

Savoir et pouvoir dans l'univers des disciplines paramédicales : la formation en physiothérapie et en diététique à l'Université McGill, 1940-1970

Nadia Fahmy-Eid et Johanne Collin*

L'étude de la physiothérapie et de la diététique est intéressante à plus d'un titre. D'abord parce qu'il s'agit de programmes presque exclusivement réservés aux filles et implantés à une époque où ces dernières commencent à peine à accéder à l'université. Ensuite parce qu'il s'agit de deux professions définies très tôt comme des auxiliaires de la médecine et qui, de ce fait, gravitent constamment dans l'orbite d'un pouvoir médical en fonction duquel elles sont obligées de se définir. Rapports au savoir médical et rapports de sexes traversent donc en permanence l'univers de ces deux disciplines et constituent les deux pôles de notre questionnement. Par l'analyse des programmes et de l'organisation institutionnelle de la formation en physiothérapie et en diététique à McGill, nous visons à cerner le schéma qui préside à l'organisation des savoirs dans chacune de ces disciplines.

Physiotherapy and nutrition are interesting topics of study in several respects. First, programs in both these fields are overwhelmingly dominated by women, and were introduced at a time when women were just beginning to enter university. As well, both professions were defined as satellites of medicine at an early stage and, as such, constantly orbit a medical power in relation to which they must define their scope. Thus, their relation to medical knowledge and male/female relations are constant factors in both disciplines, and comprise the focus of this study. By analyzing the physiotherapy and nutrition programs and institutional organization of McGill, we intend to grasp the logic underlying the organization of knowledge in both these disciplines.

L'éducation des filles au niveau universitaire, en particulier dans les disciplines professionnelles, n'a pas fait jusqu'ici l'objet de recherches

* Nadia Fahmy-Eid est professeure au Département d'histoire de l'Université du Québec à Montréal. Johanne Collin prépare un doctorat en histoire à l'Université du Québec à Montréal. Le projet de recherche dans le cadre duquel s'inscrit cet article est subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

systématiques¹. À cet égard, l'étude de la physiothérapie et de la diététique à l'Université McGill, au début des années 40, paraît intéressante à plus d'un titre. Il s'agit tout d'abord de deux programmes universitaires fréquentés presque exclusivement par une clientèle féminine et implantés à une époque où les femmes commencent à peine à accéder à l'université. De plus, dans la mesure où la formation en physiothérapie et en diététique a pris naissance dans l'univers éducatif anglophone, il paraît intéressant d'étudier cet enseignement à l'Université McGill². D'ailleurs, cette étude fait suite à une recherche similaire concernant l'Université de Montréal³. En transposant le même questionnement à l'endroit d'une institution anglophone, nous serons en mesure de voir, dans une étape ultérieure, jusqu'à quel point les caractéristiques propres à la formation dans le paramédical transcendent ou non les particularités liées à deux univers socio-culturels distincts.

Enfin, l'analyse de ces deux disciplines professionnelles devrait permettre d'élargir les perspectives de recherche en faisant le lien entre l'éducation des filles et le marché du travail⁴.

I — Le cadre d'émergence des disciplines paramédicales

Le phénomène d'industrialisation et d'urbanisation qui caractérise le développement du Québec à partir de la fin du XIX^e siècle engendre des besoins nouveaux en matière de services sociaux. La pauvreté, les épidémies et la mortalité infantile témoignent plus particulièrement de la nécessité d'une intervention collective dans le champ de la santé publique. Pourtant, malgré le

1. Les publications les plus récentes ont davantage porté sur l'accès des femmes à l'université que sur l'analyse de la formation dans les diverses disciplines universitaires. Voir Line Bernier, Pierre Dandurand, Marcel Fournier et Isabelle Perreault, *Les études universitaires au féminin. Situation des étudiantes dans les universités québécoises avec référence particulière au cas de l'Université Laval*, Département de sociologie, Université de Montréal, 1980. Voir aussi Margaret Gillett, *We walked very warily. A History of Women at McGill*, Montréal, Eden Press Women's Publications, 1981. Pour le cas de l'Université de Montréal, voir Johanne Collin, « La dynamique des rapports de sexes à l'université, 1940-1980 : une étude de cas », *Histoire sociale — Social History*, Vol. XIX, n^o 38, novembre 1986, pp. 365-385.

2. Voir au sujet de la diététique et de son ancêtre, l'enseignement ménager, l'article de Marta Danylewycz, Nadia Fahmy-Eid et Nicole Thivierge, « L'enseignement ménager et les 'Home Economics' au Québec et en Ontario au début du 20^e siècle, une analyse comparée » dans J. Donald Wilson, éd., *An Imperfect Past. Education and Society in Canadian History*, Vancouver, CSCI Publications, 1984, pp. 67-119. En ce qui concerne la physiothérapie, voir "Canadian Physiotherapy Association: An Historical Sketch", *Journal of Canadian Physiotherapy Association (JCPA)*, vol. 1, n^o 1, 1939.

3. Nadia Fahmy-Eid et Aline Charles, « Savoir contrôlé ou pouvoir confisqué ? La formation des filles en technologie médicale, réhabilitation et diététique à l'Université de Montréal, 1940-1970 », *Recherches féministes*, vol. 1, n^o 1, 1988, pp. 5-29.

4. C'est d'ailleurs l'objectif que nous poursuivrons dans la deuxième phase de notre projet de recherche qui s'intitule *Éducation des filles et marché du travail dans trois secteurs du paramédical : diététique, réhabilitation et technologie médicale, 1940-1970*.

besoin urgent de mesures et de réformes dans ce domaine, les pouvoirs publics mettront du temps à relayer les institutions privées⁵.

La prise en charge par l'État du secteur de la santé, la croissance des hôpitaux de même que celle de l'ensemble des institutions étatiques qui assument des services sociaux accéléreront la mise en place de structures bureaucratiques. Un phénomène qui, se conjuguant à une division toujours plus poussée du travail, tendra à modifier les caractéristiques générales de la main-d'œuvre dans le secteur tertiaire. Cet ensemble de transformations permettra dès lors l'émergence d'un nouveau modèle de professions, différent de celui des professions libérales traditionnelles⁶. Malgré un monopole légal de la pratique et une formation de niveau universitaire, ces nouvelles professions ont pour caractéristiques d'être salariées et de se développer dans un contexte où les rapports des professionnels à leur clientèle sont médiatisés par les institutions qui les emploient : hôpitaux, gouvernement et universités, entre autres⁷. C'est dans cette nouvelle catégorie de professions que se situent la diététique et la physiothérapie. Elles apparaissent au Québec durant les années 30 et prennent leur essor dans le contexte d'expansion rapide des services de santé qui marque la décennie suivante⁸.

La même période se caractérise également par l'amorce d'un processus de spécialisation de la pratique médicale. Ainsi, dès les années 50, les médecins auront de plus en plus tendance à se décharger d'une série d'actes techniques au profit de disciplines « satellites », définies comme des auxiliaires de la médecine. Selon le rapport de la Commission Hall sur les services de santé au Canada (1961), cette tendance de plus en plus marquée à la spécialisation de la médecine se conjugue à une augmentation rapide de la demande des soins de santé. Elle aura pour effet de créer un climat favorable à l'émergence et à l'expansion de professions requérant une formation moins

5. Au sujet de la prise en charge par l'État des services sociaux et de la réforme de la santé au Québec, voir Frédéric Lesemann, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981.

6. Le terme « professions libérales traditionnelles » désigne ici les professions constituées en corporations au tournant du siècle et dont la plupart des membres exercent en pratique privée et détiennent un titre réservé et un monopole de la pratique. Ces professions jouissent d'un prestige certain dans l'ensemble de la société, comme c'est en particulier le cas de la médecine et du droit.

7. Au sujet de l'émergence d'un nouveau type de professions et de nouveaux modèles professionnels distincts de celui des professions libérales traditionnelles, voir Magali Sarfatti Larson, *The Rise of professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley, University of California Press, 1977; Terence Halliday, "Professions, Class and Capitalism", *Archives européennes de sociologie*, 24, 1983, pp. 321-346.

8. La main-d'œuvre hospitalière quadruple du début des années 50 à la fin des années 60, et c'est la catégorie du personnel professionnel et technique qui enregistre la plus forte hausse. Voir le rapport du Comité d'étude sur la main-d'œuvre hospitalière (CEMOH), *La main-d'œuvre hospitalière*, annexe 8, Québec, Éditeur officiel, 1973, p. 91.

longue et moins poussée, mais faisant appel à des connaissances techniques spécifiques⁹.

