

Professionnelles des soins et marchés de la santé

Les trajectoires analogues des physiothérapeutes et des psychologues québécoises, 1950-2010

Julien Prud'homme

Volume 62, Number 2, Fall 2008

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/037524ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/037524ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut d'histoire de l'Amérique française

ISSN

0035-2357 (print)

1492-1383 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Prud'homme, J. (2008). Professionnelles des soins et marchés de la santé : les trajectoires analogues des physiothérapeutes et des psychologues québécoises, 1950-2010. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 62(2), 253–287. <https://doi.org/10.7202/037524ar>

Article abstract

This article compares the parallel itineraries of psychologists and physiotherapists in Quebec since 1950. Firstly, it shows how the presence of new allied health professionals in the healthcare marketplace contributed to the evolution of clinical practice. Secondly, it analyses the way in which these professionals were able to play on the duality between public and private healthcare markets which developed after 1960. This story develops in three phases. From 1950 to 1975, these professionals entered the hospital network at the request of specialist physicians, whose authority they nevertheless quickly began to challenge. From 1975 to 1990, their ambitions found fertile ground in the private healthcare market where they were able to develop alternative approaches which came, in turn, to influence the public network. Finally, after 1990, it was more a matter of resources originating in the public sector migrating in order to consolidate private practice, bearing witness to the solidarity between the two markets which effectively constitute the two faces of a single political economy of healthcare.

Professionnelles des soins et marchés de la santé. Les trajectoires analogues des physiothérapeutes et des psychologues québécoises, 1950-2010¹

JULIEN PRUD'HOMME
CIRST
Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ • Cet article compare les trajectoires des psychologues et des physiothérapeutes québécoises depuis 1950. D'une part, il montre en quoi l'apparition de nouvelles thérapeutes «paramédicales» sur le marché des soins a contribué à faire évoluer les usages cliniques. D'autre part, il analyse la manière dont ces professionnelles ont su jouer de la dualité qui se dessine après 1960 entre marchés public et privé de la santé. Cette histoire se décline en trois temps. De 1950 à 1975, ces professionnelles investissent les hôpitaux à l'appel de médecins spécialistes, dont elles contestent cependant bien vite l'autorité. De 1975 à 1990, leurs aspirations trouvent sur le marché privé des soins un terrain fertile où elles développent des approches alternatives qui pollinisent ensuite le réseau public. Enfin, après 1990, ce sont des ressources issues plutôt du secteur public qui migrent pour consolider la pratique en privé, témoignant de la solidarité entre ces marchés qui composent en fait les deux faces d'une seule et même économie politique de la santé.

ABSTRACT • This article compares the parallel itineraries of psychologists and physiotherapists in Quebec since 1950. Firstly, it shows how the presence of new allied health professionals in the healthcare marketplace contributed to the evolution of clinical practice. Secondly, it analyses the way in which these professionals were able to play on the duality between public and private healthcare markets which developed after 1960. This story develops in three phases. From 1950 to 1975, these professionals entered the hospital

1. J'aimerais remercier Robert Gagnon, Yves Gingras, Peter Twohig ainsi que les réviseurs anonymes de la revue pour leurs précieux commentaires. La recherche à l'origine de ce texte a bénéficié du financement du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et de la Chaire de recherche du Canada en histoire et sociologie des sciences.

network at the request of specialist physicians, whose authority they nevertheless quickly began to challenge. From 1975 to 1990, their ambitions found fertile ground in the private healthcare market where they were able to develop alternative approaches which came, in turn, to influence the public network. Finally, after 1990, it was more a matter of resources originating in the public sector migrating in order to consolidate private practice, bearing witness to the solidarity between the two markets which effectively constitute the two faces of a single political economy of healthcare.

Les physiothérapeutes et les psychologues exercent des métiers fort différents. La physiothérapeute manipule des corps : par l'emploi d'exercices et d'appareils, elle aide les victimes de blessures ou de handicaps à retrouver certaines aptitudes physiques. La psychologue, elle, s'intéresse à la psyché, en usant du dialogue et de tests pour aborder les carences affectives ou comportementales de ses patients. Ces professions sont aussi séparées par d'autres facteurs, comme leur relation historique au genre et à la science. Ainsi, si la physiothérapie est affaire de femmes depuis sa naissance, la psychologie est demeurée longtemps une profession mixte et sa féminisation est un phénomène récent. De plus, si la place de la physiothérapie à l'université s'est longtemps limitée au premier cycle et y a même été contestée, les psychologues s'appuient au contraire sur une tradition universitaire forte qui a fait de la maîtrise (et, depuis 2006, du doctorat) la condition minimale d'accès à la profession.

Les physiothérapeutes et les psychologues québécoises partagent pourtant d'importantes similitudes. Toutes² traitent de problèmes dits « de santé ». Surtout, les deux groupes appartiennent à la nébuleuse plus vaste des professions dites « paramédicales », ni médicales ni infirmières, qui comprend d'autres groupes comme les orthophonistes ou les ergothérapeutes. Depuis 1950, ces professions connaissent une progression fulgurante : au Québec, l'effectif total des professions paramédicales est passé de quelques dizaines d'individus en 1950 à 4700 en 1975, puis à plus de 26 000 personnes en 2005. À l'intérieur du réseau public de la santé, elles sont passées, durant cette période, d'un ratio d'une paramédicale pour 25 infirmières à une pour deux, et ont atteint la parité avec le nombre de médecins³.

2. Puisque ces professions sont constituées en forte majorité de femmes, y compris parmi les psychologues après 1970, on les désignera ici en employant le genre féminin.

3. 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, Les Presses de l'Université Laval, 2003), 239-241.

Cette progression numérique s'est assortie de cultures professionnelles et de revendications particulières : très tôt, les paramédicales se sont distinguées des infirmières en se dotant de pratiques autonomes et de clientèles propres, non sans provoquer des heurts avec les médecins⁴. Les psychologues et les physiothérapeutes s'inscrivent dans ces tendances : de 450 en 1970, le nombre de physiothérapeutes inscrites à leur corporation professionnelle a bondi à plus de 4000 en 2007, tandis que le nombre de psychologues passait, lui, d'un peu plus de 1000 en 1970 à près de 8000 aujourd'hui, dont plus de la moitié travaille dans un secteur lié directement à la santé. Durant cette période, les deux professions se sont aussi autonomisées de la médecine en proposant des approches alternatives à celle-ci.

L'essor de telles professions « paramédicales » est l'un des changements les plus décisifs de l'histoire récente de la santé. En plus de bouleverser la pratique, il s'est accompagné de l'octroi par l'État d'importants privilèges légaux. Après avoir obtenu le droit exclusif de porter leurs titres respectifs en 1973, les psychologues et les physiothérapeutes québécoises se sont ainsi vu reconnaître, depuis 2000, des monopoles sur de larges segments du marché des soins, comme l'exercice de la psychothérapie ou l'évaluation des troubles musculo-squelettiques⁵. Par leur poids numérique, par ces privilèges et par les particularités de leur pratique, les professions paramédicales ont ainsi chamboulé le marché des soins, tant au sein des établissements publics que sur les marchés privés.

Les professions paramédicales, malgré cela, ont peu attiré l'attention des historiens ou des autres praticiens des sciences sociales⁶. Leur histoire,

4. Pour un portrait plus complet de l'histoire des professions paramédicales au Québec, voir : Julien Prud'homme, *Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé. Histoire des professions paramédicales au Québec, 1940-2005*, thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 2007, 534 p.

5. Plus précisément, la réserve du titre professionnel a été concédée aux psychologues dès 1960, avant de leur être confirmée, en même temps qu'à d'autres groupes dont les physiothérapeutes, en 1973. Récemment, les physiothérapeutes se sont vu octroyer un monopole relatif sur divers actes cliniques dans le cadre de la loi 90 entrée en vigueur en 2003, tandis que les psychologues attendent l'octroi de privilèges supplémentaires dans le cadre du projet de loi 21 sur l'encadrement du secteur de la santé mentale et des relations humaines, encore en attente d'adoption par l'Assemblée nationale au moment d'écrire ces lignes et qui devrait entrer en vigueur d'ici 2010. Tous les privilèges garantis par la loi 90 et le projet de loi 21 sont partagés avec les médecins ainsi que, dans certains cas, avec d'autres professionnels.

6. À l'exception des travaux pionniers de Nadia Fahmy-Eid et de son équipe, dont l'essentiel est réuni dans : Nadia Fahmy-Eid 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), 364 p. Au Canada anglais, on compte quelques travaux sur la physiothérapie et la chiropraxie : Joan Boase, « Regulation and the Paramedical Professions: An Interest Group Study »,

pourtant, est riche d'enseignements. Parce que leur parcours n'épouse pas les rythmes des groupes mieux connus (comme les médecins ou les infirmières), et parce que cette différence s'inscrit dans les mutations les plus récentes des paysages sanitaires, leurs trajectoires peuvent aider à saisir l'évolution du secteur de la santé depuis le milieu du xx^e siècle.

On prendra ici le parti d'une histoire comparée. En montrant ce qu'il y a d'analogie dans les trajectoires de groupes *a priori* aussi différents que les physiothérapeutes et les psychologues, on identifiera certaines régularités des transformations récentes de la santé. On analysera ici deux de ces évolutions, qui sont liées : les efforts des paramédicales pour transformer leur pratique clinique, et leur position changeante sur les marchés public et privé de la santé.

Ainsi, d'une part, la présence des physiothérapeutes et des psychologues sur le marché des soins après 1950 contribue à faire évoluer les usages cliniques – et surtout à en implanter de nouveaux. En effet, pour ces professionnelles, c'est l'implantation de nouvelles pratiques, voire de nouvelles clientèles, qui peut le mieux améliorer leur position sur le marché du travail. Historiquement, quand des soignants gagnent de nouvelles places, c'est, de fait, parce qu'ils ont su transformer les soins qu'ils produisent⁷. Après 1950, la volonté des « paramédicales » d'implanter des usages

Canadian Public Administration, 25,3 (1982) : 332-353 ; Ruby Heap, « Physiotherapy's Quest for Professional Status in Ontario, 1950-1980 », *Canadian Bulletin of Medicine History*, 12 (1995) : 69-99 ; Ruby Heap, « Training Women for a New "Women's Profession" : Physiotherapy Education at the University of Toronto, 1917-1940 », *History of Education Quarterly*, 35,2 (1995) : 135-158 ; Joan Cleather, *Head, Heart and Hands : The Story of Physiotherapy in Canada* (Toronto, Canadian Physiotherapy Association, 1995), 227 p. De la part des autres sciences sociales, on peut tout au plus compter sur les données démographiques de base offertes à intervalles réguliers par le sociologue Gilles Dussault : « Les effectifs sanitaires au Québec », dans J. Dufresne *et al.*, dir., *Traité d'anthropologie médicale* (Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985), 85-101 ; « La régulation des professions sanitaires », *Sociologie et sociétés*, 20,2 (1988) : 125-139 ; « Les producteurs de services sociosanitaires », dans V. Lemieux *et al.*, dir., *Le système de santé au Québec* (Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1994), 193-212. Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois, « Les personnels de la santé », *op. cit.*

7. Bien que le fait ait été suggéré depuis longtemps par la sociologie des professions, il s'agit là d'un constat récent de l'historiographie de la santé : longtemps, une majorité d'études sur l'histoire des professions sanitaires a semblé présumer que chaque groupe remplissait un rôle fixe et naturel, qui change peu au cours des années. Ce n'est que récemment que des travaux, comme ceux de Peter Twohig, ont montré à quel point les fonctions des divers travailleurs hospitaliers s'étaient pourtant transformées au cours du xx^e siècle. Peter Twohig, *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. Pour des précédents en sociologie des professions, voir : Eliot Freidson, *La profession médicale* (Paris, Payot, 1984 (1970)), 369 p. ; Andrew D. Abbott, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor* (Chicago, University of Chicago Press, 1988), 435 p.

cliniques qui véhiculeraient leurs aspirations génère des conflits avec les médecins. Ces conflits ont souvent pour objet la formulation des diagnostics : chacun veut évaluer lui-même les patients dans ses termes propres, pour exercer un contrôle sur la suite des opérations et travailler en pleine autonomie. Pour cette raison, les diagnostics ont une histoire intimement liée à celle des soignants, dans la mesure où l'implantation de nouvelles vues cliniques tient autant de la lutte professionnelle que du fait médical⁸. Les parcours des physiothérapeutes et des psychologues offrent de bons exemples du poids de ces aspirations professionnelles sur le renouvellement des diagnostics servant à étiqueter les patients et à encadrer leur prise en charge. Dans certains cas, on le verra, l'aspiration des professionnels à se tailler une place peut même stimuler la médicalisation de conditions qui, jusque-là, ne relevaient pas d'emblée du monde de la santé.

