ou encore au Centre d'Youville à Sherbrooke. Cet intérêt pour les problèmes neurologiques constitue un revirement : jusqu'au début des années 1980, l'étiologie neurologique restait au contraire peu prisée car elle supposait une référence quasi automatique vers les médecins. La situation change après 1985 : les paramédicales s'étant éloignées de l'orbite médicale, le langage neurologique permet plutôt de formuler des intérêts déjà existants, des aspirations anciennes, (« de structurer des choses qu'on voyait déjà⁵⁵ », selon le mot d'une orthophoniste) dans un vocabulaire différentiel distinct. Ces avancées mettent les paramédicales de la réadaptation physique en contact, et souvent en rivalité, avec un nouveau personnage, lui aussi issu de la mouvance neurologique et qui fait précisément son métier du diagnostic différentiel en matière de cognition et de communication : la neuropsychologue.

Les neuropsychologues et les troubles de la cognition

Les neuropsychologues sont des psychologues pourvues d'une spécialisation particulière. Parfois décrite comme « la science à la mode des

⁵⁴ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1998, p.10 ; 2004, p.16. Danielle Forté, René Grenier et Jocelyne Lacombe, *Les impacts d'un accident vasculaire cérébral sur les interactions sociales*, Montréal, IRM, 2002, 18p.

⁵⁵ Entrevue citée par Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes...*, op.cit., p.108.

années 1990⁵⁶ », la neuropsychologie est enseignée dans les départements universitaires de psychologie où elle est constituée en profils distincts à partir du milieu des années 1980. Son objet est la mise en rapport des lésions cérébrales avec les dysfonctions du comportement ou des habiletés cognitives ; étiologique et taxonomique, cette spécialité émerge d'abord comme une discipline de recherche proprement académique, avant que ses représentantes n'investissent peu à peu le milieu clinique à mesure que leur nombre augmente et que leur expertise s'étend à l'intervention. Comme les neuropsychologues ont une formation de psychologues, elles entendent souvent jumeler l'intervention psychosociale classique à des tâches d'évaluation et de thérapie en matière de cognition⁵⁷.

Au Québec, la première occurrence d'un groupe formel de neuropsychologues remonte à 1982, alors qu'un noyau associatif de praticiennes réunit une vingtaine de membres dont des cliniciennes de l'hôpital Saint-Luc, de l'IRM, du centre hospitalier Côte-des-Neiges et du Centre d'Youville. Le premier programme de stage en neuropsychologie clinique est créé l'année suivante à l'hôpital Sainte-Marie de Trois-Rivières, sous la responsabilité d'une neuropsychologue de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Fait évocateur, ce programme n'est pas associé, au sein de l'hôpital, au service de psychologie mais plutôt aux départements de neurologie et de neurochirurgie. Cette dissociation de la psychologie classique est reproduite en clinique : à l'IRM, le groupe d'intérêt des neuropsychologues demeure bien distinct du « groupe de psychothérapie » qui rassemble les psychologues. Cette affirmation d'une identité distincte inquiète d'ailleurs des psychologues dans la mesure où les nouvelles venues n'abdiquent aucunement leur expertise psychosociale : à l'IRM, en 1990, les neuropsychologues prétendent ainsi non seulement évaluer les « déficits neuropsychologiques » de patients choisis, mais aussi évaluer « l'ensemble des problèmes de comportement (impulsivité, motivation) » afin de référer vers leurs

⁵⁶ *L'Éclaircie*, 9, 5 (avril 1993) : 3;10, 7 (octobre 1994) : 3.

⁵⁷ *Cahiers du psychologue québécois*, 5, 4 (juin 1984) : 9; *Psychologie Québec*, 3, 4 (juillet 1986) : 3.

propres services les cas qui leur semblent déborder la psychologie classique⁵⁸. Comme les orthophonistes et les ergothérapeutes, les neuropsychologues, en abordant la cognition et la communication sous l'angle neurologique, participent au grand empiètement déjà en cours sur les plates-bandes de la psychologie du développement.

En vérité, le rapport des psychologues aux innovations neuropsychologiques varie selon le milieu de travail. Là où on ne trouve pas de neuropsychologues, les psychologues accueillent à bras ouverts leur contribution. C'est le cas en milieu scolaire. En effet, plusieurs psychologues scolaires sont insatisfaits des tests d'intelligence traditionnels qui, comme les batteries Weschler, suffisent à discriminer les élèves mais sans assurer au psychologue un rôle thérapeutique dans sa rééducation. Pour ces praticiens, les nouvelles batteries de mesure, non plus de l'intelligence mais des « aptitudes cognitives », font l'effet d'une bouffée d'air frais : une batterie populaire, la Kaufman Assessment Battery for Children, produit d'une critique neuropsychologique des Weschler, doit son succès au fait qu'elle « permet non seulement de diagnostiquer un trouble de l'apprentissage, mais... offre aussi un modèle rééducatif⁵⁹ » fondé sur la mesure différentielle d'habiletés cognitives (résolution de problèmes, « efficacité cognitive ») liées à l'apprentissage, ce qui fait du test un outil de diagnostic menant à une réelle prise thérapeutique. Neuropsychologique, la batterie « K-ABC », comme on l'appelle, est en partie diffusée depuis le milieu hospitalier ; parce que les neuropsychologues demeurent absents des écoles, son adoption n'est toutefois aucunement menaçante pour les psychologues scolaires qui y voient au

⁵⁸ *Cahiers du psychologue québécois*, 4, 5 (décembre 1982) : 6 ; 5, 2 (février 1984) : 4, 9 ; *Psychologie Québec*, 2, 5 (octobre 1985) : 8. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1991, p.6.2.5-6 ; 1992, p.5.3.

⁵⁹ *Psychologie Québec*, 6, 1 (janvier 1989) : 11.

contraire, selon un praticien en 1989, « une occasion de retrouver un prestige professionnel éparpillé ou perdu »⁶⁰.

En milieu de santé, cependant, la cohabitation directe des deux groupes force l'établissement de frontières plus ou moins négociées, les neuropsychologues se distinguant par l'usage, dans l'évaluation, des tests les plus récents de la « fonction intellectuelle » tandis que les psychologues continuent de se définir par l'emploi de tests plus classiques comme le Rorschach, la grille de dépression de Beck ou des tests de personnalité comme le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Déjà peu engageante pour certaines psychologues, cette division est aussi problématique du fait que des neuropsychologues emploient aussi les tests projectifs ou de personnalité classiques à des fins différentielles, notamment afin de déterminer elles-mêmes si un patient doit être ou non référé en psychologie. À des psychologues qui rejettent ces prétentions, des neuropsychologues du Bouclier confirment, en 2002, que selon elles, attendu que « les psychologues ne sont pas aptes à procéder à une évaluation neuropsychologique », elles entendent non seulement à ce que ce soit leur diagnostic différentiel qui décide de la référence en psychologie, mais aussi à prendre elles-mêmes la charge du « suivi psychothérapeutique » et psychosocial des clients qu'elles se sont, après diagnostic, elles-mêmes référés⁶¹.

⁶⁰ Plusieurs psychologues scolaires se dégagent aussi des tests d'intelligence en passant à l'intervention en matière de problèmes affectifs et comportementaux. Dans ce cas de figure aussi, plusieurs des catégories employées, comme l'hyperactivité, sont elles aussi formulées en des termes neurologiques et sanitaires, et diffusées à partir d'hôpitaux comme le Montreal Children's Hospital et le Douglas Hospital. *Psychologie Québec*, 4, 2 (mars 1987) : 3; 5, 1 (janvier 1988) : 6-9; 5, 5 (septembre 1988) : 4; 6, 1 (janvier 1989) : 9, 11; 7, 1 (janvier 1990) : 8-9; 8, 2 (mars 1991) : 5; 9, 1 (janvier 1992) : 1; 10, 3 (mai 1993) : 10; 11, 1 (janvier 1994) : 3; 11, 6 (novembre 1994) : 12; 12, 1 (janvier 1995) : 4; 12, 5 (septembre 1995) : 9-10, 26; 12, 6 (novembre 1995) : 5, 8-9; 13, 4 (juillet 1996) : 13-15; 13, 6 (novembre 1996) : 23; 14, 1 (janvier 1997) : 10.

⁶¹ Archives du Centre de réadaptation La Bouclier, dossier 1104.2.2, « CECM [comité multidisciplinaire] – Procès-verbaux et ordres du jours », *Rencontre avec les neuropsychologues du Bouclier*, 29 janvier 2002. *L'Antenne*, 4, 1 (février 2003) : 8; *Psychologie Québec*, 2, 1 (février 1985) : feuillet inséré; 5, 1 (janvier 1988) : 6-7; ; 6, 2 (mars 1989) : 9; 6, 4 (juillet 1989) : 15; 6, 5 (septembre 1989) : 16; 7, 1 (janvier 1990) : 15; 7, 2 (mars 1990) : 16; 8, 3 (mai 1991) : 8-9; 14, 2 (mars 1997) : 13, 34; 14, 4 (juillet 1997) : 32-33; 14, 5 (septembre 1997) : 20-21; 15, 2 (mars 1998) : 14; 15, 3 (mai 1998) : 27; 15, 5 (septembre 1998) : 9. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.92. Centre de réadaptation

Le gros des turbulences survient dans les dernières années de la période, alors que les neuropsychologues se multiplient dans le réseau de la santé. Au Bouclier, en 2002, l'établissement compte déjà au moins huit neuropsychologues et prévoit à court terme en embaucher de sept à huit autres. Les frictions s'intensifient aussi avec les orthophonistes et les ergothérapeutes dans le secteur de la cognition. En 2004, au CR Constance-Lethbridge, les neuropsychologues usent ainsi d'outils qui, sous l'appellation « fonctions intellectuelles », recouvrent directement des épreuves visuo-perceptives et des tests de la fonction langagière ou symbolique revendiqués par les autres paramédicales, des neuropsychologues n'hésitant d'ailleurs pas, on l'a vu plus tôt, à poser un diagnostic de dysphasie⁶².

Les neuropsychologues, orthophonistes et ergothérapeutes intéressées à la cognition se rencontrent tout particulièrement auprès de la clientèle particulière, en rapide expansion après 1990, des victimes de traumatismes neuro-crâniens.

Un lieu de convergence : l'exemple du traumatisme crânio-cérébral

À la fin des années 1980, des ergothérapeutes et des orthophonistes travaillent depuis longtemps au sein d'unités consacrées aux victimes de lésions au cerveau, majoritairement des adultes aphasiques et hémiplegiques ayant subi un ACV. Ces clientèles traditionnelles requièrent des interventions classiques : les orthophonistes, par exemple, entraînent les patients à la production de mots, de phrases ou de sons sans se pencher sur leurs aptitudes sociales. Une frange de cette clientèle, cependant, une minorité ayant subi non pas un ACV mais plutôt un

Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes, op.cit.*, section V, p.113-115, section IX, p.149-150.

⁶² Rapport annuel du Centre montérégien de réadaptation, 1999, p.3. Archives du Centre de réadaptation La Bouclier, dossier 1104.2.2, « CECM – Procès-verbaux et ordres du jours », *Rencontre avec les neuropsychologues du Bouclier*, 29 janvier 2002. *Psychologie Québec*, 2, 1 (février 1985) : feuillet inséré ; *L'Antenne*, 4, 1 (février 2003) : 8. Office des professions du Québec, *Partageons nos compétences*, Québec, OPQ, 2005, p.40-45. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes, op.cit.*, section V, p.113-115, section IX, p.149-150.

choc violent à la tête, présente un profil différent, constitué de troubles « fonctionnels » touchant la « pragmatique » de la communication ou les « fonctions supérieures » du cerveau. Progressivement, des cliniciennes intéressées aux troubles cognitifs et communicationnels en viennent à vouloir distinguer ces patients des autres afin de les constituer en une clientèle distincte, une entreprise qui recourt beaucoup à la recherche clinique.

Au Québec, le premier projet destiné à identifier et regrouper cette clientèle prend place en 1981, au CR Lucie-Bruneau. Adapté d'un projet new-yorkais, ce projet, financé par l'OPHQ et la RAAQ et mené en collaboration avec le département de psychologie de l'UQÀM, porte sur « la rééducation des fonctions cognitives et perceptives chez les traumatisés cérébraux » : lancé, selon ses responsables, sous la pression des thérapeutes du Centre, il vise explicitement le développement d'un nouveau créneau de thérapie par la réunion d'une masse critique de patients. De 1986 à 1988, d'autres projets sont lancés au centre d'Youville, au Centre Cardinal-Villeneuve et CR Constance-Lethbridge et, en 1988, le CR La Ressource, en Outaouais, suggère officiellement au MSSS la mise sur pied d'un service entièrement consacré aux « traumatismes crânio-cérébraux », ou TCC⁶³.

Le véritable coup d'envoi à la création de services spécialisés en TCC vient de la RAAQ, qui, à partir de 1989, demande à des établissements de mettre sur pied des services pour les accidentés de la route ayant subi des chocs à la tête. De 1989 à 1992, des unités spécialisées sont ainsi créées au Centre François-Charron, au Bouclier, au CR Constance-Lethbridge et dans plusieurs autres établissements. Ces nouvelles unités, comme les programmes de recherche qui

⁶³ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1982, p.15-16; 1983, p.5, 18-19; 1984, p.7, 18; 1986, p.16-19, 24, 31, 34; 1987, p.1, 12, 15, 18, 26; 1988, p.4, 12-13, 22; 1989, p.5, 11, 16; 1990, p.17; rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1987, p.1-2; 1988, p.5. Peter Scherzer *et al.*, *Programme de rééducation des fonctions cognitives et perceptives*, Montréal, CRLB, 1983, p.i, 2, 8. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *À part entière, ou l'insertion sociale de personnes dites marginales*, Montréal, CRLB, 1986, p.17-18; *Programme d'intégration dans la communauté, op.cit.*, p.1. Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme cadre pour les traumatisés cranio-cérébraux*, Québec, CCV, 1987, p.1, 3-6, 13; *Sous-programmes, op.cit.*, p.12-13.

les ont précédées, prélèvent leurs premiers patients dans les programmes post-ACV déjà existants ; l'expérimentation auprès de ces clientèles permet ensuite d'élaborer des protocoles d'identification susceptibles de distinguer plus efficacement les TCC des aphasiques et d'entériner cette distinction en termes diagnostics. En peu d'années, la clientèle des nouveaux services de TCC explose : au Réseau Santé de Saint-Hyacinthe, elle double entre 1999 et 2002, tandis qu'au Centre montréalais de réadaptation, elle passe de 164 à 1062 cas entre 2000 et 2003. Plus important, on cesse rapidement de prélever cette clientèle des populations déjà existantes pour y référer dorénavant directement les accidentés, permettant bien vite aux orthophonistes et aux ergothérapeutes des nouveaux services d'accueillir des patients qui ne bénéficiaient pas, jusque là, de références dans ces disciplines⁶⁴.

Comme dans le cas des programmes de langage et de déficience motrice, l'importance croissante des clientèles en TCC confère aux paramédicales impliquées une prééminence accrue au sein des établissements, en plus de constituer un nouveau secteur d'emploi : à l'IRM, où le secteur des TCC en vient à supplanter les programmes post-ACV en termes de clientèle, l'effectif de réadaptation physique qui y est consacré passe, de 1989 à 2006, de 5 à 15 paramédicales et occupe, en 1998, 22% du personnel clinique de l'établissement⁶⁵. Entièrement définie par son étiologie neurologique et lieu

⁶⁴ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.96-97. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1982, p.10 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1988, p.17 ; 1989, p.3, 10, 16, 20 ; 1992, p.2 ; 1995, p.13 ; 1997, p.6-7 ; 1989-1998 ; rapport annuel du Centre François-Charon, 1989, p.8, 13 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1981, p.10 ; 1983, p.19-20 ; 1988, p.12-13 ; rapport annuel du Centre montréalais de réadaptation, 2000-2003. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section IX, p.7. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme externe de réadaptation pour personnes atteintes de lésions cérébrales*, Montréal, CRLB, 1992, p.3-4 ; *À part entière...*, *op.cit.*, p.17-18, 24. Emmanuèle Bompard, *Rapport de stage*, Montréal, CRLB, 1993, p.7-8. Peter Scherzer *et al.*, *op.cit.*, p.2-3, 7-9.

⁶⁵ Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1989, p.10 ; 1990, p.10. Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d'échange clinique...*, *op.cit.*, 1989, p.6.1-2 ; *Journée d'échange clinique...*, *op.cit.*, 1990, p.1.1-2 ; [affiche des postes téléphoniques], Montréal, IRM, [2006]. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.157-158

éminent d'extension des territoires professionnels vers les troubles cognitifs et perceptuels, la catégorie des TCC se présente ainsi comme un lieu tout désigné de rencontre entre les neuropsychologues et les professionnelles de réadaptation physique.

Bien que l'orientation initiale des programmes ait été neuropsychologique, il reste que le tout débouche sur des programmes assez différents d'un établissement à l'autre, les conjonctures locales favorisant l'une ou l'autre profession dans ses tentatives d'occuper le terrain cognitif. Une vue en coupe du début des années 1990 donne la mesure de cette diversité : au Centre Cardinal-Villeneuve, les neuropsychologues, sous le label de la « remédiation cognitive », ont une prise très ferme sur l'évaluation et l'intervention en matière cognitive et de communication, au point de refouler les orthophonistes au traitement d'objets moteurs et articulatoires, à la manière des psychologues également cantonnées à leurs objets traditionnels ; par contraste, au CR Constance-Lethbridge comme à l'IRM, ce sont les orthophonistes et les ergothérapeutes qui déploient leurs ailes sur les secteurs convoités du terrain cognitif ou « cognitivo-communicatif », tandis que les neuropsychologues doivent plutôt chercher à étendre leurs services d'évaluation, à partir du programme TCC, à d'autres clientèles comme les victimes d'AVC, de DMC ou de maladies dégénératives⁶⁶.

⁶⁶ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1983, p.19-20 ; Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1984, p.8, 25-30; 1985, p.33, 40; 1986, p.11, 24-26, 30-31; 1987, p.6; 1988, p.7; 1989, p.11, 15 ; 1994, p.2; 2000, p.5-6, 10 ; rapports annuel du Centre de jour du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1987, p.1-4 ; 1991, p.4-6. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section IV, p.17, 45-53, 112-113 section IX, p.143-151. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.93, 145. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme du Centre de jour*, Montréal, CRLB, 1987, p.2-3, 7 ; *Programme externe de réadaptation pour personnes atteintes de lésions cérébrales*, *op.cit.*, p.5-6, 9 ; *Demi-journée d'échanges*, *op.cit.* ; *Programme d'intégration dans la communauté*, *op.cit.*, p.6, 9, annexe A. Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme cadre pour les traumatisés cranio-cérébraux*, *op.cit.*, p.2-4, 10-12, 18-19, 31. Édith Lemay, *L'autonomie à ma portée*, Montréal, CRLB / SAAQ, 1995, p.1, 3-5 ; Emmanuèle Bompard, *op.cit.*, p.5-8, 15-23. Peter Scherzer *et al.*, *op.cit.*, p.4-15.

De 1985 à 2005, la quête de nouveaux territoires par les professionnelles de la réadaptation physique prend ainsi de nouvelles tangentes, très différentes cette fois selon les professions. Les physiothérapeutes, en investissant de multiples manières des catégories exogènes à leur profession, conquièrent des places nouvelles mais au potentiel de promotion professionnelle toujours limité, soit parce que les catégories utilisées demeurent subordonnées à l'intérêt médical, soit parce qu'elles sont difficilement généralisables à la profession entière.

Les ergothérapeutes et les orthophonistes, par contraste, s'approprient des langages théoriques qui leur permettent de formuler la description des objets d'intervention en des termes endogènes qui valorisent leurs compétences les plus spécifiques, relatives à l'activité et à la communication. Assez vite, elles en viennent ainsi à s'octroyer des rôles élargis, exclusifs et prééminents auprès de clientèles vite considérables, dont la forte croissance, à la mesure des aspirations des paramédicales, pèse lourd à l'échelle des établissements et modifie la cartographie des clientèles de santé, témoignant éloquemment de l'impact concret d'un projet professionnel réussi sur l'évolution du réseau sanitaire. Enfin, ces professionnelles rencontrent sur le terrain de la cognition un nouveau personnage, la neuropsychologue, née des potentialités neuves des étiologies neurologiques et de leur diagnostic différentiel.

CHAPITRE 14

LES RÉFORMES PUBLIQUES ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

La formulation ou l'appropriation de catégories qui étendent leurs horizons, et la construction corrélative de nouvelles clientèles diagnostiquées par leurs soins, met les paramédicales de réadaptation physique en position de suggérer, voire de revendiquer, l'ouverture de nouveaux postes et l'accès à des patients qu'elles ne rencontraient pas jusque là, ou pas aussi intensément. Or, de 1985 à 2005, en effet, un contexte administratif et politique périlleux pousse les dirigeants d'établissements de santé à prêter une oreille attentive à ces requêtes.

Le contexte administratif des années 1990 et 2000

Dans les années 1970, on l'a vu, une conception systémique du réseau (ou « système ») de la santé poussait déjà les centres de réadaptation à développer de nouveaux services spécialisés pour se différencier des hôpitaux, entraînant à terme la multiplication des programmes. Après 1980, des coupures budgétaires, qui menacent plusieurs milieux de fermeture, fouettent d'autant plus la détermination de certains centres à s'octroyer eux-mêmes de nouveaux mandats distinctifs pour justifier leur existence. Très vite, ces initiatives dispersées et le gonflement des services vont à l'envers de la « rationalisation » originellement recherchée par le ministère. Sans surprise, la commission Rochon sur les services sociaux et les services de santé, à pied d'œuvre entre 1985 et 1988, découvre ainsi « un

ministère débordé, à la remorque de son réseau¹ » et incapable d'assumer ses tâches de planification.

Votée en 1991 à la suite du rapport Rochon, une nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* réclame comme remède une dose encore plus forte d'une « régulation administrative et centrale » toujours fondée sur des principes systémiques. Après 1994, une nouvelle vague de coupures et de « rationalisation » reproduit la même juxtaposition de pressions administratives et financières que dans les années 1980 : sommés de se donner une vocation exclusive, les établissements désireux de tenir leur rang se font très attentifs aux doléances des thérapeutes capables de cibler de nouveaux problèmes et d'animer de nouveaux services, en vertu de problématiques neuves et toujours plus spécifiques. La table est ainsi mise pour permettre aux paramédicales d'implanter dans leurs milieux de nouveaux diagnostics, susceptibles d'étendre leur juridiction et d'améliorer leur position par l'annexion de nouvelles clientèles.

La motivation des établissements à développer les créneaux suggérés par leurs cliniciens est double. D'une part, auprès du MSSS ou des régies régionales, la mise sur pied de nouveaux programmes plus distinctifs, parfois en remplacement d'autres services, justifie l'obtention de nouveaux budgets. Aux établissements, les nouvelles catégories offrent un moyen de résorber leurs difficultés financières en augmentant l'offre de service plutôt qu'en la diminuant : le Centre François-Charon, entre 1987 et 1994, s'extirpe ainsi d'une situation déficitaire en abandonnant son service, peu distinctif, de soins à domicile (transféré en CLSC) et en privilégiant plutôt les interventions destinées, selon les propres termes de la direction, à « démontrer la nécessité de toutes les disciplines... et ainsi accroître à l'établissement son rôle spécialisé² ». D'autre part, l'approfondissement d'expertises distinctives aide les établissements à

¹ Cité par Pierre Bergeron et France Gagnon, « La prise en charge de la santé au Québec », *op.cit.*, p.23.

² Rapport annuel du Centre François-Charon, 1989, p.1, 5; 1993, p.1, 4; 1994, p.8 ; 1995, p.2.

canaliser des références vers leurs propres services. Dans les années 1990, cette capacité à attirer les cas devient un enjeu stratégique pour les établissements qui cherchent à accroître mais aussi à diversifier leurs sources de références³.

Les centres de deuxième ligne sont particulièrement ouverts à un autre virage vers la complémentarité dont ils espèrent non seulement qu'il atténuera la dominance hospitalière sur l'allocation des ressources, mais aussi qu'il mettra en valeur le potentiel de croissance du discours fonctionnel, qui envisage comme clientèle éventuelle « toute personne ayant... une déficience physique susceptible d'entraîner des limitations⁴ ». La majorité des postes liés aux nouvelles catégories, comme la dysphasie, la fibromyalgie ou les troubles visuo-cognitifs, apparaissent d'ailleurs en centre de réadaptation. Outre la pression à la distinction induite par la réforme, d'autres mutations administratives facilitent aussi, après 1995, un remaniement des usages diagnostiques en deuxième ligne. D'une part, le MSSS accompagne les compressions budgétaires d'une politique de « virage ambulatoire » qui implique d'accélérer le transfert des patients des hôpitaux vers la réadaptation. D'autre part, toutes ces contraintes offrent un terreau fertile à l'adoption, par les administrations, des grilles « fonctionnelles », aux objectifs plus opératoires. Enfin, des centres de réadaptation régionaux, jusque là dispersés, sont bientôt regroupés en structures régionales uniques, comme le

³ Cette volonté de diversification vise notamment à diluer le poids des clientèles référées par des tiers payeurs comme la SAAQ et la CSST, dont le financement (qui compte pour 33% du budget de l'IRM en 2004) est fort apprécié mais s'est révélé par le passé quelque peu instable, en plus de s'accompagner d'une reddition de comptes et de critères de gestion plus contraignants. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1994, p.23 ; 1995, p.4 ; 2004, p.3 ; rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 2004, p.10-11, 21 ; rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1992, p.2. *L'Antenne*, 4, 1 (février 2003) : 9-10. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme de réadaptation pour les personnes ayant subi une blessure médullaire suite à un accident de la route*, *op.cit.*, p.12 ; *La réadaptation et l'intégration sociale et professionnelle pour les personnes ayant subi une blessure médullaire*, *op.cit.*, p.26.

⁴ Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal, *Mémoire présenté au service de la santé mentale de RRSSS – MC dans le cadre de la consultation sur les orientations 1997-2002 pour la transformation des services de santé mentale*, Montréal, RCRDPM, 1997, p.4, 7 ; *Avis dans le cadre de la consultation sur l'atteinte d'un nouvel équilibre*, *op.cit.*, p.3-10. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Commentaires du CRLB sur le projet de loi modifiant la Loi assurant l'exercice des droits...*, *op.cit.*, p.2-3. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, *op.cit.*, p.95.

Centre montréalais de réadaptation qui couvre l'ensemble de la Montérégie ; bénéficiant de ressources plus concentrées et mieux coordonnées, ces organismes y gagnent une capacité neuve à développer de nouveaux services, investissant en priorité dans les domaines les plus porteurs de croissance comme la petite enfance⁵.

Les établissements, par ailleurs, s'emploient à détourner l'esprit des politiques de complémentarité du MSSS en s'y déclarant favorables, mais seulement dans la mesure où ils demeurent seuls responsables de l'élaboration de leurs mandats, s'opposant à ce que le ministère s'empare de l'initiative en la matière. En raison de cette résistance et d'un manque de continuité dans la volonté politique des réformateurs, les centres conservent effectivement l'essentiel de l'initiative dans la création de nouveaux programmes – alors que l'idée initiale du MSSS avait été au contraire d'accompagner la complémentarité d'une direction politique centralisée. Dès 2000, des observateurs de la région de Québec remarquent ainsi à quel point les projets associés à la complémentarité sont menés au gré des établissements et sans véritable planification centrale, « le MSSS semblant avoir réagi en fonction de ce qui se passait déjà sur le terrain... et cela grâce aux milieux d'intervention eux-mêmes⁶ », la mise en réseau des établissements, par exemple en matière de TCC et de blessures médullaires,

⁵ Rapports annuels de l'Institut Raymond-Dewar, 1985-1986, p.2; 1990, p.4; 2000. *Fréquences*, 10, 2 (1998) : 3; 11, 2 (1999) : 14-17. Jean Turgeon et Hervé Anctil, *op.cit.*, p.99-100; Louise Demers, Yolande Pelchat et Ginette Côté, « Intégration institutionnelle et intégration des services », *Recherches sociographiques*, 53, 3 (2002): 553. Murielle Leduc, *Description des services d'orthophonie et d'audiologie offerts par les CHSGS, CHR, CR en déficience physique, URFI et hôpitaux de jour de la région de Montréal-Centre*, Montréal, RRSSSMC, 2000, p. 8-9, 13, 17-18, 29.

⁶ Y compris la SAAQ. Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *La mise en place de réseaux intégrés de services en neurotraumatologie*, *op.cit.*, p.21-24. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Mémoire concernant la réforme du système de la santé et des services sociaux du Québec*, *op.cit.*, 6-8 ; *Programme de réadaptation pour les personnes ayant subi une blessure médullaire suite à un accident de la route*, *op.cit.*, p.12 ; *La réadaptation et l'intégration sociale et professionnelle...*, *op.cit.*, p.17. Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal, *Avis dans le cadre de la consultation sur l'atteinte d'un nouvel équilibre*, *op.cit.*, p.7-8.

servant moins à simplifier l'offre qu'à fixer les corridors de références pour des services neufs créés à l'instigation des centres.

L'attribution des nouvelles dépenses consenties à l'ouverture de programmes consacre le rôle désormais prééminent des paramédicales de rééducation physique auprès des nouvelles clientèles. Le phénomène est particulièrement patent en deuxième ligne : au Centre Cardinal-Villeneuve, alors que la part de la masse salariale des paramédicales de réadaptation physique dans le budget de l'établissement n'était passée « que » de 14 à 15,5% entre 1980 et 1988, elle grimpe ainsi à 21% entre 1988 et 1994. Au CR Lucie-Bruneau, la masse salariale des paramédicales fait plus que doubler entre les seules années 1992 et 1995 : le Centre engage alors à pleines portes, passant de 30 à 60 professionnelles paramédicales et faisant grimper ses effectifs de huit à seize physiothérapeutes, de treize à vingt-quatre ergothérapeutes, de une à quatre orthophonistes et de neuf à seize intervenantes psychosociales⁷.

Cette embauche massive ne résorbe toutefois pas les pénuries de personnel qui commencent à poindre dans le secteur de la réadaptation physique. En fait, elle semble plutôt l'accompagner, les plus longues listes d'attentes émanant souvent des établissements les mieux pourvus en paramédicales, comme l'hôpital Sainte-Justine ou l'Institut Raymond-Dewar, où l'activité diagnostique est la plus intense et où l'augmentation du flot de référence touche surtout les nouveaux domaines⁸.

Souvent, la soudaineté des pénuries naît de ce que les nouveaux diagnostics sont posés de manière unilatérale en dehors des programmes existants.

⁷ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1992-1995; rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1980-1994.

⁸ Murielle Leduc, *op.cit.*, p.11-16, 26-27, 31, 39. Liette Picard et Michel Clermont, *L'organisation des services aux personnes présentant des problèmes de langage, d'audition et de communication*, Québec, MÉQ et MSSS, 1993, p.16. Danielle Bédard, Francine Couture et Hubert Delisle, *Expérimentation et évaluation du Programme Hanen en milieu communautaire*, Sherbrooke, CHUS, 1991, p.1.

L'action de l'Institut Raymond-Dewar en matière de dysphasie relève d'une telle logique. Conscients des évolutions récentes et attentifs aux priorités de leurs cliniciennes, les administrateurs de l'Institut décident, en 1993, d'élargir leurs horizons pour s'intéresser aux « troubles sévères de la communication » ; en 1996, l'Institut s'attribue de son propre chef un nouveau mandat en inaugurant un programme pour enfants dysphasiques, qui occupe bientôt le quart des orthophonistes de l'établissement. En trois mois, l'équipe ouvre 181 dossiers, surtout des enfants de trois à six ans, et développe des liens de collaboration avec l'hôpital Sainte-Justine et, à des fins de dépistage, diverses commissions scolaires. Créé à la seule initiative de l'Institut, le programme ne bénéficie toutefois d'aucun financement gouvernemental et manque vite de ressources financières, ce qui mène à la mise sur pied, en 1998, avec l'équipe de Sainte-Justine aux prises avec un problème similaire et l'Hôpital juif de réadaptation, de partenariats destinés tant à « permettre » l'admission de nouveaux cas qu'à adresser en commun, avec l'aide d'associations de parents, des « demandes de développement budgétaire » au gouvernement provincial⁹.

Il est important de préciser que la corrélation entre une hausse sans précédent des effectifs et l'irruption de pénuries n'est pas propre aux paramédicales. Louis Demers a déjà souligné le fait que, en 2000, le Collège des médecins argue d'une pénurie d'environ un millier de médecins au Québec au moment même où la province présente le meilleur ratio de médecin par habitant non seulement de son histoire, mais aussi de toutes les provinces canadiennes¹⁰. Dans le domaine paramédical, la pénurie survient au moment où les établissements concèdent aux cliniciennes un accès accru aux clientèles et aux occasions de diagnostic. En centre de réadaptation, mais aussi dans les hôpitaux : en 1987-1988, par exemple, l'hôpital de Gatineau adopte des règles visant à systématiser les références en physiothérapie, en ergothérapie et en orthophonie.

⁹ Rapport annuel de l'Institut Raymond-Dewar, 1993-2000.

¹⁰ Louis Demers, *op.cit.*, p.287.

Pour ces praticiennes, de telles réformes accroissent mais aussi diversifient les clientèles rencontrées¹¹.