Par ailleurs, l'apparition de ces professions auxiliaires de la médecine intervient à une époque où l'accès des femmes à l'enseignement universitaire est encore fort limité. Les collèges classiques, qui constituent la seule filière académique permettant d'accéder à l'étude des professions libérales, sont très peu nombreux à accueillir une clientèle féminine¹⁰. C'est donc tout naturellement que les premières cohortes de femmes universitaires se dirigeront vers des disciplines dont les conditions à l'admission s'avèrent moins restrictives, dont les programmes de formation sont moins longs et qui, de plus, visent explicitement les femmes comme clientèle cible.

II — Les aspects théoriques et méthodologiques

A) *Les hypothèses*

Parce que le rapport au savoir médical et les rapports de sexes traversent en permanence l'univers de la physiothérapie et de la diététique, ils constitueront les principaux pôles de la problématique dans laquelle s'inscrit notre questionnement. La grille de lecture appliquée à l'analyse de ces deux disciplines est directement liée à cette perspective dans la mesure où elle tient compte non seulement de l'appartenance sexuelle de la clientèle-cible et du corps professoral, mais aussi du schéma organisationnel des savoirs à l'œuvre dans chacun des programmes concernés. Comment, de façon concrète, les matières qui y figurent sont-elles ordonnées les unes par rapport aux autres ? Quel est, en terme d'heures, le poids respectif accordé à chacune d'elles ? Il faudrait chercher à évaluer aussi la part faite au **savoir théorique** par rapport au **savoir pratique** (laboratoires, stages, etc.), de même que la proportion de temps consacré au **savoir général** (matières de culture générale) par rapport au **savoir spécialisé** (celui qui s'inscrit dans le champ immédiat de la discipline concernée) et, enfin, l'importance que revêt dans les programmes le savoir médical, compris au sens large, c'est-à-dire incluant aussi bien la biologie et la biochimie que l'anatomie et la physiologie.

Nous formulons l'hypothèse que le poids respectif des catégories de savoirs mentionnés plus haut confère aux disciplines du paramédical un profil particulier qui les place dans une **perspective hiérarchique les unes par rapport aux autres**. Cette hiérarchisation est liée, selon nous, à une

9. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. 2, Ottawa, 1961.

10. En 1944, il n'existe que 12 collèges classiques pour filles et 21 en 1960. À ce jour, 4 913 filles sont inscrites au cours classique contre 22 811 garçons. Voir le « Mémoire des Collèges classiques pour jeunes filles du Québec », *La signification et les besoins de l'enseignement classique pour jeunes filles*, présenté à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels (1954), p. 53. Voir aussi Collin, « La dynamique des rapports de sexes... », pp. 369-372.

valorisation inégale des savoirs eux-mêmes. Cette notion de valorisation, à laquelle nous nous contenterons de donner ici une définition opératoire, est constituée par un ensemble d'avantages qui se traduit dans le domaine de la formation par des programmes affichant plus d'exigences à l'admission, s'étalant sur un plus grand nombre d'années et aboutissant à un niveau de diplomation plus élevé.

La seconde hypothèse postule que dans la hiérarchie des savoirs et des pouvoirs qui en découlent, le **savoir médical occupe une place déterminante**. Le monopole de l'établissement d'un diagnostic médical constitue, en effet, le fondement de l'expression concrète de ce type de savoir autant que du pouvoir qui en est le prolongement. Ainsi, qu'il s'agisse d'une analyse de laboratoire à effectuer, d'un traitement de physiothérapie à appliquer ou d'un régime diététique à prescrire, la mise en application des savoirs spécialisés dans chacun de ces domaines dépendra obligatoirement du diagnostic initial posé par un médecin. Le savoir médical dispensé sur un mode majeur (tel qu'il figure dans le programme de médecine) se présente donc implicitement comme la référence obligée de tout savoir dans le champ du paramédical. Il faudra, dès lors, vérifier dans quelle mesure le savoir médical confère aux médecins, qui sont les seuls à y accéder sur un mode majeur, un pouvoir de contrôle moins sur le contenu même du savoir paramédical que sur son organisation institutionnelle : mode d'administration des écoles ou facultés, composition du corps enseignant, etc.

Enfin, dans le cadre de notre analyse, nous chercherons à savoir si les rapports hiérarchiques qui caractérisent les relations entre les disciplines du paramédical et l'institution médicale débouchent sur des **rapports de domination d'un sexe (masculin) sur l'autre (féminin)**. On sait, en effet, que le savoir médical institutionnalisé — et le pouvoir qui y est lié — est demeuré, tout au long des trois décennies concernées (1940-1970), l'apanage d'un groupe social très majoritairement masculin, les femmes ayant été longtemps exclues de ce champ. Il faudra examiner, dès lors, de quelle manière les rapports de sexes s'imbriquent et s'articulent aux rapports entre les différents champs de savoirs. Quels en sont les effets spécifiques tant sur le contenu de la formation que sur son organisation institutionnelle ? Plus concrètement, quel type de contrôle les femmes exercent-elles sur des programmes d'enseignement où la clientèle est en très grande majorité féminine ? Quelle est leur proportion dans le corps enseignant ainsi que parmi le personnel administratif ? Enfin, comment sont-elles représentées au sein du **corps médical** (enseignant et administratif) rattaché aux institutions concernées ?

B) Les catégories à l'œuvre dans l'analyse des programmes

Les savoirs théorique et pratique constituent des catégories d'analyse à partir desquelles la sociologie des professions a tenté de définir et de classer ces dernières. Elle a identifié, en particulier, certaines catégories de

professions comme des lieux de formation où la connaissance théorique cède le pas à un apprentissage axé sur la pratique et l'acquisition de connaissances techniques¹¹. Sans souscrire pour autant au type de problématique qui sous-tend le plus souvent ce genre d'approche, on peut utiliser la notion de **savoir théorique** comme catégorie d'analyse parce que c'est à partir de ce type de savoir que la majorité des disciplines universitaires se définissent et situent en quelque sorte leur identité propre¹². Dans le cas des disciplines du paramédical, il sera particulièrement important de comprendre comment ce savoir théorique s'inscrit dans le champ du médical (entendu au sens large) ou englobe (dans un sens plus large encore) des disciplines scientifiques telles que la chimie et la physique.

Quant au **savoir pratique**, il est considéré, dans cette perspective, comme un lieu de concrétisation ou encore un champ d'application d'un savoir théorique qui le précède et, en quelque sorte, le transcende.

Le **savoir spécialisé** regroupe, quant à lui, les matières qui s'inscrivent dans le champ immédiat de la discipline concernée¹³. En étudiant la place qu'il occupe dans l'ensemble du programme par rapport au savoir général, on peut évaluer le degré de spécialisation que requiert la formation dans chacune des professions. On voit, en même temps, dans quelle mesure ce savoir général et l'enrichissement culturel sur lequel il débouche sont considérés comme partie intégrante de l'apprentissage de ces professions. Dans cette perspective d'analyse, le savoir général peut, en effet, se poser comme un contrepoids à un savoir spécialisé dont la prédominance trop marquée risque d'enfermer le programme professionnel dans un univers pragmatique et fonctionnel étroit.

Dans le secteur du paramédical, le **savoir spécialisé** comporte par ailleurs une certaine proportion de connaissances médicales intégrées aux matières de cours et directement liées à l'exercice de la profession. C'est le cas, par exemple, du cours de « Medical Gymnastics » en physiothérapie ou encore de celui de « Fundamentals of Nutrition » en diététique. Il s'agit, somme toute, de ce que l'on pourrait désigner comme un « savoir médical adapté »¹⁴. Ce dernier sert non seulement à caractériser le savoir spécialisé lié à une discipline paramédicale, mais permet parfois — quoique de façon très approximative — de percevoir la distance qui sépare cette discipline du savoir médical sur mode majeur et du pouvoir qui s'y rattache.

11. Michael Saks, "Removing the blinkers? A Critique of Recent Contributions to the Sociology of Professions", *Sociological Review*, vol. 31, n° 1, 1983, pp. 1-21; A. Etzioni, *The Semi-Professions and Their Organization*, New York, Free Press, 1969.

12. Andrew Abbott, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London, University of Chicago Press, 1988, pp. 52-55.

13. Par exemple, dans le cas de la physiothérapie, on retrouvera des matières comme l'électrothérapie et les massages alors qu'en diététique, ce savoir comportera, entre autres, tous les cours touchant la nutrition et la diétothérapie.

