

Savoir contrôlé ou pouvoir confisqué? La formation des filles en technologie médicale, réhabilitation et diététique à l'Université de Montréal (1940-1970)

Nadia Fahmy-Eid and Aline Charles

Volume 1, Number 1, 1988

À propos d'éducation

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/057496ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/057496ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Fahmy-Eid, N. & Charles, A. (1988). Savoir contrôlé ou pouvoir confisqué? La formation des filles en technologie médicale, réhabilitation et diététique à l'Université de Montréal (1940-1970). *Recherches féministes*, 1(1), 5-29.
<https://doi.org/10.7202/057496ar>

Article abstract

This essay deals with the program structure and change as well as with the composition of the teaching and administration staffs, in three schools of the University of Montreal (medical technology, rehabilitation and dietetics) for the year 1940 to 1970. These schools have a predominant female enrolment. The authors' analysis is based on the assumed value differentiation between the « care » and the « cure ». The attempt, through this analysis, the verification of a two-fold hypothesis :

1°) A hierarchy of « care » and « cure » activities exists reflecting the extent to which these activities refer to theoretical learning as opposed to practical know-how. The former being more valued than the latter, especially when they relate to the medical profession.

2°) To the extent that the (institutionalized) theoretical medical knowledge has been mainly accessible to male physicians, the hierarchy of knowledge has resulted in relation of power detrimental to women.

SAVOIR CONTRÔLÉ OU POUVOIR CONFISQUÉ ?

La formation des filles en technologie médicale, réhabilitation et diététique à l'Université de Montréal (1940-1970)

Nadia Fahmy-Eid et Aline Charles

Département d'histoire
Université du Québec à Montréal

L'éducation des filles au niveau universitaire au Québec n'a pas fait l'objet jusqu'ici de recherches systématiques. Or, c'est bien à ce niveau que se situent, à partir du milieu des années 1940¹, les trois disciplines que nous avons choisi d'étudier, soit : technologie médicale, réhabilitation (physiothérapie/ergothérapie) et diététique. Contrairement au nursing, qui depuis la dernière décennie a été au centre d'un certain nombre de recherches, ces trois types de formation n'ont pas donné lieu à des analyses spécifiques².

De fait, l'accès des filles à l'enseignement universitaire est un phénomène historique relativement récent. Au milieu des années 1940, elles n'étaient pas nombreuses à pénétrer dans l'enceinte universitaire. Et même, lorsqu'une décennie plus tard elles commencèrent à forcer les portes de certaines facultés « nobles », telles que celles du droit et de la médecine, la bataille était loin d'être vraiment gagnée³.

C'est qu'au delà des barrières structurelles, par delà l'exigence du fameux baccalauréat ès arts auquel accédait une maigre clientèle dispersée entre les collèges classiques féminins existants, les filles faisaient face à des obstacles plus insidieux, plus occultés, mais terriblement efficaces. On leur expliquait par exemple qu'elles feraient d'excellentes infirmières, diététiciennes ou physiothérapeutes (pendant que leurs frères feraient de très bons médecins).

Au poids des structures s'ajoutera donc celui du discours idéologique dominant. Ainsi, la coercition (structurelle) alliée à la persuasion (idéologique) poussaient les filles à obéir aux impératifs de leur « nature féminine ». Cela devait les amener à privilégier un type de savoir en accord avec cette nature et avec les rôles sociaux qui y étaient liés⁴. Du même coup, leur expliquait-on, elles se trouvaient à accomplir les desseins mystérieux de la providence. Qui coïncidaient par ailleurs admirablement bien avec ceux des pouvoirs (masculins) en place, intéressés à maintenir le *statu quo* dans la division sexuelle du savoir et du travail⁵.

De plus, dans le contexte des années 1950, alors que la médecine recourt à une technologie de plus en plus complexe, les médecins ont tendance à se décharger d'une série d'actes techniques. Ceux-ci seront pris en charge par des disciplines « satellites » situées au niveau du paramédical et qui seront très vite féminisées⁶. Ces facteurs socio-culturels, replacés dans le contexte historique des

années 1940 au Québec, tendent à expliquer les « choix » que font les filles dans le domaine de l'enseignement supérieur et la dynamique qui y caractérise leur rapport au savoir et au pouvoir.

Esquisse d'une problématique

Fréquentés presque exclusivement par une clientèle féminine, les programmes de technologie médicale, de réhabilitation et de diététique présentent des caractéristiques communes qui leur confèrent un profil particulier. Ainsi, à l'exception de celui de diététique, ils n'exigeaient qu'une 12^e année d'études à l'admission (ou l'équivalent) et ne débouchaient pas nécessairement sur un baccalauréat, mais sur un diplôme. De plus, il s'agit de trois disciplines qui se situent dans l'orbite du savoir médical et qui sont définies avant tout comme des auxiliaires de la médecine.

Selon nous, la féminisation de ces trois programmes ainsi que leur statut académique inférieur à celui de la médecine, détermineront leurs rapports aux deux univers du « care » et du « cure ». Il faudra voir, cependant, quel contenu recouvrent ces deux notions.

Si l'on se rapporte à une sémantique abrégée, il suffira de rappeler que : 1) la notion de « cure » renvoie à un acte — médical ou autre — qui suppose un diagnostic et un traitement axés sur un objectif de guérison et que 2) la notion de « care » fait référence, quant à elle, à l'action de soigner, ou encore (comme le précise le Robert) à celles de « s'occuper à rétablir la santé de quelqu'un ».

Le « cure » se réfère surtout, sur un plan formel du moins, à un *savoir théorique* qui est à la base du diagnostic et du traitement et le « care » à un *savoir-faire* à l'intérieur duquel l'accent est mis d'abord sur la maîtrise d'une pratique des soins.

Lorsque l'on tente par ailleurs d'approfondir et de préciser la réalité que recouvrent ces deux opérations, de comprendre comment elles s'articulent entre elles et surtout comment elles renvoient toutes deux à un rapport spécifique entre les sexes⁷, on se retrouve face à des phénomènes plus complexes où les différences concernent tantôt la nature des savoirs, tantôt leur degré seulement.

Ainsi le *savoir théorique* lié au « cure » comporte plusieurs degrés ou niveaux, soit : 1^o) un corpus de connaissances où la discipline médicale occupe la plus grande place et que nous désignerons comme un savoir médical sur un *mode majeur* et 2^o) des connaissances où le savoir médical est présent, mais dans une proportion moindre et que nous identifierons comme un savoir médical sur un *mode mineur*⁸. Dans ce dernier cas, le savoir médical coexiste avec les autres formes de savoirs spécialisés que sont les corpus autonomes de connaissances, développés par chaque discipline du paramédical. Or, c'est justement ce type de combinaison — savoir médical mineur et savoir autonome — qui caractérise la connaissance théorique à la base de la technologie médicale, de la réhabilitation et de la diététique.

Le savoir théorique n'est pas exclu par ailleurs du domaine du « care » où il prend la forme d'une nécessaire théorisation de la pratique des soins à fournir aux malades (connaissances générales liées à l'hygiène corporelle, l'alimentation, la psychologie du malade...). Ce type de savoir y revêt toutefois un caractère global parce que lié au patient, considéré lui-même dans le cadre du « care » comme une

entité globale. C'est par exemple le cas du corpus théorique présent en réhabilitation et en diététique.

Si l'on aborde maintenant l'univers de la connaissance pratique, ou du *savoir-faire*, on se rend compte que celui-ci est présent à la fois au sein du « cure » et du « care » quoique sous des formes différentes. On peut supposer en effet que le savoir-faire relatif aux disciplines du « cure » a un *caractère spécialisé*, lié à la mise en application d'un savoir théorique également spécialisé. Or, ce n'est pas le cas du genre de savoir-faire, ou de pratique, propre au « care » qui revêt, quant à lui, un *caractère global* prenant en compte le malade autant, sinon plus, que la maladie elle-même. Ce savoir-faire global, qui caractérise autant la réhabilitation que la diététique, implique en effet une relation plus stable et plus continue avec le patient. C'est ce qui explique d'ailleurs que la technologie médicale, qui n'exige pas un contact suivi avec le patient, ne fait pas partie de la sphère du « care ».

L'ensemble de ces traits caractérise le « care » comme une pratique féminine semblable à celle qu'assument les femmes à l'intérieur de l'univers familial et domestique.

Ceci nous amène à examiner, dans un deuxième temps, la dynamique des rapports qui lient les deux univers du « care » et du « cure ». Nous formulons, quant à nous, l'hypothèse que ces rapports ont un caractère fortement hiérarchique et s'établissent de fait à deux niveaux : *entre les types de savoirs* d'une part et *entre les catégories de sexes* d'autre part.

Au sommet de la hiérarchie des savoirs on trouve le savoir théorique au sein duquel prédomine, de toute évidence, le *savoir médical*. Celui-ci est considéré comme primordial dans les milieux de la santé parce qu'il fait référence à un corpus de connaissances estimé à la fois plus étendu et plus complexe que celui des autres catégories de savoirs (paramédicaux en particulier) qui gravitent dans son orbite. Parce qu'il s'agit également d'un savoir qui est à l'origine même du diagnostic et qui doit — en principe du moins — déclencher le processus de la guérison. De ce fait, le savoir médical débouchera rapidement sur un *pouvoir médical*. Celui-ci exerce sa domination sur les autres contenus de savoir dans l'univers du para-médical — « cure » autant que « care ». Il s'affirmera d'ailleurs comme étant le seul à pouvoir légitimer ces savoirs paramédicaux ainsi que leurs modes d'acquisition — et parfois même d'exercice.