D'autre part, ces luttes relatives aux usages cliniques surviennent dans des marchés économiques de la santé qui, eux aussi, changent après 1950. Au Canada, depuis l'introduction d'amples régimes d'assurance publique après 1957, les marchés de la santé sont souvent analysés sous l'angle d'une forte dualité entre les secteurs privé et public⁹. Pourtant, pour les

8. Pour des exemples d'une telle perspective, voir : Ad Prins, *Aging and Expertise. Alzheimer's Disease and the Medical Professions, 1930-1980*, thèse de doctorat (histoire), Université d'Amsterdam, 1998, 315 p. ; Keith Wailoo, *Drawing Blood. Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America* (Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1997) ; Sydney Halpern, « Medicalization As Professional Process : Postwar Trends in Pediatrics », *Journal of Health and Social Behavior*, 31 (1990) : 28-42.

9. Essentiellement structurés par les couvertures assurantielles qui en ouvrent l'accès aux consommateurs, les marchés des soins ont généralement été abordés sous l'angle d'une histoire des régimes d'assurance eux-mêmes. Longtemps indigente au Québec, cette réflexion a été réactivée récemment : 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) : 29-49 ; Yvan Rousseau, « Le commerce de l'infortune. Les premiers régimes d'assurance maladie au Québec, 1880-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 58,2 (automne 2004) : 153-186 ; François Guérard et Yvan Rousseau, « Soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 59,3 (hiver 2006) : 293-329. Les historiens canadiens-anglais ont souvent évoqué l'action des lobbys médicaux en matière d'assurance : Margaret W. Andrews, « The Course of Medical Opinion on State Health Insurance in British Columbia, 1919-1939 », *Histoire sociale / Social History*, 16,31 (1983) : 129-141 ; Linda Kealey et Heather Molyneaux, « On the Road to Medicare : Newfoundland in the 1960s », *Journal of Canadian Studies*, 41,3 (2007) : 90-111 ; C. David Naylor, *Private Practice, Public Payment : Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966* (Montréal, McGill-Queen's University Press, 1986), 324 p. Le régime assurantiel étatsunien a souvent été abordé dans le cadre d'une comparaison critique avec le cas canadien : Joe Blankenau, « The Fate of National Health Insurance in Canada and the United States : A Multiple Streams Explanation », *Policy Studies Journal*, 29,1 (2001) : 38-55 ; Antonia Maioni, « Parting at the Crossroads : The Development of Health Insurance in Canada and the United States, 1940-1965 », *Comparative Politics*, 29,4 (1997) : 411-431 ; Pauline Vaillancourt-Rosenau, « Impact of Political

professionnels eux-mêmes, les échanges entre ces secteurs se révèlent plutôt fluides : les transferts d'idées ou de ressources sont nombreux entre les deux mondes, qui constituent souvent les facettes d'une seule et même économie des services professionnels, un aspect de la question négligé par les analystes¹⁰. On montrera ici comment les menées des professionnels de la santé reposent en fait beaucoup sur ces échanges entre public et privé¹¹, et en quoi le sens de ces échanges évolue avec le temps. Cela permettra d'ajouter le point de vue des professionnels soignants à l'analyse, trop souvent strictement assurantielle, des rapports entre les marchés public et privé en santé. Après tout, ce sont les soignants eux-mêmes qui décident, en définitive, sur quels marchés ils choisissent de travailler et pour quelles raisons.

C'est avec ces questions en tête que, par l'histoire comparée des psychologues et des physiothérapeutes québécoises, de leurs aspirations, des inflexions de leur pratique et de leur rapport aux marchés entre 1950 et 2010, on cherchera à saisir certaines constantes de l'évolution du secteur de la santé au cours des soixante dernières années¹². Ce récit se décline en

Structures and Informal Political Processes on Health Policy : Comparison of the United States and Canada », *Policy Studies Review*, 13,3-4 (1994) : 293-314. Quelques études, plus rares, ont analysé l'impact des modalités assurantielles sur le comportement d'acteurs non soignants comme les assureurs, les hôpitaux ou les patients : Mary Ann Farkas, *Navigating a Course Between Scylla and Charybdis : Quebec Voluntary Hospitals, the Market and the State, 1940 to 1960*, thèse de doctorat (histoire), Université McGill, 1997, 326 p. ; Beatrix Hoffman, « Restraining the Health Care Consumer. The History of Deductibles and Co-Payments in U.S. Health Insurance », *Social Science History*, 30,4 (2006) : 501-528 ; Melissa Thomasson, « From Sickness to Health : The Twentieth-Century Development of U.S. Health Insurance », *Explorations in Economic History*, 39 (2002) : 233-253.

10. Les études qui évaluent l'impact des caractéristiques du marché sur le comportement clinique des pourvoyeurs de soins demeurent rares. Parmi ces exceptions, notons : Denyse Baillargeon, « Les rapports médecins – infirmières et l'implication de la Métropolitaine dans la lutte contre la mortalité infantile, 1909-1953 », *Canadian Historical Review*, 77,1 (1996) : 33-61 ; Nicolas Hatzfeld, « L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques », *Histoire et mesure*, 20,1 (2006) : 111-140.

11. Bien que les frontières entre marchés public et privé semblent parfois difficiles à tracer, surtout dans le cas des médecins, la situation particulière des professionnelles paramédicales autorise un découpage assez franc, surtout après 1961 : dans le présent article, une praticienne « en privé » est une professionnelle qui n'est pas salariée par un hôpital ou un autre établissement public.

12. Parce qu'il s'agit, pour répondre aux questions soulevées ici, de rendre compte du point de vue, des attitudes et des stratégies propres aux praticiennes, cet article s'appuie principalement sur les archives et les publications des ordres professionnels des psychologues et des physiothérapeutes. Des archives recueillies dans les universités ou les établissements de soins complètent ces sources, au sein desquelles ont été systématiquement relevées les occurrences relatives à la recherche d'un statut professionnel, à la pratique clinique et au regard des professionnelles sur leur environnement de travail, le marché de l'emploi et leurs relations avec d'autres groupes.

trois temps. De 1950 à 1975, les physiothérapeutes et les psychologues entrent en masse dans le milieu hospitalier, où elles se disent aux prises avec l'autorité de médecins à qui elles disputent l'évaluation des patients. De 1975 à 1990, plusieurs s'établissent sur le marché privé qui sert de tremplin à de nouveaux usages cliniques qui seront par la suite introduits auprès de leurs consœurs du réseau public. Enfin, les années 1990 et 2000 voient une interpénétration accrue des marchés public et privé de la santé alors que des usages, des clientèles et des garanties juridiques issus du public consolident la position des praticiennes en privé. En intégrant à mon analyse ces dernières décennies, très récentes, j'espère bien contribuer à insérer l'histoire aux discussions actuelles sur la santé, mais je souhaite tout autant soumettre aux historiens l'intérêt d'une prise en compte de notre passé immédiat pour une intelligence plus complète du temps long du xx^e siècle québécois.

L'ENTRÉE DANS LE MONDE HOSPITALIER, 1950-1980

La physiothérapie et la psychologie émergent toutes deux des mutations du monde occidental à la fin du xix^e siècle. Au milieu du xx^e siècle, après des fortunes incertaines, les deux groupes joignent en masse les hôpitaux à l'invitation de médecins de diverses spécialités. Très tôt, cependant, des psychologues et physiothérapeutes manifestent des réticences devant le rôle d'auxiliaires que leur réservent les médecins. Assez vite, certaines cherchent à implanter dans leurs lieux de travail des cadres alternatifs pour évaluer les patients et en déterminer les traitements.

Les premières figures canadiennes de la physiothérapie sont des « infirmières masseuses », formées en Angleterre, qui apparaissent à Montréal et à Toronto au début du xx^e siècle. Puis, pendant la Première Guerre mondiale, le gouvernement fédéral organise à l'Université McGill et à l'Université de Toronto des formations accélérées pour créer un corps de « physiothérapeutes » certifiées, envoyées en Angleterre traiter les militaires souffrant de problèmes pulmonaires ou de séquelles de la typhoïde. Une fois démobilisées, ces physiothérapeutes trouvent cependant peu d'emplois dans les hôpitaux civils et Ottawa met fin aux programmes de la Grande Guerre. La profession périclète déjà : alors qu'on comptait 250 physiothérapeutes certifiées en 1918, on n'en compte plus qu'une centaine dans les hôpitaux canadiens au début des années 1950¹³.

13. Lancé en 1929 à l'Université de Toronto, un nouveau programme ne forme qu'un petit nombre de diplômées. Pour plus de détails sur cette période, voir Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, 48-50; Rémi Remondière, « Une naissance conjointe : l'émergence de la kinésithérapie en France

L'horizon de la physiothérapie s'éclaircit toutefois grâce au nouvel élan de l'économie hospitalière. Dès 1939, en effet, le retour de la prospérité favorise la diffusion d'assurances maladies privées chez les ménages de la classe moyenne, dont la consommation de soins hospitaliers augmente d'autant. Surtout, à partir de 1948, le gouvernement fédéral débloque des fonds pour l'agrandissement ou la construction d'hôpitaux : au Québec, le nombre d'hôpitaux passe de 125 en 1941 à 275 en 1961, tandis que le nombre de lits par mille habitants passe de 2,4 à 5,2 pendant la même période¹⁴. Les principaux bénéficiaires de cette revitalisation du marché hospitalier sont les médecins, en particulier les médecins spécialistes comme les psychiatres ou les otorhinolaryngologistes. Ceux-ci trouvent dans les hôpitaux des ressources et de vastes clientèles qui rendent possibles des pratiques pointues qui n'auraient jamais pu éclore en cabinet privé. Grâce à ce soutien, les médecins spécialistes s'imposent rapidement dans l'économie des soins : au Québec, la part des spécialistes dans la profession médicale croît de manière fulgurante, passant de 22,5 % en 1951 à 54,4 % en 1971¹⁵. Or, la pratique pointue des spécialistes requiert l'embauche de nouvelles auxiliaires, elles aussi spécialisées.