Cette latitude mène aussi non seulement à l'augmentation du nombre total de patients, mais aussi à une intensification de l'offre de soins à chaque patient. C'est ce que constate, pendant les années 1990, le CR Lucie-Bruneau. En 1993, le Centre met en place de nouvelles cliniques externes (DMC, maladies dégénératives, etc.) destinées explicitement à augmenter le volume de clientèle. De 1995 à 1997, « des pathologies nouvelles [ayant] incité nos professionnels à prendre des initiatives [et] élargir leur champ de compétence¹² », le volume de patients admis augmente de 44%, générant une liste d'attente prolongée. Dans les années suivantes, si le surplus d'admissions se résorbe, l'attente n'en perdure pas moins alors que la Régie régionale des soins et des services sociaux constate, à l'échelle de son territoire, que, même lorsque la proportion d'usagers baisse par rapport à la population, « l'intensité de la consommation de services » par usager « a elle augmenté de façon importante¹³ » dans les établissements.

Enfin, même dans les cas où les politiques de complémentarité entraînent plutôt la réduction du mandat d'un établissement, en principe pour ne pas dédoubler les services d'un autre centre, on constate que ces « fermetures » ne font que stimuler la quête des établissements pour de nouveaux créneaux, y injectant même des ressources supplémentaires. En effet, mû en principe par des motifs de rationalisation, les transferts de clientèle d'un établissement à un autre s'accompagnent souvent, non pas d'un transfert des ressources humaines

¹¹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1986, p.12-13 ; 1992, p.11 ; 1993, p.13. Ordre des ergothérapeutes du Québec *Les pratiques professionnelles en ergothérapie, op.cit.*, p.5. Centre hospitalier de Gatineau, *op.cit.*

¹² Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Étude relative aux conditions de vie des personnes vivant avec une blessure médullaire...*, *op.cit.*, p.5. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1990, p.3, 9-13 ; 1995, p.18-20 ; 1996, p.18-20 ; 1997, p.9 ; 1998, p.7, 11.

¹³ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1994, p.8-9 ; 1995, p.9 ; 1996, p.9 ; 1997, p.7 ; 1998, p.10-11 ; 1999, p.9 ; 2000, p.6, 19 ; 2002, p.4 ; 2003, p.4 ; 2004, p.3 ; 2005, p.7.

concernées, mais de la création de nouvelles équipes dans l'établissement d'accueil tandis que les équipes d'origine sont réaffectées à la création, justement, de nouveaux services non programmés.

Ce *modus operandi* de l'élargissement des mandats la croissance existe avant 1991. On en trouve un exemple en 1987, lors du transfert d'une clientèle devenue adulte de l'hôpital de réadaptation pédiatrique Marie-Enfant vers le CR Lucie-Bruneau. L'hôpital Marie-Enfant souhaite alors transférer les patients devenus adultes de son programme de maladies neuromusculaires, qui compte notamment des cas de dystrophie musculaire ou d'ataxie de Friedreich. L'hôpital attribue ce besoin soudain d'un transfert à une prolongation de l'espérance de vie de cette clientèle, mais aussi au fait qu'il vient de s'adjoindre la clientèle d'un médecin de cabinet spécialisé récemment décédé. Le CR Lucie-Bruneau est choisi pour accueillir la clientèle transférée. En réalité, ce transfert apparemment à somme nulle suscite et recouvre la création de nouveaux services à deux égards. D'une part, l'hôpital conserve les ressources auparavant consacrées à la clientèle transférée pour prendre en charge ses nouveaux patients, tandis que le CR Lucie-Bruneau plaide en parallèle au MSSS que « seule une injection de nouveaux fonds permettra la mise sur pied des services requis¹⁴ ». D'autre part, le CR Lucie-Bruneau profite de l'occasion pour assortir unilatéralement le projet d'un volet inédit englobant désormais des clientèles de maladies dégénératives comme la sclérose en plaques, un projet distinct qu'on tente en fait de mousser depuis 1986 et dont le bassin potentiel excède de beaucoup celui des devenus adultes de Marie-Enfant¹⁵.

Cette propension à transformer une spécification des mandats (en principe, l'hôpital Marie-Enfant ne faisait que déléguer une clientèle existante pour s'en tenir à son mandat pédiatrique) en une inflation des programmes est stimulée par

¹⁴ Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Analyse concernant les besoins des adultes ayant des problèmes évolutifs neurologiques ou musculaires*, Montréal, CRLB, 1988, p.4.

¹⁵ *Ibid.*, p.4-11, 15, 43-45.

les pressions à la complémentarité durant les années 1990. Le cas de la réadaptation physique au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke en offre un bon exemple. En 1996, l'hôpital est divisé en deux nouvelles institutions complémentaires, soit l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, qui se réserve le créneau gériatrique, et le Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE). Dans un esprit de spécification des mandats, cette division entraîne la fermeture de l'unité de soins gériatriques du CUSE. Cette dissolution pousse le personnel de cette équipe, qui demeure à l'emploi du CUSE, à se recycler pour se consacrer au « dépistage et [à] la prise en charge précoce de tout usager gériatrique ou non pouvant bénéficier de réadaptation¹⁶ », grâce à « la création d'un programme élargi de dépistage pour toutes les clientèles hospitalisées » dont « les usagers, quel que soit leur diagnostic, sont dépistés de façon systématique et pris en charge par une équipe interdisciplinaire¹⁷ », un nouveau service qui démultiplie la présence des paramédicales sur le plancher.

Divers indices laissent croire qu'un tel « resserrement » des mandats culminant plutôt en la création unilatérale de nouveaux services apparaît au MSSS comme une subversion de la rationalisation censée découler du principe de complémentarité, tel qu'il est entendu au ministère. C'est notamment ce que suggère un épisode singulier, celui de la mise sous tutelle, pour de toutes autres raisons du CR Constance-Lethbridge qui, de mars 1995 à mars 1997, se trouve alors sous la gouverne directe d'agents du ministère. Assez significativement, ces administrateurs, pour réduire les listes d'attente, rompent avec l'usage habituel des établissements, en entreprenant de recentrer, plutôt que d'élargir, le mandat du centre autour de sa mission originelle, soit la déficience motrice adulte. Cette entreprise culmine, en 1997, au transfert hors de l'établissement du programme de « développement de l'enfant », qui avait été un fort véhicule de croissance des

¹⁶ Centre universitaire de santé de l'Estrie, Service de réadaptation, *Changement de pratique professionnelle en réadaptation dans le cadre du virage ambulatoire*, Sherbrooke, Centre universitaire de santé de l'Estrie, [1997], non paginé.

¹⁷ Justifiant même de leur part « une démarche auprès du conseil des médecins [pour] obtenir une prescription ouverte pour l'ensemble des clientèles desservies », *ibid.*

services. Surtout, lorsque le programme est muté au Centre Mackay, il est suivi, cette fois, de ses ressources humaines et matérielles, et le transfert en demeure alors bien un¹⁸.

Associations de patients et catégories neuves

En vérité, il faudrait des études bien plus poussées pour faire le point sur les rapports entre le ministère et les établissements dans le cadre des réformes qui bouleversent perpétuellement le « réseau », et ce d'autant plus que la gouverne politique de la santé paraît au moins aussi éclatée que la scène clinique, à laquelle on s'intéresse ici. Ce qui importe, dans le présent chapitre, est plutôt d'esquisser une rapide présentation des circonstances et des acteurs non cliniques qui influent sur l'inflation des catégories diagnostiques et des clientèles, si importante pour les trajectoires paramédicales.

À côté des établissements et des agents ministériels, les associations de défense des patients constituent elles aussi des acteurs de poids. Comme elles tendent, pour assurer à leurs membres un accès à des services étendus, à militer elles aussi pour une extension des catégories qui tracent les contours de leur membership, les positions des associations convergent souvent avec celles des professionnelles et des administrations d'établissements. Il est intéressant de constater, cependant, que l'ampleur de cette convergence change selon les catégories et le type de clientèle. De fait, les professionnelles jouent un rôle plus prééminent auprès des associations qui sont liées aux diagnostics les plus récents, c'est-à-dire les catégories qui sont les plus propres aux paramédicales, qui sont encore en mutation et que les patients ont eu le moins le temps de s'approprier.

¹⁸ Après une première disparition de ce programme pour des raisons obscures en 1987, l'administration précédente s'était échinée à le relancer en 1989. Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1986, p.29 ; 1989, p.15 ; 1993, p.5 ; 1994, p.4 ; 1995, p.1 ; 1996, p.3-4, 11 ; 1997, p.1, 3, 6.

D'une manière demeurée assez classique depuis l'après-guerre, les associations de patients entretiennent, en principe, des relations directes avec les établissements plus qu'avec les cliniciennes, ou en tout cas qu'avec les paramédicales. Leur collaboration porte donc sur les objets qui intéressent d'abord les administrateurs de centres, qui comptent principalement sur les associations pour attirer et diriger des patients vers l'établissement. L'Association pour la paralysie cérébrale du Québec, depuis longtemps proche de centres comme l'IRM et le Centre François-Charon (où elle tient son siège social), se présente ainsi, encore en 1990, comme le principal contact de l'IRM pour chercher de nouvelles références dans des régions comme l'Abitibi et l'Estrie. Au CR Lucie-Bruneau, on use d'anciens patients paraplégiques pour convaincre des usagers potentiels qui hésitent à « faire la démarche » de réadaptation, un moyen présenté comme un « mode de marketing et de promotion très profitable¹⁹ ». La plupart des établissements, surtout ceux à l'équilibre financier périlleux, comme au Bouclier, n'hésitent pas non plus à prendre à témoin les associations d'handicapés pour justifier leurs demandes budgétaires devant les instances régionales ou ministérielles²⁰.

Au milieu des années 1980, la diffusion du discours fonctionnel amène cependant le contenu même de la pratique clinique, et les cliniciennes, plus directement sous le feu des projecteurs. Ce mouvement en faveur d'un décrochage des catégories étiologiques traditionnelles tend à présenter sous un jour favorable les paramédicales de réadaptation physique qui, les premières dans le milieu de la santé, savent s'en réclamer. Assez tôt, des associations plaident pour l'embauche de ces paramédicales jugées plus ouvertes aux besoins concrets

¹⁹ Marthe Migneault, *Service de l'APQ...*, *op.cit.*, p.2-3. Rapport annuel du Centre François-Charon, 1983, p.15. Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d'échange clinique...*, *op.cit.*, 1990, p.5.3 ; Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *À part entière...*, *op.cit.*, p.32-35 ; Centre François-Charon, *Le Centre François-Charron vous accueille*, *op.cit.*

²⁰ Archives du Centre de réadaptation Le Bouclier, dossier 2330, « Programme à l'âge scolaire – Laurentides centre », lettre de D. Lazure à L. Denis, 24 août 1998 ; dossier 1260, « Plaintes de parents », lettre circulaire du CR Le Bouclier aux parents, 17 janvier 2000. Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1984, p.1, 4 ; 1994, p.3; 1995, p.8.

des patients : au Centre Cardinal-Villeneuve, qui entretient des relations de longue date avec des associations liées à la paralysie cérébrale, au spina-bifida ou à la dystrophie musculaire, on voit ainsi, dès 1984, des parents critiquer ouvertement les médecins et faire pression pour l'introduction de grilles d'analyse fonctionnelle qui laisseraient plus de place aux paramédicales²¹.

En fait, les nouveaux rapports entre associations et paramédicales demeurent variables. Leur évolution dépend entre autres de la catégorie diagnostique en cause, de son ancienneté et de l'emprise des paramédicales sur leur définition. Dans le cas des « vieilles » clientèles, les représentants d'associations peuvent se faire plus actifs sans nécessairement endosser les points de vue des professionnels. Au CR Lucie-Bruneau, où des conseillers de l'Association des paraplégiques du Québec offrent un soutien assez suivi aux patients blessés médullaires, une chef de programme se plaint, en 1994, du représentant paraplégique qui minerait l'autorité des professionnelles auprès du patient : elle devrait perpétuellement défendre la supériorité de l'ergothérapeute sur l'expérience personnelle des anciens usagers en matière de fauteuil roulant, et préciser la différence entre la « relation d'aide conseil » offerte par le conseiller de l'Association et la « thérapie réelle de psychologie », le conseiller en prenant décidément trop large à son goût²².

Dans le cas, toutefois, de clientèles au diagnostic plus jeune, les associations et les paramédicales entretiennent une relation plus étroite, rendue convergente par un intérêt partagé à faire reconnaître la catégorie et à lui faire adjoindre des ressources. Dans certains cas, des paramédicales participent activement aux activités et même à la création des associations. De 1988 à 2004, on voit ainsi des cliniciennes du Bouclier et du CR Constance-Lethbridge contribuer à la mise sur pied d'associations en faveur des victimes de sclérose

²¹ Rapport annuel du Centre Cardinal-Villeneuve, 1984, p.13. Centre Cardinal-Villeneuve, *Apprendre à travailler ensemble*, op.cit.

²² Marthe Migneault, *Service de l'APQ...*, op.cit., p.1-2.

latérale amyotrophique ou de TCC ; en matière d'audimutité / dysphasie, des orthophonistes collaborent de près à l'implantation de l'Association québécoise pour les enfants audimuets (AQEA) dans de multiples régions du Québec²³.

L'exemple de l'audimutité / dysphasie témoigne d'ailleurs de l'interdépendance étroite qui unit les associations aux cliniciennes dans le cas de catégories très ancrées dans le vocabulaire spécifique d'un groupe paramédical précis. Dans le cas de l'audimutité, s'il est vrai que le gain politique qui assure en 1988 l'octroi de subsides, et donc l'essor de la catégorie, est attribuable au militantisme de l'AQEA, il reste que l'existence préalable d'une population d'enfants audimuets dépend entièrement des orthophonistes, qui sont à peu près les seules à dispenser le diagnostic. Ainsi, en 1988, l'AQEA ne compte que soixante-dix adhérents, des parents, regroupés autour de ce diagnostic dont la distribution correspond à celle du petit noyau d'orthophonistes qui en font alors usage, répartis entre l'hôpital Sainte-Justine, l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi et un centre privé de Sherbrooke, alors qu'on ne recense presque aucun cas dans des régions comme Québec ou l'Outaouais où il n'existe pas de centres consacrés à l'audimutité. J'ai relevé ailleurs en quelle manière c'est aussi l'apport scientifique d'orthophonistes qui fournit au discours de l'Association la substance requise pour l'emporter auprès des ministères, et en quoi cette implication contribue en retour à raffermir la prise des orthophonistes sur la catégorie²⁴.

Un consensus réunit les associations, les établissements et les cliniciennes autour du désir de véhiculer une définition large de ce qu'est un handicap requérant des soins. En 1991, l'administration du CR Lucie-Bruneau s'appuie sur le jugement de patients et de praticiennes lorsqu'elle déclare vouloir étendre ses

²³ Archives du Centre de réadaptation Le Bouclier, dossier 1104.2.4, « CECM [comité multidisciplinaire] – Rapports annuels », rapport de 2006, p.2 ; dossier 1350, « Formation, documentation », pochette de presse de l'Association québécoise pour les enfants audimuets, 2005. Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1997, p.7-8 ; 2001, p.8. *L'Antenne*, 4, 2 (mai 2003) : 9 ; 4, 3 (septembre 2003) : 8 ; 5, 4 (décembre 2004) : 19. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes, op.cit.*, section IV, p.8.

²⁴ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes ...*, *op.cit.*, p.98-101.

services à la population générale des personnes âgées en arguant que « notre intérêt n'est pas seulement d'offrir des services aux personnes handicapées [mais] que toute personne ayant une déficience physique ait accès à des services²⁵ ». Entre 1988 et 1994, des représentants d'établissements et d'associations de patients des Laurentides et de Lanaudière s'accordent aussi autour de définitions élargies de la déficience physique qui mènent au postulat d'une prévalence des handicaps physiques de 13% au sein de la population et de 38,5% chez les personnes âgées de 65 ans et plus ; en 1997-1998, c'est sur des bases similaires qu'on estime que, « si on prend pour acquis que 10% de la population vit une incapacité », il faut exiger de quadrupler le budget du CR Le Bouclier²⁶.

Des catégories en expansion continue

Tant les établissements que les associations de patients, surtout lorsqu'il s'agit de nouveaux diagnostics, convergent ainsi pour soutenir, dans ses grandes lignes, l'aspiration des paramédicales à étendre le sens des catégories diagnostiques ou à en employer de nouvelles, qui contribuent à ramifier le champ de l'intervention sanitaire.

La recherche clinique, bien qu'elle procède aussi d'impératifs académiques, s'arrime à ce mouvement général. Les catégories récentes lui doivent d'ailleurs beaucoup. La recherche menée par des paramédicales se réclame souvent du discours fonctionnel, qui facilite l'obtention de subventions, et porte en priorité sur les nouveaux objets d'intervention et la formulation de leur

²⁵ « Or, les personnes âgées sont, pour des raisons évidentes, susceptibles de bénéficier de services de réadaptation », Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Mémoire concernant la réforme du système de la santé et des services sociaux du Québec*, *op.cit.*, p.13. Ce genre de proposition devrait, parmi d'autres raisons, mettre en perspective l'attribution d'office des besoins accrus de santé au seul « vieillissement de la population ».

²⁶ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, *op.cit.*, p.3-6, 10-11, 15, 17. Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1985, p.1 ; 1997, p.10-11; 1998, p.3, 6.

diagnostic. Au CR Constance-Lethbridge, la première subvention de recherche de l'histoire du Centre, en 1985, vise à s'attacher un chercheur spécialisé dans la CIDIH ; l'année suivante, l'établissement promeut des projets portant sur la clientèle TCC et, dans les années 1990, des subventions importantes de recherche concernent la prise en charge fonctionnelle des cas de fibromyalgie et les protocoles de référence de nouvelles clientèles, notamment TCC, en provenance d'hôpitaux. En 2000, à l'IRD PQ, les objets de recherche les plus fréquents sont les clientèles TCC et DMC, alors même que les clientèles les moins touchées par la recherche sont de « vieilles » catégories comme les amputés ou les blessés médullaires ; fait significatif, les professionnelles les mieux représentées, proportionnellement, parmi le personnel actif en recherche sont les neuropsychologues. Ailleurs, au CRIR ou à l'hôpital Sainte-Justine, des orthophonistes travaillent à de nouvelles grilles d'évaluation du langage ou de la dysphasie pouvant porter sur des enfants de 0 à 6 ans²⁷.

Tous ces facteurs politiques, professionnels et scientifiques pointent vers une poursuite de l'expansion du sens des catégories les plus récentes, dont les contours ne sont pas encore fermement établis au milieu des années 2000. Les divers champs d'action des paramédicales continuent ainsi de se transformer. En réadaptation physique, deux exemples rendent bien compte de cette évolution continue : les soins à la clientèle TCC, et l'extension du champ de la communication pris en charge par les orthophonistes.

Dès la signature des premiers contrats avec la SAAQ pour la création de programmes TCC, les établissements, en partie stimulés par leurs cliniciennes, pressent en faveur d'une extension des services offerts à cette clientèle. D'emblée, celle-ci est divisée en deux groupes : les patients couverts par la SAAQ (c'est-à-dire des victimes d'accidents de la route), éligibles à des services

²⁷ Rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1985, p.4, 10; 1986, p.8-9 ; 1994, p.5; 1995, p.3; 1996, p.5; 1997, p.15; 1998, p.13; 1999, p.7-8; 2001, p.16 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 2003, p.10. Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *Étude descriptive...*, *op.cit.*, p.30-33. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.108.

supplémentaires, et les autres qui, en certains endroits, occupent jusqu'à 50% des places. Dès 1988, des centres comme l'IRM et le CR Lucie-Bruneau jugent injuste que les services offerts aux assurés de la SAAQ ne soient pas accessibles à tous et plaident auprès des pouvoirs publics pour l'octroi de ressources supplémentaires, notamment en neuropsychologie. Par ailleurs, les limites encore indéfinies de la catégorie suscitent des désirs d'expansion : en 2003, le Bouclier aimerait étendre ses ailes vers des suivis en milieu scolaire tandis que ses physiothérapeutes font pression pour y prendre en main, par la thérapie manuelle, des cas de douleur qu'elles refusaient encore en 1994. Les centres cherchent aussi à convaincre la SAAQ de consentir des ressources supplémentaires pour prolonger le suivi psychosocial des patients. Au milieu des années 1990, des établissements comme le CR Constance-Lethbridge et le Centre François-Charon obtiennent certains gains, à l'occasion de renégociations de contrats, mais les récriminations à l'endroit des limites imposées par la SAAQ, qui suit ses dossiers de manière plus serrée que, par exemple, la RAMQ, demeurent monnaie courante²⁸.

Ces pressions pour une intensification des services se doublent d'une tendance, là aussi, à l'extension du sens de la catégorie vers de nouvelles clientèles. Ces entreprises s'accroissent après 1995-1997 : la SAAQ, profitant de la consolidation de centres de région, comme Le Bouclier ou le Centre montréalais de réadaptation, y transfère des clientèles qui étaient jusque là contraintes de se rendre à Montréal pour recevoir des soins. En conformité avec le modus operandi déjà évoqué, ce transfert de clientèle ne se double pas d'un transfert de cliniciennes, qui demeurent dans les centres montréalais pour qui le

²⁸ Archives du Centre de réadaptation Le Bouclier, dossier 1104.2.4, « CECM [comité multidisciplinaire] – Rapports annuels », rapport de 2003 ; dossier 1320, « Code d'éthique de l'intervenant », *Plan d'action. IMPACT*, [1994] ; dossier 1402.4.4, « Lanaudière. Table d'arrimage. DI – TED », *Table d'arrimage DP, DI-TED et Dépendances*, p.1 et annexe 2. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1988, p.13 ; 1994, p.8 ; 1995, p.18 ; rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1991, p.6.15 ; 1992, p.5.2-8 ; 1995, p.3 ; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1989, p.18-20 ; 1999, p.10 ; 2003, p.4 ; 2005, p.15. *L'Antenne*, 4, 1 (février 2003) : 9-10. Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d'échange clinique...*, *op.cit.*, 1989, p.6.4 ; 1990, p.6.1-2. Yves Lardon, *op.cit.*, p.12.

transfert constitue une perte sèche de revenus. Après 1997, c'est donc explicitement pour compenser cette perte de clientèle que l'IRM entend miser sur le développement de nouveaux créneaux, toujours en matière de TCC. Peu à peu, les autres centres – le CR Lucie-Bruneau jouant un rôle pionnier à cet égard – cherchent eux aussi à obtenir, par exemple, la référence de patients en phase plus précoce ou les cas particuliers manifestant des troubles graves du comportement, que l'on refusait encore au début des années 1990²⁹.

Établissements et cliniciennes s'emploient notamment à attirer à eux les cas de traumatismes plus légers, que les hôpitaux ne réfèrent pas toujours. En 2005, à la suite d'une révision de ses critères d'admission entamée en 2001, le CR Constance-Lethbridge crée ainsi une programmation supplémentaire pour ces « TCC légers », des patients présentant des séquelles légères mais jugées persistantes, qu'on juge « sous desservis » par le reste du réseau de la santé. Au Québec, cette nouvelle catégorie est surtout diffusée et raffinée à partir de 2001, par les travaux de recherche clinique de neuropsychologues et de quelques orthophonistes et ergothérapeutes liées à divers établissements, au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation et à des universités comme McGill ou l'UQTR, qui entreprennent de resserrer le dépistage des traumatismes légers parmi les victimes d'accidents. Comme les lésions à l'origine du « TCC léger » se déroberaient aux scanographies habituelles, son identification passe plus exclusivement par des « estimations de la personnalité » qui donnent plus de poids au rôle diagnostique des paramédicales. Extension, en quelque sorte, du diagnostic de TCC aux commotions cérébrales les plus dures, la catégorie promet l'accès à un important bassin de population puisqu'on estime qu'elle touche 15%

²⁹ Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1988, p.9; 1989, p.5; 2005, p.19; rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1991, p.1.3, 7.1, 4-5, 11; 1992, 8.2; 1998, p.14; 2004, p.8; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 2003, p.2-5. Institut de réadaptation de Montréal, *Journée d'échange clinique...*, op.cit., 1989, p.6.2-5; 1990, p.6.-12. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, op.cit., section IX, p.8, 56. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Bilan de la prise en charge des clients au PIC du CRLB*, Montréal, CRLB, 1988, non paginé. Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme cadre pour les traumatisés cranio-cérébraux*, op.cit., p.15-16. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, op.cit., p.20.

des victimes de chocs dits légers à la tête, ce qui pourrait élargir l'intervention soignante bien au-delà de la population couverte jusqu'ici³⁰.

D'autres entreprises d'extension des catégories ont pour vocation d'adapter la présence paramédicale à d'autres secteurs que celui de la santé, et tout particulièrement au domaine scolaire. Les orthophonistes sont très actives sur ce front. En effet, l'expansion, après 1988, du diagnostic de dysphasie et des « troubles du langage et de la communication » en général a déjà permis à plusieurs orthophonistes de décrocher des emplois dans les commissions scolaires,³¹. Après 2000, certaines entreprennent d'étendre leur rôle en s'attardant aux problèmes d'apprentissage de la lecture et de l'écriture qu'elles abordent comme des troubles de la « communication écrite ».

Cette nouvelle annexion au territoire orthophonique est un phénomène à la fois académique et clinique. D'une part, des chercheuses, notamment de l'Université Laval, arrimées aux courants de recherche internationaux, font état depuis 1997 de liens entre les difficultés langagières des très jeunes enfants et de futurs échecs en lecture à l'âge scolaire, et plaident ainsi en faveur de services d'orthophonie préventifs dès la petite enfance afin d'enrayer les troubles ultérieurs d'apprentissage. D'autre part, chez les cliniciennes, la maîtrise de langages neurologiques facilite l'appropriation d'un diagnostic particulier déjà présent dans les écoles, soit le diagnostic de dyslexie. Cette catégorie déjà ancienne, qui décrit des troubles de l'écriture d'origine neurologique, avait été introduite dans le

³⁰ Archives du Centre de réadaptation Le Bouclier, dossier 1350, « Congrès et colloques », *Le syndrome post-commotionnel ou la Boîte de Pandore. Programme préliminaire*, novembre 2004, p.3-4. Rapport annuel du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1995, p.18; 1996, p.18-19; 1997, p.9; 2003, p.9, 16-17; rapport annuel du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 2003, p.2; rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 2003, p.10, 20; 2005, p.13. *L'Antenne*, 4, 1 (février 2003): 14. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes, op.cit.*, section X, p.30-35, 47-51, 58-66. Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme cadre pour les traumatisés cranio-cérébraux, op.cit.*, p.5-6. Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *Étude exploratoire des besoins en services offerts à la clientèle traumatisée cranio-cérébrale au Québec*, Québec, IRDPQ, 1999, p.1, 12-14. Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation de Montréal, *Recherche interdisciplinaire en réadaptation et traumatisme craniocérébral*, Montréal, Publications du CRIR, vol. 2, automne 2005.

³¹ Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes ...*, *op.cit.*, p.123-126.

paysage scolaire dans les années 1970, par des orthopédagogues et d'autres spécialistes de l'adaptation scolaire. Si, à l'époque, son usage avait bien aidé les orthopédagogues à se distinguer des enseignants réguliers, elle se révèle, après 1990, ouverte à l'appropriation par des orthophonistes mieux rompues à user de telles catégories neurologiques et sanitaires. Même si l'enseignement des troubles de l'écriture n'est ajouté que tardivement à la formation universitaire en orthophonie, des praticiennes, par la lecture d'articles ou le biais d'une pratique privée, y développent des compétences qu'elles diffusent ensuite par des formations dispensées à d'autres orthophonistes. À terme, l'appréhension des « troubles du langage écrit », reformulés en termes familiers de conscience phonologique et d'étiologie neurologique (« on a plus d'expérience qu'on pensait³² », dira une praticienne), permet à des orthophonistes de s'appropriier avec une relative aisance des cas jusque là étrangers, qui se retrouvaient auparavant en orthopédagogie³³.

Cet intérêt pour la dyslexie bénéficie du soutien actif de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes qui, en 2003, en fait le thème de son symposium annuel. La même année, au prix d'un intense lobbying, l'Ordre s'assure d'ailleurs d'une victoire historique en faisant ajouter le langage écrit aux définitions officielles du domaine légal de l'orthophoniste. Ce gain, un peu inattendu, contraint les commissions scolaires à faire appel à des orthophonistes plutôt qu'à des orthopédagogues pour le diagnostic et l'encadrement des problèmes de langage écrit, stimulant encore l'embauche dans le système scolaire et faisant brusquement de l'orthophoniste scolaire l'actrice clef d'une redéfinition progressive, plus sanitaire, des problèmes d'apprentissage dans les écoles.

Alors qu'elles atteignent leur pleine maturité, les aspirations des paramédicales de réadaptation physique à l'usage de catégories diagnostiques

³² Citée dans *ibid.*, p. 127.

³³ Sur la dyslexie au Québec et en France, v. Jean-Paul Martinez, *Un dyslexique ou un mauvais lecteur*, Montréal, Éd. Nouvelles, 2000, p. 103-113.

nouvelles ou élargies profitent, après 1985, des aspirations convergentes d'autres acteurs comme les administrations d'établissements et les associations de patients ; un contexte politique et administratif favorable à de telles extensions permet de concrétiser l'enthousiasme que suscite la capacité diagnostique nouvelle des cliniciennes. L'exemple des extensions très récentes aux TCC légers et à l'apprentissage scolaire montre l'ampleur du chemin parcouru depuis les années 1980 et rappelle que l'évolution des catégories, au milieu des années 2000, est loin d'être terminée.

Après s'être longuement attardé au cas, sans doute le plus spectaculaire, des professions de réadaptation physique, il vaut maintenant la peine de décrire l'évolution des autres grappes de professions étudiées ici afin de mettre en valeur d'autres facettes de l'évolution récente du monde de la santé.

CHAPITRE 15

LA PSYCHOTHÉRAPIE ET LA SANTÉ

De 1985 à 2005, les paramédicales de réadaptation physique, orthophonistes, ergothérapeutes et neuropsychologues en tête, usent ainsi de catégories neuves pour étendre leurs pratiques à de nouveaux objets comme la cognition et la communication, des extensions tellement novatrices qu'elles exigent la création formelle de programmes qui rendent évidente leur imbrication aux mutations en cours dans le réseau public. Chez les paramédicales du secteur psychosocial, les changements se font plus subtils. En plus grande continuité avec la période précédente, les cliniciennes continuent de prendre pour objets les problèmes émotifs ou de personnalité de leurs patients. La principale modalité employée auprès de ces patients, la psychothérapie, connaît cependant de légers glissements de sens.

Plus précisément, la psychothérapie, principalement sous l'influence des psychologues, s'identifie plus étroitement au moule sanitaire, ce qui aide les paramédicales à préciser leur position tant dans les établissements de santé que sur le marché privé. Ce glissement vers un sens plus formellement sanitaire modifie aussi le rapport ambivalent qu'entretiennent ces professions avec la santé. Pour les travailleuses sociales, ces transformations s'imbriquent à un équilibre mieux assumé entre tâches cliniques et logistiques. Les psychologues, qui avaient pourtant d'abord voulu éloigner la psychothérapie d'une telle sanitarisaton, y trouvent désormais le moyen d'affermir leur prise sur une pratique investie d'une foule de plus en plus bigarrée de concurrents divers. À la fin de la période, les

luttres professionnelles pour le contrôle de la psychothérapie en viennent d'ailleurs à se profiler sur un arrière-plan d'expériences politiques originales de la part de l'Office des professions, expériences qui touchent également la physiothérapie.

En travail social : réconcilier la thérapie à la logistique

Au cours des années 1970 et 1980, une manière privilégiée pour les travailleuses sociales du milieu de la santé de s'octroyer un rôle thérapeutique avait été de prendre pour objet d'intervention l'environnement familial des patients. Cette approche présentait le double avantage d'implanter une activité plus clinique sans déroger à leur rôle initial de facilitateur entre l'établissement et l'entourage du patient, et d'éviter la confrontation avec les psychiatres et les psychologues plus intéressés à la personne même du patient. Après 1985, cette attitude continue de porter fruit, tout particulièrement en milieu psychiatrique où travaillent plus de la moitié des travailleuses sociales en milieu hospitalier.

Ce succès en psychiatrie vient de ce que l'intérêt pour le rapport du patient à son environnement y est déjà bien ancré, mais aussi de ce que l'effort des travailleuses sociales pour l'obtention d'un rôle sanitaire y est plus ancien et, à cause de la concurrence des « psys », depuis plus longtemps axé sur la conquête des familles plutôt que des patients. Pour ces raisons, il y semble acquis que des travailleuses sociales emploient les termes de la psychologie pour tâcher, souvent par des thérapies de groupes, de normaliser, comme à l'Hôtel-Dieu de Sorel, les rapports à l'environnement social ou d'atténuer les effets d'un cadre familial inadéquat chez des patients psychotiques. Même là où la saisie thérapeutique de la famille n'est pas parfaitement implantée, elle continue d'être présentée comme la voie à suivre par les praticiennes : en 1998, c'est encore le défi qu'évoque une travailleuse sociale en psychiatrie infantile de l'hôpital Jean-Talon (Montréal) qui

cherche à attirer les références requises pour « éviter qu'un enfant demeure la seule cible de la demande de consultation¹ ».