Or, ce savoir médical et le pouvoir qui en découle demeurent l'apanage d'un groupe composé en très grande majorité d'hommes. On aura très vite affaire à un *pouvoir médical masculin*.

Exclues d'un savoir médical fortement contrôlé par des hommes-médecins, les femmes se retrouveront dès lors, autant dans les domaines du « cure » que du « care », dans des structures éducatives également contrôlées par des hommes-médecins.

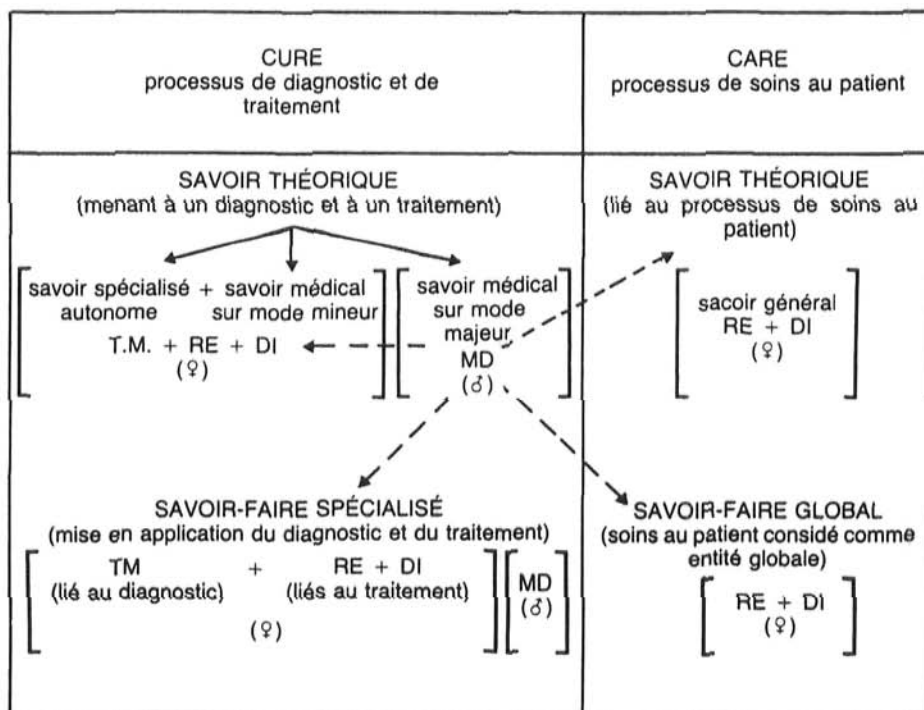
La problématique que nous venons d'exposer ici débouche sur un ensemble d'hypothèses qu'on peut résumer ainsi : 1) le savoir médical majeur (en médecine) confère à ses détenteurs (des hommes-médecins en grande majorité) un pouvoir qui leur permet de contrôler non seulement les contenus des savoirs paramédicaux au sein du « cure » et du « care », mais aussi les conditions de production et de diffusion de ces savoirs. 2) Du fait de la longue exclusion des femmes du savoir médical et de la féminisation massive des disciplines du paramédical, les rapports hiérarchiques qui caractérisent les relations de ces

disciplines au pouvoir médical débouchent sur des rapports de domination d'un sexe (masculin) sur l'autre (féminin).

Il nous restera à vérifier ces hypothèses à travers l'analyse du contenu et de l'évolution des programmes en technologie médicale, réhabilitation et diététique, entre 1940 et 1970 approximativement, ainsi que l'étude de la clientèle étudiante, du corps enseignant et du personnel administratif des institutions concernées.

Axes principaux du rapport hiérarchique entre le Cure et le Care

(Schéma illustré de notre problématique)



- ♀ en majorité des femmes
- ♂ en majorité des hommes
- ———→ rapport hiérarchique
- T.M. Technologie Médicale
- RE Réhabilitation
- DI Diététique
- MD Médecine

Les programmes

Technologie médicale⁹

L'École de technologie médicale de l'Université de Montréal représente l'exemple-type d'une formation paramédicale d'abord dispensée en milieu hospitalier et ensuite prise en charge par l'Université. Incorporée en 1943 à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu sous la direction des Sœurs de la Providence, elle passe sous contrôle universitaire exclusif dix ans plus tard. En 1971, elle est transférée au Cégep.

Ce passage à l'Université en 1953 est plus que significatif puisqu'il coïncide avec une série de transformations majeures. Chez les Sœurs, l'École décerne un baccalauréat après quatre ans d'études alors qu'il ne s'agira plus à l'Université de Montréal que d'un diplôme de deux ans. Malgré cette compression de la durée des études, on s'aperçoit que le nombre d'heures de cours par année augmente néanmoins de 30% entre 1946 et 1961.

Les exigences à l'admission restent cependant relativement stables : un diplôme Lettres-Sciences (onze années d'études) plus un an d'anglais, ou encore une 12^e année.

L'analyse du programme de l'École de technologie médicale doit donc se faire en distinguant deux périodes : 1946 à 1952 et 1953 à 1970. L'impossibilité de retrouver dans les archives certains annuaires (de 1943-45 et 1949-60) nous obligera à interpréter prudemment ces données.

La disparition totale de la culture générale dans la formation des technologistes constitue l'aspect le plus frappant de la transition entre la direction des Sœurs de la Providence et celle de l'Université de Montréal¹⁰. Des cours de langue, psychologie, philosophie, sociologie, économie politique, christianisme et apologetique, il ne reste, en 1961, qu'un maigre cours de « théologie professionnelle » transformé plus tard en « morale médicale ». Ce qui se reflète au niveau de la répartition horaire : de 14% en 1946-48, la culture générale ne compte plus que 1% du nombre d'heures total par année entre 1961 et 1969 (Tableau I). La tradition humaniste généralement présente dans l'enseignement dispensé par des religieux(ses) n'est sans doute pas le seul facteur explicatif de l'importance accordée à la culture générale chez les Sœurs. Le fait est que, à l'Université de Montréal, l'apprentissage revêtira un caractère plus technique et plus strictement relié à l'exercice de la profession.

En technologie médicale, les stages pèsent très lourd (Tableau I). Mais plus encore à partir du moment où le programme est transféré à l'université. Comptant pour la moitié de la formation sous le régime antérieur, les stages représenteront près des trois quarts du temps d'études dans les années 1960. Cette prépondérance des stages se reflète d'ailleurs dans le rapport théorie/pratique pour cette période. La pratique (stages et cours pratiques) prend une place considérable dès que le programme relève de l'Université de Montréal : il constitue en effet l'essentiel de la formation (87%).

Par ailleurs, la comparaison entre l'enseignement scientifique (cours de sciences de la santé et de sciences pures) dispensé par les Sœurs de la Providence et celui de l'Université de Montréal ne révèle pas des différences importantes, tant au niveau du contenu que du temps alloué à cet enseignement.

L'analyse du programme de technologie médicale entre 1946 et 1969 dévoile donc une série de mutations profondes qui s'opèrent sous le couvert d'une continuité apparente. Cette continuité se mesure au niveau 1) de la structure du programme, dominé par le stage et la formation pratique, 2) de l'uniformité du type d'enseignement scientifique dispensé. Les constantes ainsi dégagées sont cependant trompeuses dans la mesure où elles dissimulent, lors du transfert du programme à l'université, des transformations fondamentales touchant la diplomation (baccalauréat/diplôme), la durée des études (quatre ans/deux ans), la disparition totale des matières de culture générale, le caractère beaucoup plus pratique, spécialisé et technique de la formation (Tableaux I et II).

Tableau I : Rapport entre les types de cours en technologie médicale (1946 à 1969)

Années	Cours de culture générale	Cours de sciences	Cours techniques	Cours théoriques	Cours pratiques			Nbre d'heures total de cours par année
					Stages	Autres cours	Total	
1946.....	14%* (144)**	30% (310)	2% (18)	? ?	54% (565)	? ?	? ?	(1 037)
1947.....	13% (144)	34% (373)	0,8% (9)	? ?	52% (565)	? ?	? ?	(1 091)
***.....	? ?	? ?	? ?	? ?	? ?	? ?	? ?	? ?
1961.....	1% (15)	28% (420)	—	13% (187)	70% (1 040)	17% (247)	87% (1 287)	(1 475)
1962.....	1% (15)	29% (427)	—	13% (193)	70% (1 040)	17% (247)	87% (1 287)	(1 482)
1963.....	1% (15)	29% (427)	—	13% (193)	70% (1 040)	17% (247)	87% (1 287)	(1 482)
1964.....	1% (15)	29% (427)	—	13% (193)	70% (1 040)	17% (247)	87% (1 287)	(1 482)
1965.....	2% (15)	28% (412)	—	13% (195)	71% (1 040)	13% (187)	84% (1 227)	(1 467)
1966.....	2% (15)	28% (412)	—	13% (195)	71% (1 040)	13% (187)	84% (1 227)	(1 467)
1967.....	1% (15)	28% (412)	—	13% (195)	71% (1 040)	16% (232)	87% (1 272)	(1 467)
1968.....	1% (15)	30% (465)	—	14% (210)	68% (1 040)	18% (270)	86% (1 310)	(1 520)
1969.....	1% (15)	30% (465)	—	14% (210)	68% (1 040)	18% (270)	86% (1 310)	(1 520)

* Pourcentage du nombre d'heures total par année.