14. Ce savoir médical adapté est présent dans un corpus de connaissances mixtes et diffère en cela de celui qu'on retrouve (à l'état pur, en quelque sorte) dans les cours axés de façon intégrale sur l'apprentissage d'un savoir médical et scientifique.

Quant à la catégorie du **savoir médical et scientifique**, elle servira à évaluer la teneur scientifique des programmes concernés, et ce, à partir du poids accordé à ce corpus de connaissances par rapport à l'ensemble de tous les autres. Le savoir médical et scientifique s'insère cependant dans une dynamique différente de celle des autres catégories d'analyse dans la mesure où il ne fonctionne pas, comme elles, sur un mode à la fois complémentaire et oppositionnel (i.e. théorie/pratique, spécialisé/général). Ici, en effet, le pôle de comparaison que constitue le savoir médical sur mode majeur dispensé en médecine demeure une référence implicite qui s'intègre à notre schéma d'analyse sans faire pour autant l'objet d'une évaluation quantitative. L'écart qui sépare ce dernier type de savoir de celui dispensé dans les programmes du paramédical est en fait pris pour acquis et il apparaît moins intéressant, dès lors, d'en mesurer l'étendue que d'en observer les effets à différents niveaux.

III — L'analyse des programmes

A) *La physiothérapie*

Selon le fascicule préparé par l'École de physiothérapie pour décrire les cours et les programmes offerts, la pratique de la physiothérapie consiste à utiliser la chaleur, la lumière, l'eau et l'électricité en conjonction avec des techniques de massage et de gymnastique thérapeutique dans le traitement de blessures corporelles ou de maladies¹⁵.

Dès l'ouverture de l'école en 1944, on décrit la physiothérapie comme une profession réservée aux femmes¹⁶. On précise aussi que dans l'armée, les physiothérapeutes occupent le même rang que les infirmières et que les salaires offerts aux membres des deux professions sont équivalents. La brochure d'introduction spécifie que la formation en physiothérapie s'effectue sous la supervision des médecins et que les physiothérapeutes doivent veiller à appliquer les traitements prescrits par ces derniers. Le contrôle exercé par le corps médical déborde d'ailleurs le champ strict de la formation, puisque tout au long de la période étudiée, l'École demeure sous la juridiction administrative de la Faculté de médecine.

L'École de physiothérapie de McGill inaugure sa carrière en offrant un cours de deux ans qui débouche sur un diplôme de technicienne en physiothérapie et requiert, à l'admission, le certificat d'immatriculation sénior (12^e année). Dix ans plus tard, soit en 1954, l'exigence à l'admission diminue, se limitant désormais à la détention d'un certificat d'immatriculation junior (11^e année). Quant à la durée des études, elle connaît des prolongations successives, passant de deux à trois ans en 1947, lorsque les stages sont intégrés à la scolarité, puis s'allonge encore d'un an en 1966, lorsque le diplôme devient baccalauréat.

15. *McGill Calendar*, 1951-1952, p. 3 409.

16. D'ailleurs, jusqu'en 1966, seuls les candidats de sexe féminin sont admis.

Toutefois, cette progression dans la durée des études et dans le niveau de la diplomation constitue, en quelque sorte, un trompe-l'œil. D'abord parce qu'elle occulte la baisse des exigences à l'admission qui intervient en 1954, mais aussi dans la mesure où ni le temps d'apprentissage ne connaîtra d'augmentation importante, ni le noyau de la formation un approfondissement significatif au cours de cette période.

Ainsi, lorsque le diplôme devient baccalauréat, le nombre total d'heures de cours passera de 2 386 à 2 823¹⁷, entraînant une augmentation de 437 heures. Celle-ci représente moins de 50 p. 100 de la charge horaire annuelle de l'ancien programme et une charge hebdomadaire nouvelle de 31 heures de cours au lieu des 40 heures qui constituaient la norme antérieure.

De plus, le passage du diplôme au baccalauréat n'affecte pas vraiment le nombre total d'heures consacrées au savoir médical et scientifique ainsi qu'au savoir spécialisé (Graphique 1). Il s'agit pourtant de catégories de matières qui constituent la base de la formation en physiothérapie. Ce sont plutôt les stages et la culture générale qui bénéficieront de la prolongation de la formation.

On peut dès lors émettre l'hypothèse qu'une volonté politique oriente l'ensemble de ces réaménagements. Ainsi, la baisse des exigences d'admission qui intervient en 1954 constitue peut-être l'une des stratégies destinées à résoudre les problèmes aigus de recrutement dont les associations professionnelles font constamment état tout au long de la période étudiée¹⁸. Cependant, les objectifs à la base du changement qui a lieu en 1966 paraissent plus évidents. L'implantation du baccalauréat intervient dans un contexte troublé où la réorganisation du système de santé, comme celle du système d'éducation, affecte assez directement les professions du paramédical, remettant en cause leur statut de profession et la nécessité d'y accéder par le biais d'une formation universitaire¹⁹. En passant du diplôme au baccalauréat, la physiothérapie parvient ainsi à se hisser définitivement au rang de discipline de niveau universitaire sans pour autant que le contenu même de la formation de base en soit véritablement affecté.

17. Le nombre total d'heures désigne ici la somme des heures de cours consacrées à une matière au terme de toute la durée du programme. Pour les fins d'une uniformisation de la méthode de calcul en vue de la comparaison avec les programmes de l'Université de Montréal, nous n'avons pas inclus dans le nombre total d'heures celles de la première année de cours qui correspond à l'immatriculation senior (12^e année).

18. *Journal of the Canadian Physiotherapy Association*, 1939-1970, ainsi que les rapports annuels de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1962-1970.

19. Voir les procès-verbaux des réunions du Conseil d'administration des physiothérapeutes de la province de Québec inc., 1969 et 1970. Voir aussi le *Mémoire soumis par « Les physiothérapeutes de la province de Québec inc. » au Comité d'étude des professions auxiliaires de la santé*, Québec, 1968.

*Le rapport théorie/pratique*²⁰

Le rapport entre le savoir théorique et les connaissances pratiques est assez constant au fil des années. On constate que la partie du programme liée à l'apprentissage pratique occupe toujours un nombre d'heures plus important que celui consacré à la théorie. Elle représente généralement entre 55 et 63 p. 100 de la totalité des heures de cours. L'importance de la pratique est particulièrement significative à l'intérieur des cours spécialisés dont elle illustre l'orientation pragmatique (Tableau 1).

Tableau 1 Importance de la formation pratique en physiothérapie dans les différentes catégories de savoir, 1954-1968*

Années	Savoir médical et scientifique		Savoir spécialisé		Stages	
	Total des heures de cours **	Formation pratique*** (%)	Total des heures de cours	Formation pratique (%)	Total des heures de cours	Formation pratique (%)
1954	660	41	1 064	58	458	100
1955	660	41	974	63	458	100
1956	510	41	1 076	57	458	100
1957	540	39	1 046	62	458	100
1958	540	39	1 046	62	458	100
1959	540	39	1 046	62	572	100
1960	540	39	1 046	62	572	100
1961	540	39	1 046	62	572	100
1962	510	41	990	63	676	100
1963	510	41	1 110	52	676	100
1964	510	41	1 110	52	676	100
1965	510	41	1 110	52	676	100
1966	480	47	955	53	1 028	100
1967	480	47	985	55	1 028	100
1968	480	47	985	55	1 028	100

* Les données concernant le rapport théorie/pratique ne sont pas disponibles pour la période antérieure à 1954 de même que de 1968 à 1970.

** Ce chiffre représente le nombre d'heures de cours que totalise l'ensemble du programme dans chaque catégorie de savoir.

*** Ce chiffre correspond au pourcentage du nombre d'heures de cours pratiques sur le total des heures de cours.

Source : McGill Calendars, 1945-1970.

Quant aux stages, partie intégrante de l'apprentissage pratique, ils constituent une catégorie dont le nombre d'heures connaît une progression constante depuis 1954. Ce phénomène est plus frappant encore à partir de 1966 lorsque le nombre d'heures allouées aux stages passe de 676 à 1 028, doublant presque en l'espace d'un an. Prolonger ainsi la durée des

20. Le calcul du nombre d'heures de cours consacrées à l'apprentissage soit théorique soit pratique est effectué ici à partir des spécifications fournies par les documents officiels de l'Université McGill. On considérera, pour chaque matière, le nombre d'heures réservées aux séminaires par rapport à celles dévolues aux stages ou aux laboratoires.

programmes devient une opération relativement aisée. Cette malléabilité remarquable du savoir pratique et des stages en particulier semble en avoir fait un instrument privilégié au service de cette volonté politique que nous mentionnions plus haut.