Avec les années, la prise en charge des familles se présente aussi comme une voie royale pour implanter une action thérapeutique dans d'autres secteurs, comme le milieu scolaire, les CLSC, les centres jeunesse et les cours de justice. En Abitibi, en 2002, une travailleuse sociale de centre jeunesse use ainsi d'un nouvel outil d'évaluation de la compétence parentale pour répondre à « l'urgence pour les travailleurs sociaux de faire leur place... dans un domaine revendiqué par d'autres professionnels² » ; au même moment, des homologues de la Montérégie lancent des « thérapies » pour les familles aux prises avec des enfants à problèmes. Divers CLSC, notamment en Outaouais, développent aussi des projets d'évaluation des aptitudes parentales afin de « dégager des pistes pour l'intervention³ ». Enfin, en milieu scolaire, des praticiennes s'emploient à élargir leur prise en charge des enfants pour « considérer davantage les facteurs sociaux » et surtout familiaux liés au suicide ou à la délinquance⁴.

L'identification de problèmes dans la dynamique familiale plutôt que dans la psyché du patient apparaît à plusieurs travailleuses sociales comme l'assise la plus sûre pour leurs prétentions psychosociales. Cela est d'autant plus vrai quand

¹ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 1998, p.2, 5 ; 2000, p.4 ; 2002, p.3-4. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Étude sur la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté*, CPTSQ, 1985, p.5-6.

² Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 2002, p.4 ; 2001, p.9.

³ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 2003, p.1, 7-8.

⁴ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès », Gilles Rondeau, « L'intervention en milieu scolaire : entre l'école et le CLSC », 1995, p.3. *Bulletin de la CPTSQ*, 3, 2 (1976) : 11-14 ; 41 (1991) : document inséré ; 65 (juin 1997) : 14 ; 66 (octobre 1997) : 18 ; 77 (juin 2000) : 9. Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en CLSC et en milieu scolaire*, Montréal, OPTSQ, 1997, p.10-12.

le contexte clinique et politique se fait périlleux. Dans les années 1990, l'implantation, à partir de la réadaptation physique, de grilles d'évaluation fonctionnelle fait notamment craindre que l'intérêt des paramédicales de réadaptation physique pour les situations sociales de handicap ne remette en cause la spécificité du travail social, ce qui pousse la Corporation à suggérer qu'« à défaut d'actes réservés, affichons notre expertise face à la dialectique individu – milieu⁵ ».

Cette définition de ce qui fait la spécificité de la profession n'est pas exempte d'ambiguïté. En effet, même identifiés dans l'entourage familial, les objets ainsi prélevés demeurent collatéraux à la maladie mentale qui est elle-même du ressort du psychiatre ou de la psychologue. Prisée, l'intervention psychosociale, même auprès des familles, ne constitue donc pas un objet suffisamment spécifique pour assurer une position ferme aux travailleuses sociales qui doivent continuer de s'adosser à leurs tâches logistiques traditionnelles, que peu de gens leur disputent. Devant l'inconfort causé par la vague fonctionnelle, par exemple, la Corporation croit ainsi astucieux, en vain, de vouloir faire reconnaître la travailleuse sociale comme la responsable, toute désignée « de par sa formation », de la coordination des autres paramédicales autour des plans communs d'intervention⁶.

La cohabitation toujours obligée entre, selon les mots de l'Ordre, des fonctions « cliniques » (« qui réfèrent au processus d'intervention psychosociale ») et « institutionnelles » (comme l'organisation des congés) est rendue malaisée du fait que, dans le passé, ces rôles ont souvent été mis en opposition dans l'esprit des travailleuses sociales, les tâches logistiques ayant été fréquemment présentées comme un carcan dont il convenait de s'extirper. Il reste

⁵ *Bulletin de l'OPTSQ*, 60 (1996) : 16.

⁶ Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Politique de santé mentale (rapport Harnois)*, CPTSQ, 1987, p.6, 9 ; *Étude sur la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté*, CPTSQ, 1985, p.5-6.

que dans les milieux non psychiatriques, comme la médecine générale ou la réadaptation physique, l'adossement à ces tâches se montre depuis longtemps impératif car les aspirations psychosociales y trouvent une moindre prise. C'est donc dans ces milieux que les travailleuses sociales s'identifient le plus ouvertement à leur rôle logistique, en privilégiant tout de même les tâches dont l'incidence est la plus directe sur le processus de soins, comme les transferts de l'hôpital vers la réadaptation⁷.

Après 1985, ces secteurs deviennent, en raison de cet adossement obligé à la logistique, le lieu d'un renouvellement, ou d'une stabilisation, de la cohabitation entre tâches logistiques et psychosociales qui caractérise le service social. Dans les années 1990, en fait, cette cohabitation mieux assumée donne aux praticiennes les moyens de transformer la logistique en un tremplin plus efficace vers l'intervention psychosociale : c'est, par exemple, en créant pour des motifs pratiques, comme la diffusion d'information, des groupes de patients séropositifs ou cancéreux que des travailleuses sociales hospitalières trouvent matière à entreprendre des démarches d'ordre psychosocial⁸.

Dans cette veine, par exemple, des cliniciennes hospitalières, comme au Royal Victoria Hospital ou à l'hôpital Pierre-Janet de Hull, s'inspirent des

⁷ *Bulletin de la CPTSQ*, 16 (1985) : 5 ; 48 (1993) : 16-17 ; 58 (1995) : 11-15. Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *L'utilisation des ressources d'hébergement privées non agréées et la pratique professionnelle des travailleurs sociaux*, CPTSQ, 1992, p.4-5 ; Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier*, Montréal, OPTSQ, 1995, p.2 ; *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu d'hébergement et de réadaptation*, Montréal, OPTSQ, 1998, p.7-11.

⁸ (*Bulletin de la CPTSQ*, 44 (1992) : 2 ; 47 (1992) : 10 ; 48 (1993) : 6-7 ; 53 (1994) : 26 ; 40 (1991) : 16 ; 41 (1991) : 12 ; *Bulletin de l'OPTSQ*, 57 (1995) : 14). Ce rôle des groupes de pairs dans l'implantation d'activités psychosociales est d'autant plus important pour les travailleuses sociales qu'il leur est relativement spécifique, les psychologues investissant somme toute assez peu ce terrain, des psychologues travaillant auprès de clientèles toxicomanes ou psychiatriques se plaignant même d'y voir un facteur d'isolement au sein de leurs établissements ; *Psychologie Québec*, 7, 3 (mai 1990) : 6-9 ; 7, 4 (juillet 1990) : 4 ; 2, 5 (octobre 1985) : 1-3 ; 3, 2 (mars 1986) : 1 ; 7, 6 (novembre 1990) : 7 ; 6, 5 (septembre 1989) : 1 ; 9, 1 (janvier 1992) : 5 ; 12, 2 (mars 1995) : 6-7 ; 12, 2 (mars 1995) : 8 ; 2, 4 (août 1985) : 1 ; 6, 4 (juillet 1989) : 5 ; 8, 6 (novembre 1991) : 14 ; 11, 6 (novembre 1994) : 20).

modèles d'intervention de maisons de soins palliatifs pour entreprendre l'accompagnement psychosocial de personnes en fin de vie qu'elles fréquentaient, au départ, pour des raisons plus pratiques. Le fait d'apporter une contribution sur le plan logistique et administratif aide d'autres travailleuses sociales à se faire admettre dans des services où leurs aspirations psychosociales ne sont pas, d'emblée, bien accueillies. En Outaouais, par exemple, des praticiennes ayant obtenu, entre 1985 et 1989, d'être affectées aux centres d'hébergement pour personnes âgées de la région pour y « sensibiliser les directions à l'importance des services psychosociaux », n'y sont, dans bien des cas, que fraîchement reçues. Devant cette résistance, elles offrent de prêter leur concours à d'autres tâches de nature logistique, comme la gestion du service d'admission ou les références à l'hôpital, fort appréciées par le personnel des centres ; une fois acceptées sur ces bases, elles profitent ensuite de leur présence sur les lieux pour déployer progressivement leurs compétences psychosociales auprès des clients et, très vite, dès 1992, il est dorénavant établi dans les centres que les travailleuses sociales se consacrent en priorité à la « relation d'aide psychosociale », notamment aux cas de dépression⁹.

En plus de constituer un territoire de réserve qui garantit la spécificité de la travailleuse sociale, les tâches logistiques contribuent ainsi à faciliter et à légitimer les contacts thérapeutiques avec le patient et son entourage. C'est pourquoi plusieurs travailleuses sociales en viennent à présenter la logistique comme un travail certes qualifiant, mais seulement s'il implique un contact personnel avec l'entourage concerné - les visites à domicile étant tout particulièrement valorisées. Si on défend désormais l'assise logistique de la profession contre d'éventuels concurrents (comme certaines infirmières), on

⁹ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 2001, p.5, 8. Marc Lalonde, Lyne Levasseur et Henriette Lussier, « L'intervention psychosociale en centre d'hébergement », *Les pratiques sociales en Outaouais, d'hier à demain*, 1992, p.137-143 ; Georges Beauchamp et Monique Robin, « Réadaptation sociale auprès de personnes ayant un handicap physique », *Les pratiques sociales...*, *op.cit.*, p.44-49 ; Lise Parent et Gilles Poirier, « Accompagnement des personnes mourantes : première expérimentation en centre hospitalier », *Les pratiques sociales...*, *op.cit.*, p.231-234.

refuse donc généralement de s'y cantonner : c'est dans cet esprit que l'Ordre, de 1995 à 2002, met en valeur l'expertise logistique de ses membres impliquées dans les cours de justice auprès de jeunes délinquants auxquels on veut également dispenser des soins psychosociaux¹⁰.

Par cette réconciliation avec la logistique, les travailleuses sociales des milieux de médecine générale et de réadaptation physique parviennent à se doter d'un rôle psychosocial généralement bien établi. En réadaptation, malgré les craintes suscitées par la vague fonctionnelle, elles profitent du climat favorable aux paramédicales pour développer une pratique jugée « plus spécifique », qui justifie même la création de regroupements spécialisés, comme c'est le cas en Mauricie en 1996¹¹. Cela dit, la solidité des nouveaux ancrages psychosociaux en milieu hospitalier et de réadaptation demeure variable.

Le rôle psychosocial des travailleuses sociales est parfois très bien implanté. Au CR Constance-Lethbridge, le terme « intervention psychosociale » désigne spécifiquement le travail social et porte de manière large à la fois sur l'adaptation du patient à son handicap, sur les problèmes relationnels qui en découlent et sur le soutien aux proches, l'intervention s'appuyant sur des grilles d'évaluation de la dépression, du stress ou de la vie conjugale. Au Centre Cardinal-Villeneuve, des travailleuses sociales vont jusqu'à former des intervenantes de réadaptation physique à la bonne gestion des problèmes émotifs¹² ; dans ce dernier centre, une travailleuse sociale est même embauchée,

¹⁰ *Bulletin de la CPTSQ*, 85 (été 2002) : 3 ; 62 (octobre 1996) ; ; 77 (juin 2000) : 9. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès », Gilles Rondeau, « Les relations entre les professions dans l'occupation du champ bio-psycho-social », 1995, p.1-4, 8-9.

¹¹ Depuis 1990, il existe aussi telle chose que l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. *Bulletin de la CPTSQ*, 42 (1991) : 20 ; 61 (juin 1996) : 8 ; 70 (septembre 1998) : 9. Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier*, op.cit., p.3 ; *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu d'hébergement et de réadaptation*, op.cit., p.7-10.

¹² En se permettant même de marquer leur territoire en précisant qu'« il ne s'agit pas de faire de vous des intervenants psychosociaux », *L'Éclaircie*, 8, 2 (février 1992) : 3 ; 10, 5 (mai

en 1993, pour mener un projet de recherche clinique visant la production d'une grille d'évaluation de l'adaptation des parents au handicap de leur enfant, une tâche menée à l'aide de concepts dérivés de la psychologie comportementale et cognitive. Il arrive que l'assise psychosociale des travailleuses sociales soit profonde : à l'hôpital de Gatineau, dans les cas de congés post-opératoires, la logistique administrative des congés est entièrement dévolue à une « agente de liaison » tandis que la travailleuse sociale, délestée des tâches d'organisation, peut se consacrer uniquement à « l'exploration de la situation psychosociale » du patient et de son entourage¹³.

Dans bien d'autres milieux, toutefois, l'intervention psychosociale, bien qu'une aspiration à peu près constante, n'est qu'imparfaitement implantée et ne définit que très partiellement le travail des travailleuses sociales. Pour certaines, en vérité, le fait d'assumer un rôle essentiellement logistique (une lourde tâche en soi) n'est pas perçu comme un problème : au Bouclier, des travailleuses sociales remplissent des tâches, comme l'octroi de suppléments financiers, assumées jadis par du personnel administratif, et d'autres se définissent principalement par leur connaissance des formulaires et des ressources logistiques du coin, l'une d'elles se vantant en 2003 d'être « un bottin ambulante¹⁴ », une épithète qu'elle considère parfaitement qualifiante.

D'autres s'en satisfont moins bien. En 1995, l'Ordre dit relayer les plaintes de ses membres lorsqu'il déplore la situation d'hôpitaux où, comme « les travailleurs sociaux [sont] perçus à travers différents clichés : placeurs d'enfants, distributeurs d'aide financière », « la valeur du clinicien... du psychosocial [est]

1994) : 4; 12, 1 (décembre 1995) : 6. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies...*, *op.cit.*, p.92. Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Évaluation de programmes*, *op.cit.*, section IV, p.115 ; section V, p.113.

¹³ Centre hospitalier de Gatineau, *op.cit.* *L'Éclaircie*, 10, 7 (octobre 1994) : 4. Centre Cardinal-Villeneuve, *Élaboration et validation d'une échelle du niveau d'adaptation des parents ayant un enfant avec déficience physique*, Québec, CCV, 1994, p.1, 9-10, 25-26, 37.

¹⁴ *L'Antenne*, 4, 1 (février 2003) : 9-10. Rapport annuel du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1985, p.7-8 ; 1988, p.20-21 ; 1989, p.17 ; 1990, p.8-10 ; 1993, p.8.

passée sous silence » et « [leurs] services sont jugés à partir de critères davantage administratifs que professionnels¹⁵ ». Ces tiraillements sont bien visibles sur le terrain : à l'IRM, entre 1992 et 1995, un écart notable sépare le discours du service social, qui se décrit lui-même comme une réponse aux besoins psychosociaux du patient et de ses proches, et le discours de l'établissement qui présente plutôt le service comme un responsable de la coordination avec les organismes publics ou communautaires¹⁶.

Ainsi, l'appropriation par les travailleuses sociales d'un rôle psychosocial bien défini passe, en médecine générale et en réadaptation physique, par un rapport mieux assumé aux tâches logistiques. Bien que cette attitude ait des retombées positives sur l'élargissement de leur rôle, plusieurs praticiennes continuent cependant de buter sur une division du travail qui ne leur réserve pas d'emblée un rôle thérapeutique. Après 1985, cette quête d'une position soignante par l'intervention psychosociale pousse plusieurs travailleuses sociales à accélérer leur avancée, pourtant malaisée, sur le territoire des psychologues et de la psychothérapie.

Les psychologues et la « sanitarisation » de la psychothérapie

La majorité des travailleuses sociales se défend bien, durant la période, d'empiéter sur les plates-bandes de la psychologie clinique où leurs incursions seraient difficiles à justifier, surtout dans les établissements de santé où les psychologues sont bien présentes. Certaines s'écartent même ostensiblement de cette voie tandis que l'Ordre des travailleuses sociales se fait très clair quant à son

¹⁵ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès », Gilles Rondeau, « Les relations entre les professions dans l'occupation du champ bio-psycho-social », 1995, p.5-6, 8. Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire*, Montréal, OPTSQ, 1998, p.4.

¹⁶ Et sur cette base limite la présence du service social auprès de la clientèle externe, contre le gré des travailleuses sociales. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que le service social préfère, jusqu'en 1994, se voir comme un « point de service » du CSS régional que comme une unité de l'IRM. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1991, p.7.1 ; 1992, p.8.1-2. Institut de réadaptation de Montréal, [pochette à l'attention des nouveaux bénéficiaires], *op.cit.*, p.5.

refus de lorgner sur les terres de « l'intrapsychique » et des « émotions intérieures¹⁷ ».

Il reste que les visées psychosociales des travailleuses sociales, et d'autres d'ailleurs, n'en poussent pas moins les psychologues, dans les années 1990, à vouloir mieux baliser leur propre territoire. Au Centre Cardinal-Villeneuve, où le rôle psychosocial des travailleuses sociales est bien établi, des psychologues craignent ouvertement la banalisation de leur expertise devant les prétentions de « prétendus psychologues » qui réduiraient, selon elles, l'expertise psychosociale à une simple prédisposition à l'empathie. En recentrant leur champ d'action autour des problèmes affectifs, de l'évaluation des dépressions et des troubles de comportement, ces psychologues cherchent à démêler plus précisément ce qui doit rester de leur ressort, comme l'adaptation du patient à son handicap, et ce qu'elles sont prêtes à abandonner aux travailleuses sociales, comme l'évaluation du contexte familial. Il n'empêche que les deux groupes se côtoient souvent dans des zones restées grises, par exemple lors de l'intégration d'un enfant en garderie ou en milieu scolaire¹⁸.

La confusion des genres est aussi favorisée par la multiplication des travailleuses sociales qui se forment en privé à la psychothérapie, un mouvement jadis inauguré par des psychologues, qui, en travail social, s'amplifie après 1990. Un nombre accru de travailleuses sociales fréquentent alors les formations censées rendre aptes à pratiquer la psychanalyse, la bioénergie ou, une spécialité prisée en travail social, la consultation conjugale. En continuité avec les années 1970 et 1980, ces formations sont dispensées par des organismes privés de toute sorte, et parfois à partir d'unités hospitalières, notamment du Allan Memorial Institute et du Jewish General Hospital. Animées au départ par des psychologues, ces

¹⁷ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, dossier « Congrès », Gilles Rondeau, « Les relations entre les professions dans l'occupation du champ bio-psycho-social », 1995, p.1-4, 8-9. *Bulletin de la CPTSQ*, 43 (1991) : 9.

¹⁸ *L'Éclaircie*, 8, 2 (février 1992) : 5 ; 10, 2 (janvier 1994) : 3-4 ; 10, 4 (avril 1994) : 3 ; 10, 5 (mai 1994) : 4 ; 10, 6 (juin 1994) : 2 ; 11, 1 (décembre 1994) : 1-2 ; 11, 3 (mars 1995) : 3. Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme musculo-squelettique*, Québec, CCV, 1993, p.22-27.

formations sont ensuite de plus en plus dispensées par des travailleuses sociales, ce qui en facilite la diffusion au sein de la profession : en 1995, par exemple, deux travailleuses sociales du CLSC de Rivière-des-Prairies assurent ainsi une formation de l'Association des psychothérapeutes conjugaux et familiaux, tandis que d'autres s'impliquent au sein d'organismes privés comme l'Institut de formation humaine intégrale de Montréal. À l'intérieur du réseau public, des travailleuses sociales développent aussi des expertises psychothérapeutiques, parfois spécialisées en matière d'abus sexuels, de burn-out ou de syndrome post-traumatique¹⁹.

Que la psychothérapie se présente comme un tremplin plus couru vers un rôle plus résolument sanitaire et thérapeutique témoigne d'ailleurs d'un subtil changement qui affecte la signification même de la psychothérapie après 1986. Pour les travailleuses sociales qui y aspirent, en effet, la psychothérapie constitue bien la promesse d'une appartenance au monde de la thérapie que le seul label du service social n'a jamais suffi à assurer ; c'est même pourquoi, comme le déplore l'Ordre, des praticiennes formées en psychothérapie vont même jusqu'à « évite[r] de s'afficher comme travailleuse sociale, terme qui leur semble trop identifié à la Protection de la jeunesse²⁰ ».

Ce rôle de marqueur sanitaire tranche cependant avec le sens que les psychologues des années 1975 à 1985 avaient originellement conféré à la psychothérapie. À cette époque, les psychologues, du moins en privé, avaient plutôt présenté, au contraire, la psychothérapie comme une forme de « désanitarisation » de leur pratique, une sortie du monde de la santé qui leur

¹⁹ Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 1998, p.5, 2000, p.4 ; 2001, p.6. *Bulletin de la CPTSQ*, 5 (novembre 1981) : 3 ; 1 (avril 1982) : 6 ; 2 (juin 1982) : 7 ; 39 (1990) : 19 ; 40 (1991) : 16 ; 44 (1992) : 16 ; 45 (1992) : 25 ; 48 (1993) : 8, 20 ; 49 (1993) : 21 ; 50 (1993) : 10, 14 ; *Bulletin de l'OPTSQ*, 52 (1994) : 17 ; 53 (1994) : 24-25 ; 57 (1995) : 26 ; 61 (juin 1996) : 19, 22 ; 62 (octobre 1996) : 15 ; 71 (décembre 1998) : 5 ; 73 (juin 1999) : 11.

²⁰ Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire*, op.cit., p.9-10. Archives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, guides de congrès, 1998, p.3 ; 2000, p.5 ; 2001, p.4.

permettait tant de se dissocier de la psychiatrie que d'étendre leur action à des problèmes dont on jugeait alors qu'ils ne relevaient pas de la sphère sanitaire, comme l'anxiété ou les tensions conjugales.

Après 1985, cependant, plusieurs psychologues révisent cette position qui, si elle les dissocie bien des formes les plus rébarbatives de la psychiatrie, les distingue toutefois de plus en plus mal d'autres concurrents, non issus du monde de la santé, comme les sexologues qui investissent le marché privé de la psychothérapie. Même dans certains établissements publics, notamment les CLSC, des psychologues s'inquiètent de la prise croissante d'infirmières ou d'intervenants non diplômés sur une forme accentuée de relation d'aide qui confine à la thérapie. Devant ces menaces, le discours des psychologues s'infléchit vers une représentation plus sanitaire de la psychothérapie, et donc des problèmes qu'elle aborde, une image qui soutient mieux l'idée qu'il faille en réserver l'usage aux praticiennes dûment qualifiées de la santé. Le changement est assez rapide : alors que, encore en 1985, le périodique de la Corporation des psychologues identifie encore la psychothérapie à une entreprise privée de démedicalisation, le même périodique commence, en 1993, à revaloriser la psychothérapie en milieu hospitalier, en mettant par exemple l'accent sur la réduction des coûts associés à la somatisation, et surtout à consacrer le retour à l'usage de labels sanitaires pour désigner les psychothérapeutes en privé, enrôlés par exemple dans le « Regroupement des psychologues offrant des services de santé²¹ ».

En corollaire, dans les années 1990, des problèmes jugés auparavant « extra-sanitaires » comme l'estime de soi, l'anxiété ou la dépression, qui

²¹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1992, p.26 ; 1993, p.23 ; 1994, p.22 ; 1995, p.20-21, 24 ; 1998, p.15 ; 2001, p.22-23. *Bulletin de la CPTSQ*, 31 (1988) : 10 ; 35 (1989) : 5 ; 43 (1991) : 47 ; *Cahiers du psychologues du Québec*, 5, 2 (février 1984) : 1-2 ; *Psychologie Québec*, 1, 4 (octobre 1984) : 8-9 ; 2, 5 (octobre 1985) : 6-7 ; 3, 1 (janvier 1986) : 1 ; 3, 3 (mai 1986) : 6-7 ; 3, 5 (septembre 1986) : 6-7 ; 3, 6 (novembre 1986) : 1 ; 6, 3 (mai 1989) : 5 ; 7, 2 (mars 1990) : 11 ; 7, 3 (mai 1990) : 3 ; 7, 6 (novembre 1990) : 4, 8-9 ; 10, 1 (janvier 1993) : 5 ; 10, 2 (mars 1993) : 10 ; 13, 3 (mai 1996) : 19 ; 14, 5 (septembre 1997) : 26 ; 15, 2 (mars 1998) : 24.

constituent encore la colonne vertébrale de la pratique psychothérapeutique, subissent la même inflexion sanitaire. Ces changements sont attribuables à diverses conjonctures. D'une part, l'inflexion survient au moment où les services psychologiques hospitaliers, qui offraient naguère, en raison de l'hostilité psychiatrique, des bases bien frêles pour la profession, occupent désormais des positions plus stables, y compris dans des secteurs moins fréquentés par la médecine comme la gériatrie et la réadaptation physique. Bien qu'on y accorde une place aux déficits cognitifs, les troubles affectifs ou de la personnalité appelant une psychothérapie continuent d'alimenter l'essentiel de la pratique : mieux tenues, les positions du réseau de la santé offrent dorénavant une vitrine mieux léchée pour une psychothérapie plus spécifique aux psychologues²².

D'autre part, dans le réseau de la santé, l'attraction des références requiert des psychologues qu'elles emploient des diagnostics à la facture résolument sanitaire, en identifiant les problèmes à l'aide de catégories plus formalisées, plus discrètes et fondées sur une étiologie. Dès 1987, par exemple, des psychologues renouvellent leur description de l'anxiété en des termes diagnostiques très ancrés dans le domaine de la santé, définissant dorénavant, sur la base d'« études épidémiologiques » étasuniennes, les problèmes d'anxiété comme un « trouble » propre au « domaine de la santé mentale » et associé aux névroses²³. S'il n'est pas nouveau que l'environnement propre au réseau de la santé engage à un usage plus ou moins obligé de tels diagnostics, les réformes publique après 1991, parce qu'elles exigent des établissements qu'ils précisent leurs conditions d'admission et de référence, rendent leur usage plus impératif, même auprès des cas de psychothérapie pour lesquels on s'accommodait jusque là de constats plus vagues. Pour les cliniciennes, il est d'autant plus impérieux de s'adapter à ces demandes administratives que ces « cas de psychothérapie » leur sont encore disputés par des médecins : le fait de savoir présenter l'anxiété ou la dépression comme des

²² *Psychologie Québec*, 10, 1 (janvier 1993) : 1 ; 11, 5 (septembre 1994) : 16-19.

²³ *Psychologie Québec*, 4, 2 (mars 1987) : 8-9 ; 10, 1 (janvier 1993) : 1.

« désordres bien identifiés » plutôt que des profils extra-sanitaires flous s'impose donc pour favoriser la référence en psychologie. Enfin, comme les références traversent couramment les frontières entre le réseau public et le marché privé – des patients diagnostiqués au public vont notamment consulter en privé –, l'habitude de baliser les circuits de références en employant ces catégories se répand aussi dans les cabinets privés²⁴.

L'emploi de diagnostics plus formalisés pour décrire les conditions traitées en psychothérapie représente une rupture importante pour les thérapeutes impliquées, qui faisaient jusque là peu usage de ces étiquettes sanitaires. Encore en 1986, un sondage de la Corporation des psychologues révélait que moins du tiers des psychothérapeutes membres posent, au milieu des années 1980, ce genre de diagnostic formel. Leur généralisation, par la suite, doit beaucoup aux efforts de la Corporation / Ordre des psychologues qui, dès le début des réformes publiques, promeut l'usage de grilles formalisées de diagnostic autant en psychothérapie qu'en psychométrie, notamment dans le but de satisfaire les exigences croissantes de tiers payeurs comme la SAAQ. Vers 1995, l'Ordre des psychologues convainc aussi ses membres que l'usage standardisé d'outils sanitaires propres aux psychologues ouvrirait même la porte à un éventuel monopole légal sur la psychothérapie²⁵.

Ce virage vers l'emploi de diagnostics sanitaires formels se manifeste par l'appropriation croissante, par les psychologues, d'un outil particulier, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* publié par l'American Psychiatric Association – le fameux *DSM*, dont l'influente troisième édition révisée paraît en 1987. D'un usage jusque là limité, du moins en dehors de la

²⁴ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1987, p.19; 1990, p.23. *Cahiers du psychologues du Québec*, 3, 6 (1981) : 20 ; 4, 2 (mars 1987) : 8-9 ; *Psychologie Québec*, 9, 2 (mars 1992) : 3 ; 10, 1 (janvier 1993) : 1 ; 11, 5 (septembre 1994) : 16-19 ; 13, 3 (mai 1996) : 21-22 ; 13, 5 (septembre 1996) : 4-5.

²⁵ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1990, p.5 ; 1991, p.5-7 ; 1993, p.22 ; 1994, p.5, 21-22 ; 1995, p.23 ; 1997, p.29. *Psychologie Québec*, 12, 6 (novembre 1995) : 5, 8-9.

psychiatrie, le *DSM* offre un vocabulaire diagnostique riche et conciliant plusieurs approches, et dont les rééditions de 1987 et 1994 s'intéressent plus qu'auparavant aux troubles anxieux ou de la personnalité. L'augmentation rapide du nombre d'occurrences du *DSM* dans les textes, et de son usage en psychothérapie, correspond aussi, dans le temps, à un virage biomédical de l'outil, qui accentue désormais le caractère discret des catégories et une plus ferme séparation du normal et du pathologique. Les cliniciennes y trouvent des taxonomies utiles pour la classification des problèmes rencontrés et se l'approprient de diverses manières, tout en restant fidèles à leurs écoles de pensée respectives : à la fin des années 1980, les formateurs du Centre d'intervention gestaltiste, par exemple, reformulent ainsi leurs propres modèles de diagnostic différentiel des troubles de la personnalité en adaptant les grilles du DSM, tout en préservant l'originalité de leurs propres modalités d'intervention axées sur l'emploi du transfert et du contre-transfert²⁶.

Tenues de faire leur place sur le marché de plus en plus ouvert de la psychothérapie, les psychologues, comme un nombre croissant de travailleuses sociales, adhèrent ainsi à une vision plus sanitaire de la consultation en psychothérapie et des problèmes qui la justifient, ce qui leur permet de mettre en valeur une expertise, un cachet sanitaire qui leur est plus spécifique. D'abord relativement diffuse, cette inflexion sanitaire prend, après 1994, un sens très concret à l'occasion d'une renégociation politique des règles professionnelles.

²⁶ *Psychologie Québec*, 3, 1 (janvier 1986) : 4 ; 4, 2 (mars 1987) : 8-9 ; 6, 1 (janvier 1989) : 16 ; 9, 2 (mars 1992) : 4 ; 10, 1 (janvier 1993) : 13 ; 10, 6 (novembre 1993) : 13 ; 14, 1 (janvier 1997) : 16. Sur l'histoire du DSM, v. Rick Mayes et Alan Horwitz, « DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 3 (2005) : 249-267, et M. Wilson, « DSM-III and the Transformation of American Psychiatry », *American Journal of Psychiatry*, 150, 3 (1993) : 399-410.

La lutte politique pour la psychothérapie

Si elle aide à préciser la position des psychologues dans les établissements publics, la relative sanitarisation de la psychothérapie aide aussi les psychologues présentes sur le marché privé à se distinguer de leurs concurrents non psychologues, qui réalisent aussi des psychothérapies. Ces concurrents sont légion : des travailleuses sociales, mais aussi des ergothérapeutes et des infirmières ainsi que des médecins, des conseillers d'orientation, des psychoéducateurs, des sexologues et une multitude d'individus non associés à une profession reconnue, le titre de psychothérapeute, non réservé par la loi, étant alors disponible au tout-venant ; en 1997, l'Ordre des psychologues estime en fait qu'« entre 4000 et 8000²⁷ » psychothérapeutes pratiquent ainsi sans appartenir à un ordre professionnel. Or, ces concurrents, surtout ceux qui n'appartiennent pas de plain pied au monde de la santé, continuent pour la plupart de s'identifier à une représentation extra-thérapeutique de la psychothérapie²⁸.

C'est sur le marché privé que la concurrence est la plus vive. Il faut dire que, de manière générale, le marché privé des soins non médicaux, tout type de soin confondu, est de manière générale en pleine explosion : de 1975 à 2005, les dépenses privées pour des soins de professionnels non médicaux sont passées, en dollars constants de 2005, de 230 millions à près de 2,9 milliards \$, soit une augmentation de 1142 %. De ce lucratif marché, même s'il est ardu de la quantifier, la psychothérapie emporte une large part²⁹.

Une telle généralisation de la thérapeutique privée, en plus de constituer un enjeu économique considérable, influe sur les politiques de la santé. Aux

²⁷ *Psychologie Québec*, 14, 3 (mai 1997) : 5.

²⁸ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1990, p.23; 1992, p.29. Office des professions du Québec, *Partageons nos compétences*, *op.cit.*, p.19-26. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Programme des personnes présentant une pathologie du système locomoteur*, *op.cit.*, p.5-6. Centre Cardinal-Villeneuve, *Programme des myélopathies*, *op.cit.*, p.13.

²⁹ Luc Bonneville et Jean-Guy Lacroix, *op.cit.*, p.323-324.

prises avec des problèmes budgétaires grandissants, les représentants de l'État se montrent en général favorables à l'externalisation vers le privé des coûts afférents à ces nouvelles demandes de soins, d'ailleurs stimulées en partie par les couvertures élargies des compagnies d'assurance privées. Pour assurer, cependant, la viabilité de ce marché privé, l'État devra remettre à jour le régime d'encadrement des professions pour y inclure les praticiens qui n'appartiennent pas encore à un ordre professionnel. La pratique de la psychothérapie est tout particulièrement visée, mais l'exercice soulève des questions. Le Code de 1974 ayant été conçu pour réserver des actes ou des titres à des groupes professionnels précis et homogènes, il ne prévoit guère de mécanisme pour encadrer la qualité d'actes partagés *de facto* entre plusieurs groupes. Et, surtout, comment étendre l'encadrement des pratiques aux thérapeutes, nombreux, qui n'appartiennent pas à un groupe professionnel couvert par le Code? S'inspirant d'expériences ontariennes, l'Office des professions, après des réflexions menées à l'occasion de la réforme administrative de 1994, suggère deux voies complémentaires. D'une part, pour contourner la rigidité du concept de « champ exclusif », on propose de créer plutôt des « actes réservés », plus pointus et susceptibles d'être partagés entre plusieurs groupes. D'autre part, l'Office propose d'intégrer au régime professionnel les thérapeutes non encore affiliés à un ordre, soit en créant une nouvelle corporation à leur attention, soit en persuadant les ordres existants de les accueillir dans leurs rangs³⁰.