** Nombre d'heures moyen par année.

*** Les Annuaires de l'École de Technologie médicale ne sont pas disponibles pour la période 1948-1960.

Source : Les Annuaires de l'École de Technologie médicale de l'Université de Montréal.

Tableau II : Mesures des différents savoirs en technologie médicale (1961 à 1969)*

	Savoirs	1961	1963	1965	1967	1969
CURE	Savoir théorique médical mineur	7%	8%	8%	8%	8%
	Savoir théorique spécialisé	2%	2%	1,5%	2%	2%
	Savoir-faire spécialisé	72%	72%	72%	73%	72%
CARE	Savoir théorique	—	—	—	—	—
	Savoir-faire global	—	—	—	—	—

* Les sources ne permettent pas de faire ce type de calcul pour les années 1946 à 1948.

Source : Tableau I et schéma théorique (p. 6.1).

On peut poser l'hypothèse que ces transformations aboutissent à une forme de dévalorisation de la formation en technologie médicale. D'autant que ces changements coïncident avec la féminisation très rapide de la clientèle étudiante et avec la masculinisation du personnel enseignant et administratif de l'École; masculinisation accompagnée d'un contrôle accru du corps médical. Faut-il voir dans l'ensemble de ces transformations le résultat d'une stratégie du corps médical¹¹ pour orienter et contrôler la formation en technologie médicale afin de répondre à ses propres besoins en personnel technique auxiliaire ? Même si une réponse catégorique à ce niveau est impossible, la question mérite au moins d'être posée.

Enfin, si on analyse le programme en distinguant les différents types de savoirs inculqués, plusieurs conclusions peuvent être avancées pour la décennie 1960-70 (Tableau II). Ainsi on constate premièrement l'absence totale de tout savoir relatif au « care »; deuxièmement, la part considérable que se taille au sein du « cure » le savoir-faire spécialisé (72%) par rapport au savoir théorique spécialisé (2%). Le savoir théorique médical est présent, pour sa part, dans une proportion de 8%. Il est donc nettement plus important que le savoir théorique spécialisé relié à la discipline de base. On voit ainsi se dessiner le profil d'un savoir résolument situé dans le champ du « cure », principalement dominé par un savoir-faire spécialisé, et dont la composante théorique se résume à un savoir médical mineur.

Réhabilitation¹²

Fondée en 1954, soit onze années plus tard que l'École de technologie médicale, celle de réhabilitation constitue aussi un cas plus complexe. Le terme « réhabilitation » recouvre en fait deux disciplines distinctes au niveau du 1^{er} cycle : physiothérapie et occupation-thérapie (ergothérapie). Le programme a fait l'objet, quand à lui, de remaniements très fréquents qui rendent l'analyse plus difficile. Jusqu'en 1961, un diplôme de physiothérapie et occupation-thérapie couronne des études de trois ans. De 1962 à 1968, le programme est scindé en deux : un diplôme en physiothérapie et un autre en occupation-thérapie (ergothérapie) correspondant à deux années d'études chacun. Nouvelle modification en 1969 : les deux diplômes deviennent des baccalauréats de trois ans.

La réhabilitation fait figure de cas un peu particulier en ce qui concerne les conditions d'admission : le programme est en effet explicitement fermé aux

hommes jusqu'en 1962. Le niveau des exigences demeure cependant relativement stable durant la période 1954-1968 : il oscille entre une 11^e et une 12^e année. Ce n'est qu'à partir de 1969 que l'on demande l'équivalent d'une 13^e année, c'est-à-dire un diplôme d'études collégiales (DEC).

En examinant de plus près les cours dispensés à l'École de réhabilitation, on est frappé par la fréquence avec laquelle le programme est modifié. Presque chaque année à partir de 1962. Un peu comme si toutes ces années correspondaient à une période d'ajustements et de tâtonnements successifs en vue d'aboutir à la formule la plus adéquate possible et la plus susceptible d'attirer une clientèle étudiante nombreuse.

Dans l'ensemble, l'importance de la culture générale est faible, même si sa proportion passe de 3% en 1957, à une moyenne de 9% en 1966, après la séparation des deux diplômes (Tableau III). Culture peu diversifiée d'ailleurs : les sciences humaines se limitent à deux cours de psychologie et de sociologie, auxquels s'ajoutent des cours liés à l'éthique professionnelle tels que « morale médicale » ou « morale professionnelle ». Bizarrement, l'enseignement religieux n'apparaît qu'en 1962. En pleine Révolution tranquille !

Le changement le plus significatif en réhabilitation s'opère sans doute au niveau de la proportion relative des cours scientifiques et techniques. Les premiers se sont ainsi taillés la part du lion à la fin des années 1960 (ils passent de 53% à 70%) au détriment des cours techniques qui, à toutes fins pratiques, disparaissent du décor. Les stages, quant à eux, ne réussiront jamais à compter pour plus du tiers du programme (Tableau III).

La mesure exacte du rapport entre la théorie et la pratique n'est malheureusement pas réalisable étant donné l'état des sources¹³. Ces mêmes sources ne permettent pas non plus de quantifier de façon précise les différents types de savoirs reliés au « cure » et au « care ». Cependant, la description du contenu des matières au programme permet d'identifier la réhabilitation comme une discipline chevauchant à la fois le « cure » et le « care » au niveau des savoirs théoriques et des savoir-faire.

Tableau III : Rapport entre les types de cours en réhabilitation (1957 à 1969)

Années	Cours de culture générale	Cours de sciences	Cours techniques	Cours théoriques	Cours pratiques			Nbre d'heures total de cours par année
					Stages	Autres cours	Total	
1957*** ...	3%* (32)**	53% (500)	16% (150)	?	28% (260)	?	?	(941)
1958.....	3% (32)	56% (510)	17% (152)	?	24% (216)	?	?	(910)
1959.....	3% (32)	56% (510)	17% (152)	?	24% (216)	?	?	(910)
1960.....	3% (32)	56% (510)	17% (152)	?	24% (216)	?	?	(910)

Années	Cours de culture générale	Cours de sciences	Cours techniques	Cours théoriques	Cours pratiques			Nbre d'heures total de cours par année
					Stages	Autres cours	Total	
1961.....	3% (32)	59% (527)	14% (130)	?	23% (208)		?	(893)
1962 P ..	6% (62)	44% (437)	2% (22)	?	26% (261)	?	?	(1 001)
OT	7% (72)	71% (707)	2% (22)	?	19% (195)	?	?	(997)
1963 P ..	6% (62)	44% (437)	2% (22)	?	26% (261)	?	?	(1 001)
OT	7% (72)	71% (707)	2% (22)	?	19% (195)	?	?	(997)
1964 P ..	6% (62)	44% (437)	2% (22)	?	26% (261)	?	?	(1 001)
OT	7% (72)	51% (497)	22% (217)	?	20% (195)	?	?	(982)
1965 P ..	6% (62)	44% (437)	2% (22)	?	26% (261)	?	?	(1 001)
ER	7% (72)	51% (497)	22% (217)	?	20% (195)	?	?	(982)
1966 P ..	7% (60)	57% (474)	0,6% (5)	?	35% (293)	?	?	(832)
ER	11% (90)	60% (506)	0,6% (5)	?	28% (240)	?	?	(841)
1967 P ..	6% (50)	58% (474)	0,6% (5)	?	35% (285)	?	?	(814)
ER	11% (90)	60% (501)	0,6% (5)	?	29% (240)	?	?	(836)
1968 P ..	7% (60)	57% (484)	0,6% (5)	?	35% (300)	?	?	(849)
ER	11% (95)	58% (479)	0,6% (5)	?	29% (240)	?	?	(819)
1969 P ..	7% (75)	70% (700)	—	37% (375)	23% (226)	39% (400)	62% (626)	(1 002)
ER	10% (90)	71% (665)	—	44% (415)	19% (180)	36% (340)	55% (520)	(935)

* Pourcentage du nombre d'heures total par année.

** Nombre d'heures moyen par année.

*** Les Annuaires de l'École de Réhabilitation ne sont pas disponibles entre 1954 (date de la fondation) et 1956.

P : Physiothérapie OT : Occupation-thérapie ER : Ergothérapie.

Source : Les Annuaires de l'École de Réhabilitation de l'Université de Montréal.

*Dététique*¹⁴

Caractérisé par des ambiguïtés à différents niveaux, le programme de diététique est cependant l'un des plus intéressants à étudier. L'analyse relève une constante oscillation entre plusieurs pôles d'attraction : entre le « care » et le « cure », entre une orientation scientifique et une autre plus « domestique ». Les débouchés offerts aux étudiantes reflètent aussi cette oscillation. Les finissantes pourraient en effet choisir, selon les annuaires de l'Institut, entre une carrière professionnelle et une « carrière familiale ».

L'Institut de diététique est fondé en 1942, mais les annuaires ne sont disponibles qu'à partir de 1951. On sait cependant que l'École propose, dès ses débuts, un programme de quatre ans, couronné par un baccalauréat. Il faut attendre 1969 pour voir la durée des études ramenées à trois ans. Les conditions d'admission varient durant cette période, passant d'une 12^e année à une 11^e année¹⁵, alors qu'un diplôme d'études collégiales en biologie sera exigé à partir de 1969.