La renaissance de la physiothérapie passe par le parrainage de tels spécialistes. Pendant la Seconde Guerre mondiale, des médecins intéressés à la réadaptation des vétérans paraplégiques ont adjoint des physiothérapeutes à leurs équipes¹⁶. À mesure que cette nouvelle spécialité prend de l'ampleur, ses leaders, comme les médecins Guy Fisk du Royal Victoria Hospital et Gustave Gingras de l'Institut de réhabilitation de Montréal, veulent accroître le nombre de physiothérapeutes disponibles et, à cette

et l'installation de la physiothérapie au Québec», *Canadian Bulletin of Medical History*, 15 (1998) : 153-187 ; 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), 22-25.

14. François Guérard, *Histoire de la santé au Québec* (Montréal, Boréal Express, 1993), 68 ; 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, Les Presses de l'Université Laval, 2003), 16.

15. Gilles Dussault, « Les médecins au Québec (1940-1970) », *Recherches sociographiques*, 16,1 (1975) : 70-73.

16. Sur l'émergence de cette spécialité médicale au Canada et en Angleterre, voir : Mary Tremblay, « The Canadian Revolution in the Management of Spinal Cord Injury », *Canadian Bulletin of Medical History*, 12 (1995) : 125-155 ; Julie Anderson, « "Turned Into Taxpayers" : Paraplegia, Rehabilitation and Sport at Stoke Mandeville, 1944-1956 », *Journal of Contemporary History*, 38,3 (2003) : 461-475 ; Geoffrey Rheume, *Lyndhurst : Canada's First Rehabilitation Centre for People With Spinal Cord Injuries, 1945-1998* (Montréal, McGill-Queen's University Press, 2007), 258 p. ; Danielle Choquette, *L'Institut de réadaptation de Montréal. Cinquante ans d'histoire* (Montréal, IRM, 1999), 200 p.

fin, prennent eux-mêmes en charge leur formation. Au Québec, ce sont ces médecins spécialisés en réadaptation, appelés « physiatres », qui créent de nouveaux programmes universitaires de deux ans en physiothérapie, d'abord en 1943 à l'Université McGill puis à l'Université de Montréal en 1954¹⁷. Dans les deux cas, ces écoles sont sises à la faculté de médecine de leur université et seront longtemps dirigées par leurs fondateurs médecins. En échange de cette subordination accrue aux élites médicales, les deux écoles portent la profession à un nouvel ordre de grandeur : de 20 ou 30 en 1950, le nombre de physiothérapeutes québécoises s'élève, en 1972, à près de 450 diplômées, réparties dans la plupart des régions du Québec.

Les nouvelles écoles véhiculent une philosophie médicale qui transforme la pratique. Alors que les physiothérapeutes du début du siècle faisaient grand usage des massages et de la gymnastique, les nouvelles diplômées pratiquent plutôt une physiothérapie axée sur l'usage d'appareils d'exercice en salle. À l'Institut de réhabilitation de Montréal, un établissement phare et représentatif de la physiothérapie québécoise¹⁸, la physiothérapie consiste en une telle « mécanothérapie » faite de bicyclettes stationnaires, d'appareils à traction cervicale, de poids et de barres parallèles. Cette vision de la pratique implique une supervision médicale serrée : à l'Institut, le médecin prescrit le programme d'exercice et en précise tant les modalités (type d'exercice, répétitions, mise en charge) que la fréquence, avec d'autant plus de précision que le recours aux appareils en formalise l'organisation¹⁹. Cet usage de l'exercice, auquel préparent les nouvelles écoles, présuppose aussi que le médecin évalue seul le patient pour formuler un plan de traitement dans lequel la physiothérapeute fait office d'exécutante.

Dès les années 1950, des physiothérapeutes déplorent cette emprise médicale ainsi que le rôle limité que les machines leur réservent auprès du patient. Rétrospectivement, Gerda Diekmeyer, diplômée de McGill en 1958 et employée au Lakeshore General Hospital, regrettera que sa formation ne l'ait formée qu'à enseigner des exercices à un patient qu'on ne

17. L'Université de Montréal n'offre en fait, de 1954 à 1962, qu'un diplôme conjoint en physiothérapie et en ergothérapie, remplacé en 1962 par un diplôme de trois ans spécialisé en physiothérapie. L'École de réhabilitation de l'Université Laval, conçue sur le même modèle, ouvre ses portes en 1965.

18. Julien Prud'homme, *op. cit.*, 52-56.

19. Institut de réadaptation de Montréal, *Livret des résidents* (Montréal, IRM, [1962-1965]), 15-22.

touche plus guère, sinon pour opposer des résistances²⁰. Hors de l'école, toutefois, des physiothérapeutes se révèlent avides de techniques alternatives, susceptibles de leur conférer un rôle plus décisif dans la thérapie.

Dès l'après-guerre, certaines adhèrent à une approche européenne, l'« approche Bobath », qui, par la posture et la mobilisation du corps, entend améliorer la tonicité musculaire des patients paralysés. Plus qu'une simple technique, cette méthode « basée sur la neurophysiologie²¹ » offre un cadre théorique complet qui, en expliquant les problèmes par des causes posturales, permet aux thérapeutes de formuler des évaluations et des plans de traitement distincts de ceux des médecins. D'autres adhèrent à des écoles différentes mais aux promesses comparables, dans la mesure où elles proposent aussi l'emploi de nouvelles grilles d'évaluation. C'est le cas de la méziériste Raymonde Benmouyal, diplômée de McGill en 1961, qui diffuse dans les hôpitaux de Montréal l'emploi de corsets destinés au traitement de la scoliose par des voies posturales²².

Éparses, ces velléités d'aborder autrement les maux du corps témoignent du désir de physiothérapeutes hospitalières de formuler elles-mêmes les termes de leur intervention. Ces aspirations génèrent des tensions avec l'autorité médicale. Gerda Diekmeyer se remémore comment les physiothérapeutes les plus ambitieuses « devenaient de plus en plus agressiv[es]... plus hostiles envers les médecins qui leur disaient quoi faire avec un patient, comment le faire, combien de fois, et quand arrêter²³ ». Pour certaines, comme Marielle Montour qui quitte l'hôpital Notre-Dame de Montréal en 1963, le départ de l'hôpital vers une clinique privée se présente comme une véritable promotion²⁴.

Cette subordination malaisée à la gouverne médicale est aussi le lot des psychologues présentes en milieu hospitalier. Pour les psychologues, les aspirations à l'autonomie sont en fait d'autant plus vives que la psychologie, contrairement à la physiothérapie, peut se prévaloir d'un riche héritage d'autonomie universitaire qui rend encore plus incongrue l'autorité d'autrui.

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

21. Archives de l'Université de Montréal (AUM), boîte 5948, dossier « Annual Supervisors' Meeting and Teaching Staff », procès-verbaux du comité des superviseurs cliniques de l'École de réhabilitation, 28 mai 1964.

22. On pourrait aussi évoquer la diffusion de la méthode Kenny, enseignée à Montréal dans les années 1940. Voir Joan Cleather, *op. cit.*, 9, 166-176 ; Naomi Rogers, « "Silence Has Its Own Stories" : Elizabeth Kenny, Polio and the Culture of Medicine », *Social History of Medicine*, 21,1 (2008) : 145-161.

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

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

Ce que l'on appelle la « psycho-logie » est d'abord apparu à la fin du xix^e siècle comme un domaine proprement universitaire, fruit d'un dialogue entre la médecine et la philosophie. Sur le plan clinique, c'est toutefois sous l'impulsion de médecins, comme Sigmund Freud en Europe ou Adolf Meyer aux États-Unis, que ce dialogue entraîne la redéfinition des catégories de la maladie mentale et, surtout, l'émergence d'une nouvelle pratique, « psycho-thérapeutique », basée sur un échange conversationnel avec la psyché du patient.

De 1900 à 1930, cette approche permet à des psychiatres de se renouveler et de quitter les asiles pour médicaliser, sous couvert d'« hygiène mentale », de nouveaux objets comme l'amoralité ou la faiblesse d'esprit²⁵. Pour soutenir leurs efforts, ces médecins psychiatres s'adjoignent un corps diffus d'auxiliaires non médicaux dont certains portent le titre de « psychologue ». Ces derniers, souvent des hommes, sont affectés à la passation de tests d'intelligence, principalement auprès d'enfants d'âge scolaire²⁶.

Après 1940, les psychiatres profitent de l'essor hospitalier, évoqué plus haut, pour investir les hôpitaux avec un succès flamboyant : alors que, en 1950, on ne trouvait qu'une quinzaine de psychiatres dans tout le Québec, on en dénombre 170 en 1962, dont au moins 66 travaillent à temps plein dans un hôpital²⁷. L'approche psychothérapeutique s'implante alors dans les hôpitaux où elle stimule l'embauche d'autres auxiliaires psychologues, encore affectés aux tests d'intelligence²⁸.

Cela dit, contrairement aux physiothérapeutes, les psychologues d'alors ne sont pas majoritairement concentrées dans le secteur de la santé.

25. Au Canada, cette activité est consolidée, en 1918, par 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 province. 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. Sur l'origine du phénomène aux États-Unis, voir : John C. Burnham, « The Struggle Between Physicians and Paramedical Personnel in American Psychiatry, 1917-1941 », *Journal of the History of Medicine*, 29,1 (1974) : 93-106 ; Hans Pols, « Divergences in American Psychiatry During the Depression : Somatic Psychiatry, Community Mental Hygiene, and Social Reconstruction », *Journal of the Behavioral Sciences*, 37,4 (2001) : 369-388 ; Theresa R. Richardson, *The Century of the Child. The Mental Hygiene Movement* (Albany, State University of New York Press, 1989), 273 p.

26. Voir Martin Pâquet et Jérôme Boivin, « La mesure fait loi. La doctrine de l'hygiène mentale et les tests psychométriques au Québec pendant l'entre-deux-guerres », *Canadian Historical Review*, 88,1 (2007) : 149-178 ; Céline Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec, 1880-1963 : le cas de l'hôpital de Verdun* (Québec, Université Laval, 1976), 107-110 ; James Trent, *Inventing the Feeble Mind* (Berkeley, University of California Press, 1994), 356 p.

27. Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions* (Montréal, Albert Saint-Martin, 1984), 49, 72, 98-101.

28. John C. Burnham, *op. cit.* : David MacClennan, *op. cit.*

Plusieurs travaillent, par exemple, en milieu scolaire ou dans de grandes entreprises. Comme en physiothérapie, l'essor hospitalier de l'après-guerre sert néanmoins d'occasion à une implantation massive à l'hôpital²⁹ dans le sillage de ces médecins spécialistes que sont les psychiatres.

La psychologie, cependant, n'entretient pas avec la médecine les mêmes liens de dépendance que la physiothérapie. Science à part entière, elle jouit d'une autonomie intellectuelle qui a rendu possible la création de départements universitaires distincts. Au Canada, l'Université McGill crée un premier département de psychologie en 1924, suivie de l'Université de Toronto en 1926 : du côté francophone, l'Institut de psychologie de l'Université de Montréal (IPUM) est fondé en 1942 au sein de la Faculté de philosophie. Tant l'IPUM que l'Université McGill offrent rapidement les trois cycles de formation et, après la guerre, il est attendu d'une psychologue qu'elle obtienne au moins la maîtrise avant de se lancer dans la pratique³⁰. Par ailleurs, si près du tiers des psychologues travaille dans les hôpitaux, une autre tranche, d'environ 13 %, entretient en cabinet privé une pratique dite « clinique » qui donne à la profession un visage thérapeutique distinct de la pratique hospitalière.