Dans les années 1990, l'Office pilote d'autres dossiers de cette nature, qui créent certains précédents. Hors du secteur sanitaire, l'Ordre des administrateurs agréés, entre 1995 et 1997, accueille dans ses rangs les planificateurs financiers et les conseillers en management qui, en concédant à un ordre le pouvoir de définir leurs normes de formation et de pratique, y gagnent la réserve de leur titre. Plus près de la psychothérapie, l'Office préside aussi, entre 1995 et 2001, à

³⁰ Physio-Québec, 9, 4 (juillet 1992) : 1 ; 18, 5 (été 1994) : 5 ; 19, 4 (avril 1995) : 3 ; 21, 1 (été 1996) : 5. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1995, p.4; 1997, p.5.

l'intégration des membres de deux associations de thérapeutes conjugales et familiales au sein de l'Ordre des travailleurs sociaux : les 335 thérapeutes concernées, si elles ne deviennent pas des travailleuses sociales (elles constituent une classe à part de membres), voient cependant leur titre protégé par l'Ordre qui, en contrepartie, contrôlera l'accès à cette pratique proche du champ d'exercice de ses propres membres³¹.

En 1984, la Corporation des psychologues avait déjà suggéré de réserver le titre de psychothérapeute aux membres accréditées de certaines corporations ; le projet était alors resté lettre morte, tant en raison de l'attentisme de l'Office que des réticences de plusieurs psychologues à officialiser le partage de l'acte psychothérapeutique. Dix ans plus tard, l'enjeu paraît cependant plus pressant : dans un colloque consacré à la question en 1994, plusieurs psychologues s'inquiètent tant de la concurrence accrue des autres groupes que des dérives commerciales ou ésotériques (comme l'usage thérapeutique de la régression dans les vies antérieures, par exemple) d'un marché non encadré. Les psychologues se rallient alors aux promesses de l'Office qui, en échange de la reconnaissance professionnelle de certains groupes comme les sexologues et les psychoéducateurs, fait miroiter une réserve du titre de psychothérapeute aux membres accréditées par certaines corporations³².

La démarche n'est toutefois pas sans péril. Les psychologues veulent par-dessus tout éviter la création d'une nouvelle corporation autonome de « praticiens des relations humaines », menace parfois brandie par les fonctionnaires de l'Office pour accélérer le processus. De 1993 à 1998, au fil de négociations qui

³¹ *Bulletin de la CPTSQ*, 45 (1992) : 3; 53 (1994) : 4 ; *Bulletin de l'OPTSQ*, 57 (1995) : 3; 58 (1995) : 11-14; 59 (1995) : 3 ; 62 (octobre 1996) : 16; 63 (décembre 1996) : 9; 65 (juin 1997) : 9; 67 (décembre 1997) : 3; 70 (septembre 1998) : 1; 74 (septembre 1999) : 3; 82 (automne 2001) : 3; 83 (hiver 2001) : 3 ; *Psychologie Québec*, 14, 6 (novembre 1997) : 20-21.

³² Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1983, p.12; 1985, p.8; 1987, p.5 ; 1992, p.26 ; 1992, p.9-11 ; 1994, p.20-21 ; 1995, p.4, 10-11. *Psychologie Québec*, 1, 4 (octobre 1984) : 2 ; 2, 1 (février 1985) : 2; 2, 2 (avril 1985) : 2; 2, 4 (août 1985) : 2 ; 3, 5 (septembre 1986) : 3 ; 4, 4 (septembre 1987) : 2; 5, 2 (mars 1988) : 1, 6-7.

impliquent d'autres professions intéressées, l'Office et la communauté des psychologues oscillent entre diverses positions. On envisage d'abord de déléguer à une demi-douzaine d'ordres³³ le pouvoir d'accréditer des thérapeutes non membres, mais plusieurs psychologues jugent à la fois peu distinctif et mal contrôlé un pouvoir partagé entre autant d'acteurs. Puis, en 1995-1996, l'exécutif de l'Ordre des psychologues adhère brièvement à une proposition de l'Office d'accueillir dans ses rangs les membres d'associations de sexologues et de psychoéducateurs, mais la proposition est brutalement rejetée en assemblée générale par les membres qui y voient une dévaluation de leur statut professionnel. Ce cul-de-sac ramène à l'avant-plan l'idée d'un mécanisme partagé d'accréditation. À partir de 1996, l'Ordre des psychologues, pourvu d'un nouvel exécutif, change de stratégie : tout en acceptant cette idée, il choisit de faire plutôt porter les discussions sur la définition officielle qu'il faudra bien donner de la psychothérapie pour baliser son encadrement. L'Ordre cherche surtout à contrer ce qui lui paraît être une dilution du concept, accusant l'Office et les autres groupes de « confondre toutes les interventions d'aide [avec] une forme de psychothérapie³⁴ » au risque de miner son caractère distinctif, qui sépare le psychologue du « technicien de la relation d'aide³⁵ ». Tout en acceptant le principe d'un mécanisme partagé d'accréditation, l'Ordre prend ainsi les devants pour imposer une définition plus restrictive de la psychothérapie qui aurait pour effet l'exclusion de certains concurrents.

³³ Celui des psychologues mais aussi des conseillers d'orientation, des ergothérapeutes, des travailleuses sociales, des infirmières et des médecins.

³⁴ *Psychologie Québec*, 13, 4 (juillet 1996) : 10-11.

³⁵ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1998, p.4 ; 1994, p.6 ; 1995, p.4 ; 1997, p.5. *Psychologie Québec*, 10, 2 (mars 1993) : 1-3 ; 11, 2 (mars 1994) : 5 ; 11, 6 (novembre 1994) : 2-3 ; 12, 1 (janvier 1995) : 2, 9, 14 ; 12, 6 (novembre 1995) : 5-7 ; 13, 1 (janvier 1996) : 4-5, 22-25 ; 13, 5 (septembre 1996) : 22-23, 28 ; 13, 6 (novembre 1996) : 9 ; 14, 1 (janvier 1997) : 5 ; 14, 3 (mai 1997) : 4-5 ; 14, 4 (juillet 1997) : 24 ; 14, 6 (novembre 1997) : 20-21 ; 15, 1 (janvier 1998) : 9 ; 15, 3 (mai 1998) : 9 ; 15, 5 (septembre 1998) : 4 ; *Bulletin de l'OPTSQ*, 54 (1994) : 4 ; 64 (février 1997) : 4.

La réflexion à ce sujet est en fait lancée depuis 1994. Un point fort de la stratégie de l'Ordre est de miser sur une définition largement sanitaire de la psychothérapie, qui réfère le plus possible à l'expertise psychologique. C'est en partie la raison pour laquelle, dès le départ, les représentantes psychologues refusent aussi d'associer le dossier de la psychothérapie à la seule question du marché privé, insistant pour y inclure le thème de la pratique hospitalière. Cette précaution a le double objectif de faire profiter la pratique publique d'une éventuelle valorisation du champ et d'ajouter à la définition de la psychothérapie un élément susceptible d'exclure les usages non proprement sanitaires. En 1995, un membre proposait déjà d'inclure à la future définition des éléments sanitaires distinctifs comme l'évaluation de la personnalité, la psychopathologie et les tests projectifs, entendu que « seuls les psychologues peuvent réunir toutes ces habiletés³⁶ ».

On cherche ainsi divers moyens de rendre la future définition la plus dépendante possible de la figure du psychologue. L'entreprise est toutefois rendue difficile par la très grande variété d'approches qui prévaut parmi les psychologues elles-mêmes : à un certain moment, même une définition minimaliste mettant l'accent sur l'usage de l'échange verbal est contestée par une minorité de psychologues adeptes de la bioénergie (qui passe par le toucher) ou de la psychothérapie par l'art, ou encore par des praticiennes spécialisées auprès des sourds-muets. Pour s'assurer d'une définition taillée sur mesure pour la profession, on prend finalement le parti de définir la psychothérapie par son ancrage obligé dans les « théories scientifiques concernant le fonctionnement psychologique », ce qui justifie notamment l'exigence d'un niveau de scolarité de

³⁶ *Psychologie Québec*, 12, 1 (janvier 1995) : 16 ; 11, 5 (septembre 1994) : 22-23. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1995, p.4 ; 2000, p.5.

maîtrise qui exclut un certain nombre de concurrents, y compris des sexologues et des psychoéducateurs³⁷.

Au final, après maintes discussions, la formule adoptée est bien celle d'une réserve du titre de psychothérapeute aux praticiennes, membres ou non d'un ordre, qui obtiennent l'accréditation d'un des six ordres désignés, à charge cependant que leur pratique corresponde à la définition âprement négociée par l'Ordre des psychologues. Cette définition officielle présente la psychothérapie comme « un processus interactionnel structuré qui, fondé sur un diagnostic, vise le traitement d'un trouble de santé mentale à l'aide de méthodes psychologiques reconnues » : on voit, à la référence aux « méthodes psychologiques » mais surtout à l'emploi désormais obligatoire d'un « diagnostic » de « santé mentale », que les psychologues, en échange de leur acquiescement, ont bien obtenu la réserve du titre de psychothérapeute, non pas à leur seule fin, mais tout de même aux seuls thérapeutes qui se conforment à l'image distinctive d'une pratique clairement thérapeutique ancrée dans l'emploi de diagnostics sanitaires. En 1998, l'Office obtient officiellement du gouvernement le mandat de déléguer aux ordres concernés des pouvoirs d'accréditation, que cette définition rend toutefois inapplicables à bon nombre de concurrents qui, en principe, ne pourront plus se dire psychothérapeutes. Par leur pression à la sanitarisation des problèmes menant en psychothérapie, les psychologues s'assurent ainsi de peser désormais plus lourd sur l'accès au titre de psychothérapeute.

³⁷ *Psychologie Québec*, 10, 3 (mai 1993) : 4; 10, 5 (septembre 1993) : 5; 10, 6 (novembre 1993) : 5-6; 11, 1 (janvier 1994) : 5; 11, 4 (juillet 1994) : 5; 12, 1 (janvier 1995) : 2-3, 16; 14, 6 (novembre 1997) : 23-26.

Une comparaison : la physiothérapie et la réforme des médecins douces

Les psychologues, en s'adossant à une représentation sanitaire de la psychothérapie, infléchissent ainsi jusqu'à son emploi par les autres thérapeutes - à terme, par exemple, cette pression à la sanitarisation contribue à généraliser l'usage du DSM à d'autres groupes, comme les sexologues³⁸. Le dossier de la psychothérapie n'est cependant qu'un épisode dans la vaste entreprise de rebrassage des cartes du régime professionnel dans laquelle s'est lancé l'Office des professions, dont l'objectif est d'intégrer au régime professionnel le vaste ensemble des pratiques concrètes dont la diffusion, depuis 1974, a débordé les frontières professionnelles établies. C'est pourquoi l'Office s'attarde aussi au marché des diverses thérapies physiques qui privilégient le toucher, un secteur où ce sont, cette fois, les physiothérapeutes qui côtoient une panoplie de concurrents, allant des chiropraticiens et des acupuncteurs à d'autres acteurs aux titres et diplômes moins définis. Depuis le milieu des années 1980, ces thérapeutes se multiplient au point de s'imposer aux physiothérapeutes comme des concurrents désormais plus redoutables que les physiatres.

Comme on l'a vu, le marché privé de la thérapie physique est analogue à celui de la psychothérapie en ce qu'un grand nombre d'approches partageant un même fondement, l'emploi du toucher à des fins thérapeutiques, s'y sont disséminées par le biais de formations privées à un vaste éventail d'intervenants dont seulement une fraction appartient à un ordre professionnel. Comme dans le cas de la psychothérapie, le poids croissant de ce marché pousse l'Office à étendre le régime professionnel à un certain nombre d'actes communs à divers acteurs ; assez tôt, d'ailleurs, le ministre de la Justice, responsable de l'Office des

³⁸. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 2000, p.6. *Bulletin de l'OPTSQ*, 65 (juin 1997) : 9; 70 (septembre 1998) : 1 ; 74 (septembre 1999) : 3 ; *Psychologie Québec*, 15, 6 (novembre 1998) : 19.

professions, fait valoir les parallèles entre les dossiers de la psychothérapie et des thérapies physiques faisant appel au toucher³⁹.

Le marché de la thérapie physique diffère cependant de celui de la psychothérapie à d'autres égards, et offre donc un point de vue différent sur les réformes de l'Office et leur signification pour les paramédicales étudiées ici. D'une part, il n'est pas question, dans ce dossier, d'accentuer la portée sanitaire des actes posés puisque tous les acteurs en cause se présentent déjà comme des thérapeutes au sens plein, ce qui enlève à l'étiquette sanitaire son éventuel potentiel de distinction.

D'autre part, alors que les psychologues entendent utiliser les réformes de l'Ordre pour défendre ce qu'elles considèrent être le château fort de leur profession, les physiothérapeutes cherchent plutôt à officialiser leur emploi de modalités relativement nouvelles pour elles, et que leurs plus sérieux concurrents, les chiropraticiens, considèrent comme leurs propres plates-bandes. À certains égards, en effet, ce sont les physiothérapeutes qui défient sur leur terrain des groupes qui, et c'est une autre différence, disposent eux aussi de privilèges professionnels : les chiropraticiens disposent en effet depuis 1974 d'un monopole exclusif sur le contenu de leur pratique, dont des physiothérapeutes ne se sont approchées que par la suite en s'initiant à la thérapie manuelle et, par elle, à des actes contestés comme la manipulation des vertèbres cervicales. On pourrait en dire autant des acupuncteurs, avec qui le litige a toutefois moins d'ampleur : pourvus depuis 1994 de leur propre ordre professionnel, ceux-ci ne sont concurrencés que depuis peu par des physiothérapeutes initiées à l'usage des aiguilles. Pour les physiothérapeutes, le projet de l'Office apparaît donc comme une occasion de faire confirmer la reconnaissance d'une expertise récente ; l'occasion est d'autant plus belle que l'Office, étant donné la dangerosité des modalités en cause, entend octroyer non pas la seule réserve d'un titre mais plutôt

³⁹ Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1995, p.4; 1997, p.5. *Psychologie Québec*, 9, 4 (juillet 1992) : 1.

le monopole partagé d'actes comme les manipulations cervicales et l'introduction d'aiguilles sous le derme. De 1998 à 2003, l'Ordre des physiothérapeutes, en participant à ce partage, confirme le droit légal de ses membres d'occuper le secteur. Il fait notamment entériner par l'Office l'idée que la définition de la thérapie manuelle inclue bel et bien l'usage de manipulations cervicales, malgré la farouche opposition de l'Ordre des chiropraticiens qui, en 2000, conteste en vain cette interprétation jusqu'en Cour suprême⁴⁰.

Une autre particularité du marché de la thérapie physique est de compter un nombre notable de praticiens dotés d'une formation technique, soit les techniciens de réadaptation physique (TRP) dont l'Ordre des physiothérapeutes se défie depuis de longues années. Parce que l'Office veut intégrer ces techniciens au régime professionnel, la réforme offre à l'Ordre l'occasion d'en assurer désormais l'encadrement en les accueillant dans ses propres rangs. Proposée par l'Office lui-même, cette intégration est finalement réalisée en 2003, faisant des TRP une classe à part (certaines diront de seconde classe) au sein de l'Ordre. L'Ordre, encore une fois, y trouve là une occasion, celle de clarifier et de redéfinir la division des rôles entre physiothérapeutes et techniciennes. En échange de l'intégration, qui assure aux TRP un statut professionnel certifié, l'Ordre inscrit ainsi dans les règles professionnelles le principe d'une subordination plus claire des TRP, qui devront réduire leurs prétentions à évaluer en se limitant aux patients référés et déjà diagnostiqués par les physiothérapeutes, qui se réservent avec plus d'assurance les cas les plus qualifiants. Malgré la réticence croissante des représentants des TRP à partir de 1998, des négociations avec les cégeps finissent

⁴⁰ Plus précisément, l'Ordre des chiropraticiens perd sa cause en Cour d'appel avant de voir sa demande de renvoi rejetée par la Cour suprême. Il s'agit d'un épisode décisif dans une lutte qui oppose les chiropraticiens et les physiothérapeutes à l'échelle canadienne, et qui est particulièrement dure en Ontario, v. Ruby Heap, *loc.cit.* Rapport annuel de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, 1976, p.10 ; 1977, p.17 ; 1984, p.19 ; 1985, p.7 ; 1986, p.4-5, 17 ; 1987, p.4-5 ; 2000, p.3, 12 ; 2001, p.7, 10 ; 2004, p.5. *Physio-Québec*, 1, 4 (mars 1976) : 10 ; 2, 4 (septembre 1977) : 7 ; 4, 1 (mars 1979) : 1-2 ; 4, 2 (août 1979) : 2 ; 12, 3 (septembre 1987) : 7 ; 12, 4 (décembre 1987) : 13 ; 14, 3 (décembre 1989) : 5 ; 16, 1 (été 1991) : 15 ; 21, 4 (printemps 1997) : 9. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire de la CPPQ sur l'avant-projet de loi modifiant le Code des professions*, *op.cit.*, p.11, 13.

d'ancrer ces changements dans une révision du contenu de la formation technique⁴¹.

En introduisant de nouvelles manières d'encadrer l'activité professionnelle, par la définition d'actes réservés partagés et l'intégration ou l'accréditation par les ordres d'individus jusque là en marge du régime, l'Office offre aux paramédicales présentes sur le marché privé une rare opportunité de faire entériner par la loi certaines de leurs nouvelles revendications. Aux psychologues, l'épisode permet d'imposer à tous une sanitarisation de la psychothérapie, déjà entamée et à laquelle des travailleuses sociales s'étaient elles aussi adossées, et qui, pour elles, se révèle surtout favorable au raffermissement de positions professionnelles désormais bien arrimées à la santé. Les physiothérapeutes, elles, y gagnent la reconnaissance d'une expertise en thérapie manuelle que d'autres leur disputaient encore, en plus de voir leur ordre affermir sa prise sur les concurrents TRP.

Les enjeux, divers, en sont de définition : définition de la psychothérapie, de la thérapie manuelle, déni aux TRP du droit de diagnostiquer et donc de définir eux-mêmes la nature des problèmes rencontrés en clinique. Comme les orthophonistes, ergothérapeutes et neuropsychologues qui, par l'implantation de catégories neuves, ont renouvelé leur rôle en redéfinissant leurs objets d'intervention, les paramédicales psychosociales et les physiothérapeutes s'emploient elles aussi, quoique sur un champ de bataille différent, à se tailler une place par l'obtention du pouvoir de définir leur propre pratique.

Pour plusieurs travailleuses sociales et psychologues, cette démarche passe par la consolidation d'une identité sanitaire demeurée jusque là ambivalente. Les travailleuses sociales en milieu de santé stabilisent ainsi l'équilibre entre leurs

⁴¹ Rapport annuel de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, 2000, p.4; 2001, p.7; 2002, p.5; 2003, p.7; 2004, p.4. *Physio-Québec*, 9, 4 (novembre 1984) : 3-4; 19, 2 (décembre 1994) : 9; 19, 4 (avril 1995) : 3 ; 22, 3 (hiver 1998) : 5-6. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *Commentaires présentés au ministre de l'Éducation dans le cadre du forum de consultation sur l'avenir de l'enseignement collégial, op.cit.*, p.2-4.

tâches cliniques et logistiques, celles-là permettant plus clairement d'alimenter celles-ci. Aux psychologues, la re-sanitarisation de la psychothérapie offre une chance d'affermir leur prise sur des problèmes personnels que les innovations des années 1970 et 1980 avaient pourtant aidé à prendre en charge sous un visage démedicalisé.

En réadaptation physique comme dans le secteur psychosocial, les paramédicales se taillent ainsi une place de thérapeutes à part entière en s'arrogeant le pouvoir de définir elles-mêmes, en termes distinctifs, l'objet de leurs interventions. Il reste maintenant, pour compléter notre tour d'horizon, à voir comment s'incarne cette même aspiration dans les secteurs moins convenus de l'expertise technique.

CHAPITRE 16

DÉBORDER LES MACHINES : UNE ASPIRATION AMBIGUË

De 1940 à 2005, les professionnelles de la réadaptation physique et de l'intervention psychosociale s'appuient sur leur aptitude à identifier elles-mêmes des problèmes chez les personnes qu'elles rencontrent. Les professions d'appareillage, à l'exception des audiologistes, occupent une position plus ambiguë à cet égard. D'un côté, leur expertise la plus distinctive concerne la connaissance des machines plutôt que des personnes, dont l'évaluation est attendue de tiers, souvent des médecins. De l'autre, bien que cette dépendance envers les médecins soit bien assumée, leurs meilleures chances de promotion professionnelle leur paraissent souvent passer par la conquête d'un rôle laissant plus de place à un contact évaluatif et directement thérapeutique avec le patient.

Ces aspirations, plus classiquement professionnelles, répondent en partie à une menace de déqualification. Les audioprothésistes ont ainsi déjà étendu leur capacité d'évaluation pour préserver leur autonomie face aux directives des audiologistes et leurs prétentions à intégrer la prothèse à leurs propres visées de réadaptation. En parallèle, des inhalothérapeutes, menacées de substitution par des infirmières, ont étendu leur pratique à de nouvelles fonctions comportant soit un contact direct avec le patient, soit un rôle évaluatif lié à l'emploi thérapeutique des machines.

Après 1985, la filière audiolgogique prend en effet une importance considérable en s'étendant à de nouvelles clientèles. Les audiolgogistes de certains hôpitaux mais surtout de centres de réadaptation auditive qui, comme l'Institut Raymond-Dewar et l'Institut des sourds de Charlesbourg, se consacraient originellement aux enfants, commencent à s'intéresser davantage à la clientèle adulte souffrant d'une surdité attribuable à l'âge, ou « presbyacousie ». La présence audiolgogique sur ce marché croît rapidement : l'Institut Raymond-Dewar, par exemple, voit exploser sa clientèle des « devenus sourds » dont le nombre passe de 30 à pas moins de 507 entre 1983 et 1985, pour encore exploser de 200 % entre 1985 et 1989. Il s'agit là pour ces centres d'une clientèle relativement nouvelle, « un groupe-cible méconnu » au diagnostic duquel l'Institut consacre plus d'effort, de personnel et d'équipement de diagnostic différentiel – par exemple par la recherche de pertes auditives bilatérales similaires, un trait classique de la presbyacousie².

Après 1985, cette intensification des pratiques diagnostiques se double d'un travail de sensibilisation auprès de la clientèle âgée, une œuvre de prospection menée par des audiolgogistes avec l'aide d'établissements publics de santé communautaire comme les CLSC et les DSC. De 1985 à 1988, par exemple, une praticienne de l'Institut des sourds de Charlesbourg, soutenue par le DSC de l'hôpital Enfant-Jésus, lance un programme pilote de dépistage des problèmes auditifs auprès de centres d'hébergement pour personnes âgées de la région et l'on assiste, en 1992, à l'apparition d'activités similaires à l'Institut Raymond-Dewar.

² Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Institut des sourds – Jean Chabot », lettre de Y. Lauzon à T. Mulcair, 10 mars 1989; dossier « RAMQ – Correspondance », lettre de J. Bougie à J. Rochon, 1^{er} juin 1995. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, OAQ, 1990, p.9-12 ; *Mémoire à la Commission d'enquête...*, *op.cit.*, p.27-29. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiolgogistes...*, *op.cit.*, p.109-110.

En débordant leur clientèle infantile ou de surdité professionnelle pour s'adresser aux personnes âgées, ces audiologistes s'approprient une population qui jusque là était surtout desservie par le doublet ORL / audioprothésiste. Les audiologistes, surtout en centres de réadaptation, justifient cette incursion en se réclamant du discours fonctionnel pour décrire les pertes auditives des personnes âgées comme un « handicap de communication » qui déborde la seule évaluation audiométrique et devrait faire l'objet d'une adaptation thérapeutique, qui inclut de nouveaux objets comme l'apprentissage de stratégies alternatives de communication ou la prise en compte de l'anxiété provoquée par la perte de perception des bruits environnants. En « port[ant] davantage attention à l'évaluation du handicap de communication vécu... qu'à la déficience auditive en tant que telle³ », ces audiologistes valorisent des pistes d'intervention qui minimisent ou dévaluent le recours à la prothèse auditive (et à l'audioprothésiste) au profit d'outils alternatifs comme l'emploi de stratégies (lecture labiale, etc.) ou d'aides techniques autres que la prothèse⁴.

Cette captation d'une part de la clientèle âgée est très mal accueillie par la majorité des audioprothésistes, dont 80% de la clientèle appartient à la tranche des personnes de plus de 60 ans. Bien qu'il ne change rien au fait que les patients doivent, en principe, passer par l'audioprothésiste pour obtenir une prothèse, un passage par l'audiologiste pourvoit les patients de prescriptions trop détaillées au goût du prothésiste, surtout si de surcroît elles minimisent l'utilité des prothèses

³ Pauline Bélanger, *op.cit.*, p.22.

⁴ *Ibid.*, p.38 ; v. p.i, 1-8, 22-29, 53-54. Institut des sourds de Charlesbourg, *Sous-programme s'adressant aux organismes desservant une clientèle de personnes âgées ayant des problèmes d'audition*, Charlesbourg, ISC, 1988, p.3-10, 14-18. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Réponse à l'OPQ*, *op.cit.*, p.54 ; *Mémoire présenté au MSSS*, *op.cit.*, 1992, p.8.

ou en modifient suffisamment la fonction pour que l'audiologiste s'attribue un droit de refus et la responsabilité d'assurer un suivi.

L'incursion audiologique est d'autant plus malvenue qu'elle survient à une époque de forte consolidation du marché de la prothèse, qui fragilise la position économique de plusieurs audioprothésistes et avive les sensibilités. Cette consolidation commence au milieu des années 1980 : alors que, en 1985, près de la moitié des nouveaux diplômés ouvrent leur propre bureau dès leur première année d'activité, cette proportion tombe à moins de 20% entre 1988 et 1991, la plupart devenant désormais employés dans les bureaux existants, dont certains deviennent de plus en plus gros. Après 1992, le marché est dominé par une bannière importante, le groupe Forget-Parent qui, en 1999, représente 30% des ventes de prothèses au Québec, grugeant les ventes des bureaux plus petits, eux-mêmes poussés à s'associer à de plus gros ensembles, ou encore à croître afin d'internaliser diverses activités de production comme la fabrication de coques ou d'embouts. Après 1995, le marché s'est tellement resserré que l'Ordre des audioprothésistes, qui auparavant s'inquiétait de son effectif trop réduit, s'objecte désormais au souhait du cégep de Rosemont d'augmenter le nombre de diplômés⁵.

Face à la menace audiologique soutenue par les établissements publics, l'Ordre des audioprothésistes intensifie ses doléances contre le « dirigisme » des organismes publics et tout particulièrement de l'OPHQ. Responsable de la

⁵ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Correspondance OAQ / Cégep de Rosemont », lettre de G. Tremblay à D. Garcia, 10 mars 1995, lettre de C. Forrest à R. Lavertu, 13 mars 1998, lettre de R. Lavertu à C. Forrest, 20 mars 1998; dossier « Association professionnelle des audioprothésistes du Québec », lettre de P. Vallée à J.-P. Beltrami, 25 août 1998, lettre de P. Vallée à l'OAQ, 30 septembre 1998, lettre de C. Forest à P. Vallée, 12 janvier 1999. Cégep de Rosemont, *Techniques d'audioprothésie*, 1986, p.12-13; *Audioprothésie*, 1988, p.9; 1989, p.17; 1990, p.4-7; 1992, p.15-16, lettre de G. Martin à D. Garcia, 25 janvier 1991, lettre de D. Garcia à Y. Lauzon, 4 février 1991 (reproduites en annexe). Georges Tanguay, *Analyse du caractère concurrentiel du marché des prothèses auditives au Québec*, Québec, OAQ, 1999, p.1-2. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Réponse à l'OPQ*, *op.cit.*, p.54 ; *Mémoire présenté au MSSS*, *op.cit.*, p.8.

couverture publique des aides techniques en plus de traiter certaines demandes de prothèses, l'OPHQ réfère en effet aux établissements publics ses demandes d'évaluations des besoins auditifs, générant ce que l'Ordre des audioprothésistes appelle « un réseau de référence inacceptable⁶ » qui attribue aux audiologistes la réalisation de tests et de suivis que les audioprothésistes voudraient assurer. Dans la foulée, plusieurs audioprothésistes se plaignent, en 1990-1991, de ce que l'OPHQ et des établissements publics favorisent aussi les bureaux d'audioprothésiste qui « ne chargent pas de surplus⁷ » (par rapport à la couverture publique), contribuant à casser les prix.

Se confirme ainsi la rivalité entre les audioprothésistes, qui défendent leur monopole privé sur la pose et l'ajustement de prothèses, et les audiologistes, qui s'adosent au cadre public pour étendre leurs activités. Cette polarisation, après 1985, est accentuée par la diffusion d'innovations techniques qui modifient une pratique largement fondée sur l'usage des machines. C'est le cas, par exemple, de la généralisation de l'appareillage dit binaural, qui comporte l'emploi coordonné de deux prothèses à la fois, une par oreille. Peu répandue en 1980, cette modalité plus coûteuse en vient à représenter près des deux tiers des appareillages en 1993,

⁶ Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux*, op.cit., p.5-8 ; *Mémoire à la Commission d'enquête...*, op.cit., p.23 ; *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées*, op.cit., p.2, 10-11 ; *Réponse à l'OPQ*, op.cit., p.67-70 ; *Mémoire présenté au MSSS*, op.cit., p.3-6, 14. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Association d'oto-rhino-laryngologie », lettre circulaire de Y. Dugré aux ORL, 25 janvier 1988; dossier « Conflit interprofessionnel », lettre de M. Hickson à S. Rainville, 7 juin 1990.

⁷ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Plainte contre l'IRD et l'OPHQ », procès-verbal d'une rencontre avec les audioprothésistes de la région ouest, 4 mai 1990 ; lettre de J.-G. Villeneuve à M.-Y. Coté, 15 juin 1990, lettre de S. Rainville à N. Moreno, 13 juillet 1990, lettre de S. Forget à S. Rainville, 25 juillet 1990, lettre de J. Labrèche à N. Moreno, 12 septembre 1990, lettre de M.-Y. Coté à J.-G. Villeneuve, 15 octobre 1990, lettre de N. Moreno à S. Rainville, 28 novembre 1990, lettre de S. Rainville à G. Perreault, 10 juin 1991 ; dossier « Ingérence et dirigisme », lettre de Y. Lauzon à C. Desjardins, 22 janvier 1990, lettre de R. Deshaies à Y. Lauzon, 16 février 1990.

malgré les réticences de la RAMQ qui refuse d'en assurer la couverture. Ce refus donne lieu à un fort lobby des associations de patients qui somment l'État d'élargir ses critères de remboursement de l'appareillage binaural. Dans cette lutte, l'Ordre des audioprothésistes, qui défend la généralisation de l'appareillage binaural depuis 1978, soutient ces demandes tout en exigeant du même souffle qu'il revienne au prothésiste de « déterminer... le droit à une deuxième prothèse auditive⁸ » plutôt que de voir attribuée cette responsabilité aux audiologistes.

À partir de 1996, l'Ordre cherche à couper l'herbe sous le pied des audiologistes en adoptant lui-même un langage proche de la réadaptation. Décrivant l'appareillage binaural comme un « important outil d'habilitation », il suggère que les audioprothésistes pourraient eux aussi faire acte d'« habilitation » si on les investissait du pouvoir de prescrire seuls un tel outil à leurs patients⁹.

Cette revendication, jusque là inusitée chez les audioprothésistes, illustre la forte pénétration de la perspective fonctionnelle des audiologistes, qui interdit de limiter l'intervention au seul appareillage. Cette perspective prend cependant un sens différent selon les acteurs car, pour les audiologistes, elle doit au contraire exclure les audioprothésistes de la prise de décision. En 1994, un audiologiste de l'Université de Montréal précise pour sa part, en s'appuyant sur des études étasuniennes, que les cas échappant en fait à la grille fonctionnelle « seraient

⁸ Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées*, op.cit., p.13, 15-18; *Mémoire présenté à l'OPQ*, Québec, OAQ, 2002, p.7-10.

⁹ Ordre des audioprothésistes du Québec, *Commentaires préliminaires face aux mesures de rationalisation envisagées par le MSSS pour le programme des aides auditives*, Québec, OAQ, 1996, p.2, 6-8. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, procès-verbaux de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 13 décembre 1978, 30 mars 1979, 15 mai et 16 mai 1982. Association professionnelle des audioprothésistes du Québec, *Mémoire présenté au MSSS sur le projet de règlement sur les aides auditives en vertu de la Loi de l'assurance-maladie du Québec*, APAQ, 1993, p.7-8, 11. Association québécoise pour les enfants souffrant de perte auditive, *Commentaires. Règlements sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie*, AQEPA, 1993, p.6.

l'exception plutôt que la règle » et que la plupart des cas requerraient un support à l'« adaptation », ce qui implique cette fois, selon lui, de confier à l'audiologiste un rôle privilégié « d'identification des besoins et de contrôle de la qualité dans la fourniture des aides auditives¹⁰ ».