Mis à part les cours de culture générale, le programme de diététique comporte trois orientations principales qui vont presque demeurer les mêmes pendant les vingt ans que notre étude a pu couvrir (1951-1970). Premièrement, des cours qui relèvent du rapport de la profession au domaine du médical et à la santé dans son ensemble. Deuxièmement, des cours qui se rattachent à la maîtrise des différentes techniques relatives à l'administration de l'alimentation : gestion des services alimentaires, comptabilité, connaissance des réglementations et des principes d'achat/production/distribution des aliments, etc. Enfin, des cours qui se rapprochent beaucoup de l'enseignement ménager ou à un caractère familial.

À partir de 1966, les deux premières orientations du programme seront élevées au rang de spécialisations proprement dites, soit : « nutrition » et « administration des services alimentaires ». Il est à noter toutefois que les cours assimilables à l'enseignement ménager, même s'ils ne constituent jamais une spécialisation officielle, occupent très longtemps une place importante dans le programme. En fait, cet aspect de la formation demeure jusqu'en 1965 — et c'est ce qui surprend le plus — presque l'équivalent d'une spécialisation si l'on considère le nombre d'heures qui y sont consacrées (Tableau IV).

Tableau IV : Rapport entre les types de cours en diététique (1952 à 1969)

Années	Cours de culture générale	Cours de Sciences	Cours de technique administrative	Cours enseign. ménager	Cours théoriques	Cours pratiques			Nbre d'heures total cours/année
						Stages	Autres cours	total	
1951*** ..	10%* (80)**	57% (450)	10% (75)	22% (173)	46% (366)	1% (11)	53% (413)	54% (424)	(789)
1952.	10% (74)	54% (427)	10% (75)	21% (158)	45% (338)	1% (11)	54% (395)	55% (406)	(744)
1953.	10% (74)	54% (427)	10% (75)	21% (158)	45% (338)	1% (11)	54% (395)	55% (406)	(744)
1954.	10% (74)	54% (427)	10% (75)	21% (158)	45% (338)	1% (11)	54% (395)	55% (406)	(744)

Années	Cours de culture générale	Cours de Sciences	Cours de technique administrative	Cours enseign. ménager	Cours théoriques	Cours pratiques			Nbre d'heures total cours/année
						Stages	Autres cours	total	
1955.....	15% (116)	53% (416)	17% (131)	14% (109)	55% (435)	1% (11)	46% (338)	47% (349)	(784)
1956.....	15% (116)	53% (416)	17% (131)	14% (109)	55% (435)	1% (11)	46% (338)	47% (349)	(784)
1957.....	15% (116)	53% (416)	17% (131)	14% (109)	55% (435)	1% (11)	46% (338)	47% (349)	(784)
1958.....	17% (139)	53% (431)	14% (116)	14% (112)	57% (461)	1% (11)	43% (345)	44% (356)	(810)
1959.....	17% (139)	53% (431)	14% (116)	14% (112)	57% (461)	1% (11)	43% (345)	44% (356)	(810)
1960.....	16% (131)	54% (427)	14% (116)	14% (109)	57% (450)	1% (11)	42% (334)	43% (345)	(795)
1961.....	16% (131)	54% (427)	14% (116)	14% (109)	57% (450)	1% (11)	42% (334)	43% (345)	(795)
1962.....	19% (146)	55% (427)	11% (86)	11% (86)	60% (465)	4% (30)	36% (281)	40% (311)	(776)
1963.....	19% (146)	55% (427)	11% (86)	11% (86)	60% (465)	4% (30)	36% (281)	40% (311)	(776)
1964.....	15% (109)	58% (435)	11% (86)	11% (86)	55% (409)	4% (30)	41% (330)	45% (337)	(746)
1965.....	15% (116)	58% (438)	11% (86)	11% (86)	55% (416)	4% (30)	41% (311)	45% (341)	(757)
1966.....	13% (94)	63% (451)	16% (114)	6% (45)	60% (420)	—	40% (285)	40% (285)	(705)
1967.....	14% (97)	63% (451)	16% (114)	6% (45)	60% (424)	—	40% (285)	40% (285)	(708)
1968.....	13% (94)	64% (453)	16% (114)	6% (45)	59% (420)	—	41% (288)	41% (288)	(708)
1969.....	?	?	?	—	?	—	?	?	?

* Pourcentage du nombre d'heures total par année.

** Nombre d'heures moyen par année.

*** Les Annuaires de l'Institut de diététique ne sont pas disponibles entre 1942 (date de la fondation de l'Institut) et 1950.

Source : Les Annuaires de l'Institut de Diététique de l'Université de Montréal.

Une troisième spécialisation est offerte par l'Institut en 1965 sous la forme d'une « licence en enseignement secondaire de l'alimentation ». Bien qu'il s'agisse d'un diplôme parallèle à celui du baccalauréat dont il est question ici, cette licence met en relief une certaine conception de la profession de diététiste qui transparaît dans l'ensemble de la formation donnée. La diététiste se voit en effet

attribuer dès le milieu des années 1950, une sorte de mission d'éducation qui lui vaut une formation en pédagogie et en psychologie éducative. Cette mission doit s'effectuer auprès de la population en général, mais aussi dans le milieu hospitalier (cours donnés aux infirmières et internes, formation du personnel de diététique...).

Lorsqu'on aborde l'analyse du programme de diététique, on note que la culture générale y revêt une importance particulière qui se manifeste notamment par la diversité des cours offerts : les langues et les sciences humaines sont très bien représentées, sans compter les cours d'éthique et ceux à dimension religieuse. L'ensemble de ces cours compte pour 10% à 19% de la formation (Tableau IV).

Sur les vingt ans étudiés, le poids des cours en sciences varie finalement assez peu (60%) malgré une légère tendance à la hausse après 1964. Les techniques en administration alimentaire oscillent pour leur part entre 10% et 19% du programme.

Le cas des cours en enseignement ménager est intéressant à plusieurs égards. Leur contenu révèle en effet une forte orientation « familiale » : gestion du budget et préparation de repas équilibrés pour une famille, notions sur les produits et appareils domestiques, etc. La véritable teneur de ces cours est cependant camouflée derrière des intitulés à caractère scientifique¹⁶; phénomène à mettre en parallèle certainement avec tout le processus de « scientification » de l'enseignement ménager qui prend place au Québec dans les années 1950¹⁷. Mais cette sorte de maquillage des cours d'art ménager révèle peut-être aussi les ambiguïtés auxquelles fait face l'ensemble du programme de diététique : visant à un statut professionnel et scientifique, cet enseignement n'arrive pas encore à se démarquer totalement d'une pratique féminine traditionnellement familiale et liée au travail domestique.

La petite lutte opposant, vers 1940, les tenants de la création d'un institut de diététique à l'Université de Montréal aux partisans des écoles ménagères — qui considèrent la mise en place de l'Institut comme une intrusion et une concurrence — souligne bien de telles ambiguïtés¹⁸.

Comme on aurait pu s'y attendre, le poids de l'enseignement ménager dans la formation en diététique suit une courbe résolument décroissante (de 22% en 1951 à 6% en 1966) pour disparaître en 1969 seulement.

L'analyse du rapport théorie/pratique présente elle aussi un intérêt certain. Vu sous cet angle, l'enseignement donné change radicalement de visage. Alors que, au départ, la pratique a préséance sur la théorie, ce schéma s'inverse définitivement dès 1955. En 1966, la formation théorique domine nettement l'ensemble du programme dans une proportion de 60%. Peut-on lier ce phénomène à celui de la disparition progressive des cours d'art ménager et conclure à une orientation lente, mais sûre, du programme de diététique vers une formation carrément scientifique et professionnelle ? Il s'agirait là certainement d'une piste à explorer (Tableau IV).

La mesure des différents types de savoirs présents dans le programme de diététique est éclairante à plusieurs niveaux. Elle confirme le fait que cette discipline se situe à la fois dans le champ du « cure » et du « care ». Malgré leur disparition formelle du programme en 1969, le savoir théorique et le savoir-faire liés au « care » occupent longtemps une place relativement importante (Tableau V). D'un autre côté, si le savoir-faire spécialisé compte pour près du quart (23%) de

l'enseignement dispersé, on s'aperçoit que la formation en diététique présente néanmoins une forme de savoir théorique spécialisé non négligeable (16%) qui s'affirme entre 1950 et 1970 et pèse beaucoup plus dans l'ensemble du programme que le savoir médical mineur (8%) qu'on y retrouve.

Tableau V : Mesure des différents savoir en diététique (1951 à 1969)

Savoirs	1951	1954	1957	1960	1963	1966	1969
<i>Cure</i>							
Savoir théorique médical mineur	7%	6%	8%	8%	8%	10%	10%
Savoir théorique spécialisé.	13%	14%	15%	16%	16%	20%	?
Savoir-faire spécialisé	22%	24%	24%	25%	23%	21%	?
<i>Care</i>							
Savoir théorique	6%	7%	6%	6%	5%	4%	—
Savoir-faire global.....	15%	14%	8%	8%	6%	2%	—

Source : Tableau IV et schéma théorique.

Analyse comparée des trois programmes

La comparaison entre les trois programmes pourrait être menée de diverses manières. Mais l'aborder sous l'angle de la reconnaissance, du statut ou de la valeur¹⁹ accordée à chacun de ces programmes semble être le procédé le plus intéressant dans la mesure où il met en lumière un certain nombre de paradoxes.