Le rapport du savoir général au savoir spécialisé

L'une des caractéristiques du programme de diplôme en physiothérapie est la quasi-inexistence de la culture générale. Celle-ci disparaît complètement à partir de 1946 pour ne reparaitre que dix ans plus tard. Elle se maintiendra à un niveau très modeste entre 1956 et 1966, ne dépassant jamais 4 p. 100 de la totalité des heures de cours (Tableau 2). Quant au savoir scientifique et médical, considéré sous l'angle d'une culture générale à caractère scientifique, il diminuera progressivement au cours de la période étudiée. Donc, plus le programme évolue, plus se dessine le profil d'une formation courte et intensive, très spécialisée et axée sur l'apprentissage pratique.

Tableau 2 Poids relatif des différentes catégories de savoir dans la formation en physiothérapie, 1945-1968

Années	Savoir médical et scientifique (%)	Savoir spécialisé (%)	Culture générale (%)	Stages (%)
1945	28	45	3	24
1946	30	46	0	24
1947	27	32	0	41
1948	27	32	0	41
1949	31	35	0	34
1950	31	35	0	34
1951	23	44	0	33
1952	22	42	0	36
1953	21	46	0	33
1954	30	49	0	21
1955	31	47	0	22
1956	24	50	4	22
1957	25	49	4	22
1958	25	49	4	22
1959	24	47	4	25
1960	24	47	4	25
1961	24	47	4	25
1962	23	44	4	29
1963	21	47	4	28
1964	21	47	4	28
1965	21	47	4	28
1966	17	34	13	36
1967	17	34	13	36
1968	17	34	13	36

Source : *McGill Calendars*, 1940-1970.

Le remplacement du diplôme par le baccalauréat, en 1966, modifiera cependant ce paysage; alors que l'orientation pratique de la formation s'accroît, elle s'accompagnera désormais d'une ouverture à une culture générale plus riche et diversifiée. En passant de 40 à 31 heures de cours par semaine, le programme devient, par ailleurs, moins intensif. Du coup, la formation en physiothérapie revêtira un caractère plus académique.

Le savoir médical sur mode mineur

Les matières à la base de l'apprentissage en physiothérapie s'inscrivent, dans leur ensemble, dans le champ immédiat du savoir médical, mais elles le font sur un mode particulier. Ainsi, le cours intitulé « Clinical Therapeutics », lequel est décrit en ces termes : « A detailed consideration of the diseases and injuries requiring treatment by physical and occupational therapy²¹ », constitue à côté d'autres cours du même type une bonne illustration de ce que représente un savoir médical « adapté ». En fait, les connaissances retenues dans les domaines de la physiologie ou de l'anatomie du corps humain revêtent un caractère fonctionnel dans la mesure où elles se rapportent à des objectifs professionnels précis et n'en débordent pas vraiment. La pratique de la physiothérapie, qui se définit comme la mise en application de traitements particuliers, appelle donc forcément une référence constante à un savoir médical « adapté » à cette pratique. La teneur de ce savoir médical sur mode mineur n'est certes pas mesurable avec acuité à partir de nos sources, mais son importance dans l'ensemble du programme est indéniable, ce qui place la physiothérapie dans l'orbite immédiate du savoir médical. Il s'agit là d'une proximité qui risque d'entraîner, du même coup, sa dépendance face aux détenteurs légitimés de ce savoir; une hypothèse que l'on pourra confirmer ou infirmer à l'étude de la composition du corps enseignant et administratif de l'École.

Un autre phénomène vient jeter un éclairage supplémentaire sur les rapports entre la formation en physiothérapie et le savoir médical sur mode majeur. On se rappellera, en effet, que malgré les modifications affectant le programme au fil des ans, le nombre d'heures de cours consacrées à l'apprentissage du savoir médical et scientifique est resté presque constant, du moins à partir de 1955 (Graphique 1). Peut-on alors lier le constat d'un tel plafonnement au phénomène de la proximité mentionné plus haut ? En fait, l'importance de l'acquisition de connaissances médicales pour l'exercice de la physiothérapie pourrait être un facteur déterminant dans le contrôle exercé par l'institution médicale sur la formation.

21. *McGill Calendars*, 1945-1970. Ce cours change de nom et devient « Clinical Medicine » à partir de 1966-1967.

B) La diététique

L'enseignement de la diététique dans le milieu anglophone s'élabore dans un univers relativement éloigné de celui des hôpitaux et de la pratique de la médecine. C'est en effet au sein de l'École des sciences ménagères que prend forme, au début du XX^e siècle, l'enseignement de cette discipline à l'Université McGill²². Il s'agit alors du Collège Macdonald de Sainte-Anne-de-Bellevue, qui abrite également la Faculté d'agriculture de l'Université. Du fait de la proximité de cet univers rural et agricole, la formation en diététique se présente à ses débuts comme liée de près à la gestion d'une sphère privée, celle où la famille est encore pourvoyeuse d'une bonne partie des produits qu'elle consomme²³.

Pendant les trente années qui constituent notre période d'observation, le diplôme octroyé au terme des études en diététique demeure le B.Sc. (Home Economics). Il s'agit d'un programme d'une durée de quatre ans après l'immatriculation junior, donc de trois ans après l'immatriculation senior. En fait, ce programme comporte trois années de formation générale en sciences ménagères, la spécialisation en diététique n'intervenant que lors de la quatrième et dernière année du cours. La diététique ne constitue d'ailleurs que l'une des voies de spécialisation possibles, les deux autres options étant l'enseignement de l'économie familiale (Home Economics) et l'approfondissement de la formation de base en sciences ménagères.

Bien qu'à partir de 1962, deux des quatre voies de spécialisation concernent le domaine de la nutrition, ce n'est qu'en 1969 que le titre du diplôme offert désignera explicitement l'étude de la diététique²⁴. Il s'agira dorénavant d'un B.Sc. (Food Sciences). On note une remarquable stabilité en ce qui concerne la durée du programme ainsi que les exigences à l'admission; stabilité qui se démarque des remaniements fréquents qui caractérisent à la même époque la formation en physiothérapie (Graphique 2)²⁵. Un seul changement notable apparaît toutefois en 1966 lorsque le cours de diététique est allongé d'un an, à l'instar de celui de physiothérapie, d'ailleurs.

22. Le Collège Macdonald fonde en 1907 sa « School of Household Science ». L'École décerne, dès 1919, un baccalauréat en sciences ménagères qui s'adresse notamment aux futures diététistes.

23. « Le rayonnement de l'École touche les adultes grâce aux cours offerts aux Women's Institutes et aux Homemakers' Clubs. Ces clubs s'apparentent aux Cercles des fermières francophones [...] », Nicole Thivierge, *Écoles ménagères et instituts familiaux : un modèle féminin traditionnel*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1983, p. 169.

24. Les deux options offertes sont : « Dietetics » et « Food Management ». Pour les fins de cette analyse, nous avons décidé de nous limiter à la première.

25. Étant donné la stabilité du nombre total d'heures par matière qui caractérise le programme de diététique, il devenait plus significatif de comparer l'importance accordée à chacune des catégories de savoirs à partir du calcul du nombre annuel moyen d'heures par matière.

Quant aux débouchés possibles pour les futures diététistes et nutritionnistes, si l'on se fie au descriptif du fascicule de l'École des « Home Economics », ils débordent largement le cadre des hôpitaux : « The practice of dietetics is assuming the responsibility for the production of food in hospitals, institutions and commercial restaurants... The four-year course in Home Economics prepares students for professional careers as dietitians, home economics teachers, nutritionists, extension workers with government services, home economics in home service bureaus and many other positions²⁶ ». L'univers professionnel des diététistes étant loin de se limiter aux seules institutions hospitalières, il n'est pas étonnant que l'on ne retrouve aucune mention des rapports entre médecins et diététistes dans un tel descriptif.

Durant les 30 années que couvre notre étude, le programme de B.Sc. (Home Economics) se caractérise par sa stabilité. Le nombre annuel moyen d'heures de cours est à peu près constant de 1940 à 1966, si bien qu'une semaine normale comporte entre 25 et 30 heures de cours. En 1966, le programme s'allonge d'un an, sans pour autant que l'on augmente le nombre total des heures de cours consacrées à la formation, ce qui a pour résultat d'alléger la scolarité : une semaine normale ne compte plus que 23 heures de cours. La formation en diététique ne présente donc pas le caractère intensif de celle qui caractérise la physiothérapie : le programme, d'assez longue durée, se déroule en fait à un rythme plus lent.