Tout au long des années 1990, en fait, cette vision de la déficience auditive sous-tend une vigoureuse offensive politique de la part d'établissements publics et des représentantes des audiologistes; ce sont les retombées de ce lobby agressif que l'Ordre des audioprothésistes cherchera à atténuer en se réclamant lui-même de l'approche fonctionnelle. Dès 1990, les relations déjà difficiles entre l'Ordre des audioprothésistes et la Corporation des orthophonistes et des audiologistes se tendent encore plus du fait que les représentantes audiologistes veulent modifier les programmes de couverture publique pour y accroître le poids des suivis audiologiques, tout en diffusant dans les médias une critique féroce des audioprothésistes jugés inaptes à réaliser le vrai « diagnostic différentiel » des besoins, fonctionnels, du patient. En 1993, l'Institut Raymond-Dewar mandate deux audiologistes de l'Université de Montréal, dont un opposant de longue date à l'autonomie des prothésistes, pour produire un avis sur « la contribution audioprothétique telle qu'elle devrait s'inscrire [en] pratique de réadaptation », un document qui propose de consacrer à la fois le virage des centres publics vers la clientèle âgée et la prétention des audiologistes à ce qu'une approche fonctionnelle entraîne de leur part un contrôle plus serré « des moyens techniques que sont les aides auditives¹¹ ». Ces propositions, adressées au MSSS et à la

¹⁰ Michel Picard et Jean-Pierre Gagné, *Articulation des activités audiologiques et audioprothétiques dans l'attribution des aides auditives*, Montréal, IRD, 1994, p.5-6, 10.

¹¹ *Ibid.*, p.1-3; Michel Picard et Jean-Pierre Gagné, *Rôles des intervenants de l'audiologie et de l'audioprothèse en réadaptation auprès des personnes avec problème auditif*, Montréal, IRD, 1994, p.1. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Demande d'un comité pour la formation universitaire », lettre de L. Cloutier et al à G. Tremblay et S. Gagnon, 13 mars 1995; dossier « Campagne de diffamation et de désinformation auprès du

RAMQ, pour un « arrimage » de l'audioprothèse au cadre évaluatif de l'audiologie font vivement réagir les audioprothésistes dont elles menacent ultimement de briser le rempart privé pour les incorporer directement à des équipes de réadaptation où les attend une position de technicien. À ceux qui en doutent, d'ailleurs, continue de s'imposer la figure du prothésiste salarié de l'Institut des sourds de Charlesbourg qui, encore au début des années 1990, y remplit son office en réalisant les prescriptions de l'audiologiste, tandis que l'Ordre des audioprothésistes cherche à faire abolir l'encombrant privilège¹².

Dès 1986, en fait, un lobby d'audiologistes et d'instituts des sourds avait déjà piloté un tel projet d'étatisation de l'audioprothèse, qui avait alors été torpillé par une campagne de l'Ordre des audioprothésistes soutenue financièrement par un bureau privé; en 1993, c'est cette menace que ravive le document commandé par l'Institut Raymond-Dewar, d'autant plus sérieusement que s'y s'ajoutent d'autres avis parallèles, dont l'un invoque l'exemple du Canada anglais, où la fourniture de prothèses auditives est déjà insérée au champ audiologique¹³.

Cette menace sans précédent de déqualification, soutenue toute entière par les visées englobantes de l'évaluation audiologique fonctionnelle qui subordonne la prothèse à des fins thérapeutiques, témoigne de l'ambiguïté de la position des audioprothésistes : si ceux-ci doivent conjurer la menace en valorisant leur aptitude à évaluer les « besoins des clients », il leur reste difficile de s'engager

public », transcription de l'émission *Tout compte fait*, 12 février 1990; dossier « Communiqué aux membres, 1990-1993 », communiqué de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 4 janvier 1993.

¹² Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées*, *op.cit.*, p.14.

¹³ Élisabeth Têtu, *op.cit.*, p.1-6, 12-13. Pierre H. Bergeron, *op.cit.*, p.35. Jean-Pierre Beltrami, *op.cit.*, p.25-28. Ordre des audioprothésistes du Québec, *L'urgence d'agir maintenant*, Québec, OAQ, 1991, p.2-4, 9; *Mémoire au ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux*, *op.cit.*, p.1-2.

aussi loin dans cette voie que les audiologistes sans y délaissier leur compétence la plus distinctive, soit la connaissance des machines. Pour tenir son rang dans un monde de la santé à la logique professionnelle têtue, l'Ordre des audioprothésistes se sent tout de même tenu, de 1990 à 2005, de privilégier une représentation de la profession axée sur l'évaluation des personnes et qui minimise, par moments, les facettes techniques de l'audioprothésie. En 1988, l'Ordre demande ainsi au cégep de Rosemont de rebaptiser le programme de « Technique d'audioprothésie » en un programme d'« Audioprothésie » tout court; en 1994, un congrès organisé par l'Ordre a pour thème « Notre profession, plus que des prothèses ». Surtout, à partir de 1992, l'Ordre use dans ses documents du vocabulaire fonctionnel pour vendre l'idée que « l'élément clef dans l'accomplissement [du] travail [de l'audioprothésiste] est sa relation avec le malentendant afin de bien évaluer les problèmes de communication¹⁴ », et que cela rend donc déjà son action assez englobante pour qu'« en audioprothèse, la notion de prescription ou de recommandation ne [puisse] s'appliquer¹⁵ ».

Cette stratégie se veut une réponse aux prédilections du réseau public pour le style professionnel, mais elle n'en comporte pas moins des limites. En effet, il reste que la formation des audioprothésistes est avant tout technique tandis que les audiologistes, titulaires de maîtrises, sont rompues et associées depuis plus longtemps aux langages englobants et aux extensions du discours fonctionnel. Les glissements, du moins par le discours, de l'Ordre des audioprothésistes vers

¹⁴ *Mémoire présenté au MSSS, op.cit.*, p.9.

¹⁵ Ordre des audioprothésistes du Québec, *Document d'orientation, op.cit.*, p.2-3, 5, 7. V. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées, op.cit.*, p.9-12 ; *Réponse à l'OPQ, op.cit.*, p.57-58 ; *Mémoire présenté à l'OPQ, op.cit.*, p.4-5 ; *Commentaires préliminaires..., op.cit.*, p.7 ; *L'urgence d'agir maintenant, op.cit.*, p.7. Syndicat professionnel des audioprothésistes du Québec, *op.cit.*, p.2-3. Cégep de Rosemont, *Audioprothésie*, 1988, p.11-12. Louise Landry-Boudreau et Louis Sauvé, *op.cit.*, p.32. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « RAMQ – Correspondance », lettre de S. Forget à G. Tremblay, 5 octobre 1993.

des revendications analogues à celles des audiologistes, si elles doivent assurer une meilleure position dans la définition des besoins du patient, ne font rien pour la revalorisation des compétences proprement techniques qui sont propres à la profession. À court terme, du moins, elles suffisent mal à endiguer l'offensive politique dont le groupe est l'objet.

Le fait est que, sur le terrain, l'avancée de l'optique fonctionnelle se manifeste par l'apparition, souvent à l'initiative d'audiologistes, de nouvelles modalités sur lesquelles, contrairement à la pose et l'ajustement des prothèses, les audioprothésistes n'ont ni monopole légal, ni, parce qu'ils en sont absents, de prise dans les établissements publics. L'une de ces modalités est l'usage, qui se généralise, d'aides techniques distinctes de la prothèse comme des décodeurs de télévision. Dans le réseau public, ces aides, prescrites en audiologie, sont jumelées à l'apprentissage de stratégies destinées à réduire l'usage de prothèses proprement dites ; lorsque utilisées, les prothèses elles-mêmes y sont également insérées à une logique de réadaptation, comme une modalité parmi d'autres. Pour cette raison, l'Ordre des audioprothésistes avait accueilli avec froideur, en 1985, le programme de l'OPHQ pour le financement public des aides techniques, qualifiées de « gadgets... qui deviennent inutiles lorsqu'une prothèse peut être ajustée¹⁶ ». Dès 1992, cependant, la demande croissante alimentée par le secteur public pousse des audioprothésistes à en vendre eux-mêmes et à contribuer à leur généralisation, menant l'Ordre à changer son fusil d'épaule¹⁷.

¹⁶ Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission...*, *op.cit.*, p.19-21.

¹⁷ Cégep de Rosemont, *Audioprothésie*, 1990, p.3-4; 1992, lettre de G. Martin à D. Garcia, 25 janvier 1991; lettre de D. Garcia à Y. Lauzon, 4 février 1991 (reproduites en annexe). Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées*, *op.cit.*, p.32-33 ; *Mémoire présenté au MSSS*, *op.cit.*, p.8, 12-13. Association professionnelle des audioprothésistes du Québec, *op.cit.*, p.9.

Or, de 1990 à 1993, sous l'influence de technologies nouvelles issues de l'industrie, le concept même d'aide technique mute, et s'étend vers le concept plus flou des « aides de suppléance à l'audition » ou ASA. Ce glissement inspire à des audioprothésistes la crainte d'un futur embrouillement des frontières séparant la prothèse auditive, réservée à l'audioprothésiste, de l'aide technique qui ne l'est pas, ce qui laisse craindre une dilution du monopole audioprothétique. La crainte est fondée. En effet, si la prothèse auditive peut-être définie comme un amplificateur portatif, le concept d'ASA recouvre une évolution des aides techniques vers une forme d'amplification non portative, destinée à faciliter la discrimination auditive du patient par l'amplification ciblée d'une source de bruit particulière. Dans le cas de la télévision, par exemple, il s'agirait, plutôt que d'installer une aide technique classique comme un décodeur, de brancher une voie d'amplification ciblée qui transmet directement à la personne malentendante. Associée aux aides techniques par son emploi, l'ASA introduit donc une modalité proche de la prothèse mais non sujette au monopole légal de l'audioprothésie ; qui plus est, un usage judicieux d'une ou plusieurs ASA peut réduire ou modifier le besoin du patient pour une prothèse proprement dite, rendant cette dernière sujette aux directives de l'audiologiste prescripteur d'ASA¹⁸.

Favorisées par la reformulation des besoins et l'indistinction croissante du champ de la prothèse, les pressions politiques d'audiologistes et d'établissements publics entraînent finalement des transformations au régime de couverture, favorables aux audiologistes du réseau public. Plus précisément, ce revirement de situation survient à l'occasion du transfert du programme d'aides techniques de

¹⁸ Cégep de Rosemont, *Audioprothésie*, 1990, p.4; 1992, annexe 5, p.1. Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Correspondance OAQ / Cégep de Rosemont », procès-verbal d'une réunion entre l'Ordre des audioprothésistes du Québec et le cégep de Rosemont, 7 mars 1994; dossier « RAMQ – Correspondance »; lettre de J. Bougie à J. Rochon, 1^{er} juin 1995. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Document d'orientation*, *op.cit.*, p.4, 9 ; *Mémoire présenté à l'OPQ*, *op.cit.*, p.5-6. Élisabeth Têtu, *op.cit.*, p.3. Association professionnelle des audioprothésistes du Québec, *op.cit.*, p.3.

l'OPHQ vers la RAMQ, qui en profite pour réaménager sa propre couverture des prothèses auditives.

En 1993, pourtant, 99 des 103 distributeurs d'ASA accrédités par le MSSS sont encore des bureaux d'audioprothésistes. Les conditions politiques d'une réforme sont cependant réunies. Les représentantes corporatives des audiologistes se gagnent l'oreille attentive des pouvoirs publics en soulignant la hausse vertigineuse des coûts de la vente d'appareils couverts par la RAMQ et en promouvant un contrôle plus étroit des audioprothésistes, tandis qu'en parallèle le programme de couverture des aides techniques par l'OPHQ ne suffit plus à la demande. En 1993, la gestion de ce programme passe aux mains de la RAMQ qui en profite pour lancer une mise à jour des paramètres de son programme de prothèses auditives afin d'en mieux contrôler les coûts. Appréhensifs, les audioprothésistes se mobilisent pour exiger une forte hausse des montants forfaitaires versés par le programme, qui leur font office d'honoraires et n'ont guère été indexés depuis 1982. En guise de moyen de pression devant un premier refus de l'État, ils se désengagent en masse du programme de distribution d'appareils. La réaction gouvernementale ne se fait pas attendre et répond indirectement aux demandes des audiologistes pour une plus grande prise sur ce marché : par décret, l'État autorise les établissements publics à vendre eux-mêmes des appareils auditifs, ce qui suscite l'ouverture de comptoirs dans des centres où les audiologistes occupent une position dominante en matière d'évaluation des besoins. La réforme rend de plus la prescription audiolologique obligatoire pour la couverture, outre des aides techniques, de l'appareillage binaural et d'autres nouveautés techniques comme les prothèses programmables ou intra-canal modulaires¹⁹.

¹⁹ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « Transfert OPHQ – RAMQ », lettre de P. Lazure à Y. Lauzon, 15 avril 1993. Rapport annuel de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1992-1993, p.9; rapports annuels de l'Institut Raymond-Dewar,

La réforme entretient des visées très nettes. Elles sont confirmées par l'AQEPA qui se déclare satisfaite et prête à laisser aux seuls audiologistes « l'évaluation de la déficience auditive et de ses conséquences²⁰ »; alors que l'Ordre des audioprothésistes, qui hurle son désaccord, dénonce la réforme en invoquant la liberté du patient de choisir son pourvoyeur de prothèse, l'AQEPA le semonce d'ailleurs sévèrement en lui déniait le droit de se poser en représentant de la population sous prétexte de pratique privée²¹. Les audioprothésistes, dont des représentants qualifient la réforme de « nationalisation à rabais de notre profession²² », s'ils conservent l'accès à une part notable du marché de la surdité, se montrent amers de ce qu'ils considèrent être une systématisation à grande échelle des biais visibles de l'OPHQ depuis les années 1980²³.

Enfin, pour les établissements publics, les retombées, favorables, sont tout aussi nettes, les centres y gagnant une pratique de fourniture, de pose et de suivi d'aides auditives à laquelle ils aspirent depuis longtemps. À l'Institut Raymond-Dewar, l'explosion des activités liées à l'attribution d'aides auditives fait passer de deux à cinq le nombre d'audiologistes dans ce programme ; à la fin des années

1999, p.1; 2000, p.1; 2001, p.2. *Fréquences*, 8, 1 (1995) et 11, 1 (1999) : 3. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées*, *op.cit.*, p.4-7 ; *Mémoire au ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux*, *op.cit.*, p.2-3 ; *Commentaires préliminaires...*, *op.cit.*, p.3, 19.

²⁰ Association québécoise pour les enfants souffrant de perte auditive, *op.cit.*, p.4.

²¹ *Ibid.*, p.6-8. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Commentaires préliminaires...*, *op.cit.*, p.3, 19.

²² Association québécoise pour les enfants souffrant de perte auditive, *op.cit.*, p.12.

²³ Archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier « RAMQ – Correspondance », communiqué de la RAMQ, « Précisions concernant le nouveau règlement sur les aides auditives assurées », 20 septembre 1993, lettre de J. Bougie à J. Rochon, 1^{er} juin 1995. Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées*, *op.cit.*, p.5 ; *Mémoire présenté à l'OPQ*, *op.cit.*, p.13-14.

1990, l'administration du centre lui attribue la diversification des clientèles vers les acouphènes ou le suivi de personnes âgées et, après 1999, l'ouverture d'un nouveau comptoir de prothèses accompagne une croissance encore renouvelée de la clientèle âgée de l'Institut²⁴.

L'audiologie : la réadaptation par l'appareillage

Indépendamment de cette extension du côté des adultes qui intègre à l'orbite sanitaire des cas qui étaient autrefois « seulement » appareillés, d'autres audiologistes continuent d'entretenir une pratique spécialisée auprès des enfants. Ceux-ci constituent en fait la clientèle plus traditionnelle des centres de réadaptation auditive comme l'Institut Raymond-Dewar, qui reçoit plusieurs enfants sourds de naissance ou souffrant de problèmes d'audition acquis. Dans les hôpitaux, malgré une clientèle majoritairement adulte, on reçoit les visites d'enfants ayant souffert d'otites graves et des programmes plus spécialisés se consacrent aux troubles auditifs de jeunes et même de très jeunes enfants. À l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, le service d'audiologie acquiert un équipement audiométrique adapté à la pédiatrie qui fait croître de 23% le nombre de visites entre 1990 et 1993 et, à partir de 1993, l'Hôpital de Montréal pour enfants emploie une audiologiste pour dépister les déficiences auditives chez les nourrissons à risque ; après 1999, de tels programmes de dépistage chez les nouveaux-nés se multiplient d'ailleurs au Canada et aux États-Unis. Dans certaines régions moins bien pourvues en services hospitaliers, des centres de réadaptation physique se dotent aussi d'un équipement qui leur permet d'offrir des services à une clientèle d'âge scolaire, comme c'est le cas en Montérégie où,

²⁴ Rapports annuels de l'Institut Raymond-Dewar, 1985, p.15; 1996, p.1; 1999, p.1; 2001, tableaux.

de 1998 à 2004, le Centre montréalais de réadaptation, grâce à de nouveaux appareils permettant l'évaluation audiométrique et l'attribution d'ASA, prend la charge d'une clientèle qui devait jusque là se déplacer à Montréal²⁵.

Dans le domaine auditif, c'est auprès de la clientèle infantile que le vocabulaire de la réadaptation fonctionnelle s'était implantée en premier lieu, dès les années 1980. Après 1985, il y inspire, notamment en milieu communautaire, la vision d'une « audiologie sans audiomètre » moins strictement déterminée par l'usage d'appareils de mesure. Plusieurs audiologistes intègrent d'ailleurs à leur pratique des approches d'audiométrie par le jeu pour les jeunes enfants. C'est aussi auprès de cette clientèle que des cliniciennes avaient commencé à compléter leurs mesures d'un rôle d'encadrement des habitudes de vie pour favoriser l'« utilisation maximale des restes auditifs » par leurs patients, associant à l'usage de leurs appareils des objectifs de counseling qui les éloignaient du statut de technicien. À terme, ces nouveaux objectifs ont pour effet de rendre l'intervention pertinente pour une plus large population : dans les installations de l'Institut des sourds de Charlesbourg²⁶, les grilles fonctionnelles justifient ainsi, encore en 1998, l'élargissement des critères d'admissibilité à des « enfants ayant une meilleure audition résiduelle²⁷ » qu'auparavant.

²⁵ Rapport annuel du Centre montréalais de réadaptation, 1998, p.3-4; 1999, p.3 ; 2001, p.2, 6; 2002, p.2 ; 2004, p.3, 13, 16 ; rapports annuels du service d'orthophonie-audiologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, 1992; 1993; rapports annuels de l'Institut Raymond-Dewar, 1988, p.13; 1989, p.15; 1993, p.6. *Fréquences*, 7, 4 (1995) : 4-5 ; 10, 1 (1997) : 14-16. Centre de réadaptation Le Bouclier, *État de la situation et perspectives*, Joliette, CR Le Bouclier, 2001, p.10-13. Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, *Avis sur le dépistage universel de la surdité chez les nouveaux-nés*, Montréal, OOAQ, 2001, 17p. Murielle Leduc, *op.cit.*, p.30, 37.

²⁶ Devenu en 1995 une composante de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

²⁷ Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *Organisation des services de réadaptation intensive post-implantation cochléaire pour la clientèle pédiatrique*, Québec, IRDPQ, 2000, p.3. Julien Prud'homme, *Histoire des orthophonistes et des audiologistes...*, *op.cit.*, p.113.

Il reste que l'audiologie demeure une pratique liée à l'appareillage. Dans les années 1990, les nouveautés les plus importantes tiennent à l'apparition de nouveaux appareils comme des masqueurs d'acouphènes, des prothèses programmables et les implants cochléaires, et c'est d'abord sur ces percées technologiques que disent compter les représentantes corporatives des audiologistes pour « reprendre une place plus importante²⁸ » face aux audioprothésistes. En fait, il est intéressant de voir que, sur les terrains où elles ne sont pas en compétition directe avec les audioprothésistes, les audiologistes ne manifestent aucune réticence à s'engager dans des voies définies uniquement par l'emploi d'appareils.

L'espace de pratique ouvert par une innovation technique particulière, l'implant cochléaire, en offre un bon exemple. La manipulation d'implants cochléaires consiste en l'installation, par voie chirurgicale, d'un appareil électronique dans l'oreille interne d'enfants nés sourds. Cet usage délicat renouvelle la pratique audiologique dans les programmes qui s'y consacrent, où l'audiologiste assure la programmation informatique de l'implant et réalise donc des évaluations relatives aux mécanismes internes du système auditif. Les quelques audiologistes impliquées dans cette pratique y suivent en fait le sillage de médecins : l'implantation cochléaire est d'abord une chirurgie et le programme québécois sur la question, lancé en 1983 à l'Hôtel-Dieu de Québec (on procède au premier implant en 1987), est sous la direction d'un médecin ORL ayant rassemblé autour de lui, outre des audiologistes, des électroniciens et des spécialistes de la linguistique²⁹.

²⁸ Archives de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes, résumés du congrès de 1989, Comité audiologie, « 25 ans d'audiologie », p.13.

²⁹ Institut des sourds de Charlesbourg, *Programme québécois sur l'implant cochléaire*, Charlesbourg, ISC, 1984, p.i, 1.3, 2.1-3, 3.1-2, 4.3-4. Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *Organisation des services de réadaptation intensive...*, *op.cit.*, p.1-3.

Hors des équipes consacrées à la chirurgie proprement dite, une audiologie « fonctionnelle » n'est cependant jamais bien loin. Par-delà l'appareillage, en effet, l'implantation cochléaire crée une nouvelle clientèle pour les centres de réadaptation auditive qui assurent ensuite l'adaptation à la vie entendante d'enfants qui, dans la plupart des cas, n'avaient jamais entendu de leur vie. L'Institut des sourds de Charlesbourg accueille le premier cette nouvelle population, d'abord limitée : chef de file canadien en la matière, le Québec compte, en 1999, un peu plus de 120 enfants implantés, majoritairement des cas de surdité congénitale. Ce nombre, toutefois, augmente ensuite rapidement : en 2002, alors que la technologie n'est arrivée à Montréal (à l'hôpital Notre-Dame) que depuis peu, l'Institut Raymond-Dewar assure déjà à lui seul le suivi de 140 porteurs d'implants, une clientèle de plus en plus jeune qui, à l'Institut, constitue la clientèle infantile en plus rapide croissance après les dysphasiques. Après 2000, d'autres centres de réadaptation s'intéressent à ces enfants qui, parce qu'ils requièrent une intégration à un tout nouveau monde, se prêtent bien à la perspective fonctionnelle et son appréhension globale de l'adaptation³⁰.

Après 1985, le défi des professions de l'audition est ainsi de jumeler à leur compétence ancrée dans les machines de nouvelles tâches d'évaluation des personnes. Là où la compétition est forte, comme dans le cas des audiologistes et des audioprothésistes, il devient impératif de pousser les prétentions à l'évaluation des personnes jusqu'à minimiser le recours à une maîtrise technique : à ce jeu, les audiologistes remportent plus de succès en raison de leur formation, universitaire et clinique, mais aussi de leur ancrage dans des établissements publics où il est de bon ton d'étendre le champ de la thérapeutique.

³⁰ Institut des sourds de Charlesbourg, *Programme québécois sur l'implant cochléaire*, *op.cit.*, p.1.2, 2.1. Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *Organisation des services de réadaptation intensive...*, *op.cit.*, p.2-4, 12-13, 21-22. Rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1990, p.13 ; 1994, p.17.

Hors des zones de concurrence, toutefois, les audiologistes rechignent moins à assumer un rôle, de pointe il est vrai, mais subsidiaire à la maîtrise d'un dispositif technique et introduit par des médecins. Ce dernier cas de figure présage de la situation particulière des inhalothérapeutes. Concurrencées, certes, mais sur leurs positions les plus traditionnelles, celles-ci cherchent à étendre leur pratique vers des tâches qui associent l'appareillage à un rôle plus évaluatif et thérapeutique. Plusieurs, cependant, continuent de trouver leur voie en s'appropriant des techniques de pointe, dénuées de tâches évaluatives de l'individu mais rendues distinctives par le degré élevé de maîtrise technique qu'elles requièrent.

Comme pour les autres professions, la recherche d'un rôle évaluatif et d'un contact direct avec le patient prend souvent place dans des créneaux d'intervention relativement neufs et éloignés de la présence médicale. Ces créneaux, proches de la réadaptation physique, doivent d'ailleurs beaucoup, comme elle, au contexte créé par les réformes du réseau de la santé dans les années 1990. À l'inverse, il est plus courant de compter sur la maîtrise technique lorsque l'on évolue sous la férule directe de médecins déjà imbus du pouvoir d'évaluer – ce qui rappelle également des traits de la pratique paramédicale, par exemple en physiothérapie.

Les voies de l'inhalothérapie : thérapeutique et maîtrise technique

Au début des années 1990, la plupart des inhalothérapeutes travaillent dans les hôpitaux où elles sont affectées à des machines installées au chevet des patients. Comme leurs tâches les plus classiques, comme la médication par aérosol, y semblent en voie de déqualification et vulnérables à la substitution par des infirmières, l'extension lors de la période précédente à des tâches plus

pointues comme la ventilation mécanique à des fins thérapeutiques a constitué une avancée d'envergure pour la profession. En marge de ces tâches au chevet des malades, un quart environ des inhalothérapeutes travaillent aussi, à temps plein ou partiel, dans d'autres secteurs comme les blocs opératoires, où elles assistent l'anesthésiste, ou la physiologie respiratoire, où elles jouent un rôle plus proche de la réadaptation en encadrant directement des patients référés par le pneumologues mais dont elles évaluent les besoins de rééducation³¹.

Après 1985, des praticiennes continuent de renouveler leur pratique en misant sur les retombées, encore actuelles, des percées antérieures. Il s'agit parfois d'exploiter le potentiel thérapeutique d'une modalité récente de ventilation à pression positive pour assumer un rôle soignant : en 1996, des inhalothérapeutes de la Cité de la Santé usent ainsi d'un nouveau mode de ventilation dont les applications thérapeutiques auprès des malades pulmonaires chroniques ou neuromusculaires leur confèrent le rôle prééminent de « conseiller le médecin traitant³² ». L'accès à des populations atypiques favorise aussi le développement de tâches à caractère thérapeutique : depuis les années 1980, une inhalothérapeute de l'hôpital Marie-Enfant produit auprès de clientèles neuromusculaires (dystrophie musculaire, etc.) des « plans d'intervention en inhalothérapie³³ ». D'autre part, le fait de travailler avec des appareils électroniques entraîne des contacts accrus, pour des raisons administratives, avec d'autres secteurs pourvus de machines comparables comme la cardiologie ou la néonatalogie, jusqu'à favoriser peu à peu l'attribution de rôles de monitoring ou de réanimation auprès

³¹ *Inhalo-Scope*, 8, 1 (printemps 1990) : 16 ; 9, 2 (été 1992) : 23-24. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, boîte 16, dossier 3130-01-00/A, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, *Bilan...* [1995].

³² *Inhalo-Scope*, 13, 2 (août 1996) : 18-20.

³³ *Inhalo-Scope*, 13, 2 (août 1996) : 17 ; *Le Transfert*, 9, 4 (décembre 1985) : 25.

des clientèles de ces secteurs, comme il arrive, entre 1980 et 2000, aux hôpitaux Fleury, Pierre-Boucher et Saint-François-d'Assise³⁴.

Les services d'inhalothérapie à domicile, qui ouvrent la porte au contact plus direct avec les patients visités, prennent aussi une expansion considérable. Bien qu'ils aient déjà fait l'objet d'initiatives pionnières avant 1985, ces services, qu'il s'agisse de fournir de l'oxygène, assurer la toilette bronchique ou superviser une rééducation, ne représentent encore, au début des années 1990, que 2% des postes en inhalothérapie au Québec. Après 1994, cependant, le virage ambulatoire entamé dans le réseau public de santé favorise la création ou l'intensification de ces services, qui permettent le maintien à domicile des malades respiratoires chroniques. Ce nouveau contexte, par exemple, entraîne de nouvelles embauches à la Cité de la Santé en 1993 et facilite l'adoption du projet de soins à domicile des inhalothérapeute de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska en 1995. Bien que ces innovations assurent de nouvelles positions, elles n'entraînent pas en elles-mêmes une forte extension de leur rôle, plusieurs médecins se montrant réticents à accorder un pouvoir de décision accru aux thérapeutes visiteuses³⁵.

Les visites à domicile offrent toutefois l'occasion d'extensions fort qualifiantes là où elles accompagnent l'investissement de nouvelles clientèles. À

³⁴ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, boîte 7, *Inscription au concours de département de l'année*, p.2 ; boîte 16, dossier 3130-02-00/A, département d'inhalothérapie de l'hôpital Saint-François-d'Assise, *L'inhalothérapeute, qui est-ce?*, 1990 ; résumés de congrès, 1982 ; 1996, « Les nouveaux rôles de l'inhalothérapeute ». Micheline Boisvert et Jacques Lareau, *op.cit.*, p.7-10.

³⁵ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, résumés de congrès, 1996, Lucie Raymond, « Du CH aux soins aux soins a domicile » ; Daniel Trottier et France Giroux, « Amélioration de la qualité... par le partage des ressources entre le CH et le CLSC » ; Sylvie Bourassa-Tremblay et Monique Asselin, « Le suivi post-hospitalier pour une clientèle MPOC » ; 1975, Jean-Guy Demers, « L'inhalothérapie dans les soins à domicile » ; boîte 16, dossier 3130-01-00/A, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, *Bilan...* [1995] ; procès-verbaux de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec, 2 février 1979. *Inhalo-Scope*, 9, 2 (été 1992) : 23-24.

ce titre, comme pour d'autres professionnelles, les réformes de la santé stimulent les aspirations des inhalothérapeutes en récompensant *de facto* l'aptitude à combler de nouveaux besoins sanitaires. Elles incitent aussi, encore, à glisser de l'emploi des machines vers l'évaluation et l'encadrement des personnes. À l'hôpital Laval, à partir de 1989, une part des visites à domicile porte ainsi dorénavant sur l'évaluation et le traitement de l'apnée du sommeil et d'autres problèmes nocturnes ; à terme, en 1995, ces clientèles, sous la juridiction formelle mais parfois éloignée des médecins, justifient la mise sur pied d'un protocole qui permet aux inhalothérapeutes et aux infirmières à domicile d'assumer la charge de certains cas. Cette opportunité ouvre la porte à une pratique bien distinctive car les inhalothérapeutes savent rapidement prendre en charge 15% de leurs patients, contre à peine 4% pour les infirmières ; des cliniciennes voient d'ailleurs dans cette formule adaptée au virage ambulatoire « une occasion de se faire valoir comme professionnels indispensables dans le réseau de la santé³⁶ ».

Une autre catégorie prometteuse, aussi susceptible de favoriser une pratique autonome mais touchant une population plus grande, est l'asthme, courante chez les enfants. Dès 1990, l'Ordre des inhalothérapeutes consacre des efforts notables à soutenir des initiatives en la matière, notamment pour favoriser la création de positions en CLSC. Des inhalothérapeutes s'impliquent dans une association, le Réseau québécois pour l'enseignement sur l'asthme, qui travaille à l'implantation de « centres d'enseignement » animés par des patients et des professionnelles ; en 1994, une inhalothérapeute du Montreal General Hospital, qui a piloté l'implantation d'une clinique d'asthme dans cet hôpital, devient d'ailleurs la coordonnatrice du Réseau pour la région de Montréal³⁷. L'asthme,

³⁶ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, résumés de congrès, 1996, Jean Bernier, Andrée Laliberté et Hélène Beaulieu, « L'inhalothérapeute aux soins respiratoires à domicile de l'hôpital Laval de Québec ».

³⁷ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, boîte 16, dossier 3130-01-00/A, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, *Bilan...* [1995] ; dossier

parce qu'elle ne requiert pas un lourd appareillage, se présente aussi comme une porte ouverte vers une pratique fondée moins dans la maîtrise d'appareils que dans le counseling aux personnes ; à ce titre, elle promet l'accès à un rôle plus proche de celui d'autres professionnelles avec des tâches d'évaluation du patient et d'adaptation de celui-ci à sa condition.

Qu'il s'agisse d'asthme, d'apnée ou d'oxygénation, il reste que le travail de proximité, à domicile ou en première ligne, n'occupe encore qu'une minorité d'inhalothérapeutes : en 1995, en Estrie, où de tels services ont connu une forte croissance, ils n'occupent que 10% des cliniciennes. Pour la majorité des inhalothérapeutes, le renouvellement de la pratique continue donc de passer par l'appropriation de nouvelles techniques au chevet du malade hospitalisé. Ce sont ces extensions qui leur sont le plus farouchement disputées par les infirmières, présentes sur le même terrain ; de 1985 à 1995, les frictions les plus notables concernent l'administration de médicament en aérosol, les infirmières se réservant la gestion des dossiers et disputant l'accès à des tâches comme le calcul des dosages, le monitoring ou le choix des nébuliseurs³⁸.