Si nous acceptons comme point de départ l'idée que le degré de valorisation d'une discipline peut être évalué à partir, à la fois, du type de diplôme obtenu, de la durée des études et aussi de la façon dont la profession est présentée dans les annuaires, il est clair que la diététique constitue la plus valorisée des trois disciplines étudiées. Elle débouche en effet sur un baccalauréat après quatre ans d'études et elle est la seule à qui l'on reconnaît dans les annuaires une certaine autonomie professionnelle vis-à-vis du corps médical. La réhabilitation vient ensuite avec son diplôme de deux ou trois ans, transformé en baccalauréat à la fin des années 1960. Quant à la technologie médicale, elle se situe vraiment au dernier rang avec une scolarité réduite à deux ans à partir de 1953 et son transfert au Cégep en 1970.

Un premier paradoxe apparaît cependant lorsqu'il s'agit de comparer la charge de travail qu'impose chacun des programmes. Même si les études en technologie médicale sont comprimées en deux ans au lieu de quatre, lors du transfert à l'Université de Montréal, le nombre d'heures total augmente de 30%. Qui plus est, les étudiantes fournissent, en l'espace de deux ans, un nombre d'heures équivalent à celui effectué par les étudiantes de l'Institut de diététique en quatre ans. Or, malgré une charge de travail similaire, la technologie médicale ne bénéficie ni de la reconnaissance ni du statut accordés à la diététique.

Il est intéressant, et surprenant aussi, de constater que la diététique constitue le programme le plus explicitement considéré comme « féminin » au sens traditionnel du terme (tant au niveau du contenu des cours que de la présentation de la profession) ce qui ne l'empêche pas, bien au contraire, d'obtenir un statut de loin supérieur aux deux autres disciplines, pourtant beaucoup moins identifiées à une nature et à des aptitudes « féminines ».

La mise en parallèle du degré de valorisation des trois programmes, avec leur position respective par rapport au « care » et au « cure », se révèle plus intéressante encore. On aurait pu croire que plus une formation est associée au « care » plus son statut est inférieurisé, contrairement aux formations relevant davantage du « cure ». Or, il semble bien que ce soit plutôt l'inverse qui se produise dans les cas qui nous occupent. Ayant défini le « care » comme un savoir et une pratique plus liés à un univers féminin et familial, on peut certainement considérer le programme de diététique comme celui qui correspond le plus à ce profil : la part accordée aux cours d'art ménager ne laisse aucun doute à ce sujet. Ce programme bénéficie pourtant d'un statut supérieur à celui de réhabilitation et de technologie médicale, surtout. De plus, bien que très étroitement associée au « care », qui se définit plus que le « cure » par un savoir pratique, la formation en diététique est celle qui accorde le plus d'importance à un enseignement théorique.

À l'opposé, la technologie médicale renvoie exclusivement au « cure » de par sa participation au processus du diagnostic/traitement, sans contact personnel avec le patient et sans véritable lien avec l'univers familial et traditionnellement féminin. Cette discipline se situe donc dans un domaine généralement considéré comme masculin et scientifique, même si sa clientèle s'est vite féminisée. Or, contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre, cela ne lui vaut qu'une reconnaissance très faible. Un peu comme s'il s'agissait, en quelque sorte, du prix à payer pour que les femmes puissent accéder à une formation relevant exclusivement du « cure », c'est-à-dire d'un univers longtemps perçu comme le champ d'activité des hommes-médecins.

On remarque en outre que l'Ecole de technologie médicale est la seule à ne pas comporter dans son programme une part de savoir théorique spécialisé, contrairement à l'Institut de diététique et à l'École de réhabilitation. Le savoir médical mineur constitue en effet l'unique forme de savoir théorique présent dans le programme de technologie médicale. Ce qui suggère l'idée d'un contrôle encore plus étroit du corps médical sur cette discipline. Est-il alors possible d'envisager l'hypothèse selon laquelle ce contrôle aurait empêché le développement d'un savoir théorique spécialisé, donc d'un savoir plus autonome ? D'autre part, cette quasi absence d'un savoir théorique spécialisé pourrait-elle expliquer, en partie, le statut plus dévalorisé de la technologie médicale par rapport à la diététique et à la réhabilitation ?

Le cas du programme de réhabilitation paraît, quant à lui, se situer constamment dans une position intermédiaire par rapport à la diététique et à la technologie médicale. Et ceci semble se vérifier tant pour le statut reconnu à cette discipline, que pour le rapport entre le « care » et le « cure ». Bien que relevant à la fois des deux sphères (tout comme la diététique), la réhabilitation renvoie cependant davantage au « cure », ce qui la rapproche alors de la technologie médicale.

Enfin, le programme de réhabilitation est explicitement fermé aux hommes jusqu'en 1962. Cela peut paraître étonnant dans la mesure où l'on s'attendrait qu'une telle condition plutôt présente en diététique — le type même de la formation identifiée à un univers féminin. Or, l'École de réhabilitation, bien qu'au départ exclusivement réservée aux femmes, n'oriente pas pour autant son enseignement dans une perspective « féminine », comme le fait l'Institut de diététique avec ses cours d'art ménager. Pas plus d'ailleurs qu'elle ne présente, au niveau du discours, les professions de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes comme des carrières féminines par excellence.

La clientèle

C'est bien elle qu'on retrouve à l'autre bout de la chaîne de transmission du savoir. De manière générale, aucune des écoles ne peut prétendre à une popularité démesurée. Leurs effectifs, relativement similaires, se mesurent plus en dizaines qu'en centaines d'étudiant(e)s. Ainsi, dans chacun des trois programmes, le nombre des inscriptions ne dépassera jamais 150 jusqu'en 1969 (Graphique I). Les trois écoles se rangent donc parmi les petites facultés professionnelles de l'Université de Montréal²⁰. Si l'École de technologie médicale demeure, jusqu'en 1965, la plus populeuse, celle de réhabilitation remporte très vite un succès qui la place loin en avant des deux autres en 1970²¹.

Les données recueillies confirment par ailleurs que, de 1940 à 1970, les trois programmes s'adressent principalement aux femmes. En général, les hommes comptent en moyenne pour un mince 5% à 6% de la clientèle étudiante.

La technologie médicale constitue néanmoins un cas un peu particulier. Les statistiques disponibles révèlent que les hommes représentaient jusqu'à 50% des inscriptions entre 1951 et 1953, c'est-à-dire juste avant que les Sœurs de la Providence n'abandonnent la direction de l'École à l'Université de Montréal. Deux ans après, leur présence est réduite à 1%. Féminisation foudroyante, donc. Et de plus, définitive. La rapidité du phénomène laisse d'ailleurs un peu perplexe : la dévalorisation du programme de technologie médicale, qui passe d'un baccalauréat de quatre ans à un diplôme de deux ans, constitue-t-elle une explication suffisante ? D'autre part, il est curieux de constater qu'un enseignement donné par des laïques à l'université entraîne une féminisation radicale de la clientèle étudiante, alors que les religieuses dispensaient auparavant cette même formation à une clientèle mixte. À la fin des années 1960, les hommes n'ont réussi à hausser leur participation qu'à un maximum de 8%.

Mais la diététique constitue certainement le programme le plus réfractaire à la présence masculine (au plus 5%) comme le montre aussi l'insistance mise à qualifier d'exclusivement féminines la formation et la profession de diététiste. Jusqu'en 1962, l'enseignement en réhabilitation est explicitement réservé aux femmes. Or, c'est pourtant le seul qui voit sa clientèle masculine augmenter de façon constante et significative après cette date — jusqu'à 14% en 1970 — même si les étudiantes continuent à former l'écrasante majorité des effectifs²².

Un dernier point qu'il serait intéressant d'aborder concerne le rapport entre le nombre d'inscriptions et le nombre de diplômé(e)s. On se trouve ainsi à mesurer le pourcentage de réussite des étudiant(e)s. Les statistiques disponibles ne permettent cependant d'opérer ce calcul que pour la période 1957-70 (Tableau VI).