Il reste que les psychologues des hôpitaux, eux, jouent un rôle d'auxiliaire, en faisant passer aux patients envoyés par les psychiatres ou les neurologues des « tests mentaux » dont l'interprétation finale relève des médecins. En principe, cette activité n'entre pas en contradiction avec les racines de la science psychologique dont les chercheurs s'illustrent précisément par l'élaboration de tels tests, comme les célèbres batteries Simon-Binet. À l'hôpital, cependant, la mesure de l'intelligence n'offre qu'un rôle d'appoint. Rétrospectivement, un psychologue racontera comment les médecins commandaient des tests d'intelligence « comme on demande

29. Cette présence plus marquée des psychologues dans le secteur de la santé à partir de l'après-guerre constitue d'ailleurs un tournant notable dans l'histoire de la psychologie. Pour une histoire plus complète de la psychologie canadienne et étasunienne, voir : Nicolas Marchand, *Entre praticiens et chercheurs. Une histoire des psychologues au Canada*, thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 2002, 322 p. ; 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) : 410-446 ; Ellen Hermann, *The Romance of American Psychology. Political Culture in the Age of Experts* (Berkeley, University of California Press, 1995), 406 p.

30. En 1966, le quart des membres de la Corporation des psychologues de la province de Québec détient même un doctorat, *Rel-Int* (avril 1966) : 4. Après 1960, les universités forment aussi un nombre croissant de diplômés : de 1954 à 1971, l'effectif de Association des psychologues de la province de Québec passe ainsi de 177 à 805 membres inscrits, *Bulletin of the Psychological Association of the Province of Quebec* (1954) : 14-17 ; *Bulletin de la Corporation des psychologues professionnels du Québec*, 3,4 (1971) : 2.

un test de laboratoire³¹ », plaçant les psychologues dans une position à la limite de la technicité.

De plus, jusqu'à la fin des années 1960, les médecins gardent la main haute sur l'exercice de la psychothérapie, auquel prétendent pourtant aussi les psychologues. C'est le cas, par exemple, au service de neuropsychiatrie de l'hôpital Notre-Dame de Montréal : tandis que le psychologue réalise annuellement plus de 200 passations de tests, c'est le psychiatre qui use de modalités thérapeutiques comme la psychothérapie de groupe ou la psychanalyse³².

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. Cette insatisfaction s'inculque dès la formation : de 1948 à 1965, l'IPUM précise dans son annuaire que « l'Institut a été fondé... en vue de former des psychologues qui ne soient pas simplement des psychotechniciens³³ », nom donné aux chargés de tests. À ces tests, les psychologues aimeraient ajouter des entrevues et des épreuves d'expressivité (comme le Rorschach) qui leur donneraient une emprise élargie sur l'évaluation et l'encadrement du patient. L'IPUM, qui enseigne la psychanalyse depuis sa création, lance d'ailleurs, en 1960, une populaire maîtrise clinique qui associe précisément l'emploi de tels tests expressifs à l'usage de la psychothérapie.

Les psychologues en cabinet privé, affranchis des contraintes hospitalières, s'engagent d'ailleurs résolument dans cette voie. En 1967, la Corporation des psychologues compte une soixantaine de membres qui pratiquent la psychothérapie, majoritairement des hommes et majoritairement en privé où ils traitent des problèmes, comme l'« immaturité », identifiés en termes qualitatifs de personnalité plutôt qu'en mesures strictement quantitatives de potentiel intellectuel³⁴. Malgré des efforts bien visibles, il en va bien différemment à l'hôpital où les psychologues ne parviennent guère, sinon de manière anecdotique, à implanter une réelle évaluation psychologique de la personnalité.

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

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

33. *Annuaire de l'IPUM, 1948-1965*.

34. *Annuaire de l'IPUM, 1965*. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, procès-verbaux de la Corporation des psychologues de la province de Québec, 30 août 1966 : *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.

Agglomérées en professions structurées depuis le début du xx^e siècle, les physiothérapeutes et les psychologues du Québec accèdent ainsi, après 1950, à des positions hospitalières qui se paient d'une subordination accrue à des médecins, à un point jugé intolérable par plusieurs thérapeutes qui cherchent à réaménager leur pratique. Après 1960, ces tensions diffuses se muent en conflits ouverts avec les médecins spécialistes. Cette polarisation est attribuable aux mutations rapides induites par l'action nouvelle de l'État provincial dans le monde de la santé. Ces changements ont un double effet explosif : d'un côté, ils font miroiter aux paramédicales de nouvelles occasions, les poussant à intensifier leurs revendications, alors que, d'un autre côté, ils mettent les médecins sur la défensive devant ce que plusieurs d'entre eux perçoivent comme une érosion de leur autorité clinique.

Un trait saillant de la Révolution tranquille est l'adhésion du Québec au programme fédéral d'assurance hospitalisation en 1961. Cette adhésion, entre autres conséquences³⁵, favorise une augmentation galopante de la clientèle. Pour les paramédicales, cette augmentation prend deux visages particuliers.

D'une part, elle entraîne une diversification des clientèles des hôpitaux qui, après s'être consacrés aux patients alités, se tournent désormais vers une clinique dite « externe », faite de rencontres de jour avec des patients qui n'occupent pas de lits. Ce virage, soutenu par l'État, met les soignants en contact avec des populations plus variées, parmi lesquelles il leur devient plus aisé de sélectionner des cas choisis susceptibles de nourrir leurs propres préférences. En réadaptation physique, par exemple, le passage en externe favorise le suivi de cas d'arthrite ou de blessures orthopédiques qui permettent aux physiothérapeutes de déployer des compétences qui débordent les aptitudes classiques requises auprès des clientèles plus traditionnelles comme les paraplégiques³⁶. De même, en psychiatrie, l'accueil en externe de cas dits « légers » favorise l'offre de psychothérapie, surtout dans les hôpitaux généraux³⁷.

D'autre part, une clientèle accrue pousse, ou contraint, les médecins à assouplir leur emprise sur « leurs » paramédicales, qui assument désormais

35. Sur les divers visages de cette réforme, voir : Benoît Gaumer, *Le système de santé et des services sociaux du Québec. Une histoire récente et tourmentée, 1921-2006* (Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2008), 98-132 ; Denis Goulet, *L'hôpital Maisonneuve-Rosemont. Une histoire médicale, 1954-2004* (Québec, Septentrion, 2004), 63-69.

36. Julien Prud'homme, *op. cit.*, 199-204.

37. De 1961 à 1970, au Québec, la part d'admissions psychiatriques en hôpital général passe de 9 à 39 %, Françoise Boudreau, *op. cit.*, 89-93, 133-134. Voir : William Gronfein, « Psychotropic Drugs and the Origins of Desinstitutionalization », *Social Problems*, 32,5 (1985) : 437-454.

plus de responsabilités. Cette dévolution favorise en partie les médecins eux-mêmes qui, en déléguant, gonflent officiellement leur clientèle. Cela dit, l'atténuation du contrôle médical tient aussi à d'autres facteurs moins favorables aux médecins. Ainsi, la rareté persistante de certains médecins spécialistes mine leur capacité à encadrer des patients et des auxiliaires en nombre croissant. En réadaptation physique, les physiatres québécois, qui ne sont qu'une trentaine en 1968, peinent à encadrer un secteur où les paramédicales se comptent dorénavant par centaines³⁸. En psychiatrie, le phénomène est moins marqué, mais tout de même réel : si le nombre de psychiatres hospitalier à temps plein grimpe de 66 à 185 entre 1961 et 1976³⁹, cette hausse ne suffit pas à assurer l'encadrement des quelques 400 psychologues hospitalières et des centaines de travailleuses sociales, infirmières psychiatriques et autres intervenantes qui sont affectées à la santé mentale dans les années 1970⁴⁰.

Tant la diversification des clientèles que l'atténuation de l'autorité médicale ont pour effet de polariser les relations entre les médecins et les paramédicales, intensifiant des conflits demeurés jusque-là latents. La chose est particulièrement visible en psychiatrie et en réadaptation physique : un large pan de l'histoire de la psychologie et de la physiothérapie hospitalières après 1965 consiste en une série de luttes, parfois féroces, pour le contrôle des diagnostics et la référence des patients. L'intensité des conflits vécus dans ces secteurs s'explique par la proximité des champs d'expertise des paramédicales et des médecins spécialistes⁴¹. Pour les paramédicales, cette proximité entraîne une concurrence directe avec l'autorité des médecins, qu'elles chercheront parfois à contester, parfois à contourner par des approches thérapeutiques alternatives.

Ainsi, après 1965, les psychologues hospitalières profitent de ce que les psychiatres se tournent vers l'usage de la médication pour commencer à

38. Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, 183-184.

39. Françoise Boudreau, *op. cit.*, 49, 72, 98-101.

40. Cette multiplication des paramédicales est attribuable aux ressources accrues des hôpitaux, mais aussi à la croissance parallèle des programmes universitaires, favorisée par les réformes de l'enseignement supérieur à la même époque. Ces réformes contribuent par ailleurs à détacher progressivement les écoles paramédicales de la tutelle des médecins : Julien Prud'homme, « 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 (hiver 2003) : 329-356.

41. Par contraste, les orthophonistes éprouvent moins de difficultés à aménager des espaces de pratique éloignés du champ d'autorité traditionnel des médecins : Julien Prud'homme, « Diagnostics, stratégies professionnelles et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970 », *Recherches sociographiques*, 47,2 (2006) : 253-275.

se définir elles-mêmes par l'emploi principal de la psychothérapie. La Corporation professionnelle des psychologues du Québec, fondée en 1960, se permet d'opposer le jeune usage médical des psychotropes, jugé malsain, à un emploi plus doux de la psychothérapie qui en vient à incarner pour les psychologues l'espace distinct au sein duquel elles entendent sélectionner et évaluer elles-mêmes leurs patients. Les psychologues sur le terrain véhiculent cette vision des choses. En 1979, à l'hôpital de Valleyfield, la chef psychologue indique 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 auxiliaire [mais] l'égal du psychiatre, en ce qu'il détient une compétence qui échappe à ce dernier : celle d'exercer la psychothérapie⁴² ».

Cette prétention à l'égalité, toutefois, correspond mal à la réalité des hôpitaux. En vérité, « en milieu hospitalier », dit un psychologue qui exprime, en 1980, un avis répandu, « les services psychologiques sont sous le contrôle des psychiatres⁴³ ». Le bât blesse en matière de référence de patients, alors que les psychologues doivent généralement attendre la référence des médecins pour intervenir auprès d'un patient. Plusieurs patients candidats à la psychothérapie sont ainsi détournés par des médecins qui se veulent eux-mêmes psychothérapeutes ou qui promeuvent des thérapies concurrentes axées sur la médication⁴⁴.

À cela, les psychologues se résignent de plus en plus mal après 1970. Les tensions se font plus vives à l'approche des années 1980. Dans de multiples hôpitaux, à l'hôpital Charles-LeMoine, à l'Institut Philippe-Pinel, au Douglas Hospital, les psychiatres entendent encore assumer l'entière responsabilité du diagnostic, de l'admission et, globalement, de l'ensemble des « activités professionnelles exercées dans [leur] départe-

42. 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.

43. *Cahiers du psychologue québécois*, 2,5 (1980) : 9-10.