Si les inhalothérapeutes paraissent ainsi vulnérables sur le front de l'aérosolthérapie, c'est que la maîtrise des appareils concernés ne leur est plus spécifique et doit être partagée avec des infirmières et certains techniciens. Le problème, réel aussi en oxygénothérapie, remonte en fait, on l'a vu, à la période précédente. Dans les années 1970-1985, les inhalothérapeutes avaient contourné l'écueil en profitant de l'introduction de nouvelles modalités d'appareillage plus complexes, comme la ventilation à pression positive, le maintien d'une position

3130-02-00/A, communiqué de presse, 1990 ; résumés de congrès, 1996, Yvonne Pérusse, « Comment devenir un centre d'enseignement pour asthmatique ? »

³⁸ La participation à l'assistance anesthésique fait aussi l'objet de durs conflits dans des hôpitaux de LaSalle et Châteauguay, *Inhalo-Scope*, 5, 1 (janvier 1987) : 24 ; 5, 4 (octobre 1987) : 8 ; 7, 2 (juillet 1989) ; 8, 1 (printemps 1990) : 19-20 ; 9, 1 (printemps 1992) : 8-9.

distinctive s'appuyant alors sur une complexité technique inhérente à la machine. Après 1985, les inhalothérapeutes continuent d'assurer leur position au chevet du patient aérosolthérapie, mais par des voies radicalement différentes, c'est-à-dire grâce à l'introduction de technologies qui, cette fois vont dans le sens inverse, *a priori* étonnant, d'une simplification de l'appareillage.

En effet, à la fin des années 1980, l'administration de médicament par voie aérienne est transformée par l'arrivée de nouvelles techniques comme l'aérosol sans pression positive, l'aérochambre et surtout l'aérosol doseur, qui simplifient les manipulations au point de « permettre au patient de devenir autonome plus rapidement³⁹ » en s'administrant lui-même sa médication. Après 1990, ces techniques simplifiées, qui pourraient être perçues comme une menace, sont jugées au contraire qualifiantes par plusieurs inhalothérapeutes. En effet, elles leur permettent de recentrer leur pratique sur la personne du patient afin de l'encadrer mais aussi « de choisir le traitement à adapter à chaque individu », ce qui, de l'avis de cliniciennes hospitalières, non seulement « rendra... plus intéressante cette tâche » dévaluée mais aussi « assurera notre position au sein de l'équipe... en remettant au patient les soins de base et non aux autres membres de l'équipe⁴⁰ », comme les infirmières.

Dans cette aspiration à déborder la manipulation d'appareils vers le soin des personnes, l'aérosol doseur et les soins de l'asthme s'ajoutent à la rééducation respiratoire et à certains usages de la ventilation mécanique pour constituer un arsenal de mieux en mieux fourni pour le renouvellement de la profession, dont la

³⁹ *Inhalo-Scope*, 8, 2 (automne 1990) : 4.

⁴⁰ *Inhalo-Scope*, 8, 2 (automne 1990) : 4 ; 5, 4 (octobre 1987) : 11. Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, résumés de congrès, 1996, Catia Mosca et France Chevrier, « L'inhalothérapeute face aux changements ».

promotion par les membres est bien accueillie par l'Ordre⁴¹. Cette attitude rappelle les ambitions de l'Ordre des audioprothésistes à revendiquer pour ses membres un rôle de conseil et d'évaluation des besoins fonctionnels ; dans les deux cas, ces velléités sont d'ailleurs formulées sous la pression concrète de la concurrence d'un autre groupe.

Parmi les praticiennes, cependant, l'intérêt d'une telle voie varie en vérité selon les milieux de travail. Pour les quelques centaines d'inhalothérapeutes qui travaillent en bloc opératoire, par exemple, il paraît évident que le rapport direct au patient doit rester le propre des médecins et chirurgiens. D'un autre côté, dans le bloc opératoire comme dans les services d'urgence, la stricte maîtrise de modalités techniques difficiles d'accès suffit en soi amplement à garantir une position privilégiée.

De fait, pour les quelques inhalothérapeutes qui, depuis les années 1970, accèdent aux services d'urgence des hôpitaux, le seul fait d'être présentes dans l'environnement technique de l'urgence les assure d'étendre leur activité à des tâches prisées comme l'intubation endotrachéale ou la réanimation cardiorespiratoire, en plus de mettre en valeur des compétences relatives à l'anesthésie qui demeurent mal reconnues ailleurs. Entre 1985 et 1990, les menées les plus pressées des inhalothérapeutes en milieu d'urgence concernent des machines. Elles consistent à s'approprier, voire à bricoler de nouvelles modalités techniques pour l'administration efficace de médicaments broncho-dilatateurs, par masque ou par intubation, aux patients en arrêt respiratoire : on voit ainsi, en 1986, des inhalothérapeutes de l'hôpital de Granby « monter un

⁴¹ *Inhalo-Scope*, 13, 3 (décembre 1996) : 15.

système » en adaptant un dispositif par masque de manière à éviter certaines intubations, plus longues à réaliser⁴².

Si la stricte maîtrise technique assure ainsi à titre individuel une position enviable à plusieurs inhalothérapeutes, il n'est cependant pas sûr qu'elle constitue un modèle apte à assurer la promotion de toutes. Les urgences et les salles d'opération sont en effet des milieux assez particuliers, d'où le rôle qualifiant de la technique ne peut être aisément exporté. Les positions y sont de plus attribuées en vertu de politiques locales ou en fonction des seules aptitudes personnelles à des tâches peu répandues, des mécanismes peu généralisables. En 1996, par exemple, une inhalothérapeute du Montreal Children's Hospital décrit un nouvel appareil de transfusion sanguine dont l'usage est fort distinctif mais peut échoir, moyennant entraînement, indifféremment à une inhalothérapeute ou à un technicien en perfusion. Les frontières entre les tâches dévolues aux infirmières et aux inhalothérapeutes sont particulièrement poreuses : en 1992, si l'on trouve des inhalothérapeutes dans 72% des blocs opératoires et 90% des services d'urgence au Québec, il est aussi courant, soit dans 43% des blocs opératoires et 40% des services d'urgence, d'y voir des infirmières poser les mêmes gestes « respiratoires ». Par contraste, on ne trouve au même moment aucune concurrence infirmière dans les services de physiologie respiratoire et très peu dans les services de soins à domicile, où des interventions aux termes formulés directement par les inhalothérapeutes mettent mieux en valeur les aptitudes spécifiques à la profession en les insérant dans un contact direct avec le patient⁴³.

D'un côté, des glissements vers la prise en charge des personnes plutôt que des machines réservent des positions parmi les plus qualifiantes et distinctives

⁴² *Bulletin de la CIQ* (avril 1980) : 1 ; *Inhalo-Scope*, 2, 3 (juin 1984) : 5 ; 5, 4 (octobre 1987) : 10 ; 6, 1 (janvier 1988) : 9.

⁴³ *Inhalo-Scope*, 9, 2 (été 1992) : 23 ; 13, 2 (août 1996) : 24-25.

favorisées par les normes en cours dans le réseau de la santé. De l'autre, par contre, même s'ils n'offrent pas un modèle généralisable à toute la profession, les contextes particuliers des blocs opératoires et des services d'urgence donnent à une part appréciable d'inhalothérapeutes la chance de conquérir un statut distinctif grâce à leur seule compétence technique. De 1985 à 2005, il devient donc apparent que la communauté inhalothérapique, comme celle des audioprothésistes, oscille ainsi entre deux voies de qualification qu'il n'est pas toujours aisé, en pratique, de réconcilier.

D'un côté, des inhalothérapeutes, déplorant la méconnaissance dont elles se jugent victime, souhaitent intensifier un contact trop rare avec des patients souvent inconscients lors de la dispensation des soins. Pour plusieurs, une revalorisation de la profession passe ainsi par le développement d'une activité plus similaire à celle d'autres professions, à commencer par la mise au point d'une véritable aptitude au diagnostic. Entre 1986 et 1988, un projet en ce sens, formulé par des inhalothérapeutes de l'hôpital Sainte-Justine, est cité en exemple à de multiples reprises par la Corporation : le projet consiste à créer une base de données de bruits pulmonaires destinée à uniformiser, par l'enseignement clinique, le diagnostic de maladies par l'auscultation. La Corporation se fait la partisane enthousiaste de tels projets qui misent sur l'obtention d'un rôle thérapeutique autonome. En 1988, appréhendant l'automatisation des prochaines générations d'appareils, l'*Inhalo-Scope* promeut la vision d'un avenir où les inhalothérapeutes seraient « beaucoup plus cliniciens que technologues » et où « leur niveau de responsabilité sera ainsi augmenté vis-à-vis le médecin traitant : ils deviendront plus que des simples exécutants d'ordonnances », un rêve qui pousse d'ailleurs, dans leur exercice de prospective, les représentantes de la Corporation à envisager pour 2015, à côté des automobiles volantes, la

systematisation d'une formation universitaire qui laisserait une large place à la recherche scientifique en inhalothérapie⁴⁴.

Cette vision d'une promotion professionnelle par la dilution des rôles techniques éveille sûrement l'intérêt des inhalothérapeutes impliquées dans des secteurs proches de la réadaptation, comme la rééducation respiratoire et l'aérosol doseur à domicile. Pour d'autres, c'est au contraire l'accentuation des rôles proprement techniques qui constitue encore le véhicule le plus efficace de promotion professionnelle : en urgence et dans les blocs opératoires, certes, mais aussi dans d'autres services proches des soins intensifs où le médecin monopolise encore de toute manière le diagnostic et le calibrage de l'intervention. Au Montreal Children's Hospital, de 1991 à 1993, huit inhalothérapeutes accèdent ainsi à un statut nouveau en se qualifiant, par une formation, pour travailler, sous les directives de médecins, au suivi et à l'entretien de machines d'oxygénation à la fine pointe du progrès (il s'agit d'un dispositif d'oxygénation par membrane) ; cet accès à la maîtrise exclusive d'un appareillage de pointe, s'il n'implique pas une autonomie supplémentaire ou un rôle évaluatif, ne leur apparaît pas moins comme une avancée professionnelle notable qui leur assure un statut réellement distinct dans le champ des soins intensifs. Dans plusieurs autres services hospitaliers de soins intensifs, des inhalothérapeutes consolident aussi leur position en introduisant surtout de nouveaux protocoles ou techniques de monitoring et d'entretien des machines, ou des mesures alternatives – un

⁴⁴ Archives de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, procès-verbaux de la Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, lettre de J. Rouleau à la CPIQ, 7 février 1986. *Inhalo-Scope*, 4, 3 (juin 1986) : 26; 5, 3 (juin 1987) : 32 ; 6, 1 (janvier 1988) : 10 ; 6, 2 (juin 1988) : 3-4, 15 ; 8, 1 (printemps 1990) : 17 ; 8, 2 (automne 1990) : 16 ; 14, 1 (mars 1997) : 4-5.

inhalothérapeute hospitalier introduit ainsi « l'oxymètre de pouls » dans son milieu entre 1990 et 1993⁴⁵.

De 1985 à 2005, les professions dites d'appareillage mènent plus loin que jamais leur tendance amorcée plus tôt à doubler leur expertise technique de rôles résolument thérapeutiques et diagnostiques. Confrontées aux règles du jeu d'un univers sanitaire hautement professionnalisé, ces professionnelles s'engagent ainsi parfois dans des voies apparemment peu assorties à la stricte maîtrise des machines. Pour les groupes au profil plus technique, les audioprothésistes et les inhalothérapeutes, ces trajectoires très réelles ne sont pas dépourvues d'ambiguïté : dans leur cas, en fait, le choix de délaissier la technique pour une pratique d'évaluation, de formulation des problèmes, répond largement à l'impératif d'une concurrence interprofessionnelle assez dure.

Dans le domaine de l'audition, cette compétition pousse audioprothésistes et audiologistes à étendre de plus en plus leur capacité, disputée, à identifier assez largement les besoins des patients pour informer l'emploi des diverses modalités d'intervention, et tout particulièrement de la prothèse auditive. Entraînés dans cette voie par l'assimilation d'une part de leur clientèle à la sphère sanitaire des audiologistes, les audioprothésistes vont jusqu'à y dévaluer leur adossement à la maîtrise technique des machines, avec des résultats mitigés. Pour les inhalothérapeutes, le gain de nouveaux rôles axés sur l'encadrement des personnes se moule aux opportunités qu'ouvre la réforme du réseau de la santé, qui récompense *de facto* les professionnelles qui s'engagent dans l'identification de nouveaux besoins. Parce que la concurrence des infirmières ne porte pas sur la définition des besoins des patients, cependant, plusieurs inhalothérapeutes peuvent toutefois continuer à miser plutôt sur la valeur distinctive d'une maîtrise

⁴⁵ *Inhalo-Scope*, 8, 1 (printemps 1990) : 8-12 ; 8, 2 (automne 1990) : 5-7 ; 10, 1 (printemps 1993) : 25-27 ; 10, 2 (été 1993) : 24-29 ; 10, 3 (automne 1993) : 10-15.

proprement technique, nuançant à leur tour les termes de la cohabitation forcée entre encadrement des personnes et maîtrise des machines qui caractérise les professions liées à l'appareillage.

CONCLUSION

De leur timide entrée dans le milieu hospitalier, au milieu du 20^e siècle, à la reconnaissance et à la croissance des années 1990, les professions paramédicales étudiées ici ont parcouru un chemin important. De ce parcours remarquable, parfois sinueux, on peut dresser un bilan en récapitulant les fils conducteurs proposés en introduction.

Les pistes de recherche explorées ici avaient pour but de mettre en lumière le caractère changeant du travail professionnel et les liens directs qui unissent le contenu du travail aux aspirations des cliniciennes. Dans les milieux de la santé, la capacité des professionnelles à obtenir les positions convoitées dépend de leur aptitude à émettre des diagnostics qui rendent possible l'appropriation de cas et qui favorisent un certain contrôle sur les filières de références par lesquelles transitent les patients. Ces diagnostics ont une histoire, leur contenu et leur usage variant dans le temps et selon les caractéristiques propres aux divers milieux de travail. Cette histoire est largement influencée par les péripéties de la concurrence interprofessionnelle, que l'étude large d'un grand nombre de professions a aidé à mettre en relief. On a notamment remarqué que les difficultés de la cohabitation et de la concurrence entre professionnelles, si elle a bien entraîné quelques conflits frontaux, a surtout stimulé l'annexion aux territoires sanitaire de nouveaux objets d'intervention.

Cet élargissement des territoires de la santé, qui constitue pour les paramédicales un moyen plus sûr d'étendre leur champ d'action, est favorisé par la mise en place, au fil des réformes publiques, d'un cadre administratif qui stimule l'ouverture de nouveaux créneaux sanitaires. Dans les années d'après-

guerre, les paramédicales s'intègrent aux hôpitaux à l'appel de médecins spécialistes ; insatisfaites d'œuvrer dans l'ombre de ceux-ci, plusieurs cherchent dès lors à étendre leur activité à des clientèles ou à des problèmes éloignés du champ d'autorité de la médecine. Après 1970, sous l'effet tant de leur propre nombre que de la croissance des clientèles, les paramédicales voient s'atténuer la présence médicale à leur côté. Favorisées par des réformes publiques qui incitent les établissements à se doter de nouveaux mandats, elles trouvent, surtout dans les centres de réadaptation, de nouveaux espaces de pratique qu'elles s'emploient, avec un succès toutefois inégal, à occuper par des pratiques plus spécifiques. Enfin, après 1985, une nouvelle vague de réformes amplifie la propension des établissements de soins à favoriser l'usage des catégories diagnostiques nouvelles ou élargies qui servent de support aux aspirations paramédicales. Ce contexte stimule la capacité des cliniciennes à implanter des catégories qui contribuent largement à étendre les territoires sanitaires, une évolution toujours en cours au milieu des années 2000.

Fermement ancrées dans la pratique concrète, les menées diagnostiques des professionnelles s'appuient aussi sur les cadres institutionnels fournis par leurs corporations et leurs écoles de formation. Dès la fin des années 1950, les associations professionnelles s'engagent dans la voie de la revendication de privilèges légaux et plusieurs se muent ainsi déjà en corporations. Prenant modèle sur les médecins, celles-ci cherchent à obtenir pour leurs membres un statut distinctif destiné à clôturer le marché du travail, une visée qui leur inspire des attitudes ambivalentes face à la syndicalisation et au recours à des auxiliaires. En 1974, l'État re-brasse les cartes du jeu professionnel en insérant au Code des professions des lois particulières remodelées. La réforme consolide aussi l'assise des corporations, qui prennent le nom d'« ordres » en 1994 et qui, après 1990, jouent un rôle politique accru en tirant profit des pénuries générées sur le marché du travail par l'extension des champs d'action paramédicaux.

Les écoles professionnelles, pour leur part, sont majoritairement créées entre 1940 et 1965 à l'initiative de médecins spécialistes soucieux de leur

approvisionnement en auxiliaires spécialisées. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, les réformes publiques de l'enseignement supérieur entraînent un profond renouvellement des écoles, marqué par l'augmentation des effectifs étudiants, l'émancipation des curriculums de l'autorité médicale et, à l'université, l'autonomisation croissante des départements et leur intégration progressive au champ scientifique. Après 1985, cette autonomisation disciplinaire est soutenue par une recherche clinique dynamique qui contribue aussi à renouveler les relations entre l'université et la pratique professionnelle. La recherche clinique tend alors à se substituer à l'enseignement universitaire et aux formations privées comme lieu principal d'élaboration et de diffusion des nouvelles catégories diagnostiques.

Ces différents éléments de contexte encadrent les ambitions des paramédicales pour l'obtention de positions distinctives, où l'emploi de diagnostics leur appartenant en propre assurerait à la fois la mise en valeur des compétences qui leur sont spécifiques et une demande accrue de leurs propres services. La réalisation, totale ou partielle, de ces ambitions n'est pas sans effet sur l'évolution du réseau de la santé. Leur mise en œuvre, par ailleurs, prend place sur le terrain concret de la pratique, où les différentes professionnelles connaissent des trajectoires diverses. À cet égard, les différentes « grappes » de professionnelles étudiées ici offrent des enseignements variés sur l'évolution des dynamiques professionnelles.

Les professions de réadaptation physique offrent le parfait cas d'école d'un élargissement des champs de pratique grâce à l'usage visible de nouvelles catégories. D'abord cantonnées à un rôle d'auxiliaires par des clientèles inféodées à la médecine, ces professionnelles ne trouvent ensuite qu'un potentiel d'expansion limité dans des catégories diagnostiques produites par d'autres, avant de se tailler une place enviable grâce à l'usage de diagnostics qui leur sont propres.

La physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie connaissent dans les années d'après-guerre une véritable refondation sous l'influence des médecins. Bien qu'elle leur ouvre les portes de l'hôpital, l'entrée dans l'orbite des médecins s'accompagne de contraintes importantes que les paramédicales cherchent à contourner en étendant leur champ de pratique. Ces entreprises, en raison de la proximité médicale et de l'absence de contrôle sur la sélection des patients, demeurent toutefois limitées. Pour les physiothérapeutes, le fait qu'une prédilection nouvelle pour l'exercice physique demeure rivee à l'emploi de machines accentue la prise médicale sur le travail. En ergothérapie, des vellétés d'utiliser l'artisanat à des fins d'intégration sociale se butent à des assignations à des tâches d'entraînement physique ou de diversion. Chez les orthophonistes, une clientèle principalement anatomique marginalise les aspirations à une approche plus large du langage.

De 1970 à 1988, l'usage de concepts et de modalités à la fois éclatés et empruntés à d'autres secteurs offre des gains ambigus. Pour les physiothérapeutes, l'exploration de l'usage tant du toucher que d'outils techniques n'a sur leur promotion professionnelle qu'un impact d'autant plus inégal que les modalités employées sont variées. Les ergothérapeutes débordent bien les usages les plus réducteurs de l'activité mais en s'attardant à des objets qui, comme les aides techniques et le positionnement, contribuent peu à les distinguer d'autres groupes. Tant les ergothérapeutes que les orthophonistes font aussi l'expérience des limites inhérentes à des perspectives psychologiques qui demeurent sous la juridiction des psychologues et des psychiatres.

De 1985 à 2005, la quête de nouveaux territoires par les professionnelles de la réadaptation physique prend de nouvelles tangentes. Les physiothérapeutes, toujours dépendantes de catégories exogènes à leur profession, conquièrent des places nouvelles mais dont le potentiel de promotion professionnelle reste limité, alors que la profession doit lutter pour obtenir une prise légale sur la thérapie par le toucher. Par contraste, les ergothérapeutes et les orthophonistes, par l'usage de catégories enfin propres à leurs professions, ancrées dans un langage neurologique

désormais distinct de la psychologie, parviennent à s'octroyer des rôles élargis auprès de clientèles vite considérables qui pèsent lourd dans les établissements de soins. C'est sur ce terrain en pleine expansion qu'elles se frottent aux neuropsychologues, qui investissent depuis peu l'univers clinique.

Les professionnelles psychosociales, soit les psychologues et les travailleuses sociales, se caractérisent par le fait que les praticiennes en milieu de santé ne constituent qu'une fraction de leur groupe professionnel respectif. Le fait que leurs trajectoires en viennent, pour cette raison, à diverger de celles de leurs confrères d'autres secteurs témoigne du poids des milieux locaux sur l'évolution des pratiques. De plus, cette position rend plus ambiguë leur appartenance au monde de la thérapie, ce qui fait d'elles des témoins clefs de l'évolution des frontières délimitant l'univers de la santé. Enfin, la transformation de leurs catégories de prédilection, liées à la psychothérapie, se fait plus subtile et implicite que dans le cas des professions de réadaptation physique; elle n'en est pas moins réelle, l'évolution des concepts diagnostiques employés contribuant précisément à ces déplacements du front de la santé.

Entre 1940 et 1970, les professionnelles psychosociales partagent avec leurs homologues de la réadaptation physique l'expérience d'une entrée à l'hôpital à l'invitation de médecins dont le parrainage finit par se présenter comme un carcan. Or, à l'hôpital, la voie pour des rôles plus qualifiants est l'accès à la thérapie, une voie dans laquelle s'engagent psychologues et travailleuses sociales hospitalières, même si elle déborde quelque peu les aspirations d'autres membres de leurs professions. Les psychologues, invitées à l'hôpital pour réaliser des tests d'intelligence, cherchent ainsi à s'en dégager pour jouer un rôle soignant axé sur la psychothérapie et l'évaluation de la personnalité, tandis que plusieurs travailleuses sociales « médicales » consacrent des efforts considérables pour accéder à un rôle thérapeutique fondé sur la relation d'aide, surtout auprès des familles.

De 1970 à 1985, les psychologues et les travailleuses sociales du milieu de la santé précisent leur adhésion à la psychothérapie. Cet intérêt pour une même modalité d'intervention prend néanmoins pour elles des significations différentes, déterminées par la position concrète de chaque groupe et leur rapport différent à la santé. Pour les travailleuses sociales, la relation d'aide et la psychothérapie offrent l'occasion d'assumer auprès des familles un rôle de thérapeute qui ne va pas du tout de soi. Pour les psychologues, dont la qualité sanitaire est au contraire établie, la psychothérapie se présente plutôt comme une voie de sortie hors des zones d'autorité médicale. À terme, en voulant ainsi étendre leur champ d'action à l'écart de la psychiatrie, les psychologues en viennent, pour investir de nouveaux problèmes, à atténuer la portée sanitaire de la psychothérapie.

Après 1985, cependant, les psychologues comme les travailleuses sociales s'emploient à consolider leur identité sanitaire. Stimulées par les perspectives ouvertes par les réformes publiques et par des positions désormais mieux ancrées dans le réseau, les psychologues entreprennent une re-sanitarisation de la psychothérapie qui leur permet d'affermir leur prise sur les problèmes personnels investis plus tôt. Quant aux travailleuses sociales des milieux de santé, elles stabilisent les rapports entre leurs tâches logistiques et cliniques en s'assurant de trouver désormais dans les premières un tremplin plus efficace vers les secondes.

Enfin, le cas des professions d'appareillage nous engage à réévaluer les rapports entre l'activité technique et le projet professionnel. En effet, si une expertise ancrée dans la maîtrise des machines semble *a priori* s'opposer à l'idée d'une extension vers des tâches autonomes, l'environnement hautement professionnalisé du réseau de la santé n'en pousse pas moins ces groupes à s'engager, non sans ambiguïté, dans la quête de rôles diagnostiques et thérapeutiques, souvent sous la pression de la concurrence interprofessionnelle. L'échantillon de professions étudiées ici offre aussi l'occasion de comparer les trajectoires d'un groupe, les audiologistes, qui cherche d'emblée à se détacher de l'orbite médicale, avec celles de techniciens aux perspectives moins tranchées. De plus, la comparaison des secteurs de l'audition, où le marché privé occupe une

place importante, et de l'inhalation, basée à l'hôpital, met en valeur le poids différencié des environnements de pratique.

Les professions d'appareillage émergent plus tard que les autres dans le paysage de la santé, ne s'imposant réellement comme groupes que dans les années 1960. Dès cette époque, les audiologistes se distinguent en entendant s'éloigner de la médecine par l'introduction de nouvelles mesures de l'évaluation auditive, tandis que les audioprothésistes et inhalothérapeutes cherchent plutôt à se positionner dans le sillage des médecins où ils se définissent par leur maîtrise, non de diagnostics, mais de machines.

Après 1970, cependant, même ces groupes de nature plus technique en viennent à aspirer à une certaine autonomie professionnelle, qu'ils cherchent précisément à ancrer dans l'usage des machines. Mis sur la défensive par un univers de la santé qui favorise le professionnalisme, comme en témoigne l'extension réussie de leur pratique par les audiologistes, tant les inhalothérapeutes que les audioprothésistes cherchent dans leur maîtrise des appareils une capacité réelle à se doter d'une prise élargie sur l'évaluation et la prise en charge des patients.

De 1985 à 2005, les professions d'appareillage mènent plus loin ce projet de doubler leur expertise technique de rôles thérapeutiques et diagnostiques. Dans le domaine de l'audition, une concurrence féroce pousse les audiologistes et les audioprothésistes à étendre leur capacité à diagnostiquer de nouveaux besoins, les audioprothésistes allant jusqu'à y dévaluer leur assise dans la maîtrise des machines. Des inhalothérapeutes voient aussi dans les réformes de la santé une occasion d'investir des tâches d'encadrement thérapeutique des personnes, tandis que d'autres continuent à miser sur la maîtrise de compétences techniques de pointe.

En plus d'offrir des occasions de comparaison et de jeter les bases d'une cartographie étendue du secteur paramédical, l'étude d'une large palette de professions permet ainsi de jeter des regards multiples sur le fait professionnel et

paramédical. L'histoire des professions de réadaptation physique a mis en valeur l'importance du contenu des catégories ainsi que leur impact sur la division des tâches et l'évolution récente du réseau de la santé. Le cas des professions psychosociales, pour sa part, met en valeur les particularités du monde sanitaire et le mouvement de ses frontières. Enfin, les professions d'appareillage témoignent de la généralisation de l'idée professionnelle à une vaste gamme de groupes, et de la situation ambiguë des acteurs plus techniciens à son contact.

La réunion de ces histoires comparées offre aussi l'aliment d'une chronologie générale de l'histoire des professions paramédicales. De 1940 à 1970, les professionnelles intègrent le secteur de la santé à l'invitation de médecins hospitaliers de diverses spécialités. Ces médecins réfèrent alors des patients sur lesquels ils gardent une pleine autorité, limitant le pouvoir d'initiative des paramédicales qui font office d'auxiliaires. De 1970 à 1985, la multiplication des positions en santé stimule l'appropriation par les professionnelles de nouveaux objets d'intervention, qui ne leur confèrent cependant qu'une position souvent ambiguë. À partir de 1985, plusieurs professions rehaussent leur statut de manière plus marquée par l'adoption de diagnostics élargis dont l'usage favorise la rapide expansion des clientèles sanitaires.

Cela dit, le portrait d'ensemble brossé par ces différentes grappes de professions autorise aussi quelques constats plus globaux, susceptibles d'orienter l'exploration future des milieux de la santé.

D'une part, on a vu la pratique concrète des cliniciennes se métamorphoser au rythme de leur recherche d'une position d'autonomie au travail. Cette quête s'est souvent accompagnée d'un déplacement notable du champ de l'expertise professionnelle. Les orthophonistes et les ergothérapeutes, par exemple, sont passées de l'entraînement articulatoire et de l'enseignement des travaux manuels à des problèmes fort élargis de la communication ou de la cognition identifiés grâce à l'usage de catégories neurologiques. De la passation de tests d'intelligence, les psychologues sont passées au dialogue

psychothérapeutique sur des problèmes d'anxiété. Les inhalothérapeutes, naguère affectées à la manutention des bonbonnes d'oxygène, encadrent désormais la gestion de l'asthme et les exercices respiratoires de leurs patients, ou assument un rôle de pointe à l'intérieur de blocs opératoires. Tous ces glissements témoignent du caractère changeant de l'expertise professionnelle, d'autant plus qu'ils doivent beaucoup au volontarisme des praticiennes pour qui l'accès à de nouvelles tâches constitue une voie de promotion sociale et professionnelle.

En second lieu, ces déplacements de l'expertise, qui touchent toutes les professions, illustrent en quoi l'obtention des positions convoitées dépend de l'aptitude des cliniciennes à émettre des diagnostics, des évaluations, qui rendent possible l'appropriation des cas. Dans cette entreprise, on a vu le rôle de la production scientifique de nouvelles catégories ainsi que les voies changeantes de la diffusion de ces concepts qui transitent, selon les époques, par la voie de l'enseignement universitaire, de la formation privée et de la recherche en milieu clinique. On a aussi pu voir le caractère autonome et localisé de la réception et de l'interprétation de ces catégories par les praticiennes, le poids des dynamiques locales expliquant la grande variété des pratiques que peut dissimuler l'apparente uniformité des labels. Dans tous les cas, on a pu apprécier l'intérêt d'une étude fine du contenu de la pratique sur le terrain.

Enfin, on a constaté l'impact des choix administratifs de l'État qui, en imposant au réseau de santé la forme d'un système, exerce une forte pression en faveur de la différenciation et de la multiplication non programmée des activités de soins. Cet impact est d'autant plus notable que les réformes touchent peu le contenu des tâches cliniques, alors même que des initiatives à leur égard jouent un rôle central dans l'expansion des services.

Les changements décrits ici montrent l'impact cumulatif d'actions cliniques qui, quotidiennes et localisées, n'en convergent pas moins autour d'identités professionnelles opérantes. Ce propos souligne en quelle manière la construction des catégories diagnostiques utilisées en santé demeure indissociable

d'un contexte social et politique, qui n'est pas seulement celui de la recherche scientifique mais aussi celui des aspirations professionnelles et du travail concret. Il souligne aussi le caractère transitoire d'équilibres qui paraissent aujourd'hui évidents et met en évidence le pouvoir d'initiative des acteurs professionnels en place.

BIBLIOGRAPHIE

1. SOURCES

1.1. Archives

Correspondance de l'Association canadienne de travail social, chapitre de Québec, 1946-1964.

Correspondance de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1970-1974.

Correspondance et archives diverses de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1953-1987.

Correspondance et archives diverses de l'École de service social de l'Université de Montréal, 1963-1987.

Correspondance et archives diverses de l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal / département de psychologie de l'Université de Montréal, 1944-1969.

Correspondance et archives diverses de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, 1978-2002.

Procès-verbaux de la Canadian Association of Social Workers, 1946-1974.

Procès-verbaux de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1955-1970.

Procès-verbaux de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1958-1974.

Procès-verbaux et correspondance de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1965-1999.

Procès-verbaux, correspondance et archives diverses de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, 1927-1985.

Procès-verbaux, correspondance et archives diverses de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, 1963-1999.

Procès-verbaux, correspondance et archives diverses de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1961-1995.

Procès-verbaux et correspondance du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1992-2006.

Programmes des congrès de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1993-2002.

Programmes des congrès de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec, 1971-1996.

Programmes des congrès de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 1974-2003.

Rapports annuels de l'Aide aux enfants infirmes, 1934-1936.

Rapports annuels de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1934-1996.

Rapports annuels de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1952-2004.

Rapports annuels de l'Institut Raymond-Dewar, 1983-2002.

Rapports annuels de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, 1930-2004.

Rapports annuels de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1974-2001.

Rapports annuels de l'Ordre des psychologues du Québec, 1974-2001.

Rapports annuels de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 1974-2004.

Rapports annuels du Centre Cardinal-Villeneuve, 1974-1994.

Rapports annuels du Centre de jour du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1986-1991.

Rapports annuels du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, 1951-2005.

Rapports annuels du Centre de réadaptation Le Bouclier, 1982-2005.

Rapports annuels du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1971-2005.

Rapports annuels du Centre François-Charon, 1979-1996.

Rapports annuels du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2001-2004.

Rapports annuels du service d'orthophonie-audiologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, 1991-1992 et 1992-1993

Rapports annuels du service d'orthophonie de l'hôpital de réadaptation pour adultes Villa Médica (Montréal), de 1988-1989 à 1999-2000.

Rapports du congrès annuel de la Canadian Association of Occupational Therapists, 1947-1969.

1.2. Périodiques dépouillés

Bulletin de la CIQ, [bulletin de la Corporation des techniciens en inhalation du Québec], 1980-1983.

Bulletin de la CPPQ, [bulletin de la Corporation des psychologues de la province de Québec], 1969-1974.

Bulletin de la PAPQ, [bulletin de la Provincial Association of the Province of Quebec], 1952-1962.

Bulletin de nouvelles, [bulletin de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec], 1981-2002.

Cahiers du psychologue québécois [périodique de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec], 1978-1984.

Fréquences [périodique de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec], 1994-2000.

L'Aube [bulletin interne du Centre Cardinal-Villeneuve], 1985.