Le rapport théorie/pratique

Le pourcentage d'heures de pratique dans l'ensemble du programme de diététique varie entre 35 et 51 p. 100 de 1940 à 1970. Assez élevé au début de la période, ce pourcentage tend à diminuer progressivement par la suite dans chacune des catégories de savoir (Tableau 3). Ce phénomène est observable en particulier à partir du milieu des années 60 alors que le programme de diététique présente un profil nettement plus théorique que pratique. Il est à noter que si la formation en diététique comporte une période de stages, ceux-ci ne sont pas intégrés à la scolarité et prennent plutôt la forme d'un internat qui s'effectue après l'obtention du baccalauréat²⁷.

Le rapport du savoir spécialisé au savoir général

La place occupée par le savoir spécialisé est assez constante de 1940 à 1966. Pendant cette période, un peu plus de la moitié des heures de cours y sont consacrées alors que, par la suite, cette portion du programme occupe les

26. *McGill Calendar*, 1952-1953, p. 4 595.

27. L'internat devient obligatoire selon la *Loi sur la diététique*, à partir de janvier 1956. Pour celles qui ne le font pas, il peut être remplacé par trois ans d'expérience dans une institution reconnue par la CPDQ, mais ces diététistes doivent travailler sous la supervision d'une diététiste professionnelle (i.e. ayant complété son internat). Voir le "Quebec's Dietitians Bill", *Journal of Canadian Dietetic Association*, vol. 18, n° 3, mai 1956, p. 12.

deux tiers du nombre total d'heures (Tableau 4). Comme les stages ne sont pas intégrés à la formation, les catégories du savoir médical et scientifique ainsi que la culture générale se partagent le reste du temps d'apprentissage. On remarque alors que les cours à caractère culturel monopolisent une part relativement importante de la formation, soit autour de 10 p. 100 du total des heures, et ce, tout au long de la période qui nous intéresse.

Tableau 3 Importance de la formation pratique en diététique dans les différentes catégories de savoir, 1940-1968*

Années	Savoir médical et scientifique		Savoir spécialisé		Culture générale	
	Total des heures de cours **	Formation pratique*** (%)	Total des heures de cours	Formation pratique (%)	Total des heures de cours	Formation pratique (%)
1940	825	58	1 335	47	390	23
1941	1 110	65	1 200	45	390	23
1942	1 110	65	1 200	45	390	23
1943	900	63	990	39	435	21
1944	900	63	990	39	435	21
1945	810	63	1 440	60	270	0
1946	810	63	1 440	60	270	0
1947	750	60	1 395	62	390	15
1948	750	60	1 395	62	270	0
1949	750	60	1 320	59	270	0
1950	750	60	1 290	60	315	19
1951	750	60	1 290	53	210	0
1952	750	60	1 290	53	210	14
1953	750	60	1 305	53	210	14
1954	750	60	1 290	53	255	12
1955	750	60	1 350	53	255	12
1956	750	60	1 395	54	345	9
1957	750	60	1 395	54	345	9
1958	750	60	1 395	54	345	9
1959	960	59	1 545	54	255	12
1960	960	59	1 545	54	255	12
1961	960	59	1 545	54	255	12
1962	870	59	1 485	53	195	0
1963	870	59	1 485	53	195	0
1964	870	59	1 485	51	195	0
1965	870	59	1 425	51	195	0
1966	870	52	1 425	44	195	9
1967	465	52	1 650	44	330	9
1968	465	43	1 650	38	330	15

* Les données concernant le rapport théorie/pratique ne sont pas disponibles pour la période allant de 1968 à 1970.

** Ce chiffre représente le nombre d'heures de cours que totalise l'ensemble du programme dans chaque catégorie de savoir.

*** Ce chiffre correspond au pourcentage du nombre d'heures de cours pratiques sur le total des heures de cours.

Source : *McGill Calendars*, 1945-1970.

Tableau 4 Poids relatif des différentes catégories de savoir dans la formation en diététique, 1940-1968

Années	Savoir médical et scientifique	Savoir spécialisé	Culture générale
	(%)	(%)	(%)
1940	33	52	15
1941	41	45	14
1942	41	45	14
1943	39	43	18
1944	39	43	18
1945	32	57	11
1946	32	57	11
1947	30	55	15
1948	31	58	11
1949	32	57	11
1950	32	55	13
1951	34	57	9
1952	34	57	9
1953	33	58	9
1954	33	56	11
1955	32	57	11
1956	30	56	14
1957	30	56	14
1958	30	56	14
1959	35	56	9
1960	35	56	9
1961	35	56	9
1962	34	58	8
1963	34	58	8
1964	34	58	8
1965	35	57	8
1966	35	57	8
1967	19	67	14
1968	19	67	14

Source : McGill Calendars, 1940-1970.

Le savoir médical sur mode mineur

Contrairement au cas de la physiothérapie, les matières contenues dans la catégorie du savoir spécialisé en diététique sont assez éloignées de ce que l'on a désigné plus haut comme un savoir médical sur mode majeur. Ce savoir spécialisé comporte en effet trois volets qui n'ont qu'un rapport lointain avec les connaissances à la base de la médecine. Le volet « diététique et nutrition », le plus important, fait appel à un ensemble de connaissances circonscrites au champ de l'alimentation, alors que le volet « sciences ménagères » comporte des cours axés sur l'étude des textiles et de la gestion du foyer (Household Sciences) qui n'ont, il va sans dire, rien à voir avec la médecine. Enfin, le volet administratif, quant à lui, fait appel, entre autres, à des notions d'économie et de gestion du personnel.

C'est davantage dans la catégorie du savoir médical et scientifique que se situe la référence obligée à un savoir médical de base. Celui-ci prend la forme de cours en physiologie, en bactériologie et en microbiologie. D'ailleurs, à l'intérieur de cette catégorie de savoir, les matières liées au savoir médical occupent, tout au long de la période, entre 20 et 30 p. 100 du nombre total d'heures consacrées à la formation.

Néanmoins, le fait que le savoir spécialisé se constitue sur un terrain fort bien délimité et assez loin de celui de la pratique médicale nous autorise à avancer l'hypothèse d'une certaine autonomie de la profession vis-à-vis des médecins. Et ce, d'autant plus que le volet administratif ouvre un champ d'action éloigné du rapport direct avec les patients et permet d'échapper, dans ce secteur du moins, au contrôle des médecins. En outre, le fait que la profession présente plusieurs débouchés autres que celui de la pratique dans les hôpitaux contribue à accentuer ce caractère d'autonomie par rapport à l'institution médicale.

Finalement, si dans le champ strict de la nutrition et de la diétothérapie, les diététistes peuvent être plus directement soumises à une certaine supervision de la part des médecins, elles se posent par ailleurs — et on le constate à travers le discours et les politiques de leurs associations professionnelles — comme les seules véritables spécialistes de la nutrition. C'est à elles que revient, entre autres, la responsabilité d'enseigner la nutrition dans plusieurs autres programmes, tant de niveau universitaire que collégial.

IV — Le corps professoral et le personnel administratif

A) *La physiothérapie*

Notre problématique initiale nous amène à poser ici l'analyse en termes comparatifs entre les éléments féminins et masculins du corps professoral et du personnel administratif (Tableau 5). Quelle proportion numérique représente chacune des catégories sexuelles par rapport à l'ensemble des effectifs enseignants ? Quelle est l'appartenance disciplinaire des professeurs féminins et masculins et combien sont médecins ? Quelle est la place respective de chacun des deux groupes dans l'échelle hiérarchique ? Au fond, dans quelle mesure l'appartenance à une catégorie sexuelle donnée détermine-t-elle le profil de la carrière de professeur(e) à l'École de physiothérapie de l'Université McGill entre 1945 et 1970 ?

On constate que la proportion numérique des **professeurs féminins** fluctue d'une période à l'autre, mais constitue en moyenne 47 p. 100 des effectifs professoraux; pourcentage modeste quand on pense qu'il s'agit d'une profession et d'une clientèle étudiante presque exclusivement féminines.

Tableau 5

**Répartition du corps enseignant féminin et masculin
selon l'appartenance disciplinaire et le statut
École de physiothérapie, 1945-1970**

Sexe	Physio. (%)	Discipline Médecine (%)	Autre (%)	Ext. ¹ (%)	Prof. ² (%)	Associ. ³ (%)	Statut Assist. ⁴ (%)	Lect. ⁵ (%)	Demons. ⁶ (%)	? ⁷ (%)
F (100%)	70	0	30	24	0	0	13	41	11	11
H (100%)	0	61	39	80	0	6	0	9	4	1

Source: McGill Calendars, 1940-1970.