44. La persistance du contrôle médical sur les autres intervenants de « santé mentale », comme on commence à le dire, est d'ailleurs défendue publiquement par plusieurs psychiatres au cours de ces années, à commencer par les porte-parole de l'Association des psychiatres du Québec qui, déjà en 1964, revendiquaient pour les médecins le contrôle exclusif sur la psychothérapie. *Cahiers du psychologue québécois*, 2,6 (1980) : 26 ; 3,4 (1981) : 9 ; 4,1 (1982) : 35 ; 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 : dossier « Hôpital Charles-LeMoine », lettre de J. Tremblay à L. Miron, 1^{er} octobre 1981 : dossier « Cité de la Santé » ; Hans Fleury, *Définition, objectif et procédures du service de psychologue de la Cité de la Santé de Laval*, 1977.

ment⁴⁵ ». À Pinel, le psychiatre qui dirige l'établissement confirme, en 1980, qu'« il appartient au médecin traitant de prescrire le type et les objectifs de [la] psychothérapie⁴⁶ », présentant la référence en psychologie comme une simple « délégation » du pouvoir médical, qui serait similaire en espèce aux consignes adressées aux infirmières.

Les conflits qui secouent l'Institut Albert-Prévost tout au long des années 1970 offrent un exemple concret de ces accrochages. Des psychiatres et des psychologues s'y affrontent de manière répétée sur le diagnostic des patients. Dans certains cas, par exemple, un psychiatre diagnostique un patient comme un cas de schizophrénie à traiter par la médication, alors qu'une psychologue voit plutôt une névrose obsessionnelle à traiter par la psychothérapie. En 1980, les choses s'enveniment quand un patient se range aux vues d'une psychologue rebelle : soutenu par sa direction, le psychiatre traitant obtient alors le renvoi du patient et fait « exclure la psychothérapeute de toute nouvelle prise en charge d'ici le règlement de cette question⁴⁷ ». Le cas de l'Institut n'est pas isolé. 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 la direction médicale 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 poste⁴⁸ ».

Si la situation est plus sereine dans certains hôpitaux, comme la Cité de la Santé de Laval ou l'hôpital Notre-Dame de Montréal, on recense aussi, au même moment, des conflits majeurs dans d'autres milieux, qu'il s'agisse d'établissements montréalais comme l'hôpital Saint-Luc ou l'hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine, ou de centres régionaux importants comme l'hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, le Centre psychiatrique de Roberval, l'hôpital de Sainte-Anne-des-Monts ou l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi.

45. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « CH Douglas » ; R. Deschamps, *Projet de règles de fonctionnement du Centre de psychiatrie communautaire* (Montréal, Douglas Hospital, 1982) : lettre de M. Sabourin aux « psychologues signataires », 8 juillet 1982.

46. 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.

47. 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.

48. Archives de l'Ordre des psychologues du Québec, boîte 3202-52, dossier « CH Pierre-Janet », lettre de A. Côté à G. Garneau, 2 septembre 1982.

En réadaptation physique, les physiothérapeutes rencontrent des oppositions tout aussi franches à leurs propres velléités d'autonomie. En fait, parmi toutes les paramédicales présentes en réadaptation, les physiothérapeutes sont celles qui subissent les contraintes médicales les plus lourdes. Spécialistes des problèmes musculaires et squelettiques, elles s'emploient aux tâches les plus directement assujetties à l'autorité des médecins, comme la réadaptation intensive des paraplégiques. Même auprès de clientèles en renouvellement comme les maux de dos ou les blessures orthopédiques, et même dans des milieux favorables à l'épanouissement des paramédicales comme le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, les protocoles continuent de rappeler aux physiothérapeutes qu'elles n'agissent que « sur référence médicale [et] en conformité avec les exigences médicales⁴⁹ ».

Instituée en 1974, la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec engage rapidement la lutte à une telle conception du travail clinique. En 1977, elle déplore que, « en milieu hospitalier, le physiothérapeute [soit] souvent considéré comme un technicien » et donc « un instrument pour appliquer certaines techniques », alors pourtant que « sa compétence lui permet mieux que tout autre de choisir et d'élaborer un plan de traitement⁵⁰ ».

Au début, les difficultés de la Corporation à mobiliser ses membres suggèrent que toutes, en vérité, n'aspirent pas à un rôle clinique véritablement décisionnel. Assez vite, cependant, les inconvénients concrets d'un statut peu qualifié se font évidents. Depuis 1969, l'arrivée sur le marché de techniciennes en réadaptation physique (TRP) formées dans les nouveaux cégeps menace la position des diplômées universitaires, et jusqu'à la pérennité de la profession. En 1979, on compte déjà, au Québec, 340 de ces techniciennes pour 905 physiothérapeutes actives. Souvent malaisée, cette cohabitation irrite d'autant plus que, tout au long des années 1970, les ministères de l'Éducation et des Affaires sociales envisagent ouvertement de fermer les programmes universitaires de physiothérapie au profit de la seule formation collégiale, ce qui suscite des échanges acrimonieux⁵¹.

49. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, *Module de réadaptation sociale* (Montréal, CRLB, 1979), annexe, 3.

50. *Physio-Québec*, 2,2 (avril 1977) : 1.

51. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, 5-7, 26 : 1976, 11 : 1978, 26, 66 : 1979, 10, 27, 67 : 1980, 9, 31 : 1981, 18 : 1986, 6. Archives de l'Université de Montréal, boîte 5938, dossier « Correspondance CPPQ », lettre de M. Rivest à

Pour défendre leur profession, la Corporation et les écoles universitaires lancent à leurs membres un message clair : pour survivre comme groupe, les physiothérapeutes devront rendre plus manifeste ce que leur profession requiert « d'analyse et de prise de décision⁵² », et endosser le rôle d'évaluation qui distinguera finalement le professionnel du technicien.

Au fil des années, le message est relayé parmi les physiothérapeutes. Celles-ci, par ailleurs, en viennent à considérer ces accrochages pour ce qu'ils sont : une péripétie dans une lutte de plus en plus frontale avec les médecins psychiatres, devenus les employeurs les plus enthousiastes des nouvelles TRP. Dans les années 1960 et 1970, les psychiatres jouissent en effet d'une position dominante sur le marché des clientèles musculo-squelettiques. Outre qu'ils dirigent les établissements accueillant les patients alités, comme l'Institut de réhabilitation de Montréal, plusieurs psychiatres ouvrent, entre 1965 et 1975, des cliniques privées qui captent la clientèle externe et où ils emploient indifféremment des physiothérapeutes ou des TRP à titre d'auxiliaires. Face à un tel contrôle économique, les physiothérapeutes peinent à accéder directement à une clientèle externe en pleine croissance.

Comme en psychologie, des conflits récurrents opposent les physiothérapeutes aux médecins psychiatres sur le contrôle des références. De 1965 à 1977, des conflits ouverts secouent l'Hôpital Marie-Enfant de Montréal, les cliniques de la Commission des accidents de travail et l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, où 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 traitement⁵³ ». L'accrochage le plus célèbre survient à l'Institut de réadaptation de Montréal. En 1976, devant le refus de physiothérapeutes de se limiter au contenu des prescriptions médicales, la direction de l'Institut signifie aux paramédicales qu'elles sont soumises

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), 3, 7 ; Andrée Forget, *Rapport au Groupe de travail sur les sciences de la santé de la Faculté de médecine*, 1982, 21 et 31.

52. Andrée Forget, *Commentaires...*, *op. cit.*, 7. Voir : Archives de l'Université de Montréal, Boîte 5940, Dossier « Commentaires sur projet de position ministérielle », lettre circulaire de A. Audy aux chefs de service de physiothérapie, 7 novembre 1979 ; lettre de A. Audy à la CPCCOQ, 13 septembre 1979 ; lettre de P. Girard à A. Forget, 25 novembre 1983.

53. *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), 6-7 ; Centre de réadaptation de Québec, *Rapport du comité consultatif spécial sur l'orientation globale du CRQ (pavillon de Montréal)* (Québec, CRQ, 1975), 19-20. Voir aussi : Nadia Fahmy-Eid et al., *op. cit.*, 69-75.

« au respect de l'ordonnance médicale » qui comprend « le choix du traitement et le choix de la modalité de traitement⁵⁴ ». L'opposition persistante des intéressées pousse l'Institut à mener le litige en Cour supérieure. Bien que le tribunal tranche, en 1981, en faveur des médecins, l'épisode, fort médiatisé, permet à la Corporation des physiothérapeutes de défendre publiquement le droit des paramédicales à s'écarter des prescriptions médicales, tout en condamnant dans les journaux les « multiples intimidations » des psychiatres et leur prétention à « imposer aux physiothérapeutes une prescription détaillée⁵⁵ ».

Ainsi, une fois établies à l'hôpital, tant les psychologues que les physiothérapeutes y partagent les contraintes d'une proximité historique avec des médecins spécialistes. Bien que ce bref survol des conflits en réadaptation physique et en santé mentale n'épuise évidemment pas la question des rapports interprofessionnels en milieu de santé durant ces années, il donne une bonne idée du point de vue des paramédicales qui en font l'expérience. Embourbées dans des luttes inégales, ces professionnelles estiment peiner à introduire à l'hôpital une pratique autonome qui justifierait leur statut de professionnelle. Après 1975, plusieurs iront chercher sur le marché privé un espace alternatif où déployer des modalités d'interventions et des langages diagnostiques réellement originaux. Se met dès lors en place un rapport privilégié à la pratique privée qui, par effet de retour, polliniserà, à terme, le réseau public.

LA CONSTITUTION DE MARCHÉS PRIVÉS, 1975-1990

En 1970, l'adhésion du Québec au nouveau régime fédéral d'assurance-maladie consolide une nouvelle économie des soins que l'assurance hospitalisation avait commencé à instituer. L'assurance publique universelle accroît la distinction entre une importante offre publique financée par l'État, qui englobe désormais les services médicaux, et des marchés privés au rôle de plus en plus supplétif. Malgré cette marginalisation apparente, le secteur privé trouve dans la nouvelle donne de fortes occasions de croissance. En effet, la prise en charge publique des soins essentiels permet aux patients de payer pour d'autres soins, et donc aux assureurs commerciaux de diversifier leurs produits. L'offre de soins en privé (re)devient vite un marché lucratif, ou à tout le moins imposant : en 1975, les dépenses privées

54. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1977, 19 : 1981, 7-10, 84-86 ; 1982, 6.

55. *Physio-Québec*, 1,7 (novembre 1976) : 3.

de santé représentent encore pas moins de 2,35 milliards de dollars⁵⁶, dont 231 millions sont versés en honoraires à des professionnels non médicaux comme les physiothérapeutes et les psychologues.

Pour les soignants, le privé offre l'avantage d'une rencontre directe avec le client, largement dégagée des contraintes du monde hospitalier. Pour des paramédicales qui estiment souffrir de l'autorité médicale, la pratique privée promet un espace plus favorable à l'exploration de pratiques cliniques qui réaliseraient les aspirations à l'autonomie formulées jusqu'ici à l'hôpital. Tant des psychologues que des physiothérapeutes tentent ainsi leur chance sur un terrain qu'elles estiment propice non seulement à leur enrichissement économique, mais aussi à leur épanouissement professionnel.

Comme on l'a vu, les tentatives des psychologues et des physiothérapeutes pour détacher leur pratique de la médecine rencontrent en milieu hospitalier de nombreux obstacles. C'est le cas des psychologues hospitalières qui veulent introduire des modalités psychothérapeutiques qui, par leur nouveauté, paraissent plus spécifiques à la psychologie que des formes plus anciennes comme la psychanalyse. Certaines entreprises sont couronnées de succès : au Douglas Hospital, par exemple, l'introduction de thérapies behavioristes permet de « fonder un service quasi autonome pour le traitement de névroses⁵⁷ », qui compte cinq psychologues. Bien souvent, toutefois, une certaine obstruction médicale complique les choses. À l'hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine, les tentatives de trois psychologues pour introduire un programme de thérapie behavioriste sont minées par le manque de coopération des psychiatres qui réfèrent des patients inopportuns et prennent des décisions cliniques, comme l'emploi de punitions, qui interfèrent avec le traitement, des contrariétés qui entraînent l'abandon du programme à la fin des années 1970⁵⁸. Pour plusieurs psychologues, la pratique privée semble offrir un antidote à ce genre de contraintes.