L'Antenne [bulletin interne du Centre de réadaptation Le Bouclier], 2002-2005.

L'Éclaircie [bulletin interne du Centre Cardinal-Villeneuve], 1992-1996.

L'Élan [bulletin de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec], 1974.

Le Transfert [périodique de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec], 1977-1992.

L'Inhaloscope [périodique de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec], 1983-1997.

Physio-Québec [périodique de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec], 1975-1998.

Psychologie Québec, [périodique de l'Ordre des psychologues du Québec], 1984-1999.

Psychologue québécois [périodique de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec], 1974

Rel-Int, [bulletin de la Corporation des psychologues de la province de Québec], 1965-1969.

Revue québécoise d'ergothérapie [périodique de la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec], 1992-1995.

Savoir, [périodique de la Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec], 1967.

1.3. Programmes cliniques, documents de travail et documents promotionnels des établissements de soins

Aide aux infirmes, *L'Aide aux infirmes*, dépliant, [1947].

AMPLEMAN, Line, *Les ressources résidentielles alternatives. Rapport préliminaire*, Montréal, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, janvier 1987, 60p.

BÉDARD, Danielle, Francine COUTURE et Hubert DELISLE, *Expérimentation et évaluation du Programme Hanen en milieu communautaire*, Sherbrooke, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, 1991, 63p.

BÉLANGER, Pauline, *Programme de réadaptation auditive pour une clientèle âgée résidant en centre d'accueil et présentant des troubles d'audition. Les résultats de l'évaluation*, Charlesbourg, Institut des sourds de Charlesbourg, décembre 1987, 62p.

BOMPARD, Emmanuèle, *Rapport de stage*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1993, 30p.

Centre Cardinal-Villeneuve, *Symposium sur l'infirmité motrice cérébrale – Programme*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, mai 1975, 8p.

--, *Service de physiothérapie. Programme à domicile*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, 1981, non paginé.

--, *Apprendre à travailler ensemble. Synthèse des ateliers*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, juillet 1986, 16p.

--, *Programme cadre pour les traumatisés cranio-cérébraux*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, mai 1987, 51p.

--, *Sous-programmes*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, mai 1990, 28p.

--, *Programme neuromusculaire*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, mai 1990, 18p.

--, *Programme des myélopathies*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, mai 1990, 29p.

--, *Programme de développement de l'enfant*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, mai 1990, 15p.

--, *Programme de déficience motrice cérébrale*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, mai 1990, 21p.

--, *Programme musculo-squelettique*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, octobre 1993, 31p.

--, *Élaboration et validation d'une échelle du niveau d'adaptation des parents ayant un enfant avec déficience physique*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, mars 1994, 47p.

--, *Déficience motrice cérébrale. Document pour les parents*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, 1996, 23p.

--, *Journée de perfectionnement sur le positionnement*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, juin 1996, non paginé.

Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, *Politiques d'orientation*, Montréal, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, décembre 1982, 43p.

--, *Programme de réadaptation professionnelle, Révision des procédés cliniques*, Montréal, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, dossier non paginé, de août à décembre 1983.

--, *Programme de rééducation et d'évaluation des travailleurs souffrant de maux de dos chroniques*, Montréal, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, dossier non paginé, de août 1987 à novembre 1990.

--, *Évaluation de programmes. Programmations*, Montréal, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, novembre 2004, non paginé.

Centre de réadaptation de Québec, *Rapport du comité consultatif spécial sur l'orientation globale du CRQ (pavillon de Montréal)*, Québec, Centre de réadaptation de Québec, novembre 1975, 35p.

--, *Programme d'autonomie sociale*, Québec, Centre de réadaptation de Québec, mai 1979, 13p.

--, *Programme de maintien dans le milieu*, Québec, Centre de réadaptation de Québec, mai 1979, 27p.

Centre de réadaptation Le Bouclier, *Comité consultatif à DSPR en déficience auditive*, Joliette, Centre de réadaptation Le Bouclier, février 1992, 5p.

--, *Document de travail*, Joliette, Centre de réadaptation Le Bouclier, [1992], 6p.

--, *Raffinement des hypothèses sur le développement*, Joliette, Centre de réadaptation Le Bouclier, septembre 1995, 5p.

--, *État de la situation et perspectives. Les services spécialisés de réadaptation en déficience auditive dans la région de Lanaudière*, Joliette, Centre de réadaptation Le Bouclier, mai 2001, 27p.

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Camp d'orientation*, septembre 1978, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, non paginé.

--, *Programme cadre de rééducation fonctionnelle*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, [1979], 18p.

- , *Programme de formation en réadaptation*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1979, non paginé.
- , *Programme de reclassement professionnel*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, mars 1979, 50p.
- , *Module de réadaptation sociale*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juillet 1979, 17p.
- , *Module d'hébergement*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juillet 1979, 17p.
- , *Module d'intervention psychosociale*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juillet 1979, 18p.
- , *Mémoire concernant le projet de règlement des articles 29, 31, 32, 37, 38, 45, 52, 57, 62 et 64 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, septembre 1979, 38p.
- , *Programme d'enseignement clinique*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1982, 3p.
- , *Document de réadaptation touchant le fonctionnement global*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, septembre 1985, 67p.
- , *Programme cadre du module d'intégration au travail*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juin 1986, 5p.
- , *À part entière, ou l'insertion sociale de personnes dites marginales*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, octobre 1986, 39p.
- , *Rapport du comité des approches cliniques*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, décembre 1986, 91p.
- , *Programme de réentraînement à l'effort*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, janvier 1987, 8p.
- , *Programme du Centre de jour*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, janvier 1987, 8p.
- , *Programme cadre du module de maintien dans la communauté*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, janvier 1987, 11p.

- , *Programme de réadaptation physique externe*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, janvier 1987, 9p.
- , *Programme de dépannage*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, janvier 1987, 8p.
- , *Programme des unités satellites de réadaptation*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, janvier 1987, 9p.
- , *Analyse concernant les besoins des adultes ayant des problèmes évolutifs neurologiques ou musculaires*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, mars 1988, 65p.
- , *Bilan de la prise en charge des clients au PIC du CRLB*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, août 1988, non paginé.
- , *Activités reliées à l'atteinte des objectifs*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, [1989], 29p.
- , *Programme de rééducation et d'évaluation des travailleurs aux prises avec des maux de dos chroniques*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, août 1989, 9p.
- , *Les rôles et fonctions du médecin au sein du programme PRETS*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, décembre 1989, non paginé.
- , *Mémoire concernant la réforme du système de la santé et des services sociaux du Québec*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1991, 34p.
- , *Programme d'intégration dans la communauté*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, mars 1991, 12p.
- , *Programme de réadaptation fonctionnelle pour personnes ayant des atteintes neurologiques dues principalement à un accident cérébro-vasculaire*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, avril 1991, 19p.
- , *Programme de réadaptation fonctionnelle pour personnes amputées*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, avril 1991, 20p.
- , *Programme externe de réadaptation pour personnes atteintes de lésions cérébrales*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, mars 1992, 15p.

--, *Programme de réadaptation pour les personnes présentant une pathologie du système locomoteur*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, janvier 1993, 10p.

--, *Évaluation et modalités d'intervention en physiothérapie, programme locomoteur*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, décembre 1993, 11p.

--, *Cahier de formation – Déficiences physiques*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1994, 60p.

--, *Programme de réadaptation pour les personnes atteintes de fibromyalgie*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, septembre 1994, 5p.

--, *Programme des personnes présentant une pathologie du système locomoteur*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, octobre 1994, 8p.

--, *Étude relative aux conditions de vie des personnes vivant avec une blessure médullaire et ayant effectué un programme de réadaptation au CRLB*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, octobre 1994, 11p.

--, *Programme de réadaptation pour les personnes ayant subi une blessure médullaire suite à un accident de la route*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, mars 1995, 35p.

--, *Projet pilote. Services aux personnes handicapées présentant des troubles graves du comportement*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, novembre 1996, 40p.

--, *Demi-journée d'échanges. Résumé des conférences*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juin 1997, non paginé.

--, *Commentaires du CRLB sur le projet de loi modifiant la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et d'autres dispositions législatives*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juin 1997, 9p.

--, *La réadaptation et l'intégration sociale et professionnelle pour les personnes ayant subi une blessure médullaire*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, septembre 2000, 90p.

- Centre de services sociaux de l'Estrie, *Mémoire présenté à la commission Rochon par le conseil consultatif du personnel clinique du CSSE*, Sherbrooke, Centre de services sociaux de l'Estrie, avril 1986, 21p.
- Centre des paraplégiques de Montréal, *Le Centre des paraplégiques de Montréal*, Montréal, Queen Mary Veterans' Hospital, avril 1970, 6p.
- Centre François-Charon, *Le Centre François-Charron vous accueille*, Québec, Centre François-Charon, [1979-1981], non paginé.
- , *Programmation fonctionnelle et technique du CFC*, Québec, Centre François-Charon, juin 1982, 4p.
- , *Communications de la journée scientifique*, Québec, Centre François-Charon, novembre 1982, non paginé.
- , *Témoignages 80-81*, Québec, Centre François-Charon, 1982, 46p.
- Centre hospitalier de Gatineau, Service de réadaptation, *Suivi systématique multidisciplinaire. Clientèles orthopédiques : prothèse de la hanche*, Gatineau, 1997, Centre hospitalier de Gatineau, non paginé.
- Centre hospitalier de l'Université Laval, *La formation continue du CFC par le recours à un programme d'évaluation des interventions par les pairs*, Québec, Centre hospitalier de l'Université Laval, mai 1980, 14p.
- Centre universitaire de santé de l'Estrie, Service de réadaptation, *Changement de pratique professionnelle en réadaptation dans le cadre du virage ambulatoire*, Sherbrooke, Centre universitaire de santé de l'Estrie, [1997], non paginé.
- CÔTE, Robert, *L'éducateur spécialisé... Une race en voie d'extinction ?*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juin avril 1994, 4p.
- DEPOCAS, Pierre et al., *Le point sur la fatigue de la sclérose en plaques*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juin décembre 1998, 56p.
- DESCHAMPS, R., *Projet de règles de fonctionnement du Centre de psychiatrie communautaire*, Montréal, Douglas Hospital, mars 1982, 28p.
- DESROCHERS, Julie, *L'intervention de l'ergothérapeute auprès des parents et les programmes à domicile. Projet d'internat*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, décembre 1988, 27p.

- DUQUETTE, Duquette *et al.*, *Répertoire des programmes de traitements de la douleur chronique de la région de Montréal*, Montréal, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, mars 1999, 26p.
- FAVREAU, Louise et Robert LONGPRE, *Projet exploratoire d'entraînement aux habiletés cognitives chez des adultes présentant des déficits moteurs cérébraux*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, juin 1987, 16p.
- FLEURY, Hans, *Définition, objectif et procédures du service de psychologue de la Cité de la Santé de Laval. Données de base*, Laval, Cité de la Santé, novembre 1977, 24p.
- FORTÉ, Danielle, René GRENIER et Jocelyne LACOMBE, *Les impacts d'un accident vasculaire cérébral sur les interactions sociales. Guide à l'intention des familles*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, 2002, 18p.
- GINGRAS, Gustave, *La médecine physique et réadaptation*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, [1970-1973], 2p.
- GOUGEON, François, *Modèle d'intervention et d'action sociale pour le développement de ressources résidentielles alternatives*, Montréal, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, mai 1991, 28p.
- Hôpital Marie-Enfant, *Sommaire. Demande de postes. Services de psychologie*, Montréal, Hôpital Marie-Enfant, novembre 1981, 11p.
- Hôpital Saint-Luc, *Organisation des activités de santé mentale à l'hôpital Saint-Luc*, Montréal, Hôpital Saint-Luc, novembre 1977, 12p.
- Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, [1962-1965], 62p.
- , *Le positionnement : rétrospective et prospective. Actes du séminaire tenu à l'IRM suivi du Rapport final concernant le séminaire sur la posture assise adaptée*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, mai 1984, 80p.
- , *Séminaire sur les personnes blessées médullaires. De l'hospitalisation à la réinsertion sociale*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, juin 1987, 59p.
- , *Journée d'échange clinique sur l'implantation du programme de rééducation fonctionnelle*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, juin 1989, pagination multiple.

--, *Journée d'échange clinique sur l'implantation du programme de rééducation fonctionnelle*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, juin 1990, non paginé.

--, *Orientations 1991-1995*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, novembre 1991, 37p.

--, [pochette à l'attention des nouveaux bénéficiaires], Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, [1995], 8p.

--, *Trousse de suivi à court et à long terme pour la personne lésée médullaire*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, 2002, 8p.

--, [affiche des postes téléphoniques], Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, [2006].

Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, *Étude exploratoire des besoins en services offerts à la clientèle traumatisée cranio-cérébrale au Québec*, Québec, Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, février 1999, 127p.

--, *Organisation des services de réadaptation intensive post-implantation cochléaire pour la clientèle pédiatrique*, Québec, Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, mai 2000, 47p.

--, *La mise en place de réseaux intégrés de services en neurotraumatologie. Leçons apprises d'expériences québécoises*, Québec, Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, juin 2000, 87p.

--, *Étude descriptive de la participation en milieu clinique aux activités de recherche de l'IRDPQ*, Québec, Institut de réadaptation en déficience physique du Québec, novembre 2000, 107p.

Institut des sourds de Charlesbourg, *Cahier d'organisation du service de réadaptation*, Charlesbourg, Institut des sourds de Charlesbourg, août 1978, non paginé.

--, *Programme pour adolescents sourds multihandicapés*, Charlesbourg, Institut des sourds de Charlesbourg, mai 1983, 73p.

--, *Programme québécois sur l'implant cochléaire*, Charlesbourg, Institut des sourds de Charlesbourg, 1984, pagination non continue.

--, *Plan d'organisation et modèles de services à l'intention des élèves handicapés par une déficience auditive*, Charlesbourg, Institut des sourds de Charlesbourg, juin 1984, 41p.

--, *Programme de stimulation précoce*, Charlesbourg, Institut des sourds de Charlesbourg, mai 1987, 24p.

--, *Sous-programme s'adressant aux organismes desservant une clientèle de personnes âgées ayant des problèmes d'audition*, Charlesbourg, Institut des sourds de Charlesbourg, janvier 1988, 18p.

LEMAY, Édith, *L'autonomie à ma portée. Guide ressources pour la personne ayant subi un traumatisme cranio-cérébral et sa famille*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau / Société d'assurance automobile du Québec, 1995, 53p.

Maison des parents d'enfants handicapé des Laurentides – Lanaudière, *Projet de l'urgence de la continuité des services de réadaptation*, Saint-Jérôme, Maison des parents d'enfants handicapé des Laurentides – Lanaudière, [1994], 29p.

Maison Lucie-Bruneau, *Profil de programmes pour deux foyers de groupe ayant pour fonction la réadaptation*, Montréal, Maison Lucie-Bruneau, décembre 1975, 20p.

--, *Profil de programme pour un centre de jour*, Montréal, Maison Lucie-Bruneau, février 1976, 28p.

--, *État des programmes des services de réadaptation en consolidation des services internes – externes*, Montréal, Maison Lucie-Bruneau, février 1976, 29p.

MIGNEAULT, Marthe, *Service de l'APQ auprès des blessés médullaires du programme*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, février 1994, 4p.

--, *Allocution. Lancement de la table de concertation sur les blessés médullaires*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, novembre 1994, 10p.

Montreal Rehabilitation Survey Committee, *Re-Establishment of Disabled Persons*, Montréal, Sun Life, décembre 1949, 146p.

PICARD, Michel et Jean-Pierre GAGNÉ, *Rôles des intervenants de l'audiologie et de l'audioprothèse en réadaptation auprès des personnes avec problème auditif*, Montréal, Institut Raymond-Dewar / École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, juin 1994, 70p.

--, *Articulation des activités audiologiques et audioprothétiques dans l'attribution des aides auditives*, Montréal, Institut Raymond-Dewar / École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, novembre 1994, 27p.

Regroupement des centres de réadaptation en déficience auditive, *Propositions des CRDA relativement au transfert du programme d'attribution des aides de l'OPHQ à la RAMQ*, Regroupement des centres de réadaptation en déficience auditive, janvier 1987, 62p.

Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal, *Avis dans le cadre de la consultation sur l'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal*, Montréal, Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal, avril 1995, 23p.

--, *Avis dans le cadre de la consultation sur l'atteinte d'un nouvel équilibre*, Montréal, Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal, juin 1995, 13p.

--, *Mémoire présenté au service de la santé mentale de RRSSS – MC dans le cadre de la consultation sur les orientations 1997-2002 pour la transformation des services de santé mentale*, Montréal, Regroupement des centres de réadaptation en déficience physique de Montréal, août 1997, 16p.

Royal Society for Cripples, *Rehabilitation Society for Cripples*, Montréal, Royal Society for Cripples, juin 1950, 9p.

SCHERZER, Peter *et al.*, *Programme de rééducation des fonctions cognitives et perceptives. Modèle global de rééducation destiné aux victimes d'un traumatisme cérébral*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1983, 29p.

TRUDEL, Gilles, *Identifier les gestes professionnels de éducateurs. Une démarche objective vers l'organisation d'une tenue de dossier*, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, décembre 2003, 42p.

1.4. Mémoires, documents de travail et documents promotionnels des associations, corporations, ordres professionnels

Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, mars 1986, 20p.

Association professionnelle des audioprothésistes du Québec, *Mémoire présenté au MSSS sur le projet de règlement sur les aides auditives en vertu de la Loi de l'assurance-maladie du Québec*, Association professionnelle des audioprothésistes du Québec, mars 1993, 15p.

Association québécoise pour les enfants dysphasiques / audimuets (AQEA), *Actes du colloque sur l'audimutité*, Montréal, Association québécoise pour les enfants dysphasiques / audimuets, 1994.

Association québécoise pour les enfants souffrant de perte auditive, *Commentaires. Règlements sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie*, Association québécoise pour les enfants souffrant de perte auditive, mars 1993, 8p.

BERND, Joan *et al.*, *Brief on OT in the PQ prepared by the QSOT*, Montréal, Quebec Society of Occupational Therapists, avril 1962, 8p.

BOISVERT, Micheline et Jacques LAREAU, *Réflexions à être présentées dans le cadre du congrès des inhalothérapeutes*, Montréal, Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, 22 mars 1984, 13p.

Canadian Association of Occupational Therapists, *Royal Commission of Health Services. A Submission from the CAOT*, Toronto, Canadian Association of Occupational Therapists, mai 1962, 12p.

Canadian Association of Social Workers, *Travailleurs sociaux enregistrés et brevetés. Expérience à date aux États-Unis*, Toronto, Canadian Association of Social Workers, février 1955, 6p.

--, *Through the years in CASW*, Toronto, Canadian Association of Social Workers, [1958], 46p.

Collectif, *Mémoire conjoint au sujet du document d'orientation pour une sécurité du revenu*, Montréal, février 1988, 20p.

Collectif, *Réaction commune d'un groupe de dix corporations professionnelles*, octobre 1983, 19p.

Collectif, *Réaction commune des corporations professionnelles des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des psychologues au projet de loi 42 sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, mars 1984, non paginé.

Comité de la psychiatrie du Québec, *Situation de la psychiatrie au Québec. Lacunes et perspectives d'organisation*, 1979, 42p.

Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, *Mémoire au Conseil supérieur de la famille*, Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec, mars 1966, 16p.

Corporation des travailleurs sociaux professionnels de la province de Québec et Corporation des psychologues de la province de Québec, *Mémoire sur la Loi de l'organisation des services de santé et des services sociaux (bill 65)*, septembre 1971, 22p.

Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, *Mémoire sur la réfection des rues et des trottoirs des villes*, 1978.

--, *Document sur la pertinence de l'internat en ergothérapie*, Montréal, Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1979, 14p.

--, *Avis de la CPEQ au Comité de santé mentale du Québec sur la notion de santé mentale*, Montréal, Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1984, 4p.

--, *Mémoire de la CPEQ au sujet d'un programme-cadre de réadaptation pour les bénéficiaires de soins de longue durée*, Montréal, Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1984, 40p.

--, *Commentaires concernant les propositions du document « À part... égale »*, Montréal, Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1985, non paginé.

--, *Propositions de solutions aux problèmes identifiés dans le Mémoire de la CPEQ*, Montréal, Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, juin 1986, 26p.

--, *Mémoire de la CPEQ au sujet de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, Montréal, Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1986, 43p.

Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, *La physiothérapie respiratoire*, Montréal, Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, novembre 1977, 22p.

--, *Colloque sur la formation en inhalothérapie*, Montréal, Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, 1988, 10p.

--, *Guide de pratique de l'inhalothérapeute en ventilation artificielle*, Montréal, Corporation professionnelle des inhalothérapeutes du Québec, août 1988, 15p.

Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, *Avis sur l'« Étude de pertinence en technique de rééducation du langage » présenté par le cégep d'Alma*, Montréal, Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1988, 28p.

--, *L'évolution de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec. Des besoins à combler, des ressources à former*, Montréal, Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1989, 16p.

Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire de la CPPQ à la commission parlementaire des Affaires sociales sur le projet de loi no 9*, Montréal, Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1977, 5p.

--, *Mémoire de la CPPQ sur le projet de règlement de la Loi sur la santé et les services sociaux, chapitre S-5*, Montréal, Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, octobre 1983, 10p.

--, *Mémoire de la CPPQ sur l'avant-projet de loi modifiant le Code des professions*, Montréal, Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, février 1993, 13p.

Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, *Prise de position de la CPTSQ au sujet du rapport Batshaw*, juillet 1976, 4p.

--, *Mémoire de la CPTSQ à la commission parlementaire des Affaires sociales sur le règlement en vertu de la LSSSS*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, septembre 1976, 14p.

--, *Mémoire de la CPTSQ à la commission des Affaires sociales au sujet de la Loi 24 sur la protection de la jeunesse*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, septembre 1977, 24p.

--, *Mémoire de la CPTSQ remis au MAS. Projet de règlement, Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, septembre 1979, 16p.

--, *La compression des services sociaux au Québec. Conférence de presse*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, septembre 1981, 14p.

--, *Consultation sur la prévention en santé mentale des enfants et des adolescents*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, février 1984, 9p.

--, *Cadre relatif au partage des responsabilités CSS – CLSC en matière de services sociaux*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, mai 1984, 12p.

--, *Cahier anniversaire*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1985.

--, *Étude sur la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, août 1985, 13p.

--, *Problématique et enjeux. Document présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, janvier 1986, 7p.

--, *Mémoire à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Éléments de solution*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, juillet 1986, 21p.

--, *Politique de santé mentale (rapport Harnois)*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, novembre 1987, 10p.

--, *Mémoire adressé au MSSS. Consultation sur le rapport Rochon*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, juin 1988, 11p.

--, *L'utilisation des ressources d'hébergement privées non agréées et la pratique professionnelle des travailleurs sociaux*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, décembre 1992, p.8

--, *Mémoire de la CPTSQ sur l'avant-projet de loi : Loi modifiant le Code des professions et d'autres lois professionnelles*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, février 1993, 9p.

--, Comité régional de Sherbrooke, *Mémoire à la commission Rochon*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, mai 1986, 12p.

--, Groupe de Montréal – Section CLSC, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, mai 1986, 7p.

--, Groupe de Montréal, *Document présenté à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, mai 1986, 11p.

--, Groupe de Québec, *Mémoire présenté à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux connexes*, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, janvier 1986, 19p.

DENAULT, Hayda, *Le Chapitre de Québec de l'Association canadienne*, Québec, Association canadienne de service social – Chapitre de Québec octobre 1953, 4p.

DUDLEY, John et Micheline MARAZZANI, *Profil ordonné des tâches de l'ergothérapeute au Québec. Rapport de recherche*, Montréal, Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, 1978, 20p.

ÉMOND, Isabelle et Stéphane MERCIER, *Rapport du groupe de travail portant sur la CIDIH et la PQ-CIDIH*, Montréal, Ordre des ergothérapeutes du Québec, juin 1996 [novembre 1995].

LESCOUFLAIR, Guy, *Réflexions d'un audiologiste à propos des relations futures entre audiologistes et audioprothésistes*, Montréal, Société des orthophonistes et des audiologistes de la province de Québec, décembre 1972, 8p.

Ordre des audioprothésistes du Québec, *Mémoire à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux connexes*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, [1985-1988], 33p.

--, *Mémoire au ministre de la Santé et des Services sociaux relativement à l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, avril 1990, 16p.

--, *L'urgence d'agir maintenant*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, mai 1991, 11p.

--, *Mémoire présenté au MSSS*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, janvier 1992, 16p.

--, *Avis du comité scientifique sur le mode d'évaluation de la RAMQ sur les aides auditives*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, janvier 1992, 6p.

--, *Document d'orientation. Comité sur les normes et critères d'attribution du Conseil consultatif sur les aides technologiques. Rapport de commentaires préparé par le Comité scientifique*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, décembre 1992, 11p.

--, *Mémoire au MSSS et à la RAMQ sur le projet de règlement concernant les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, mars 1993, 41p.

--, *Notre profession, bien plus que des prothèses*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, novembre 1994, 43p.

--, *Réponse à l'OPQ*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, janvier 1996, 87p.

--, *Commentaires préliminaires face aux mesures de rationalisation envisagées par le MSSS pour le programme des aides auditives*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, mai 1996, 21p.

--, *Mémoire présenté à l'OPQ. Deuxième rapport du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, octobre 2002, 21p.

Ordre des ergothérapeutes du Québec, *Critique de la 2^e version de la Classification et du Processus de production du handicap*, Montréal, Ordre des ergothérapeutes du Québec, février 1997, 11p.

--, *Les pratiques professionnelles en ergothérapie. Changements observés liés au virage ambulatoire. Rapport détaillé du sondage*, Montréal, Ordre des ergothérapeutes du Québec, septembre 1997, 12p.

Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, *Avis sur le dépistage universel de la surdité chez les nouveaux-nés*, Montréal, Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 2001, 17p.

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *Commentaires présentés au ministre de l'Éducation dans le cadre du forum de consultation sur l'avenir de l'enseignement collégial*, Montréal, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, mai 2004, 7p.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier*, Montréal, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, janvier 1995 (1994), 8p.

--, *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en CLSC et en milieu scolaire*, Montréal, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, juin 1997 (1992), 16p.

--, *Les travailleurs sociaux à l'aube du troisième millénaire. Les États généraux de la profession. Document de réflexion préparatoire à la tenue des forums régionaux*, Montréal, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, juin 1998, 13p.

--, *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu d'hébergement et de réadaptation*, Montréal, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, novembre 1998, 15p.

RONDEAU, Gilles Rondeau, « Les relations entre les professions dans l'occupation du champ bio-psycho-social », *Les services hospitaliers et les autres*, Montréal, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, avril 1995, 10p.

Société des ergothérapeutes du Québec, *Mémoire à la CESBES*, Montréal, Société des ergothérapeutes du Québec, novembre 1968, 12p.

--, Comité de recrutement, [*rapport d'enquête*], Montréal, Société des ergothérapeutes du Québec, 1968, 3p.

--, *Mémoire présenté à la commission parlementaire spéciale des corporations professionnelles*, Montréal, Société des ergothérapeutes du Québec, janvier 1972, 7p.

Syndicat professionnel des audioprothésistes du Québec, *Mémoire présenté à la Direction générale des relations de travail du MAS*, Montréal, Société des ergothérapeutes du Québec, [1977-1978], 16p.

TANGUAY, Georges A., *Analyse du caractère concurrentiel du marché des prothèses auditives au Québec*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec / École des hautes études commerciales, avril 1999, 18p.

1.5. Mémoires, documents de travail et documents promotionnels d'établissements d'enseignement

ALARY, Jacques, *Le service social, une profession en voie de transformation*, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, mars 1968, 25p.

ALARY, Jacques *et al.*, *L'insertion des techniciens en assistance sociale sur le marché du travail. Rapport de recherche*, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, mars 1974, 534p.

ARGERIS, Nicolas *et al.*, *Analyse critique des stages en intervention sociale collective, bacc. I. Dossier*, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, avril 1978, 13p.

BÉLANGER, David, *Raisons qui ont motivé le projet de modification de programme proposé par la direction de l'Institut de psychologie*, Montréal, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, octobre 1967, 8p.

BENFANTE, Huguette *et al.*, *Audiométrie vocale. Listes de mots phonétiquement balancées*, Montréal, Hôpital Maisonneuve / Université de Montréal, 1966, 34p.

Cégep de Chicoutimi, *Implantation de l'option inhalothérapie*, Chicoutimi, cégep de Chicoutimi, 1969, 12p.

Cégep de Rosemont, *Projet de recyclage pour les préposés en inhalothérapie présenté à la DIGEC*, Montréal, cégep de Rosemont, 1970, 15p.

--, *Programme d'enseignement clinique en techniques d'inhalothérapie et d'anesthésie*, Montréal, cégep de Rosemont, 1976-1977, 64p.

--, *Techniques d'audioprothèse*, Montréal, cégep de Rosemont, 1983 à 1992.

Comité d'étude sur l'École de service social, *Rapport des activités et des recommandations*, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, septembre 1980, 24p.

École de réhabilitation de l'Université de Montréal, *Project of Occupational Therapy Department*, Montréal, École de réhabilitation de l'Université de Montréal, septembre 1960, 2p.

École de service social de l'Université de Montréal, *Projets et perspectives concernant le programme de l'École de service social*, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, décembre 1963, 23p.

FORGET, Andrée, *Commentaires sur le projet de position ministérielle sur OSS*, Montréal, École de réadaptation de l'Université de Montréal, janvier 1979, 10p.

--, *Rapport au Groupe de travail sur les sciences de la santé de la Faculté de médecine*, Montréal, École de réadaptation de l'Université de Montréal, mai 1982, 34p.

FORGET, Andrée *et al.*, *Opération Sciences de la santé. Dossier réadaptation - Secteur ergothérapie*, Montréal, École de réadaptation de l'Université de Montréal, février 1974, 32p.

GRANGER, Denise, *Le marché de l'emploi des diplômées de baccalauréat en service social de l'Université de Montréal et une évaluation du programme actuel de baccalauréat à l'Université de Montréal*, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, août 1987, 308p.

Institut de psychologie de l'Université de Montréal, *Organisation des stages*, Montréal, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, avril 1951, 13p.

--, *Considérations sur le développement de l'Institut de psychologie*, Montréal, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, février 1965, 23p.

--, *Considérations relatives à la licence d'enseignement pour l'enfance exceptionnelle*, Montréal, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, février 1966, 3p.

--, *Projet de réorganisation des programmes d'études de l'Institut de psychologie*, Montréal, Institut de psychologie de l'Université de Montréal, octobre 1966, 26p.

LANDRY-BOUDREAU, Louise et Louis SAUVE, *La pertinence de l'implantation d'un cours collégial en audioprothésie*, Montréal, Cégep de Rosemont, février 1978, 2 volumes (164p. et 241p.).

LARIN, Jacques *et al.*, *Recherche Option A*, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, 1970-1971.

QUIRION, Hugues, *Journée d'études sur la pratique du travail social*, Montréal, École de service social de l'Université de Montréal, avril 1977, 7p.

Section d'orthophonie – audiologie de l'École de réhabilitation de l'Université de Montréal, *Dépistage des troubles de l'audition et de la parole en milieu préscolaire montréalais*, Montréal, École de réhabilitation de l'Université de Montréal, 1968, 17p.

SOUCY, Roméo et Marcel VERSCHELDEN, *Mémoire concernant l'organisation de l'école française des techniciens en thérapie par inhalation*, Montréal, École de techniques d'inhalation, mars 1964, non paginé.

1.6. Écrits professionnels publiés

ARSENAULT, A. Bertrand *et al.*, *Une évaluation du sujet hémiplégique basée sur l'approche Bobath / An Evaluation of the Hemiplegic Subject based on the Bobath Approach*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal / École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1995, 20p.

BEAUCHAMP, Georges et Monique ROBIN, « Réadaptation sociale auprès de personnes ayant un handicap physique », *Les pratiques sociales en Outaouais, d'hier à demain. Actes du colloque régional*, Montréal, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1992, p.2-52.

- BELTRAMI, Jean-Pierre, *Nous, les audioprothésistes...*, Québec, Ordre des audioprothésistes du Québec, 2003, 84p.
- BENOÎT, Isabelle, *La dysphagie*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, août 1989, 102p.
- BOISVERT, Monique et Nicole LECLERC-BOITEAU, *Guide de données sur le positionnement assis*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, février 1984, 131p.
- Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation de Montréal, *Recherche interdisciplinaire en réadaptation et traumatisme craniocérébral. Nouvelles perspectives théoriques et cliniques*, Montréal, Publications du CRIR, vol. 2, automne 2005.
- De BEAUMONT, Gabrielle C., *Étude de dix cas d'épileptiques*, thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 1949, 154p.
- DUTIL, Élisabeth et al., *Évaluation de la fonction du membre supérieur chez le sujet hémiplégique. Protocole d'évaluation*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal / École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1990, 38p.
- GAGNÉ, Ruth, *Étude descriptive et évaluation du travail social dans un programme de réhabilitation*, mémoire (service social), Université Laval, 1956, 52p.
- GINGRAS, Gustave, *Combats pour la survie*, Paris, Robert Laffont / Opera Mundi, 1975.
- GIRARD, Maurice, « Entraînement socioprofessionnel : hôpital des Laurentides », *Le malade mental, le travail et la société. Rapport du colloque*, Saint-Jean-de-Dieu, Montréal, 1967, p.25-33.
- GUIBAL, Grégoire, *Comment faciliter l'intégration socioprofessionnelle des personnes handicapées ?*, mémoire de stage, IUP Charles-Gide / Université du Maine, 1995, 72p.
- HAMEL, A. Oscar, « Conception d'un service de réadaptation dans un hôpital psychiatrique », *Le malade mental, le travail et la société. Rapport du colloque*, Saint-Jean-de-Dieu, Montréal, 1967, p.35-44.
- IRELAND, Charles L., *Modern Physical Therapy Technique*, [n.e.], Columbus (Ohio), 1932, 412p.