**Graphique I : Répartition des inscriptions
dans les trois écoles (1942 à 1970)**

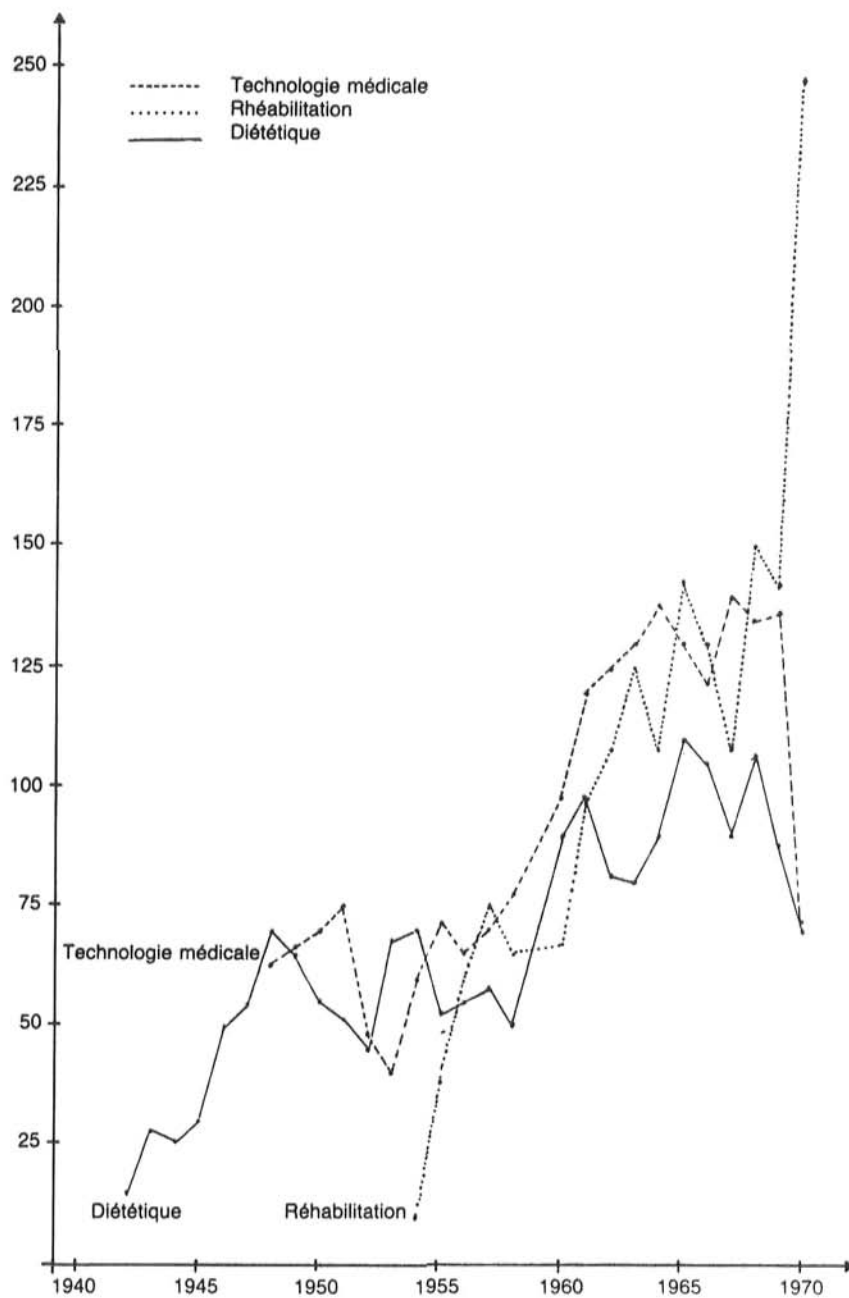


Tableau VI : Rapport entre le nombre d'inscriptions et le nombre de diplômées(es) pour les trois écoles (1957 à 1970)

Année de diplomation	Technologie médicale			Réhabilitation			Diététique		
	Nbre* d'inscriptions	Nbre de diplômées(és)	% de réussite	Nbre* d'inscriptions	Nbre de diplômées	% de réussite	Nbre* d'inscriptions	Nbre de diplômées	% de réussite
1957	43	31	72%	?	.8	?	35	11	31%
1958	35	33	95%	29	20	69%	37	26	70%
1959	39	31	79%	29	17	59%	12	8	67%
1960	47	36	76%	30	15	50%	21	12	57%
1961	?	41	?	30	15	50%	32	25	78%
1962	55	55	100%	?	17	?	?	24	?
1963	65	54	83%	33	16	50%	42	29	69%
1964	68	61	90%	55	66**	?	40	26	65%
1965	71	67	94%	65	66**	?	27	22	81%
1966	71	61	86%	73	55	75%	23	25	?
1967	68	51	75%	77	58	75%	31	27	87%
1968	71	66	93%	—	—**	—	14	12	86%
1969	72	65	90%	69	48	69%	40	18	45%
1970	70	62	88%	57	42	74%	38	23	60%
% moyen : 86%			% moyen : 63%			% moyen : 66%			

* Nombre d'inscriptions (femmes et hommes) en 1^{re} année.

** Chiffres faussés à cause des modifications au programme de réhabilitation qui passe d'une durée de 3 ans à 2 ans.

Source : Statistiques du registraire de l'Université de Montréal.

Avec un pourcentage de réussite de 86% et le nombre de diplômé(e)s le plus élevé des trois disciplines, la technologie médicale se révèle le programme le plus performant. Ceci peut s'expliquer en partie par la durée des études qui n'est que de deux ans (même si la charge de travail imposée, au cours de ces deux années est très lourde) et par leur gratuité. Des débouchés plus nombreux sur le marché du travail constitueraient-ils un autre élément explicatif de ce phénomène²³ ?

En diététique, le taux de réussite moyen n'est que de 66% (comparable à celui de réhabilitation) et cache en plus de très grandes variations d'une année à l'autre. C'est aussi l'école qui fournit le plus petit nombre de diplômé(e)s. Se pourrait-il que les débouchés soient moins importants entre 1940 et 1970 que ne le laissent supposer les annuaires de l'Université de Montréal qui orchestrent un véritable « battage publicitaire » sur les possibilités offertes aux diététistes diplômées (hôpitaux, entreprises privées, gouvernement. . .) ?

La technologie médicale, le moins prestigieux des trois programmes analysés (si l'on considère le type de diplomation, la durée des études, le caractère essentiellement pratique et technique des cours) demeure cependant celui qui fournit le plus de diplômées et présente le plus haut taux de réussite.

Le corps enseignant et le personnel administratif de 1961 à 1970²⁴

Technologie médicale

Parce que les données ne sont pas disponibles pour les années antérieures à 1961, nous n'avons pas de repères suffisants pour une comparaison entre la période où l'École de Technologie médicale est dirigée par les Sœurs de la Providence et celle où elle est affiliée à l'Université de Montréal. Nous constatons cependant, qu'à partir de 1961 — soit huit ans après que l'Université de Montréal ait pris la relève — le nombre total de femmes enseignantes s'avère de loin inférieur à celui des hommes, soit un pourcentage moyen de 18% de femmes pour la décennie comprise entre 1961 et 1970. Situation d'autant plus étrange que la clientèle étudiante, quant à elle, est en totalité féminine depuis le milieu des années 1950.

L'étude de l'*appartenance disciplinaire* du corps professoral révèle en outre que les enseignantes sont majoritairement des technologistes médicales — 69% du corps professoral féminin — alors que les enseignants, des médecins pour la plupart, ne recrutent que 9% de leurs effectifs parmi les technologistes médicaux. Enfin, en ce qui a trait au *statut*, les femmes sont seules à assumer les fonctions d'auxiliaires d'enseignement (AE), catégorie qui comprend les chargées de travaux pratiques et les démonstratrices (Tableau VII).

En ce qui concerne l'administration de l'École, la distribution du pouvoir entre les hommes et les femmes se révèle aussi mal répartie (contrairement à ce qu'on constate durant l'époque où l'institution était sous la direction des religieuses). Ainsi, de 1961 à 1968, les femmes sont totalement absentes des rouages administratifs de l'institution. Au cours des deux années suivantes on n'en retrouve qu'une seule à la Direction administrative, mais aucune au Conseil pédagogique. Dans ces deux instances la place est à 97% occupée par des hommes (Tableau IX), qui sont, de surcroît, tous des médecins (Tableau X).

Tableau VII : Rapport femmes/hommes dans le corps enseignant des trois écoles (1961 à 1970)*

Rapport femmes/hommes (%)	Technologie médicale		Réhabilitation		Diététique	
	F	H	F	H	F	H
Dans l'ensemble du corps enseignant ..	18%	82%	29%	71%	52%	48%
Dans la catégorie des professeurs collaborateurs.....	11%	89%	18%	82%	22%	78%
Dans la catégorie des professeurs réguliers.....	—**	—	88%	12%	100%	—
Dans la catégorie des auxiliaires d'enseignement.....	100%	—	—***	—	92%	8%

Source : Annuaire des trois écoles.

* 1961 est la première année où les données sont disponibles pour les trois écoles à la fois.

** Il n'y a pas de personnel enseignant régulier à l'École de technologie médicale.

*** Il n'y a plus d'auxiliaires d'enseignement en Réhabilitation entre 1961-70.

Réhabilitation

Au cours des treize années que recouvre notre étude de l'École de réhabilitation (1958-1970), les femmes représentent un peu moins du tiers du corps enseignant : elles constituent 29% des effectifs par rapport à 71% d'hommes (Tableau VII). Il y a donc là aussi, comme dans le cas de la technologie médicale, un contraste évident entre une clientèle étudiante presque entièrement féminine et un corps professoral aux deux tiers masculin.

L'analyse de l'appartenance disciplinaire des professeuses révèle que 75% d'entre elles enseignent la réhabilitation alors que c'est seulement le cas de 3% des enseignants. L'enseignement de la discipline principale repose donc, là aussi (comme en technologie médicale) sur l'élément féminin du corps professoral, composé par ailleurs aux trois quarts de médecins.

Minoritaires au sein du corps enseignant, les femmes le sont encore plus dans l'administration. Ainsi, en l'espace de treize ans, soit de 1957 à 1970, il n'y a eu au total que 16 femmes dans la direction de l'École, alors que 136 hommes se sont succédés à des postes administratifs au cours de cette même période. De plus, les femmes n'ont commencé à assumer des responsabilités de gestion qu'à partir de 1963; auparavant, on ne les retrouve dans aucune instance administrative.

Le corps médical, quant à lui, est omniprésent au sein de l'administration de l'École. Non seulement représente-t-il 72% de l'ensemble du personnel administratif entre 1961 et 1970 (Tableau X), mais il occupe toute l'espace à la Direction administrative et n'inclut aucune femme-médecin. Ici le pouvoir médical est encore une fois un pouvoir masculin.

Diététique

Jusqu'au début des années 1950, les enseignantes ne représentent pas plus du tiers du corps professoral. Leur nombre ira toutefois en s'accroissant et, de

1961 à 1970, elles deviendront même légèrement majoritaires, constituant en moyenne 52% du personnel enseignant (Tableau VII).