Cela dit, en psychologie, les premières impulsions à faire carrière en privé viennent de la saturation du marché de l'emploi. Fort courus, les programmes universitaires de psychologie forment, à partir de 1975, plus de diplômées que jamais alors même que l'embauche dans le secteur public

56. En dollars de 2005. Luc Bonneville et Jean-Guy Lacroix, « Une médication intensive des soins au Québec, 1975-2005 », *Recherches sociographiques*, 47,2 (2006) : 321-334.

57. *Rel-Int*, 3,1 (mars 1968) : 14-17.

58. 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.

commence à ralentir. C'est devant cet état de fait que la Corporation des psychologues encourage ses membres à tenter l'aventure 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'emplois n'explique cependant pas tout, car un nombre encore plus élevé s'engage sur le marché 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 de chevaucher les deux mondes, 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 hôpitaux.

La pratique privée permet en effet, avec la bénédiction de la Corporation, de mettre en valeur de nouveaux domaines d'application de la psychothérapie. Elle permet notamment aux thérapeutes de reculer les frontières de leur pratique au-delà de la pathologie pour l'étendre à un plus large spectre de difficultés personnelles, allant du conflit conjugal à la dysfonction sexuelle. Présentées par leur Corporation comme les spécialistes du « bien-être psychologique », les psychologues en privé prônent ainsi, au début des années 1980, une prise en charge « démedicalisée » des problèmes humains grâce à de nouvelles approches, humanistes ou comportementales, qui s'appliquent à une plus vaste gamme de situations.

La stratégie porte fruit : à la fin des années 1980, les principaux motifs de consultation des patients en privé sont des problèmes d'estime de soi, d'anxiété et de dépression dont l'admissibilité en santé mentale hospitalière aurait été douteuse⁵⁹. Ces clientèles détachent la psychothérapie de la médecine et favorisent l'emploi d'approches nouvelles qui consolident l'originalité de la psychologie.

L'origine de ces approches neuves déborde aussi le cadre universitaire. En effet, plusieurs psychologues se renouvellent en suivant les enseignements d'une kyrielle d'organismes, comme l'Institut canadien de la psychanalyse, l'Association scientifique de modification du comportement ou d'autres, plus excentriques, qui se constituent en un fructueux marché de la formation privée en diffusant leurs modèles alternatifs d'évaluation

59. Sur l'extension en privé d'une psychothérapie démedicalisée, voir aussi : Benjamin Beit-Hallahmi, « The Psychotherapy Subculture: Practice and Ideology », *Social Science Information*, 26,3 (1987) : 475-492.

et de prise en main des problèmes humains par la psychothérapie. Souvent diffusées par des psychologues issues du milieu hospitalier, ces approches d'origine européenne ou étasunienne (« cognitive-behavioriste », « thérapie brève de Beck », « Gestalt ») forment un ensemble bigarré qui respecte, néanmoins, 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 – mais, cette fois, sous la férule autonome et non supervisée de la psychologue.

De leur côté, plusieurs physiothérapeutes souhaitent aussi renouveler leur pratique. Elles y sont, elles aussi, encouragées par leur Corporation qui, à la fin des années 1970, s'alarme d'entendre les physiatres et le ministère de l'Éducation suggérer que les physiothérapeutes ne se distingueraient pas des techniciennes formées au cégep puisque toutes ne font qu'« exécuter les ordonnances médicales⁶⁰ ». Craignant pour la survie du groupe, la Corporation des physiothérapeutes saisit l'urgence d'affermir l'emprise des physiothérapeutes sur l'évaluation des patients. En 1979, elle annonce à ses membres 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, autonome, d'une « évaluation initiale » et d'un plan de traitement ainsi que l'emploi d'actes plus complexes : bref, il faut s'adosser à ces choses qui « ne sauraient être déléguées aux techniciens⁶¹ ».

Comme en psychologie, ce contexte houleux s'accompagne d'un glissement vers le privé. De 1975 à 1987, la part des membres de la Corporation travaillant en privé passe de 15 à 24,5 %, soit 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 de jeunes cliniques fondées et détenues par des physiothérapeutes plutôt que des médecins. Comme en psychologie, plusieurs y travaillent à temps partiel sans abandonner le travail hospitalier⁶².

Comme en psychologie, aussi, les praticiennes en privé renouvellent leurs aptitudes diagnostiques et cliniques en s'initiant à des approches

60. 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.

61. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1979, 10, 29.

62. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1975 : 1976, 35 : 1977, 54 : 1980, 8 : 1985, 8 : 1987, 6. *Physio-Québec*, 5,3 (septembre 1980) : 6 : 12,4 (décembre 1987).

diffusées en marge de l'université. Là aussi, ce renouveau prend des formes variées qui convergent vers l'emploi d'une modalité commune. En l'occurrence, il s'agit de l'emploi thérapeutique du toucher, qui mêle les usages modernes de l'exercice à un retour aux massages et aux traitements posturaux. Ces approches sont d'abord introduites dans les cliniques privées de physiothérapeutes spécialisées dans les blessures sportives. Vers 1976, ces cliniques sont les premières à réaliser le « diagnostic différentiel » des lésions physiques et à se pencher sur de nouvelles modalités, comme le « taping ». 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 « techniques d'évaluation » qui permettent d'intervenir sur les systèmes « neuromusculaire, articulaire ou circulatoire⁶³ », un élargissement considérable des perspectives de la profession.

Comme en psychothérapie, les nouvelles approches se multiplient après 1980, diffusées par des entreprises privées de formation. Certaines sont importées d'Europe francophone, comme l'approche Mézières diffusée par l'Association des physiothérapeutes méziéristes du Québec, dont plusieurs membres sont issues de la pratique hospitalière. D'autres thérapeutes s'initient à l'ostéopathie, une discipline promue par des cercles d'études qui comptent des physiothérapeutes et quelques médecins. Misant sur la palpation, ces approches proposent des méthodes diagnostiques qui permettent d'attribuer les problèmes physiques à des dysfonctions dans la structure globale du corps et qui mènent à des thérapies par la rééducation posturale ou des palpations choisies.

Une troisième approche fondée sur l'emploi du toucher bénéficie de la sollicitude toute particulière de la Corporation. Il s'agit de la « thérapie manuelle », promue par la Canadian Physiotherapists Association qui, à partir de 1981, organise des séances de formation publicisées par la Corporation. Ces séances, dont la gamme complète représente en tout 300 heures de formation, sont suivies par un grand nombre de thérapeutes : en 1987, 570 physiothérapeutes québécoises ont déjà complété les cours de base et 340 ont accédé aux formations plus avancées. Comme les autres approches, la thérapie manuelle identifie les problèmes en des termes alternatifs qui entraînent un emploi thérapeutique du toucher pouvant aller jusqu'aux manipulations vertébrales.

63. *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. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, 1974, 27b ; 1975 : 1976, 32-33 ; 1977, 37 ; 1980, 42.

Comme dans le cas de la psychothérapie, ces écoles, malgré leur diversité, ont toutes pour fondement une modalité unique, le toucher, au rôle à la fois diagnostique et thérapeutique. Comme en psychothérapie, ces innovations accroissent l'autonomie des thérapeutes en les dotant de capacités évaluatives propres. Enfin, comme en psychothérapie, elles étendent le champ d'action des soignantes privées qui, en s'appuyant sur une perspective « globale », étendent leur pratique à de nouvelles affections (tendinites, compressions canalaire) ou à des aspects jusque-là mésestimés des affections courantes, comme la douleur ou la chronicité⁶⁴.

En servant de rampe de lancement à ces innovations, le privé se présente comme un front important du progrès professionnel. C'est du moins ainsi que l'entendent les praticiennes et leurs corporations respectives. La thérapie manuelle, par exemple, suscite l'enthousiasme de la Corporation des physiothérapeutes. En 1984, une vidéo produite en privé sur l'emploi de la thérapie manuelle auprès des maux de dos, et qui présente des 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!⁶⁵ » De fait, on espère que la physiothérapie privée, en validant la capacité des thérapeutes à travailler sans supervision médicale, « aidera l'affranchissement professionnel des physiothérapeutes⁶⁶ » de tous les milieux et discréditera la « philosophie de contrôle⁶⁷ » du réseau public.

Ce rôle du privé comme véhicule pour la promotion de la profession entière paraît d'autant plus réel que ses innovations en viennent à fertiliser les hôpitaux, que ce soit par le truchement de formations continues ou de l'expérience glanée par les thérapeutes qui, à temps partiel, gardent un pied dans les deux mondes. Ces apports du privé à la pratique hospitalière sont doubles.

D'une part, la diffusion d'un langage diagnostique plus ambitieux ravive chez les praticiennes des hôpitaux l'espoir d'une prise plus ferme sur les clientèles qu'elles côtoient déjà. En 1980, par exemple, une psychologue du centre hospitalier de Valleyfield se réjouit de trouver, dans un rare ouvrage québécois destiné aux cabinets privés de psychothérapie, l'approche de

64. À ce sujet, voir aussi : Nicolas Hatzfeld, *op. cit.*, 119-121.

65. *Physio-Québec*, 9,4 (novembre 1984) : 6.

66. *Physio-Québec*, 1,4 (mars 1976) : 10. En 1986, la présidente de la Corporation va encore plus loin en arguant que du sort du privé dépend « une reconnaissance incontestée de notre autonomie professionnelle » : *Physio-Québec*, 11,4 (décembre 1986) : 4-5.

67. *Physio-Québec*, 1,7 (novembre 1976) : 2.

thérapeutes qui ont « pris le temps... de cerner véritablement une approche psychologique de la personne sans être contaminés par le médical⁶⁸ ». De même, à l'Institut de réadaptation de Montréal en 1977, des physiothérapeutes ramènent d'une formation continue des approches alternatives qu'elles décrivent comme « plus précises » que « les méthodes conservatrices⁶⁹ » des physiatres – des prétentions qui ne sont sans doute pas étrangères à l'insubordination qui inquiète tant les médecins de l'Institut.

D'autre part, ces vocabulaires neufs, une fois transposés à l'hôpital, servent à attirer de nouvelles clientèles moins sujettes à l'autorité des médecins. Ainsi, à l'hôpital Saint-Luc de Montréal, entre 1980 et 1985, l'introduction d'approches comportementales et de « thérapie-réalité » confère une prééminence nouvelle aux psychothérapies, alors qu'au Centre psychiatrique de Roberval, l'introduction de ces mêmes approches justifie le repérage et la référence de nouveaux patients en psychologie⁷⁰.

L'implantation de nouveaux cadres conceptuels a des effets comparables en physiothérapie. En 1986, à l'hôpital de Gatineau, les physiothérapeutes profitent d'une conjoncture favorable (une réforme de la gestion des rendez-vous à l'hôpital) pour modifier l'ordre des priorités d'admission en fonction de critères issus de la thérapie manuelle. Grâce à ce nouveau cadre évaluatif, elles se donnent les moyens de refuser environ 15 % des patients référés par les médecins, jugés indésirables car « pas de notre ressort » ou n'ayant « pas besoin d'une thérapie soutenue⁷¹ », et pour favoriser au contraire les cas qui justifient des emplois thérapeutiques du toucher comme des extensions et des mobilisations. Au même moment, les physiothérapeutes de l'Institut de réadaptation de Montréal recentrent aussi 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 manuelle⁷² ».