¹ EXT. : désigne les professeurs extérieurs à l'École, c'est-à-dire ceux qui ne font pas partie du personnel régulier et qui sont, le plus souvent, attachés à d'autres facultés ou écoles de l'Université. Les sources ne nous permettent cependant pas de connaître leur statut à l'intérieur de la faculté ou de l'école à laquelle ils sont rattachés, lorsque c'est le cas.

² PROF. : désigne les professeurs réguliers de l'École ayant le statut de professeur titulaire (full professor).

³ ASSOCIA. : désigne les professeurs réguliers ayant le statut de professeur agrégé (associate professor).

⁴ ASSIST. : désigne les professeurs réguliers ayant le statut de professeur adjoint (assistant professor).

⁵ LECT. : « lecturer » correspond au statut de chargé de cours.

⁶ DEMONS. : « demonstrator » correspond au statut de démonstrateur.

⁷ ? : informations manquantes.

Alors que jusqu'au début des années 50, seulement le tiers des professeurs féminins possédaient une formation en physiothérapie, cette proportion oscillera, à partir de 1954, entre 83 et 100 p. 100. Cette transformation coïncide par ailleurs avec le moment où le programme acquiert une certaine stabilité et prend une forme plus définitive. Celles des professeuses qui n'ont pas été formées en physiothérapie proviennent d'horizons disciplinaires variés tels que le nursing, les sciences ou encore l'éducation physique. Aucune, cependant, n'est médecin.

Le **corps professoral masculin** ne compte, quant à lui, aucun physiothérapeute (Tableau 5). C'est dire que l'apprentissage des connaissances directement liées à la profession n'est pas de son ressort. Par contre, les médecins constituent la majorité des effectifs enseignants masculins, le reste du corps professoral masculin originant des sciences pures ou d'autres secteurs des sciences de la santé. La transmission du savoir médical et scientifique en physiothérapie se présente donc comme un fief masculin, contrôlé en particulier par un groupe d'hommes médecins.

En ce qui concerne le **statut** comparé des professeurs masculins et féminins, on se rend compte que la majorité des femmes fait partie du personnel régulier de l'institution alors que la plupart du corps professoral masculin est rattaché à d'autres facultés ou institutions. Ainsi, l'encadrement des étudiantes et le suivi de l'apprentissage incombent plutôt aux femmes. Elles n'en tirent cependant pas un bénéfice particulier au plan du statut, puisque de 1945 à 1970, entre 50 et 80 p. 100 d'entre elles se situent au bas de l'échelle hiérarchique et donc salariale²⁸. Quant aux professeurs masculins, leur affiliation à des institutions extérieures à l'École de physiothérapie ne permet pas de retracer avec assez de précision leur situation dans l'échelle hiérarchique. Il est permis toutefois de supposer qu'en tant que professeurs prêtés par les autres facultés, leur situation est mieux assise et dépasse celle de simples chargés de cours (lecteurs).

En ce qui concerne l'**administration** de l'École, le rapport hommes/femmes n'est pas bien différent, quoique reproduit à une échelle très réduite. Comme l'École de physiothérapie demeure pendant toute la période considérée sous la juridiction de la Faculté de médecine, sa propre structure administrative se limite à deux postes : celui de directeur(trice) et celui d'assistant(e)-directeur(trice). Or, de 1945 à 1970, le poste de directeur est occupé par un homme médecin, le D^r Fisk, et celui d'assistant(e) par une physiothérapeute²⁹. À cet égard, l'administration de l'École de physiothérapie reflète un mode de contrôle médical masculin semblable à celui observé à tous les autres niveaux.

28. Elles occupent surtout des postes de chargées de cours (lecteurs). Très peu accèdent au poste de professeur adjointe (assistant professor).

29. Aux côtés du D^r Fisk, deux femmes seulement se succèdent au poste d'assistante, ce qui montre qu'il s'agit là de fonctions assez stables. Le directeur et l'assistante font partie du personnel enseignant régulier de l'École.

B) La diététique

En examinant la composition du corps enseignant en diététique selon les mêmes paramètres utilisés pour la physiothérapie, on débouche sur des constats tout aussi significatifs par rapport à notre questionnement initial (Tableau 6). Ainsi, des années 40 aux années 60, les **professeurs féminins** à l'École de diététique représentent en moyenne 44 p. 100 de l'ensemble du personnel enseignant; situation comparable à celle qui prévaut en physiothérapie, puisque là aussi, l'élément masculin l'emporte au sein du corps professoral, bien qu'il s'agisse d'une clientèle presque exclusivement féminine.

Toutes ces femmes professeures font partie du personnel régulier de l'institution et en assurent donc le fonctionnement en même temps qu'elles assument l'encadrement des étudiantes. Quant à leurs **collègues masculins**, ils proviennent pour la plupart de la Faculté d'agriculture de McGill et appartiennent à des disciplines variées, dont la chimie, la biologie, l'agronomie et le génie agricole. Il n'y a point de médecin dans ce corps enseignant. Mais comment peut-on expliquer cette absence du corps médical alors que les connaissances liées à la nutrition peuvent paraître d'emblée aussi proches de la biochimie que de la physiologie du corps humain ? Le fait est que le contrôle ici semble être dévolu plutôt à la Faculté d'agriculture, de laquelle a toujours relevé l'École des « Home Economics ».

À part leur rattachement à la Faculté d'agriculture, l'autre caractéristique commune du **statut** des professeurs masculins en diététique est qu'ils occupent dans l'échelle hiérarchique une place bien plus enviable que celle de leurs collègues féminins. Tout au long de la période étudiée, ces dernières se retrouvent en majorité dans la classe modeste des chargés de cours et leur proportion va en diminuant à mesure qu'on progresse dans l'échelle hiérarchique.

Il n'en va pas de même de l'élément masculin du corps enseignant dont à peine plus de 10 p. 100 se retrouvent parmi les chargés de cours, le reste des effectifs se partageant de façon assez égale entre les trois autres échelons de la hiérarchie des titres³⁰. Il est même remarquable de constater qu'à partir du début des années 60, la catégorie des professeurs titulaires (full professors) est celle qui regroupe les plus forts pourcentages de professeurs masculins, soit entre 38 et 44 p. 100.

30. L'École des « Home Economics » faisant partie de la Faculté d'agriculture, il nous a été possible d'obtenir pour les professeurs extérieurs à l'École certains renseignements concernant le statut de même que le degré de scolarité dans les *McGill Calendars*, 1940-1970.

Tableau 6 Répartition du corps enseignant féminin et masculin
selon l'appartenance disciplinaire et le statut
École de diététique, 1945-1970

Sexe	Discipline						Statut		? ⁶ (%)
	Diététique (%)	Médecine (%)	Autre (%)	Ext. ¹ (%)	Prof. ² (%)	Associ. ³ (%)	Assist. ⁴ (%)	Lect ⁵ (%)	
F (100%)	100	0	0	17	5	11	15	48	4
H (100%)	0	0	100	100	0	0	0	0	0

Source: *McGill Calendars*, 1940-1970.

¹ EXT. : désigne les professeurs extérieurs à l'École, c'est-à-dire ceux qui ne font pas partie du personnel régulier et qui sont, le plus souvent, attachés à d'autres facultés ou écoles de l'Université. Les sources ne nous permettent cependant pas de connaître leur statut à l'intérieur de la faculté ou de l'école à laquelle ils sont rattachés, lorsque c'est le cas.

² PROF. : désigne les professeurs réguliers de l'École ayant le statut de professeur titulaire (full professor).

³ ASSOCIA. : désigne les professeurs réguliers ayant le statut de professeur agrégé (associate professor).

⁴ ASSIST. : désigne les professeurs réguliers ayant le statut de professeur adjoint (assistant professor).

⁵ LECT. : « lecturer » correspond au statut de chargé de cours.

⁶ ? : informations manquantes.