Quant à leur *appartenance disciplinaire*, il s'agit, pour la plupart, durant les années 1950 surtout, des diététiciennes en exercice. Par la suite, le pourcentage des enseignantes issues des autres disciplines aura tendance à augmenter. Mais dans le programme de diététique, l'interdisciplinarité demeure dans l'ensemble assumée par des professeurs masculins, en particulier des médecins. Cependant, le poids relatif de ces derniers au sein du corps professoral s'avère plus faible en diététique qu'ailleurs. Au cours de la décennie 1960; ils ne dépasseront pas une moyenne de 36% (Tableau VIII). Par ailleurs, en ce qui a trait au *statut*, les femmes sont seules à se trouver dans la catégorie — moins prestigieuse — des auxiliaires d'enseignement (Tableau VII).

Enfin, en ce qui concerne la gestion de l'École, on constate que, tout au long des deux décennies concernées (1951 à 1970), les femmes et les hommes sont presque à égalité au sein du personnel administratif. Toutefois, lorsque l'on considère la composition des deux principales instances administratives (Direction administrative et Conseil pédagogique) on s'aperçoit que les femmes sont légèrement minoritaires — 45% — au sein du Conseil pédagogique mais qu'elles sont, par contre, presque seules — 86% — à assumer la responsabilité de la Direction administrative de l'institution (Tableau IX). De plus, le pourcentage des médecins dans l'ensemble du personnel administratif en diététique est moins élevé que dans les autres écoles, soit 57% (Tableau X). Même s'il s'agit — comme dans le cas des deux autres écoles — d'un corps médical exclusivement masculin. Situation exceptionnelle lorsqu'on la compare à celle qui prévaut en technologie médicale et en réhabilitation. Et situation d'autant plus étrange qu'on s'attendrait plutôt à voir les administrateurs masculins, recrutés uniquement parmi la catégorie (prestigieuse) des médecins, prendre plus de place au sein des instances décisionnelles.

Ainsi, les femmes en diététique ont bénéficié d'un statut exceptionnellement favorable par rapport à celui qui leur échoit dans les deux autres écoles. Qu'il s'agisse de l'enseignement, où elles sont à égalité avec leurs homologues masculins, du Conseil pédagogique, où l'on retrouve presque cette même égalité, et surtout de la Direction administrative, où elles sont le plus souvent seules à assumer le pouvoir, les femmes en diététique paraissent disposer d'une marge de manœuvre relativement grande.

Tableau VIII : Poids relatif du corps médical dans le corps enseignant des trois écoles (1961 à 1970)

	Technologie médicale		Réhabilitation		Diététique	
Pourcentage des médecins dans l'ensemble du corps enseignant.	75%		69%		36%	
	F	H	F	H	F	H
Rapport femmes/hommes dans le corps médical enseignant.	7%	93%	10%	90%	13%	87%

Source : Annuaire des trois écoles.

Tableau IX : Rapport femmes/hommes dans l'administration des trois écoles (1961 à 1970)

Rapport femmes/hommes %	Technologie médicale		Réhabilitation		Diététique	
	F	H	F	H	F	H
Dans l'ensemble du personnel administratif.....	3%	97%	14%	86%	49%	51%
Dans la Direction administrative.....	10%	90%	—	100%	86%	14%
Dans le Conseil pédagogique.....	—	100%	14%	86%	45%	55%

Source : Annuaire des trois écoles.

Tableau X : Poids relatif du corps médical dans l'administration des trois écoles (1961 à 1970)

Corps médical %	Technologie médicale		Réhabilitation		Diététique	
	F	H	F	H	F	H
Pourcentage des médecins dans l'ensemble du personnel administratif.....	97%		72%		57%	
Rapport femmes/ hommes dans le corps médical du personnel administratif.....	0%	100%	0%	100%	0%	100%

Source : Annuaire des trois écoles.

Analyse comparée du personnel enseignant et administratif des trois écoles, de 1961 à 1970

Une telle comparaison devrait nous permettre d'aller plus loin dans la vérification de nos hypothèses initiales.

En ce qui a trait au *corps enseignant*, l'analyse du rapport femmes/hommes dans l'ensemble des effectifs professoraux des trois institutions (Tableau VII) révèle que les femmes sont fortement minoritaires en technologie médicale (18%), qu'elles le sont également — en proportion moindre cependant — en réhabilitation (29%), mais qu'elles sont par contre légèrement majoritaires en diététique (52%).

Dans les trois écoles cependant, les femmes s'avèrent nettement majoritaires dans le groupe des professeur(e)s dont l'appartenance disciplinaire s'identifie à celle de l'institution concernée. Surtout à l'École de diététique où seules des femmes ont toujours enseigné la diététique. Ainsi, l'enseignement professionnel dans les trois disciplines concernées est assumé en très grande majorité, ou encore en totalité, par l'élément féminin du corps enseignant.

Les femmes sont également majoritaires dans la catégorie des professeurs réguliers des trois institutions²⁵. Ceci permet de croire que ce sont elles qui assument la plus grande part de l'encadrement des étudiantes. Ce qui, on l'a vu, ne leur donne pas, pour autant, plus de pouvoir dans l'institution.

Les enseignantes se trouvent, enfin, seules à assumer la fonction de « professeurs auxiliaires » — lorsque cette catégorie existe. C'est donc à elles que revient la charge — moins prestigieuse — des travaux pratiques et du travail de démonstration en laboratoire.

Quant aux femmes-médecins, quelle que soit leur proportion au sein du corps enseignant, leur poids relatif par rapport à la totalité des effectifs professoraux demeure négligeable.

En tenant compte de l'ensemble des catégories qui ont fondé notre analyse, il apparaît que les enseignantes, dans les trois institutions concernées, ont un statut inférieur à celui de leurs collègues masculins. Cependant, c'est encore en diététique que leur position demeure la plus avantageuse. Sur le plan numérique du moins.

Lorsque l'on étudie, dans une perspective comparée, le *personnel administratif* des trois écoles au cours des années 1960, on est en présence d'une situation analogue à celle qui caractérise le corps enseignant (Tableau IX). Soit un statut fortement minoritaire des femmes dans l'administration de l'École de technologie médicale (3%) ainsi que dans celle de l'École de réhabilitation (14%) et un statut égalitaire dans l'administration de l'Institut de diététique (49%).

Cependant, le poids relatif de l'élément féminin se répartit selon un profil quelque peu différent à l'intérieur des deux principaux paliers administratifs. Ainsi, dans la *Direction administrative* de l'École de technologie médicale, les femmes représentent seulement un pourcentage moyen de 10% des membres alors qu'elles sont totalement absentes de cette instance en réhabilitation, pendant qu'en diététique elles atteignent un pourcentage moyen de 86% des membres de la *Direction administrative*. La répartition des femmes dans les *Conseils pédagogiques* des trois écoles diffère sensiblement de celle qui précède, puisqu'on ne retrouve pas de femmes dans le Conseil pédagogique de l'École de technologie médicale, alors que leur pourcentage moyen en réhabilitation est de 14% et qu'il atteint 45% en diététique.

Quant au contrôle médical, il est encore plus manifeste dans l'administration des trois écoles qu'il ne l'est dans l'enseignement (Tableau X). Là aussi, l'École de technologie médicale occupe la position la moins privilégiée (97% de médecins dans le personnel administratif), suivie de l'École de réhabilitation (avec 72%) et de l'Institut de diététique (avec 57% seulement). À cet égard, on se rend compte, encore une fois, que la diététique occupe constamment une position privilégiée par rapport aux deux autres disciplines.

Il est à noter, enfin, que le contrôle médical dans le domaine de l'administration, comme dans celui de l'enseignement, n'est pas le fait des femmes-médecins. Celles-ci sont, au demeurant, totalement absentes des instances administratives des trois écoles.

Conclusion

Dans l'ensemble, la situation apparaît beaucoup plus favorable aux femmes en diététique qu'elle ne l'est dans les deux autres Écoles. Surtout si l'on pense à la technologie médicale où les femmes sont fortement minoritaire dans l'enseignement et presque absentes des instances administratives.

Partant de ces contacts, nous chercherons à pousser plus loin la réflexion en posant le problème dans les mêmes termes que nous l'avons fait dans notre problématique initiale, soit en fonction du rapport entre le « cure » et le « care ».

Il faut rappeler ici, en se rapportant à nos définitions antérieures, que la technologie médicale est celle des trois disciplines étudiées qui se situe exclusivement dans le domaine du « cure », alors que la diététique est celle qui s'en éloigne le plus tout en présentant le plus de caractéristiques relevant du « care ». La réhabilitation, là aussi, une position mitoyenne. Si l'on fait alors le lien entre ce qui précède et le statut accordé aux trois disciplines, on aboutit à une conclusion pour le moins troublante. On constate, en effet, que la diététique, qui relève le plus du « care », est aussi la discipline la plus favorisée à bien des égards et celle qui jouit, de toute évidence, de la marge d'autonomie la plus grande. Alors que la technologie médicale, qui s'inscrit entièrement dans le domaine du « cure », a un statut beaucoup moins enviable et subit de plus le joug du pouvoir médical.