Jointe aux effets structurels des réformes publiques, cette introduction de cadres évaluatifs indépendants a un effet remarquable sur l'autonomie des paramédicales. En physiothérapie, alors même que l'accès direct aux patients faisait encore l'objet d'âpres luttes au début des années 1980, un sondage mené en 1990 révèle qu'une majorité de physiothérapeutes dit

68. *Cahiers du psychologue québécois*, 2,5 (1980) : 24-26. Le livre en question est l'ouvrage de Jean Garneau et Michèle Larivey, *L'auto-développement. Psychothérapie de la vie quotidienne* (Outremont, Ressources en développement, 1979), 332 p.

69. Rapport annuel de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1978.

70. *Psychologie Québec*, 1,3 (août 1984) : 4 ; 2,1 (février 1985) : feuillet inséré.

71. *Physio-Québec*, 15,1 (juin 1990) : 8-9.

72. *Physio-Québec*, 11,1 (avril 1986) : 6-7, 9-11 ; 18,4 (automne 1994) : 22.

désormais pouvoir « évaluer un client qui se présente » et le « traiter sans diagnostic médical⁷³ ».

Dans un contexte hospitalier jugé difficile par les paramédicales, le secteur privé se présente donc, après 1975, comme un espace privilégié pour l'implantation d'approches qui promettent une plus grande autonomie professionnelle. Diffusés en marge de l'université, ces savoirs neufs, qui répondent à des besoins formulés d'abord dans les hôpitaux, pollinisent en retour le réseau public où leur impact se fait rapidement sentir. Ces échanges entre les marchés privé et public font ainsi du secteur privé, entre 1975 et 1990, une véritable locomotive pour la promotion professionnelle, un rôle qui lui est reconnu par les acteurs en place. Après 1990, ces échanges entre les marchés paramédicaux public et privé prennent de nouvelles formes, qui consolident la solidarité entre les deux mondes.

DES CONSOLIDATIONS PARTAGÉES, 1990-2010

À la fin des années 1980, la perméabilité entre les secteurs privé et public, rendue possible par la circulation des personnes et des idées, a véhiculé vers le réseau public des innovations écloses en privé mais qui répondaient à des aspirations professionnelles partagées. Après 1990, les choses évoluent, alors que c'est au tour de ressources et d'inflexions cliniques originaires du réseau public de favoriser désormais la pérennité des soignantes en privé.

Les psychologues et les physiothérapeutes en privé rencontrent en effet elles aussi des obstacles, croissants après 1985. Le risque propre au marché privé est la concurrence qu'on y subit. Or, les physiothérapeutes et les psychologues en privé, parce qu'elles se sont appuyées sur des formations offertes hors de l'université et donc accessibles au tout-venant, se sont exposées à la compétition d'autres individus qui profitent des mêmes formations alternatives. Les psychologues en privé subissent ainsi la concurrence de non-diplômés qui, sans autre certification, se déclarent eux aussi psychothérapeutes. Cette compétition, qui vient parfois de groupes plus redoutables comme les diplômés en sexologie, s'intensifie après 1980. La circulation sans entrave des savoirs psychothérapeutiques soulève alors l'inquiétude des psychologues qui commencent à craindre tant la concurrence économique des nouveaux venus que la dévaluation générale de la psychothérapie⁷⁴.

73. *Physio-Québec*, 16,3 (hiver 1991): 20.

74. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1974, 5; 1977, 7; 1979, 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. Sur la dilution de la spécificité du

De leur côté, les physiothérapeutes subissent aussi la concurrence d'acteurs qui profitent de l'accès ouvert aux formations privées et qui exercent sous des titres divers, comme massothérapeutes ou « orthothérapeutes », sans compter la compétition des chiropraticiens dotés de leur propre ordre professionnel depuis 1974.

Pour tirer leur épingle du jeu, les psychologues et les physiothérapeutes en privé compteront sur le transfert vers leur propre pratique de nouvelles ressources issues du système public. Ces ressources prennent trois formes : une inflexion des pratiques, la circulation des clientèles et l'obtention de privilèges légaux.

En premier lieu, les psychologues et les physiothérapeutes tendent, à nouveau, à réviser leurs connaissances cliniques pour mieux se distinguer de leurs concurrents. Les psychologues, tout particulièrement, reviennent sur la démedicalisation qu'elles avaient entamée dans les années 1970. Après qu'elle les eut dissociées de la psychiatrie et eut étendu leur action à des problèmes alors jugés non sanitaires comme l'anxiété ou les tensions conjugales, des psychologues en viennent ainsi à considérer que cette démedicalisation les avantage désormais peu face à leurs nouveaux concurrents. Après 1990, le discours psychologique s'infléchit en conséquence vers une représentation plus sanitaire de la psychothérapie, qui soutient mieux l'idée d'en réserver l'usage à des praticiennes, comme les psychologues, identifiées à la santé.

Le changement est rapide : alors que, en 1985, la Corporation des psychologues identifie encore la psychothérapie à une lutte pour la démedicalisation, elle revalorise plutôt, dès 1993, l'emploi de labels sanitaires en qualifiant, par exemple, les psychothérapeutes en privé de « psychologues offrant des services de santé ». Ainsi, après s'être détachées du cadre sanitaire pour s'émanciper de la psychiatrie, les psychologues tendent, après 1990, à adhérer à une vision à nouveau sanitaire de la psychothérapie – et des problèmes d'abord investis sous couvert de démedicalisation – pour mieux se distinguer, cette fois, de nouveaux concurrents aux horizons non médicaux.

Or, les inflexions à saveur sanitaire adoptées à cette fin par les psychologues en privé doivent beaucoup à des évolutions amorcées dans le secteur public. Les services hospitaliers de psychologie, parce qu'ils jouissent de situations plus stables après 1990, offrent en effet une vitrine mieux

léchée pour une psychothérapie propre aux psychologues⁷⁵. Dans les années 1990, les réformes de la santé engagées par l'État provincial entraînent aussi dans le réseau public une formalisation des canaux de références qui pousse les psychologues hospitalières à intensifier leur usage de diagnostics plus clairement sanitaires.

Dès 1987, en fait, des psychologues renouvellent, par exemple, le concept d'anxiété en le définissant comme un diagnostic de «trouble» désormais directement associé au «domaine de la santé mentale⁷⁶». La généralisation de tels diagnostics, plus formels et pathologisants que dans les années précédentes⁷⁷, est renforcée par l'emploi d'un outil particulier, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'American Psychiatric Association – le fameux *DSM*, dont les rééditions de 1987 et 1994 s'intéressent plus qu'avant aux troubles anxieux ou de la personnalité⁷⁸.

En physiothérapie, bien que le phénomène y soit moins marqué, on assiste aussi à un transfert opportun vers le privé d'inflexions cliniques issues du secteur public. Là aussi, ces transferts prennent la forme d'une importation en privé de pratiques plus médicalisées. De fait, la physiothérapie hospitalière continue de se caractériser par une cohabitation étroite avec la médecine, de laquelle les thérapeutes continuent de dépendre pour certains diagnostics, pour des évaluations radiologiques et pour la prescription d'appareils orthopédiques⁷⁹. À ce titre, le transfert en public de la thérapie manuelle y a pris une forme syncrétique qui continue de cohabiter avec une ouverture à des intérêts médicaux émergents, comme le traitement de la douleur⁸⁰. Comme chez les psychologues, ces inflexions

75. *Psychologie Québec*, 10,1 (janvier 1993) : 1 ; 11,5 (septembre 1994) : 16-19.

76. *Psychologie Québec*, 4,2 (mars 1987) : 8-9 ; 10,1 (janvier 1993) : 1.

77. Encore en 1986, un sondage de la Corporation des psychologues révélait que moins d'un tiers des psychothérapeutes membres posent, au milieu des années 1980, ce genre de diagnostic formel. *Psychologie Québec*, 3,1 (janvier 1986) : 4. Voir : *Psychologie Québec*, 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.

78. L'augmentation rapide du nombre d'occurrences du *DSM* dans les textes, et de son usage en psychothérapie, correspond dans le temps au virage biomédical de l'outil qui accentue le caractère discret des catégories et une plus ferme séparation du normal et du pathologique. Sur l'histoire du *DSM*, voir : 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.

79. *Physio-Québec*, 14,1 (juin 1989) : 25-26 ; 14,2 (septembre 1989) : 5 ; 16,3 (hiver 1991) : 20 ; 21,4 (printemps 1997) : 15.

80. Julien Prud'homme, *Pratiques cliniques...*, op. cit., 367-372.

à saveur médicale passent en privé où elles assurent aux cliniciennes une personnalité « sanitaire » qui les distingue de la concurrence des médecines douces⁸¹.

En second lieu, un véhicule important de ce transfert de perspectives sanitaires est la circulation des patients eux-mêmes, qui traversent couramment les frontières entre le réseau public et le marché privé, consultant en privé après avoir été diagnostiqués en public⁸². Cette circulation des patients favorise celle des diagnostics puisque les praticiennes privées adoptent les étiquettes diagnostiques accolées en public, ainsi que les options de traitement correspondantes. Or, après 1990, c'est une part croissante de la clientèle assurée par un régime public qui est désormais référée et traitée en privé.

Cette hausse est d'abord le fait de tiers payeurs publics comme la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) qui, dès le milieu des années 1980, privilégient cette forme « public-privé » de prestation des soins. C'est le cas en psychologie, où la généralisation de diagnostics sanitaires dans le privé doit beaucoup à l'usage de nouvelles grilles formatées pour répondre aux exigences de la SAAQ⁸³.

Les physiothérapeutes en privé, pour leur part, s'alimentent désormais largement aux clientèles de la CSST. En effet, alors que la prestation de service aux accidentés du travail était offerte dans des établissements publics depuis 1965, elle y est abolie en 1985 et déléguée au secteur privé pour des raisons d'économie. Si elle ne réduit pas vraiment les coûts⁸⁴, cette mesure constitue un transfert de fonds notable vers la pratique privée : de 5,9 millions de dollars en 1985, les dépenses de la CSST en physiothérapie privée passent à 37,4 millions en 1990⁸⁵, ce qui fait de l'organisme public le principal pourvoyeur de patients pour le marché de

81. *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.

82. Les psychologues en privé, par exemple, reçoivent, à la fin des années 1980, plusieurs références de la part de médecins de famille ou du personnel psychosocial des CLSC. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1987, 19 ; 1990, 23 : *Psychologie Québec*, 9,2 (mars 1992) : 3.

83. Rapport annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 1990, 5 ; 1991, 5-7 ; 1993, 22 ; 1994, 5, 21-22 ; 1995, 23 ; 1997, 29. *Psychologie Québec*, 12,6 (novembre 1995) : 5, 8-9.

84. Au contraire : les coûts annuels d'assistance médicale doublent entre 1985 et 1992, alors même que le nombre total de personnes indemnisées diminue de près de 25 %. Rapports annuels de la CSST, 1985-1995. La mise en œuvre de cette réforme a été pilotée par Monique Jérôme-Forget, présidente-directrice générale de la CSST de 1986 à 1990.