Un tel clivage entre professeurs masculins et féminins de l'École ne peut cependant pas être attribuable à la **diplômation** des individus concernés, puisque entre le tiers et la moitié des femmes sont détentrices d'un B.Sc. et que près de la moitié d'entre elles possèdent, dès la fin des années 40, une maîtrise (Tableau 7). Un pourcentage relativement élevé par rapport à une clientèle féminine qui, jusqu'au milieu des années 60, était le plus souvent cantonnée au premier cycle universitaire. Il s'agit cependant d'un pourcentage explicable, en partie du moins, par l'insistance que met, dès 1947, l'Association canadienne de diététique à exiger que le personnel enseignant soit composé au deux tiers de diplômées détentrices d'un diplôme de deuxième ou de troisième cycle³¹. Il y a là, de la part de cet organisme professionnel, un souci manifeste d'accorder le niveau de la diplômation de ses membres à celui des responsabilités académiques qui leur sont confiées. Quant au statut correspondant et au salaire qui lui est forcément lié, l'Association se trouvait probablement face à des difficultés d'un autre ordre, celles qui se rapportent à l'infériorisation généralisée des femmes sur le marché du travail.

Tableau 7 Répartition du personnel enseignant régulier en fonction de la diplômation¹ École de diététique, 1945-1966²

Années	B.A. (%)	B.Sc. (%)	M.Sc. (%)	Ph.D. (%)	? (%)
1945	25	63	12	0	0
1948	0	38	49	13	0
1951	0	29	71	0	0
1954	11	44	45	0	0
1957	10	40	50	0	0
1960	0	55	36	9	0
1963	0	50	40	0	10
1966	0	36	45	9	10

¹ Rappelons que le personnel enseignant régulier de l'École est entièrement composé de femmes.

² Nous avons recueilli les informations concernant le personnel enseignant régulier à tous les trois ans, de façon à permettre une vue d'ensemble de l'évolution qui se produit à ce niveau. Les informations les plus complètes concernent la période allant de 1945 à 1966. Nous n'avons pu effectuer la comparaison avec la physiothérapie à ce chapitre, la proportion d'information manquante étant trop importante.

Source: *McGill Calendars*, 1940-1970.

31. Voir "Canadian Dietetic Association — A Guide for Acceptance of Home Economics Courses", *Journal of Canadian Dietetic Association*, vol. 9, n° 3, décembre 1947, p. 110.

L'administration de l'École de diététique échappe toutefois à ce rapport inégalitaire entre hommes et femmes qui caractérise le profil d'ensemble du corps enseignant. La gestion de l'institution est en effet confiée à une directrice, la même d'ailleurs qu'on retrouve durant la presque totalité des trois décennies concernées. Cette dernière, qui assume également une tâche d'enseignement, sera seule à la tête de l'administration, du moins jusqu'en 1962, date à laquelle on voit apparaître la fonction de doyen, dont on attribue le poste à un docteur en sciences, mais qui n'est cependant pas médecin.

V — L'analyse comparée de la formation en physiothérapie et en diététique

C'est dans la comparaison entre les deux disciplines que l'analyse de la formation prend tout son sens. Elle permettra en particulier d'évaluer en quoi les dosages différents des savoirs dans chacun des deux programmes affectent l'image de la profession et le degré de valorisation dont elle jouit.

Lorsqu'il s'agit d'une formation relativement courte débouchant sur un diplôme, comme c'est le cas de la physiothérapie, le caractère intensif marqué de l'apprentissage apparaît d'emblée comme un trait dominant; un trait qui contraste avec la formation dispensée en diététique. Cette dernière s'avère, en effet, moins intensive mais plus approfondie dans la mesure où elle mène à un baccalauréat et s'échelonne sur une plus longue période.

Cependant, l'analyse du nombre d'heures de cours a déjà révélé que l'intensité de la formation qui débouche sur un diplôme en physiothérapie était telle que les étudiantes devaient suivre en deux ans un nombre d'heures de cours presque équivalent à celui que les candidates au baccalauréat en diététique échelonnaient, quant à elles, sur trois ans³². Il faut, bien sûr, tenir compte du fait que les stages en physiothérapie sont intégrés à la scolarité alors qu'ils se présentent, dans le cas de la diététique, sous la forme d'un internat qui ne survient qu'après l'obtention du baccalauréat. Mais l'internat n'est pas nécessairement requis pour pratiquer la diététique et ne se présente donc pas comme une partie intégrante de la formation. Dès lors, on peut penser que dans le cas des deux disciplines concernées, le niveau de la diplômation et la durée des études — deux des principaux paramètres à partir desquels se structure normalement la hiérarchie des programmes universitaires — ne sont pas vraiment représentatifs de l'investissement de temps et d'énergie que requiert la formation.

Une autre dimension se dégage de l'analyse comparée des deux programmes lorsqu'on y examine le poids respectif de la théorie et de la pratique.

32. Jusqu'en 1954, la différence entre les deux programmes était de 3 à 5 heures de cours par semaine, mais à partir de là, l'écart s'est élargi à 10 heures par semaine. Ainsi, le programme de diététique comporte seulement entre 200 et 400 heures de cours de plus que celui de physiothérapie.

Ainsi, l'orientation pratique de la formation en physiothérapie est nettement plus accentuée qu'en diététique. À première vue, cette constatation semble évidente du fait de la présence des stages dans le programme de physiothérapie. L'orientation résolument pratique qui caractérise ce programme apparaît plus évidente encore quand on considère la place qu'occupe ce type d'apprentissage dans les matières relevant du savoir spécialisé. C'est près des deux tiers des heures de cours qui sont généralement consacrées à l'apprentissage pratique du savoir spécialisé en physiothérapie contre la moitié seulement en diététique (Tableaux 1 et 3).

L'attention portée au rapport entre la spécialisation et la culture générale au sein des deux programmes amène par ailleurs à constater que le savoir spécialisé occupe une place plus importante en diététique qu'en physiothérapie. Il figure cependant, dans le premier cas, aux côtés d'un corpus de connaissances générales tout aussi développées, alors qu'en physiothérapie ces dernières semblent réduites au minimum. La quasi-absence de culture générale et la place modeste qu'occupe le savoir scientifique et médical en physiothérapie permettent donc de conclure que la formation y est plus spécialisée qu'en diététique (Tableaux 2 et 4). Elle est, en fait, nettement plus orientée vers l'apprentissage des seules connaissances et techniques nécessaires à la pratique de la profession. Dans le champ de la diététique, au contraire, on reprochera fréquemment à la formation d'être trop générale et de ne pas, en ce sens, préparer suffisamment les étudiantes à leur futur travail³³.

L'analyse comparée du dosage des savoirs à l'œuvre dans chacun des deux programmes aura donc permis de dégager des profils de formation nettement différenciés et, ce faisant, elle permet de repérer certains des éléments qui fondent la hiérarchie des savoirs dans l'ensemble du monde universitaire. On s'aperçoit ainsi qu'un programme court, intensif, très spécialisé, qui présente une forte dose d'apprentissage pratique, comme celui de physiothérapie, se situe à un échelon inférieur de cette hiérarchie; ce qui correspond à la fois à un niveau de diplôme donné et peut-être bien aussi à un degré de prestige différent. À l'inverse, un programme plus long — quoique pas nécessairement plus exigeant en terme de nombre d'heures de cours — davantage axé sur la théorie et d'orientation plus générale, comme l'est celui de diététique, jouit d'une position plus élevée dans l'échelle des diplômes universitaires et d'un statut privilégié à cet égard.

Compte tenu de l'autonomie plus grande qu'affiche la diététique par rapport à l'institution médicale, on peut se demander également jusqu'à quel point son statut privilégié ne s'est pas développé à la faveur de cette

33. Une enquête menée en 1950 par l'Association canadienne de diététique auprès du personnel œuvrant dans les universités et dans divers autres milieux révèle que le cours de « Home Economics » n'est pas suffisamment spécialisé pour préparer adéquatement les diététistes au travail dans les hôpitaux, entre autres, en ce qui a trait au volet administratif de la profession. Voir le "Report of the Research Foundation", *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 12, n° 2, octobre 1950, p. 65.

autonomie. Il s'agit là, cependant, d'une hypothèse dont les fondements demeurent difficiles à évaluer avec précision.

Par ailleurs, si la comparaison entre ces deux formations professionnelles souligne les différences qui les séparent, l'analyse du corps professoral qui en a la charge présente d'étranges ressemblances. Ainsi, dans le registre des analogies, il est frappant de constater que les caractéristiques communes aux femmes enseignantes dans les deux écoles les situent d'emblée dans la catégorie globale des désavantagées sur le plan institutionnel. Que ce soit en physiothérapie ou en diététique, les femmes professeuses sont en effet à la fois minoritaires et cantonnées au bas de l'échelle hiérarchique. Simple hasard ? On serait plutôt porté à mettre en parallèle ce schéma avec celui, assez classique, de l'ensemble de la main-d'œuvre féminine sur le marché du travail. Au fond, dans ces institutions de haut savoir que sont les universités, on se rend compte que la division sexuelle des tâches se trouve à reproduire assez fidèlement celle qui prévaut dans l'ensemble de la société, en y intégrant d'ailleurs une autre caractéristique significative : celle d'une responsabilité plus lourde attribuée au personnel féminin enseignant. De fait, dans les deux écoles concernées, c'est à ce personnel au statut « régulier » — donc fonctionnant à plein temps au service des institutions — qu'est dévolue la tâche d'assurer, dans son ensemble, la bonne marche de l'enseignement et de voir au suivi de l'encadrement des étudiantes.