Nous sommes alors amenées à faire le lien entre les sphères dont relèvent les trois disciplines concernées et le statut respectif auquel elles accèdent. Ainsi, serait-ce parce que la diététique fait référence à un univers traditionnellement considéré comme *féminin* (nourriture, organisation des aliments, techniques culinaires, etc.) que le pouvoir médical *masculin* serait prêt à lui reconnaître une plus grande autonomie ? Une compétence féminine, perçue comme « naturelle », déboucherait ainsi sur un droit tout aussi « naturel » de gérer l'apprentissage dans le domaine où elle se situe. À condition toutefois, que le corps médical (masculin) continue à s'assurer le contrôle, en dernière instance, de l'orientation de la discipline concernée.

La technologie médicale serait-elle la discipline la plus défavorisée à bien des égards et celle sur laquelle s'exerce le plus le contrôle du pouvoir médical parce qu'elle gravite dans l'orbite du savoir médical et se situe le plus près de l'univers masculin du « cure » ? Chose certaine, on se trouve face à des constats qui nous forcent à pousser plus loin notre questionnement.

Ainsi, le rattachement des femmes à un univers traditionnellement féminin, celui du « care », leur vaudrait certains bénéfices (autonomie plus grande, statut plus élevé, etc.), tandis que leur intrusion dans une sphère masculine, celle du « cure », se traduirait par des désavantages à plusieurs niveaux. Nous serions dès lors, portées à conclure que les femmes n'accèdent à des secteurs de pouvoir masculin qu'au prix d'un certain effacement ou encore d'un contrôle exercé sur elles par ce même pouvoir. Elles se trouvent ainsi perdantes là même où elles pensaient gagner du terrain. La tentation serait alors grande pour les femmes d'opter pour une stratégie particulière : celle d'un développement autonome, donc dans des *sphères distinctes de celles des hommes*. Ce qui veut dire également, comme chacun le sait, des *sphères hiérarchisées*.

À moins qu'on n'assiste à une lutte pour intégrer les deux sphères — masculine et féminine — dans la perspective d'une médecine plus humanisée. C'est dans cette optique qu'on pourrait interpréter l'actuelle remise en question du pouvoir médical — masculin — auquel on reproche une pratique peu personnalisée, qui ne prend pas suffisamment en compte la dimension — traditionnellement féminine — du « care ». Axée exclusivement sur le « cure », la médecine occidentale traditionnelle chercherait à guérir la maladie tout en ignorant le malade. Or, on exige de plus en plus de cette médecine qu'elle ne se limite pas

au processus du diagnostic et du traitement (« cure ») mais qu'elle intègre, en partie du moins, celui des soins et d'une relation plus personnalisée avec le patient (« care »).

Nous demeurons cependant conscientes du fait que l'échantillon sur lequel se base la présente recherche est trop limité pour déboucher sur une théorie achevée du rapport des femmes au pouvoir médical. Nous pensons toutefois qu'elle permet de poser les premiers jalons d'une problématique qui mériterait d'être approfondie à partir d'études empiriques plus nombreuses. Dans la mesure où de telles études tiendront compte de la division sociale des sexes, elles contribueront sûrement à une lecture renouvelée des rapports sociaux qui caractérisent l'ensemble du champ de la santé.

-
1. C'est à partir du milieu des années 1940 en effet que l'université monopolise en quelque sorte un savoir dispensé auparavant « sur le tas » dans les principales institutions hospitalières.
 2. Les institutions où sont enseignées ces disciplines figurent cependant parmi les facultés professionnelles qui ont fait l'objet de l'analyse menée par Johanne Collin sur *l'Évolution des profils de comportement des clientèles féminine et masculine face aux études universitaires : le cas des facultés professionnelles de l'Université de Montréal, 1940-1980*, mémoire de Maîtrise, Histoire, Université du Québec à Montréal, 1984. Comme l'indique le titre, le mémoire de J. Collin est centré surtout sur une étude comparée des clientèles incluant la variable sexuelle. Voir également G. Lebowitz, *Careers in Therapy, Medical Technology and Nutrition*, New York, Fairchild Publications, 1974.
 3. L. Bernier, P. Dandurand, M. Fournier, I. Perrault, *Les Études universitaires au féminin, Situation des étudiantes dans les universités québécoises avec référence particulière au cas de l'Université Laval*, département de sociologie, Université de Montréal, 1980.
 4. N. Fahmy-Eid et M. Dumont, *Maîtresses de maison, maîtresses d'école. Femmes, famille et éducation dans l'histoire du Québec*, Montréal, Boréal Express, 1983.
 5. F. Descarries-Bélanger, *l'École rose et les cols roses*, Montréal, CEQ/Éd. Coopératives Albert Saint-Martin, 1980.
 6. L. Bozzini et al., *Médecine et société, les années 80*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1981; D. Coburn et al., *Health and Canadian Society, Sociological Perspectives*, Fitzhenry and Whiteside, Toronto, 1981; D. Coburn et al., « Medical Dominance in Canada in Historical Perspective : The Rise and Fall of Medicine », *International Journal of Health Service*, vol. 13, n° 3, 1983; A. Chauvenet, « Professions hospitalières et division du travail », *Sociologie du travail*, vol. 14, n° 2, avril-juin 1972, p. 145-163.
 7. Janet Bodgan, « Care or Cure » Childbirth Practices in 19th century America », *Feminist Studies*, 4, June 1978, p. 92-99; D. Gaucher, *le Maternage mal salarié. Travail sexué et discriminatoire salariale en milieu hospitalier*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1983; G. A. Garceau, O. Larose, *Analyse des concepts de « care » et « cure » en nursing*, mémoire de Maîtrise, Nursing, Montréal, Université de Montréal, 1973. Voir aussi pour cela notre schéma explicatif de la page 000. Ce schéma s'imposait d'autant plus que les études pré-citées n'abordent les notions de « care » et de « cure » que de façon partielle et beaucoup plus en rapport avec le marché du travail qu'avec l'univers du savoir.
 8. Pour éviter d'alourdir indûment la forme, nous parlerons à l'avenir de savoir médical majeur et de savoir médical mineur.
 9. N. Bélanger, *Développement des organisations syndicales et corporatives des techniciens en laboratoire au Québec*, mémoire de Maîtrise, Sociologie, Université du Québec à Montréal, 1978; N. Bouffard, *la Technologie médicale au Québec*, Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ), Montréal, 1975.

10. L'étude du programme des Sœurs de la Providence montre en effet qu'il n'est pas possible de faire à ces dernières le reproche souvent adressé à l'enseignement technique : celui d'une formation trop vite spécialisée, qui n'intègre pas suffisamment des éléments de culture générale.
11. Nous verrons plus loin que les médecins sont très présents au sein du corps enseignant et du personnel administratif de l'École.
12. M. Tourillon-Meyer, *Étude comparative du contenu des programmes d'enseignement en physiothérapie dans quelques établissements des États-Unis et du Québec au niveau du 1^{er} et 2^e cycles*, Université de Montréal, 1977; M. E. Whitridge, « Some Observations on the Evolution of Rehabilitation in Canada », *Medical Service Journal-Canada*, 23, 6 juin 1967, p. 869-894; J. D. Maxwell et M. P., « Inner Fraternity and Outer Sorority : Social Structure and the Professionalization of Occupational Therapy », in A. Wipper (Ed.) *The Sociology of Work in Canada*, Ottawa, Carleton, 1984.
13. À titre indicatif seulement, les deux dernières années (1968-1969) suggèrent un équilibre relatif entre la théorie et la pratique.
14. M. Lang, E. Upton, *The Dietetic Profession in Canada*, Toronto, Canadian Dietetic Association, 1973.
15. Entre 1955 et 1968, la première année correspond en fait au cours d'Immatriculation Senior de l'Université de Montréal.
16. L'Annuaire de l'Institut de Diététique en 1955 décrit ainsi le cours de « physique appliquée » : « Cours offert afin de familiariser l'étudiante avec les différents appareils utilisés au foyer moderne. Description et mode d'emploi des différents appareils offerts sur le marché. Revue des principes de physique à la base de leur fonctionnement. Facteurs qui doivent guider dans l'achat, l'entretien et le nettoyage ».
17. N. Thivierge, *Écoles ménagères et instituts familiaux : un modèle féminin traditionnel*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 1982, 475 p.
18. « Diététique et nutrition à la faculté de médecine de l'Université de Montréal », *Union médicale du Canada*, avril 1946.
19. Il est entendu que la notion de valorisation telle qu'utilisée dans notre analyse se limite à des critères d'ordre académique et exclut, de ce fait, les critères rattachés habituellement au statut des professions sur le marché du travail.
20. J. Collin, *op. cit.*
21. Considérant le fait que l'École n'existe que depuis 1954, soit beaucoup plus tard que celles de technologie médicale et de diététique.
22. Sans doute serait-il bon de préciser qu'une situation totalement différente prévaut en Europe où les hommes ont toujours été beaucoup plus présents en tant que physiothérapeutes ou ergothérapeutes. Au point que ces professions ne sont pas considérées comme essentiellement féminines.
23. N. Bélanger (*op. cit.*, p. 74) parle effectivement d'une demande croissante de technologistes pour les hôpitaux du Québec à partir des années 1950.
24. Rappelons que cette partie de l'étude se limite à la décennie allant de 1961 à 1970, période où nous disposons de données complètes pour le personnel enseignant et administratif des trois institutions. Il est important de noter que tous les pourcentages qui se rapportent au corps enseignant et au personnel administratif représentent des pourcentages moyens. Ils ont été calculés à partir des données fournies par les Annuaire des trois écoles.
25. Excepté en technologie médicale où cette catégorie est absente.