85. *Ibid.*

la physiothérapie privée. Dès 1989, la Corporation des physiothérapeutes constate ainsi que « la majorité de la clientèle privée » provient de la CSST ou de la SAAQ⁸⁶. En plus de favoriser la circulation de perspectives sanitaires vers le privé, ce transfert de clientèles constitue un apport économique public à la viabilité de la pratique privée. Cela est d'autant plus vrai que les clientèles assurées par l'État, contrairement à celles des assureurs commerciaux, sont souvent réservées aux psychologues et aux physiothérapeutes en titre (plutôt qu'à leurs concurrents), qui profitent ainsi de leur accointance avec le « vrai » monde de la santé⁸⁷.

Ainsi, après avoir fait office, de 1975 à 1990, d'incubateurs pour des innovations ensuite transférées dans le réseau public, les bureaux privés voient, après 1990, leur propre pratique transformée par des usages et des ressources qui voyagent désormais dans l'autre sens. D'une part, les cliniciennes en privé mêlent à leurs pratiques des attributs sanitaires, comme des diagnostics psychiatriques ou des procédures médicales, dont le syncrétisme avec les innovations antérieures a d'abord été expérimenté dans le secteur public. D'autre part, les bureaux privés captent une clientèle assurée par des fonds publics qui, en plus de stimuler la diffusion d'approches sanitaires, soutient la viabilité de la pratique privée. Pour les cliniciennes, ces transferts, comme l'avait été la diffusion de connaissances alternatives avant 1990, se révèlent opportuns en ce qu'ils les aident à se soustraire à la concurrence de leurs rivaux du moment.

À terme, ces transferts du public vers le privé prennent un troisième visage, celui de l'extension de privilèges légaux. En effet, dans les années 2000, l'État provincial entame une vaste réforme des règles professionnelles⁸⁸ qui donne aux corporations professionnelles (rebaptisées « ordres

86. *Physio-Québec*, 14,2 (septembre 1989) : 6. Dans les années 2000, la CSST, à l'image de ses homologues des autres provinces canadiennes, devient en fait le principal garant de la viabilité d'une offre privée de soins, tant pour les physiothérapeutes que pour d'autres professionnels comme les médecins. Voir : Alan Davidson, « Privatization and Two-Tier Healthcare in Canada », *Healthcare Papers*, 8,3 (2008) : 16-20; Jacinthe Tremblay, « La CSST, acheteur numéro 1 de soins privés au Québec », *Le Devoir*, 12 novembre 2008.

87. Ce qui explique que les corporations des deux professions consacrent l'essentiel de leur énergie à courtiser les tiers payeurs publics et non les assureurs commerciaux. Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, *Mémoire sur l'avant-projet de loi modifiant le Code des professions* (Montréal, CPPQ, 1993), 11; *Psychologie Québec*, 3,5 (septembre 1986) : 6-7; 3,6 (novembre 1986) : 1; 2,5 (octobre 1985) : 6-7; 3,3 (mai 1986) : 6-7; 3,1 (janvier 1986) : 1; 7,3 (mai 1990) : 3; 7,6 (novembre 1990) : 8-9.

88. Pour des précisions et des observations supplémentaires sur le contexte de cette réforme, voir : Julien Prud'homme, *Pratiques cliniques...*, *op. cit.*, 440-450; Pierre Doray, Johanne Collin et Shanoussa Aubin-Horth, « L'État et l'émergence des "groupes professionnels" », *Canadian Journal of Sociology*, 29,1 (2004) : 88-92.

professionnels» en 1994) l'occasion d'obtenir d'importants privilèges, à l'avantage tout particulier des praticiennes privées. Or, à leur manière, ces gains politiques constituent eux aussi une forme un transfert vers le privé de ressources jusque-là concentrées dans le régime public. Cela est vrai à deux égards.

D'une part, les réformes étendent au secteur privé un régime de normes datant du Code des professions de 1973 et qui, dans le cas des paramédicales, avait d'abord surtout été formulé à l'intention des praticiens du réseau public. D'autre part, c'est largement en s'appuyant sur leurs acquis dans le secteur public que les ordres professionnels des psychologues et des physiothérapeutes obtiennent des gains qui, dans les faits, favoriseront surtout leurs membres exerçant en privé.

C'est le cas chez les psychologues, dont les représentantes négocient longuement avec les représentants de l'État, de 1993 à 2007, au sujet de l'éventuel encadrement légal de la psychothérapie. L'enjeu est de taille : outre les psychologues, travailleuses sociales et médecins qui s'y adonnent, on recense, en 1997, pas moins de « 4000 à 8000⁸⁹ » individus qui pratiqueraient la psychothérapie sans appartenir à un ordre professionnel. L'État, déjà aux prises avec une inflation des coûts de santé et donc peu désireux de répondre lui-même à la forte demande de psychothérapie, formule alors l'idée d'assurer plutôt la viabilité du marché privé, en limitant par des moyens légaux l'exercice de la psychothérapie aux seuls praticiens reconnus par un ordre professionnel. La question est alors : qui exclure, et en vertu de quels critères ?

Partie prenante aux discussions, l'Ordre des psychologues parvient à imposer une définition sanitaire de la psychothérapie qui réfère le plus directement possible à l'expertise psychologique, tout en marginalisant les concurrents qui s'identifient à une représentation moins sanitaire des problèmes humains. Pour ce faire, l'Ordre, habilement, refuse d'entrée de jeu d'associer le dossier de la psychothérapie à la seule question du marché privé et insiste pour y inclure le thème de la pratique hospitalière, avec l'ancrage sanitaire qui y est associé. C'est sur ces bases que l'Ordre des psychologues obtient, en 2007, le dépôt d'un projet de loi qui répond à toutes ses exigences : non seulement l'exercice de la psychothérapie sera-t-il réservé aux détenteurs d'une formation universitaire qui adhèrent à une perspective sanitaire⁹⁰, mais l'émission des permis

89. *Psychologie Québec*, 14,3 (mai 1997) : 5.

90. À la fin des années 1990, l'Ordre entérine ainsi une définition de la psychothérapie comme un acte « fondé sur un diagnostic qui vise le traitement d'un trouble de santé mentale », Rapport

d'exercice sera principalement sous la responsabilité de l'Ordre lui-même.

L'Ordre des physiothérapeutes profite aussi des réformes lancées par l'État en matière de règles professionnelles. Comme dans le cas de la psychothérapie, ses victoires sont attribuables à l'emploi d'arguments ancrés dans la pratique du réseau public mais profitent largement aux praticiennes en milieu privé. Entre autres choses⁹¹, c'est largement l'investissement des payeurs publics en physiothérapie privée qui justifie la recherche d'un encadrement réglementaire plus serré des techniciens en réadaptation physique. Cette démarche mène, par suite d'un décret émis en 2003, à l'intégration quelque peu forcée des TRP à l'Ordre qui leur confère un statut non équivalent à celui de physiothérapeute et qui profite de l'occasion pour redéfinir la division des tâches cliniques dans le sens d'une subordination des techniciens, qui devront désormais se limiter aux patients préalablement référés et évalués par les physiothérapeutes. Cette norme, encore une fois, consolide surtout la position des praticiennes en privé, qui étaient jusque-là les plus vulnérables à une substitution par des techniciens.

CONCLUSION

Les trajectoires analogues des psychologues et des physiothérapeutes québécoises depuis 1950 ont été déclinées en trois temps. De l'après-guerre à la fin des années 1970, ces professionnelles, comme bien d'autres paramédicales, investissent les hôpitaux à l'appel de médecins spécialistes dont elles contestent bien vite l'autorité, avec une intensité qui s'accroît dans les nouveaux cadres publics érigés par l'État après 1961. De 1975 à 1990, les aspirations formulées dans les hôpitaux trouvent sur le marché privé de nouveaux lieux d'épanouissement. La pratique privée sert alors de tremplin à des approches cliniques alternatives qui pollinisent ensuite le réseau public. Enfin, après 1990, le flux des échanges tend à s'inverser, alors que des idées et des ressources migrent cette fois du secteur public pour consolider les bases de la pratique privée. La saveur médicale des

annuel de la Corporation professionnelle des psychologues du Québec, 2000, 6. Comme l'exprimait le Conseil interprofessionnel du Québec en 2008, le fait que «la définition de la psychothérapie prévue dans le projet de loi considère celle-ci comme "un traitement psychologique pour un trouble mental..." s'appuie ici sur une compréhension... à l'effet que la psychologie constitue, tant sous l'angle disciplinaire que celui de la pratique professionnelle, le point d'ancrage de la psychothérapie», Conseil interprofessionnel du Québec, *Mémoire à la Commission des institutions de l'Assemblée nationale du Québec relativement au projet de loi n° 50*, février 2008, 7.

91. Les réformes permettent aussi aux physiothérapeutes de régler à leur avantage un contentieux avec les chiropraticiens sur l'emploi des manipulations vertébrales.

synchrétismes hospitaliers, les clientèles des tiers payeurs publics et des privilèges légaux conquis en se réclamant d'attributs de la pratique publique assurent aux psychologues et aux physiothérapeutes en privé une niche solide, ou du moins mieux protégée contre une concurrence moins bien arrimée aux reconnaissances publiques.

Ces trajectoires analogues ouvrent une fenêtre sur les mutations récentes du monde québécois de la santé, et ce, de deux manières. D'une part, elles montrent en quoi les professionnels des soins misent sur l'implantation de nouveaux usages, diagnostics et clientèles pour améliorer leur position sur le marché du travail. Dans le cas des psychologues et des physiothérapeutes, ces aspirations s'accompagnent de conflits avec des médecins spécialistes. Ces conflits poussent des thérapeutes à contourner l'autorité médicale par des approches alternatives qui étendent leur champ d'action, et avec eux l'ensemble des territoires sanitaires, à des problèmes qui jusque-là ne relevaient pas nécessairement de la santé. Dans le cas de la psychothérapie, l'anxiété ou la dépression sont ainsi annexées sous couvert de démedicalisation pour être ensuite consacrées « troubles de santé mentale » lorsque l'exige la conjoncture professionnelle.

D'autre part, les marchés privés font office de véhicules commodes pour des aspirations jugées mal servies par le réseau public – à charge de les y introduire ensuite. Pour les soignants, les marchés public et privé de la santé se présentent ainsi comme des univers perméables, unis par des transferts continus d'idées ou de ressources. Ces transferts ne sont d'ailleurs pas à sens unique : si les praticiennes du réseau public accueillent, entre 1975 et 1990, des innovations privées adaptées à leurs propres souhaits, c'est, après 1990, leurs consœurs en privé qui comptent sur leurs accointances avec l'institution publique pour se démarquer de la concurrence et assurer leur viabilité économique.

Cette histoire des rapports entre aspirations professionnelles et marchés de la santé indique en quoi, dans la nouvelle économie de la santé qu'institue l'État dans le Québec d'après 1960, le marché privé se présente largement aux cliniciennes comme un moyen de se soustraire aux contraintes du réseau public sans cesser d'en exploiter l'imposant capital symbolique et économique. De fait, les soignantes qui « passent au privé », surtout après 1990, n'en gardent pas moins les yeux rivés sur les clientèles, le prestige et les garanties de paiement du réseau public, dont elles espèrent surtout un transfert à leur avantage.

Aujourd'hui, en 2009, ce constat apporte un certain éclairage sur les exigences des professionnels de la santé, y compris des médecins, quant

à l'avenir du marché des soins. Dans une perspective historique, les traits de la période post-1990 offrent une itération du fait, plus constant sur le temps, que les marchés public et privé de la santé, loin d'être étrangers l'un à l'autre, se présentent depuis le milieu du xx^e siècle comme les deux faces solidaires d'une seule et même économie politique de la santé au sein de laquelle les cliniciens, au moins autant que les assureurs et l'État, se révèlent des acteurs de poids.