La comparaison entre les corps enseignants des deux écoles ne se limite pas toutefois à des ressemblances. Elle révèle également une série de différences qui nous apparaissent assez significatives à bien des égards. Les plus importantes, à notre avis, se situent dans les rapports entre le personnel des deux écoles et la toute puissante institution médicale. Ainsi, alors que la proportion des médecins l'emporte au sein du corps professoral masculin en physiothérapie, on ne trouve aucun médecin dans le personnel enseignant en diététique. En outre, contrairement à l'École de physiothérapie, celle de diététique échappe totalement à l'emprise administrative de la Faculté de médecine (même si elle continue de dépendre de l'institution « étrangère » qu'est la Faculté d'agriculture).

Comment expliquer cette absence d'interférence du corps médical dans le cas de la diététique ? Nous évoquons plus haut la proximité géographique de la Faculté d'agriculture. Il faudrait tenir compte peut-être bien, aussi, des nécessaires connexions entre la nutrition et l'agriculture. Mais de telles explications ne paraissent pas suffisantes dans la mesure où la nutrition s'articule également à un savoir médical. Il demeure toutefois que le savoir spécialisé en diététique fait beaucoup moins appel au savoir médical que ne le fait le savoir spécialisé en physiothérapie. Qu'il s'agisse de la préparation des aliments, de leur dosage optimum ou du mode de gestion du service alimentaire, il y a là un corpus de connaissances spécialisées qui échappent en grande partie à l'emprise directe de la médecine.

On est ainsi ramené à l'hypothèse émise au départ suggérant l'existence d'un contrôle plus serré de l'institution médicale lorsque s'affirme de façon plus évidente une proximité entre le savoir médical et le savoir spécialisé qui caractérise une discipline paramédicale. Autrement dit, plus ce savoir spécialisé affiche un contenu indépendant, plus il a des chances d'échapper au contrôle de la toute puissante institution médicale.

Il s'agit là d'une hypothèse qui a déjà pu être vérifiée par la comparaison entre la diététique et la physiothérapie à l'Université de Montréal³⁴. Dans cette dernière institution, tout comme à McGill, on pouvait constater que la diététique a constamment affiché une automomie plus grande face à l'autorité médicale, et ce, malgré le rattachement de l'École à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. On est alors porté à établir un lien entre ce constat d'autonomie et le fait que le savoir spécialisé en diététique se situe dans une sphère traditionnellement féminine, marginale en quelque sorte, par rapport à un univers scientifique considéré, quant à lui, comme fondamentalement masculin. Il y aurait là, pour les femmes, la source d'une situation paradoxale : en même temps qu'elles font face à un risque de mise à l'écart, elles trouveraient un certain bénéfice dans le fait d'évoluer dans une sphère où leur expertise n'est pas contestée.

En ce qui concerne les professeures de diététique à McGill, on constate de fait qu'elles échappent bien plus à la tutelle des médecins que ne le font leurs consœurs de physiothérapie. De plus, leur formation et leur niveau de diplomation leur permettent d'éviter ce phénomène de plafonnement que nous mentionnons plus haut en ce qui concerne la physiothérapie; d'où le nombre étonnamment élevé de maîtrises et même de Ph.D. parmi les professeures de diététique.

Dans l'ensemble, l'analyse comparée des corps enseignants en diététique et en physiothérapie débouche sur le constat de cette double hiérarchie des sexes et des savoirs que nous postulions au départ.

* * *

L'analyse de la formation professionnelle en physiothérapie et en diététique à l'Université McGill aura permis de vérifier à plusieurs niveaux les hypothèses de départ autour desquelles s'est articulée notre problématique. Ainsi, dans ces deux disciplines s'affirme un rapport hiérarchique entre les différents types de savoirs, ces derniers n'étant pas au même degré source de valorisation des programmes et d'autonomie institutionnelle. De plus, dans l'univers des connaissances scientifiques propres à la physiothérapie et à la diététique, le savoir médical sur mode majeur — tel que dispensé en médecine — demeure la référence principale, quoique implicite. On constate, en effet, que ce savoir confère à ses détenteurs, les médecins, bien davantage qu'une autorité de principe. Il s'agit, en fait, d'un véritable pouvoir de contrôle à tous

34. Nadia Fahmy-Eid et Aline Charles, « Savoir contrôlé ou pouvoir confisqué ? ... »

les niveaux : programmes, enseignement et administration. La légitimation en même temps que la manifestation concrète de ce pouvoir, résident en somme dans le droit exclusif que se réservent les médecins de poser un diagnostic médical. On note également que ce contrôle est plus accentué quand les connaissances spécialisées propres à une discipline gravitent de façon évidente dans l'orbite du savoir médical, comme c'est le cas pour la physiothérapie. Enfin, le rapport de pouvoir sur lequel débouchent les conclusions précédentes se double d'un rapport hiérarchique entre les sexes étant donné qu'entre 1940 et 1970, la physiothérapie et la diététique demeurent des disciplines fortement féminisées.

Ces conclusions revêtent un intérêt particulier dans la mesure où l'analyse des fondements du pouvoir médical dans le champ de la santé n'a pas, jusqu'ici, suffisamment pris en compte les facteurs liés à l'univers du savoir³⁵. Un univers dont la dynamique ne se donne pas à voir spontanément, mais dont les diverses composantes interviennent de façon déterminante dans la légitimation du pouvoir médical. Une légitimation qui fournira d'ailleurs à l'institution médicale les bases mêmes de son intervention dans le champ des disciplines dites « auxiliaires » de la santé (qui sont aussi, dans une certaine mesure, des auxiliaires du pouvoir médical dans le champ de la santé).

L'autre intérêt de cette approche est qu'elle a permis de rendre compte de la diversité des rapports qui lient la physiothérapie et la diététique à l'institution médicale. C'est ainsi, on l'a vu, que la diététique apparaît plus privilégiée que la physiothérapie dans la mesure où elle parvient à maintenir une distance plus grande que ne le fait cette dernière par rapport au contrôle des experts médicaux. Ceci débouche sur la perspective d'un univers professionnel qui, tout en ayant en commun le fait d'être féminin et de partager une certaine forme de rapport au pouvoir médical, est cependant loin d'être un univers parfaitement homogène³⁶.

35. Voir Luc Bozzini *et al.*, *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1981; David Coburn *et al.*, *Health and Canadian Society*, Toronto, Fitzhenry & Whiteside, 1981; Jacques Dufresne *et al.*, *Traité d'anthropologie médicale*, Montréal, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985; Marcel Fournier *et al.*, *Sciences et médecine au Québec. Perspectives socio-historiques*, Montréal, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987. Dans l'ensemble de ces études, l'analyse focalise très peu sur l'univers de la formation professionnelle.

36. À cet égard, nous demeurons conscientes qu'il s'agit également d'un univers en voie de changement rapide. Le champ de la santé constitue désormais une réalité sociale mouvante où les deux éléments majeurs de notre analyse que sont le pouvoir médical et la féminisation du paramédical connaissent des mutations importantes. Le pouvoir médical subit, en effet, l'assaut d'une contestation qui fuse de toutes parts et va jusqu'à remettre en cause la suprématie exclusive dans le champ de la santé du seul savoir médical autorisé du point de vue institutionnel. Qu'on pense seulement à la prolifération actuelle des médecines douces et des médecines parallèles. Quant à la féminisation, elle est dorénavant moins accentuée dans le paramédical qu'elle ne l'était durant l'époque que couvre notre étude alors qu'elle s'accroît, au contraire, depuis une dizaine d'années dans le champ de la médecine.

L'analyse qui vient d'être élaborée revêtira cependant une signification plus complète encore lorsque les enjeux qui se profilent dans le domaine de la formation professionnelle seront mis en rapport avec ceux liés au marché du travail. La mise en perspective de ces deux champs permettra alors de déboucher sur une vision élargie donnant lieu à des interprétations encore plus signifiantes.