- LADD, Katherine B., *Rehabilitation of Hemiplegia. A 10 Years Longitudinal Study*, Montréal, Institut de réadaptation de Montréal, décembre 1977, 60p.
- LALONDE, Marc R., Lyne LEVASSEUR et Henriette LUSSIER, « L'intervention psychosociale en centre d'hébergement », *Les pratiques sociales en Outaouais, d'hier à demain. Actes du colloque régional*, Montréal, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1992, p.2-52.
- LAPOINTE, Roger, « L'usage des tests par les psychologues du Québec », *Bulletin de nouvelles de la Corporation des psychologues de la province de Québec*, 5, 6-7 (juillet 1973) : 7-12.
- LARDON, Yves, *Programme d'intégration dans la communauté*, rapport de stage, Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 1997, 28p.
- LÉVESQUE, Georges-Henri, « Le bon Samaritain à Québec », *L'Action catholique*, 24 novembre 1943.
- MAXWELL, James D., « The Queen's University of Occupational Therapy. Some Reflexions and Conclusions », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 44, 3 (1977) : 137-139.
- MORENCY, Michèle et Cécile CHAVY, *Troubles de langage et de communication versus troubles psychiâtriques. Revue de littérature*, Rivière-des-Prairies, Centre de communication en santé mentale-Hôpital Rivière-des-Prairies, 1989, 52p.
- NEIDECKER, Elizabeth, *School programs in speech-language. Organization and Management*, Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice Hall, 1980, 256p.
- PARENT, Lise et Gilles POIRIER, « Accompagnement des personnes mourantes : première expérimentation en centre hospitalier », *Les pratiques sociales en Outaouais, d'hier à demain. Actes du colloque régional*, Montréal, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1992, p.230-304.
- RATTÉ, Jeanne-Mance, *Un service social médico-scolaire, ou le rôle de la travailleuse sociale à l'École Cardinal-Villeneuve*, thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 1961, 138p.
- SAINT-JACQUES GAUTHIER, Lise, *Le service social à la Clinique de réhabilitation de Québec inc.*, thèse de maîtrise (service social), Université Laval, 1961, 145p.

1.7. Documents gouvernementaux, documents administratifs et autres sources

Canada, Direction des services de santé, *Lignes directrices pour la reconnaissance professionnelle des audiologistes et des orthophonistes au Canada*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1985, 57p.

Commission de la santé et de la sécurité au travail, *Programme de rééducation et d'évaluation des travailleurs souffrant de maux de dos chroniques*, Québec Commission de la santé et de la sécurité au travail, janvier 1989, 31p.

LEDUC, Murielle, *Description des services d'orthophonie et d'audiologie offerts par les CHSGS, CHR, CR en déficience physique, URFI et hôpitaux de jour de la région de Montréal-Centre*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, 2000, 42p.

Office des personnes handicapées du Québec, *À part égale. Les rôles de l'OPHQ dans le développement de la recherche sur les personnes handicapées*, Drummondville, OPHQ, 1991, 46p.

Office des professions du Québec, *Partageons nos compétences. Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*, Québec, Office des professions du Québec, novembre 2005, 109p.

Québec, ministère de l'Éducation, Conseil des collèges, *Avis au MEQ concernant le projet d'une nouvelle spécialité professionnelle, les techniques d'audioprothèses, et son implantation au collège de Rosemont*, Québec, Ministère de l'Éducation, décembre 1980, 16p.

--, *Le programme expérimental en techniques d'audioprothésie. Avis au ministre de l'Enseignement supérieur et de la Science*, Québec, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science, mars 1986, 4p.

Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes entre les CSSS et les CRDI pour les personnes présentant une DI ou un TED*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2004, 24p.

Québec, ministère de la Santé et ministère de la Famille et du Bien-être social, *Les services sociaux scolaires. Actes du colloque*, Québec, ministère de la Santé, 1968, 146p.

Québec, ministère des Affaires sociales, *Les services médicaux en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*, Québec, ministère des Affaires sociales, 1984, 67p.

Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, *Orthopédiste-prothésiste*, Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, juillet 1978, 24p.

--, *Ergothérapeute en métiers manuels*, Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, août 1978, 14p.

--, *Ergothérapeute*, Québec, ministère du Travail et de la Main-d'œuvre, septembre 1980, 27p.

PICARD, Liette et Michel CLERMONT, *L'organisation des services aux personnes présentant des problèmes de langage, d'audition et de communication*, Québec, ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 20p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, *Plan régional d'organisation des services en déficience physique*, Joliette, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, avril 1994, 230p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, *Monographies des programmes de réadaptation en déficience motrice adulte offerts par le CRLB, le CRCL et l'IRM*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, octobre 1998, 190p.

--, *Bilan des programmes de réadaptation en déficience motrice adulte offerts par le CRLB, le CRCL et l'IRM*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, octobre 1998, octobre 1998, 39p.

--, *Rapport de consultation sur l'organisation des services pour les personnes handicapées ayant des troubles graves du comportement*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, octobre 1998, décembre 1999, 20p.

--, *Les services de réadaptation intensive de l'hôpital juif de réadaptation à Laval*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, octobre 1998, février 2000, 23p.

TÊTU, Élisabeth, *Avis sur le bien-fondé de développer des services d'audioprothésie en centre de réadaptation en déficience auditive*, Montréal, Institut Raymond-Dewar, septembre 1993, 14p.

2. Études et monographies

2.1. Écrits généraux

ABBOTT, Andrew D., *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988, 435p.

AÏACH, Pierre, « Les voies de la médicalisation », Pierre AÏACH et Daniel DELANOË (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998, p.15-37.

AÏACH, Pierre, Didier FASSIN et Jacques SALIBA, « Crise, pouvoir et légitimité », Pierre AÏACH et Didier FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p.9-42.

ÅMARK, Klas, « Open cartels and social closure. Professional strategies in Sweden, 1860-1950 », Rolf TORSTENDAHL et Michael BURRAGE (dir.), *The Formation of Professions*, Londres, SAGE Publications, 1990, p.94-114.

BACHELARD, Gaston, *Essai sur la connaissance approchée*, Paris, Vrin, 1973 (1928), 310p.

--, *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 1972 (1934), p.256.

BAILLARGEON, Denyse, « Praticiennes et patientes. Les femmes et la santé dans l'historiographie québécoise », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53, 1 (1999) : 47-59.

BEGUE-SIMON, Anne-Marie, « Comment mesurer le handicap ? », Arlette LAFAY (dir.), *Le statut du malade, XVIe-XXe siècle*, Paris, L'Harmattan, 1991, p.139-153.

BOLTANSKI, Luc, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Minuit, 1982, 523p.

BOZZINI, Luciano, « L'expertise et la hiérarchie sanitaires en question », Luciano BOZZINI (dir.), *Médecine et société*, Montréal, Saint-Martin, 1981, p.389-424.

BUCHER, Rue et Anselme STRAUSS, « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, 66, 4(1961) : 325-334.

- BURNHAM, John, «How the Concept of Profession Evolved in the Work of Historians of Medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 70 (1996) : 1-24.
- CARR-SAUNDERS, Alexander M. et Paul A. WILSON, *The Professions*, Oxford, Clarendon Press, 1933, 536p.
- CASTEL, Robert, « Introduction », GOFFMAN, Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit, 1968, p.7-35.
- CHAPOULIE, Jean-Michel, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, 14 (1973) : 86-114.
- COLLINS, Randalf, « Changing conceptions in the sociology of the professions » et « Market closure and the conflict theory of the professions », Rolf TORSTENDAHL et Michael BURRAGE (dir.), *The Formation of Professions*, Londres, SAGE Publications, 1990, p.11-23 et 24-43.
- CORIN, Ellen, « La santé. Nouvelles conceptions, nouvelles images », Jacques DUFRESNE *et al.* (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, Québec / Lyon, PUQ / IQRC / Presses universitaires de Lyon, 1985, p.45-69.
- COUTURE, Denise, « Technnologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire », *Sociologie et société*, 20, 2 (1988) : 77-89.
- CRENNER, Christopher, « Diagnosis and Authority in the Early Twentieh-Century Medical Practice of Richard C. Cabot », *Bulletin of the History of Medicine*, 76 (2002) : 30-55.
- DUPUY, Jean-Pierre, « Le médicament dans la relation médecin-malade », Luciano BOZZINI (dir.), *Médecine et société*, Montréal, Saint-Martin, 1981, p.371-388.
- DURKHEIM, Émile, *De la division du travail social*, Paris, Presses universitaires de France, 1967 (1893), 416p.
- ELZINGA, Aant, « The knowledge aspect of professionalization. The case of science-based nursing education in Sweden », Rolf TORSTENDAHL et Michael BURRAGE (dir.), *The Formation of Professions*, Londres, SAGE Publications, 1990, p.151-173.

- FASSIN, Didier, « Les politiques de la médicalisation », Pierre AÏACH et Daniel DELANOË (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998, p.1-13.
- FOURNIER, Marcel, Yves GINGRAS et Creutzer MATHURIN, « L'évaluation par les pairs et la définition légitime de la recherche universitaire », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 74 (1988) : 47-54.
- FREIDSON, Eliot, *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1986, 241p.
- , *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*, Chicago, University of Chicago Press, 1994, 238p.
- FUJIMURA, Joan, « Crafting Science : Standardized Packages, Boundary Objects and 'Translation' », Andrew PICKERING (dir.), *Science as Practice and Culture*, Chicago, University of Chicago Press, 1992, p.168-211.
- GUÉRARD, François, « Ville et santé au Québec. Un bilan de la recherche historiographique », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53, 1 (1999) : 19-45.
- HACKING, Ian, *Mad Travellers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*, Charlottesville, University Press of Virginia, 1998, 239p.
- , *The Social Construction of What ?*, Cambridge, Harvard University Press, 1999, 261p.
- HANSON, Allan, « Des examens à l'infini », Arlette LAFAY (dir.), *Le statut du malade, XVIe-XXe siècle*, Paris, L'Harmattan, 1991, p.123-138.
- HATCH, Nathan, « The Professions in a Democratic Culture », Nathan HATCH (dir.), *The Professions in American History*, Notre-Dame, University of Notre-Dame Press, 1988, p.1-14.
- JAGTENBERG, Tom, *The Social Construction of Science. A Comparative Study of Goal Direction, Research Evolution and Legitimation*, Dordrecht, Reidel, 1983, 222p.
- KELLNER, Hansfried et Peter L. BERGER, « Life-style Engineering. Some Theoretical Reflections », Hansfried KELLNER et Frank HEUBERGER (dir.), *Hidden Technocrats*, Londres / New Brunswick (USA), Transaction Publishers, 1992, p.1-22.

- KING, Lester, *Medical Thinking. A Medical Preface*, Princeton, Princeton University Press, 1982, 336p.
- KUHN, Thomas S., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983 (1962), 284p.
- LEGAULT, Marie-Josée, « Le métier de chercheur scientifique en sciences sociales et la sociologie des professions », *Sociologie et société*, 20, 2 (1988) : 163-176.
- MacDONALD, Keith, *The Sociology of Professions*, Londres, SAGE Publications, 1995, 224p.
- MARTUCCELLI, Danilo, *Sociologies de la modernité. L'itinéraire du XXe siècle*, Paris, Gallimard, 1999, 709p.
- McCLELLAND, Charles, *The German experience of professionalization*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991, 253p.
- PARADEISE, Catherine, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et société*, 20, 2 (1988) : 9-21.
- PARADIS, André, « L'histoire de la médecine au Québec. Problèmes de construction de l'objet », Jacques MATHIEU (dir.), *Les dynamismes de la recherche au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1991, p.171-186.
- , « L'histoire de la médecine : une porte ouverte sur l'histoire sociale », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 42, 1 (1988) : 73-83.
- REISER, Stanley J., *Medicine and the Reign of Technology*, Cambridge, Cambridge University Press, 1979, 317p.
- SALIBA, Jacques, « Les paradigmes des professions de santé », Pierre AÏACH et Didier FASSIN (dir.), *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994, p.43-86.
- SARFATI-LARSON, Magali, *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley, University of California Press, 1977, 309p.
- , « À propos des professionnels et des experts, ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire », *Sociologie et société*, 20, 2 (1988) : 23-40.

SCHÖN, Donald A., *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983, 374p.

SELANDER, Staffan, « Associative strategies in the process of professionalization. Professional strategies and scientification of occupations », Rolf TORSTENDAHL et Michael BURRAGE (dir.), *Professions in Theory and History*, Londres, SAGE Publications, 1990, p.138-149.

THÉRIEN, Gilles, « Santé, maladie, guérison. Apport de la sémiologie », Jacques DUFRESNE *et al.*, *Traité d'anthropologie médicale*, Québec / Lyon, PUQ / IQRC / Presses universitaires de Lyon, 1985, p.85-101.

WITZ, Anne, *Professions and Patriarchy*, Londres, Routledge, 1992, 233p.

2.2. Études et monographies

ADAMS, Tracey, « Inter-professional conflict and professionalization. Dentistry and dental hygiene in Ontario », *Social Science and Medicine*, 58 (2004) : 2243-2252.

ARNAY, William, *Power and the profession of obstetrics*, Chicago, University of Chicago Press, 1985, 290p.

BAILLARGEON, Denyse, « Entre la 'Revanche' et la 'Veillée' des berceaux. Les médecins québécois francophones, la mortalité infantile et la question nationale, 1910-1940 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire médicale*, 19 (2002) : 113-137.

BATTERSHILL, Charles, « Social Dimensions in the Production and Practice of Canadian Health Care Professionals », B. Singh BOLARIA et Harley DICKINSON (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p.135-157.

BEAUREGARD, Claude, « Les finances publiques du Québec et le désengagement de l'État au cours des années 80 », Robert BERNIER et James GOW (dir.), *Un État réduit ? / A Down-Sized State ?*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1994, p.35-62.

BEGUN, James W. et Ronald C. LIPPINCOTT, « The Origins and Resolution of Interoccupational Conflict », *Work and Occupations*, 14, 3 (1987) : 368-386.

- BERGERON, Pierre, « La Commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, 31, 3 (1990) : 359-380.
- BERGERON, Pierre et France GAGNON, « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformation », Vincent LEMIEUX *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, p.7-34.
- , « La prise en charge de la santé au Québec », Vincent LEMIEUX *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994, p.9-32.
- BERTRAND, Roger, « Le rôle de l'État dans les affaires sociales : fluctuations ou évolution ? », Vincent LEMIEUX (dir.), *Les institutions québécoises, leur rôle, leur avenir*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1990, p.260-277.
- BONNEVILLE, Luc et Jean-Guy LACROIX, « Une médication intensive des soins au Québec, 1975-2005 », *Recherches sociographiques*, 47, 2 (2006) : 321-334.
- Boston Nurses' Group, « The False Promise : Professionalism in Nursing », *Science for the people*, (mai-juin 1978) : 20-34 et (juillet-août 1978) : 23-33.
- BOTHWELL, Robert et John ENGLISH, « Pragmatic Physicians. Canadian Medicine and Health Care Insurance », S.E.D. SHORTT (dir.), *Medicine in Canadian Society*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1981, p.479-494.
- BROWN, Thomas, « Dr. Ernest Jones, Psychoanalysis and the Canadian Medical Profession, 1908-1913 », S.E.D. SHORTT (dir.), *Medicine in Canadian Society*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1981, p.315-360.
- BRUNET, Michel, « Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type : l'équipe multidisciplinaire de santé », *Recherches sociographiques*, 19, 2 (1978) : 261-269.
- CHARLES, Aline, *Travail d'ombre et de lumière. Le bénévolat féminin à l'Hôpital Sainte-Justine, 1907-1960*, Québec, IQRC, 1990, 192p.
- CHARLES, Aline et Nadia FAHMY-EID, « La diététique et la physiothérapie face au problème des frontières interprofessionnelles (1950-1980) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 47, 3 (1994) : 377-408

- CHARLES, Aline, François GUÉRARD et Yvan ROUSSEAU, « L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec, 1939-1960 », *Études d'histoire religieuse*, 69 (2003) : 29-49
- CHOQUETTE, Danielle, *L'Institut de réadaptation de Montréal. Cinquante ans d'histoire*, Montréal, IRM, 1999, 200p.
- COHEN, Yolande, « La contribution des Soeurs de la Charité à la modernisation de l'hôpital Notre-Dame, 1880-1940 », *Canadian Historical Review*, 77, 2 (1996) : 185-220
- , *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, PUM, 2000, 320 p.
- , *Les sciences infirmières, genèse d'une discipline. Histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*, Montréal, PUM, 2002, 327p.
- COHEN, Yolande et Esther LAMONTAGNE, « Bénévolat féminin dans le secteur de la santé. Une histoire sans qualité », Joseph LÉVY *et al.* (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2003, p.205-217.
- COLLIN, Johanne, « La dynamique des rapports de sexes à l'université, 1940-1980: une étude de cas », *Histoire sociale – Social History*, 19, 38 (1986): 365-385
- , *Changement d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980*, Montréal, Boréal, 1995, 239p.
- COMEAU, Michelle, *Discours et pouvoir de la profession médicale canadienne-française de 1930 à 1950*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1989, 152p.
- CRENNER, Christopher, « Diagnosis and Authority in the Early Twentieth-Century Medical Practice of Richard C. Cabot », *Bulletin of the History of Medicine*, 76 (2002) :30-55.
- DAVIES, Megan, « Competent Professionals and Modern Methods. State Medicine in British Columbia during the 1930s », *Bulletin of the History of Medicine*, 76 (2002) : 56-83.

- DEMERS, Louis, « La profession médicale et l'État », Vincent LEMIEUX *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, p.261-296.
- DEMERS, Louis, Yolande PELCHAT et Ginette CÔTÉ, « Intégration institutionnelle et intégration des services », *Recherches sociographiques*, 43, 3 (2002): 549-576.
- DICKINSON, Harley, « Mental Health Policy in Canada : What's the Problem ? », B. Singh BOLARIA et Harley DICKINSON (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p.466-481.
- DICKINSON, Harley et B. Singh BOLARIA, « Sociology, Health, Illness, and the Health-Care System. Current Issues and Future Prospects », B. Singh BOLARIA et Harley DICKINSON (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p.754-761.
- DORAY, Pierre, Johanne COLLIN et Shanoussa AUBIN-HORTH, « L'État et l'émergence des 'groupes professionnels' », *Canadian Journal of Sociology*, 29, 1 (2004) : 83-110.
- DUPRAS, André et Hélène DIONNE, « L'émergence de la sexologie au Québec », *Scientia canadensis*, 11, 2 (1987) : 90-108.
- DUSSAULT, Gilles, « Les médecins au Québec (1940-1970) », *Recherches sociographiques*, 16, 1 (1975) : 69-84
- , « Les idéologies des professions libérales au Québec, 1940-1975 », Fernand DUMONT, Jean HAMELIN et J.-P. MONTMINY (dir.), *Idéologies au Canada français, 1940-1976*, t. II, *Les mouvements sociaux – Les syndicats*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1981, p.47-73.
- , « Les effectifs sanitaires au Québec » Jacques DUFRESNE *et al.* (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, 1985, Québec / Lyon, PUQ / IQRC / Presses universitaires de Lyon, 1985, p.85-101.
- , « La régulation des professions sanitaires: l'expérience du Québec », *Sociologie et sociétés*, 20, 2 (1988): 125-139.
- , « Les producteurs de services sociosanitaires », LEMIEUX, Vincent *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994, p.193-212.

- DUSSAULT, Gilles et Carl-Ardy DUBOIS, « Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins », Vincent LEMIEUX *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, p.229-260.
- FAHMY-EID, Nadia et Johanne COLLIN, « Savoir et pouvoir dans l'univers des disciplines paramédicales. La formation en physiothérapie et en diététique à l'Université McGill, 1940-1970 », *Histoire sociale – Social History*, 22, 43 (1989) : 35-63.
- FAHMY-EID, Nadia et Aline CHARLES, « La diététique et la physiothérapie en quête d'une pratique exclusive au Québec, 1950-1980 », *Histoire sociale – Social History*, 26, 51 (1993) : 95-113.
- FAHMY-EID, Nadia *et al.*, *Femmes, santé et professions. Histoire des diététistes et des physiothérapeutes au Québec et en Ontario. L'affirmation d'un statut professionnel, 1930-1980*, Montréal, Fides, 1997, 364p.
- FAIRMAN, Julie, « Watchful Vigilance: Nursing Care, Technology, and the Development of Intensive Care Units », *Nursing Research*, 41, 1 (1992): 56-60.
- , « Alternate Visions: The Nurse-Technology Relationship in the Context of the History of Technology », *Nursing History Review*, 6 (1998): 129-146.
- FERRETTI, Lucia, « Caritas-Trois-Rivières (1954-1966), ou les difficultés de la charité catholique à l'époque de l'État-providence », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 58, 2 (2004) : 187-216.
- FREIDSON, Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (1970), 369p.
- GAGNON, Robert, *Histoire de l'École Polytechnique de Montréal, 1873-1990. La montée des ingénieurs francophones*, Montréal, Boréal, 1991, 526p.
- GAUCHER, Dominique, *Le maternage mal salarié. Travail sexué et discrimination salariale en milieu hospitalier*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1983, 259p.
- GAUMER, Benoît, Georges DESROSIERS et Othmar KEEL, *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté, 1929-1975*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998, 187p.

- , *Histoire du Service de santé de la Ville de Montréal, 1865-1975*, Sainte-Foy, Institut québécois de recherche sur la culture, 2002, 277p.
- GOULET, Denis, *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1843-1993*, Montréal, VLB, 1993, 502p.
- , *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, 263p.
- , *L'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Une histoire médicale*, Sillery, Septentrion, 2004, 174p.
- GOULET, Denis, François HUDON et Othmar KEEL, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB, 1993, 452p.
- GOULET, Denis et André PARADIS, *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques, 1639-1939*, Montréal, VLB, 1992, 527p.
- GUÉRARD, François, « Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 48, 3 (1995) : 375-401.
- , *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, 124p.
- GOW, James I., *Histoire de l'administration publique québécoise, 1867-1970*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1986, 443p.
- GROB, Gerald, « The Forging of Mental Health Policy in America : World War II to New Frontier », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 42 (1987) : 410-446.
- GRONFEIN, William, « Psychotropic Drugs and the Origins of Desinstitutionalisation », *Social Problems*, 32 (1985) : 437-454.
- GROULX, L.-H., « De la vocation féminine à l'expertise féministe. Essai sur l'évolution du service social au Québec, 1939-1990 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 49, 3 (1996) : 357-394.
- HALPERN, Sydney A., « Medicalization as Professional Process : Postwar Trends in Pediatrics », *Journal of Health and Social Behavior*, 31 (1990) : 28-42.

- HEAP, Ruby, « Physiotherapy's Quest for Professional Status in Ontario, 1950-1980 », *Canadian Bulletin of Medicine History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 12 (1995) : 69-99.
- HUDON, François, *Histoire de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1954-2004. Cinquante années au service de la société*, Montréal, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 2004, 287p.
- JEANOTTE, Manon et Monique LEMAY, *Un brin d'histoire*, travail dirigé de maîtrise (orthophonie-audiologie), Université de Montréal, 1977, 77p.
- KEATING, Peter et Othmar KEEL, « Introduction », Peter KEATING et Othmar KEEL (dir.), *Santé et société au Québec*, Montréal, Boréal, 1995, p.9-34.
- KINNEAR, Mary, *In Subordination. Professional Women, 1870-1970*, Montréal / Kingston, McGill-Queen's University Press, 1995, 241p.
- LAMONTAGNE, Esther, *Histoire des savoirs-faire infirmiers au Québec de 1870 à 1970*, mémoire de M.A. (histoire), Université du Québec à Montréal, 1999, 126p.
- LAYTON, Edwin, *The revolt of the engineers. Social responsibility and the American engineering profession*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1986 (1971), 284p.
- LESCOP, Joëlle et al., *Les médecins et l'utilisation des ressources autres que médicales*, Montréal, Université de Montréal / GRIS, 1985, 49p.
- LESEMANN, Frédéric, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Laval, Saint-Martin, 1981, 232p.
- LINTEAU, Paul-André, René DUROCHER, Jean-Claude ROBERT et François RICARD, *Histoire du Québec contemporain*, tome II, *Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1989 (1979), 825p.
- LUBOVE, Roy, *The Professional Altruist. The Emergence of Social Work as a Career, 1880-1930*, New York, Atheneum, 1983, 291p.
- MacLENNAN, David, « Beyond the Asylum. Professionalization and the Mental Hygiene Movement in Canada, 1914-1928 », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire médicale*, 4 (1987) : 7-23.

- MARCHAND, Nicolas, *Entre praticiens et chercheurs. Une histoire des psychologues au Canada*, thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 2002, 322p.
- MARTINEZ, Jean-Paul, *Un dyslexique ou un mauvais lecteur. Le grand malentendu*, Montréal, Éd. Nouvelles, 2003, 211p.
- MAYES, Rick et Alan V. HORWITZ, «DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness», *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 3 (2005) : 249-267.
- McCLELLAND, Charles E., *The German experience of professionalization. Modern learned professions and their organizations from the early 19th century to the Hitler era*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991, 253p.
- McPHERSON, Kathryn, *Bedside Matters. The Transformation of Canadian Nursing, 1900-1990*, Toronto / New York, Oxford University Press, 1996, 343p.
- MELOSH, Barbara, *The Physician's Hand. Work Culture and Conflict in American Nursing*, Philadelphie, Temple University Press, 1982, 260p.
- MERCIER, Jean et Daniel BOURGEOIS, «Dix ans de restrictions budgétaires au gouvernement du Québec. Organismes centraux et tendances administratives, 1981-1991», Robert BERNIER et James GOW (dir.), *Un État réduit ? / A Down-Sized State ?*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1994, p. 345-371.
- MILLS, Charles W., *Les cols blancs. Essai sur les classes moyennes américaines*, Paris, Maspero, 1966 (1951), 411p.
- NEVILLE, Terry, *The Royal Vic. The Story of Montreal's Royal Victoria Hospital, 1894-1994*, Montréal, Royal Victoria Hospital / McGill-Queen's University Press, 1994, 276p.
- NORTHCOTT, Herbert, «Threats to Medicare. The Financing, Allocation and Utilization of Health Care in Canada», B. Singh BOLARIA et Harley DICKINSON (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p.65-82.
- NUMBERS, Ronald, «The Fall and Rise of the American Medical Profession», HATCH, Nathan (dir.), *The Professions in American History*, Notre-Dame, University of Notre-Dame Press, 1988, p.51-67.

- O'NEILL, Michel, « Les départements de santé communautaire », *Recherches sociographiques*, 24, 2 (1983) : 171-201.
- OTERO, Marcelo, « Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec », *Sociologie et sociétés*, 32, 1 (2001) : 213-228.
- PELICIER, Yves et Guy THUILLIER, « Pour une histoire de l'éducation des enfants idiots en France (1830-1914) », *Revue historique*, 261, 1 (1979) : 99-130.
- PERKIN, Harold, *The Rise of Professional Society. England since 1880*, Londres / New York, Routledge, 1989, 604p.
- PETITAT, André, *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 1989, 408 p.
- PICHÉ, Lucie et Nadia FAHMY-EID, « À la recherche d'un statut professionnel dans le champ paramédical. Le cas de la diététique, de la physiothérapie et de la technologie médicale (1940-1973) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 45, 3 (1992) : 375-401
- PICHÉ, Sébastien, *Histoire de la spécialisation médicale au Québec. Le cas de la naissance de l'hématologie à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1920-1960*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1999, 113p.
- PIERRE-DESCHÈNES, Claudine, « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 (1981) : 355-375.
- PRINS, Ad, *Aging and Expertise. Alzheimer's Disease and the medical professions, 1930-1980*, thèse de doctorat (histoire), Université d'Amsterdam, 1998, 315p.
- PRUD'HOMME, Julien, « La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession. L'orthophonie-audiologie à l'Université de Montréal, 1956-1976 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 56, 3 (2003) : 329-356.
- , *Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec, 1940-2005. Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2005, 168p.
- , *Histoire de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, 1956-2002. Des luttes professionnelles à l'épanouissement*

- disciplinaire*, note de recherche du Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie (CIRST), Montréal, 2006, 49p.
- , « Diagnostics, stratégies professionnelles et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970 », *Recherches sociographiques*, 47, 2, (2006) : 253-275.
- , « Local and Selective Appropriation : Circulation of New Diagnosis Categories in Speech Therapy in Québec's Clinical Practice, 1985-2002 », *Journal of Canadian Studies / Revue d'études canadiennes*, 41, 3 (2007) : 150-165.
- QUEVILLON, Lucie, *Parcours d'une collaboration. Les intervenants psychiatriques et psychologiques à la Cour des jeunes délinquants de Montréal (1912-1950)*, mémoire de maîtrise (Université du Québec à Montréal), 2001, 169p.
- REMONDIÈRE, Rémi, « Une naissance conjointe : l'émergence de la kinésithérapie en France et l'installation de la physiothérapie au Québec. Trajectoires en miroirs », *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire médicale*, 15 (1998) : 153-187.
- RENAUD, Marc, « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique" », Peter KEATING et Othmar KEEL (dir.), *Santé et société au Québec*, Montréal, Boréal, 1995, p.189-217.
- ROUSSEAU, François, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, t. 2, 1892-1989, Sillery, Septentrion, 1994, 485p.
- ROUSSEAU, Jacques, « L'implantation de la profession de travailleur social », *Recherches sociographiques*, 19, 2 (1978) : 171-187.
- ROUSSEAU, Yvan, « Le commerce de l'infortune. Les premiers régimes d'assurance maladie au Québec, 1880-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 58, 2 (2004) : 153-186.
- SAINT-ONGE, Jacques, *Les développements des pratiques en travail social au Saguenay-Lac-Saint-Jean, 1960-1980*, Groupe de recherche et d'intervention régionale, Chicoutimi, 1999, 252p.
- SICHERMAN, Barbara, « The Uses of a Diagnosis. Doctors, Patients, and Neurasthenia », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 32, 1 (1977) : 33-54.

- SVENSSON, Lennart G., « Knowledge as a professional resource. Case studies of architects and psychologists at work », Rolf TORSTENDAHL et Michael BURRAGE (dir.), *Professions in Theory and History*, Londres, SAGE Publications, 1990, p.51-70.
- TOMAN, Cynthia, « Blood Work: Canadian Nursing and Blood Transfusion, 1942-1990 », *Nursing History Review*, 9 (2001): 51-78.
- , « Almonte's Great Train Disaster: Shaping Nurses' Roles and Civilian Use of Blood Transfusion », *Canadian Bulletin of Medical History*, 21, 1 (2004): 145-157.
- , « 'Body Work': Nurses and the Delegation of Medical Technology at the Ottawa Civic Hospital, 1947-1972 », *Scientia canadensis*, 29, 2 (2006) : 155-175.
- TREMBLAY, Mary, « The Right to the Best Medical Care : Dr. W. P. Warner and the Canadian Department of Veteran Affairs, 1945-1955 », *Canadian Bulletin of Medicine History / Bulletin d'histoire de la médecine*, 15 (1998) : 3-25.
- TRENT, James, *Inventing the Feeble Mind. A History of Mental Retardation in the United States*, Berkeley, University of California Press, 1994, 356p.
- TURGEON, Jean, « Avancez en arrière, s'il vous plaît ! La nouvelle réalité des régions sociosanitaires au Québec », Jean CRÊTE (dir.), *La science politique au Québec. Le dernier des maîtres fondateurs. Hommage à Vincent Lemieux*, Saint-Nicolas, Presses de l'Université Laval, 2003, p.199-215.
- TURGEON, Jean et Hervé ANCTIL, « Le Ministère et son réseau public », Vincent LEMIEUX et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 1994, p.79-106
- TURGEON, Jean, Hervé ANCTIL et Joël GAUTHIER, « L'évolution du ministère et du réseau : continuité ou rupture ? », Vincent LEMIEUX et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, p.93-118.
- TWOHIG, Peter, *Labour in the Laboratory: Medical Laboratory Workers in the Maritimes*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2005.
- , « Education, Expertise, Experience and the Making of Hospital Workers in Canada, 1920-1960 », *Scientia canadensis*, 29, 2 (2006) : 131-153.

- TWOHIG, Peter *et al.*, *Challenge and change. A history of the Dalhousie School of Nursing, 1949-1989*, Halifax, Fernwood / Dalhousie University, 1998, 144p.
- VAILLANCOURT, Yves, *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, PUM, 1988, 513p.
- VIAL, Monique, *Les enfants anormaux à l'école. Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909*, Paris, Armand Colin, 1990, 231p.
- WAILOO, Keith, *Drawing Blood. Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1997.
- WHITE, Deena, « The Rationalization of Health and Social-Service Delivery in Quebec », B. Singh BOLARIA et Harley DICKINSON (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p.83-105.
- WILSON, M., « DSM-III and the Transformation of American Psychiatry : A History », *American Journal of Psychiatry*, 150, 3 (1993) : 399-410.